

EIN LEITFADEN
FÜR PROGRAMMLANER UND
ENTSCHEIDUNGSTRAGER ZUR

SCHAFFUNG VON GESUNDHEITSFÖRDERNDEN UMGEBUNGSSTRUKTUREN IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN UND SCHULEN



**EIN LEITFADEN
FÜR PROGRAMMPLÄNER UND
ENTSCHEIDUNGSTRÄGER ZUR
SCHAFFUNG VON
GESUNDHEITSFÖRDERNDEN
UMGEBUNGSSTRUKTUREN IN
KINDERTAGESEINRICHTUNGEN
UND SCHULEN**



JANPA – Joint Action on Nutrition and Physical Activity
(Zuwendungsvereinbarung (Grant Agreement) Nr. 677063) wurde durch das
Gesundheitsprogramm der Europäischen Union (2014-2020) gefördert

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 oder eines anderen Gremiums der Europäischen Union widerspiegelt. Die Europäische Kommission und die Agentur übernehmen keine Verantwortung für den Gebrauch der darin enthaltenen Informationen.

Die Übersetzung des Dokuments ins Deutsche wurde im Rahmen der Initiative IN FORM vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft finanziert.



Danksagung

Dieser Leitfaden wurde auf Basis der Aktivitäten der Arbeitsgruppe 6 der Gemeinschaftsaktion „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ (JANPA) von Viktoria Anna Kovacs erstellt, mit zusätzlichen Beiträgen von Csilla Kaposvari, Eszter Sarkadi-Nagy, Ernestine Tecklenburg, Karim Abu-Omar, Sven Messing, Petru Sandu, Maria Hassapidou und Katarzyna Brukalo. Die fachliche Überprüfung wurde von Michel Chauliac, Salma Elreedy, Jo Jowell, Eva Martos und Stefan Storcksdieck sowie durch die JANPA-Arbeitsgruppe 6 durchgeführt. Wir möchten uns für die wertvollen Beiträge bedanken, die wir während des Projektes von den Kontaktpersonen der ausgewählten Beispiele guter Praxis und, auch von den Teilnehmern der webbasierten Befragung und der qualitativen Interviews erhalten haben.

Budapest, 2017

Dieser Leitfaden dient als Hilfe für Programmplaner und Entscheidungsträger bei der Schaffung von gesundheitsfördernden Umgebungsstrukturen in Kindertageseinrichtungen und Schulen durch wirksame politische Regelungen und andere Maßnahmen.

Im Jahr 2014 beschloss die Europäische Union, sich der Herausforderung von Adipositas bei Kindern gemeinschaftlich anzunehmen und erstellte den „EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014 – 2020“. Unter den im Aktionsplan aufgelisteten übergreifenden Maßnahmen wurde auch der Start einer Gemeinschaftsaktion als offizielles Verfahren zum Austausch von Beispielen guter Praxis zwischen den teilnehmenden Mitgliedstaaten erwähnt. Innerhalb des allgemeinen Rahmens des Aktionsplans sollte die Gemeinschaftsaktion „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ (JANPA) durch die Identifizierung, die Auswahl und den Austausch von Daten und Methoden zu Beispielen guter Praxis unter den 26 beteiligten Ländern dazu beitragen, den Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2020 zu stoppen.

Das Hauptziel des Arbeitspakets 6 von JANPA war es, die Umsetzung der Empfehlungen des Aktionsplans in Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Schulen zu erleichtern. Um dies zu erreichen, erfasste und analysierte die Arbeitsgruppe Beispiele guter Praxis aus den teilnehmenden Mitgliedstaaten als Anregung für andere Länder. Darüber hinaus wurden hemmende und fördernde Faktoren sowie Kapazitäten für die Prävention von Adipositas bei Kindern mittels einer webbasierten Befragung und qualitativen Interviews in den

einzelnen Ländern beurteilt. Die Ergebnisse werden in diesem Dokument sowie in einer JANPA-Toolbox im Internet (www.janpa-toolbox.eu) präsentiert. Dieser Leitfaden enthält darüber hinaus ein Instrument zur Selbsteinschätzung, um Programmplaner bei der Entwicklung von wirksamen und nachhaltigen Interventionen zur Adipositasprävention im Kindesalter zu unterstützen.

Der Leitfaden baut auf den Empfehlungen des EU-Aktionsplans auf und orientiert sich an den Aktionsfeldern, die einen Einfluss auf Umgebungsstrukturen in Kitas und Schulen haben. Beispiele und Erfahrungen aus den Ländern werden vorgestellt, um zu zeigen, wie die am Arbeitspaket 6 beteiligten Länder Maßnahmen umsetzen, um der globalen Herausforderung zu begegnen und um die Empfehlungen des Aktionsplans umzusetzen. Des Weiteren werden im Text wissenschaftliche Publikationen und Veröffentlichungen der WHO sowie der gemeinsamen Forschungsstelle der Europäischen Kommission berücksichtigt.

Es muss betont werden, dass die aufgeführten Maßnahmen einander ergänzen können und eine größere Wirkung erzielen würden, wenn diese in Kombination durchgeführt werden. Der Erfolg hängt dabei von der Beteiligung einer Vielzahl von Personen, Bereichen und Organisationen ab.

Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten werden in jungen Jahren entwickelt

Was wir essen, hat Einfluss auf unsere Gesundheit¹. Kindheit und Jugend sind eine entscheidende Zeit für Interventionen, da sich hier Ernährungsgewohnheiten, Lebensstil und Verhaltensmuster entwickeln, die bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben können. Insgesamt beeinflussen viele Faktoren die Fähigkeiten des Einzelnen, sich gesund und ausgewogen zu ernähren: der Zugang, der Preis, Werbung, die Qualität der angebotenen Lebensmittel sowie Fähigkeiten und Kenntnisse spielen eine Rolle.

Kindertageseinrichtungen und Schulen nehmen eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung des Verhaltens von Kindern ein

Sie lassen sich als ideale Orte begreifen, um über mehrere Jahre hinweg die meisten Kinder in jenem kritischen Alter, in dem sich Gewohnheiten entwickeln, zu erreichen. Hier verbringen die Kinder den größten Teil ihrer Zeit in Kontakt mit qualifiziertem pädagogischem Personal. Lehrkräfte und andere Mitarbeiter der Schulen sind einerseits häufig Vorbilder für die Schülerinnen und Schüler und die Mehrzahl der Eltern vertrauen diesbezüglich den Schulen. Andererseits wird auch Wissen erworben und das Gelernte kann auch auf die Familien einwirken, wenn die Kinder davon zu Hause berichten. Da Kitas und Schulen auch langfristig gesehen Schlüsselpositionen für die Entwicklung des Verhaltens innehaben, muss hier ein gesundheitsförderndes Umfeld geschaffen werden².

1 <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/summary/en/>

2 <https://ec.europa.eu/jrc/en/news/helping-eu-schools-become-springboard-healthy-diet-and-lifestyle-habits>

Im EU-Aktionsplan werden folgende Maßnahmen zur Schaffung von gesunden Umgebungsstrukturen empfohlen:

- 1. BEWEGUNGSFÖRDERNDE UMGEBUNG**
- 2. EINFACHER ZUGANG ZU GESUNDEN ALTERNATIVEN UND GERINGE VERFÜGBARKEIT UNGESUNDER LEBENSMITTEL**
- 3. EINSCHRÄNKUNG DES MARKETINGS**
- 4. VERBESSERUNG DER BILDUNG IN BEZUG AUF ERNÄHRUNG UND EINEN GESUNDEN LEBENSSTIL**
- 5. BETREUUNG VON ÜBERGEWICHTIGEN KINDERN**
- 6. MONITORING UND SCREENING VON ÜBERGEWICHTIGEN KINDERN**

Die in der gesamten Schule über den Lehrplan, das Schulprogramm, die Schulumgebung und Sporteinrichtungen vermittelten Botschaften **müssen kohärent und konsistent** sein und sich gegenseitig verstärken. Die Wirkung der Maßnahmen sollte durch die **Kombination** von umgebungs- und bildungsbezogenen Elementen und der **Einbeziehung von Eltern und Betreuern** optimiert werden.

Was kann in Kindertageseinrichtungen und Schulen getan werden

Die folgenden sechs Kapitel stellen die relevanten Empfehlungen des EU-Aktionsplans zu Adipositas im Kindesalter

2014 – 2020 zu den oben genannten Aktionsfeldern dar, ergänzt durch Ideen, Beispiele und Fallstudien aus 16 JANPA-Ländern. Alle erfüllen dabei strenge Kriterien. Die aufgeführten Maßnahmen werden in der **JANPA-Toolbox** (www.janpa-toolbox.eu) genauer beschrieben. Die JANPA-Toolbox ist eine internetbasierte Datenbank, welche Programmplaner dabei unterstützen soll, wirksame Maßnahmen zu konzipieren und umzusetzen. Sie enthält die wichtigsten Ergebnisse des 6. Arbeitspakets von JANPA. Der Kern der Toolbox ist die **Datenbank der Beispiele guter Praxis**. In dieser können Suchen durchgeführt werden nach Maßnahmen, nach Ländern, Einrichtungen, Schwerpunkt der Maßnahme, Art der Maßnahme und Budget. Zusätzlich wird jeweils der **landesspezifische Kontext** mit aktuellen Informationen zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas, zur Struktur des Bildungswesens, zur Ernährungsumgebung und zur Bewegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen dargestellt, um ein Verständnis für die Rahmenbedingungen zu erzeugen, in denen

die Maßnahmen durchgeführt wurden. Weiterhin können Programmplaner ihre vorhandenen oder geplanten Maßnahmen mit einem **Instrument zur Selbsteinschätzung** (siehe Anhang 1) analysieren. Es besteht aus vier Checklisten mit Kriterien guter Praxis, die von den beteiligten Partnern des Arbeitspakets 6 identifiziert und festgelegt worden sind.

Das Ziel dieses Leitfadens ist es, diejenigen, die Maßnahmen entwickeln und umsetzen wollen, durch die Weitergabe von Ideen und gewonnenen Erkenntnissen aus streng ausgewählten Beispielen guter Praxis zu unterstützen. Es ist dabei jedoch zu beachten, dass der institutionelle, rechtliche und kulturelle Kontext in jedem Land anders ist, wie dies auch in der JANPA-Toolbox und dem JANPA-Kompodium zu Beispielen guter Praxis dargestellt ist. Daher sind jeweils **Anpassungen notwendig**, um den Unterschieden Rechnung zu tragen.

AKTIONSFELD 1 – BEWEGUNGSFÖRDERNDE SCHULUMGEBUNG SCHAFFEN

Empfehlungen des EU- Aktionsplans

Schaffung einer umfangreichen und gut instand gehaltenen Infrastruktur hinsichtlich Laufen und Fahrradfahren, um einen aktiven Schulweg zu fördern

- Zusammenarbeit mit den Eltern zur Unterstützung eines aktiven Schulwegs
- Errichtung von einer altersentsprechenden Infrastruktur für eine aktive Pausengestaltung (z. B. Spielplätze, Schulhöfe)
- Integration von Bewegung in die Lehrpläne
- Nutzung der vorhandenen Ausstattung und Räume in Kitas und Schulen, um verschiedene Bewegungsmöglichkeiten anzubieten
- Verbesserung der Qualität von fortlaufendem, an das Alter und die Entwicklung angepassten Sportunterricht für alle Kita- und Schulkinder durch qualifizierte Sportlehrer
- Bereitstellung eines

geeigneten Angebots an kostenlosen bzw. preisgünstigen Sportangeboten zur Bewegungsförderung während und nach der Schule

- Möglichkeit zur Beteiligung der Kinder an der Gestaltung der Schule, Stadt und Nachbarschaft, um sichere und attraktive Plätze zur Bewegung zu schaffen
- Steigerung des Bekanntheitsgrades und der Teilnahme an der europäischen Sportwoche.

JANPA-Ideen

Einführung von obligatorischem täglichem Sportunterricht (Ungarn, Lettland)

- Schaffung einer attraktiven Umgebung für Kinder zur Bewegungsförderung (Italien, Deutschland)
- Erstellung eines Verzeichnisses von nahegelegenen Sporteinrichtungen und -angeboten (Frankreich)
- Erhöhung der Bewegungszeit der Schülerinnen und

JANPA-ERFOLGSGESCHICHTE: ITALIEN

Das Ziel eines Projekts in den Abruzzen war es, die aktive Spielzeit der Kinder während der Schulpausen zu verlängern. Spielplätze zum Spielen im Freien wurden mit bunten Formen bemalt. Die aufgemalten Formen waren entweder geometrische Objekte oder Symbole (z. B. Buchstaben, Zahlen), Bilder (z. B. Tiere, Landkarten, Verkehrszeichen) oder Hand- und Fußabdrücke (von Menschen oder Tieren), auf denen oder um die herum die Kinder gehen, laufen oder hüpfen konnten. Zu Beginn wurden Lernspiele mit festen Regeln gespielt, aber nach wenigen Wochen konnten die Schülerinnen und Schüler die Regeln frei abändern und neue Varianten einführen.

Schüler im Sportunterricht (Deutschland)

- Ermutigung der Lehrkräfte, Bewegung in den Unterricht zu integrieren und Fitnesspausen zu entwickeln und anzuleiten (Deutschland)
- Verbesserung der Sicherheit im Straßenverkehr und Erhöhung der Risikoakzeptanz bei den Eltern, damit diese den Kindern erlauben, allein zur Schule zu laufen oder mit dem Fahrrad zu fahren (Deutschland)
- Etablierung einer Zusammenarbeit zwischen Schulen und nahegelegenen Sportvereinen (Interviewpartner)
- Bereitstellung von Mitteln für Schulen durch die Gemeinden zur Organisation von zusätzlichen Sportstunden über den obligatorischen Sportunterricht hinaus (Lettland)
- Schulung von Peer-Leadern zur Anleitung von aktiven Pausen (Malta)
- Einladung von Lehrkräften und

Betreuungspersonal zur Teilnahme an organisierten Aktionen zusammen mit den Kindern (Slowenien)

Wie viel Bewegung brauchen Kinder?

Die WHO empfiehlt, dass sich Kinder jeden Tag mindestens insgesamt 60 Minuten bei mittlerer bis starker Intensität bewegen sollen. Zusätzliche Bewegung hat mit hoher Wahrscheinlichkeit zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen. Darüber hinaus sollte lange sitzende Tätigkeit bei Kindern begrenzt werden, darunter auch das Sitzen vor Bildschirmen jeglicher Art.

JANPA-Fallstudie: Mehrstufige Wettkämpfe in Rumänien.

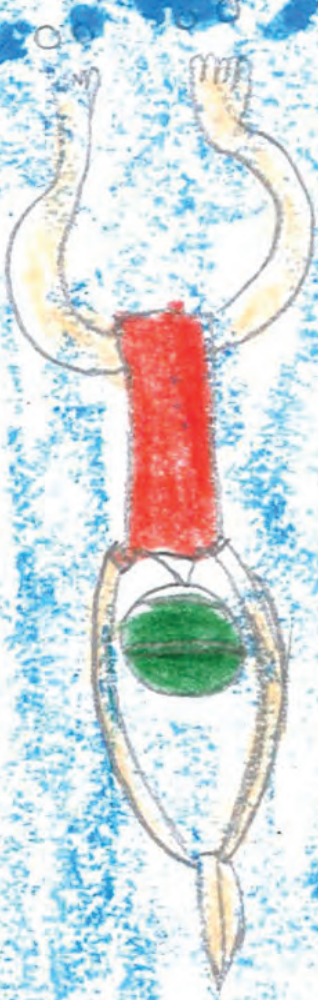
Die Nationale Schulsport-Olympiade (ONSS) ist ein Sportwettkampf, der jedes Jahr in rumänischen Schulen stattfindet. Das Programm wird vom Bildungsministerium koordiniert und auf Schulebene von den Sportlehrkräften organisiert. Das Programm umfasst Kinder von der 1. bis zur 12. Klasse (7 Jahre bis 18 / 19 Jahre). Der Wettkampf wird in mehreren aufeinanderfolgenden Runden durchgeführt, zunächst auf Schulebene, dann auf lokaler und regionaler Ebene und die Endrunde schließlich auf nationaler Ebene. Für Jungen und Mädchen sowie für jede Altersstufe finden getrennte Wettkämpfe statt (Grundschule und weiterführende Schule). Die Kinder nehmen an verschiedenen Sportarten teil wie Leichtathletik (verschiedene Disziplinen), Badminton, Fußball, Tag-Rugby, Fahrradfahren, Schwimmen, Rollschuhlaufen, Tennis, Bogenschießen, Handball, Oina (rumänische traditionelle Sportart), Tischtennis, Basketball, Volleyball, Schach usw. Der Wettkampfkalender wird zu Beginn jedes Schuljahrs vom Bildungsministerium aufgestellt. Gemäß den ONSS-Regeln muss jede Schule Wettkämpfe in mindestens 5 Einzelsportarten und 3 Mannschaftssportarten organisieren. Mit ONSS sind Kinder aus dem ganzen Land an Sportwettkämpfen innerhalb der Schulumgebung beteiligt. Dies ist das einzige nationale Programm, das Bewegung bei Kindern und Jugendlichen fördert.

„Es ist nicht sehr effektiv, Menschen zu ermutigen Dinge zu tun, die in ihrer Umgebung schwierig umzusetzen sind. Zuzulassen, dass Autos die Städte und Vorstädte dominieren und dann den Menschen zu sagen, sie sollten mehr zu Fuß gehen und Fahrrad fahren, ist nicht gerade fair.“

IDEFICS-Projekt

Programme und politische Maßnahmen von JANPA (weitere Einzelheiten finden Sie unter www.janpa-toolbox.eu)

- Deutschland – Anerkannter Bewegungs-kindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung
- Deutschland – Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen
- Deutschland – IDEFICS
- Italien – Bewegungsförderung bei Grundschulkindern. Interventionsstudie mit Spielplatz-Bemalung
- Lettland – Sport für alle Schüler
- Malta – OPEN – Schulen in Bewegung
- Rumänien – Nationale Schulsport-Olympiade (ONSS)
- Slowakei – Nationales Programm zur Gesundheitsförderung (NPPZ)
- Slowenien – Gesund essen, konstant bewegen
- Spanien – Ganzheitliches Gesundheitsprogramm (SI!)
- Spanien – MOVI-Programm
- Ungarn – Verordnung über den täglichen Sportunterricht in Schulen



AKTIONSFELD 2 – EINFACHER ZUGANG ZU GESUNDEN ALTERNATIVEN UND GERINGE VERFÜGBARKEIT UNGESUNDER LEBENSMITTEL

Empfehlungen des EU-Aktionsplans

Umsetzung von Qualitätsstandards (z. B. eines Produktkatalogs) für Lebensmittel und Mahlzeiten, die in Kitas und Schulen verkauft werden dürfen oder angeboten werden • Mahlzeiten und Lebensmittel müssen den nationalen

Ernährungsempfehlungen sowie Richtlinien für Portionsgröße entsprechen • Wassertrinken fördern • Einschränkung des Verzehrs von zuckerhaltigen Getränken • Verbot von Verkaufsautomaten in Schulen, in denen Mahlzeiten angeboten werden • Verbot von Verkaufsautomaten mit Softdrinks in Schulen, in denen keine Mahlzeiten angeboten werden •

JANPA-Erfolgsgeschichte: BULGARIEN.

Das Land hat einen umfassenden Ansatz verfolgt, um gesunde Ernährung in Kitas und Schulen zu fördern. Seit 2009 wurde eine Reihe von Vorschriften eingeführt, unter anderem verbindliche Standards für Mahlzeiten in Schulen (2009), Kindergärten (2011) und Krippen (2013). Zur leichteren Umsetzung der Rechtsvorschriften wurde für jedes Gesetzesdokument ein Rezeptbuch mit speziellen Richtlinien entwickelt und vom Gesundheitsministerium genehmigt. Das Gesundheitsministerium mit 28 regionalen Gesundheitsaufsichtsbehörden ist für die Überwachung und Kontrolle der Durchführung verantwortlich. Das Nationale Zentrum für Gesundheitswesen und Analysen stellt methodische Richtlinien und Materialien für die regionalen Gesundheitsaufsichtsbehörden zur Verfügung und bietet Schulungskurse für deren Personal an. Die 28 regionalen Gesundheitsaufsichtsbehörden sorgen für die Schulung der Mitarbeiter der Kitas und Schulen (d. h. Schulleitung, medizinisches Personal, Küchenmitarbeitern etc.) und fördern eine gesunde Ernährung durch verschiedene Aufklärungskampagnen und Maßnahmen für Kinder. Die enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium, dem Nationalen Zentrum für Gesundheitswesen und den 28 regionalen Gesundheitsaufsichtsbehörden stellt sicher, dass die Botschaften kohärent sind. Das Haupthindernis sind die derzeitigen Rechtsvorschriften zum öffentlichen Auftragswesen, die vorgeben, dass das Angebot mit dem niedrigsten Preis genommen werden muss.

Bereitstellung von kostenlosem frischem Trinkwasser in Schulen, z. B. durch die Installation von Trinkbrunnen oder Trinkwasserspendern • Förderung des Trinkens von Leitungswasser • Kostenloses Angebot von gesunden Lebensmitteln einschließlich Obst und Gemüse, vor allem in sozio-ökonomisch schwachen Gebieten • Entwicklung eines Kommunikationssystems, um die Wahl der gesunden Alternativen in der Schule zu fördern, d. h. für Verkaufsautomaten, die Schulverpflegung und Cafeterien • Umsetzung des Schulobstprogramms, des Schulmilchprogramms und des neuen Schulprogramms der EU

JANPA-Ideen

Verbot von Kakao und anderen aromatisierten Milchgetränken in Schulen (Luxemburg) • Gesunde Ernährung muss der wichtigste Aspekt bei der öffentlichen Auftragsvergabe für Lebensmittel sein⁴ (Bulgarien) • Verabschiedung einer Gesetzgebung zur Gemeinschaftsverpflegung, um die Qualität der Schulverpflegung (Bulgarien, Lettland, Ungarn) gesetzlich zu regeln • Gesetzliche Beschränkung der Verfügbarkeit von HFSS-Lebensmitteln und -Getränken (mit hohem Fett-, Salz- und Zuckergehalt) in Verkaufsautomaten, Schulkantinen und Schulkiosken mit staatlich vorgegebener, transparenter Überwachung der Einhaltung und

JANPA-Fallstudie: Griechische Schulkantinenrichtlinie

Das griechische Gesundheitsministerium hat im Jahr 2004 ein Gesetz verabschiedet (aktualisiert im Jahr 2015), in dem im Detail festgelegt wird, welche Produkte in öffentlichen und privaten Schulkantinen verkauft werden dürfen, einschließlich der Art der Zubereitung und/oder Lagerung. Durch die Schulkantinenrichtlinie werden den Kindern nur gesunde Alternativen angeboten und es wird sichergestellt, dass nur bestimmte Lebensmittel und Getränke auf dem Schulgelände verkauft werden. Dadurch wird die Wahl der gesunden Alternative vereinfacht. Entsprechend dem Gesetz sollten Schulen mit Mittagsverpflegungsangebot für die Schülerinnen und Schüler (bestimmte Privatschulen in Griechenland) einen wöchentlichen Speiseplan auf Basis der mediterranen Lebensmittelpyramide befolgen (Gesundheitsministerium, 1999). Die Portionsgrößen von Lebensmitteln und Getränken, die in Kantinen und/oder Speiseräumen verkauft werden, wurden auf Basis der griechischen Ernährungsempfehlungen festgelegt. Außer den lebensmittelbezogenen Standards werden auch energie- und nährstoffbezogene Richtlinien in Bezug auf den Fett-, Natrium- und Zuckergehalt von Lebensmitteln und Getränken berücksichtigt. Die Umsetzung wird regelmäßig vom regionalen Gesundheitsdienst beurteilt.

angemessenen Sanktionen bei Nichteinhaltung (Griechenland, Ungarn, Lettland) • Obligatorisches Verbot von Verkaufsautomaten zur Vermeidung von ungesunden Snacks in der Schule (Frankreich)

Programme und politische Maßnahmen von JANPA (weitere Einzelheiten finden Sie unter www.janpa-toolbox.eu)

- Deutschland – Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen
- Deutschland – IDEFICS
- Frankreich – Intervention zur Verbesserung der Verpflegung (außer Mittagessen) mit unterstützenden Bildungsmaßnahmen in Mittel- und Oberschulen
- Frankreich – PRALIMAP
- Frankreich – Verbesserung der Zusammensetzung oder Abschaffung des Knabber- und Naschangebots am Vormittag in Kindertageseinrichtungen
- Griechenland – Schulkantinenrichtlinie
- Lettland – Vorschriften zur Einschränkung ungesunder Lebensmittel in Kitas und Schulen
- Rumänien – Milch und Croissant
- Slowakei – Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Adipositas für die Jahre 2015 – 2025
- Slowakei – Schulprogramm (SP) (Schulmilch- und Schulobst-Programm)
- Ungarn – Gemeinschaftsverpflegungsgesetz
- Ungarn – HAPPY-Programm und HAPPY-Woche

AKTIONSFELD 3 – EINSCHRÄNKUNG VON MARKETING UND WERBUNG FÜR KINDER

Empfehlungen des EU-Aktionsplans

Kein Marketing⁵ in Schulen und Kitas für ungesunde Lebensmittel und Getränke, auch nicht bei sportlichen oder kulturellen Veranstaltungen in diesen Einrichtungen • Verbot des Sponsorings durch Lebensmittel- und Getränkefirmen in Schulen • Kitas, Schulen und andere Orte für Kinder müssen geschützte Umgebungen und frei von Marketing für

„Die Selbstkontrolle der Industrie bezüglich Lebensmittelwerbung für Kinder versagt in ganz Europa.“

StanMark Project, International Association for the Study of Obesity, 2012

JANPA-Fallstudie: Gesetzgebung zum Marketing für Kinder in Kinderfürsorge- und Bildungseinrichtungen in Ungarn.

In Ungarn ist jegliche, an Kinder unter 18 Jahren gerichtete Werbung in Kinderfürsorge- und Kinderschutzzentren, Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und den zugehörigen Wohnheimen auf der Grundlage von Abschnitt 8 des Gesetzes XLVIII zu den Grundanforderungen und bestimmten Einschränkungen von kommerziellen Werbemaßnahmen (2008) verboten. Werbung, die einen „gesunden Lebensstil“ fördert, ist von dem Verbot ausgenommen. Der Begriff „gesunder Lebensstil“ wird in Abschnitt 8 nicht definiert und die Schulämter entscheiden von Fall zu Fall, ob eine Werbung unter die Ausnahmeregelung fällt. Des Weiteren wird geprüft, ob diese den nationalen Regulierungsmechanismen und den EU-Vorschriften zu gesundheitsbezogenen Angaben (Health Claims) entsprechen. An Maßnahmen in Schulen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention dürfen nur externe Organisationen und Berater beteiligt werden, die vom Nationalen Institut für Gesundheitsentwicklung gemäß Abschnitt 128(7) des Ministerialerlasses 20/2012 (VIII. 31.) zum Betrieb von öffentlichen Bildungseinrichtungen und der Verwendung der Namen von öffentlichen Bildungseinrichtungen empfohlen sind. In demselben Beschluss wird spezifiziert, dass Produkte, die der Public-Health-Produktsteuer unterliegen (d. h. Produkte, durch deren Verzehr nachgewiesene Gesundheitsrisiken bestehen, verzehrfertige Lebensmittel einschließlich Softdrinks, Energydrinks, abgepackte zuckergesüßte Produkte) nicht in Schulen und bei Veranstaltungen für Kinder verkauft werden dürfen.

⁵ einschließlich Werbung, Produktpromotion oder Sponsoring sowie Marken, Logos, Gutscheine und Geschenke im Zusammenhang mit solchen Produkten

Häufige Marketing-Arten in Kindertageseinrichtungen und Schulen*

WERBUNG FÜR PRODUKTE UND MARKEN: Typischer Weise findet sich Werbung auf Verkaufsautomaten oder in Form von Auslagen in Schulmensen.

SPONSORING: Aufgrund des erhöhten Drucks auf die Schulhaushalte wird Sponsoring häufig als Alternative angesehen, um Mittel zum Ausbau der Schulaktivitäten zu erhalten. Die Industrie finanziert häufig Sportveranstaltungen, Schulprogramme, Unterrichtsmaterialien wie Hefte und Stifte.

PRODUKTPROMOTION: Produktwerbung in Bildungseinrichtungen erfolgt auch durch kostenlose Proben oder Gutscheine, die entweder an die Schülerinnen und Schüler oder die Eltern gerichtet sind.

**Angepasst nach WHO WPR „Be smart, drink water“ (2016)*

ungesunde Lebensmittel und Getränke sein.

Was ist „weniger gesund“?

Das „Nutrient Profile Model“⁶ des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist ein Instrument zur Klassifizierung von Lebensmitteln und Getränken, die übermäßig viel Zucker, Salz und Fett enthalten. Es wurde speziell zur Einschränkung des Lebensmittel-Marketings für Kinder entwickelt. Die Nährstoffe und Kriterien wurden durch eine Reihe von Konsultationen mit den Mitgliedstaaten festgelegt.

JANPA-Ideen

Obwohl in der webbasierten Befragung mit 187 Teilnehmern aus 12 Ländern (siehe Anhang 2) das kommerzielle Lebensmittel-Marketing als das größte Hindernis der Prävention von Adipositas bei Kindern wahrgenommen wurde, berücksichtigte keines der ausgewählten Beispiele guter Praxis diesen Aspekt. Dieses Ergebnis sollte in der zukünftigen Arbeit zur Adipositasprävention bei Kindern dringend berücksichtigt werden.

„Heutzutage werden die Kinder mit Werbung für Lebensmittel und Getränke jeden Tag morgens, mittags und abends bombardiert.“

Heart & Stroke 2017 Report on the Health of Canadians

AKTIONSFELD 4 – VERBESSERUNG DER BILDUNG BEZÜGLICH EINER GESUNDEN LEBENSMITTELAUSWAHL UND BEWEGUNG IN SCHULEN

Empfehlungen des EU-Aktionsplans

Bildung für Kinder über Ernährung und gesunden Lebensstil • Errichtung bei der Bewusstseinsbildung unterstützender Gegebenheiten wie Schulgärten oder -küchen zum Zubereiten von Mahlzeiten • Ernährungsschulung für alle Schulmitarbeiter • Integration von Aspekten der Ernährungs-

erziehung und -bildung in den Lehrplan

- Einrichtung von Kochkursen
- Verpflichtende Ernährungsschulung für die Verpflegungsmitarbeiter der Schulen (Zertifikat für die Zubereitung von Schulmahlzeiten)
- Schaffung eines gesundheitsfördernden Umfelds in der Schule, das gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung fördert

“Bildungsmaterialien sollten für verschiedene Lesekompetenzstufen geeignet sein und verschiedene Lehrmethoden ermöglichen.”

Experte aus Irland

JANPA-Beispiel: Altersgemäße Botschaften

Foto-Atlas von „Ziel Snack“ (Italien) - Lebensmittel werden mit Alltagsobjekten mit einem Standardvolumen (Tennisball, Kartendeck etc.) verglichen, um Kindern und Lehrkräften das Abmessen der richtigen Portionsgröße für eine Zwischenmahlzeit beizubringen.



„Im Allgemeinen ist es hilfreich, wenn die Durchführung in den Schulen im regulären Unterricht stattfindet; wenn also nicht etwas Zusätzliches angeboten wird, an das man sich erinnern muss, sondern wenn es an den regulären Ablauf einer Unterrichtsstunde angepasst ist.“

Experte aus Deutschland

JANPA-Ideen

Organisation von Verkostungen (Frankreich, Italien) ● Behandlung aller schulbasierten Maßnahmen als Teil eines ‚erweiterten Unterrichtslehrplans‘ (Interviewpartner)

- Aufklärung der Kinder über eine angemessene Schlafdauer und Umgang mit Stress als Teil eines gesunden Lebensstils (Deutschland)
- Konkrete und praktische Ratschläge für Eltern wie Rezepte für gesunde Mahlzeiten oder Vorschläge für gesunde Lunchboxen (Irland)
- Integration des ganzheitlichen Ansatzes der Gesundheitsförderung in die Ausbildung der Lehrkräfte (Ungarn)
- Integration der Ernährung in die Grundausbildung von Grundschullehrern (Frankreich)
- Beteiligung der Medien an der Bewusstseinsbildung und Bildungskampagnen (Slowakei)
- Integration von Ernährungsbildung in den Alltag aller Kinder (Interviewpartner)
- Erhöhung der Anzahl an Lehrkräften und Schaffung ausreichender Zeit für gesundheitsfördernde Maßnahmen (Interviewpartner)

Programme und politische Maßnahmen von JANPA (weitere Einzelheiten finden Sie unter www.janpa-toolbox.eu)

- Deutschland – Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung
- Deutschland – IDEFICS
- Deutschland – KLASSE2000
- Frankreich – PRALIMAP
- Griechenland – E.Y.Z.H.N – Nationale Maßnahme für die Kindergesundheit
- Griechenland – Griechischer nationaler Aktionsplan zur Beurteilung, Prävention und Behandlung von Adipositas bei Kindern
- Irland – Eatright (Richtig essen)
- Irland – Healthy Lunchboxes (Gesunde Lunchboxen)
- Irland – Little Bites
- Italien – Mütter als „Peer-Educator“ zur Förderung der Gesundheit
- Italien – OKKIO ALLE 3 A (Ernährung, Einstellung gegenüber gesundem Verhalten und Bewegung)
- Italien – Schulobstprogramm: Begleitende Maßnahmen „Olympische Obstspiele“ und „Schule auf dem Feld“
- Italien – Schulobstprogramm: Lehrkräftefortbildung
- Italien – Ziel: Snack

- Luxemburg – Gesunde und ausgewogene Ernährung mit und für Kinder
- Polen – Ernährung für die Gesundheit
- Slowakei – Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Adipositas für die Jahre 2015 – 2025
- Slowakei – Nationales Programm zur Gesundheitsförderung (NPPZ)
- Slowenien – Gesund essen, konstant bewegen
- Slowenien – Zusammen für eine bessere Gesundheit von Kindern und Erwachsenen („Skupaj za boljše zdravje otrok in odraslih“)
- Spanien – Ganzheitliches Gesundheitsprogramm (SI!)





AKTIONSFELD 5 – ÜBERGEWICHTSMANAGEMENT, BETREUUNG VON ÜBERGEWICHTIGEN KINDERN UND VERHINDERUNG DES ÜBERGANGS ZU ADIPOSITAS

Empfehlungen des EU-Aktionsplans

Übernahme und Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien zum Screening und Management von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und ihren Familien

- Einheitliches, angepasstes Screening und frühzeitige Maßnahmen durch Hausärzte, Kinderärzte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie auch Schulkrankenschwestern
- Förderung der gesunden Ernährung und Bewegung unabhängig von Körpermaßen und Erscheinungsbild
- Vermeidung von Stigmatisierung

JANPA-Ideen

Festlegung von realistischen Zielen für die Familien, parallele Beurteilung des Lebensstils und der Veränderungsbereitschaft von Kindern und Eltern (Estland)

- Nutzung sozialer Medien für Rückmeldung und gegenseitige Unterstützung (Estland, Frankreich)

- Beratung übergewichtiger und adipöser Schüler mündlich und schriftlich zusammen mit ihren Eltern und Hausärzten (Frankreich)
- Kombination des schulbasierten Screenings mit einer schulbasierter Betreuung (Frankreich)
- Einführung einer Kooperation mit Versicherungen zur Deckung der Kosten von präventiven Maßnahmen (Slowakei)

Wie kann die Stigmatisierung bei Übergewicht in Schulen verringert werden?

Übergewichtige Kinder sind häufig von Stigmatisierungen negativ betroffen⁷. Eine negative Einstellung gegenüber adipösen Kindern und Jugendlichen entwickelt sich bei vielen Kindern nachweislich bereits im Alter von drei Jahren. Adipöse Kinder und Jugendliche sind daher häufig schon früh gewichtsbezogenen Schikanierungen, Sticheleien und diffamierenden Schimpfwörtern durch Gleichaltrige ausgesetzt. Die Schule ist hierbei häufig ein Schauplatz der Stigmatisierung⁸. Strategien

Beispiel aus einem JANPA-Land: IRLAND

Die irische Regierung testet ein Pilotschulprogramm zur regelmäßigen Erfassung von Gewicht und Körpergröße von Kindern, um übergewichtigen Kindern und ihren Eltern eine Rückmeldung sowie Informationsmaterialien (Broschüren und online) zur Förderung eines gesunden Lebensstils zu geben. Adipösen Kindern wird die Teilnahme an einem betreuten Programm zur gesunden Lebensweise angeboten (persönliche Beratung).

7 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf
8 www.obesity.org

„Die Verantwortlichkeiten der Schulkrankenschwestern sind wesentlich für die Prävention von Adipositas in Schulen, werden aber zu wenig wahrgenommen.“

PRALIMAP-Studie

zum Verringern der Stigmatisierung bei Übergewicht in Schulen sind beispielsweise:

- Verbesserung der Bildung und Bewusstseinsbildung bei Lehrkräften und sonstigen Schulmitarbeitern bezüglich der schwerwiegenden negativen Auswirkungen der Stigmatisierung bei Übergewicht,
- Einführung eines Null-Toleranz-Ansatzes gegenüber Mobbing, welcher auch gewichtsbezogenes Mobbing mit einschließt,
- Aufklärung der Kinder über die komplexen Ursachen von Adipositas und Erzeugung von Verständnis bei den Schülern, dass die Ursachen von Übergewicht überwiegend durch externe Faktoren bedingt sind, beispielsweise kann es einer einzelnen Person durch Druck des Umfelds schwerfallen ein gesundheitsförderndes Verhalten anzunehmen.

JANPA-Fallstudie: Schulbasierte Betreuung von Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischem Status in Frankreich.

PRALIMAP-INES versucht die soziale Benachteiligung übergewichtiger und adipöser Jugendlicher im Alter von 13 bis 18 Jahren an weiterführenden Schulen bekämpfen. Es handelt sich dabei um mehr als 10.000 Jugendliche in 35 Schulen. Um die beste Option herauszufinden, wurde eine Standardbetreuung im Vergleich mit einer verstärkten Betreuung beurteilt. Im Rahmen der Standardbetreuung wurden fünf zweistündige Veranstaltungen zu Themen der gesunden Ernährung und Bewegung von einem interdisziplinären Team eines spezialisierten Gesundheitsnetzwerks durchgeführt. Die Veranstaltungen wurden in jeder Schule unter Berücksichtigung der Anforderungen der Schulen ausgerichtet. Die Schulkrankenschwester wurde eingeladen, an den Veranstaltungen teilzunehmen. Im Rahmen der verstärkten Betreuung benachteiligter Jugendliche wurden die folgenden Maßnahmen zusätzlich angeboten: 1) Telefonanruf bei den Eltern zur Erläuterung der Initiative, 2) interdisziplinäre Teambesprechungen mit den PRALIMAP-INES-Fachkräften, Ärzten und Pflegekräften der Schulen, Ernährungswissenschaftlern, Psychologen, Fachkräften für Bewegung, spezialisierten Adipositasexperten und falls möglich, dem Hausarzt des Jugendlichen, 3) Motivationsgespräche, 4) Sportartikel- und Schulsport-Gutschein (bis 40 Euro), 5) Informationsbroschüre über lokale Sport- und Bewegungsangebote, 6) Ernährungsworkshops (zweimal 1,5 Stunden mit Betreuung durch einen Ernährungswissenschaftler), 7) Gesundheitsförderung und Vermittlung durch Peer-Educatoren, 8) Aktivitäten in sozialen Medien.

Programme und politische Maßnahmen von JANPA

(weitere Einzelheiten finden Sie unter www.janpa-toolbox.eu)

- Estland – Personenbezogener Ansatz zum Adipositas-Management bei Kindern
- Frankreich – PRALIMAP-INES
- Frankreich – PRALIMAP



AKTIONSFELD 6 – MONITORING UND SCREENING VON ÜBERGEWICHTIGEN KINDERN

Empfehlungen des EU-Aktionsplans

Verstärkung des Screenings und der Überwachung in der Kindheit, insbesondere die Identifizierung von übergewichtigen und adipösen Kindern • Definition von Indikatoren für die Schulernährung • Jährliche Überwachung der objektiv messbaren körperlichen Fitness und Bewegung der Schülerinnen und Schüler als Teil des Sportlehrplans • Verbesserte Überwachung und Berichterstattung von Initiativen

JANPA-Ideen

Gewicht und Körpergröße messen anstelle von Selbstauskunft, da durch letzteres viele übergewichtige Kinder nicht erfasst werden können (Frankreich) • Computergestütztes Ausfüllen von Fragebögen ist einfacher als mittels der Papierversion (Frankreich) • Unterstützung der Datenerfassung durch geschultes Personal, wenn der Fragebogen

von Kindern ausgefüllt werden soll (Frankreich) • Messen des Taillenumfangs und medizinische Untersuchungen zusätzlich zur BMI-Bestimmung, um eine falsche Klassifizierung zu vermeiden (Frankreich) • Jährliche Rückmeldung über die Ergebnisse der Untersuchung an die Eltern (Griechenland) • Regelmäßige Beurteilung der Qualität der Schulmahlzeiten vorzugsweise durch Labormessungen (Ungarn, Polen)

Wie wird Adipositas bei Kindern ermittelt?

Da Kinder in verschiedenen Altersstufen unterschiedlich schnell wachsen und sich entwickeln, ist die Beurteilung von Adipositas bei Kindern komplexer und wird anders ausgeführt als bei Erwachsenen. Zur Einstufung der Gewichtskategorie eines Kindes wird sein/ihr Body-Mass-Index (BMI) mit verschiedenen BMI-Kurven entsprechend des Alters verglichen (d. h. mit WHO-, IOTF-, CDC- oder nationalen Wachstumskurven).

Beispiel aus einem JANPA-Land: SLOWENIEN.

Das nationale schulbasierte Überwachungssystem SLOfit läuft seit 1982 und dient zur Beurteilung der körperlichen und motorischen Entwicklung von Kindern. Von den Grundschulen bis zu den Universitäten sind alle Schulen des Landes beteiligt. Die Messungen (3 anthropometrische und 8 Fitnesstests) erfolgen nach einem standardisierten Protokoll und werden jeweils im April von den Sportlehrkräften durchgeführt. Im Jahr 2016 wurde die Internetanwendung My SLOfit entwickelt. Die einzelnen Berichte sind für Kinder, Eltern und Schulärzte zugänglich.

Programme und politische Maßnahmen von JANPA (weitere Einzelheiten finden Sie unter www.janpa-toolbox.eu)

- Frankreich – PRALIMAP
- Griechenland – E.Y.Z.H.N – Nationale Maßnahme für die Kindergesundheit
- Polen – Ernährung für die Gesundheit
- Slowakei – Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Adipositas für die Jahre 2015 – 2025

JANPA-Fallstudie: Das Schul-Gesundheitssystem in Ungarn

In Ungarn hat jede Schule ein ihr zugewiesenes Schul-Gesundheitsteam, das aus einem Arzt und einer spezialisierten Schulkrankenschwester besteht. Dieses System gibt es nur in Ungarn, denn Gemeinde- und Schulpflegerkräfte bieten Kindern und ihren Eltern Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitserziehung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des Schulalters an. Diese Dienstleistung wurde im frühen 20. Jahrhundert (1915) eingeführt. Der Ministerialerlass 26/1997. (IX.3.) definiert die Rolle und Verantwortlichkeiten der Schulkrankenschwestern, die zweimal jährlich schulbasierte Screenings nach einem Standardprotokoll von der ersten bis zur 11. Klasse miteinschließen. Als Ergebnis dessen sind Gewichts- und Größenmessungen aus diesen Altersgruppen verfügbar, und die Schulpflegerkräfte haben eine gesetzliche Meldepflicht für die sogenannten Indexklassen (Klassen 5, 9 und 11). Der große Vorteil dieses Systems ist die Fülle der seit fast einem Jahrhundert gesammelten verfügbaren Daten. Die Schwäche des Systems ist die Messgeräteausrüstung, die von Schule zu Schule variiert, und die nicht besonders streng standardisierten Gewichts- und Größenmessungen, durch die die Qualität der Daten etwas schlechter wird. Ein weiterer Nachteil des Systems ist die aggregierte Datenberichterstattung (d. h. die Daten werden auf Schulebene erfasst). Einige Schritte zur Qualitätssicherung und Änderungen der Datenerfassung scheinen notwendig. Das Screeningsystem bietet jedoch insgesamt hervorragende Gelegenheiten frühzeitig Maßnahmen zu ergreifen

JANPA-Fallstudie: Überwachungssystem in Griechenland

Griechenland nimmt seit 2009 an der Initiative für die Überwachung von Adipositas im Kindesalter (Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) des WHO-Regionalbüros für Europa teil. Das Programm steht unter der Schirmherrschaft des Gesundheitsministeriums und wird vom „Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki“ (ATEITH) und der „Hellenic Association for the study of Adipositas“ (HMSO) durchgeführt. Eine national repräsentative Stichprobe wurde gemessen und während der verschiedenen COSI-Durchgänge auf Basis des üblichen Protokolls und Ansatzes der WHO und anschließend von allen teilnehmenden Mitgliedern untersucht. COSI verstärkt das Screening und die Überwachung von Kindern in Griechenland durch die Identifizierung von übergewichtigen Kindern und die Überwachung der Ernährungsumgebung in Schulen. Die Mitglieder des lokalen Koordinationsteams sind erfahrene Wissenschaftler, darunter befinden sich sehr gut ausgebildete Ernährungswissenschaftler, die die anthropometrischen Messungen anhand des üblichen Protokolls durchführen und mit den Schulen in ihrer Region gut zusammenarbeiten. Das Schulpersonal informiert unter anderem über die schulischen Einrichtungen, die Ernährungsumgebung in der Schule, die Verfügbarkeit von Turnhallen, den Lehrplan des Sportunterrichts sowie die Organisation von sportlichen Aktivitäten außerhalb des Unterrichts. Deshalb können die COSI-Daten als Quelle zur Entwicklung einer nationalen Ernährungspolitik gegen Adipositas bei Kindern verwendet werden.

EMPFEHLUNGEN FÜR POLITISCHE ANSÄTZE FÜR KINDERTAGESEINRICHTUNGEN UND SCHULEN ZUR PRÄVENTION VON KINDERÜBERGEWICHT

Die folgenden **Leitprinzipien** zur Schaffung von gesunden Umgebungsstrukturen in Kindertageseinrichtungen und Schulen basieren auf den während der Arbeit des JANPA Arbeitspakets 6 gesammelten Kenntnissen und Erfahrungen, insbesondere in der webbasierten Befragung und den qualitativen Interviews mit Entscheidungsträgern in den Partnerländern.

A) EINEN INTEGRIERTEN ANSATZ VERWENDEN

Der EU-Aktionsplan ruft die Mitgliedstaaten dazu auf, integrierte Ansätze mit einem speziellen Schwerpunkt auf Kitas und Schulen zu erarbeiten. Entsprechend dieser Forderung lag der Fokus des Arbeitspakets 6 auf dem Erfassen und Analysieren von integrierten Ansätzen. Der Begriff „integrierter Ansatz“ hat eine Vielzahl von Bedeutungen. Im Arbeitspaket 6 wurde der Schwerpunkt auf vier Aspekte gelegt und integrierte Ansätze als solche Ansätze definiert, die

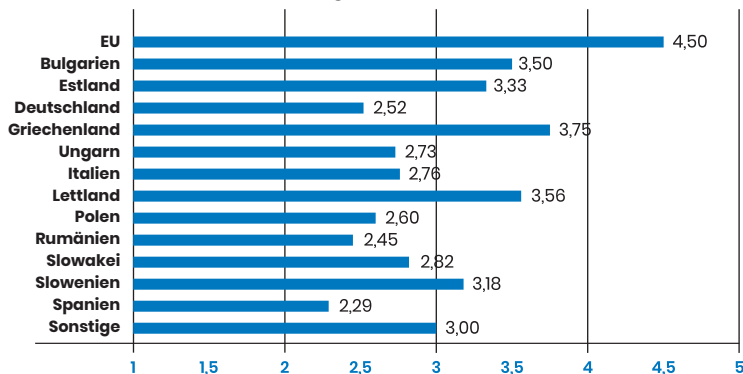
eines der folgenden Kriterien erfüllen: 1) *Maßnahmen mit mehreren Komponenten*: Bei diesem Ansatz werden verschiedene Aspekte von Adipositas bei Kindern adressiert, 2) *Integrativer Ansatz*: Bei diesem Ansatz werden alle Stakeholder der jeweiligen Lebenswelt miteinbezogen, 3) *Sektorübergreifender Ansatz*: Bei diesem Ansatz wirken Akteure verschiedener Sektoren mit 4) *Mehrstufige Intervention*: Bei dem Ansatz handelt es sich um eine Maßnahme, die mehrere Ebenen umfasst (z. B. gleichzeitige Maßnahmen auf der individuellen und auf der verhältnisbezogenen Ebene). Letztlich wurden die mehrstufigen Maßnahmen jedoch viel weniger beachtet als die anderen drei Ansätze. Übereinstimmend mit dem EU-Aktionsplan betonten die beteiligten Partner die Bedeutung von integrierten Ansätzen. Die Auswertung der im Rahmen des Arbeitspakets 6 durchgeführten webbasierten Befragung zeigt, dass das Potenzial von integrierten Ansätzen als hoch eingeschätzt wird. Dies war insbesondere der Fall bei

WIR DANKEN DEN INTERVIEWTEN PERSONEN FÜR IHRE WERTVOLLEN BEITRÄGE:

- **Polen**: Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für Sport und Tourismus
- **Ungarn**: Mitarbeiter des Ministeriums für Humanressourcen
- **Griechenland**: Mitarbeiter des Bildungsministeriums, des Ministeriums für Gesundheit und Ernährung sowie des Ministeriums für Sport und Bewegung
- **Deutschland**: Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums, des Ministeriums für Ernährung und Landwirtschaft und eines Landes-Kultusministerium
- **Rumänien**: Mitarbeiter des Nationalen Instituts für das Gesundheitswesen, des Nationalen Instituts für Sportwissenschaft, des Bildungsministeriums und der Rumänischen Föderation für Diabetes, Ernährung und metabolische Erkrankungen
- **EU-Ebene**: Mitarbeiter einer europäischen Organisation für Lehrerinnen und Lehrer, einer europäischen Elternvereinigung und einer europäischen Allianz für Kinder

Ergebnis der webbasierten Befragung: Relevanz von integrierten Ansätzen nach Ländern (Skala 1 – 5)

Integrierte Ansätze werden in der Prävention von Übergewicht in Kintageseinrichtungen und Schulen werden in meinem Land häufig verwendet (Mittelwert: 2,92).



der Bekämpfung sozialer Ungleichheiten, da sie „Zugang zu Bewegung und gesunden Lebensmitteln in der Schule und Kita bieten, auch wenn sich die Eltern diese zu Hause nicht leisten können“. Die im Arbeitspaket 6 durchgeführten qualitativen Interviews ergaben, dass z. B. in Ungarn „der gesundheitspolitische Ansatz für die Regierung in den letzten Jahren zunehmend wichtiger geworden ist und integrierte Ansätze an Bedeutung gewinnen“ (das Regierungsorgan „Ministerium für Humanressourcen“ ist hierfür ein Beispiel). „Das Gemeinschaftsverpflegungsgesetz, die integrierten Maßnahmen zur Bewegungsförderung und der obligatorische Besuch eines Kindergartens ab dem Alter von 3 Jahren sind alles erfolgreiche

JANPA-Erfolgsgeschichte: SPANIEN

Das Programm SI! ist eine ganzheitliche Intervention für Kita-Kinder im Alter von 3–5 Jahren, die die Umgebung der Kinder (Kita, pädagogische Mitarbeiter und Familien) als integriertes System für die Intervention einbezieht. Es beinhaltet vier lebensstilbezogene Komponenten: Ernährung, Bewegung, Kenntnisse über den menschlichen Körper und Umgang mit Gefühlen. Das Programm beruht auf drei Bereichen der Verhaltensänderung: 1) Wissen, 2) Einstellungen und 3) Gewohnheiten und hat vier Zielbereiche: Kinder, Eltern, pädagogische Mitarbeiter und die Umgebung der Kita und Vorschule. Die Intervention war in den Lehrplan integriert und wurde von den pädagogischen Mitarbeitern durchgeführt. In jeder Vorschule stellte sich ein Mitarbeiter als Interventionskoordinator zur Verfügung und erhielt eine regional durchgeführte staatlich zertifizierte Schulung zu den Inhalten und Strategien des SI!-Programms (ein 30-stündiger, von Experten durchgeführter Kurs). Alle Vorschullehrkräfte hatten Zugang zu einem Online-Archiv der Hilfsmittel für die Intervention und konnten sich außerdem auf der Interventions-Website über Aktivitäten austauschen und diese diskutieren. Im Lauf des Kindergartenjahres führten die pädagogischen Mitarbeiter die Intervention mithilfe von Unterrichtsmaterial für mindestens 20 Stunden bezüglich Ernährung, Bewegung und Bestandteile des menschlichen Körpers und für mindestens 10 Stunden bezüglich des Umgangs mit Gefühlen durch. Außerdem beinhaltete die Intervention Wochenendaktivitäten für die Familie und lieferte Strategien für die Gestaltung der Umgebungsstruktur der Kita wie beispielsweise eine jährliche Gesundheitsmesse.

Maßnahmen“. Die Ergebnisse der webbasierten Befragung zeigen jedoch, dass es vor Ort immer noch Verbesserungsmöglichkeiten bei der Anwendung von integrierten Ansätzen gibt (siehe Abbildung oben).

1) Intervention mit mehreren Komponenten

Die Einflussfaktoren von Adipositas sind komplex und vielfältig. Es ist wichtig zu verstehen, dass wahrscheinlich keine einzelne

„Die Dinge laufen besser, wenn nicht alles von oben nach unten passiert, sondern die Menschen beteiligt sind und ein eigenes Verantwortungsgefühl entwickeln.“

Experte auf EU-Ebene

JANPA-Fallstudie: Besser essen. Mehr bewegen. Kinderleicht-Regionen.

Das Hauptziel dieser Intervention in Deutschland war es zu testen, durch welche Maßnahmen und Kooperationen in lokalen Netzwerken die Entwicklung von Adipositas bei Kindern dauerhaft verhindert werden kann. Man geht davon aus, dass in einem breiten Bündnis von Interessensvertretern Ressourcen gebündelt, die jeweiligen Stärken der einzelnen Partner eingebracht und innovative Entwicklungen durch Synergien ermöglicht werden. 24 Modellprojekte wurden ausgewählt und bewertet, alle waren lokale Zusammenschlüsse von sehr unterschiedlichen Interessensvertretern. Um einen Eindruck von einem möglichen Ansatz zu geben, stellen wir eines der 24 Modellprojekte genauer vor. Das Modellprojekt fand in einem Stadtteil von Nürnberg statt, in dem 45 % der Einwohner einen Migrationshintergrund hatten und die Arbeitslosenquote ca. 17 % betrug. Hier waren überdurchschnittlich viele Kinder adipös. Ein Netzwerk von sozialen Einrichtungen, Vereinen, Schulen und lokalen Behörden entwickelte ein Gesundheitsförderungsprogramm für alle wichtigen Bereiche: Familie, Kita, Schule und Freizeit. Eine regional bekannte Vereinigung mit Erfahrung in Projektmanagement und Netzwerkkoordination initiierte und koordinierte das Netzwerk und seine Aktivitäten. Das Netzwerk organisierte nicht nur Aktivitäten in dem Stadtteil (z. B. Tanzkurse, Schwimmkurse, Zirkusturnen, Elternkochkurse), sondern war auch an politischen Entscheidungsprozessen beteiligt. Aus dieser Kooperation resultierten verschiedene Aktionen, z. B. wurde ein „Autofreier Tag“ organisiert, ein lokaler Sportverein übernahm in Zusammenarbeit mit Studenten den Sportunterricht an Schulen, und in Grundschulen boten Jugendliche ein gesundes Frühstück an. Aufgrund der Erfahrungen ergeben sich als Empfehlungen für andere Interventionen, dass alle Interessensgruppen des Netzwerkes einen klar erkennbaren Nutzen aus der Zusammenarbeit ziehen können und eine gemeinsame Strategie verfolgen sollten. Weiterhin zeigen sich regelmäßige Treffen, ein kontinuierlicher Informationsaustausch und feste Kontaktpersonen vorteilhaft für entsprechende Netzwerke. Bei dem wichtigsten Kooperationspartner in diesem Modellprojekt, der Grundschule, trat eine hohe Fluktuation bei den Lehrern auf und auch die Schulleitung wechselte. Entsprechend war die Organisation von Fortbildungen kompliziert.

Maßnahme Adipositas bei Kindern verhindern kann⁹. Um die größtmögliche Wirkung zu erzielen, müssen die Maßnahmen parallel in mehreren Settings durchgeführt werden, mehrere Ansätze verfolgen und eine Vielzahl von Partnern und Organisationen miteinbeziehen. Beispielsweise wurden im Rahmen des bulgarischen nationalen Programms zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten vielfältige Ansätze parallel durchgeführt (z. B. Kampagnen zur Bewusstseinsbildung, Bildung, Schulungsworkshops, Diskussionsforen, Gesetzgebung). Diese wurden in verschiedenen Bereichen umgesetzt (z. B. Reformulierung, Marketing, Gemeinschaftsverpflegung) und zielten auf unterschiedliche Akteure ab (z. B. Lebensmittelhersteller, Lebensmitteleinzelhändler, die allgemeine Bevölkerung, Kinder, Schulpersonal).

2) Integrativer Ansatz

Alle im Rahmen von JANPA interviewten Personen vertraten die Ansicht, dass Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten in der Gesellschaft das Vorhaben unterstützt, Adipositas in der Kindheit zu verhindern. Deshalb sollte eine **Vielzahl von Interessensgruppen** bei jeder Maßnahme von Anfang an in den gesamten Prozess miteinbezogen werden (*„verstärkte Zusammenarbeit zwischen den lokalen Behörden, Schulen, Hausärzten,*

Essensanbietern und Sportvereinen ist notwendig“); *„die Lehrkräfte sind die zentrale Stelle, wenn es darum geht die Kenntnisse und das Verhalten von Kindern zu verändern, während Kinder wiederum der beste Weg sind, um die Familien zu erreichen. Weiterhin müssen alle öffentlichen Institutionen in dem Bereich miteinbezogen werden, nicht nur die Bildungseinrichtungen, um die Wirksamkeit der Botschaften zu erhöhen z. B. Mitglieder des Gesundheits- und Landwirtschaftsrats“*). Aus diesen Anregungen lassen sich die Maßnahmen ableiten: a) Kinder und Eltern zu ihrer Meinung bei der Planung von öffentlichen Räumen wie Parks und Spielplätzen zu befragen, wie es in dem italienischen Programm zur Spielplatzbemalung erfolgte, b) Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit zu geben sich an der Gestaltung des Mensaangebots durch Verkostungen zu beteiligen, wie es häufig als Teil des Schulobstprogramms umgesetzt wird, oder c) Freiwillige (z. B. Schülerinnen und Schüler oder Eltern) zu suchen, die helfen, Kunstwerke zum Thema Obst und Gemüse zu entwerfen, welche wiederum auf die Cafeteria-Wände gemalt werden könnten. Ein anderes Beispiel ist ein französisches Programm zur Verbesserung der Qualität der Lebensmittelversorgung in Schulen, bei dem Maßnahmen entwickelt wurden, mit denen Jugendliche, Eltern, Lehrkräfte und Schulleitungen während der ge-

„Man sollte in der frühen Phase mit den Entscheidungsträgern zusammenarbeiten, um nationale Prioritäten in jedem Land zu identifizieren, und versuchen, diese in politische Maßnahmen und Programme zu übertragen.“

Experte aus Rumänien

samten Arbeit beteiligt und sensibilisiert werden sollten. Das Engagement der Teilnehmer bewirkte, dass ihr Verantwortungsgefühl gegenüber diesem Projekt zunahm. In einem anderen deutschen Projekt wurden als erster Schritt Fokusgruppen-Interviews durchgeführt, um die Bedürfnisse und Hindernisse in Bezug auf einen gesunden Lebensstil in der Zielgruppe zu ermitteln und so das Verständnis für

„Ein Netzwerk braucht Zeit und benötigt jemanden, der sich wirklich darum kümmert.“

Experte aus Irland

JANPA-Fallstudie: Strukturiertes Netzwerk von Kinderärzten und Lehrkräften in Italien

„Seit 1998 hat unser Team mehrere pädagogische Instrumente über gesunde Snacks entwickelt und getestet, die im Jahr 2001 den Preis „Snacks und Gesundheit“ des italienischen Vereins für Diätetik gewonnen haben. Diese Programme haben jedoch über einige Jahre keinen größeren Effekt gezeigt, da nur kleine Gemeinden daran beteiligt waren. Zu dieser Zeit war in unserem Gebiet die Etablierung einer bevölkerungsbezogenen Strategie nicht möglich, weil ein strukturiertes Kooperationsnetzwerk zwischen lokalen Kinderärzten und Schulen fehlte. Dieses Netzwerk wurde schrittweise seit 2003 aufgebaut und seit 2008 weiter ausgebaut. Letzteres erfolgte dank der Einführung von „Okkio alla salute“, einem nationalen Überwachungssystem, das vom italienischen Ministerium für öffentliche Gesundheit und dem italienischen Ministerium für öffentliche Bildung gefördert wird. Um die letztendliche Zielgruppe der Grundschulkinder zu erreichen, wurden die lokalen Kinderärzte und Grundschullehrkräfte als intermediäre Zielgruppen ausgewählt, da sie beide in der besten Position sind, die an Grundschulkinder gerichteten Botschaften effektiv zu übermitteln (entweder direkt oder durch die Eltern). Eine weitere Erleichterung für das Projekt war, dass die Leitfäden für die Kinderärzte und die Instrumente für die Lehrkräfte dieselben Botschaften in Bezug auf Snacks enthielten. Auf diese Weise erhielten die Kinder und Familien dieselben Informationen in der Schule und von den Mitarbeitern des Gesundheitswesens. Die Botschaften wirkten also zusammen und verstärkten sich gegenseitig. Seit 2008 haben wir ungefähr die Hälfte der in unserem Gebiet praktizierenden Kinderärzte weitergebildet (ihre Teilnahme an dem Projekt war freiwillig) sowie alle durch die Studie „Okkio alla salute“ randomisiert rekrutierten Grundschullehrkräfte. So haben wir mit 4 Durchgängen der Überwachung seit 2008 mehr als die Hälfte (77 von 150) der Grundschulen in unserem Gebiet erreicht. Da für die Altersgruppe der 6- bis 11-jährigen Schulpflicht besteht und die weitergebildeten Kinderärzte und Lehrkräfte geografisch weit verteilt sind, förderte diese Auswahl nicht nur die weite Verbreitung der Botschaften, sondern trug auch zur Verringerung von sozialen Ungleichheiten bei.“

fördernde und hemmende Faktoren für gesundes Verhalten zu erhöhen. **Ständige Kommunikation** und **gegenseitige Rückmeldung** (d. h. vom Projektteam an die Teilnehmer und von den Teilnehmern an das Team) zeigten sich dabei in der Durchführungsphase als sehr wichtig (*„der wichtigste Faktor ist die konstante*

Zusammenarbeit mit den Kindern und Eltern und eine regelmäßige positive Rückmeldung an die Teilnehmer“). Auch die Information der teilnehmenden Schulen über das Programm und die Durchführung von notwendigen Schulungen für die Mitarbeiter der Schule zu Beginn des Schuljahrs sind ausgesprochen



„Am Anfang werden vielleicht mehr Ressourcen benötigt, um alle Beteiligten mit einzubeziehen. Aber für die Durchführung ist es besser, weil alle sich involviert fühlen und die Aktivitäten unterstützen.“

Experte auf EU-Ebene

„Um erreichte Ziele und die Motivation des Personals aufrechtzuerhalten, müssen verstärkende Maßnahmen durchgeführt werden.“

Experte aus Italien

„Fortlaufende Unterstützung ist notwendig, um Initiativen aufrechtzuerhalten.“

Experte aus Irland

JANPA-Fallstudie: Ein jährlicher schulbasierter Sportwettkampf in Rumänien seit 2005.

Die Nationale Schulsport-Olympiade (ONSS) ist ein vom Bildungsministerium koordinierter Sportwettkampf, der jedes Jahr in rumänischen Schulen stattfindet. Das Programm wurde im Jahr 2005 initiiert und wird noch immer fortgesetzt. Die Wettkämpfe in verschiedenen Sportarten werden in jedem Schuljahr in den rumänischen höheren Schulen mit Beteiligung der Sportlehrkräfte organisiert. Die meisten Teile der Wettkämpfe (die schulische, lokale und regionale und manchmal auch die nationale Phase) werden in der Sporthalle und den Außensportanlagen der Schulen ausgeführt. Die Durchführung des Programms fußt auf der stabilen Struktur des rumänischen Bildungswesens – bzw. den gut etablierten Kommunikationskanälen von oben nach unten vom Bildungsministerium zu den regionalen Schulinspektoraten und dann, den Schulen – und auf der Nutzung der verfügbaren Infrastruktur in jeder Bildungseinrichtung. Die Sportlehrkräfte, die gute Ergebnisse bei den Wettkämpfen der ONSS erzielen, werden mit einer bestimmten Anzahl von Punkten belohnt, entsprechend dem Prämiensystem des rumänischen Bildungswesens, und können eine Leistungszulage beantragen. Dies ist ein wichtiger Anreiz für die am Programm beteiligten Lehrkräfte, sich in der Organisation der ONSS und dem Trainieren von Teams und einzelnen Schülern für die Wettkämpfe zu engagieren. Die Nachhaltigkeit der ONSS basiert auf der Durchführung innerhalb des nationalen Bildungssystems und dem Einsatz der bereits vorhandenen personellen und materiellen Ressourcen.

„Das Arbeiten mit Jugendlichen kann eine Langzeitwirkung haben, da die zukünftigen Erwachsenen in der Jugendphase die Verantwortung für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Einstellungen entwickeln, die ihre zukünftige Gesundheit beeinflussen.“

Experte aus Frankreich

„Um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen, muss mit den Interventionen eine maßgebliche Veränderung des bestehenden Systems angestrebt werden.“

Experte aus Deutschland

wichtig („um ein Angebot effektiv in das Schulprogramm integrieren zu können, sollte jedes neue Bildungsangebot zu Beginn des Schuljahres oder sogar schon vorher festgelegt werden. Nichts sollte dem Zufall überlassen werden und ungeplant bleiben“). Ein weiterer wichtiger Punkt, der sich aus den qualitativen Interviews von JANPA ergab, ist, dafür zu sorgen, dass Kinder, Eltern und die Mitarbeiter der Schule über die Veränderungen der Umgebung

oder des Lebensmittelangebots und über die Gründe der Veränderung informiert werden. Die Botschaften müssen dabei kohärent und konsistent sein.

3) Sektorübergreifende Zusammenarbeit

Übergewicht wird durch zahlreiche soziale, ökonomische, umgebungsbedingte, politische, kulturelle und kommerzielle Faktoren bedingt. Deshalb ist **Zusammenarbeit und koordinierte Arbeit** zwischen verschiedenen Sektoren erforderlich („ein nationales Programm mit Zusammenarbeit aller Ministerien wird empfohlen“, „die Komplexität des Problems (von Adipositas in der Kindheit) bedingt eine Aufspaltung der Verantwortlichkeiten zwischen verschiedenen Sektoren (Gesundheit, Ernährung, Bildung) und Ebenen (föederal, staatlich); dies kann als Hindernis, aber auch als Vorteil angesehen werden, weil Ressourcen und Kompetenzen aus verschiedenen Sektoren zur Prävention von Adipositas bei Kindern verwendet werden können“). Idealerweise sollten die Länder ein **formelles Verfahren** für die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren entwickeln, um eine **gemeinsame Planung und Budgetierung** zu vereinfachen, auch wenn es aufgrund von unterschiedlichen Beweggründen schwierig ist, gemeinsame Ziele zu finden („In manchen Fällen gibt es Widerstände durch Lebensmittelhersteller und das Landwirtschaftsministerium“). Ein Befragter des Arbeitspakets 6 des JANPA Projekts hob „die Wichtigkeit von Bemühungen zur **Institutionalisierung und der eindeutigen Zuweisung von Verantwortlichkeiten bei sektorübergreifenden Kooperationen**“ hervor, andere

„Das Konzept sollte in Bezug auf die Durchführung und Finanzierung flexibel bleiben, damit es an den lokalen Kontext angepasst werden kann.“

Experte aus Deutschland

„Die Standardisierung von Verfahren und Instrumenten kann für die Reproduzierbarkeit einer Erfahrung sorgen.“

Experte aus Italien

„Um Vertrauen in eine neue Region zu schaffen und eine neue Maßnahme zu etablieren, ist eine Kontaktperson vor Ort erforderlich.“

Experte aus Deutschland

empfehlen die Stärkung der Leitung durch *„ein nationales Programm mit Zusammenarbeit aller Ministerien“*. Eine sektorübergreifende Arbeitsgruppe mit einer **starken Leitung** kann für Kohärenz und eine **konsistente Kommunikation mit der Bevölkerung** sorgen. Gleichzeitig sind eine sektorübergreifende effektive Zusammenarbeit und Leitung das Ergebnis eines Lernprozesses: *„Sektorübergreifende Arbeit und Kooperation erfordert Motivation und Fähigkeiten, die entwickelt werden können“*. Bei sektorübergreifenden Kooperationen sollten die Gesundheitsministerien die führende Rolle übernehmen, und jedem Sektor sollten eindeutige Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zugewiesen

werden. Bei den Interviews wurde auch die **Wichtigkeit der Gesetzgebung** angesprochen (*„eine gute Gesetzgebung ist der Schlüssel zu einer gesunden Ernährung für Kinder“*). Weiterhin wurde geäußert, dass das Thema der Prävention von Adipositas bei Kindern ständig auf der politischen Tagesordnung stehen sollte, um die laufenden Bemühungen in diesem Bereich zu unterstützen.

B) NACHHALTIGKEIT ERREICHEN

Die nachhaltige Wirkung sollte bereits zu Beginn der Programmplanung fokussiert werden und nicht erst in der letzten Phase der Entwicklung eingefügt werden¹⁰. Bestimmte Faktoren wie das finanzielle

oder politische Klima können nicht beeinflusst werden. Jedoch konnten verschiedene Modelle zur Identifizierung veränderbarer *Faktoren* und somit von *Möglichkeiten* entwickelt werden. Diese am Anfang eines Programms zu berücksichtigen ist wichtig. Der Aspekt der Nachhaltigkeit hatte im gesamten JANPA-

der Rahmen für das gesamte Arbeitspaket festgelegt wurde.

Die **Anwendbarkeit im Kontext** (d. h. Leitungsstrukturen, kulturelle Konstrukte, ökonomische und soziale Situation sowie geografische Gegebenheiten) ist einer der Faktoren, welche bei der Planung einer Maßnahme berücksichtigt werden müs-

JANPA-Erfolgsgeschichte: ITALIEN

Das seit 2013 laufende Programm „Mütter als „Peer-Educator“ zur Förderung der Gesundheit“ zielt darauf ab, Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (SoS) zu befähigen, die Prävalenz von Adipositas bei Kindern zu verringern. Eine Gruppe von Müttern mit niedrigem SoS wurde in die Analyse der wesentlichen Determinanten von Adipositas bei Kindern und der wichtigsten Hindernisse der Gesundheitsförderung bei Kindern miteinbezogen. Diese Mütter geben als ‚Peer-Educator‘ ihre Wissensbestände in Bezug auf die folgenden Themen der Gesundheitsförderung an andere Mütter weiter: Gesunde Ernährung (d. h. Obst- und Gemüseverzehr, weniger Softdrinks, gesunde Snacks, regelmäßiges Frühstück), Förderung der körperlichen Aktivität und Verringerung der sitzenden Lebensweise. An diesem Prozess sind Lehrkräfte und anderes Schulpersonal sowie das Gemeindepersonal aktiv und systematisch beteiligt (d. h. Bürgermeister, Stadtverordnete).

„Für Minderheiten brauchen wir kostenlose Dienstleistungen mit niederschwelligem Zugang möglichst direkt am Wohnort.“

Experte aus Deutschland

Projekt einen besonderen Stellenwert. Dies spiegelt sich im Aufstellen der Kriterien guter Praxis wieder, durch die

sen. Eines der positiven Ergebnisse des Arbeitspakets 6 war, dass in fast allen Fällen der kulturelle, politische und soziale Kontext untersucht und bei den ausgewählten Beispielen guter Praxis mitberücksichtigt wurde. Maßnahmen sollten idealerweise in vorhandene Systeme integriert werden, um den Kosten-Nutzen-Faktor und somit auch die Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu verbessern. Diese Anregung war eine von 9 Kernkriterien, die von den beteiligten Partnern des Arbeitspakets 6 für die

JANPA-Fallstudie: Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung in Deutschland

Diese Intervention wurde für Kindergärten in Nordrhein-Westfalen (Deutschland) mit einem speziellen Fokus auf Kindergärten mit einer hohen Rate an sozial benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund entwickelt. Die Kindergärten wurden für die Teilnahme an der Intervention anhand des Prozentanteils von Familien mit geringem Einkommen und des Prozentanteils von Familien mit Migrationshintergrund ausgewählt.

Die Intervention besteht aus Schulungen bezüglich körperlicher Aktivität und Ernährung für das Erziehungspersonal. Für die Durchführung einer Intervention werden außerdem Medien und eine individuelle Beratung zur Verfügung gestellt. Unterstützung bei der Organisation von Veranstaltungen für die Eltern wird angeboten, und zwischen allen teilnehmenden Institutionen wird ein Netzwerk gebildet. Die teilnehmenden Kindergärten bekommen ein Zertifikat verliehen. Zusätzlich können Eltern mit geringem Einkommen eine ermäßigte Kindergartengebühr zahlen oder davon befreit werden.

Bewertung eines Programms als Beispiel guter Praxis im Rahmen von JANPA ausgewählt wurden. Eine der Möglichkeiten, um die Nachhaltigkeit eines Programms zu erreichen, ist die Bildung eines Netzwerks oder einer Kooperation (*„die Nachhaltigkeit unseres Programms wird durch eine langfristige Zusammenarbeit der am Projekt beteiligten Organisationen sichergestellt“*). Eine weitere Option ist die **Verbreitung einer Maßnahme durch eine politische Regelung** (z. B. Integration in die organisatorischen Routineabläufe oder in eine vorhandene oder neu eingeführte politische Maßnahme). Wenn eine Intervention wesentliche Veränderungen der Umgebung oder der Infrastrukturen auslösen könnte, dann hätte sie schließlich auch das Potenzial eine langfristige Wirkung zu erzielen (*„das größte Hindernis bei der Prävention von Adipositas ist die Mentalität der Bevölkerung – wenn die Bevölkerung Handlungsbedarf erkennt und Druck auf die Regierungen ausübt, Mittel zur Verfügung zu stellen, könnt-*

en sich die Dinge ändern. Zurzeit ist das politische Interesse gering, denn niemand „schreit“, niemand sagt: „Wir brauchen bessere Bedingungen“ für Gesundheit, Sport und einen aktiven Lebensstil“).

„Es ist wichtig, den Prozess und die Erfolge zu überwachen und den Eltern und Kindern Rückmeldung zu geben.“

Experte aus Estland

C) KAPAZITÄTEN ZUR ÜBERTRAGBARKEIT UND REPRODUZIERBARKEIT STEIGERN

Die „Übertragbarkeit“ sagt etwas darüber aus, inwieweit eine Initiative in andere Zusammenhänge mit derselben Wirksamkeit und denselben Ergebnissen übertragen werden kann. Die „Reproduzierbarkeit“ hingegen bezieht sich auf die Wiederholbarkeit am selben Ort mit derselben Zielgruppe¹¹. Eine hohe Übertragbarkeit einer Maßnahme kann die geografische Ausbreitung eines Beispiels guter Praxis innerhalb eines Landes und zwischen verschiedenen Ländern erleichtern. Es ist dagegen kaum sinnvoll (und üblicherweise strebt dies niemand an) eine Intervention in einem gänzlich anderen Kontext in der selben Form zu wiederholen und dabei mit genau demselben Erfolg zu rechnen. Kontextbezogene und personelle

„Die Verknüpfung eines Programms mit einem nationalen Überwachungssystem kann dazu beitragen, die Effektivität einer Maßnahme ohne zusätzliche finanzielle Investitionen evaluieren zu können.“

Experte aus Italien

Faktoren spielen eine wichtige Rolle beim Übertragen von einer Maßnahme an einen anderen Ort. Dazu gehören die **Mittel, die Fähigkeiten und die Kapazität, um die Maßnahme durchzuführen** („die Schulung



11

Wang S et al. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int.* 2006; 21(1):76-83.

des an der Durchführung der Maßnahmen beteiligten Personals ist essenziell“). Ebenso gehören die **Charaktereigenschaften der Zielgruppe** einschließlich der kulturellen Gepflogenheiten und zentraler Kompetenzen wie der Lesekompetenz sowie der Zugang der Zielgruppe zu den **erforderlichen Einrichtungen** dazu. Ein wichtiges Element, das die Kapazität eines Programms zur Übertragbarkeit und Reproduzierbarkeit erhöhen kann, ist damit die **genaue und detaillierte Dokumentation der Intervention und des Kontexts**. Dieser Aspekt wird in den JANPA-Kriterien für Beispiele guter Praxis berücksichtigt (siehe Anhang 1), aber auch von den im Rahmen der beteiligten Befragten des Arbeitspakets 6 erwähnt, und ist Bestandteil der meisten gesammelten Maßnahmen. Deshalb werden die erfassten Interventionen zusammen mit einer detaillierten Beschreibung des landesspezifischen Kontexts dargestellt. Nun gibt es immer **Faktoren, die normalerweise weder erkannt noch dokumentiert werden**, aber einen wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen haben können. Diese sind beispielsweise die **Persönlichkeit und die Erfahrung der Projektleitung oder das Engagement des Personals** („Eine der wichtigsten Erleichterungen für uns waren die engagierten und kompetenten Team-Mitarbeiter. Die größten Hindernisse wurden durch die geringe Motivation einiger Eltern und Kinder bedingt, die die ungesunden Praktiken nicht ändern wollten und anderen Hobbys der Kinder größere Priorität gaben. Dies führte zum Ausscheiden aus dem Programm“) oder die **Motivation der Teilnehmer** („Motivationsgespräche könnten auch eine entscheidende Komponente sein, die in die Gesundheitsbeurteilung der

Kinder zu Beginn miteinbezogen werden sollte, weil damit die Veränderungsbereitschaft ermittelt werden kann“). Offensichtlich können diese Faktoren nicht standardisiert und damit quantifiziert werden. Jedoch können sie durch eine **sorgfältige Prozessevaluation** zumindest identifiziert und hermeneutisch analysiert werden und in ihren Auswirkungen inhaltlich besser verstanden werden. Schließlich sollten die **„kulturellen Aspekte und Einstellungen verstanden und gleichzeitig mit anderen Maßnahmen berücksichtigt werden, um eine Veränderung zu bewirken“**.

D) ASPEKTE DER CHANGEGLEICHHEIT BERÜCKSICHTIGEN

Bei Kindern in Europa bestehen Ungleichheiten in Bezug auf die Gesundheit, sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch zwischen den Ländern. Die sozio-ökonomische Situation einer Familie hat dabei sowohl erhebliche direkte wie auch erhebliche indirekte Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von Adipositas¹². Deshalb muss während der Planung, Durchführung und Evaluation einer Maßnahme ein **gleichberechtigter Zugang angestrebt werden**, mit besonderem Augenmerk auf benachteiligte Gruppen¹³. Um eine schwer zugängliche Gruppe zu erreichen, ist es notwendig, ihre Bedürfnisse, Bedarfe und entsprechende Hindernisse zu verstehen. Dies wurde im Design der irischen Initiative „Eatright“, die sich an Schulabbrecher richtete, berücksichtigt. Während der **Bedarfsanalyse** wurden die niedrige Lesekompetenz, die geringe Nutzung herkömmlicher Bildungsmaterialien und das Fehlen von auf die Bedürfnisse dieser Jugendlichen ausge-

¹² <https://www.oecd.org/els/health-systems/46044572.pdf>

¹³ „Niederschwelliger Zugang“ bedeutet eine kundenorientierte Einstellung sowie die Dienstleistungen zu den Menschen zu bringen. Die Zusammenarbeit mit sozial benachteiligten Gruppen und die Berücksichtigung ihrer Meinungen und Bedürfnisse ist wesentlich für die Entwicklung niederschwelliger Dienstleistungen.

richteten Materialien als Haupthindernisse identifiziert. Deshalb wurde ein Online-Informationsportal entwickelt. Weiterhin können Kinder und Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, laut den mit JANPA erfassten Beispielen guter Praxis auch durch den Mechanismus der **Peer-Education** erreicht und befähigt werden (siehe „PRALIMAP-INES“ oder „OPEN – Schools on the move“ in der JANPA-Toolbox oder dem Kasten mit dem Beispiel aus Italien).

Das Schulobstprogramm der EU findet in fast allen beteiligten Ländern des JANPA Arbeitspakets 6 statt. Es wurde in einigen Fällen als Beispiel guter Praxis ausgewählt. Es zeigt, dass erfolgreiche **unabhängige Programme oder Projekte** gegenüber *finanzierten* oder *teilweise subventionierten* Programmen ebenfalls das Mittel der Beseitigung von Zugangshindernissen für Kinder einsetzen. Diese haben zu Hause eine unzureichende Verfügbarkeit von Obst und Gemüse¹⁴ („das Programm bewirkt eine deutliche Verringerung der finanziellen Belastung für die Eltern – nicht nur für die Mehrheit der Bevölkerung, sondern auch für Randgruppen“). In Situationen mit begrenzten Mitteln sollte deswegen in Betracht gezogen werden, das Programm bzw. Projekt so auszurichten und zu intensivieren, dass es den Bedürfnissen dieser Gruppen gerecht wird (z. B. durch Konzentration auf Schulen in Gebieten mit niedrigem sozioökonomischem Status).

E) SOLIDE PROZESS- UND WIRKUNGSEVALUATION

Eine der wichtigsten Erkenntnisse des Arbeitspakets 6 ist, dass trotz der Vielzahl von Maßnahmen gegen Adipositas in der Kindheit **nur ein kleiner Teil von diesen solide evaluiert wurde**. Dies gilt ins-

besondere für politische Maßnahmen. Die Auswirkungsbeurteilung einer Maßnahme sollte in einer frühen Phase geplant werden, da hierfür die Erfassung, Zusammenstellung und Interpretation von Ausgangsdaten erforderlich ist. Wenn **sowohl das Ergebnis als auch der Prozess** evaluiert wird, kann dadurch die Wirksamkeit aufgezeigt und Erkenntnisse für Verbesserungen gewonnen werden¹⁵. In Bezug auf die Prozessevaluation ist es sehr nützlich **Fokusgruppen-Interviews** mit der Zielgruppe durchzuführen (z. B. wurden im oben erwähnten französischen Projekt, das auf die Verbesserung der Lebensmittelversorgung in Oberschulen abzielte, sowohl Einzelbefragungen als auch Gruppeninterviews mit Jugendlichen durchgeführt, um ihre Meinung zu den Veränderungen und ihre Zufriedenheit zu erfahren sowie Erleichterungen und Hindernisse für ein solches Projekt zu verstehen). Wichtig wäre es auch, **ausreichende finanzielle und personelle Mittel für die Evaluation im Voraus einzuplanen**.

Außerdem sollte eine gründliche **Risikobewertung** zu Beginn und eine **Kosten-Nutzen-Analyse** am Ende Bestandteil der Arbeit sein. Aufgrund begrenzter Mittel in einigen Ländern ist es wichtig, Maßnahmen und politische Regelungen frühzeitig auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen. Bedauerlicher Weise wurde weniger als die Hälfte der erfassten Maßnahmen im Jahr nach ihrem Abschluss evaluiert und nur für wenige wurden die Kosten berechnet. Weiterhin ist es notwendig, die Mechanismen zu verstehen und die Faktoren zu identifizieren, durch die eine Maßnahme oder politische Regelung erfolgreich wird. Eine sorgfältig geplante **Pilotphase** kann

14
15

Bere E et al. Effect of the nationwide free school fruit scheme in Norway. *Br J Nutr.* 2010; 104(4):589-94.
Ein RE-AIM-Ansatz (Reach, Efficacy, Adoption, Implementation, and Maintenance) kann ein nützlicher Rahmen sein, der zunehmend zur Beurteilung der Wirkung von gesundheitsfördernden Maßnahmen verwendet wird.

helfen die Machbarkeit zu beurteilen und den Kontext im kleinen Maßstab zu verstehen. Eine Pilotstudie wurde jedoch ebenfalls in weniger als der Hälfte der beteiligten Programme durchgeführt. Ohne eine gründliche Prozessevaluation ist es allerdings kaum möglich, diejenigen Maßnahmen zu identifizieren, die im Sinne der Programmplanungen wirksam sind und daher verbreitet und im größeren Maßstab durchgeführt werden sollten.

AKTIONSPUNKTE:

SCHUTZ VON KINDERN IN KINDERGÄRTEN UND SCHULEN

Im Rahmen von nationalen oder regionalen politischen Maßnahmen und nach gründlicher Analyse der Rechtslandschaft und Gesetzgebungsbefugnisse sowie der Anpassung an den Kontext sollten folgende Schritte in Betracht gezogen werden:

Was können nationale Regierungen tun?

- Etablierung eindeutiger Standards auf der Basis von Ernährungsrichtlinien für Lebensmittel und Getränke, die in Kindergärten und Schulen sowie bei Schulveranstaltungen angeboten, verkauft oder vermarktet (mit besonderem Augenmerk auf bestimmte Marken) werden können
- Rechtsvorschriften zu folgenden Punkten erlassen:
 - Erhöhung der Anzahl der obligatorischen Sportunterrichtsstunden
 - Einschränkung des Marketings für ungesunde Lebensmittel und Getränke für Kinder
 - Integration von obligatorischen Stunden für Ernährungserziehung in den Lehrplan
 - Verbot des Anbietens und Verkaufs von zuckerhaltigen Getränken in Schulen und bei Schulveranstaltungen
 - Regelmäßige Überwachung des Gewichtsstatus der Schüler und Screening auf Übergewicht und Adipositas
- Regelmäßige Evaluation der Wirkung dieser Maßnahmen

Was können kommunale Regierungen tun?

- Einführung von verkehrsbeschränkten Zonen in der Nähe von Bildungseinrichtungen zur Förderung des aktiven Schulwegs
- Verbot von Marketing für Lebensmittel und Getränke für Kinder in öffentlichen Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Spielplätzen und Parks
- Durchführung von öffentlichen bewusstseinsbildenden Kampagnen und Organisation von öffentlichen Veranstaltungen zur Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Eltern und Betreuungspersonal über einen gesunden Lebensstil
- Berücksichtigung von Gesundheits- und Ernährungsaspekten - in den Vorgaben für die Lieferung von Lebensmitteln
- Durchführung einer Ausschreibung für
 - die Schaffung / Verbesserung von Einrichtungen für Bewegung in Kindergärten und Schulen
 - die Installation von Trinkbrunnen in Kindergärten und Schulen
- Gezielte Beratung von übergewichtigen und adipösen Kindern und deren Eltern

Was können Schulen tun?

- Überarbeitung von Verträgen mit Lebensmittel- und Getränkefirmen, um sicherzustellen, dass gesunde Lebensmittel- und Getränkealternativen



verkauft und/oder angeboten werden, sowie um die Anzahl, den Inhalt und den Aufstellungsort von Verkaufsautomaten festzulegen, sofern sie nicht verboten sind

- Einführung von aktiven Pausen
- Ständige Verfügbarkeit sauberen Trinkwassers in den Schulen und bei Schulveranstaltungen, z.B. durch Trinkwasserspender
- Etablierung eigener schulpolitischer Maßnahmen, wenn keine nationalen oder kommunalen Vorschriften vorhanden sind
- Durchführung von Ernährungsschulungen für Lehrkräfte und für das Personal der Schulküche
- Öffnung der Schule für die Eltern, um ihnen die Pädagogik zu verdeutlichen und sie zur aktiven Teilnahme an dem Prozess zu bewegen

Anhang 1

INSTRUMENT ZUR SELBSTEIN- SCHÄTZUNG FÜR PROGRAMME UND PROJEKTE ZUR PRÄVENTION VON ADIPOSITAS IN KINDERTAGES- EINRICHTUNGEN UND SCHULEN NACH DEN KRITERIEN GUTER PRAXIS

Das Ziel dieses Instruments zur Selbsteinschätzung ist es, Programmplaner bei der Entwicklung effektiver und nachhaltiger Maßnahmen in Kindergärten und Schulen zur Prävention von Adipositas im Kindesalter zu unterstützen. Diese Checklisten dienen zur **Identifizierung von Lücken** während der Planungsphase, durch deren Schließung die Maßnahme verbessert werden könnte. Idealerweise wird das Instrument zur Selbsteinschätzung verwendet, bevor das Projekt oder Programm gestartet wird, aber auch bereits laufende Projekte oder Programme können beurteilt werden.

Beginnen Sie mit der Checkliste der Kernkriterien guter Praxis. Kreuzen Sie die Kriterien an, die Ihr Projekt oder Programm erfüllt. Wenn alle neun Kriterien zutreffen, ist die Initiative ein Beispiel guter Praxis nach dem JANPA-Standard (wenn Sie noch in der Planungsphase sind, versuchen Sie, die ersten sieben Kriterien zu erfüllen). Die weiteren Kriterien beziehen sich jeweils auf die Charakteristika der Intervention, die Durchführung und die Evaluation des Programms. Versuchen Sie, von diesen Kriterien ebenfalls möglichst viele zu erfüllen.

Checkliste für die Kernkriterien guter Praxis

1. Charakteristika der Intervention

Sind die Ziele spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert?

Ist die Zielgruppe eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status)?

Hat sich der Ansatz in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt (hat er eine positive Wirkung auf Einzelpersonen und/oder Gemeinschaften)?

2. Durchführung

Soll die Zielgruppe befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können)?

Integrieren die Maßnahmen vorhandene Strukturen?

Stößt die Maßnahme auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe?

3. Monitoring und Evaluation

Sind die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation vorhanden?

Wurden die meisten der geplanten Maßnahmen durchgeführt und die meisten Ziele erreicht?

Zeigte die Ergebnis- oder Wirkungsevaluation einen signifikanten Beitrag zum Zielverhalten oder zu seinen Bestimmungsfaktoren?

Kriterien guter Praxis Kategorie 1 – Charakteristika der Intervention

Ist das Konzept evidenzbasiert?	<input type="checkbox"/>
Wurden kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge (und Hindernisse) beurteilt und berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Wurde eine Bedarfsanalyse und/oder Gemeinschaftsanalyse der Zielgruppe durchgeführt?	<input type="checkbox"/>
Sind das Ziel, die Zielgruppe, das Zielverhalten, der Ansatz und die Maßnahme eindeutig definiert und in einem Leitfaden oder Protokoll dargelegt?	<input type="checkbox"/>
Sind die Idee und/oder die Methodik innovativ?	<input type="checkbox"/>
Sind in dem Programm/Projekt Fachleute aus verschiedenen Bereichen involviert (sektorübergreifend)?	<input type="checkbox"/>
Werden die Familien mit einbezogen (d. h. die Eltern sind bei den Maßnahmen für die Kinder involviert)?	<input type="checkbox"/>
Hat das Programm/Projekt eine kommunale Komponente?	<input type="checkbox"/>
Ist das Programm/Projekt gezielt auf sozial benachteiligte Gruppen ausgerichtet (d. h. werden Bemühungen unternommen, um sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen zu erleichtern – niederschwelliger Zugang)?	<input type="checkbox"/>
Wird der Ansatz der Mitgestaltung verwendet (d. h. werden Endnutzer in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)?	<input type="checkbox"/>
Werden Werte in Bezug auf die ethische Verantwortung, Ungleichheiten und die Geschlechtersensibilität respektiert?	<input type="checkbox"/>
Ist das Programm/Projekt übertragbar (d. h. kann es leicht in einen anderen Kontext übernommen werden)?	<input type="checkbox"/>
Ist das Programm/Projekt reproduzierbar (d. h. kann es zu einer anderen Zeit unter denselben Bedingungen wiederholt werden)?	<input type="checkbox"/>

Kriterien guter Praxis Kategorie 2 – Durchführung

Wurde eine Pilotstudie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>
Wird eine große Reichweite in der Bevölkerung erzielt?	<input type="checkbox"/>
Sind die relevanten Kooperationspartner und/oder Organisationen beteiligt?	<input type="checkbox"/>
Sind Vermittler/Multiplikatoren beteiligt, um die Teilnahme der Zielgruppe zu fördern (z. B. werden lokale Ärzte und Lehrkräfte auf ein kommunales Beratungsangebot hingewiesen)?	<input type="checkbox"/>
Weist Ihr Programm/Projekt eine hohe Beliebtheit und Zufriedenheit der Teilnehmer auf?	<input type="checkbox"/>
Ist die Fortsetzung des Programms/Projekts durch Folgefinanzierung und personell gesichert?	<input type="checkbox"/>

Umfassen die Maßnahmen des Programms/Projekts auch verhältnisbezogene Faktoren (d. h. Faktoren außerhalb der individuellen Kontrolle)?	<input type="checkbox"/>
Ist das Programm technisch umsetzbar (d. h. leicht zu erlernen und durchzuführen)?	<input type="checkbox"/>
Werden bei der Durchführung spezielle, auf die Aspekte der Chancengleichheit ausgerichtete Maßnahmen ergriffen?	<input type="checkbox"/>
Werden klare Strukturen für Management und Entscheidungsfindung etabliert und beibehalten?	<input type="checkbox"/>
Ist die Dokumentation von wesentlichen Maßnahmepunkten öffentlich zugänglich (mindestens als Internet-Link)?	<input type="checkbox"/>
Gibt es klare Richtlinien für das Programm / Projekt zur Annahme von Sponsoring und die Bewältigung von Interessenkonflikten?	<input type="checkbox"/>
Werden die relevanten Kooperationspartner gezielt angesprochen?	<input type="checkbox"/>
Werden geeignete Verbreitungsmethoden verwendet?	<input type="checkbox"/>

Kriterien guter Praxis Kategorie 3 – Evaluation

Sind die Evaluationsmethoden genau beschrieben?	<input type="checkbox"/>
Findet eine regelmäßige Überwachung der Ergebnisse mit validen vorab festgelegten Indikatoren statt (mit Prozess-, Ergebnis- und Erfolgs-Indikatoren)?	<input type="checkbox"/>
Finden eine externe und/oder eine interne Evaluation statt?	<input type="checkbox"/>
Wird eine Nachuntersuchung durchgeführt (mind. 6–12 Monate nach der Maßnahme)?	<input type="checkbox"/>
Werden Kosten-Nutzen-Analysen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>
Sind die Kosten eindeutig angegeben (nach Budgetpositionen)?	<input type="checkbox"/>
Ist das Programm finanzierbar (d. h. sind die Kosten kein Hindernis für eine Wiederholung und/oder Übertragung)?	<input type="checkbox"/>
Zeigt das Monitoring eine akzeptable Beteiligung an der Maßnahme oder eine angemessene Durchsetzung der politischen Regelung?	<input type="checkbox"/>
Ist der Effekt der Maßnahme nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in der Praxis relevant?	<input type="checkbox"/>
Werden negative Konsequenzen und/oder Risiken beurteilt (einschl. Stigmatisierung)?	<input type="checkbox"/>
Ist die Analyse der Voraussetzungen für eine mögliche Verbreitung wie eine Auflistung voraussichtliche Hindernisse und Erleichterungen (z. B. Mittel, organisatorisches Engagement etc.) verfügbar?	<input type="checkbox"/>

Anhang 2

HEMMENDE UND FÖRDERNDE FAKTOREN UND KAPAZITÄTEN FÜR DIE PRÄVENTION VON ADIPOSITAS BEI KINDERN: ERGEBNISSE DER WEBBASIERTEN BEFRAGUNG UND DER QUALITATIVEN INTERVIEWS

1. Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Interviews

Zur Entwicklung von Leitlinien der EU-Mitgliedstaaten für wirksame politische Regelungen und Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen hat die Arbeitsgruppe des Arbeitspakets 6, 17 **qualitative Interviews** mit nationalen und lokalen Kooperationspartnern in den Bereichen Ernährung, Gesundheit, Sport und Bildung in Deutschland, Griechenland, Polen, Rumänien, Ungarn und auf EU-Ebene durchgeführt. Dies diente dazu, vorhandene Kapazitäten für Programme und Projekte zur Adipositasprävention bei Kindern zu beurteilen.

Adipositas in der Kindheit ist eines der wichtigsten Gesundheitsprobleme. Ihre Prävention erfordert einen sektorübergreifenden Ansatz. Die befragten Experten betrachteten die *Familie, Schulen und Kindertageseinrichtungen sowie die Gemeinschaftsverpflegung* als die **Bereiche mit der höchsten Relevanz**. Darüber hinaus wurden Gemeinden, Hausärzte und Medien sowie Maßnahmen, die in mehreren Lebenswelten durchgeführt werden, erwähnt. Gemeinden, Schulen und Kitaseinschließlich der Schul- und Sachaufwandsträger, Ministerien, Familien, Elternvereinigungen und Sportvereine

werden als wichtige Akteure identifiziert. Einige Experten bezeichneten auch glaubwürdige professionelle Organisationen wie die nationalen Fachgesellschaften oder Universitäten, Lehrkräfte, das Internet und soziale Medien, Ärzte und Hebammen sowie Kooperationen zwischen Kita/Schulen und Eltern oder der Lebensmittelindustrie sowie Verbraucherverbänden als wichtige Akteure. Als **Haupt Hindernisse für die Adipositasprävention bei Kindern** werden dagegen das *fehlende Bewusstsein für die Bedeutung einer gesunden Ernährung und Bewegung, ungeeignete Ernährungsgewohnheiten zu Hause* und teilweise die *höheren Kosten von gesunden Lebensmitteln, die fehlende Unterstützung durch die Eltern, mangelnde personelle und finanzielle Mittel* bei der Prävention von Adipositas in der Kindheit sowie *Marketing für ungesunde Lebensmittel durch Massenmedien* betrachtet. Die Situationen in Schulen, wie ein ungeeignetes Schulgelände, auf dem die Kinder nicht ohne Aufsicht durch einen Erwachsenen spielen können und mangelnde Unterstützung durch und für die Mitarbeiter der Schule werden ebenfalls von Experten als Hürden genannt. Als **fördernde Faktoren** nannten die Befragten ein *beschränktes Lebensmittelmarketing in Schulen* sowie *allgemeine Vorschriften für Lebensmittelwerbung*. Weiterhin wurden Programme für Schulen

und Kindertageseinrichtungen (u. a. *gesund-des Verpflegungsangebot, Ernährungsbildung, Bewegungsförderung und Sportunterricht*) und die *Zusammenarbeit zwischen Ministerien und anderen Akteuren* (d. h. starke Netzwerke) wie Gemeinden, Familien, Sportvereinen und Verantwortlichen in Kitas und Schulen ebenfalls als fördernder Faktor für die Adipositasprävention bei Kindern angeführt. Fast alle Experten sehen Möglichkeiten, die Bemühungen zur Adipositasprävention bei Kindern zu verstärken. Jedoch besteht in manchen Ländern Bedarf für eine bessere **Infrastruktur und Finanzierung**, um diese umsetzen zu können. Es wurden unterschiedliche Methoden vorgeschlagen; eine **stärkere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren** einschließlich der Bildung von Netzwerken und einer guten Koordination wurde dabei am häufigsten genannt. Aus allen Ländern wurde

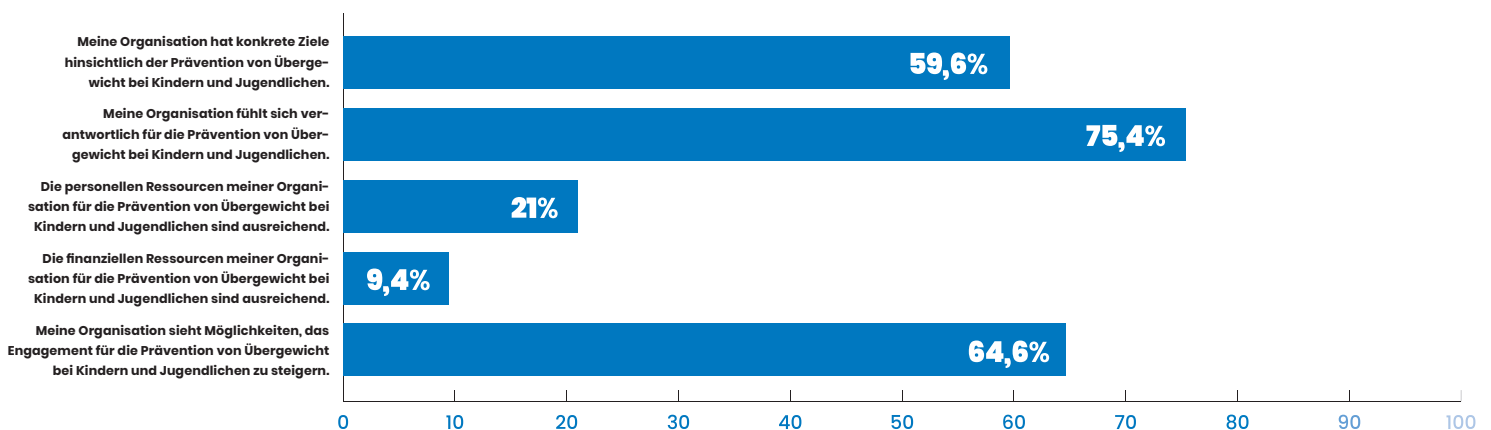
Ernährung befassen, zu bevorzugen sind. Alle Experten sind dennoch der Ansicht, dass **integrierte Ansätze das Potenzial haben**, soziale Ungleichheiten bezüglich der Gesundheit zu bekämpfen. So bieten sie zum Beispiel Zugang zu Bewegung und gesunden Lebensmitteln in der Schule und Kita, auch wenn sich die Eltern das zu Hause nicht leisten können.

2. Zusammenfassung der Ergebnisse der webbasierten Befragung

Zur Erfassung von Zusatzinformationen wurde eine webbasierte Befragung auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Wie auch bei den qualitativen Interviews bezogen sich die Fragen der webbasierten Befragung auf **fördernde**

Kapazitäten für die Prävention von Kinderübergewicht

(% der Befragten, die angegeben haben trifft zu/ trifft vollständig zu)



über Beispiele von – geplanten oder bereits umgesetzten – integrierten Ansätzen zur Prävention von Adipositas in Kindergärten und Schulen auf nationaler Ebene berichtet. Es wird dabei kontrovers diskutiert, ob integrierte Ansätze gegenüber Ansätzen, die sich entweder mit Bewegung oder mit der

und hemmende Faktoren sowie Kapazitäten für die Prävention von Übergewicht in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Insgesamt **187 Befragte aus 12 Nationen** nahmen an der Befragung teil. Die Teilnehmer waren **politische Entscheidungsträger und Interessensvertreter**, die auf dem Gebiet der

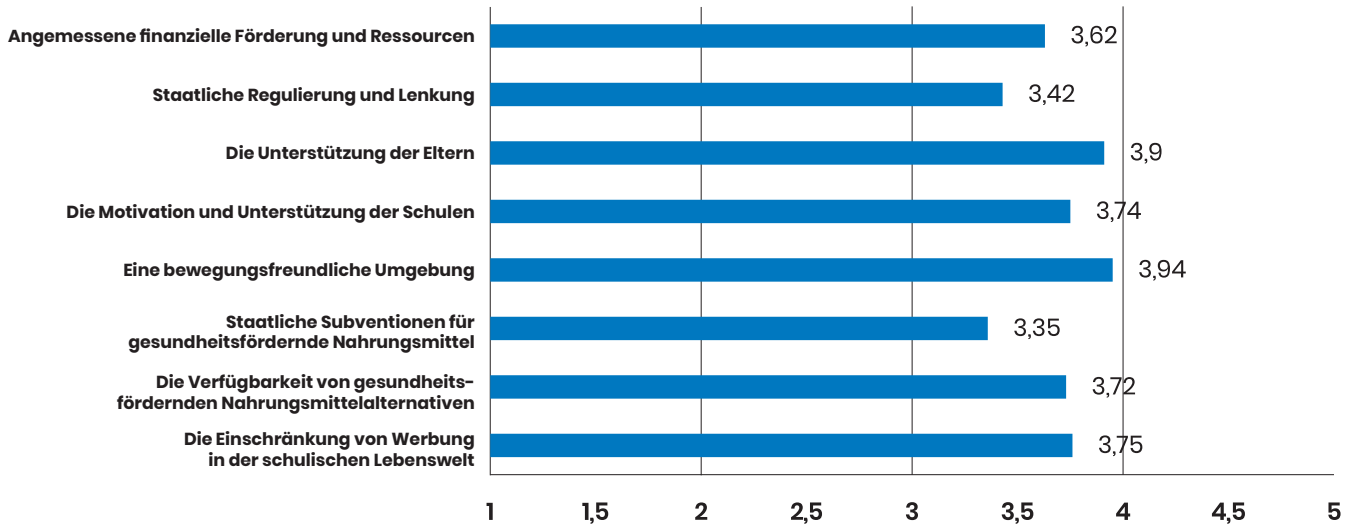
Prävention von Kinderübergewicht aktiv sind. Bei den Fragen zu **fördernden Faktoren** für die Prävention von Adipositas bei Kindern nannten die Befragten eine **bewegungsfördernde Raumgestaltung**, die **Unterstützung der Eltern** für eine gesunde Ernährung und Bewegung sowie **Werbebeschränkungen** für ungesunde Lebensmittel in der Schule und Kita als bedeutende Faktoren. Als wichtige **Hindernisse** für die Prävention von Adipositas bei Kindern wurden von den Befragten das **kommerzielle Marketing** (Werbung) für ungesunde Lebensmittel, der **Mangel an öffentlichen Mitteln** und Ressourcen sowie die **fehlende Unterstützung der Eltern** genannt.

Die Ergebnisse der webbasierten Befragung in Bezug auf vorhandene **Kapazitäten** für die Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen waren aufschlussreich. Die Befragten berichteten, dass ihre Organisationen **konkrete Ziele** in Bezug auf die Prävention von Übergewicht bei dieser Zielgruppe hätten, sich **verpflichtet** fühlten, in diesem Bereich **tätig wären** und auch **Möglichkeiten** sähen, diese **Bemühungen zu verstärken**. Jedoch äußerten die Teilnehmer der Befragung auch, dass nur **wenige** ihrer Organisationen über ausreichende **personelle und finanzielle Mittel** verfügten, um dies auch wirklich tun zu können (siehe Abbildung).

Die Ergebnisse der webbasierten Befragung zeigen die **Bedeutung einer ausreichenden Finanzierung und angemessener Mittel**, um die Bemühungen zur Adipositasprävention bei Kindern steigern zu können. Politische Entscheidungsträger und Kooperationspartner geben an, sich für die Verstärkung dieser Bemühungen zu engagieren. Um dies erfolgreich tun zu können, benötigen sie sehr wahrscheinlich zusätzliche Mittel.

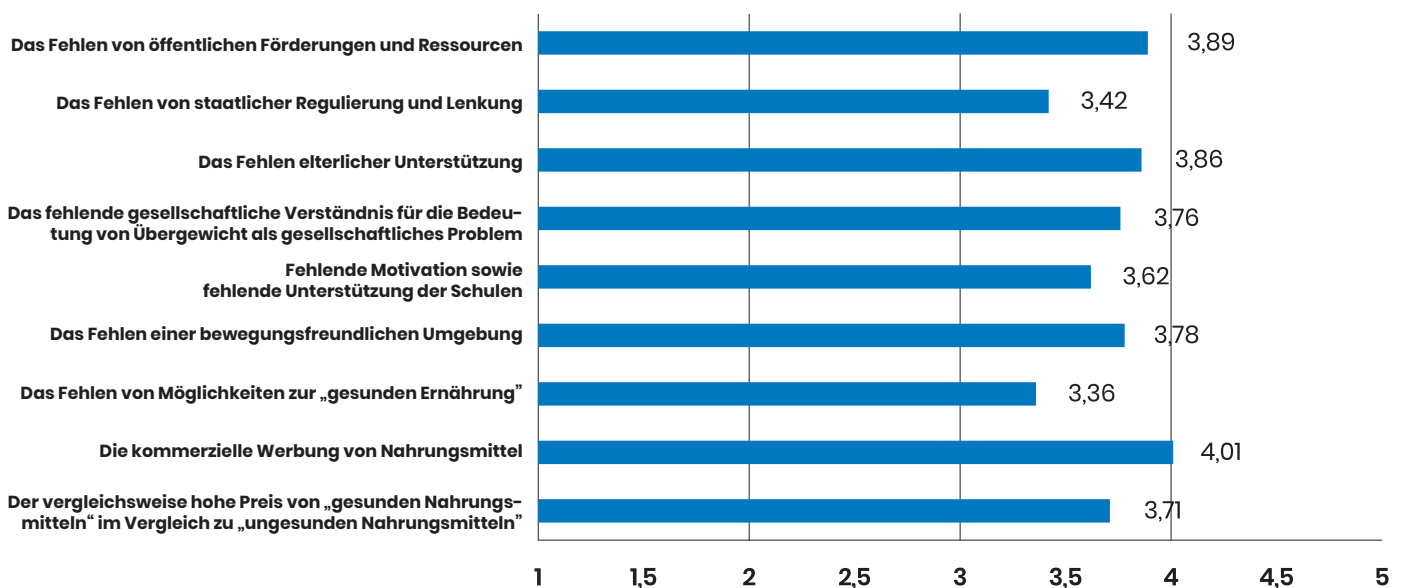
Ergebnis der webbasierten Befragung: Fördernde Faktoren für die Prävention von Kinderübergewicht

___ unterstützt/unterstützen die Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in meinem Land
(1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft vollständig zu)



Ergebnis der webbasierten Befragung: Hemmende Faktoren für die Prävention von Kinderübergewicht

___ hemmt die Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in meinem Land
(1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft vollständig zu)





EIN LEITFADEN
FÜR PROGRAMMPLANER UND
ENTSCHEIDUNGSTRÄGER ZUR

**SCHAFFUNG VON GESUNDHEITS-
FÖRDERNDEN UMGEBUNGS-
STRUKTUREN IN KINDERTAGES-
EINRICHTUNGEN UND SCHULEN**



Janpa