

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences
Fakultät: Life Sciences
Studiendepartment Ökotrophologie

Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern

- Diplomarbeit -

vorgelegt am 06.06.2007

von

Mareike Wagner

[REDACTED]

[REDACTED]

Referenten:

Prof. Dr. Christine Behr-Völtzer
(Betreuende Professorin)

Prof. Dr. Michael Hamm
(Korreferent)

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
1. EINLEITUNG	5
1.1. PROBLEMSTELLUNG	5
1.2. ZIELSETZUNG	6
2. BEDEUTUNG VON SOZIALER UNGLEICHHEIT IN DEUTSCHLAND.....	7
2.1. EINLEITUNG.....	7
2.2. DEFINITION „SOZIALE UNGLEICHHEIT“ BZW. „SOZIALE BENACHTEILIGUNG“	7
2.2.1. <i>Vertikale soziale Ungleichheit</i>	8
2.2.2. <i>Horizontale soziale Ungleichheit</i>	8
2.3. (EINKOMMENS-) ARMUT IN DEUTSCHLAND.....	8
2.3.1. <i>Verbreitung der (Einkommens-) Armut nach der Sozialhilfestatistik</i>	9
2.3.2. <i>Verbreitung der (Einkommens-)Armut nach dem Konzept der relativen Einkommensarmut</i>	10
2.4. RISIKOFAKTOREN UND RISIKOGRUPPEN	11
2.5. FOLGEN VON ARMUT UND SOZIALER UNGLEICHHEIT	12
2.5.1. <i>Materielle Einschränkung</i>	13
2.5.2. <i>Zugang zu Erholung und Freizeitaktivitäten</i>	13
2.5.3. <i>Soziale Kontakte und Netzwerke</i>	14
2.5.4. <i>Auswirkungen auf die Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten</i>	15
3. AUSWIRKUNGEN VON ARMUT UND SOZIALER UNGLEICHHEIT AUF DIE GESUNDHEIT	15
3.1. EINLEITUNG.....	15
3.2. SOZIALE LAGE ALS EINFLUSSFAKTOR AUF DIE GESUNDHEIT	16
3.3. ERNÄHRUNG	17
3.4. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT	20
3.5. ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS	22
3.6. PSYCHOLOGISCHE UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN	22
4. PRIMÄR PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN KINDERN – ÜBERSICHT ZUM THEMA UND IDENTIFIKATION DEUTSCHSPRACHIGER INTERVENTIONSPROGRAMME.....	23
4.1. EINLEITUNG.....	23
4.2. LITERATURRECHERCHE	24
4.3. ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE	24
4.4. RECHERCHE DEUTSCHSPRACHIGER ÜBERGEWICHTSPRÄVENTIONSPROGRAMME FÜR SOZIAL BENACHTEILIGTE VORSCHULKINDER	28
4.5. VORSTELLUNG EINER AUSGEWÄHLTEN DEUTSCHSPRACHIGEN INTERVENTION ZUR PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT – „TIGERKIDS – KINDERGARTEN AKTIV“	29
5. KRITERIEN EFFEKTIVER PROJEKTE ZUR PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN KINDERN.....	31
5.1. EINLEITUNG.....	31
5.2. ZUGANGSSCHWELLE	31
5.3. SETTING.....	32
5.4. RAHMENBEDINGUNGEN EINER PRÄVENTIONSMAßNAHME	33
5.4.1. <i>Programminhalte und Aufbereitung der Inhalte</i>	33
5.4.2. <i>Dauer, Intensität und Nachhaltigkeit der Intervention</i>	35
5.4.3. <i>Kosten</i>	35
5.5. PARTIZIPATION	36

5.6.	EMPOWERMENT	36
5.7.	KOOPERATIONEN	37
5.8.	QUALITÄTSSICHERUNG.....	38
5.9.	EVALUATION.....	39
6.	PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN KINDERN IM SETTING KINDERTAGESSTÄTTE.....	39
6.1.	EINLEITUNG.....	39
6.2.	KINDERTAGESSTÄTTE ALS SETTING FÜR PRÄVENTIONSMAßNAHMEN.....	40
6.3.	VERPFLEGUNG IN DER KINDERTAGESSTÄTTE.....	41
6.3.1.	<i>Vollwertige Ernährung</i>	<i>42</i>
6.3.2.	<i>Anforderungen an ein Kindertagesstättenverpflegungskonzept.....</i>	<i>42</i>
6.3.3.	<i>Finanzierung</i>	<i>45</i>
6.3.4.	<i>Bewertung von Verpflegungsangeboten in Kindertagesstätten</i>	<i>46</i>
6.4.	GESUNDHEITSFÖRDERNDE MAßNAHMEN IN DER KINDERTAGESSTÄTTE	48
6.5.	ELTERNEINBINDUNG.....	55
7.	PUBLIC HEALTH NUTRITION – AUSGEWÄHLTE MAßNAHMEN UND STRATEGIEN ZUR PRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI SOZIAL BENACHTEILIGTEN.....	57
7.1.	EINLEITUNG.....	57
7.2.	STRATEGIEN DER BEVÖLKERUNGSWEITEN GESUNDHEITSKOMMUNIKATION – MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DER SITUATION DER SOZIAL BENACHTEILIGTEN BEVÖLKERUNG.....	58
7.2.1.	<i>Sozial-Marketing</i>	<i>58</i>
7.2.2.	<i>Marketing.....</i>	<i>59</i>
7.2.3.	<i>Gesundheitskampagnen.....</i>	<i>59</i>
7.2.4.	<i>Media Advocacy</i>	<i>60</i>
7.3.	MARKTTRANSPARENZ.....	60
7.4.	GESUNDE STADT.....	61
7.5.	PUBLIC HEALTH NUTRITION UND POLITIK	63
7.6.	SOZIALVERSICHERUNGSBEREICH	67
7.7.	ARMUTSPRÄVENTION	68
8.	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	70
9.	FAZIT	75
10.	ZUSAMMENFASSUNG.....	78
11.	ABSTRACT	80
12.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	82
13.	TABELLENVERZEICHNIS.....	82
14.	LITERATURVERZEICHNIS.....	83
	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	92

Abkürzungsverzeichnis

AGA	-	Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter
aid	-	Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten
AWO	-	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V
BMAS	-	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	-	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	-	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	-	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	-	Body-Mass-Index
BRAVORS	-	Brandenburgisches Vorschriftensystem
BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	-	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
GESA	-	Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten
ISS	-	Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
FKE	-	Forschungsinstitut für Kinderernährung, Dortmund
KIGGS	-	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiTa	-	Kindertagesstätte
KOPS	-	Kiel Obesity Prevention Study (Kieler Adipositaspräventionsstudie)
RKI	-	Robert Koch Institut
WHO	-	World Health Organisation

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Weltweit steigt die Anzahl der übergewichtigen und adipösen Menschen so stark an, dass die WHO bereits von einer Epidemie spricht (WHO¹). Gerade Kinder und Jugendliche sind von dieser Entwicklung betroffen.

In Deutschland waren 2003 insgesamt 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren übergewichtig und 6,3 % adipös². In der Gruppe der Vorschulkinder lag der Anteil der Übergewichtigen im Jahr 2003 bei 9 %, bei den 7- bis 10-Jährigen betrug dieser Anteil 15 % und 17 % der Jugendlichen waren übergewichtig (Langnäse; et al, 2003, S. 727-731). Bei den Adipösen ist die gleiche Tendenz zu beobachten: Der Anteil betrug 2,9 % bei den Vorschulkindern, stieg über 6,4 % bei den 7- bis 10- Jährigen bis hin zu 8,5 % bei den Jugendlichen (Schaffrath Rosario; et al., 2006, S. 2f.³). Studien konnten zeigen, dass der sozioökonomische Status einen Einfluss auf die Manifestation von Übergewicht und Adipositas bei Kindern hat (ebd). Folglich wird die seit den achtziger Jahren steigende Armutsrisikoquote in Deutschland das Problem weiter verschärfen.

Der Anstieg der Prävalenz des Übergewichts und der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland entwickelt sich angesichts der psychischen und physischen Folgeerkrankungen zu einem großen gesundheitspolitischen Problem.

Im Jahr 2003 beliefen sich die direkten Kosten der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auf 44 Millionen € (Wolfenstetter, 2006, S. 608) und werden zukünftig weiter ansteigen. Der Anstieg der Kosten für Adipositas und Übergewicht ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass übergewichtige Kinder im Erwachsenenalter oftmals adipös werden. Das Risiko hierfür steigt mit zunehmendem Alter an: 14 % der übergewichtigen 6 Monate alten Kinder werden im Erwachsenenalter adipös, bei den 7-Jährigen steigt dieser Anteil bereits auf 40 % (Langnäse; et al., 2003, S. 727–731).

Angesichts der steigenden Prävalenz des Übergewichts bei Kindern in Deutschland und den damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem und den negativen

¹ <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/print.html>

² Grenzwert für Übergewicht: 90. Perzentile, Grenzwert für Adipositas: 97. Perzentile (vgl. aid a, http://www.aid.de/downloads/bmi_perzentil_w.pdf; aid b, http://www.aid.de/downloads/bmi_perzentil_m.pdf)

³ http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/DE_neu_21.09.06_N_551_corr2_ohne_Korrekturmodus.pdf

gesundheitlichen Folgen für die Betroffenen müssen geeignete präventive Interventionen konzipiert werden, die diese Entwicklung stoppen können. Berücksichtigt man die starke Übergewichtsbetroffenheit der sozial schwachen Bevölkerung, muss bei der Planung von Interventionen ein besonderes Augenmerk auf diese Bevölkerungsgruppe gelegt werden. Es existieren gute Gründe präventive Maßnahmen bereits im Kindesalter anzusetzen, denn eine kritische Lebensphase für die Entwicklung der Adipositas ist das 4.–7. Lebensjahr (Langnäse; et al., 2003, S. 727–731). Außerdem ist eine spätere Behandlung von Adipositas oftmals schwierig. Diese skizzierten Aspekte zeigen die Bedeutung des Themas „Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern“. Hinzukommt, dass es derzeit trotz großem Handlungsbedarf kaum Angebote an adäquaten Behandlungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems gibt. Überdies konnte die Effektivität oftmals nicht nachgewiesen werden (AGA, 2006, S. 11). Dies legt die Vermutung nahe, dass noch weniger (erfolgreiche) Präventionsprogramme existieren, die speziell auf die Bedürfnisse der sozial benachteiligten Kinder und ihrer Familien ausgerichtet sind.

1.2. Zielsetzung

Abgeleitet von der zuvor dargestellten Entwicklung der steigenden Prävalenz von Übergewicht und der besonderen Brisanz des Themas bei der Zielgruppe der sozial Benachteiligten, ist es Ziel dieser Arbeit, effektive Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern aufzuzeigen. Dies bedingt, dass bekannt ist, welche Voraussetzungen die Gruppe der sozial benachteiligten Menschen mitbringt und welche Kriterien bei Interventionen für diese Zielgruppe obligatorisch sein müssen. Anschließend soll der am besten geeignete Interventionsort identifiziert sowie effektive verhaltens- und verhältnispräventive Interventionen abgeleitet werden.

Hinweis: Im Rahmen dieser Arbeit wird darauf verzichtet, jeweils männliche und weibliche Endungen anzuführen. Die hier verwendeten männlichen Endungen repräsentieren in Bezug auf diese Arbeit jeweils beide Geschlechter.

2. Bedeutung von sozialer Ungleichheit in Deutschland

2.1. Einleitung

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit einerseits und der Entstehung von Übergewicht andererseits untersuchen und interpretieren zu können, muss soziale Ungleichheit zunächst genau definiert werden. Weiterhin soll in diesem Kapitel die Gruppe der sozial benachteiligten Menschen eingegrenzt und beschrieben werden. Diese Informationen bilden die Basis, um im weiteren Verlauf der Arbeit konkrete Interventionsmaßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern bestimmen und entwickeln zu können.

2.2. Definition „Soziale Ungleichheit“ bzw. „Soziale Benachteiligung“

Unter dem Begriff „Soziale Ungleichheit“ bzw. „Soziale Benachteiligung“ kann sich wahrscheinlich der Großteil der Bevölkerung etwas vorstellen. Um dennoch Missverständnisse zu vermeiden, soll der Begriff zu Beginn dieser Arbeit definiert werden. Menschen leben in relativ stabilen zwischenmenschlichen Gefügen zusammen. Innerhalb dieser sozialen Gefüge geraten Menschen in vielfältige Beziehungen zueinander und nehmen darin unterschiedliche Positionen ein. Die soziale Position, die ein Mensch einnimmt, entscheidet über soziale Gemeinsamkeiten (z.B. unter leitenden Angestellten) oder soziale Unterschiede (z.B. zwischen diesen und ungelerten Arbeitern) zu anderen Personen (Hradil, 2001, S. 15). Die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Sozialkategorien (z.B. Beruf, Geschlecht, Alter etc.) ist nicht nur mit verschiedenen Lebensbedingungen und Lebensweisen verbunden, sondern schafft auch Vor- und Nachteile zwischen den Mitgliedern. Diese Vor- und Nachteile, die mit den unterschiedlichen sozialen Positionen verbunden sind, nennt man „soziale Ungleichheit“ (ebd., S. 27-30). Somit ist die Voraussetzung für „Soziale Ungleichheit“, die Existenz eines sozialen Unterschiedes zwischen Menschen, der mit Vor- und Nachteilen für diese verbunden ist. Wie die Autoren Holz et al. beschreiben, zeigt sich die „Soziale Benachteiligung“ darin, dass bestimmten Gruppen aufgrund von Schichtzugehörigkeit oder Diskriminierung die volle Teilhabe an gesellschaftlich anerkannten Werten verwehrt oder erschwert wird. Sie ist Ursache als auch Folge einer Menge individueller Benachteiligungen, wie z.B. Armut, Krankheit, Behinderung, sozialer Mehrfachbelastung, Geschlecht oder Migration. Durch sozialstrukturelle Merkmale (z.B. Berufstätigkeit, Einkommen) und

durch persönliche Merkmale (z.B. Verhaltensweisen) wird die soziale Benachteiligung sichtbar (Holz; et al., 2004, S. 8 f.).

2.2.1. Vertikale soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit lässt sich in die horizontale und vertikale soziale Ungleichheit unterteilen. Wird von sozialer Ungleichheit gesprochen, ist vorwiegend die vertikale soziale Ungleichheit gemeint, denn meist sind Unterschiede in Bildung, beruflichem Status und Einkommen Gegenstand der Diskussion. „Vertikal“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich die Bevölkerung anhand der genannten Merkmale in oben und unten unterteilen lässt. Mittels der drei Merkmale Bildung, Beruf und Einkommen wird nicht nur die vertikale soziale Ungleichheit gut erfasst, sondern es kann ebenso der „sozioökonomische Status“ einer Person bestimmt werden (Mielck, 2000, S. 18).

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich vorwiegend auf die vertikale soziale Ungleichheit, daher stehen in diesem Kapitel die Fragen im Vordergrund, wie groß das Ausmaß der (Einkommens-)Armut in Deutschland ist, welche Folgen Armut hat und welche Gruppen davon besonders betroffen sind.

2.2.2. Horizontale soziale Ungleichheit

Die Bevölkerung kann an Hand von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Nationalität und Familienstand in verschiedene Gruppen untergliedert werden. Zwischen diesen unterschiedlichen Gruppen kann eine soziale Ungleichheit bestehen. Man spricht hier von horizontaler sozialer Ungleichheit, da diese Grenzen quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit verlaufen. Es existieren viele Merkmale mit denen die horizontale soziale Ungleichheit definiert werden kann, die jedoch in ihrer Gesamtheit noch nicht schriftlich fixiert wurden. Von zentraler Bedeutung sind die drei Merkmale Alter, Geschlecht und Nationalität (Mielck, 2000, S. 18).

2.3. (Einkommens-) Armut in Deutschland

Die Armutsberichterstattung wird erheblich von der Definition des Armutsbegriffs bestimmt. Je nach Wahl der Armutsdefinition bzw. des Armutskonzepts wird das Ausmaß von Armut festgelegt, aber auch die sozialpolitischen Forderungen geprägt. Eine einheitlich definierte Grenzziehung gibt es nicht, wodurch es unmöglich wird,

die Gruppe der als arm geltenden Menschen klar abzugrenzen. Meist wird die Armutsgrenze bzw. das soziokulturelle Existenzminimum aufgrund von normativen Entscheidungen bestimmt (Hanesch, 1994, S. 23).

In der Armutsforschung wird zwischen absoluter und relativer Armut unterschieden. Unter „absoluter Armut“ wird der Mangel an lebensnotwendigen Ressourcen wie Essen/Trinken, Bekleidung und Wohnen verstanden (Mielck, 2000, S. 34). Die absolute Armut hat jedoch in den entwickelten und reichen Ländern an Bedeutung verloren, die daraus resultierende existenzielle Bedrohung besteht nur noch partiell. Heute ist mit dem Begriff Armut hauptsächlich die „relative Armut“ gemeint (RKI, 2001, S. 4). Von relativer Armut wird gesprochen, wenn eine Person über erheblich weniger finanzielle Mittel verfügt als die Mehrheit der Bevölkerung (Mielck, 2000, S. 34). Armut hat es in Deutschland, einem der reichsten Länder der Welt, immer gegeben. Waren es vor einiger Zeit noch hauptsächlich Obdachlose, Gelegenheitsarbeiter, ausländische Mitbürger sowie eine Randgruppe von sozial schwachen Haushalten, die von Armut betroffen waren, werden nun, aufgrund der seit Jahren anhaltenden Massenarbeitslosigkeit und der dramatischen Kürzungen bei der Arbeitslosenunterstützung, auch normale Haushalte von Armut bedroht.

2.3.1. Verbreitung der (Einkommens-) Armut nach der Sozialhilfestatistik

In Deutschland soll die Sozialhilfe das Existenzminimum des Einzelnen gewährleisten. Sie bezieht sich auf den Mindestbedarf von Personen bzw. Haushalten und ist ein staatliches Instrument zur Bekämpfung der Armut und soll die Teilnahme am kulturellen und sozialen Leben ermöglichen (Klocke; et al., 2001, S. 12). Mittels der Sozialhilfestatistik⁴ können somit Aussagen darüber getroffen werden, wie hoch die Zahl derer ist, die gerade ihr Existenzminimum sichern können bzw. unter prekären materiellen Bedingungen leben und dadurch einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind.

Im Jahr 2004 bezogen 2,9 Millionen Menschen in 1,46 Millionen Haushalten „Hilfe zum Lebensunterhalt“, davon waren 515 Tsd. Kinder unter 7 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2006a, S. 213). Zum Stichtag 31.12.2004 empfing in Deutschland jedes zehnte Kind unter sieben Jahren und jedes siebte Kind zwischen sieben und elf Jahren „Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt“ (ebd., S. 213).

⁴ Statistiken beziehen sich auf die „laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen“.

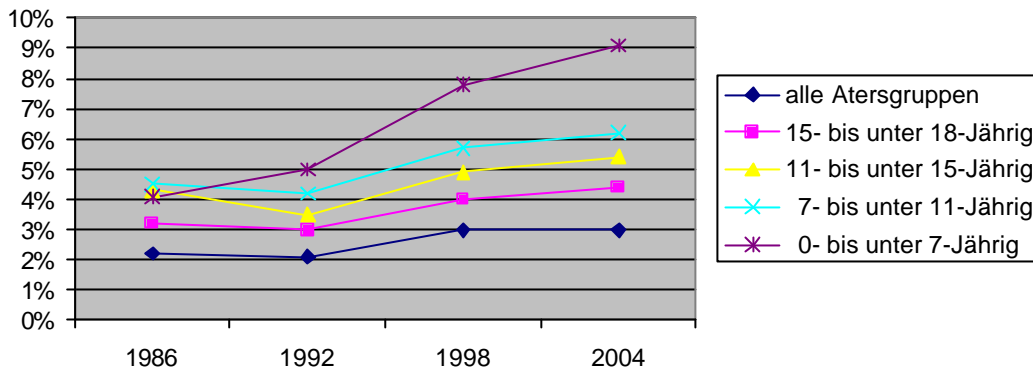


Abb. 1: **Sozialhilfequote verschiedener Altersgruppen 1986 bis 2004 (nur Deutsche)**

Anmerkung: Die Zahlen berücksichtigen nur die sogenannte ‚Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt‘ (HLU) außerhalb von Einrichtungen. Die Zahl von 1986 bezieht sich auf das frühere Bundesgebiet, ab 1992 auf Deutschland insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt , 2006a & Statistisches Bundesamt 1999

Die Abbildung eins belegt, dass Kinder zu den „Verlierern“ der derzeitigen gesellschaftlichen Entwicklung gezählt werden können. Sie unterstreicht die Brisanz des Themas „Armut im Kindesalter“. Der Anteil an Kindern, die in einem sozialhilfebeziehenden Haushalt aufwachsen, wächst seit den achtziger Jahren stetig an. Waren es im Jahr 1986 noch 4,2 % der 0- bis unter 7-Jährigen, die in einem sozialhilfebeziehenden Haushalt aufwachsen, so sind es im Jahr 2004 mit 9 % schon mehr als doppelt so viele (Statistisches Bundesamt, 2006a, S. 213).

Aus den Statistiken lässt sich schlussfolgern: Je jünger ein Kind ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass es in einem sozialhilfebeziehenden Haushalt aufwächst.

Am 1. Januar 2005 trat das Gesetz zur Zusammenlegung von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld in Kraft (Hartz IV), somit müssen die aktuellen Entwicklungszahlen noch abgewartet werden.

2.3.2. Verbreitung der (Einkommens-)Armut nach dem Konzept der relativen Einkommensarmut

Die relative Einkommensarmut wird mittels des bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommens definiert. Das Nettoäquivalenzeinkommen wird über das monatliche Haushaltsnettoeinkommen, das in Bezug zu der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder gesetzt wird, bestimmt (Statistisches Bundesamt, 2006b, S. 607 f.). Darüber hinaus hängt das Ausmaß der Armutsbetroffenheit vom arithmetischen Mittel und der Festlegung eines Armutsschwellenwertes ab (RKI, 2005b, S. 7). Die

Armutsschwelle wird definiert als der prozentuale Abstand zum durchschnittlichen Haushaltseinkommen des jeweiligen Landes. Nach dem empfohlenen Schwellenwert des Statistischen Amtes der EU (Eurostat) gilt derjenige als arm, der in einem Haushalt lebt, der mit seinem Äquivalenzeinkommen weniger als 60-Prozent des mittleren Einkommens der gesamten Bevölkerung zur Verfügung hat (Statistisches Bundesamt, 2006b, S. 611). Mit der 75-Prozent-Grenze wird das Niedrigeinkommen, der so genannte „prekäre Wohlstand“, ausgewiesen.

Das in den Sozialhilfestatistiken aufgezeigte Ausmaß der (Einkommens-)Armut in der Bundesrepublik Deutschland wird durch die Statistiken der relativen Einkommensarmut bestätigt. Im Jahr 2005 lebten 13,2 % der Bevölkerung an der Armutsgrenze. Über weniger als die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens verfügten 10,6 % der Bevölkerung und vom sogenannten prekären Wohlstand (75 %-Quote) waren 34,4 % betroffen (Statistisches Bundesamt, 2006b, S. 612). Die bereits beschriebene überproportionale Armutsbetroffenheit der Kinder wird durch die Daten der Statistiken der relativen Einkommensarmut erneut bekräftigt. Trotz Schwankungen der Armutsquoten ist bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahren eine Sockelarmut festzustellen. Der Wert liegt zu keinem Messzeitpunkt in Westdeutschland unter 11 % und auch in Ostdeutschland liegt die Armutsrisikoquote meist über 10 % (RKI, 2005b, S. 9).

Das Angewiesensein auf Sozialhilfe bzw. das Leben an der Armutsrisikogrenze ist in der Mehrzahl der Fälle jedoch kein permanenter Zustand, sondern weist ein hohes Ausmaß an Fluktuation auf.

2.4. Risikofaktoren und Risikogruppen

In den letzten Jahren zeichnete sich immer deutlicher ab, dass Kinder und Jugendliche diejenige Altersgruppe stellen, die am häufigsten von Armut bedroht ist (Hanesch, 1994, S. 38). Diese Entwicklung wurde durch strukturelle Veränderungen hervorgerufen. Der gesellschaftliche Wandel in den letzten Jahren verschob die Ursachen für Armut. Verbunden mit dieser neuen Armut ist die Eingrenzung der Armutsrisikogruppen vielschichtiger und komplexer geworden. Die neuen Risikofaktoren und Risikogruppen erklären die starke Armutsbetroffenheit der Kinder:

- Der Hauptrisikofaktor für Armut ist die (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, die in den letzten 20 Jahren stetig zugenommen hat. Von Arbeitslosigkeit betroffen sind vor allem Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20–60 Jahren, die über-

wiegend Familienanschluss haben. Dies führt zu einer wachsenden Zahl von Kindern, die über einen kurzen oder langen Zeitraum in Armut aufwachsen (RKI, 2001, S. 7).

- In den letzten Jahren stieg die Scheidungsrate der Ehen erheblich an, statistisch gesehen, wird jede dritte Ehe geschieden. Bei jeder zweiten Scheidung sind Kinder involviert (Statistisches Bundesamt, 2005⁵). Die Kinder wachsen überwiegend bei ihren Müttern auf. Die alleinerziehenden Mütter haben, im Gegensatz zu kinderlosen Männern, schlechtere Erwerbs- und Einkommenschancen, wodurch das Armutsrisiko bei den alleinerziehenden Müttern steigt (RKI, 2005b, S. 9).
- Infolge der steigenden Scheidungsquote und den daraus resultierenden Ein- elternhaushalten nimmt die Quote der Alleinerziehenden in den letzten Jahren zu. Im Jahr 2004 lag der Bevölkerungsanteil der Einelternhaushalte bei 17 %, von denen etwa ein Drittel an der Armutsgrenze lebten (Statistisches Bundesamt, 2006b, S. 619).
- Eine Familie muss pro Kind mit monatlichen Mehrausgaben von mindestens 250 € bis 450 € rechnen (Andreß; et al., 2001, S. 39). Bei drei und mehr Kindern kommen erhebliche monatliche Mehrausgaben zusammen, die der unzureichende Familienlastenausgleich nicht kompensieren kann. Dies setzt selbst Normalverdiener-Familien einem Einkommensarmutsrisiko aus.
- Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind besonders armutsgefährdet. Die Zahl der in Armut lebenden Kinder aus Zuwandererfamilien hat sich in den neunziger Jahren auf 15 % verdreifacht, dies trägt maßgeblich zum Gesamtanstieg von Kinderarmut in Deutschland bei (UNICEF, 2005, S. 1-4).

Kinder und Jugendliche, die in einem Haushalt mit einem oder mehreren dieser Merkmale aufwachsen, sind erheblich stärker armutsgefährdet.

2.5. Folgen von Armut und sozialer Ungleichheit

In Deutschland gibt es, im Gegensatz zu den USA, bezüglich der Entwicklung, Verteilung sowie der Auswirkungen und Folgen von Armut bei Kindern nur wenig Studien. Die dreijährige bundesweite Studie „Gute Kindheit – schlechte Kindheit“ des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) in Kooperation mit dem Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO) ist in Deutschland eine der ersten

⁵ <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2980023.htm>

Studien, die die realen Rahmenbedingungen der kindlichen Entwicklung und Versorgung unter Armutbedingungen in Deutschland erforscht hat (AWO, 2000). Darüber hinaus konnten noch weitere Studien (Walper, 1999; Richter, 2000; Chassé; et al., 2003) recherchiert werden, die alle zu vergleichbaren Ergebnissen kommen.

Nachfolgend sollen die wichtigsten Erkenntnisse der angeführten Studien zusammengefasst werden.

2.5.1. Materielle Einschränkung

Im Bereich der materiellen Versorgung des Kindes kann folgendes Verhalten bei armen Kindern doppelt so häufig beobachtet werden wie bei ihren sozial besser gestellten Altersgenossen: verspätetes und unregelmäßiges Bezahlen des Essengeldes und anderer Beiträge für Vorschulaktivitäten sowie fehlende finanzielle Mittel zum Bezahlen des angebotenen Mittagessens. Zudem fällt auf, dass arme Kinder häufiger hungrig in die Einrichtung (Kindertagesstätte, Kindergarten o.ä.) kommen (AWO, 2000, S. 50).

Die Schere zwischen den verfügbaren Einkommen in deutschen Haushalten stagniert in den letzten Jahren auf hohem Niveau (Statistisches Bundesamt, 2006b, S. 605–607). Dies lässt den Lebensstandard in der Bevölkerung ansteigen und macht es für die arme Bevölkerung unmöglich „mitzuhalten“. Für Statussymbole, wie z.B. bestimmte Konsumgüter, Kleidungsstile, Wohnformen oder Sportarten, fehlen die finanziellen Mittel, jedoch bestimmen gerade sie die Zugehörigkeit zu bzw. die Ausgrenzung von speziellen Bevölkerungsgruppen (Lange; et al., 2003, S. 159).

2.5.2. Zugang zu Erholung und Freizeitaktivitäten

Kostenpflichtige Freizeitaktivitäten, wie z.B. eine Mitgliedschaft im Sportverein, können aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel von armen Familien nicht genutzt werden (Holz; et al., 2003, S. 111-128). Der sozialräumliche Hintergrund der armen Kinder erschwert ihnen den Zugang zu Erholung und Freizeitaktivitäten. Von Armut betroffene Kinder leben signifikant häufiger in den sozialen Brennpunkten der Großstädte als ihre finanziell bessergestellten Gleichaltrigen (AWO, 2000, S. III). Die sozialen Brennpunkte der Großstädte sind oftmals durch ein hohes Verkehrsaufkommen, wenige Grünflächen und geringe Spielmöglichkeiten für die Kinder

gekennzeichnet. Dies schränkt den Erholungs- und Freizeitbereich maßgeblich ein. Neben der körperlichen Erholung muss auch der Raum für psychische Erholung geschaffen werden. Denn viel belastender als die fehlenden körperlichen Erholungs- und Freizeitmöglichkeiten empfinden die Kinder, die in ihren Familien auftretenden internen Konflikte. Die neuen Belastungen der Armutslage können von den Eltern oft nicht kompensiert werden. Dies hat negative Auswirkungen auf die familiären Beziehungen und das Erziehungsverhalten (Chassé; et al., 2003, S. 196 f.).

Die Kinder leiden vor allem unter Aspekten wie Strukturlosigkeit des Alltags und Überforderung durch erzwungene Selbstständigkeit (morgens selber aufstehen und zur Schule gehen, sich selber etwas zu essen machen). Es zeigt sich, dass das Familienleben der armen Kinder oft geprägt ist durch die Abwesenheit der Eltern im kindlichen Lebensablauf, fehlende emotionale Zuwendung durch ihre Eltern, Geschwisterstreitigkeiten, körperliche Strafen, beengte Wohnverhältnisse, kein eigenes Zimmer, hoher Fernsehkonsum sowie langjährige Problembelastungen, wie z.B. Schulden, Krankheiten, Langzeitarbeitslosigkeit oder Alkoholismus (Holz; et al., 2003, S. 111-128).

2.5.3. Soziale Kontakte und Netzwerke

Die Ergebnisse der AWO-ISS-Studie zeigen, dass arme Kinder seltener den Kontakt zu anderen Kindern in der Einrichtung (Tagesstätten, Kindergärten o.ä.) suchen, weniger aktiv an Gruppenaktivitäten teilnehmen, seltener ihre Wünsche äußern und weniger wissbegierig sind als sozial bessergestellte Kinder. Darüber hinaus werden arme Kinder schon in diesem Alter häufiger von anderen Kindern in der Einrichtung ausgegrenzt (AWO, 2000, S. 52). Kinder aus armen Familien führen auch außerhalb der Einrichtungen oft wenige oder gar keine sozialen Netzwerkbeziehungen. Sie sind häufig sozial isoliert und spielen in erster Linie mit ihren Geschwistern (Holz; et al., 2003, S. 120-128). Der soziale Vergleich sowie die Selbsteinordnung anhand nicht mehr verfügbarer Konsumgüter führen oftmals zur Verletzung des Selbstwertgefühls, wodurch der Aufbau von sozialen Kontakten verhindert bzw. erschwert wird (Lange; et al., 2003, S. 159).

2.5.4. Auswirkungen auf die Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten

Arme Vorschulkinder zeigen im Spiel- und im Sprachverhalten sowie beim Arbeitsverhalten mehr Auffälligkeiten als ihre finanziell bessergestellten Altersgenossen. Des Weiteren zeigt sich, dass arme Kinder häufiger vom regulären Schulbesuch zurückgezogen werden und ebenso bei vergleichbaren Ausgangslagen geringere Chancen für einen regulären Übertritt in die Regelschule haben (AWO, 2000, S. 51). Durch die niedrigere Bildungsaspiration von sozial benachteiligten Familien erhöht sich für den Nachwuchs das Risiko des zukünftigen Scheiterns auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. Schon bei den Grundschulkindern ist ein immer verbreiteter Sprachrückgang verbunden mit einem geringeren Wortschatz zu beobachten, der hauptsächlich durch die sprachliche Passivität vor dem Fernseher und der fehlenden Kommunikation innerhalb der Familie ausgelöst wird (Iben, 2003, S. 193). Die Erlebnis- und Erfahrungswelt der armen Kinder ist häufig auf das Wohngebiet beschränkt, wodurch die Bildungschancen weiter verringert werden.

3. Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit

3.1. Einleitung

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (zit. n. WHO-Constitution, 1985⁶) Die WHO betont in ihrer Definition, dass neben körperlichen und geistigen Aspekten auch der soziale Aspekt zum Erhalt von Gesundheit berücksichtigt werden muss. Ob Kinder aus sozial benachteiligten Familien neben den zuvor beschriebenen sozialen Nachteilen auch Nachteile im Bereich der körperlichen und psychischen Gesundheit aufweisen, soll im Folgenden geklärt werden. Dabei wird hauptsächlich auf die gesundheitlichen Einschränkungen sowie die ungünstigen Gesundheitsverhaltensmuster, die im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas stehen, eingegangen.

⁶ <http://www.ldb.org/iphw/whoconst.htm>

3.2. Soziale Lage als Einflussfaktor auf die Gesundheit

Die Gesundheit eines Menschen wird durch viele Aspekte mitbestimmt. Einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines Menschen ist die soziale Lage, in der er sich befindet. Einige Studien konnten belegen, dass Personen mit einem geringeren sozioökonomischen Status eine deutlich höhere Mortalität⁷ und Morbidität⁸ aufweisen als Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status (Mielck, 2000, S. 132). Hierzu erklärt das Robert Koch-Institut: „Auch bei Berücksichtigung weiterer Faktoren, wie Lebenswandel, Gesundheitsverhalten oder genetische Disposition, bleibt ein eigenständiger Einfluss der Lebenslage, des sozioökonomischen Status, der Berufsgruppe oder des Wohnumfeldes auf die Gesundheit der Menschen bestehen.“ (zit. n. RKI, 2001, S. 3)

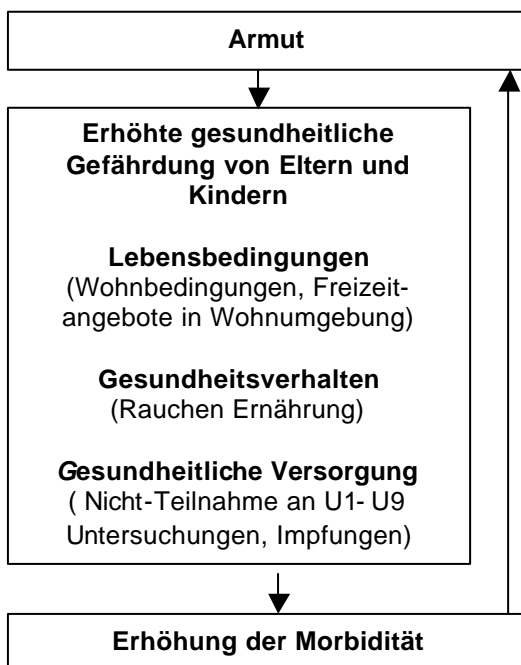


Abb. 2: **Modell der Verknüpfung von Armut und Krankheit**
Quelle: Mielck, 2000

Das nebenstehende Modell erklärt den Zusammenhang zwischen Armut und einer erhöhten Morbidität. Armut führt zu einer erhöhten gesundheitlichen Gefährdung von Eltern und Kindern. Diese resultiert aus dem Gesundheitsverhalten (Rauchen, Ernährungsverhalten) der Eltern und Kinder, den sozialen Rahmenbedingungen (Wohnumfeld) und der sozialen Kompetenz der Eltern (Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen). Zudem ist eine Rückkopplung festzustellen, denn eine erhöhte Morbidität führt zur Verfestigung von Armutslagen (RKI, 2001, S. 11).

Die schlechte Zahnhygiene, das hohe Unfallrisiko und der hohe Anteil der regelmäßigen Raucher (Passivrauchen der kleineren Kinder) belegen das ungünstige Gesundheitsverhalten der sozial schwachen Kinder und ihrer Familien (RKI, 2001, S. 9 & RKI, 2005a, S. 21-53 & S. 97-116). Ein weiterer verhaltensabhängiger Risikofaktor für die Gesundheit ist die geringe Nutzung der Gesundheitssysteme (Müller;

⁷ **Mortalität:** Anteil der Todesfälle durch eine bestimmte Krankheit in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraumes. Rate an Todesfällen unter den von einer bestimmten Krankheit befallenen Individuen.

⁸ **Morbidität:** Globale Erkrankungsrate (bezogen auf eine Krankheit) in einer exponierten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

et al., 2005e, S.147). Die vom Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen⁹ belegen den schlechteren Gesundheitszustand und das ungünstige Gesundheitsverhaltensmuster der sozial benachteiligten Kinder.

3.3. Ernährung

Gesundheit wird zum grundlegenden Teil durch die Ernährung mitbestimmt. Eine optimale Ernährung, die den Bedarf an essentiellen Nährstoffen deckt, fördert im Kindes- und Jugendalter das Wachstum sowie die körperliche und geistige Entwicklung und beeinflusst den Gesundheitszustand positiv.

Ernährung in Armutslagen war in Deutschland bisher kaum Gegenstand der Forschung, daher fehlen repräsentative Studien. In den letzten Jahren wurden kleine Modellstudien durchgeführt, deren Ergebnisse wichtige Informationen liefern, aber nicht verallgemeinert werden können. Physischer Hunger oder Nahrungsmangel ist bei sozial benachteiligten Menschen nur in Einzelfällen gegeben, die Auswirkungen armer Lebenslagen auf die Ernährung sind komplexer und können nicht nur auf den quantitativen Aspekt reduziert werden.

Die untenstehende Tabelle offenbart den Unterschied in den Ernährungsverhaltensweisen in Abhängigkeit zur sozialen Schicht.

Tab. 1: Ernährung der Kinder und Jugendlichen nach sozialer Ungleichheit (Alter 11-15 Jahre)

Soziale Ungleichheit (Angaben in Prozent, N= 3.328)						
Ernährungsvariablen	1 unten	2	3	4	5 oben	Gesamt
Faktor I *						
Gemüse, wöchentlich	48	50	47	54	54	50
Obst, mehrmals täglich	32	37	40	45	42	40
Vollkornbrot, täglich	26	40	45	47	51	43
Vollmilch, mehrmals täglich	31	35	40	43	43	38
Faktor II **						
Chips, wöchentlich	54	46	46	43	36	45
Pommes Frites, wöchentlich	55	49	49	44	37	47
Cola, Süßgetränke, mehrmals täglich	45	44	40	32	28	39
Süßigkeiten, mehrmals täglich	30	27	27	23	25	26

* Grundnahrungsmittel

** Nahrungsmittel, die regulär nicht Bestandteil der häuslichen Grundnahrungsmittel sind.

Quelle: Klocke, 1995

⁹ vgl. - Gesundheitsamt des Landkreises Oberspreewald-Lausitz, http://www.osl-online.de/gesundheitsamt/downloads/gesundheitsbericht_2003.pdf, Stand 25.04.2007
 - Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.), http://www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/gbe/6036_1.pdf, Stand 25.04.2007
 - Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.), http://www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/gbe/6099_1.pdf, Stand 25.04.2007

Besonders der Vergleich der untersten mit der obersten sozialen Schicht macht diesen Unterschied deutlich: Kinder und Jugendliche aus den unteren sozialen Schichten zeigen in nahezu allen Ernährungsvariablen ein deutlich ungünstigeres Ernährungsverhalten. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) (Langnäse; et al., 2000, S. 44-51).

Die Auswertung der Daten aus der Tabelle lässt Folgendes erkennen: Lebensmittel mit einer hohen Nährstoffdichte, wie z.B. Vollkornprodukte, Obst und Gemüse, die das Risiko für zahlreiche Erkrankungen senken können, werden von sozial schwachen Haushalten nur in geringen Mengen verzehrt. Demgegenüber steht der hohe Verzehr von stark zuckerhaltigen Lebensmitteln wie Süßigkeiten und Süßgetränken, die reine Kalorienträger sind und keinerlei gesundheitsfördernden Effekt aufweisen. Der erhöhte Verzehr von Lebensmitteln mit einer geringen Nährstoffdichte kann zu einem Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen führen, was Krankheitsfolgen hervorrufen kann, wie z.B. Erhöhung des Osteoporose- und Krebsrisikos, Anämie, Verzögerung des Wachstums sowie die Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Das einseitige und unausgewogene Ernährungsverhalten sozial schwacher Familien manifestiert sich ebenso in dem hohen Verzehr von hochkalorischen Lebensmitteln, die einen ungünstigen und hohen Fettgehalt sowie eine geringe Nährstoffdichte aufweisen. Hierzu zählen beispielsweise Chips oder Fast Food. Dieses Verhalten fördert u.a. die Entstehung von Übergewicht, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Ein niedriger sozialer Status geht meist mit geringen finanziellen Mitteln einher, was wiederum Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten hat. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt als gesunde und abwechslungsreiche Dauerkost, die Vollwert-Ernährung, da diese gesund hält, das Krankheitsrisiko senken kann und die Leistung sowie das Wohlbefinden fördert (DGE, 2007a¹⁰). Auf Basis der derzeitigen Forschungsergebnisse hat die DGE 10 Regeln zur vollwertigen Ernährung aufgestellt.¹¹ Die Vollwert-Ernährung ist eine Ernährungsweise, die zum großen Teil aus kalorienarmen Getränken, Obst und Gemüse, Vollkornprodukten sowie Milch und Milchprodukten besteht.

¹⁰ http://www.dge.de/pdf/10_Regeln_der_DGE.pdf

¹¹ 1. Vielseitig essen; 2. Reichlich Getreideprodukte und Kartoffeln; 3. Gemüse und Obst – Nimm "5" am Tag; 4. Täglich Milch und Milchprodukte; 5. Wenig Fett und fettreiche Lebensmittel; 6. Zucker und Salz in maßen; 7. Reichlich Flüssigkeit; 8. Schmackhaft und schonend zubereiten; 9. Nehmen Sie sich Zeit, genießen Sie Ihr Essen; 10. Achten Sie auf Ihr Gewicht und bleiben Sie in Bewegung (DGE, 2007a)

Tab. 2: **Kosten einer Vollwert-Ernährung**

	Kosten der Ernährung pro Monat
Ernährungstypen (geschätzte Werte für einen alleinstehenden Erwachsenen bezogen auf 1993)	
„ Unbekümmerte Billigesser “ Preisgünstige und anspruchslose Ernährungsweise	290,- DM
„ Qualitätsbewusste Traditionalisten “ Traditionelle und qualitätsbewusste Ernährungsweise	350,- DM
„ Gemäßigte Vollwertköstler “ Weniger strenge Verwirklichung, Verzicht auf den Kauf von ökologisch angebautem Obst und Gemüse	380,- DM
„ Konsequente Vollwertköstler “ Weitgehende Verwirklichung der Prinzipien der Vollwert-Ernährung	570,- DM
Anteil der Sozialhilfe für die Ernährung (pro Monat)*	270,- DM

*Anteil der Sozialhilfe, der laut Bundessozialhilfegesetz (BSHG) auf die Ernährung entfällt.

Quelle: Mielck, 2000

Der Vergleich der monatlichen Ausgaben der unterschiedlichen Ernährungstypen zeigt, dass die Ausgaben vom „unbekümmerten Billigesser“ bis hin zum „konsequenten Vollwertköstler“ auf das Doppelte ansteigen. Die Gegenüberstellung der Ernährungsausgaben mit dem Sozialhilfebetrag, der für die Ernährung vorgesehen ist, zeigt die Brisanz: Die Sozialhilfe ist nur für ein „unbekümmertes Billigessen“ ausreichend, eine „traditionelle und qualitätsbewusste Ernährungsweise“ übersteigt das Budget um ca. 30 % und eine „gemäßigte Vollwertkost“ sogar um ca. 41 % (Mielck, 2000, S. 203). Um annähernd eine vollwertige und bedarfsgerechte Ernährung unter Sozialhilfebedingungen praktizieren zu können, ist ein ausreichendes Ernährungswissen (z.B. Wissen über Inhalt, Zusammensetzung und Menge der Nahrung) und eine gute Haushaltsführung (z.B. genaue Mengenbedarfsplanung von Lebensmitteln für den Haushalt) notwendig. Verhindert wird dies häufig durch den niedrigeren Bildungsstand der sozial benachteiligten Bevölkerung. Darüber hinaus fehlen technische Geräte, wie z.B. eine Gefriertruhe bzw. kühle Lagerräume, die günstige Großeinkäufe ermöglichen könnten.

Die qualitative Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESA) untersuchte anhand von 15 Fallstudien das Ernährungs- und Einkaufsverhalten von Armutshaushalten. Laut der Ergebnisse der GESA-Studie ist das Hauptkriterium für den Einkauf von Lebensmitteln bei Haushalten in Armutslagen der Preis (Lehmkuhler, 2002, S. 238). Die Kriterien Qualität, Zutaten oder Saisonalität, deren Berücksichtigung für eine gesundheitsfördernde und ausgewogene Ernährung von Bedeutung ist, treten in den Hindergrund. Es werden häufig

preiswerte, sättigende und energiereiche Lebensmittel gekauft. Grundnahrungsmittel, wie Brot, Kartoffeln oder Teigwaren, gehören zu den überwiegend eingekauften Lebensmitteln. Bezüglich der Mahlzeitenzubereitung wurde in der GESA-Studie festgestellt, dass Frauen, die bereits in ihrer Kindheit einer Armutslage ausgesetzt waren, nicht gelernt haben zu backen, zu kochen oder einen Haushalt zu führen. Diese jungen Frauen sind oft mit der Ernährungsverpflegung der Familie und der Führung des Haushaltes überfordert. Die Mahlzeiten sind einfach zubereitet, zum Teil sehr fettig und Abwechslung ist kaum gegeben. Frische Lebensmittel wie Salat, Rohkost oder Gemüse werden nur selten verarbeitet (ebd.). Die Qualität und Quantität der Nahrungsmittel reduziert sich in Armutshaushalten meist zum Ende des Monats (Kamensky, 1995, S. 242).

Essen dient jedoch nicht nur zur Lebenserhaltung, es hat auch wichtige soziale, kulturelle und psychologische Funktionen. So kann eine gemeinsame Nahrungsaufnahme soziale Kontakte fördern. Ist es aufgrund von zu geringen finanziellen Mitteln nicht möglich, Bekannte zum Essen einzuladen oder gemeinsam ein Restaurant oder eine Kneipe zu besuchen, kann dies zu gesellschaftlicher Isolation führen.

3.4. Körperliche Aktivität

Regelmäßige körperliche Bewegung hat viele positive Folgen, sie verhindert u.a. die Entstehung von Übergewicht und fördert die motorische Entwicklung. Zusätzlich hat sie einen positiven Effekt auf das Herz-Kreislauf-System, die Atmung, das Muskel- und Skelettsystem, den Stoffwechsel, die psychische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden (RKI, 2006, S. 1-10¹²). Die Studien der letzten Jahre zeigen den abnehmenden Trend an körperlicher Bewegung bei Kindern und Jugendlichen. Im Gegensatz dazu nimmt die sitzende und liegende Freizeitgestaltung zuhause, z.B. das Fernsehgucken, deutlich zu. Dabei haben Kinder einen angeborenen, natürlichen Bewegungsdrang (RKI, 2005a, S. 111).

¹² http://www.rki.de/cln_006/nn_228128/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/KiGGS-Symposium__250906__Vortraege,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS-Symposium_250906_Vortraege

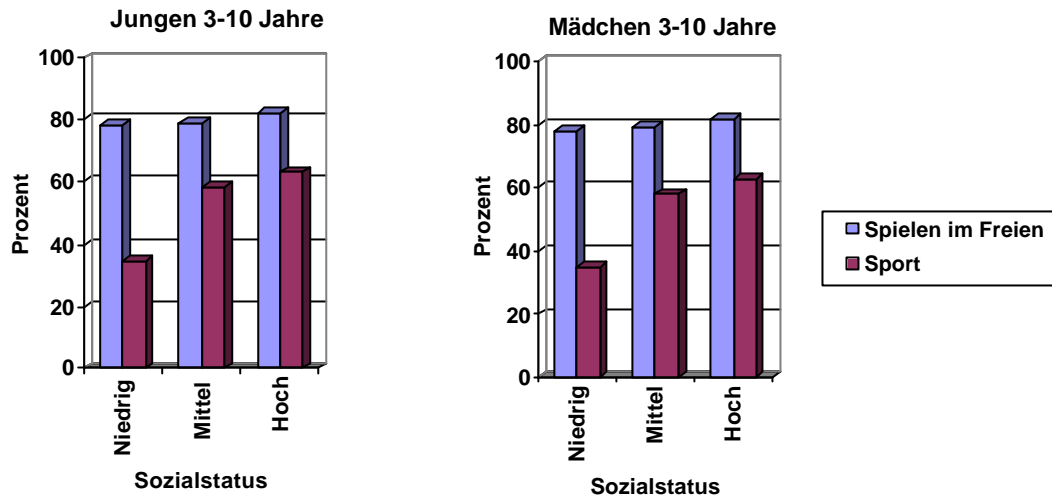


Abb.3: **Bevölkerungsgruppen-spezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität, Jungen**

Quelle: RKI, 2006

Abb.4: **Bevölkerungsgruppen-spezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität, Mädchen**

Quelle: RKI, 2006

Der Blick auf die Abbildungen drei und vier zeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus 2- bis 3-mal seltener Sport ausüben als Kinder aus den oberen sozialen Schichten. Häufig fehlt das Geld für den Sportvereinbeitrag. Dies erklärt, warum 26 % der Kinder aus sozial schwachen Familien nie in einem Verein Mitglied waren, während es bei den sozial bessergestellten Gleichaltrigen nur 6,3 % sind. 70 % der Kinder, die im Wohlstand aufwachsen, sind mindestens in einem Verein Mitglied demgegenüber stehen nur 36,2 % der armen Kinder. Die Zahlen verdeutlichen, dass Sport im Verein überwiegend Kindern aus der mittleren und oberen sozialen Schicht möglich ist (Schmidt; et al., 2006).

Die Inaktivität wird durch einen hohen Fernsehkonsum gefördert. Dieser ist bei den Kindern aus den vergleichsweise unterprivilegierten Gruppen mit täglich vier und mehr Stunden vor dem Fernseher nahezu doppelt so hoch wie bei den sozial am besten gestellten Gleichaltrigen (RKI, 2005a, S. 112).

Sozial benachteiligte Familien leben oft in beengten Wohnverhältnissen und in Stadtteilen, in denen ein wenig kinder- und bewegungsfreundliches Umfeld zu finden ist und die stattdessen eher durch ein hohes Verkehrsaufkommen und den damit verbundenen Gefahren geprägt sind. Diese Gegebenheiten schränken die Spiel- und Bewegungsräume der Kinder weiter ein (Maasberg; et al., 2004, S. 79).

3.5. Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und besonders Adipositas im Kindesalter kann, wenn auch häufig mit zeitlicher Verzögerung, zu orthopädischen, metabolischen und endokrinen Komplikationen führen (RKI, 2005, S. 110). Die Ursachen für Übergewicht bzw. Adipositas sind vielfältig, sie können genetisch, soziokulturell und verhaltensabhängig sein. Im Rahmen der Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) konnte festgestellt werden,

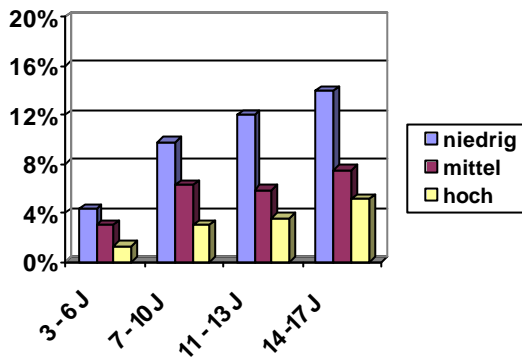


Abb.5: Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus

Quelle: RKI, 2006

dass Übergewichtigkeit und Adipositas der Eltern, ein niedriger sozialer Status und ein hohes Geburtsgewicht die Wahrscheinlichkeit für die Manifestation einer Adipositas im vorpubertären Alter stark erhöhen (Langnäse; et al, 2003, S. 727-731). Soziokulturelle oder/und verhaltensabhängige Faktoren sind die Gründe für das häufigere Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei sozial benachteiligten Menschen.

Die obenstehende Abbildung zeigt den sozialen Gradient der bei Adipositas und Übergewichtigkeit besteht. Aus der Abbildung geht hervor, dass Kinder aus Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus einen höheren Body-Mass-Index (BMI)¹³ haben als Kinder aus sozial bessergestellten Familien. Die Ergebnisse der Kieler Adipositaspräventionsstudie zeigen die gleichen Tendenzen: Der sozioökonomische Status hat einen starken Einfluss auf die Prävalenz von Übergewicht bei Kindern, schon im Vorschulalter (Müller; et al., 1999, S. 443-44).

3.6. Psychologische und psychosoziale Folgen

Kinder und Jugendliche, die in sozial schwachen Familien aufwachsen, weisen eine deutliche psychosoziale Morbidität auf, hier ist z.B. Ängstlichkeit, Hilflosigkeit, Depression und ein geringeres Selbstvertrauen zu nennen (RKI, 2005a, S. 9). Die BELLA- Studie, die die psychische Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden von Kindern untersucht, konnte zeigen, dass arme Kinder signifikant häufiger psychische

¹³ Der BMI ist eine Maßzahl zur Bewertung des Körpergewichts eines Menschen. Berechnet wird er nach der Formel: BMI= Körpergewicht (kg): Körpergröße (m)², <http://www.mybmi.de/main.php>, Stand 03.06.2007

Auffälligkeiten zeigen (RKI, 2006, S. 80). Die erhöhte psychosoziale Morbidität der Kinder aus den sozial schwachen Familien hat einen Einfluss auf die kindlichen Sozialbeziehungen und die Sozialisation (RKI, 2005b, S.14).

Zum Konzept der psychosozialen Gesundheit gehören das Selbstwertgefühl und das Vertrauen in die eigene Zukunft. Menschen mit einer niedrigen psychosozialen Gesundheit und wenig Vertrauen in eine positive Zukunft haben eine niedrigere Wertschätzung ihrer Gesundheit und weisen häufiger einen ungesunden Lebensstil sowie ein riskanteres Verhalten auf als Menschen mit einem großen Vertrauen in die Zukunft und einer hohen psychosozialen Gesundheit (Müller; et al., 2005e, S. 150). Sozial benachteiligte Kinder sind aufgrund von negativen Erlebnissen, wie u.a. seelische, körperliche und sexuelle Gewalt in der Familie, oft misstrauisch, feindselig und ängstlich. Weitere Symptome psychosozialen Leidens sind u.a. Gewalt, Einnässen, Verhaltensprobleme, aggressive Attacken, Weglaufen, Konzentrationschwäche sowie Leistungsverweigerung (Köttgen, 2000, S. 77-79 & Hurrelmann, 2002, S. 46- 48).

4. Primär Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern – Übersicht zum Thema und Identifikation deutschsprachiger Interventionsprogramme

4.1. Einleitung

Es konnte zuvor gezeigt werden, dass bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien ein hohes Risiko für Übergewicht besteht. Übergewicht und Adipositas können unmittelbar oder im Laufe des weiteren Lebens zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen führen. Daher ist es sinnvoll, die Entstehung von Übergewicht durch präventive Maßnahmen zu verhindern. Derzeit werden eine Reihe von Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei Kindern angeboten, die auf unterschiedlichen Konzepten basieren und in verschiedenen Settings durchgeführt werden. Es stellt sich jedoch die Frage, welche dieser Maßnahmen speziell für sozial benachteiligte Kinder konzipiert sind und welche Dokumentationen sowie Evaluations- und Studienergebnisse dazu vorliegen. Um diese Fragen zu klären, soll in diesem Kapitel eine Bestandsaufnahme der Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern durchgeführt und die Ergebnisse diskutiert werden.

4.2. Literaturrecherche

Die Recherche nach Interventionsstudien und systematischen Reviews zur Übergewichtsprävention bei Vorschulkindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen wurde in den Datenbanken MedLine, LexisNexis und WiSo 3 durchgeführt. Des Weiteren wurde die Suchmaschine Google herangezogen. Die Recherche erfolgte in MedLine, LexisNexis und Google anhand folgender englischer Schlüsselwörter: overweight, prevention, children, social, economic, class, low-income, intervention study, school-based intervention, primary school, kindergarten, inequality, low socioeconomic status. Die Recherche in WiSo 3 und Google erfolgte u.a. über die deutschen Schlüsselwörter: Übergewicht, Prävention, Setting, sozial Benachteiligte, Kinder, Interventionsstudien, Kindergarten, Bestandsaufnahme, Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengleichheit. Zusätzlich zur Recherche anhand von Datenbanken wurden die Literaturlisten der bereits ausgewählten Studien gesichtet. Themenbezogene Abstracts wurden auf ihre Relevanz überprüft. Reviews und Originalarbeiten wurden systematisch geordnet und analysiert. Studien, die medikamentöse oder chirurgische Maßnahmen untersuchen, wurden in die Betrachtung nicht einbezogen.

4.3. Ergebnisse der Literaturrecherche

Die Ergebnisse der Literaturrecherche machen deutlich, dass dem Thema Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern national und international noch wenig Beachtung geschenkt wird. Die Prävention von Adipositas bei Kindern ist hingegen bereits Gegenstand einiger Studien (u.a. Gortmaker; et al. 1999a und 1999b; Langnäse; et al. 2003; Sahota; et al. 2001; Story; et al. 2003; Warren 2003). Diese Studien, durchgeführt in unterschiedlichen Settings, meist Schulen, untersuchen verschiedene Interventionsarten, wie z.B. Bewegungstherapie, Ernährungstherapie oder eine Kombination aus beidem. Ein großes Defizit stellt die oftmals schlechte Qualität der erhobenen Daten der recherchierten Studien dar. Nahezu alle Studien weisen methodische Mängel auf und sind somit anfällig für Fehlinterpretationen durch Störfaktoren. Durch die geringe Größe der Kohorten sind die Studien kaum repräsentativ und statistisch gesicherte Effekte können nicht bestimmt werden. Durch große Drop-Out-Quoten kann die Validität gefährdet sein. Ungenaue Erhebungsinstrumente, wie z.B. Ernährungs- und Bewegungsprotokolle, verfälschen möglicherweise die Ergebnisse, aufgrund falscher Angaben der Teilnehmer (z.B.

Under-Reporting der täglichen Energieaufnahme). Der Großteil der Studien wurde in den USA mit Kindern unterschiedlicher ethnischer Herkunft durchgeführt, was die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse erschwert. Die Studienergebnisse zeigen lediglich geringe Effekte auf die untersuchten Parameter. Bei kaum einer Studie können signifikante Unterschiede beim BMI nach Beendigung der Interventionen beobachtet werden. Das Wissen und das Verständnis über den gesundheitsfördernden Effekt einer ernährungsphysiologisch ausgewogenen Ernährungsweise konnte durch fast alle Interventionen gesteigert werden (u.a. Story; et al., 2003, S. 1030ff.). Ebenso war ein signifikant höherer Verzehr von Obst und Gemüse am Ende einiger Interventionen feststellbar (u.a. Warren; et al., 2003, S. 287-295; Gortmaker; et al., 1999a, S. 409ff.). Bezüglich der körperlichen Bewegung konnten hingegen keine signifikanten Veränderungen beobachtet werden (u.a. Story; et al., 2003, S. 1030ff.; Sahota; et al., 2001, S. 1-5).

Im Laufe der Recherche konnte eine Studie gefunden werden, die sich speziell auf die Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern im Alter von 3–5 Jahren bezieht. An der **Hip-Hop to Health Jr.- Studie**, die in den USA durchgeführt wurde, nahmen hauptsächlich 3-5-jährige Latino-Kinder aus sozial benachteiligten Familien teil. Die randomisierte, kontrollierte Studie hatte eine 5-jährige Laufzeit. Das Hauptziel war die Effektivität der Intervention auf die Veränderung des BMI zu testen. Weitere Ziele waren die Erhöhung des Obst- und Gemüseverzehrs, die Reduzierung des Fettkonsums, die Steigerung der täglichen körperlichen Aktivität und die gleichzeitige Reduzierung der sitzenden Tätigkeiten, wie z.B. das Fernsehen. Die Ziele sollten durch Ernährungs- und Bewegungserziehung sowie durch das Einbeziehen der Eltern erreicht werden (Fitzgibbon; et al., 2003, S. 320ff.; Fitzgibbon; et al., 2006, S. 1616ff.). Das Konzept der Präventionsmaßnahme zeigt einige Besonderheiten. Hier ist u.a. der Einsatz von Handpuppen in der Ernährungstherapie zu nennen. Die Handpuppen, namens Miss Dairy, Mr Fat, Miss Grain etc., spiegelten die unterschiedlichen Nahrungsmittel der Ernährungspyramide wider. Durch den Einsatz der Handpuppen sollte die komplexe Theorie der Ernährungslehre für die Kinder besser verständlich und begreifbar gemacht werden. Denn erste Ergebnisse der Pilotstudie haben gezeigt, dass die theoretische Vermittlung der Aspekte einer gesundheitsfördernden Ernährung für die Kinder schwer zu verstehen war (Fitzgibbon; et al., 2002, S. 293). In Bezug auf die Elternbeteiligung konnte festgestellt werden, dass die Mütter die Sportangebote regelmäßig und gerne besucht

haben, die Ernährungsberatungskurse hingegen nicht. Die Eltern wünschten sich stattdessen lieber wöchentliche Newsletter, die die thematischen Inhalte der Interventionseinheiten der Kinder beschreiben. Zusätzlich bekamen die Eltern Hausaufgaben. Dies diene dazu, die Interaktion zwischen Eltern und Kindern zu fördern. Als Anreiz erhielten die Eltern nach Abgabe der gemachten Hausaufgaben eine kleine Geldsumme (ebd.).

Die Autoren Fitzgibbon et al. formulierten einige Aspekte, die bei einem Präventionsprogramm für Minderheiten berücksichtigt werden sollten, um die Akzeptanz der Teilnehmer zu steigern:

- Förderung der Identifikationsmöglichkeiten zwischen Programmleitern und Teilnehmern,
- Berücksichtigung der kognitiven und umweltbedingten Barrieren bei der Umsetzung eines gesundheitsfördernden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens,
- Existenz eines einfachen und sicheren Zugangs zum Programm,
- die Basis der Interventionseinheiten muss die Demonstration von wünschenswerten Verhaltensweisen sein, um die angestrebte Lebensstiländerung zu erleichtern,
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Lese- und Schreibfähigkeiten (Fitzgibbon; et al., 2002, S. 294).

Die abschließenden Ergebnisse der Studie konnten keine signifikanten Veränderungen am Ende der Intervention zeigen, weder beim BMI noch beim Ernährungsverhalten oder der körperlichen Aktivität. Als möglicher Erklärungsansatz für diese Ergebnisse wird u.a. angeführt, dass die Eltern nicht intensiv genug in die Intervention eingebunden wurden. Die Berücksichtigung der familiären Umgebung sowie das Einbeziehen der Eltern, speziell unter dem Aspekt der Vorbildfunktion, sind wichtige Bestandteile bei der Prävention von Übergewicht bei kleineren Kindern. Ein weiteres Problem stellt die fehlende Einsicht der Mütter über das Übergewicht ihres Kindes dar (Fitzgibbon; et al., 2003, S. 320ff.; Fitzgibbon; et al., 2006, S. 1616ff.). Dies führt dazu, dass die Mütter die Verhaltensänderungen für überflüssig halten. Ein dritter Erklärungsansatz ist, dass bei der Intervention versäumt wurde, die ethnischen Unterschiede hinsichtlich der Nahrungsmittel sowie die kulturellen Aspekte des Essens und der körperlichen Bewegung genauer zu beachten. Die Teilnehmer waren nur im geringen Maße bereit, sich Ernährungsweisen anderer Kulturen anzueignen (ebd.).

Trotz der wenig positiven Ergebnisse wird davon ausgegangen, dass die Vorschule ein geeignetes Setting ist, um ein gesundes Ernährungsverhalten zu fördern, die körperliche Aktivität zu steigern und die sitzenden Tätigkeiten zu reduzieren. Die Vorschulzeit ist ideal, um Eltern über den Nutzen eines gesunden Lebensstils aufzuklären. Das Programm wird gut von den Kindern, Eltern und Lehrern angenommen. Die Verbleibquote ist hoch (ebd.).

Die Autoren Fitzgibbon et al. betonen, dass die Einbindung und Beratung der Eltern bei einer Übergewichtspräventionsmaßnahme für Kinder von großer Bedeutung ist. Die Autoren Chamberlin et al. stimmen diesem Ansatz zu und greifen die Verbesserung der Beratungsangebote in ihrer Studie auf.

Ziel der Studie ist es, die Kommunikation zwischen den Ernährungsberatern und den einkommensschwachen Müttern zu verbessern, um die Übergewichtspräventionsmaßnahmen bei Vorschulkindern zu optimieren (Chamberlin; et al., 2002, S. 662ff.). Die Ernährungsberater kommen bezüglich der Erfahrungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Mütter zu dem Ergebnis, dass die Mütter darauf fokussiert sind, ihr tägliches Leben zu managen, dass Nahrungsmittel als Erziehungsmittel genutzt werden und bei der Bewältigung der täglichen Anstrengungen im Leben helfen sollen. Die Mütter haben Schwierigkeiten, ihren Kindern bezüglich des Nahrungsmittelverzehrs Grenzen zu setzen. Ihnen fehlt das Wissen über ein gesundes Ernährungsverhalten und über eine normale kindliche Entwicklung (ebd.). Hinsichtlich der auftretenden Wechselwirkungen zwischen den Beratern und den Müttern kann Folgendes festgestellt werden: Die Ernährungsberater befürchten, dass sie die Mütter verletzen oder beleidigen, wenn sie mit ihnen über das Gewicht ihres Kindes reden. Des Weiteren stehen die Empfehlungen der Ernährungsberater oft im Konflikt mit den Empfehlungen von Familienmitgliedern und Freunden der Mütter oder den Ärzten (ebd.). Zum Abschluss werden Vorschläge und Anregungen der Ernährungsberater hinsichtlich der zukünftigen Beratungsangebote vorgestellt. Sie empfehlen, eine klienten-zentrierte Methode zu entwickeln. Es sollten kleine und von den Müttern akzeptierte Zielsetzungen etabliert werden. Darüber hinaus muss eine kontinuierliche und enge Zusammenarbeit mit den Ärzten angestrebt werden, um eine einheitlichere und effektivere Beratungsmethode entwickeln und anwenden zu können (ebd.).

Es wird deutlich, dass Fortbildungen im Bereich der Beratungstechniken für alle Mitarbeiter angeboten werden sollten. Die erlernten Techniken helfen dabei, den Eltern die kindliche Entwicklung zu erläutern und sie in der Kindererziehung weiter auszubilden. Dabei sollte der soziale Hintergrund und die persönlichen Ziele der Klienten eruiert werden (ebd.).

Neben der Wirksamkeit der Präventionsprogramme in Bezug auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie die Einbindung der Eltern muss auch die Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Menschen durch die bestehenden Programme untersucht werden. Mittels einer Bestandsaufnahme von Projekten zur gesundheitlichen Chancengleichheit kann dieser Aufforderung nachgekommen werden. Die Analyse ergab, dass „Zugangswege zur Zielgruppe der sozial Benachteiligten existieren, nur eben nicht im Gesundheitsbereich selbst.“ (zit. n. Altgeld; et al., 2003, S. 38) Über die offene Jugendarbeit werden speziell die Zielgruppen erreicht, die von der „herkömmlichen“ Gesundheitsförderung nicht angesprochen werden. Daher ist eine Kooperation zu empfehlen. Die recherchierten gesundheitsbezogenen Angebote bedienen sich überwiegend traditioneller Methoden der Gesundheitserziehung. Sie sind sehr stark wissensorientiert und individuell ausgerichtet. Ein Settingansatz und ein sozialräumlich orientierter Bezug ist nur bei der Minderheit der Angebote zu finden. Weiterhin zeigt sich, dass die Angebote hauptsächlich in städtischen Ballungsgebieten angeboten und durchgeführt werden, welche sich durch eine gute Infrastruktur, eine hohe Kaufkraft, eine hohe Bildungsstruktur und eine niedrige Arbeitslosenquote kennzeichnen (ebd., S. 37f.). Daraus resultiert, dass sozial Benachteiligte von den herkömmlichen Angeboten oftmals nicht erreicht werden.

4.4. Recherche deutschsprachiger Übergewichtspräventionsprogramme für sozial benachteiligte Vorschulkinder

Die Recherche deutschsprachiger Interventionen erfolgte über eine online recherchierbare bundesweite Datenbank für gesundheitsfördernde Projekte für sozial benachteiligte Menschen, die von Gesundheit Berlin e.V. im Auftrag der BzGA aufgebaut und betreut wird. Die Datenbank ist ein Bestandteil des Projektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, das seit 2003 als Internetplattform im Netz unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de zu finden ist (BZGA; et al., 2007c). Sie umfasst derzeit 2700 Projekte (ebd.). Die Recherche deutsch-

sprachiger Interventionen zur Übergewichtsprävention bei sozial benachteiligten Kindern im Alter von 3-6 Jahren wurde mittels der gezielten Recherche anhand folgender Kriterien durchgeführt:

- Themen: Ernährung, Sport und Bewegung, Stressbewältigung, Bewältigungsressourcen (z.B. zur Konfliktlösung)
- Altersgruppe: Klein- und Vorschulkinder (1-5 Jahre)
- Die Suchkriterien Zielgruppe, Umfeld (Setting), Angebotsart, Good Practice, Träger- und Projektname, Bundesland und PLZ/Ort wurden offen gelassen.

Die Abfrage ergab 71 Treffer. 11 Projekte beziehen sich ausschließlich auf die Handlungsfelder Ernährung, Sport und Bewegung, Bewältigungsressourcen und Stressbewältigung. Die anderen Projekte geben weitere Zielsetzungen an. Die Analyse der Programme zeigt, dass sich keines der Projekte explizit auf die Prävention von Übergewicht bezieht.

4.5. Vorstellung einer ausgewählten deutschsprachigen Intervention zur Prävention von Übergewicht – „TigerKids – Kindergarten aktiv“

Vor dem Hintergrund, dass kein derzeit durchgeführtes Programm recherchiert werden konnte, dass die beiden Komponenten „sozial benachteiligte Kinder“ und „Übergewichtsprävention“ kombiniert, wird im Folgenden ein empfehlenswertes Projekt vorgestellt, dessen Hauptziel die Übergewichtsprävention im Setting Kindergarten ist. Bei dem Projekt „TigerKids – Kindergarten aktiv“ handelt es sich zum einen um eine Übergewichtsprävention im Vorschulalter und zum anderen stellt es eine geeignete Maßnahme zur Senkung der Adipositasinzidenz bei Kindern dar (Strauß, 2006, S. 8). In die Entwicklung des Projektes flossen aktuelle Erkenntnisse und Methoden der Vorschulpädagogik sowie neue Formen der Kommunikation ein. Es wurde von einer multidisziplinären Kooperation fachkundiger Partner entwickelt (ebd.). Das Konzept des Projektes basiert auf den drei Säulen: „Aktivitäten für Kinder“, „Konzept für das Kindergartenteam“ und „Dialog mit den Eltern“ (ebd., S. 12f.). Elemente des Projektes sind die Ernährungs- und Bewegungserziehung sowie Elternabende (ebd., S. 13-34). Als Grundlage für die Ernährungserziehung wird das Konzept „Optimierte Mischkost“ (Optimix)¹⁴, das von dem Forschungsinstitut für

¹⁴ vgl. aid infodienst; Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., 2002 und Kapitel 6.2.1.

Kinderernährung Dortmund (FKE) entwickelt wurde, verwendet (ebd., S. 13). Des Weiteren wurden umfangreiche Materialien entwickelt: Leitfaden mit 6 Themenheften, CD mit TigerKids-Liedern, vier vierseitige Elternbriefe, 12 Tipp-Cards mit kurzen Informationen für die Betreuungspersonen der Kinder zu den Kernthemen, Obsties-Rubbelkarten und diverse Spielmaterialien (ebd., S. 18-29). Im Rahmen des Projektes „TigerKids- Kindergarten aktiv“ durchgeführte Interventionen sind z.B. Schulungen der Erzieher, Elternabende, Internetplattform zur Programmbegleitung, Betreuung der Erzieher, Public Relations und Workshops für Erzieher (ebd., S. 38-48). Im Oktober 2004 begann das Projekt in 75 Kindergärten in Süddeutschland, die nach dem Konzept der Cluster-Randomisierung ausgewählt wurden. 3000 Kinder waren insgesamt in das Projekt involviert. Die Erzieher wurden aufgerufen, gemeinsam mit den Kindern einige Elemente, wie z.B. die „Getränkestation“ und den „Magischen Obstteller“, als festen Bestandteil in ihren Kindergartenalltag zu integrieren (ebd., S. 31f.). Durch umgestaltete bewegungsfreundliche Außenräume sollten die Kinder zu mehr körperlicher Bewegung im Alltag motiviert werden. Zusätzlich wurden die Erzieher aufgefordert, die Kinder täglich zu mindestens einer Stunde Bewegung zu animieren. Durchschnittlich fünf Stunden pro Woche wurden benötigt, um mit den Kindern die Themen Ernährung und Bewegung zu bearbeiten (ebd., S. 61).

Die Erzieher bewerten das Projekt TigerKids bei der durchgeführten strukturierten Befragung außerordentlich positiv. Jeweils mindestens 80 % der Erzieher sind der Meinung, dass die Kinder aufgrund der Intervention folgende positive Verhaltensweisen entwickelt haben: die Kinder bringen ein gesünderes Pausenbrot mit, konsumieren deutlich mehr kalorienarme Getränke, essen weniger Süßigkeiten und essen mehr Obst und Gemüse. Trotz des Aufwands des Projektes gaben 77 % der Erzieher an, dass sich die Bemühungen gelohnt haben und 81 % befürworten eine bayern- bzw. bundesweite Ausdehnung des Projektes (ebd., S. 61f.).

Die Ergebnisse einer extern durchgeführten Evaluation zeigen, dass die 9-monatige Intervention auf Basis von Ernährungs- und Bewegungserziehung signifikante Erfolge erzielt hat. Die Gesamtstichprobe bestand aus 2078 Probanden (1073 (51,6 %) Jungen und 977 (47 %) Mädchen) im Alter von durchschnittlich 5,6 (\pm 0,9) Jahren aus 52 Kindergärten. Kinder der Interventionsgruppe zeigen eine deutlich gesteigerte Häufigkeit für den Verzehr von Obst mit mindestens 2 Portionen/Tag (67 % vs. 61 %) und Gemüse mit ebenfalls mindestens 2 Portionen/Tag (45 % vs.

39 %). Die Prävalenz für einen hohen Obst- bzw. Gemüsekonsum liegt in den Interventionskindergärten um 37 % bzw. 38 % höher als in den Kontrollkindergärten (ebd., S. 77). Es zeigt sich, dass ein niedriger häuslicher Konsum kalorienreicher Getränke in der Interventionsgruppe signifikant häufiger ist (66 % vs. 57 % adj. OR 1,57) (ebd., S. 77). Bei den Interventionszielen niedrigerer TV-Konsum (< 1 Std./Tag), häufigerer Verzehr fettarmer Milchprodukte und Senkung der Prävalenz von Übergewicht konnten nach 9 Monaten keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden, dennoch ist eine Tendenz in die richtige Richtung festzustellen (ebd., S. 91f.).

5. Kriterien effektiver Projekte zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern

5.1. Einleitung

Für die Durchführung gesundheitsfördernder Interventionsprogramme für sozial benachteiligte Kinder gibt es derzeit keine allgemeingültigen Kriterien. In den derzeitigen Handlungsempfehlungen oder Leitlinien wird das Thema Prävention von Übergewicht speziell bei der Gruppe der sozial benachteiligten Kinder, trotz seiner hohen Brisanz, wenn überhaupt dann nur am Rande aufgegriffen (vgl. u.a. AGA, 2006, S. 71). Die zuvor durchgeführte Recherche macht deutlich, dass es zu diesem Zeitpunkt noch wenig abgesicherte Ergebnisse in Bezug auf die Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern gibt. Anhand der Recherche können lediglich einzelne Teilaspekte eines Präventionsprogramms für sozial Benachteiligte bestimmt werden. Unumstritten ist jedoch der hohe Entwicklungsbedarf effektiver Programme für sozial Benachteiligte. Vor diesem Hintergrund müssen Kriterien für effektive Projekte definiert werden, jedoch ist dies derzeit nur durch eine Kombination von Praxiserfahrungen der Mitarbeiter und theoretischen Abhandlungen möglich.

Im Folgenden sollen abgeleitete Kriterien für gute Projekte zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern beschrieben werden.

5.2. Zugangsschwelle

Bei Projekten zur Prävention von Übergewicht in der Gruppe sozial benachteiligter Vorschulkinder muss es sich um niedrigschwellige Projekte handeln. Viele der derzeit durchgeführten Projekte haben eine „Kommstruktur“. Der Weg in ein unbe-

kanntes Umfeld, der Kontakt zu sozial besser gestellten Menschen, ein hoher zeitlicher oder/und finanzieller Aufwand, eine verbindliche Anmeldung, weite Wege zum Projektort oder die Tatsache, selber die Initiative ergreifen zu müssen, all das erhöht die Zugangsschwelle von Programmen. Diese hohe Zugangsschwelle führt dazu, dass die Programme von einigen Menschen, die häufig dringend Hilfe benötigen, nicht genutzt werden. Niedrigschwellige Programme sind hingegen durch ein aktives Zugehen der Mitarbeiter auf die hilfebedürftigen Menschen gekennzeichnet. Bereiche der alltäglichen Lebenswelt der hilfebedürftigen Menschen, wie z.B. Schulen, Kindergärten, Stadtteile, direkt auf der Straße oder Szenetreffs, bieten den optimalen Rahmen für niedrigschwellige Präventionsprojekte. Flexible Öffnungszeiten, die der Zielgruppe angepasst werden sollten, kein oder nur ein geringer Kostenaufwand, eine wohnortnahe Lage, unkomplizierte Terminabsprachen sowie offene Angebote, bei denen keine Verpflichtungen eingegangen werden müssen, sollen die Erreichbarkeit der Zielgruppe fördern (BZgA, 2005b, S. 130). Es ist notwendig, immer wieder die Zugangsschwellen, die die sozial benachteiligten Menschen daran hindern ein Angebot aufzusuchen, neu zu identifizieren.

5.3. Setting

Ein „Setting“ ist ein sozial-räumliches System, in dem Personen einem großen Teil ihrer alltäglichen Tätigkeiten nachgehen. Interventionen, die im Setting durchgeführt werden, berücksichtigen die strukturellen Bedingungen des Settings und richten sich an dessen Zielgruppe aus. Der Settingansatz ermöglicht eine direkte Ansprache der Zielgruppe in ihrer alltäglichen Umgebungen. Es konnte gezeigt werden, dass nur wenige gesundheitsfördernde Angebote einen Settingansatz erkennen lassen, vielmehr handelt es sich um individuelle Hilfsangebote, die durch eine hohe Zugangsschwelle gekennzeichnet sind (Altgeld; et al., 2003, S. 38). Der Settingansatz weist hingegen eine niedrige Zugangsschwelle auf. Die niedrigschwelligen Interventionen sollten in einem Setting angesetzt werden, welches sich durch Interdisziplinarität, Lebensnähe und ein Höchstmaß an Kontinuität und Verbindlichkeit auszeichnet (Warzecha, 2002, zit. n. Rösler, 2004, S. 61). Bei sozial benachteiligten Kindern im Alter von 3-6 Jahren ist das ideale Setting, um gesundheitsfördernde Maßnahmen durchzuführen, die Kindertagesstätte (KiTa). Hier können gefährdete Kinder im Vorschulalter gut erreicht werden (Pott, 2002, S. 22ff.).

5.4. Rahmenbedingungen einer Präventionsmaßnahme

5.4.1. Programminhalte und Aufbereitung der Inhalte

Bei Präventionsmaßnahmen für sozial benachteiligte Vorschulkinder sollte es sich um eine lebensweltorientierte gesundheitliche Aufklärung handeln. Die Präventionsmaßnahmen sollten die Ressourcen, Interessen, schicht- und kulturspezifischen Werte sowie die Lebenslagen der sozial benachteiligten Kinder berücksichtigen und daraus die notwendigen Konsequenzen hinsichtlich der Wahl der medialen Aufbereitung sowie der zu vermittelnden Inhalte ziehen (BZgA, 1998, S. 87f.). Die Informationen sollten in einfacher, gut verständlicher und kindgerechter Sprache aufbereitet sein sowie die unterschiedlich ausgeprägten Lese- und Schreibfähigkeiten der Teilnehmer berücksichtigen. Die Anpassung der Programminhalte an die sozialen Strukturen des jeweiligen Settings ist Voraussetzung für ein effektives Programm. Darüber hinaus sollte eine effektive Maßnahme stark verhaltensorientiert sein.

Nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) sollte eine Adipositas- bzw. Übergewichtspräventionsmaßnahme die Hauptthemengebiete Ernährung, körperliche Aktivität sowie Psychologie beinhalten (AGA, 2006, S. 44-46).

Bei der Entwicklung einer Maßnahme zur **Ernährungserziehung** muss berücksichtigt werden, dass jedes Kind sein individuelles Ernährungsverhalten mitbringt. Vor diesem Hintergrund formulierten die Autoren Winkler et al. folgende wichtige Aspekte im Rahmen einer Ernährungserziehung:

- Die kindliche Neophobie ist ein angeborenes Verhalten, neue und unbekannte Lebensmittel abzulehnen und kann nur durch einen Prozess des „Mögen-Lernens“, d. h. des wiederholten Verzehr des abgelehnten Lebensmittels schrittweise verringert werden;
- Kinder assoziieren Lebensmittel und deren sensorische Merkmale stark mit ihren positiven oder negativen physiologischen Konsequenzen (z. B. körperliches Wohlfühl oder Übelkeit) und mit positiven oder negativen affektiven Reaktionen (z.B. harmonische Atmosphäre, Zwang zum Essen usw.). Durch den wiederholten Verzehr des Lebensmittels in positiver Atmosphäre kann eine wachsende Präferenz des Lebensmittels erreicht werden;
- Verbote „ungesunder“ bzw. die starke Forcierung „gesunder“ Lebensmittel führt bei Kindern oft zu eher negativen Effekten, wie z.B. zu einem verstärkten Verzehr

der „verbotenen“ Lebensmittel, sobald sie verfügbar sind (Winkler; et al., 2004, S. B22).

Folgende Ziele sollten bei der Ernährungserziehung angestrebt werden: Vermittlung von Strategien zur Veränderung des Essverhaltens, Erlernen der flexiblen Verhaltenskontrolle, Stabilisierung eines gesundheitsfördernden Ess- und Ernährungsverhaltens sowie die Förderung der Selbstwahrnehmung und –kontrolle (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 32-37¹⁵).

Der obligatorische Baustein „**körperliche Aktivität**“ muss im Rahmen der Maßnahme kostenlos oder gegen geringe Bezahlung stattfinden, da die finanziellen Mittel für eine Mitgliedschaft in einem Sportverein fehlen. Ziel der Bewegungsförderung sollte eine dauerhafte Verhaltensänderung, weg vom Bewegungsmangel hin zu einem körperlich aktiven Lebensstil, sein. Den Kindern sollte Spaß, Freude und Lust an der körperlichen Bewegung vermittelt werden. Die Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie der Transfer von körperlicher Aktivität in den Alltag sind weitere Ziele (ebd., S. 27ff.). Neben den Bausteinen Ernährung und körperliche Aktivität sollten auch **psycho-soziale Schulungseinheiten** berücksichtigt werden. Wie bereits im vorherigen Kapitel ausgeführt, weisen Kinder, die in sozial schwachen Familien aufwachsen, eine deutliche psychosoziale Morbidität auf. Vor diesem Hintergrund sollte die Integration von psychologischer Betreuung in eine Präventionsmaßnahme bei sozial benachteiligten Kindern obligatorisch sein. Ziele im Bereich Psychologie sind: Förderung der Motivation, Förderung der Fähigkeit zur Beeinflussung des Ernährungs- und Essverhaltens sowie Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz (AGA; et al., 2006, S. 46¹⁶). Ebenso ist Stressbewältigung sowie die Förderung der Stärken sowie der Fähigkeit, mit Schwächen umzugehen, ein anzustrebendes Ziel (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 37f.¹⁷).

Damit die Kinder die erlernten gesundheitsfördernden Verhaltensweisen auch außerhalb der Einrichtung umsetzen und anwenden können, ist die Mitarbeit der Eltern notwendig. Es wird empfohlen, bei der Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern, die Einbindung der Eltern bzw. Familien als festen Bestandteil zu integrieren (Chamberlin; et al., 2002; Fitzgibbon; et al., 2006). Die Erfahrung

¹⁵ http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/26/Leitfaden_44db04a28fb93.pdf&name=Leitfaden_Pr%20vention_2006.pdf&id=53&nodeid=53

¹⁶ <http://www.a-g-a.de/Leitlinie.pdf>

¹⁷ http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/26/Leitfaden_44db04a28fb93.pdf&name=Leitfaden_Pr%20vention_2006.pdf&id=53&nodeid=53

zeigt allerdings, dass die Mithilfe der Eltern bei sozial benachteiligten Kindern oft nur gering ist. Bei einer fehlenden Mitarbeit der Eltern ist es umso wichtiger, das Selbstbewusstsein und die Autonomie der Kinder zu stärken.

5.4.2. Dauer, Intensität und Nachhaltigkeit der Intervention

Die Intensität und Dauer der Intervention muss der Zielsetzung und dem Aufbau der Intervention sowie der Zielgruppe angepasst sein. Um Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren und sogar zu institutionalisieren, sollten diese keine begrenzte Laufzeit haben, sondern langfristig durchgeführt werden. Des Weiteren sollten sie in regelmäßigen Abständen sowie interdisziplinär umgesetzt werden (Pott; et al., 2003, S. 54).

Das Kriterium der Langfristigkeit und der Regelmäßigkeit muss für Interventionen im Setting Kindertagesstätte verpflichtend sein, damit sie einen positiven Effekt bezüglich der Prävention von Übergewicht zeigen (Sahota; et al., 2001; Warren; et al., 2003). Eine zu große Zeitspanne zwischen den Schulungseinheiten ist nicht zu empfehlen, um den Bezug zur letzten Unterrichtseinheit nicht zu verlieren. Auch Maßnahmen außerhalb des Settings KiTa sollten eine gewisse Kontinuität aufweisen, damit den Familien die Möglichkeit gegeben wird, ein Vertrauensverhältnis zu den Einrichtungen aufbauen zu können, um dann aktiv an den angebotenen Maßnahmen teilzunehmen.

Bei der Durchführung eines zeitlich begrenzten, gesundheitsfördernden Projektes sollte der Aspekt der Nachhaltigkeit angestrebt werden. Nachhaltigkeit ist dann gegeben, wenn die Wirkung des Projektes sowie der vermittelte Inhalt über die begrenzte Dauer des Projektes hinaus weiterhin bestehen bleibt und angewendet wird (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 18¹⁸).

5.4.3. Kosten

Sozial benachteiligte Menschen verfügen über geringe finanzielle Mittel. Dies hat zur Folge, dass sie nur einen geringen Kostenbeitrag für Präventionsmaßnahmen leisten können. Hohe Kostenbeiträge für eine Maßnahme erhöhen die Zugangsschwelle und sozial benachteiligte Menschen nehmen die Angebote nicht wahr. Ein geringer Kostenbeitrag sollte jedoch für angebotene Maßnahmen, wie z.B. Mahlzeit

¹⁸ http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/26/Leitfaden_44db04a28fb93.pdf&name=Leitfaden_Pr%E4vention_2006.pdf&id=53&nodeid=53

oder Verbrauchsmaterialien verlangt werden, um die Eltern nicht ganz aus der Verantwortung zu nehmen. Die Kostenbeiträge könnten in kleinen Beträgen pro Programmeinheit oder Mittagsmahlzeit eingezogen werden. Präventionsmaßnahmen müssen demnach so konzipiert sein, dass sie sich selbst finanzieren können, ohne auf Beiträge der Nachfrager angewiesen zu sein.

5.5. Partizipation

„Partizipation“ heißt übersetzt, Beteiligung, Teilhabe, Mitbestimmung bzw. Einbeziehung. Ein gutes Projekt für sozial benachteiligte Menschen zeichnet sich dadurch aus, dass es einen hohen Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die Zielgruppe bietet. Für die Zielgruppe der Vorschulkinder muss geprüft werden, inwieweit Beteiligungsformen förderlich und notwendig oder aber überfordernd und hemmend wirken. In der Prävention und Gesundheitsförderung gibt es viele unterschiedliche Möglichkeiten der Partizipation, die je nach Projekt und angesprochener Zielgruppe variieren. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beschreibt Partizipation wie folgt: „Partizipation umfasst die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen, die Beteiligung an Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluierung der Angebote.“ (zit n. BZgA, 2005b, S. 131) Neben der Partizipation der Kinder sollte auch die Partizipation der Eltern gefördert werden.

Partizipation kann über die Förderung des Selbstwertgefühls, des Verantwortungsgefühls, der Eigeninitiative, der Lernbereitschaft und der Gruppenfähigkeit sowie über die Förderung der Bereitschaft zur Äußerung von Wünschen und Bedürfnissen möglich gemacht werden (ebd., S.132). Voraussetzung für Partizipation ist ein regelmäßiger kommunikativer Austausch und die strukturelle Verankerung des Rechts auf Mitbestimmung.

5.6. Empowerment

Unter dem Begriff „Empowerment“ fasst man Strategien und Maßnahmen zusammen, die es jedem Menschen ermöglichen, die Selbstbestimmung und Autonomie im Leben zu erhöhen und ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt vertreten und gestalten zu können (Empowerment.de¹⁹).

¹⁹ <http://www.empowerment.de>

In der Gesundheitsförderung umfasst Empowerment, die Kompetenz und Qualifizierung der Zielgruppenmitglieder zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihres Alltags und ihres Lebensumfeldes. Gesundheitsförderung bietet Informationen und Bildung in Bezug auf gesundheitliche Belange an, um dadurch die Persönlichkeit, das Selbstwertgefühl und die sozialen Fähigkeiten zu stärken. Dies soll dazu führen, dass Menschen mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und positive gesundheitsfördernde Entscheidungen bezüglich ihres Lebensstils treffen können. Gleichzeitig soll der Einfluss auf das Lebensumfeld erhöht werden. In der KiTa, aber auch zu Hause und im weiteren Lebensumfeld der Kinder (z.B. Wohnviertel) sollte Empowerment als gesundheitsfördernde Maßnahme integriert werden, um den Lernprozess zu erleichtern (BZgA, 2005b, S. 124).

5.7. Kooperationen

Die Organisation von präventiven und gesundheitsfördernden Projekten für sozial Benachteiligte wird oft als alleinige Aufgabe der Gesundheitsversorgung und -förderung gesehen. Diese Sichtweise muss jedoch überdacht werden. Ziel muss es sein, weitere Kooperationspartner durch die Übernahme von Teilzielen bestimmter Maßnahmen in die Verantwortung zu ziehen (BZgA, 2003, S. 21).

Um erfolgreiche Interventionsmaßnahmen zur Prävention von Übergewicht für sozial benachteiligte Kinder durchführen zu können, sollte nicht nur das klassische interdisziplinäre Team, bestehend u.a. aus Ökotrophologen, Sporttherapeuten und Psychotherapeuten, mit einbezogen werden, vielmehr muss das Netzwerk durch Kooperationspartner erweitert werden, wodurch Synergieeffekte entstehen. Die einzelnen Aktivitäten und Projekte der unterschiedlichen Akteure müssen besser gebündelt und verzahnt werden.

Zielgerichtete Kooperationspartner hinsichtlich der Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern sind u.a. Kindertagesstätten, Sozialdienste, Jugendämter, Behörden, Sportvereine, der Deutsche Sportbund, Wohlfahrtsverbände, niedergelassene Ärzte, Hochschulen, Krankenkassen, kommunale Einrichtungen, die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sowie die Stadtentwicklungsplanung.

Die Vernetzung soll den Zugang zu Informationen, Angeboten, Diensten und materieller Unterstützung vereinfachen. Die Kooperationsaktivitäten und die damit verbundenen Arbeitsteilungen ermöglichen die Entwicklung von zielgruppen-

spezifischen Angeboten und können die Effektivität und Zielgenauigkeit verbessern (Pott; et al., 2003, S. 58).

Ein positiver Effekt von Kooperationsaktivitäten ist die Vertrauensbildung. Einige Eltern bringen ihre Kinder in den Kindergarten, schotten aber ihre private und familiäre Welt ab, da sie u.a. Stigmatisierungen oder die Konfrontation mit anderen Umgangs- und Sprachgewohnheiten fürchten. Ziel muss es sein, ein Vertrauensverhältnis zu den Eltern aufzubauen. Durch gezielte Vernetzungsarbeit von kommunalen Einrichtungen, zu denen sozial benachteiligte Personen bereits eine Vertrauensbeziehung aufgebaut haben, mit kooperierenden Institutionen kann das Vertrauen aufgebaut werden, wodurch die Präventionsarbeit positiv beeinflusst wird (Helfferrich, 2002, S. 108).

Damit eine Kooperation aus unterschiedlichen Parteien erfolgreich ist und nachhaltig wirken kann, braucht es eine Instanz, die Unterstützung leistet. Diese Unterstützungsinanz baut die Kooperationen gemeinsam mit Fachleuten vor Ort auf und fördert sie in ihrer Arbeitsfähigkeit (Abel; et al., 2002, S. 34). Im gleichen Maße wie die Kooperationen variieren, können sich auch die Aufgaben und Anforderungen an die unterstützende Instanz verändern. Gegebene Instanzen müssen erweitert oder verändert werden. Bei fehlenden Instanzen wird eine Neuentwicklung erforderlich sein (ebd.).

Derzeit wird kritisiert, dass eine Gesamtkoordination der einzelnen befristeten Projekte fehlt und diese daher „wirkunglos verpuffen“. Eine eindeutige Zuständigkeitsregelung könnte dies verhindern (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007²⁰). Um in Zukunft erfolgreiche Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht durchführen zu können, wird es immer wichtiger sein, mit einer Instanz zu kooperieren, die die Koordination zwischen den Partnern übernimmt.

5.8. Qualitätssicherung

Die Qualität eines gesundheitsfördernden Projektes ist kein einmaliger Entwicklungsprozess von gültigen Qualitätsstandards, vielmehr handelt es sich um einen andauernden Verbesserungsprozess. Verantwortliche Akteure, wie z.B. Erziehung im Setting, Gesundheitsförderung, Planung und Forschung, müssen die Ziele und den Durchführungsprozess des Projektes gemeinsam systematisch und praxisnah entwickeln und die Zielerreichung überprüfen (BZgA, 2002, S. 193). Ein wichtiges

²⁰ <http://www.ganztagsschulen.org/7030.php>

Qualitätsziel im Bereich der Gesundheitsförderung könnte zum Beispiel die Aus- und Fortbildung aller beteiligten Personen zur Förderung der pädagogischen, psychischen, psychosozialen und methodischen Kompetenz sein. Die Ergebnisse der Zielüberprüfung dienen als Grundlage für das zukünftige Vorgehen und helfen bei der Entwicklung und Verbesserung der Qualität in allen relevanten Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität²¹) (BZgA, 2005b, S. 18).

5.9. Evaluation

Evaluation ist das Sammeln, Analysieren sowie Bewerten von Daten über Aktivitäten, Eigenschaften und Resultate von Projekten und Maßnahmen. Mit Hilfe von Evaluation wird es möglich, die Wirkung eines Projektes oder eines Programms bezüglich der zuvor festgelegten Zielkriterien zu bewerten. Positive als auch negative Aspekte können ermittelt werden, wodurch die Schwächen verringert bzw. entfernt werden können. Evaluation führt zur Verbesserung der Struktur und des Inhalts und damit zur Verbesserung der Wirkung eines Projektes bzw. Programms sowie zur Steigerung der Effizienz und Effektivität (Franzkowiak, 2002, S. 193). Dokumentation und Evaluation sind Instrumente der Qualitätsentwicklung. Alle präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen müssen evaluiert werden, um ihre Leistung und ihren Kosten-Nutzen-Faktor bewerten und anschließend ggf. Verbesserungen vornehmen zu können.

6. Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern im Setting Kindertagesstätte

6.1. Einleitung

Für eine erfolgreiche Präventionsmaßnahme, die sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien erreichen soll, müssen die im vorigen Kapitel aufgeführten Kriterien berücksichtigt werden. Im Folgenden wird geprüft, inwieweit das Setting Kindertagesstätte die Kriterien erfüllt und welche konkreten Maßnahmen umsetzbar sind.

²¹ - „**Strukturqualität:** Ausstattung eines Projekts oder Leistungserbringers mit Finanzmitteln, Räumen, Arbeitsmitteln, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etc.,
- **Prozessqualität:** die Art und Weise der Projektdurchführung oder Leistungserbringung,
- **Ergebnisqualität:** die erreichten Effekte eines Projekts oder einer Maßnahme.“ (zit.n. BZgA, 2005b, S. 18)

6.2. Kindertagesstätte als Setting für Präventionsmaßnahmen

Die Kindertagesstätte bildet ein ideales Setting zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern. Tageseinrichtungen für Kinder sollen die individuelle und soziale Entwicklung der Kinder fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen (2. Gesetz zur Ausführung des SGB VIII, §1 Abs.3 Nr. 1 SGB VIII) (BRAVORS²²). Hier werden alle Kinder aus der Gruppe, egal welchen sozialen, ethnischen oder religiösen Hintergrund sie haben, angesprochen (Pott, 2002, S. 25).

Zur Aufgabe der Kindertagesstätte heißt es im Sozialgesetzbuch: „Tageseinrichtungen [...] für Kinder sollen die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern, die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen, [...]“ (§ 22 Abs. 2 SGB VIII) (zit. n. BMFSFJ, 2005, S. 55²³) „Der Förderungsauftrag umfasst Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes und bezieht sich auf soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes. Er schließt die Vermittlung orientierender Werte und Regeln ein. Die Förderung soll sich am Alter und Entwicklungsstand, den sprachlichen und sonstigen Fähigkeiten, an der Lebenssituation sowie den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes orientieren und seine ethnische Herkunft berücksichtigen.“ (§22 Abs. 3 SGB VIII) (zit. n. ebd.)

Die KiTa ist neben dem Elternhaus der Lebensbereich, in dem Kinder den größten Teil ihres Alltags verbringen. Sie hat aufgrund der schichtübergreifenden, pädagogisch orientierten Zugangswege einen großen Einfluss auf die Gesundheitsförderung der Kinder (Pott, 2002, S. 25). Gerade sozial benachteiligte Kinder können vom Besuch einer KiTa profitieren. Sollten Eltern aus sozialen oder finanziellen Gründen nicht bereit sein, ihr Kind in die KiTa zu schicken, müssen geeignete Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen sowie geschickte Anreizsetzungen (z.B. Bildungsgutscheine) dafür sorgen, diese Barrieren abzubauen. Die KiTa, als erste Ebene des Bildungssystems, übernimmt für sozial benachteiligte Kinder im frühen Kindesalter vielfältige Funktionen:

- Stärkung des Selbstwertgefühls, Selbstvertrauens und der Eigenverantwortung,
- Förderung sozialer Ressourcen (z.B. soziale Normen, Werte und Rollen),
- Eröffnung neuer Erfahrungs- und Entwicklungsspielräume sowie

²² http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.14842.de#1

²³ <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24141-KJHG----Text.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

- Verbesserung und Förderung des gesundheitsfördernden Wissens und Verhaltens zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit (Holz; et al., 2004, S. 64-74).

Die derzeitigen Entwicklungen in Bezug auf die Nutzung und die Anzahl der Kindertagesstätten in Deutschland eröffnet der Prävention neue Möglichkeiten: Der Trend geht dahin, dass immer mehr 3-jährige Kinder bereits eine KiTa besuchen (Statistisches Bundesamt, 2004²⁴). Der Versorgungsgrad mit Kindertagesstätten ist sehr hoch. Die Zahl der Ganztagsplätze für Kindergartenkinder hat sich von 1998 zu 2002 um 25 % auf 914 000 erhöht. Von 2 507 744 Kindergartenkindern (3 bis 6 ½ Jahre) hatten 2002 36 % einen Ganztagsplatz (Statistisches Bundesamt, 2003²⁵).

Die positive Wirkung von Tageseinrichtungen auf die kindliche Entwicklung wurde auch in der Politik erkannt. In der zentralen Reform der Agenda 2010 wird der Ausbau der Tagesbetreuung für Kinder festgehalten. Dies soll über die Förderung des Aufbaus von Kinderkrippen mit jährlich 1,5 Mrd. Euro und über das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) erreicht werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2005, S. 13).

Tageseinrichtungen für Kinder variieren hinsichtlich ihrer täglichen Öffnungs- bzw. Betreuungszeiten und dem Alter der betreuten Kinder. Kindertagesstätten sind im Folgenden definiert als Einrichtungen, die eine ganztags Betreuung inklusive Mittagsverpflegung für Kinder im Alter von mindestens 3 Jahren anbieten.

6.3. Verpflegung in der Kindertagesstätte

Die Verbesserung und Förderung des gesundheitsfördernden Wissens und Verhaltens ist bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien oftmals nur begrenzt möglich. Infolgedessen sollte den Kindern zumindest in den Kindertagesstätten eine gesundheitsfördernde Verpflegung angeboten werden. Die Verpflegung muss ernährungsphysiologischen Kriterien entsprechen, um zur Prävention von Übergewicht und zur Aufrechterhaltung und ggf. Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der Kinder beizutragen. Welche Rahmenbedingungen bei einer gesundheitsfördernden Verpflegung berücksichtigt werden müssen und inwieweit die derzeitige Verpflegung in den KiTa's den ernährungsphysiologischen Kriterien entsprechen, soll anschließend aufgezeigt werden.

²⁴ <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/zdw37.htm>

²⁵ <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p5160082.htm>

6.3.1. Vollwertige Ernährung

Die Verpflegung in der KiTa sollte auf dem Konzept der vollwertigen Ernährung aufgebaut sein. Eine vollwertige Ernährung hält gesund und fördert Leistung und Wohlbefinden. Sie deckt den Bedarf an essentiellen Nährstoffen und berücksichtigt die Erkenntnisse der Ernährungsmedizin und Diätetik. In den Worten der Autoren Dr. Elmadfa et al. ist eine Ernährung ausgewogen, „[..], wenn sie den Energiebedarf des Menschen deckt – nicht zu reichlich, aber auch nicht mangelhaft ist, wenn sie alle wichtigen Nährstoffe in optimaler Menge und ausgewogenem Verhältnis enthält und so weit wie möglich frei ist von schädlichen Stoffen.“ (zit. n. Elmadfa; et al., 2003, S. 4)

Um eine gesundheitsfördernde und ausgewogene Verpflegung in der KiTa umsetzen zu können, sollten wissenschaftliche Orientierungshilfen herangezogen werden, wie z.B. die D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (DGE; et al., 2001).

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) geht noch konkreter auf die spezielle Ernährung von Kindern ein. Es entwickelte ein Konzept für die gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen namens optimiX (Optimierte Mischkost) (aid infodienst; et al., 2002, S. 4). Bei diesem Konzept handelt es sich um keinen strikten Diätplan, vielmehr werden Empfehlungen ausgesprochen. OptimiX gibt Hinweise auf die altersgemäße Lebensmittelverzehrmenge, Lebensmittelauswahl sowie auf die Verteilung von Mahlzeiten über den Tag und zeigt beispielhafte Speisepläne auf. Darüber hinaus werden praktische Tipps im Umgang mit Lebensmitteln gegeben und wichtige Fragen in Bezug auf gesunde Ernährung beantwortet. Es berücksichtigt die heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur richtigen Ernährung von Kindern und Jugendlichen und basiert auf den D-A-CH-Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr (ebd., S. 4ff.). Bei der Planung und Umsetzung der Verpflegung in den Kindertagesstätten sollten die Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen von optimiX berücksichtigt werden, um eine gesundheitsfördernde Verpflegung, die speziell auf die Ernährung von Kindern im Alter von 3-6 Jahren abgestimmt ist, umzusetzen.

6.3.2. Anforderungen an ein Kindertagesstättenverpflegungskonzept

Das Verpflegungskonzept muss auf die Gegebenheiten der jeweiligen KiTa abgestimmt sein. Prinzipiell eignet sich jedes gängige Verpflegungssystem für eine vollwertige Ernährung. Das alleinige Abwägen der Vor- und Nachteile der jeweiligen

Verpflegungssysteme reicht aber nicht aus. Vielmehr müssen auch die Voraussetzungen für ein gewähltes Verpflegungssystem erfüllbar sein. Die Voraussetzungen betreffen unter anderem: Zahl und Qualität des Personals, erforderlicher Hygieneaufwand, Vor- und Zubereitungsaufwand, technische und räumliche Anforderungen und natürlich die Kosten. Um sich für das richtige Verpflegungssystem entscheiden zu können, sollte ein Fachmann zur Beratung hinzugezogen werden (Peinelt; et al., 2005, S. 38).

Folgende Grundsätze sollten bei der Neuplanung sowie bei bereits existierenden Verpflegungssystemen berücksichtigt werden:

1. Delegation an einen externen Dienstleister

Die Organisation der Schulverpflegung sollte nicht in Eigenregie der Schule, als weniger fachkundige Einrichtung, übernommen werden. Vielmehr sollte ein professioneller externer Dienstleister eingesetzt werden, der für alle Fragen auch in rechtlicher Hinsicht zuständig und gegenüber der Kommune verantwortlich ist. Die Wahl des geeigneten Dienstleisters sollte eine neutrale und sachkundige Stelle übernehmen (Peinelt; et al., 2005, S. 41).

2. Systemanforderungen

Vorzugsweise sollte ein Mischkostsystem, wie z.B. „Cook and Chill“²⁶, eingesetzt werden. Salate, Dressings und Nachspeisen mit einem hohen Conveniencegrad ergänzen die heißen Speisen. Angeliefert werden die Speisen durch einen externen Lieferanten. Die Logistik und das Bestellmanagement wird vom Dienstleister übernommen. Der Vorteil dieses Verpflegungssystems besteht darin, dass das Küchenpersonal vor Ort kaum Zubereitungsaufgaben übernehmen muss, zusätzlich sinkt das hygienische Gesamtrisiko (ebd.).

3. Qualitätsanforderungen

Der Dienstleister sorgt für die Einhaltung einer hohen Qualität der Schulverpflegung z.B. in Bezug auf ernährungsphysiologische Aspekte. Er stellt eine einwandfreie Hygiene nach den Grundsätzen des HACCP-Konzepts sicher. Zusätzlich werden Mitarbeiterschulungen durchgeführt. Die Dokumentation aller Aktivitäten muss transparent und jederzeit nachvollziehbar sein (ebd., S. 42).

²⁶ ‚Cook and Chill‘-Verfahren: Die zubereiteten Speisen werden unmittelbar nach dem Garprozess in einem Chiller schockgefroren und anschließend bei null bis drei Grad Celsius gelagert. Die Lagerdauer beträgt in der Regel drei Tage. Unmittelbar vor dem Verzehr werden die Speisen regeneriert, meist mittels eines Heißluftdämpfers (Peinelt; et al., 2005, S. 42).

4. Berücksichtigung der Kinderwünsche bei der Essenplanung

Die Wünsche der Kinder werden durch Befragungen ermittelt und anschließend bei der Speisenplanung berücksichtigt, soweit sie mit dem grundlegenden Prinzip der Vollwerternährung vereinbar sind. Aufgabe des Dienstleiters ist es, die Kinder durch geeignete Marketingstrategien und externe und interne Kooperationen zum Verzehr von geeigneten Lebensmitteln zu motivieren. Somit kann einerseits eine hohe Akzeptanz der Speisen bei den Kindern erreicht werden und andererseits können die ernährungsphysiologischen Anforderungen umgesetzt werden. Das Speisenangebot sollte vielfältig und abwechslungsreich sein (ebd.).

Darüber hinaus müssen ethnische Unterschiede bei der Auswahl bzw. Verwendung der Nahrungsmittel sowie unterschiedliche kulturelle Aspekte des Essens so weit wie möglich berücksichtigt werden, um die Annahme der Speisen auch bei einer multikulturellen Kindergruppe zu fördern (Fitzgibbon; et al., 2006, S. 1616ff.).

5. Kontrolle durch Dritte

Mit der regelmäßigen Kontrolle aller relevanten Aktivitäten des Dienstleiters durch unabhängige Dritte erfüllt die Kommune ihre Aufsichts- und Kontrollpflicht. Beanstandungen werden vom Dienstleister geprüft und gegebenenfalls umgesetzt (Peinelt; et al., 2005, S. 42).

6. Weitere Mahlzeitenangebote auch durch den Dienstleister

Der Dienstleister sollte möglichst auch die Verantwortung und Organisation für alle weiteren Verpflegungsangebote in der KiTa übernehmen. Dadurch kann die hohe Qualität beibehalten und der Aufwand minimiert werden (ebd.).

Ein aktuelles Beispiel für eine gute Umsetzung einer Schulverpflegung konnte in der Offenen Schule in Waldau beobachtet werden. Die Schule hat es geschafft, eine Schulverpflegung zu entwickeln, die überwiegend die Grundsätze einer ausgewogenen Ernährung berücksichtigt, aber dennoch wirtschaftlich ist und von den Schülern gut angenommen wird. Die Schüler arbeiten bei der Essenversorgung mit, indem sie z.B. Stühle aufbauen, Geschirr spülen, Teller verteilen etc.. Jede Woche ist eine andere Klasse verantwortlich. Die Kinder erhalten für 39 € im Monat einen Essenausweis und können dann soviel essen wie sie möchten. Familien, die weniger Geld haben, zahlen auch weniger. Es gibt eine Mensa und eine Kantine, die beide von unterschiedlichen Lieferanten bewirtschaftet werden, einem Bio-Caterer

und einem Nudel-Laden. Die Konkurrenz sorgt für eine gute Qualität der Waren. Von knapp 800 Schülern essen mittlerweile 700 in der Schule (Trenkamp, 2007, S. 14).

6.3.3. Finanzierung

Das Mittagessen in der KiTa ist für einige Kinder, gerade aus sozial benachteiligten Familien, die einzige Mahlzeit des Tages. Daher ist die Qualität der Mahlzeit umso wichtiger. Jedoch leidet die Qualität oft unter dem Preiswettbewerb sowie klammen kommunalen Kassen (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007²⁷). Für die Verbesserung der Schulverpflegung stellt das Ministerium für Bildung und Forschung rund 15 Millionen Euro für einen Zeitraum von drei Jahren zur Verfügung (ebd.). Die Gesamtkosten der bereits eingesetzten Schulverpflegung bleiben den Kommunen meist unbekannt, da hier eine betriebswirtschaftliche Buchführung nicht üblich ist. Die Übertragung an externe Dienstleister erscheint preisgünstiger, kann aber mit Problemen bzw. Einbußen bei der Qualität verbunden sein. Durch eine schlechte Qualität im Bereich der Sensorik und Ernährungsphysiologie kann die Akzeptanz der Speisen bei den Kindern sinken, das wiederum drückt die Beteiligungsquote und verteuert das Essen (Peinelt; et al., 2005, S. 40).

Angesichts der Preisfixierung der Behörden bei der Wahl des Dienstleisters muss ein exakter, ausdifferenzierter Anforderungskatalog entwickelt werden, der die Qualität der Verpflegung sicherstellt und an dem sich die Kommunen bei der Wahl des Dienstleisters orientieren müssen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wer die Kosten für die benötigte Ausstattung der Küche sowie die Personalberatungskosten übernimmt. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz bietet im Rahmen der „Fit Kid –Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“-Initiative kostenlose und kompetente Beratungen an (DGE, 2007b²⁸). Allerdings können nur wenige diesen Service nutzen, da ein immenser Beratungsbedarf besteht (Peinelt; et al., 2005, S. 40).

Angesichts der Tatsache, dass das Problem der Finanzierung der Verpflegung bei KiTa's und Schulen überwiegend gleichgelagert ist, könnte das im Folgenden beschriebene schulische Finanzierungsprogramm auch ein Finanzierungssystem für KiTa's darstellen.

In den USA wird derzeit ein staatlich unterstütztes Verpflegungskonzept für Schulen

²⁷ <http://www.ganztagsschulen.org/7030.php>

²⁸ http://www.fitkid-aktion.de/front_content.php?client=2&lang=3&idcat=96

durchgeführt, das auch die ungünstige finanzielle Lage von ärmeren Menschen berücksichtigt. Das Programm ermöglicht es den Schulen, reduzierte oder kostenlose Mittagmahlzeiten für Familien mit einem geringen Einkommen anzubieten. Allen teilnehmenden Schulen erstattete das US Department of Agriculture im Schuljahr 2005/2006 für ein kostenloses Mittagessen US\$ 2,32, für ein preisreduziertes Essen US\$ 1,92 und für ein kostenpflichtiges Essen US\$ 0,22.

Um in dieses Programm aufgenommen zu werden, müssen die angebotenen Schulmahlzeiten den staatlich definierten Ernährungsempfehlungen entsprechen. 83 % der Schulen nehmen an dem „National School Lunch Program“ teil. Um eine größere Teilnahmerate beim Mittagessen zu erhalten, wird dazu geraten, die Snackautomaten aus der Schule zu entfernen (Story; et al., 2006).

6.3.4. Bewertung von Verpflegungsangeboten in Kindertagesstätten

In der Bundesrepublik werden die Aufgaben und Leistungen einer Kindertagesstätte, und somit auch die Verpflegung, zur Zeit ausschließlich durch ungenaue Rahmengesetze (§ 22-26 SGB VIII) geregelt. Dies lässt einzelnen Bundesländern einen großen Spielraum, diese Gesetze nach ihren Bedürfnissen auszulegen, denn die spezifische Interpretation und Durchführung der Rahmengesetze sowie die Festlegung von gültigen Richtlinien für die Verpflegung liegt in der Verantwortung der Bundesländer (BMFSFJ, 2005, S.58²⁹). Darüber hinaus sind die derzeit wenigen bundeslandspezifischen Gesetzgebungen³⁰ wenig konkret und lassen Platz für unterschiedliche Interpretationen (Clausen, 2003, S. 3). Auf diese Lücke in der Gesetzgebung ist auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung aufmerksam geworden und wird gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zur Verbesserung der Qualität der Schulverpflegung bundesweite Rahmenkriterien erarbeiten, die sowohl von Schulträgern, Caterern als auch von Eltern und Schülervertretungen genutzt werden können (Bundesministerium für Bildung und

²⁹ <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24141-KJHG----Text,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

³⁰ Beispiele: Berlin: § 4 KitaG „Ganztagsbetreuung [...] schließt eine von der Einrichtung bereitgestellte warme Mahlzeit ein, die unter Beachtung ernährungsphysiologischer Erkenntnisse grundsätzlich in der Tagesstätte zubereitet wird.“ (Datenschutz Berlin, <http://www.datenschutz-berlin.de/jahresbe/95/sonstige/an74.htm>)
Thüringen: § 16 Abs. 4 „Der Träger der Kindertageseinrichtung gewährleistet die regelmäßige Versorgung der Kinder mit warmem Mittagessen.“ (Kultusministerium Freistaat Thüringen, 2006)

Forschung, 2007³¹).

Das eine einheitliche bundesweit gültige Gesetzgebung hinsichtlich einer ernährungsphysiologisch ausgewogenen Verpflegung in Kindertagesstätten geschaffen werden muss, belegen die Ergebnisse einer Untersuchung zu Mittagmahlzeiten in Kindertagesstätten in Deutschland. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass, gemessen an den Referenzwerten der Optimierten Mischkost, die Zusammensetzung der warmen Mittagmahlzeiten in den Kindertagesstätten nur annähernd als befriedigend eingestuft werden kann (Clausen, 2003, S. 71). 45,8 % der 201 KiTa's zeigen eine ernährungsphysiologisch befriedigende Qualität der Mittagmahlzeiten. Im Gegensatz dazu, ist bei 54,2 % die Qualität geringer als befriedigend (ebd., S. 42). Bei der Bewertung der Speisepläne zeigt sich, dass Fleischgerichte doppelt so oft auf dem Speiseplan stehen, wie laut optimierter Mischkost empfohlen. Fischgerichte, Rohkost, frisches Obst und frische Kartoffeln werden hingegen signifikant seltener angeboten als dies nach den präventivmedizinischen Empfehlungen der Optimierten Mischkost angeraten wird (ebd., S. 30). Die Ergebnisse der Untersuchung der Energie- und Nährstoffgehalte der Mittagmahlzeiten zeigen eine mittlere Portionsmenge von 482g, diese überschreitet die entsprechenden Werte der Optimierten Mischkost um 50 %. Mit einem durchschnittlichen Kaloriengehalt von 490 kcal liegen die Mittagmahlzeiten beim Energiegehalt um 25 % höher als empfohlen. Der Anteil an gesättigten Fettsäuren, zugesetztem Zucker und Kohlenhydraten liegt in Bezug auf den Gesamtenergiegehalt signifikant höher, als nach den Empfehlungen der Optimierten Mischkost angeraten. Im Gegensatz dazu war der Anteil von Eiweiß, gesamttem Fett und einfach und mehrfach ungesättigten Fetten signifikant niedriger. Die Vitamin- und Mineralstoffdichte der Mittagmahlzeiten liegt bei nahezu allen berechneten Werten signifikant niedriger als im Rahmen der Optimierten Mischkost empfohlen wird (ebd., S. 31).

Die Ergebnisse manifestieren einen Bedarf an Verbesserungsmaßnahmen hinsichtlich der ernährungsphysiologischen Qualität der Mittagmahlzeiten in den deutschen KiTa's (ebd., S. 70). Das Projekt „Fit Kid – Die Gesund-Essen-Aktion für KiTas“ des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz stellt einen ersten Versuch dar, bundesweit langfristig eine ernährungsphysiologische, ausgewogene und praxisbezogene Ernährung in KiTa's zu etablieren und diese

³¹ <http://www.ganztagsschulen.org/7030.php>

anhand wissenschaftlich fundierter Qualitätsstandards sicherzustellen. Das FIT KID Logo, das im Rahmen des Projektes entwickelt wurde, stellt ein Qualitätssiegel für die Ernährung in den teilnehmenden Kindertagesstätten dar und steht für eine kontinuierliche Arbeit an festgelegten Kriterien in den Bereichen Ernährungsphysiologie, Ernährungsbildung sowie Personal-, Organisations- und Strukturentwicklung. Des Weiteren wird im Rahmen des Projektes Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet (DGE, 2007b³²).

6.4. Gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Kindertagesstätte

Neben einer gesundheitsfördernden Verpflegung sollten die Kinder durch theoretische und praktische Unterrichtseinheiten in der KiTa an die Grundsätze eines gesundheitsfördernden Wissens und Verhaltens herangeführt werden. Die Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht müssen in den normalen KiTa-Alltag integriert werden und regelmäßig stattfinden (Pott, 2002, S. 22-24). Maßnahmen, wie z.B. ein gemeinsames Frühstück, spielen traditionell eine große Rolle im Alltag der meisten KiTa's. Durch diese bereits fest integrierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wird die Durchführung von weiteren Präventionsmaßnahmen im Setting KiTa erleichtert, denn sie können an die bestehenden Maßnahmen gut angeschlossen werden (Kilian; et al., 2003, S. 84). Dafür ist es notwendig, die Themen der Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt in den Ausbildungsplan und die Fortbildungen für den Beruf der Erzieher aufzunehmen. Diese Schulungen könnten von Fachkräften auf dem Gebiet der Übergewichtsprävention (z.B. Ökotrophologen, Sporttherapeuten) durchgeführt werden (Multiplikatorenansatz). Mittels des Multiplikatorenansatzes kann auch das oftmals auftretende Problem der sozialen Sprachbarrieren zwischen den Kindern und den Programmmitarbeitern umgangen werden. Sozialarbeiter oder Psychologen, die die Bedürfnisse und Sprache der Kinder verstehen und kennen, könnten die weiteren Fachkräfte (z.B. Erzieher, Ökotrophologen oder Sporttherapeuten) in diesem Bereich schulen, um dadurch die sozialen Sprachbarrieren abzubauen.

Wie bereits zuvor beschrieben, ist es im Rahmen einer Maßnahme zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern wichtig, die drei Bausteine Ernährung, Bewegung und Psychologie zu berücksichtigen und diese

³² http://www.fitkid-aktion.de/front_content.php?client=2&lang=3&idcat=96

zielgruppenspezifisch aufzuarbeiten und gegebenenfalls miteinander zu kombinieren. Bei einer sehr großen Kindergartengruppe muss je nach Übung entschieden werden, ob die Gruppe in mehrere kleine Gruppen geteilt werden sollte.

Eine ausschließlich theoretisch angelegte **Ernährungserziehung** erscheint, unter Berücksichtigung der Voraussetzungen von sozial benachteiligten Vorschulkindern, wenig vielversprechend. Vielmehr sollten die Kinder spielerisch und praktisch an eine gesunde Ernährungsweise herangeführt werden. Kinder im Vorschulalter können einfache logische Beziehungen und einfache Kategorien, wie z.B. macht dick – macht nicht dick, begreifen. Sie sind noch nicht in der Lage langfristige Konsequenzen ihres Handelns zu verstehen, d.h. sie können nicht begreifen, dass der Verzehr von energiereichen Süßigkeiten später zu einem erhöhten Körpergewicht führen kann (Lange, 2004, S. 23). Daher sollte das gesunde Essverhalten eher durch direkte positive Konsequenzen, wie z.B. Lob und Anerkennung, gefestigt werden.

Zur Vermittlung von gesundheitsfördernden Ernährungsverhaltensweisen könnten Puppen mit unterschiedlichen Charakteren eingesetzt werden, die bestimmte Nahrungsmittel oder Nahrungsmittelgruppen repräsentieren (Fitzgibbon; et al., 2006). Ebenso können Materialien, wie z.B. Lebensmittelattrappen, den theoretischen Unterricht als Hilfsmittel unterstützen (Strauß, 2006, S. 27-31). Angesichts der Tatsache, dass viele sozial benachteiligte Vorschulkinder eine ausgewogene Ernährungsweise mit viel Obst und Gemüse aus ihrem Elternhaus nicht kennen und sie daher einige gesundheitsfördernde Lebensmittel noch nie gesehen oder probiert haben und diese infolgedessen vielleicht ablehnen, müssen die Kinder langsam und Schritt für Schritt an eine gesundheitsfördernde Ernährungsweise herangeführt werden. Sensorik-Übungen, bei denen die Kinder z.B. die verschiedenen Obstsorten mit allen Sinnesorganen entdecken können, stellen eine gute spielerische und praktische Methode dar, um Lebensmittel langsam kennen zu lernen. Das Bereitstellen von kalorienarmen Getränken und einem Teller mit angerichteten Obst- und Gemüsesorten in der KiTa kann die Kinder dazu motivieren, sich von den gesundheitsfördernden Lebensmitteln zu bedienen (Strauß, 2006, S. 32f.). Die Zubereitung von Mahlzeiten mit anderen Kindern und das anschließende gemeinsame Verzehren unter Berücksichtigung der vorher im Rahmen des Ernährungsunterrichts gelernten Tischregeln wäre ein denkbarer Weg, die sozial benachteiligten Kinder an ein gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten heranzuführen.

Im Folgenden wird ein Beispiel für eine Schulungseinheit im Bereich Ernährung angeführt. Im Rahmen dieser Einheit sollen die Kinder spielerisch an das Thema Übergewicht sowie übergewichtverursachende Lebensmittel herangeführt werden.

Beispielübung für den Schulungsbereich **Ernährung**

Tab. 3: **Das doppelte KaLoMaDi (KaLorien Machen Dick)**

Dauer: 40 Minuten

Zeit	Lernziele	Inhalte	Methode
5 Min.	Die Kinder sollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ sich auf die Ernährungsübung einstimmen. 	Eröffnungsrunde Zu Beginn wird ein Eröffnungslied (das zu Beginn jeder Ernährungsübung gesungen wird) gemeinsam gesungen.	Stereoanlage CD mit dem Eröffnungslied (wird individuell vom Erzieher ausgesucht)
10 Min.	Die Kinder sollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Kategorien „dick“ und „nicht dick“ bei Menschen kennen lernen, ▪ den Unterschied (z.B. körperliche Leistungsfähigkeit) der beiden Kategorien verstehen. 	Gruppenübung Der Erzieher hängt die Plakate an die beiden Pinnwände und bespricht mit den Kinder die Unterschiede der beiden KaLoMaDi Mögliche Fragen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Was fällt euch bei den beiden KaLoMaDi auf? ▪ Seht ihr einen Unterschied? ▪ Was meint ihr wohl, was dem etwas dickeren KaLoMaDi wohl schwerer fällt? 	1 Plakat mit der Abbildung eines dicken KaLoMaDi 1 Plakat mit der Abbildung eines dünnen KaLoMaDi zwei Pinnwände
20 Min.	Die Kinder sollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Kategorien „macht dick“ und „macht nicht dick“ kennen lernen, ▪ den Unterschied der beiden Kategorien verstehen, 	Gruppenübung Der Erzieher erklärt den Kinder, dass es Lebensmittel gibt, die dick machen und welche, die nicht dick machen. Der Erzieher zeigt den Kindern nach einander	Unterschiedliche Lebensmittel in einem Korb (siehe „Vorbereitungen“) Zwei Tische

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ diesen Kategorien unterschiedliche Lebensmittel zuordnen können, ▪ sollen lernen, dass sie die nicht dick machenden Lebensmittel bevorzugen sollen, ▪ sollen den Verzehr von dick machenden Lebensmitteln reduzieren. 	<p>verschiedene Lebensmittel. Die Kinder sollen nun gemeinsam herausfinden, ob das gezeigte Lebensmittel dick macht oder nicht dick macht und warum. Haben die Kinder das Lebensmittel der richtigen Kategorie zugeordnet, gibt der Erzieher das Lebensmittel einem Kind. Dieses stellt das Lebensmittel auf den richtigen Tisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dick machende Lebensmittel auf den Tisch vor dem dicken KaLoMaDi, - nicht dick machende Lebensmittel auf den Tisch vor dem nicht dicken KaLoMaDi. 	
5 Min.	<p>Die Kinder sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ das heute Gelernte in ihren Worten noch einmal wiedergeben, um das Wissen zu vertiefen. 	<p>Gruppengespräch Der Erzieher fordert die Kinder auf, zu erzählen, was sie heute gelernt haben. Wenn die Kinder nicht weiterkommen oder etwas übersehen, ergänzt der Erzieher die wichtigsten Punkte.</p>	

Vorbereitung:

- Es wird ein Plakat mit einer dicken abstrakten Figur (z.B. Zeichentrickfigur) und ein Plakat mit einer schlanken abstrakten Figur vorbereitet
- Zwei Pinnwände o.ä. und zwei Tische werden bereitgestellt.
- Der Erzieher bereitet einen Korb mit unterschiedlichen Lebensmitteln vor:

Nicht dick machende Lebensmittel

- Obst
- Gemüse
- Vollkornbrot
- Wasser, Saftschorle

Dick machende Lebensmittel

- Schokolade
- Fanta
- Pommes
- Weißbrot

Bewegung ist ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Prävention von Übergewicht. Um die Vorschulkinder zu mehr Bewegung zu motivieren, muss eine bewegungsfreundliche Umgebung geschaffen werden, wie z.B. Spielplätze, Bolzplätze oder Turnhallen. Darüber hinaus sollten die Erzieher die Kinder täglich zu körperlicher Bewegung ermutigen und sie bei Bedarf mit einfachen Übungen auch anleiten. Kooperationen mit Sportvereinen können den Transfer eines körperlich aktiven Lebensstils in den Alltag sicherstellen. Kostenlose oder preisgünstige Sportangebote machen es auch für Familien mit geringeren finanziellen Mitteln möglich, in der Freizeit sportlichen Aktivitäten nachzugehen. Zusätzlich zur Steigerung der körperlichen Aktivität, sollte der Fernsehkonsum verringert werden, denn es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Gewicht eines Kindes und seinem Fernsehkonsum feststellen (Müller, 2005d, S. 189).

Anschließend wird eine Übung vorgestellt, die Spaß, Freude und Lust an der körperlichen Bewegung vermitteln sowie die motorischen Fähigkeiten der Kinder verbessern soll.

Beispielübung für den Schulungsbereich **körperliche Aktivität**

Tab. 4: Wettspiel für draußen

Dauer: ca. 20 Minuten

Zeit	Lernziele	Inhalte	Methode
20 Min.	Die Kinder sollen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Freude an Bewegung finden, ▪ lernen behutsam miteinander umzugehen (Rücksichtnahme), ▪ lernen mit Enttäuschungen umzugehen. 	Gruppenübung Jedes Kind bekommt eine Schnur um den Bauch gebunden, an der ein Pappdeckel befestigt ist. Er schleift hinter ihnen her. Schon geht die Jagd los. Jeder versucht jedem auf den Anhänger zu treten und ihn so abzureißen. Sieger ist der Spieler, der als letzter und einziger Spieler den Anhänger an der Schnur behält. Die Übung kann beliebig oft wiederholt werden.	Pappe, Schnur

Der dritte Baustein ist **Psychosoziales**. Im Setting KiTa besteht die Möglichkeit, gemeinsam in der Gruppe verhaltenstherapeutische Elemente, wie z.B. Entspannungsübungen oder Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der Autonomie, zu erarbeiten und zu vertiefen. Ernährungs- oder Bewegungstagebücher als Elemente der Verhaltenstherapie einzusetzen, ist aufgrund der fehlenden oder geringen Lese- und Schreibfähigkeiten der Vorschulkinder nicht umsetzbar. Auch auf die Hilfe der Eltern kann nicht gebaut werden. Inwieweit eine psychosoziale Betreuung durch ausgebildete Psychologen, die zusätzliche Kosten für das Programm bedeutet, bei einem niedrighschwelligem Programm umsetzbar und erfolgreich ist, muss individuell geprüft werden.

Im Folgenden wird eine Schulungseinheit zur Stressbewältigung vorgestellt.

Beispielübung für den Schulungsbereich **Psychosoziales**

Tab. 5: Backe, backe Kuchen

Dauer: 35 Minuten

Zeit	Lernziele	Inhalte	Methode
5 Min.	<p>Die Kinder sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sich auf die Entspannungsübung einstimmen. 	<p>Eröffnungsrunde Die Kinder hören gemeinsam das Eröffnungslied (das zu Beginn jeder Entspannungsübung gehört wird).</p>	<p>Stereoanlage CD mit dem Eröffnungslied (wird individuell vom Erzieher ausgesucht)</p>
30 Min.	<p>Die Kinder sollen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ verschiedene Arten von Berührungen durch andere Kinder spüren und wahrnehmen können, ▪ Entspannung erfahren, ▪ lernen, behutsam miteinander umzugehen und auf die Bedürfnisse, Grenzen und Wünsche des anderen einzugehen, ▪ erfahren, dass sie Berührungen von anderen Kindern ruhig zulassen können, aber auch sagen müssen, wenn sie etwas nicht möchten. 	<p>Übung in Zweiergruppen Der Erzieher teilt die Gruppe in Zweiergruppen ein. Ein Kind je Gruppe setzt sich rückwärts auf einen Stuhl, sein Partner setzt sich dahinter, so dass er den Rücken des sitzenden Kindes berühren kann. Der Erzieher beschreibt nun den aktiven Kindern die Übung und führt die einzelnen Schritte beispielhaft auf dem Rücken seines Partnerkindes vor, so dass alle Kinder es sehen können: ,Stellt euch vor, ihr backt einen Gemüsekuchen und die Arbeitsfläche ist der Rücken eures Partners. Zuerst mischt ihr alle Zutaten für den Teig zusammen, Mehl, Wasser, Salz, Butter. Ihr rührt den Teig ordentlich durch. Dann rollt ihre den Teig aus und streicht ihn glatt. Anschließend schneidet ihr das Gemüse Tomaten, Lauch und Karotten. Das klein geschnittene Gemüse verteilt ihr nun auf dem ausgerollten Teig. Nun schneidet ihr noch etwas Käse und verteilt diesen ebenso auf dem Gemüsekuchen. Zum Schluss gießt ihr etwas Soße über den Kuchen und verteilt sie mit einem Löffel über den Kuchen. Nun schiebt ihr den Kuchen in den Ofen.' Anschließend ist Partnerwechsel und alles beginnt von vorn.</p>	<p>Stühle</p>

Um die Akzeptanz der zuvor beschriebenen Maßnahmen bei den Kindern, Eltern aber auch Erziehern zu steigern, sollte das Prinzip der Partizipation³³ bei der Entwicklung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen angewendet werden. Damit die Maßnahmen einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterzogen werden können, muss eine regelmäßige Dokumentation und Evaluation Pflicht sein.

6.5. Elterneinbindung

Im Konsensuspapier für Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche mit Adipositas wird eine begleitende Elterneinbindung für junge Kinder empfohlen, da die Eltern das Umsetzen des Erlernten im Alltag möglich machen (BZgA, 2005a, S. 21). Darüber hinaus nehmen die Eltern eine wichtige Vorbildfunktion ein. Bereits im Vorschulalter übernimmt und orientiert sich ein Kind an den ihm in seiner Umwelt vorgelebten Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten und –mustern (Winkler; et al., 2004, S. B21). Besonders jüngere Kinder sind stark von den Entscheidungen und Vorlieben der Eltern bezüglich der Essenauswahl abhängig. Jedoch ist die Einbindung der Eltern bei sozial benachteiligten Familien oft problematisch. Die Einbindung kann nur einen Effekt erzielen, wenn die Eltern motiviert sind und aktiv mitarbeiten. Es sollte dennoch nicht der Fehler gemacht werden, die Eltern ganz aus dem Schulungsprogramm auszugrenzen, da somit das Misstrauen gefördert wird. Die Eltern sollten informiert, eingeladen und aufgefordert werden, die Aktivitäten zu unterstützen, ohne dass ein Zwang auf sie ausgeübt wird. Die Bereitstellung von mehrsprachigen Informationsblättern kann in Stadtteilen mit einem hohen Ausländeranteil zur Akzeptanz der Präventionsmaßnahmen beitragen. Sozial benachteiligte Eltern sind in ihrem Alltag jedoch oft mit anderen Problemen konfrontiert (Chamberlin; et al., 2002, S. 662ff.). Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, den Eltern zur Lösung ihrer Probleme Unterstützungen anzubieten, damit die Ernährungserziehung in den Vordergrund rücken kann. Hier zeigt sich wieder die Bedeutung von Kooperationsaktivitäten. Die KiTa-Mitarbeiter können die Eltern auf Institutionen aufmerksam machen, die ihnen bei der Lösung ihrer Alltagsprobleme helfen können, wie z.B. Schuldnerberatung, Suchtberatung, Familienberatung bei psychosozialen Konflikten, Beratung bei der Haushaltsführung sowie Selbsthilfegruppen.

³³ vgl. Kapitel 5.4.4.

Um dem Problem der bereits erläuterten sozialen Sprachbarrieren entgegenzuwirken, könnten sogenannte Mediatoren oder Dolmetscher eingesetzt werden. Zum Beispiel könnten engagierte ausländische Mütter, die ihre Muttersprache und Deutsch sprechen, als Mediatoren fungieren und wiederum andere Mütter aus den jeweiligen Gruppen in ihrer Muttersprache anleiten oder gegebenenfalls dolmetschen. Der Einsatz von Dolmetschern oder Mediatoren führt zu einem besseren Verständnis untereinander und kann kulturell bedingte Missverständnisse abbauen helfen (Killian; et al., 2003, S. 94).

Eine weitere Schwierigkeit sind die kognitiven Barrieren, wie z.B. die gegebenen Einstellungen, Werte und Prioritäten. Wie zuvor beschrieben, wollen Mütter, die ein geringes Einkommen zur Verfügung haben, oft nicht daran glauben, dass ihre Kinder Übergewicht haben, wenn die Kinder aktiv sind und einen gesunden Appetit zeigen (Chamberlin; et al., 2002, S. 662ff.). Diese Einstellung zu ändern, scheint wenig vielversprechend, eher sollte die Erziehungskompetenz der Eltern gestärkt werden, damit die Eltern in der Lage sind, z.B. die Nahrungsaufnahme ihrer Kinder zu kontrollieren und einzugrenzen (Sherman; et al., 2001). Ausländische Familien haben oftmals andere Essgewohnheiten als deutsche Familien. Daher müssen die Ernährungsempfehlungen (z.B. Lebensmittelpyramide), die nach deutschen Essgewohnheiten ausgelegt sind, der multikulturellen Elternschaft angepasst werden. Das heißt, die ethnischen Unterschiede hinsichtlich der Nahrungsmittel sowie die kulturellen Aspekte des Essens sollten bei der Ernährungsschulung berücksichtigt und auf die deutschen Ernährungsempfehlungen übertragen werden.

Ein zusätzlicher Distanz fördernder Punkt könnte das Misstrauen der Eltern gegenüber den Programmmitarbeitern sein. Dieses Misstrauen wird gefördert, wenn sozial benachteiligte Eltern die Präventionsmaßnahmen als soziale Kontrolle verstehen. Die Grundeinstellung, dass Krankheiten etwas Negatives sind, kann dazu führen, dass die Eltern die Krankheiten bzw. Entwicklungsstörungen ihrer Kinder sehen, sich aber aus Scham nicht trauen, diese behandeln zu lassen. Es besteht die Befürchtung, dass die Krankheit ihres Kindes als ihr Versagen verstanden wird und als Konsequenz daraus, ihnen ihr Kind weggenommen wird (Helfferich, 2002, S. 106).

Diese Distanz fördernden Punkte müssen durch gezielte Maßnahmen abgebaut werden, um eine erfolgreiche Prävention auch in Zusammenarbeit mit den Eltern durchführen zu können.

In diesem Zusammenhang erklärt Helfferich: „Gesundheitsförderung [...] muss die Vorstellung der Eltern aufgreifen und –dort ansetzend- die Gesundheitskompetenz der Eltern in Bezug auf angemessene Konzepte im Umgang mit Gesundheit und Krankheit der Kinder stärken.“ (zit. n. ebd., S. 107)

Ein Anreiz für die Eltern, aktiv an dem Programm ihres Kindes mitzuarbeiten, wurde bereits im Rahmen der Hip-Hop to Health Jr-Studie vorgestellt. Die Autoren Fitzgibbon et al. kamen zu dem Ergebnis, dass die Eltern anstelle von Ernährungsberatungen lieber Newsletter oder Hausaufgaben als Informationsquelle haben möchten. Für jede erledigte Hausaufgabe bekamen die Eltern einen Geldbetrag ausgezahlt (Fitzgibbon; et al., 2002, S. 289-97). Bei der oft schlechten finanziellen Lage der sozial benachteiligten Haushalte bildet ein finanzieller Zuschuss einen Anreiz, aktiv mitzuarbeiten. Die Elternschulung bzw. die Themen der Hausarbeiten und Newsletter sollten aus den gleichen Bausteinen wie die Kinderschulung zusammengesetzt sein: Ernährung, körperliche Aktivität und Psychosoziales.

7. Public Health Nutrition – ausgewählte Maßnahmen und Strategien zur Prävention von Übergewicht bei sozial Benachteiligten

7.1. Einleitung

Übergewicht und ganz allgemein ernährungsabhängige Krankheiten sind gesellschaftliche Probleme, die nicht allein durch Individuen bezogene Maßnahmen, wie z.B. Beratung, gelöst werden können. Zusätzlich ist ein multidisziplinäres Vorgehen notwendig, welches unterschiedliche Gesellschaftsebenen mit integriert. Vor diesem Hintergrund wurde Public Health Nutrition entwickelt. Public Health Nutrition befasst sich im Speziellen mit den sozialen, ökologischen, wirtschaftlichen und politischen Zusammenhängen, die einen Einfluss auf den Lebensstil und die Lebensumstände bestimmter Bevölkerungsgruppen haben und dadurch die Entstehung ernährungsabhängiger Krankheiten beeinflussen oder sogar fördern (Müller, 2005c, S. 36f.).

In diesem Kapitel sollen ausgewählte Maßnahmen und Strategien zur Prävention von Übergewicht bei sozial Benachteiligten vorgestellt werden.

7.2. Strategien der bevölkerungsweiten Gesundheitskommunikation – mit besonderer Berücksichtigung der Situation der sozial benachteiligten Bevölkerung

Gesundheitskommunikation und ganz speziell die massenmedialen Vermittlungsformen werden in der heutigen Zeit immer bedeutender. Im Folgenden werden ausgewählte Strategien vorgestellt, die den Bedürfnissen und Lebensumständen der Zielgruppe der sozial Benachteiligten weitgehend entsprechen. Die Ausdifferenzierung auf die Zielgruppe der sozial Benachteiligten muss sich überwiegend auf die Auswahl der Vermittlungsformen (Medien) und auf die inhaltliche Ausgestaltung (Formulierung, Umfang, inhaltlicher Aufbau, grafische Gestaltung) beziehen. Die vorgestellten Strategien kombinieren die Kompetenzsteigerung des Nutzers mit den Ansätzen zur Vermarktung von Gesundheitsleistungen. Gemeinsames Ziel ist die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens (Ose; et al., 2004, S. 390f.).

7.2.1. Sozial-Marketing

Beim Sozial-Marketing wird versucht, die gesundheitsbezogene Nachfrage des Bürgers zu beeinflussen. Die Grundlage dieser Aktivitäten bilden die Instrumente und Regeln der Verbreitung von Produkten und Dienstleistungen, die aus dem kommerziellen Markt bereits bekannt sind. Anstelle eines Produktes werden im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung wertvolle Informationen angeboten. Um Sozial-Marketing erfolgreich und gezielt durchführen zu können, ist die Orientierung am Verbraucher, die Analyse der Bedürfnisse und der Lebenslage der Zielgruppe und die Wahl der Verbreitungs- und Kommunikationskanäle wichtig. Am Ende steht das Controlling (Ose; et al., 2004, S. 391).

Prävention und Gesundheitsförderung müssen versuchen, nach dem Prinzip des sozialen Marketings ihre „Produkte“ zu einem „Preis“ anzubieten, bei denen das Preis-Leistungsverhältnis aktuell und einfach nachvollzogen werden kann. Der Autor Pudel gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken: „Gesunde Ernährung ist kein Produkt, das sich reger Nachfrage erfreut.“ (zit. n. Pudel, 2004, S. 119) Meines Erachtens erscheint es vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass sozial Benachteiligte oftmals einen geringeren Bildungsstand haben, sinnvoll, nicht das Produkt „Fachwissen über gesunde Ernährung“ zu vermarkten, sondern viel mehr sollten in Sozial-Marketing-Strategien Hilfestellungen für den alltäglichen Umgang mit der Ernährung sowie Bewegung gegeben werden. Eine

zielgruppenangepasste Sprache ist zur Vermittlung von zielgruppenspezifischen Hilfestellungen unumgänglich. Einfach zu verstehende, präzise, kurze und vielleicht mit einer humoristischen Note versehene Texte sollen praktikable und schnell im Alltag umsetzbare Tipps für eine gesunde Ernährung und mehr körperliche Bewegung vermitteln. Maßnahmen können massenmediale Angebote, wie z.B. TV-, Radio-, Kino-Spots, Anzeigen in Print-Medien sowie audio-visuelle Hilfen (CDs, Poster, Filme) als auch individuelle und anonyme Beratungen via Callcenter oder Internet, sein.

7.2.2. Marketing

Für die sozial benachteiligte Bevölkerung ist der Preis das Hauptkriterium für den Einkauf von Lebensmitteln (Lehmkühler, 2002, S. 238). Meinen Beobachtungen zufolge sind Discounter daher die Haupteinkaufsstätten dieser Zielgruppe. Daraus ergibt sich eine weitere Möglichkeit, um gesunde Ernährung zu vermarkten: Die Discounter sollten Marketingstrategien für gesunde Ernährung fest in ihre Geschäftsphilosophie integrieren. Banner oder Plakate zur Vermarktung von Lebensmitteln könnten mit Hinweisen zur gesunden Ernährung erweitert und in den Einkaufshallen ausgestellt werden. In den Werbeprospekten könnten preisreduzierte Lebensmittel mit einem gesundheitsförderlichen Aspekt herausgestellt werden. Dadurch kann das Preis-Leistungsverhältnis für den Kunden verbessert werden. Der Kunde erhält somit nicht nur die aktuell und leicht nachvollziehbare Leistung des günstigen Lebensmittels, sondern tut gleichzeitig etwas für seine Gesundheit.

7.2.3. Gesundheitskampagnen

Unter dem Begriff „Gesundheitskampagnen“ werden integrierte Informations- und Kommunikationsaktivitäten zusammengefasst. Die Kampagnen sind zeitlich begrenzt, beinhalten Aspekte des sozialen Marketings und verfolgen ein genau definiertes Ziel (z.B. Verringerung des Drogenkonsums). Gesundheitskampagnen können je nach Zielgruppe über unterschiedliche Medien vermarktet werden. Das Implizieren von Film- oder Comichelden, die mit ihrer Rolle das angestrebte Gesundheitsverhalten transportieren, kann die Akzeptanz des Kampagneninhaltes bei der Zielgruppe der Kinder fördern. Die Verhaltensänderung steht bei Gesundheits-

kampagnen häufig im Mittelpunkt, jedoch kann auch das Ziel der Kompetenzsteigerung verfolgt werden (Ose; et al., 2004, S. 391f.).

7.2.4. Media Advocacy

Das Konzept der „Media Advocacy“ (Medien als „Anwalt“) nimmt bei den Gesundheitskommunikationsstrategien einen Sonderfall ein. Ziel ist es, „[...] die professionellen Möglichkeiten und Strukturen der Medien, teilweise gegen den Willen der dort Tätigen, für gesundheitsfördernde Ziele zu nutzen.“ (zit. n. Ose; et al., 2004, S. 393) Dieser Ansatz, entwickelt von Public-Health-Aktivisten in den USA, Kanada und Australien, stellt die Umgestaltung gesundheitsgefährdender Verhältnisse in den Vordergrund, die Erziehung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten tritt in den Hintergrund. Die Medien werden als öffentliches Druckmittel auf die Entscheidungsträger genutzt, um definierte Ziele zu erreichen. Entscheidungsträger sind Personen in Parteien, Konzernen und Verbänden, welche über ihre Handlungen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben. Die Aktivisten sind geschulte (Medien-) Experten. Diese treten medienwirksam in Talkshows oder auf Pressekonferenzen für die Gesundheitsziele ein. Auch die Strategie des zivilen Ungehorsams wird genutzt, um in die Schlagzeilen zu kommen, wodurch das öffentliche Bewusstsein für die Probleme gefördert und Druck auf die Politik und die Entscheidungsträger in den Unternehmen ausgeübt wird (ebd.).

7.3. Markttransparenz

Im Jahr 2002 beauftragte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Landesgemeinschaft für Gesundheitsförderung in Berlin (Gesundheit Berlin e.V.) mit der „Erstellung eines bundesweiten qualifizierten Überblicks über Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.“ (zit. n. Kilian; et al., 2003, S. 66) Mit diesem Projekt kommt die BZgA der Aufforderung nach einer kontinuierlichen Optimierung der Markt- und Angebotstransparenz nach. Zur Unterstützung des Projekts hat die BZgA einen beratenden Arbeitskreis „Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte“ eingerichtet. Dieser setzt sich aus nationalen und internationalen Wissenschaftlern, Praktikern, Vertretern von Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen und Vertretern aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Sozialarbeit zusammen. Es entstand eine im Internet recherchierbare

„lebendige Datenbank“, die die Adressen aller erfassten Projekte und Maßnahmen umfasst (ebd.). Zur Zeit sind 2700 Projekte in der Datenbank dokumentiert, wovon sich 500 Projekte (18,5 %) an Kinder im Alter von 1-5 Jahren richten (BZgA, et al., 2007a³⁴). Im Jahr 2003 verfolgten 1326 Projekte den Settingansatz, 698 Projekte engagierten sich im Wohnumfeld, 305 im Freizeitbereich, 252 am Arbeitsplatz und 439 im Setting Schule. Lediglich 192 Projekte engagierten sich im Setting Kindertagesstätte (Kilian; et al., 2003, S. 80). Neben der Datenbank bietet die Website www.datenbank-gesundheitsprojekte.de auch Informationen zu aktuellen Themen, Entwicklungen und Initiativen an und soll helfen, die „Transparenz im vielschichtigen Handlungsfeld der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen zu erhöhen und die Arbeit der Akteure miteinander zu vernetzen.“ (zit. n. BzG A, et al., 2007b³⁵)

Zum Aufbau von Arbeitskreisen wurden regionale Knoten in fast allen Bundesländern eingerichtet, deren zentrale Aufgabe die Vernetzung und Unterstützung der Akteure ist. Zur Verbesserung der Qualität der Angebote wurden sogenannte „Good Practice“-Kriterien entwickelt, die Maßstab für alle Projekte sein sollen. „Good Practices in der Gesundheitsförderung sind diejenigen Maßnahmen und Aktivitäten, die mit den Werten und Theorien der Gesundheitsförderung übereinstimmen, deren Wirksamkeit belegt sind und die geeignet sind, die Ziele der Gesundheitsförderung in einer gegebenen Situation zu erreichen.“ (zit. n. BzG A, et al., 2007d³⁶)

Darüber hinaus werden im Rahmen der Datenbank Impulse und Anregungen für die praktische Arbeit gegeben, um diese zu optimieren (Kilian; et al., 2003, S. 66). Die „lebendige Datenbank“ soll helfen, die Handlungsgrundlage zu verbessern. „Allen Multiplikatoren, die mit sozial Benachteiligten zusammenarbeiten, sowie allen politischen Entscheidungsträgern soll ein Transfer von Praxis-Know-how und wissenschaftlicher Erkenntnis über Erfolge und Misserfolge ermöglicht werden.“ (zit. n. Pott; et al., 2003, S. 58)

7.4. Gesunde Stadt

Ausgangspunkt für die Initiative „Gesunde Stadt“ war die Ottawa-Charta der WHO von 1986. Das „Gesunde Städte“-Projekt der WHO soll in erster Linie bewirken, dass

³⁴ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

³⁵ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=03ce1df846e8f039fa0869a84ce30e52&id=ueberdasprojekt>

³⁶ <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=3f14bfdd713cce712d2811ed3e6f57b7&id=Seite1667>

Gesundheit für kommunale Entscheidungsträger zu einem allgegenwärtigen Thema wird. Darüber hinaus soll es dazu beitragen, dass auf örtlicher Ebene eine starke Lobby für die öffentliche Gesundheit entsteht (Gesunde-Städte-Netzwerk, 2007b³⁷). Im Rahmen der „Gesunde Städte“- Bewegung der WHO wird eine „gesunde Stadt“ wie folgt definiert: „Eine gesunde Stadt ist eine Stadt, in der Gesundheit und Wohlergehen der Bürger im Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses stehen.“ (zit. n. ebd.) Städte sind für gesundheitsfördernde Maßnahmen optimal geeignet, da sie über eine gute Infrastruktur verfügen und ein großer Teil der Gesundheitskompetenz im Bereich der Kommunalverwaltung liegt (Danielzik, 2005, S. 200).

Um Gesundheitsförderung in Städten durchführen zu können, bedarf es einiger Grundvoraussetzungen: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung sowie Ernährung. Darüber hinaus sind ein stabiles Ökosystem sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit Voraussetzung. Sind diese grundlegenden Bedingungen erfüllt, können sich Stadt und Bürger auf Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einlassen und diese umzusetzen (Gesunde-Städte-Netzwerk, 1999³⁸).

Ein aktives und gesundheitsförderndes Handeln erfordert nicht nur, wie bereits zuvor beschrieben, die Durchführung von bevölkerungsweiten Kommunikationsmaßnahmen, die Entwicklung persönlicher Kompetenzen, die Sicherstellung der Markttransparenz, sondern auch die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebensbedingungen.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie die Gesellschaft diese Bedingungen organisiert, hat sich gewandelt. Eigentlich sollen die Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen Quelle der Gesundheit sein, jedoch führen sie heutzutage aufgrund der Veränderungen eher zu Krankheiten. Die Gesundheitsförderung versucht, diesem Trend entgegenzuwirken, indem sie sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen schafft (ebd.). Dafür ist es notwendig, dass die Stadtplanung in Zukunft auch den Gesichtspunkt Gesundheit berücksichtigt. Für die Gesundheit der Bürger ist es wichtig, Zonen für Erholung und körperliche Bewegung zu schaffen. Für Kinder sollten sichere Spielplätze und Spielmöglichkeiten entstehen. Das setzt voraus, dass

³⁷ <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/hcpwebge.pdf>

³⁸ http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa_charta.htm

die für die Städte und Kommunen zuständigen Politiker bei der Stadtplanung die Priorität nicht nur auf Sicherheit und Transit legen, sondern ebenso auf die Schaffung von gesundheitsfördernden Freiräumen (Müller, 2005b, S. 166).

Im Rahmen der Gesunde-Städte-Bewegung wurde das Deutsche Gesunde-Städte-Netzwerk gegründet. Das Netzwerk versteht sich in erster Linie als Aktions- und Lerninstrument, dessen Hauptaufgabe es ist, die Arbeit vor Ort im Sinne der Gesunde-Städte-Konzeption zu unterstützen. Über das Gesunde-Städte-Netzwerk werden in fachlicher als auch in fachpolitischer Hinsicht Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, des Sozialamtes, des Wohnungsamtes, des Umweltamtes und der Stadtentwicklungsplanung ebenso angesprochen wie Vertreter der Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen (Gesunde-Städte-Netzwerk³⁹).

Waren es vor einigen Jahren noch 10 Kommunen, die durch einen freiwilligen Zusammenschluss das Netzwerk bildeten, sind es heute schon 60 Kommunen. Alle Bundesländer, mit Ausnahme von Bremen, sind mit mindestens einer Kommune im Netzwerk vertreten (Gesunde-Städte-Netzwerk, 2007a⁴⁰).

7.5. Public Health Nutrition und Politik

Neben den Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen müssen zusätzlich die Rahmenbedingungen verbessert und die Lebenskompetenz der Menschen gestärkt werden. Dies ist hauptsächlich Aufgabe der Politik.

Das Hauptziel einer Gesundheitspolitik muss es sein, den Menschen die besten Chancen auf ein gesundes und aktives Leben zu ermöglichen. Die Zielerreichung wird durch die nicht gleichartig geregelte Aufgabenverteilung auf die Akteure im Gesundheitswesen gehemmt. Dadurch kommt es zu Programm- und Kompetenzüberschreitungen und einer enormen Vielfältigkeit der gesundheitspolitischen Akteure im deutschen Gesundheitssystem, deren koordiniertes Vorgehen häufig nicht gelingt. Zu den grundlegenden Akteuren zählen staatliche Institutionen, öffentlich-rechtliche Körperschaften und freie Träger (Mosebach; et al., 2004, S.343). Der Staat übernimmt vielfältige Funktionen im Gesundheitswesen. Das zentrale Steuerungsinstrument sind Gesetze und Verordnungen, die den Akteuren mittels Verboten und Geboten Rahmenbedingungen für ihre alltägliche Arbeit zuweisen. Zusätzlich verfügt der Staat über finanzielle Mittel sowie Medien der Information, mit

³⁹ <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>

⁴⁰ <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/Mitgliederliste05.htm>

denen er das Verhalten der Akteure und Nutzer beeinflussen kann. Alle drei Steuerungselemente sollten zukünftig effektiver und gezielter für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingesetzt werden (ebd., S. 344).

Die Regierungen übernehmen eine zentrale Rolle dabei, eine wirksame Gesundheitspolitik zu entwickeln und zu implementieren. Eine enge Zusammenarbeit der Politik mit dem privaten Sektor (z.B. Lebensmittelindustrie), den Gesundheitsberufen, den Verbraucherverbänden, Akademikern, Wissenschaftlern und anderen Organisationen ist dabei Voraussetzung. Gesundheitspolitik beruht auf funktionierenden Bündnissen und Partnerschaften (Müller, 2005b, 165f.).

Zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sind nicht nur die Krankenkassen durch den § 20 SGB V aufgerufen, auch die Politik muss ihren Beitrag leisten. Eine Poolfinanzierung sowohl durch die Krankenkassen als auch durch die Öffentliche Hand sollte Maßnahmen für diese Zielsetzung sichern. Jedoch stellt gerade die dauerhafte Finanzierung von Gesundheitsprojekten ein großes Problem dar (BZgA, 2002, S. 121).

Die Verminderung der sozialen Ungleichheit im Bereich der Gesundheit wird nur durch eine allgemein stärkere Thematisierung dieses Problems und eine gerechtere Verteilung von sozialen Ressourcen (z.B. Bildung) auf politischer und individueller Ebene möglich. Vor dem Hintergrund, dass ein schlechterer Zugang zu Bildung und Einkommen einen ungünstigen Einfluss auf die Gesundheit hat, ist die bessere Verteilung von sozialen Ressourcen enorm wichtig. Es muss ein Umdenken der verantwortlichen Politiker aber auch der Menschen in der Gesellschaft stattfinden (Müller; et al., 2005e, S. 153).

Wie bereits im Zusammenhang mit der „Sozialen Stadt“ erläutert, haben die Umwelteinflüsse eine zentrale Bedeutung bei der Aufrechterhaltung und Entwicklung eines gesunden Lebensstils. Neben der Schaffung von Anreizen in öffentlichen Räumen und deren Gestaltung sind auch gesetzgeberische Initiativen und Regularien wichtig, um einen gesunden Lebensraum zu entwickeln. Politiker sind gefragt, sich für die Schaffung von Räumen und Zonen in den Städten, die Erholung und körperliche Aktivitäten ermöglichen, einzusetzen. Zusätzlich sollte die Gesundheitspolitik die allgemeine Verfügbarkeit von gesunden (nährstoffdichten) Lebensmitteln unterstützen. Ein weiteres Handlungsfeld liegt darin, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Strategien durch eine fortlaufende Evaluation und Gesundheitsbericht-

erstattung zu begleiten, um die durchgeführten Projekte ggf. anpassen oder verbessern zu können (Müller, 2005b, S. 166).

Auch die Kindertagesstättenverpflegung ist Thema der Politik. Vor dem Hintergrund, dass die Bedingungen der Verpflegung in Schulen und KiTa's vergleichbar sind, können die folgenden Forderungen auch auf eine Kindertagesstättenverpflegung übertragen werden. Edda Müller, Vorsitzende der Verbraucherzentrale Bundesverband, fordert von der Politik in Bezug auf die Schulverpflegung mehr Engagement. Die Bundesländer müssen das Essen an den Schulen zu einem vorrangigen Thema machen und die Länder sollten die Schulträger verpflichten, Ernährungsvorschriften als Erziehungsauftrag aufzunehmen. "Gutes Essen und die Ernährungserziehung in der Schule sind der notwendige Kontrapunkt zum Werbemärchen von gesunden Süßigkeiten und zu familiären Ernährungsdefiziten."(zit. n. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007⁴¹)

Jedoch sind der Gesundheitspolitik auch Grenzen gesetzt, die präventive Strategien und Maßnahmen erschweren oder verhindern können. Eine Einschränkung des Marketings oder der Werbung stößt in Deutschland auf Widerstand und Gegenmaßnahmen der Industrie, die ihr kommerzielles Interesse gefährdet sieht. Hinzu kommt, dass solche Strategien und Maßnahmen den kulturell und politisch verankerten Grundrechten widersprechen (z.B. dem der freien Meinungsäußerung) (Müller, 2005d, S. 191f.). Ein weiteres Problem stellen die gegensätzlichen Ziele der Gesundheitspolitik auf der einen Seite und der Agrar- und Lebensmittelindustrie auf der anderen Seite dar. Der private Sektor sollte auf die Aktivitäten der Gesundheitspolitik im Bereich Gesundheit und Ernährungserziehung eingehen und in Bezug auf die Produktion von Lebensmitteln, deren Verpackung, die Logistik, das Marketing und andere Bereiche, die mit Lebensstil, Sport, Erholung und Gesundheit zu tun haben, Einfluss nehmen (Müller, 2005b, S. 166). Jedoch ist dieses einseitige Einlenken der Agrar- und Lebensmittelindustrie nicht zu erwarten, daher muss eine Zusammenarbeit der Politik mit der Industrie angestrebt werden, im Rahmen derer ein Kompromiss ausgearbeitet wird, der sowohl die Interessen der Industrie als auch die gesundheitlichen Bedürfnisse der Verbraucher berücksichtigt (Müller, 2005a, S.288f.). Neben dem Interesse der Industrie können auch das Interesse und die Gewohnheiten der Verbraucher der Politik ihre Grenzen aufzeigen. Verbraucher klammern sich an ihre Gewohnheiten, wie z.B. an das Angebot von preiswerten und

⁴¹ <http://www.ganztagsschulen.org/7030.php>

energiedichten Lebensmitteln sowie an die Erleichterungen und Bequemlichkeiten im Alltag, so dass eine Veränderung ihres gewohnten Lebensstils Widerstände hervorruft. Groß angelegte Initiativen zur Förderung der körperlichen Aktivität stießen auf kulturelle, individuelle und ökonomische Barrieren. Ziel muss es daher sein, gemeinsam mit allen Akteuren, Anreize und Möglichkeiten zu schaffen, die mit einem gesunden Lebensstil vereinbar sind (Müller, 2005d, S. 191f.).

Das Thema Übergewichtsprävention ist in gesundheitspolitischer Hinsicht derzeit sehr aktuell. Das Kabinett billigte ein gemeinsames Eckpunktepapier vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz sowie dem Bundesministerium für Gesundheit unter dem Titel „Gesunde Ernährung und mehr Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität“, das Maßnahmen gegen ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel beinhalten soll. Bis zum Frühjahr 2008 soll nach Verhandlungen mit den Ländern, Kommunen und Verbänden ein „Nationaler Aktionsplan“ entwickelt werden. Ziel ist es, bis 2020 das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verbessern, die Zunahme von Übergewicht bei Kindern zu stoppen und die Verbreitung von Übergewicht zu verringern. Folgende Teilziele werden angestrebt: Gesund Leben als gesellschaftlichen Wert verankern; die Vermittlung von Wissen über Ernährung und Bewegung möglichst früh beginnen und lebenslang fortsetzen; Strukturen schaffen, um einen gesunden Lebensstil zu ermöglichen. Die 5 Handlungsfelder „Vorbildfunktion der öffentlichen Hand“, „Bildung und Information über Ernährung, Bewegung und Gesundheit“, „Bewegung im Alltag“, „Qualitätsverbesserung bei der Verpflegung außer Haus“ und „Impulse für die Forschung“ sollen im Rahmen des Aktionsplans mit konkreten Maßnahmen und Aktionen ausgefüllt werden (BMG; BMELV, 2007⁴²). Es wurde erkannt, dass die Gruppe der sozial Benachteiligten bislang von Ernährungs- und Bewegungsaufklärungsmaßnahmen nicht erreicht wurde, daher sollen zielgruppenspezifische Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen entwickelt werden, die die Voraussetzungen und Bedürfnisse dieser Zielgruppe berücksichtigen (ebd.).

⁴² http://www.bmg.bund.de/cIn_040/nn_604742/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Gesundheitsvorsorge/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung.pdf

7.6. Sozialversicherungsbereich

Im Sozialversicherungsbereich sind vor allem die Krankenkassen in der Pflicht. Denn seit 2000 sind die Krankenkassen durch den § 20 Abs.1 SGB V verpflichtet, Leistungen zur Primärprävention einzuplanen, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.“ (zit. n. Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 5)

Wie sich in Kapitel 3 zeigte, bildet die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen ein Kontinuum entlang der gesellschaftlichen Hierarchie von unten nach oben. Die Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen sind weder qualitativ noch quantitativ ausreichend, um diese gesundheitliche Entwicklung aufzuhalten oder gar umzukehren (Rosenbrock, 2002, S. 43f.). Die Krankenkassen müssen ihr Engagement in der Primärprävention nach den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 2,74 € (2006) je Versicherten und Kalenderjahr geprägt sind, ausrichten (Spitzenverbände der Krankenkassen, 2006, S. 5).

Um die gesundheitliche Entwicklung zum Stillstand zu bringen oder sogar umzukehren, muss eine sektorübergreifende Politik, die sich der expliziten als auch der impliziten Gesundheitspolitik zuwendet, realisiert werden. Aufgrund der begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen wird die implizite Gesundheitspolitik (Arbeitsmarkt, Bildung, Wohnung etc.) aus dem Interventionsspektrum weitestgehend ausgeklammert. Im Bereich der expliziten Gesundheitspolitik sind die Kassen hingegen sehr aktiv, hier führen sie individuelle Maßnahmen (z.B. Kurse und verhaltensorientierte Gruppenberatungen) sowie Projekte in Settings durch (Rosenbrock, 2002, S. 43f.). Der Autor Rosenbrock sieht die Rolle der Krankenkassen in Bezug auf die Prävention wie folgt: „Die Kassen sind also nur ein Spieler im möglichen Ensemble der Streiter für mehr Prävention und mehr gesundheitliche Chancengleichheit. Die Umsetzung des „kleinen“ § 20 SGB V kann hier nur erste, angesichts der Größe und Dynamik des Problems symbolische, aber möglicherweise richtungsweisende Beiträge leisten.“(zit. n. ebd., S. 43)

Ein weiteres Problem in Bezug auf die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen zeigt sich in einer im Jahr 2001 in Niedersachsen durchgeführten Untersuchung zur Umsetzung des § 20 SGB V im Sozial- und Jugendhilfebereich. Zu diesem Zeitpunkt

haben die gesetzlichen Krankenkassen keine Aktivitäten bezüglich der Neuausrichtung des § 20 SGB V gezeigt. Die Analyse macht deutlich, dass nur wenigen befragten Einrichtungen bekannt ist, dass Krankenkassen präventive und gesundheitsfördernde Angebote im Rahmen des § 20 SGB V mit finanziellen Mitteln unterstützen können. Der Großteil der Anbieter wird nicht finanziell unterstützt und hat auch nur ein geringes Wissen über die Möglichkeiten der Primärprävention. Vielleicht resultiert daraus das geringe Interesse des Sozialsektors ein größeres Engagement von den Kassen einzufordern. An neuen Projektideen und Strategien fehlt es nicht, oft scheitert es jedoch an der hohen Hürde der Antragstellung. Weitere Informations- und Aufklärungsarbeit wird an dieser Stelle eingefordert (Richter; et al., 2002, S. 126-130).

7.7. Armutsprävention

Die Zusammenhänge von sozialer Ungleichheit und ungleichen Gesundheitschancen sind erwiesen. Um diese ungleichen Gesundheitschancen abzubauen, bedarf es, wie bereits dargestellt, u.a. der Vernetzung und Zusammenarbeit benachbarter Sektoren. Darüber hinaus sollten sie in ein Konzept kindbezogener Armutsprävention integriert werden. Die Gesundheitsförderung spielt auch hier eine bedeutende Rolle.

Das Projekt „Mo.Ki - Monheim für Kinder“ kombiniert die Armutsprävention mit dem Abbau von ungleichen Gesundheitschancen. Hauptziel dieses Projektes ist die Prävention von Armut verknüpft mit der Entwicklung von Angeboten zur Vermeidung von Armutsfolgen bei Kindern ab frühester Kindheit (Holz; et al., 2005a, S. 7). Das seit Oktober 2002 laufende Projekt möchte durch die kontinuierliche Bereitstellung von Unterstützungs- und Beratungsangeboten für Eltern und Kinder eine verlässliche und präventiv ausgerichtete Struktur zur Vermeidung von Kinderarmut in der Stadt Mohnheim sicherstellen (ebd., S.7). Die alleinige Fokussierung der Kommunen auf die Armutsbewältigung sollte zukünftig vermieden werden. Zielführender scheint es, in eine infrastrukturelle (Früh-) Förderung von Kindern und ihren Familien zu investieren, um damit durch die Implementierung eines armutspräventiven Kinder- und Jugendhilfesystems eine langfristige strukturelle Veränderung zu erzielen (ebd., S. 87). Im Fokus der Projektdurchführung standen die zwei Handlungsfelder: „Aufbau einer Präventionskette für Kinder“ und die „systematische Entwicklung eines

breit angelegten Trägernetzwerkes“. Als optimaler Ort für Maßnahmen zur Armutsprävention wurde die KiTa erkannt (ebd., S. 7). Im Rahmen des Projektes wurde ein Bausteinsystem ausgearbeitet, das Aktivitäten für Kinder, Eltern, Fachkräfte sowie den Sozialraum umfasst. Die präventiven Bausteine für Kinder und Eltern sind hauptsächlich in den eingebundenen KiTa's installiert oder werden durch sie realisiert. Die Präventionskette umfasst u.a. folgende Bausteine:

Für Kinder: Baustein „Sprach-, Bewegungs-, Gesundheitsförderung“

Für Eltern bzw. Familien: Baustein „Familienberatung und Familienbildung“, Baustein „Frühe Chancen für Familien fördern“, Baustein „Elternberatung und Elterninformation“, Baustein „Familie und Nachbarschaft – FuN“;

Für Fachkräfte: Baustein „Leistungsrunde des KiTa-Kooperationskreises“, Baustein „Das internationale Mo.Ki-Kochbuch“, Baustein „Erzieher/-innen-Fortbildung zur ‚Gesprächsführung bei Elterngesprächen‘“;

Für den Sozialraum: Baustein „Kommunale Kinder- und Jugendhilfeplanung“, Baustein „Interkulturelle Öffnung des Stadtteilmanagements“ (ebd., S. 63-83).

KiTa's bilden den Ausgangs- und Knotenpunkt für alle Aktivitäten im Rahmen des Projektes (ebd., S. 85). Im Setting KiTa ist eine frühe Förderung der Kinder und eine gleichzeitige Unterstützung der Eltern optimal möglich (ebd., S. 7). Sie ist die erste Sozialisationsinstitution außerhalb der Familie und sollte daher mindestens Ausgangspunkt einer Armutspräventionskette sein (ebd., S. VI). Besonders hervorzuheben ist der im Rahmen des Projektes gebildete Kooperationskreis von KiTa-Leitern, aus dem einige Initiativen für Kinder, Eltern und Erzieher hervorgingen (ebd., S. 10). Neben den Maßnahmen und Aktionen im Setting KiTa betonen die Autoren Holz et al.: „Weiterhin muss (Armuts-)Prävention bei Kindern und Jugendlichen als gleichwertiger Teil kommunaler Stadtentwicklung zum Wohle aller Bürger/-innen verstanden werden.“ (zit. n. ebd., S. VI) Um dies zu erreichen, nahm das Modellprojekt innerhalb des Leitbildes und Zielkonzeptes der Kommune einen zentralen Baustein für eine nachhaltige Familien-, Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik ein (ebd., S.VI). Das Projekt Mo.Ki umfasst aktuell ca. 50 lokale und regionale Institutionen, zukünftig werden weitere Kooperationen angestrebt (ebd., S. 88).

Die Prävention von Übergewicht wird im Rahmen des Projektes nicht explizit angestrebt. Dennoch können viele Aktivitäten auf Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern übertragen werden. Die alleinige

Fokussierung auf die Verbesserung des Ernährungsverhaltens, der Stressbewältigung sowie der Steigerung der Bewegung ist im Rahmen einer Übergewichtspräventionsmaßnahme für sozial benachteiligte Kinder nicht ausreichend. Das Sichtfeld muss erweitert werden.

8. Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit sollten effektive Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern vorgestellt werden. Zu Beginn wurde das Ausmaß der (Einkommens-)Armut und die Voraussetzungen der Zielgruppe der sozial Benachteiligten vorgestellt. Dabei stellte sich heraus, dass „je jünger ein Kind ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für dieses Kind, in einem Armutshaushalt aufzuwachsen“. Als Ursache hierfür wurden die neuen Risikogruppen und –faktoren (z.B. alleinerziehende Mütter, Arbeitslosigkeit, Migrationshintergrund) erkannt, die sich aus dem gesellschaftlichen Wandel ergeben. Bei der anschließenden Betrachtung der Folgen von Armut und sozioökonomischen Deprivationen auf die soziale und intellektuelle Entwicklung von Kindern zeigte sich, dass die Studien (AWO, 2000; Walper, 1999; Richter, 2000; Chassé; et al., 2003) zu vergleichbaren Ergebnissen kommen, jedoch konnten keine allgemeingültigen Erklärungsansätze oder Bedingungsbeziehungen bezüglich der Auswirkungen von Armut und sozialer Benachteiligung auf die Lebenslagen der Kinder abgeleitet werden, da die Studien ein zu niedriges Evidenzniveau aufwiesen. Dennoch ging das Wissen über die Folgen von Armut in die im späteren Verlauf der Arbeit durchgeführte Identifikation von Kriterien für effektive Präventionsprogramme mit ein.

Hieran anschließend wurden die Auswirkungen von Armut und sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit untersucht. Insgesamt ließ sich festhalten, dass Personen mit einem geringeren sozioökonomischen Status eine deutlich höhere Mortalität und Morbidität aufweisen. Kinder aus sozial benachteiligten Haushalten zeigen nicht nur ein ungesünderes Ernährungsverhalten, das durch einen hohen Verzehr von fett- und zuckerreichen Lebensmitteln und einen geringen Verzehr von nährstoffdichten Lebensmitteln gekennzeichnet ist, sondern sie bewegen sich auch 2- bis 3-mal weniger als ihre sozial bessergestellten Altersgenossen. Dieses ungünstige Gesundheitsverhalten kann die starke Übergewichtsbetroffenheit der sozial benachteiligten Kinder erklären. Daraus folgt, dass der sozioökonomische Status einen hohen Einfluss auf die Prävalenz von Übergewicht hat. Ebenso wurde sichtbar, dass Kinder

aus sozial schwachen Familien eine deutliche psychosoziale Morbidität aufweisen. Insgesamt bleibt zu bemerken, dass noch nicht eindeutig geklärt ist, welche langfristigen Auswirkungen die Armut auf die Gesundheitsbiographie der Kinder hat. Dies lässt sich möglicherweise dadurch erklären, dass die recherchierten Studien relativ neuen Datums sind, was verdeutlicht, dass in Deutschland erst seit wenigen Jahren die Gruppe der sozial Benachteiligten explizit untersucht wird.

Dies zeigt sich auch in den Ergebnissen der anschließend durchgeführten Literaturrecherche. Mittels der Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Literatur sollte geklärt werden, welche Maßnahmen existieren, die speziell auf die Zielgruppe der sozial benachteiligten Vorschulkinder ausgerichtet sind und welche Dokumentationen und Evaluationsergebnisse vorliegen. Dabei wurde festgestellt, dass es in Deutschland ein großes Defizit an Studien zu diesem Thema gibt, obwohl der Prävention die größten Chancen bei der Bekämpfung des Übergewichts zugesprochen werden. International konnten einige Studien recherchiert werden, jedoch wiesen diese oftmals Defizite wegen schlechter Qualität der erhobenen Daten auf. Darüber hinaus lässt sich zum einen festhalten, dass die Studienergebnisse lediglich geringe Effekte auf die untersuchten Parameter zeigen, zum anderen ist die Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse fraglich. Es bleibt die Frage offen, ob bisherige Interventionen im Setting Kindergarten erfolgversprechende Maßnahmen darstellen. Hinzu kommt, dass in Deutschland derzeit noch wenige Präventionsmaßnahmen recherchiert werden können, die einen Setting-Bezug bzw. einen sozialräumlich orientierten Bezug zeigen. Die durchgeführten Programme sind sehr stark wissensorientiert und individuell ausgerichtet. Bei der Recherche deutschsprachiger Interventionen wurde offenbar, dass in Deutschland derzeit keine Interventionen existieren, die explizit auf die Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern ausgelegt sind. Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass bisher wenig evidenzbasiertes Wissen über Kriterien effektiver Präventionsprojekte bei sozial benachteiligten Kindern existiert. Das Fehlen von Evaluationsberichten zeigt, dass die wissenschaftliche Begleitforschung der Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern mangelhaft ist. Zusätzlich kristallisierte sich heraus, dass die Validität und Generalisierbarkeit der recherchierten Studien sowie deren unterschiedliche Interventionsansätze einen Vergleich kaum möglich macht. Diese Voraussetzungen machen es schwierig, allgemein-

gültige und zuverlässige Kriterien für effektive Programme zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern zu bestimmen.

Dennoch konnten anhand der Studienergebnisse plausible und fachlich gut begründete Kriterien zusammengetragen werden. Diese Kriterien sollten bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern berücksichtigt werden, um einen Zugang zu dieser Zielgruppe zu bekommen und um eine effektive Maßnahme umsetzen zu können. Obwohl die Kriterien als zielführend erkannt wurden, gibt es noch keine Ergebnisse über die praktische Durchführung dieser Kriterien und somit keinen Nachweis für ihre Effektivität.

Anschließend an die Bestimmung der Kriterien wurde betrachtet, ob sich die KiTa als Setting für eine Übergewichtspräventionsmaßnahme eignet und ob die zuvor definierten Kriterien im Rahmen dieser Maßnahme in der KiTa umsetzbar sind. Es stellte sich heraus, dass nicht nur die Umsetzung der zuvor definierten Kriterien im Setting KiTa gut möglich ist, sondern dass auch eine gesundheitsfördernde Verpflegung, unter Berücksichtigung einiger Anforderungen für eine Kindertagesstättenverpflegung, realisierbar ist. Bezüglich der Finanzierung der KiTa-Verpflegung stellt das zuvor beschriebene staatlich unterstützte Verpflegungskonzept aus den USA ein gutes System dar, um sozial benachteiligten Kindern eine gesundheitsfördernde Verpflegung anbieten zu können und im zweiten Schritt die Prävention von Übergewicht zu fördern. Inwieweit dieses Programmkonzept an deutschen KiTa's umsetzbar ist, muss auf der politischen Ebene in Kooperation mit den KiTa's geprüft werden. Angesichts der positiven Aspekte des Settings KiTa ist es umso überraschender, dass im Setting KiTa verglichen mit Schulen oder Betrieben noch wenig Interventionen durchgeführt werden.

Nichtsdestotrotz gibt es auch Argumente, die gegen den Setting-Ansatz und damit der KiTa als Interventionsort sprechen. Die Kinder bringen unterschiedliche Voraussetzungen bezüglich ihrer Lebenslagen und erlernten Verhaltensweisen mit. Maßnahmen für den großen Bereich des gesamten Settings sind möglicherweise nicht differenziert genug, um auf die Bedürfnisse der einzelnen Kinder eingehen zu können, wodurch einige Kinder, die besonders Hilfe benötigen, eventuell nicht erreicht werden.

Zur Zeit scheint eine interdisziplinäre, familienbasierte Maßnahme, deren Hauptaspekte die Schulung einer gesunden Ernährung, die Bewegungssteigerung sowie

die psychologische Unterstützung sind, die meisten Erfolgsaussichten zu haben. Bei der Spezialisierung dieser Maßnahmen auf die Gruppe der sozial benachteiligten Vorschulkinder muss das Einbeziehen von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen sowie weiterer Kooperationspartner berücksichtigt werden. Es stellte sich heraus, dass die Veränderung der Verhaltensweisen wohl nur durch eine langfristig angelegte Intervention zu erreichen ist. Des Weiteren wurde deutlich, dass die Elterneinbindung bei sozial benachteiligten Familien oftmals schwierig ist. Da die Elterneinbindung jedoch gerade bei kleineren Kindern sehr wichtig ist, sollte zukünftig verstärkt versucht werden, die Barrieren, die die Passivität der Eltern verursachen, abzubauen. Schließlich müssen die durchgeführten Maßnahmen evaluiert werden, um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen. Jedoch könnten sich möglicherweise methodische Probleme bei der Evaluation der niedrighschwelligen Interventionen ergeben, weil diese nur schwer standardisiert durchführbar sind, da das Interventionskonzept mit der jeweiligen Zielgruppe variiert. Zumal sich niedrighschwellige Programme nach den Interessen, Bedürfnissen und Vorkenntnissen der Zielgruppe orientieren.

Die Arbeit endet mit einer Vorstellung von Maßnahmen, die die sozialen, ökologischen, wirtschaftlichen und politischen Zusammenhänge, welche einen Einfluß auf den Lebensstil und die Lebensumstände bestimmter Bevölkerungsgruppen haben und dadurch die Entstehung von Übergewicht fördern können, positiv beeinflussen sollen.

Strategien der bevölkerungsweiten Gesundheitskommunikation sind lange bekannt und werden häufig eingesetzt. Allerdings konnte auch hier ein Defizit bei der Ausrichtung der Kampagnen speziell auf die Gruppe der sozial Benachteiligten festgestellt werden. Dabei könnten diese Kampagnen mit einer zielgruppenspezifischen Strategie einen guten Beitrag zur Verbreitung von gesundheitsfördernden Messages, mit denen auch sozial benachteiligte Menschen erreicht werden können, beitragen. Die Differenzierung auf kleinere Gruppen oder Personen ist hier jedoch nicht möglich.

Wie bereits zuvor dargestellt, ist die Gruppe der sozial Benachteiligten erst seit einigen Jahren Gegenstand der deutschen Forschung. Auch die systematische Erfassung der gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekte startete erst vor wenigen Jahren mit der öffentlich zugänglichen Internetplattform der BZgA. Auf der einen Seite leistet sie einen guten Beitrag zur Markttransparenz, jedoch ist auf der

anderen Seite nicht bekannt, inwieweit die Maßnahmen und Projekte wirklich die Gruppe der sozial Benachteiligten erreichen können. Es fehlen Evaluationsberichte. Das Projekte „Gesunde Stadt“ sowie das „Gesunde-Städte-Netzwerk“ sind wichtige verhältnispräventive Maßnahmen, denn ohne eine gesundheitsfördernde Lebensumwelt ist ein gesundheitsförderndes Verhalten für sozial Benachteiligte kaum umsetzbar. Allerdings stellt die explizite Integration von Kommunalpolitik und Gesundheitsförderung –wie sie im Gesunde-Städte-Netzwerk angestrebt wird– offenbar noch eine Ausnahme dar.

Auch die Politik muss bei der Prävention von Übergewicht bei sozial Benachteiligten in die Verantwortung gezogen werden. Im Speziellen muss die Politik versuchen, die Entwicklung und Implementierung einer wirksamen Gesundheitspolitik mit all ihr zur Verfügung stehenden Mitteln umzusetzen. Jedoch zeigt sich gerade in der heutigen politischen Diskussion zum Nationalen Aktionsplan „Gesunde Ernährung und mehr Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität“, dass der Politik Barrieren im Weg stehen, die sie nur schwer abbauen kann. Derzeit steht die Forderung nach einer Kennzeichnung der Lebensmittel in den Ampelfarben rot, gelb und grün, je nach Fett- und Zucker- und Salzgehalt, im Raum. Die deutsche Ernährungsindustrie reagierte jedoch sofort und warnte vor einer gesetzlichen Kennzeichnungspflicht. Dies zeigt erneut die dringende Notwendigkeit zur Zusammenarbeit von Politik und Industrie, aus der Kompromisse für Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht angestoßen bzw. festgelegt werden müssen.

Neben der Politik spielt der Sozialversicherungsbereich bei der Entwicklung und Finanzierung von konkreten Maßnahmen eine wichtige Rolle. Allerdings bestehen bei den Krankenkassen oft Wissensdefizite in Bezug auf die Zusammenhänge von Armut und Gesundheit, die Lebenslagen und Bedürfnisse der sozial Benachteiligten sowie die möglichen Kooperationspartner. Das fehlende Wissen über mögliche Kooperationspartner kann erklären, warum das Gesundheitssystem derzeit noch ein sehr geschlossenes System ist und nur wenige Kooperationsaktivitäten zu anderen Bereichen, z.B. dem Sozialsektor, zeigt. Es muss bemerkt werden, dass der Sozialversicherungsbereich nur einen kleinen Beitrag zur Lösung des weitreichenden Problems der steigenden Prävalenz von Übergewicht leisten kann. Dennoch können sie neben finanziellen Mitteln auch das vorhandene Fachwissen und die Erfahrung ihrer Mitarbeiter stärker in die Entwicklung von effektiven Maßnahmen einbringen.

Zum Schluss wurde noch einmal auf die Armutsprävention eingegangen, denn es erscheint sinnvoll, die ungleichen Gesundheitschancen in ein Konzept kindbezogener Armutsprävention zu integrieren. Es kristallisierte sich heraus, dass Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht als auch zur Prävention von Armut in der KiTa durchgeführt werden können. Dies ist eine optimale Voraussetzung, um beide Präventionsansätze miteinander zu verknüpfen. Das Projekt Mo.Ki beinhaltet viele Aktivitäten, besonders im Bereich der Elternarbeit und Fortbildung der Fachleute, die auch in Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht impliziert werden sollten.

9. Fazit

Die Diskussion zeigt, dass die größten Chancen zur Bekämpfung von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern den ganzheitlich angelegten Präventionsmaßnahmen zugesprochen werden, die einen Setting-Ansatz aufweisen und die die unterschiedlichen Lebensbedingungen sowie das soziale Umfeld der sozial benachteiligten Kinder berücksichtigen. Ferner sollten die Inhalte und Materialien nach dem physischen und kognitiven Entwicklungsstand der Kinder aufbereitet sowie stark verhaltensbezogen sein.

Die in dieser Arbeit aufgezeigten Kriterien wurden noch in keinem Programm zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern praktisch umgesetzt, daher müssen diese Kriterien zukünftig mittels qualitativ hochwertiger Studien evaluiert und anschließend ggf. angepasst oder ergänzt werden. Sie sollten in einem Kriterienkatalog zusammengefasst werden, der zur Entwicklung und Bewertung von nachhaltigen und sozialspezifischen Interventionen genutzt werden kann. Jedoch hat die Diskussion gezeigt, dass Kriterien für effektive niedrigschwellige Maßnahmen nur schwer zu standardisieren sind, da das Interventionskonzept mit der jeweiligen Zielgruppe variiert. Dies hat zur Folge, dass künftig jede neu entwickelte niedrigschwellige Intervention zwar die Kriterien als Basis haben muß, allerdings sollte darüber hinaus eine individuelle Ausrichtung und spezifische Anpassung der Kriterien auf die Gegebenheiten des jeweiligen Interventionsortes vorgenommen werden. Mit dem Resultat, dass vor der Implementierung einer Intervention zur Prävention von Übergewicht eine Analyse des Ist-Zustandes stehen muss.

Gegenstand der Analyse sollten die Aspekte, Voraussetzungen der Zielgruppe, Gegebenheiten vor Ort und mögliche Kooperationspartner sein. Gerade vielfältige Kooperationen und Vernetzungsaktivitäten mit anderen Akteuren unterschiedlicher

Sektoren (z.B. dem Ernährungs-, Sozial- oder Gesundheitssektor) sind bei Maßnahmen für sozial Benachteiligte von großer Bedeutung. Künftig sind daher mehr Aktivitäten in diesem Bereich erforderlich, um die Zielgruppe der sozial Benachteiligten erreichen zu können und um nachhaltige und sozialspezifische verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht umsetzen zu können. Angesichts der sich überschneidenden Aktivitäten im Rahmen eines armutspräventiven Ansatzes und eines übergewichtspräventiven Ansatzes bei sozial Benachteiligten wäre eine Vernetzung dieser beiden Bereiche wünschenswert, auch um sich mit spezifischem Fachwissen zu unterstützen.

Vor dem Hintergrund des einerseits oftmals fehlenden Engagements der Eltern im Rahmen der angebotenen Präventionsmaßnahmen und dem andererseits ungünstigen Gesundheitsverhalten der Familien, sollte den Kindern zumindest im Setting KiTa eine gesundheitsfördernde Umwelt angeboten werden, die durch ein bewegungsfreundliches Umfeld und eine ernährungsphysiologisch wertvolle Verpflegung gekennzeichnet ist. In Bezug auf die Verpflegung in den KiTa's ist zu fordern, dass ein Kriterienkatalog für eine ernährungsphysiologisch wertvolle Verpflegung entwickelt werden muss, der für den Anbieter der Verpflegung obligatorisch sein sollte. Wünschenswert wäre eine staatliche Unterstützung bei der Finanzierung der Verpflegung in den KiTa's, damit eine Reduzierung des Essenpreises für Kinder aus Familien mit geringerem Einkommen möglich ist, ohne dass die Qualität der Mahlzeiten sinkt.

Die Politik sollte jedoch nicht nur in finanzieller Hinsicht zur Verantwortung gezogen werden, auch die Entwicklung von Gesetzen und Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Umwelt sowie die Implementierung von gesundheitsfördernden Kampagnen in Kooperation mit anderen Sektoren muss zukünftig Aufgabe der Politik sein. Derzeit zeichnet sich mit der Entwicklung einer Ernährungs- und Bewegungsaufklärungskampagne, die speziell die Bedürfnisse und Lebenslagen der sozial Benachteiligten berücksichtigen soll, eine Tendenz in die richtige Richtung ab. Programme zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kinder sollten zukünftig stärker verhältnisorientierte Maßnahmen miteinbeziehen. Vor der Entwicklung und Implementierung dieser Maßnahmen sollte die Analyse des Ist-Zustandes stärker verfolgt werden. Demnach muss u.a. der Sozialversicherungsbereich seine Informationsdefizite im Hinblick auf die Zusammenhänge von Armut und Gesundheit, die Bedürfnissen und Lebenslagen der Zielgruppe sowie mögliche

Kooperationspartner abbauen. Auch im Bereich der Stadtentwicklung sollte ein Umdenken stattfinden, weg von der alleinigen Fokussierung auf Transit und Sicherheit, hin zu der vermehrten Berücksichtigung von gesundheitsfördernden Aspekte bei der Stadtplanung, gerade in sozialen Brennpunkten.

Schließlich müssen zukünftig alle Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Vorschulkindern evaluiert und systematisch erfasst werden, damit eine kontinuierliche Optimierung der Qualität sowie der Markt- und Angebots-
transparenz möglich ist.

10. Zusammenfassung

Die neue, von der WHO ausgerufene globale Epidemie der Adipositas entwickelt sich in Deutschland angesichts der damit verbundenen psychischen und physischen Folgeerkrankungen und den immensen Kosten für das Gesundheitssystem zu einem großen gesundheitspolitischen Problem. Insbesondere die stark ansteigenden Prävalenzraten zum kindlichen Übergewicht, besonders bei Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen, hat einen Handlungsdruck dahingehend bewirkt, dass das lange vernachlässigte Problem der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheit in der Bevölkerung nun konkret angegangen werden muss, um somit die steigende Prävalenz des Übergewichts bei sozial benachteiligten Kindern mit effektiven Maßnahmen angehen zu können. Um konkrete Lösungsmöglichkeiten entwickeln zu können, ist es notwendig, Wissen darüber zu erlangen, welche Eigenschaften und Voraussetzungen die Gruppe der sozial benachteiligten Kinder und ihre Eltern mitbringen.

Des Weiteren muss geklärt werden, welche Kriterien bei der Entwicklung und Durchführung von effektiven Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht für die Zielgruppe der sozial benachteiligten Vorschulkinder obligatorisch sein müssen. Zur Beantwortung dieser Frage soll das verstreute Wissen über Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht für sozial benachteiligte Kinder gebündelt werden, indem eine Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Literatur durchgeführt wird. Hierfür werden Datenbank- und Internetrecherchen durchgeführt, themenbezogene Originalarbeiten analysiert und geordnet.

Die Recherche der Literatur zeigt, dass trotz einer Vielzahl publizierter Untersuchungen zur Prävention von Übergewicht sehr wenige internationale Studien und Arbeiten zu finden sind, die speziell die Gruppe der sozial Benachteiligten zum Thema haben. Verbunden mit der fehlenden zielgruppenspezifischen Ausrichtung der Interventionen auf sozial Benachteiligte, muss festgestellt werden, dass bislang wenig evidenzbasiertes Wissen über aussichtsreiche Interventionsstrategien besteht. Hinzukommt, dass in Deutschland repräsentative Studien fehlen und die Übertragung von internationalen Studienergebnissen auf deutsche Verhältnisse nur begrenzt möglich ist. Überdies wird deutlich, dass in Deutschland eine sehr große Unsicherheit hinsichtlich der Effektivität und Effizienz der diversen existierenden Interventionsansätze besteht. Die Recherche nach deutschsprachigen Präventionsprogrammen für sozial benachteiligte Vorschulkinder zeigt, dass die aus der

zugrundegelegten Datenbank ermittelten Maßnahmen die Themen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung berücksichtigen, jedoch hat keine Maßnahme die Prävention von Übergewicht als Hauptziel.

Auf der Basis der aus den recherchierten Studien ermittelten theoretischen Ergebnissen werden Kriterien für effektive Präventionsmaßnahmen zusammengestellt. Folgende Kriterien werden als notwendig erachtet und genauer definiert: Zugangsschwelle, Setting, Programminhalte, Dauer, Intensität und Nachhaltigkeit, Kosten, Partizipation, Empowerment, Kooperationspartner, Qualitätssicherung und Evaluation. Unter Berücksichtigung der notwendigen Kriterien werden präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen identifiziert.

Es zeigt sich, dass Kindertagesstätten ein geeignetes Setting für präventive Maßnahmen bei sozial benachteiligten Kindern darstellen. Aufgrund der Tatsache, dass die Verbesserung und Förderung des gesundheitsfördernden Wissens und Verhaltens bei sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien oftmals nur begrenzt möglich ist, wird vorgeschlagen, den Kindern in den Kindertagesstätten eine gesundheitsfördernde Verpflegung anzubieten. Des Weiteren wird die Einbindung von Ernährungserziehung und Bewegungsförderung in den Kindertagesstättenalltag betrachtet. Bezüglich der Elterneinbindung wird deutlich, dass viele Barrieren existieren, die eine aktive Teilnahme der Eltern verhindern. Sie müssen daher durch gezielte Maßnahmen abgebaut werden, um eine erfolgreiche Präventionsmaßnahme auch in Zusammenarbeit mit den Eltern durchführen zu können. Die Interventionen in den Kindertagesstätten sind zur Prävention von Übergewicht bei sozial benachteiligten Kindern jedoch nicht ausreichend. Sie belegen allerdings die Notwendigkeit der in Deutschland bisher vernachlässigten Verknüpfung der Sektoren Gesundheit, Soziales und Bildung.

Es müssen weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen diskutiert werden, die zusätzliche Unterstützung bei der Prävention von Übergewicht für sozial benachteiligte Kinder leisten können. Hier sind z.B. gezielte politische Maßnahmen, die Entwicklung von Markt- und Angebotstransparenz, gezielte Kooperationsaktivitäten sowie die Entwicklung und Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung sowie Stadtentwicklung zu nennen.

11. Abstract

Obesity, proclaimed to be the new global epidemic by the WHO, is developing to a big problem in Germany health politic in view of the psychological and physical follow-up diseases and the immense costs for the health system linked hereto. The strongly increasing number of prevalence rates for children with overweight and particularly of those arising from socially deprived conditions exerts pressure in such a way that this long neglected problem of the population's health imbalance must now be tackled in order to work on the increasing prevalence of overweight of socially deprived children with effective measures. It is necessary to gather knowledge on which characteristics and conditions this group of socially deprived children and their parents bring along in order to establish precise solutions.

Furthermore, the question about obligatory criteria for the development and realization of overweight prevention measures for the target group of socially deprived preschool children must be settled. To answer this question, the scattered knowledge about overweight prevention measures for socially deprived children should be gathered by making an inventory of international and national literature. In this context, database and Internet research is done. Subject related original documents are analyzed and classified.

Literature research shows that despite a huge number of published investigations about overweight prevention, there are only few international studies and papers which specifically aim at socially deprived. In addition to interventions failing to aim at specific target groups such as socially deprived people, it must be pointed out that there is no evidence-based knowledge about promising intervention strategies in Germany.

In addition, there are no representative studies in Germany and the transference of international research results to German conditions is limited. Moreover it becomes clear that attitudes towards effectiveness and efficiency of the various existing intervention attempts are far from being unambiguous. An investigation for German prevention programs for socially deprived preschool children shows that the measures determined in the underlying database relate to subjects as Nutrition, Physical Activity and Stress Management, but none of these are targeted at the prevention of overweight as primary objective.

Based on the theoretical results of the research studies, criteria for effective prevention measures have been compiled. The following criteria are considered important and will be defined in detail: entering threshold, setting, program contents, duration, intensity and sustainability, costs, participation, empowerment, cooperation partner, quality assurance and evaluation. Preventive and health-supporting measures are identified taking into account these essential criteria.

It has been found out that day-care centers show a suitable setting for preventive measures for socially deprived children. Due to the fact that an improvement and an advancement of health promoting knowledge and behavior in socially deprived children and their families is possible only within limits, it is suggested to offer health promoting catering to children of day-care centers. Furthermore, the integration of nutritional education and the promotion of sports into the daily curriculum of day-care centers are being considered. As for the integration of parents, it becomes clear that there are a lot of barriers which prevent parents to take an active part. These barriers must be abolished by pointed measures in order to make the prevention measures successful also in terms of parental cooperation.

The measures taken in day-care centers are not sufficient for the prevention of overweight of socially deprived children. However, they document the need to link the sectors of health, social and educational issues, so far neglected in Germany.

It is necessary to discuss further health-promoting measures that allow additional support in the prevention of overweight in socially deprived children. These include specific political measures, the promotion of market and transparency of offered programs, distinct cooperation activities as well as the development and exertion of health-promoting measures within the range of health insurances and the urban development.

12. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sozialhilfequote verschiedener Altersgruppen 1986 bis 2004 (nur Deutsche)	10
Abb. 2: Modell der Verknüpfung von Armut und Krankheit	16
Abb. 3: Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität, Jungen	21
Abb. 4: Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede in der körperlich-sportlichen Aktivität, Mädchen	21
Abb. 5: Häufigkeit von Adipositas nach Sozialstatus	22

13. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ernährung der Kinder und Jugendlichen nach sozialer Ungleichheit ..	17
Tab. 2: Kosten einer Vollwert-Ernährung	19
Tab. 3: Das doppelte KaLoMaDi	50
Tab. 4: Wettspiel für draußen	52
Tab. 5: Backe, backe Kuchen	54

14. Literaturverzeichnis

Abel, M.; et al.: Städte und Gesundheit. Projekte zur Chancengleichheit, Lage (Verlag Hans Jacobs), 2002

aid a: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (BMI), Mädchen, http://www.aid.de/downloads/bmi_perzentil_w.pdf, Stand 03.06.2007

aid b: Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (BMI), Jungen, http://www.aid.de/downloads/bmi_perzenti_m.pdf, Stand 03.06.2007

aid infodienst, Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V. (Hrsg.): optimiX. Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen, 2. Überarbeitete Auflage, Bonn (aid Eigenverlag), 2002

Altgeld, T.; Leykamm, B.: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte muss sektorübergreifend angelegt sein – Vernetzungsaktivitäten auf Länderebene zwischen dem Gesundheits-, Sozial- und Jugendhilfesektor, in: BzGA (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte, Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22, Köln (BZGA), 2003

Andreß, H.-J.; Lipsmeier, G.: Kosten von Kindern - Auswirkungen auf die Einkommensposition und den Lebensstandard der betroffenen Haushalte, in: Klocke, A.; Hurrelmann, K.: Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen, 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden (Westdeutscher Verlag), 2001

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (AWO): Gute Kindheit - schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen, Bonn (Eigenverlag), 2000

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA): Leitlinien, Ulm, München, 2006, <http://www.a-g-a.de/Leitlinie.pdf>, Stand 03.06.2007

Barlösius, E.; Feichtinger, E.; Köhler B.M. (Hrsg.): Ernährung in Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (Ed. Sigma), 1995

Brandenburgisches Vorschriftensystem (BRAVORS): Zweites Gesetz zur Ausführung des Achten Buches des Sozialgesetzbuches - Kinder- und Jugendhilfe - (Kindertagesstättengesetz -KitaG) ,2006, http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=land_bb_bravors_01.c.14842.de#1, Stand 03.06.2007

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Kurzfassung, Bonn, 2005

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF): "Schulen müssen gesund machen", 2007,
<http://www.ganztagsschulen.org/7030.php>, Stand 03.06.07

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV): http://www.fitkid-aktion.de/front_content.php?client=2&lang=3&idcat=96, Stand 03.06.2007

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.): Kinder- und Jugendhilfe. (Achstes Buch Sozialgesetzbuch),
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24141-KJHG----Text,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>, Stand 03.06.2007

Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV): Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität,
http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_604742/DE/Themenschwerpunkte/Praevention/Gesundheitsvorsorge/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/eckpunkte-ernaehrung-u-bewegung.pdf, Stand 03.06.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Expertentagung, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 3, Köln (BzGA), 1998

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (Hrsg.): "Früh übt sich..." Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16, Köln (BzGA), 2002

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 22, Köln (BzGA), 2003

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (Hrsg.): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme, Köln (BzGA), 2005a

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA) (Hrsg.): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, Bundesgesundheitsförderung konkret, Band 5, Köln (BzGA), 2005b

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA); Gesundheit Berlin e.V., 2007a, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=bb76fd0b9d0c47e73727c1ad52740e0f&id=suche>, Stand 03.06.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA); Gesundheit Berlin e.V., 2007b, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=03ce1df846e8f039fa0869a84ce30e52&id=ueberdasprojekt>, Stand 03.06.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA); Gesundheit Berlin e.V., 2007c, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>, Stand 03.06.2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA); Gesundheit Berlin e.V., 2007d, <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=3f14bfdd713cce712d2811ed3e6f57b7&id=Seite1667>, Stand 03.06.2007

Chamberlin, L.A.; et al.: The Challenge of Preventing and Treating Obesity in Low-Income, Preschool Children, in: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 156 (2002) S. 662-668

Chassé, K.A.; Zander, M.; Rasch, K.: Meine Familie ist arm. Wie Kinder im Grundschulalter Armut erleben und bewältigen, Opladen (Leske + Budrich), 2003

Clausen, K.: Ernährung in Kindertagesstätten in Deutschland. Untersuchungen zur Mittagsmahlzeit, Ökotrophologische Forschungsberichte Band 5, Schwarzenbek (Verlag Dr. Rüdiger Martienß), 2003

Danielzik, S.: Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Stadt: „Gesunde Stadt“, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung – Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE); et al.: Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr, 1. Auflage, 2. korrigierter Nachdruck, Frankfurt am Main (Umschau Braus), 2001

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Vollwertig essen und trinken nach den 10 Regeln der DGE, 2007a, http://www.dge.de/pdf/10_Regeln_der_DGE.pdf, Stand 03.06.2007

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): Fitkid-Aktion, 2007b, http://www.fitkid-aktion.de/front_content.php?client=2&lang=3&idcat=96 Stand 03.06.2007

Elmadfa, Dr. I.; et al.: Die große GU Nährwert Kalorien Tabelle, München (Gräfe und Unzer Verlag GmbH), 2003

Empowerment.de: www.empowerment.de, Stand 03.06.2007

Fitzgibbon, M.L.; et al.: A Community-Based Obesity Prevention Program for Minority Children: Rationale and Study Design for Hip-Hop to Health Jr., in: Preventive Medicine 34 (2002) S. 289- 297

Fitzgibbon, M.L.; et al.: Hip-Hop to Health Jr., an obesity prevention program for minority preschool children: baseline characteristics of participants, in: Preventive Medicine 36 (2003) S. 320-329

Fitzgibbon, M.L.; et al.: Hip-Hop to Health Jr. for Latino Preschool Children; in: Obesity 14:9 (2006) S. 1616-1625

Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKI): Empfehlungen für das Mittagessen in Kindertagesstätten und Ganztagschulen, Broschüre Nr. 9, Dortmund, 2006

Franzkowiak, P.: Leitfragen, Empfehlungen und Perspektiven zur Gesundheitsförderung im Kindergarten, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hgst.): "Früh übt sich..." Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16, Köln (BzgA), 2002

Gesunde-Städte-Netzwerk, <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/>, Stand 03.06.2007

Gesunde-Städte-Netzwerk: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1999, http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ottawa_charta.htm, Stand 03.06.2007

Gesunde-Städte-Netzwerk, Mitgliederliste_Stand 30.Januar.2007, 2007a, <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/Mitgliederliste05.htm>, Stand 03.06.2007

Gesunde-Städte-Netzwerk, WHO Gesunde Städte – gesunde Menschen, 2007b, <http://www.gesunde-staedte-netzwerk.de/hcwebge.pdf>, Stand 03.06.2007

Gortmaker, S.L., et al.: Reducing Obesity via a School-Based Interdisciplinary Intervention Among Youth, in: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 153 (1999 a) S. 409-418

Gortmaker, S.L.; et al.: Impact of a School-Based Interdisciplinary Intervention on Diet and Physical Activity Among Urban Primary School Children. Eat Well and Keep Moving, in: Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 153 (1999 b) S. 975- 983

Hanesch, W.: Armut in Deutschland, Der Armutsbericht des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbands, Reinbek bei Hamburg (Rowohlt Taschenbuch Verlag), 1994

Helfferrich, C.: Zugangswege zu Kindern aus unterschiedlichen sozialen Lagen, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): "Früh übt sich..." Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16, Köln (BzgA), 2002

Holz, G.; Skoluda, S.: Armut im frühen Grundschulalter. Abschlussbericht der vertiefenden Untersuchung zu Lebenssituation, Ressourcen und Bewältigungshandeln von Kindern im Auftrag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt, ISS-Pontifex 1/2003, Frankfurt am Main (ISS-Eigenverlag), 2003

Holz, G.; Richter, A.; Altgeld, T. (Hrsg.): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung

von Gesundheitspotentialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich, Pontifex: Berichte und Material aus Wissenschaft und Praxis, ISS 2/2004, Frankfurt am Main (ISS- Eigenverlag), 2004

Holz, G.; et al.: Armutsprävention vor Ort - „MO.KI – Monheim für Kinder“. Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt von Arbeiterwohlfahrt Niederrhein und Stadt Mohnheim, Pontifex: Berichte und Material aus Wissenschaft und Praxis, ISS 3/2005, Frankfurt am Main (ISS- Eigenverlag), 2005a

Hradil, S.: Soziale Ungleichheit in Deutschland, 8.Auflage, Opladen (Leske+ Budrich), 2001

Hurrelmann, K.: Kindheit in der modernen Leistungsgesellschaft: Sind Kinder Modernisierungsgewinner oder -verlierer, in: Bundschuh, K.; Sonder- und Heilpädagogik in der modernen Leistungsgesellschaft: Krise oder Chance?, Bad Heilbronn (Klinkhardt), 2002

Iben, G.: Die Förderung sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher als Beitrag zur Generationengerechtigkeit, in: Butterwegge, Ch.; Klundt, M. (Hrsg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demographischen Wandel, 2. Auflage, Opladen (Leske + Budrich), 2003

Kamensky, J.: Essen und Ernährung mit Sozialhilfe - ein Bericht aus der Praxis, in: Barlösius, E.; Feichtinger, E.; Köhler B.M. (Hrsg.): Ernährung in Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (Ed. Sigma), 1995

Kilian, H.; et al.: Abschlussbericht Projektphase 1: "Erhebung von Projekten und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten in der Bundesrepublik Deutschland", in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Köln (BzgA), 2003

Klocke, A.: Der Einfluß sozialer Ungleichheit auf das Ernährungsverhalten im Kindes- und Jugendalter, in: Barlösius, E.; Feichtinger, E.; Köhler B.M. (Hrsg.): Ernährung in Armut. Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin (Ed. Sigma), 1995

Klocke, A.; Hurrelmann, K.: Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen, 2. überarbeitete Auflage, Wiesbaden (Westdeutscher Verlag), 2001

Köttgen, Ch.: In der Seele verletzt, in: Altgeld, T.; Hofrichter, P. (Hrsg.): Reiches Land-krankte Kinder?, Frankfurt am Main (Mabuse - Verlag), 2000

Lange, A.; et al.: Armut und Bildungschancen: Auswirkungen von Niedrigeinkommen auf den Schulerfolg am Beispiel des Übergangs von der Grundschule auf weiterführende Schulstufen, in: Butterwegge, Ch.; Klundt, M. (Hrsg.): Kinderarmut und Generationengerechtigkeit. Familien- und Sozialpolitik im demographischen Wandel, 2. Auflage, Opladen (Leske + Budrich), 2003

- Lange, A.:** Entwicklungspsychologische Grundlagen und deren Bedeutung für die Adipositas-Schulung, in: aid infodienst; Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.v. (Hrsg.): Trainermanual Leichter, aktiver, gesünder, Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher, Bonn, 2004
- Langnäse, K.; Asbeck, I.; Müller, MJ:** Stärkung von Ressourcen zur Verringerung sozialer Unterschiede im Ernährungs- und Gesundheitsverhalten von Kindern: Ernährungserziehung und Familienberatung auf lokaler Ebene, in: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Niedersachsen u.a.(Hrsg.), Suppenküchen im Schlaraffenland. Armut und Ernährung von Familien und Kindern in Deutschland, Hannover, 2000
- Langnäse, K.; et al.:** Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). Konzept und erste Ergebnisse der Vierjahres-Nachuntersuchung, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 46:9 (2003) S. 727–731
- Lehmkuhler, S. H.:** Die Gießener Ernährungsstudie über das Ernährungsverhalten von Armutshaushalten (GESA) –qualitative Fallstudien, Alten-Buseck, Dissertation, Justus-Liebig-Universität Gießen, 2002, http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=965314588&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=965314588.pdf, Stand 25.04.2007
- Maasberg, A.; Richter, A.:** Armut und Ernährung, in: Deutsches Kinderhilfswerk e.V. (Hrsg.): Kinderreport Deutschland 2004. Daten, Fakten, Hintergründe, München (kopaed), 2004
- Mielck, A.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern (Verlag Hans Huber), 2000
- Mosebach, K.; Schwartz, F.W.; Walter, U.:** Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung, Bern (Verlag Hans Huber), 2004
- Müller, M.J.; et al.:** Physical activity and diet in 5 to 7 years old children, in: Public Health Nutrition 2: 3a (1999) S. 443–444
- Müller, M.J.:** Gesundheitsziele und Politik – Auf dem Weg in eine gesunde Gesellschaft?, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005a
- Müller, M.J.:** Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005b
- Müller, M.J.:** Public Health und Public Health Nutrition, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005c

- Müller, M.J.:** Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005d
- Müller, M.J.; Langnäse, K.:** Einfluss sozialer Faktoren auf die Gesundheit, Lebensstil und Ernährung, in: Müller, M. J.; Trautwein, E. A.: Gesundheit und Ernährung - Public Health Nutrition, Stuttgart (Verlag Eugen Ulmer), 2005e
- Ose, D.; Hurrelmann, K.:** Mediale Kommunikationsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung, in: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung, Bern (Verlag Hans Huber), 2004
- Peinelt, V.; Pelzer, A.; Arnold, O.:** Schulverpflegung in Ganztagschulen, in: Ernährung im Fokus 5:02 (2005) S. 38-46
- Pott, E.:** Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und Entwicklung von Interventionsstrategien, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hrsg.): "Früh übt sich...". Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 16, Köln (BzG), 2002
- Pott, E.; Lehmann, F.:** Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen, in: BzG: Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte. Aufbau einer Internetplattform zur Stärkung der Vernetzung der Akteure, Köln (BzG), 2003
- Pudel, V. :** Prävention von Ernährungsstörungen, in: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung, Bern (Verlag Hans Huber), 2004
- Richter, A.:** Wie erleben und bewältigen Kinder Armut? Eine qualitative Studie über die Belastungen aus Unterversorgungslagen und ihre Bewältigung aus subjektiver Sicht von Grundschulkindern einer ländlichen Region, Berichte aus der Sozialwissenschaft, Aachen (Shaker Verlag GmbH), 2000
- Richter, A.; Altgeld, T.:** Kooperation zwischen Krankenkassen und sozialen Einrichtungen findet nicht statt – Ergebnisse einer Umfrage zur Umsetzung des § 20 Abs. 1-3 SGB V in Niedersachsen, in: Geene, R.; Gold, C.; Hans, C. (Hrsg.): Armut und Gesundheit – Gesundheitsziele gegen Armut, Teil I und II, Berlin (b_ books), 2002
- Robert Koch-Institut (RKI):** Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 03/01, Berlin (Eigenverlag), 2001
- Robert Koch-Institut (RKI):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des RKI zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin (Eigenverlag), 2005a
- Robert Koch-Institut (RKI):** Armut bei Kindern und Jugendlichen,

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4, überarbeitete Neuauflage, Berlin (Eigenverlag), 2005b

Robert Koch-Institut (Hrsg.): KIGGS-Symposium, Berlin, 2006,
[http://www.rki.de/chn_006/nn_228128/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/KiGGS-Symposium__250906__Vortraege,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS-Symposium_250906_Vortraege,](http://www.rki.de/chn_006/nn_228128/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/KiGGS-Symposium__250906__Vortraege,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS-Symposium_250906_Vortraege,Stand 03.06.2007)
Stand 03.06.2007

Rosenbrock, R.: Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität, in: Walter, U.; Drupp, M.; Schwartz, F.W., Prävention durch Krankenkassen. Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit, Weinheim und München (Juventa Verlag), 2002

Rösler, J.: Zur Notwendigkeit einer Beziehungspädagogik mit sozial und institutionell desintegrierten Heranwachsenden, in: Herz, B.: "Um das Lernen nicht zu verlernen" Niedrigschwellige Angebote für Jugendliche in der Straßenszene, Studien zur Jugendhilfe, Band 1, Münster (Waxmann Verlag GmbH), 2004

Sahota, P.; et al.: Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity; in: BMJ 323:3 (2001) S. 1-5

Schaffrath Rosario, A.; Kurth, B.-M.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, in: RKI: Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Tagungsbericht, http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/DE_neu_21.09.06_N_551_corr2_ohne_Korrekturmodus.pdf, Stand 03.06.2007

Schmidt, W.; Hartmann-Tews, I.; Brettschneider, W.D.(Hrsg.): Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht, 2., unveränd. Aufl., Schorndorf (Hofmann Verlag), 2006

Sherman, S.N.; et al.: 2001, Why Don't Low-Income Mothers Worry About Their Preschoolers Being Overweight?, in: Pediatrics 107:5 (2001) S. 1138-1146

Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Bergisch Gladbach, 2006,
http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/psfile/downloaddatei/26/Leitfaden_44db04a28fb93.pdf&name=Leitfaden_Pr%E4vention_2006.pdf&id=53&nodeid=53, Stand 03.06.2007

Statistisches Bundesamt: Platzangebot in Kindertageseinrichtungen stagniert, Pressemitteilung vom 18. Dezember 2003, Wiesbaden, 2003,
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p5160082.htm>,
Stand 03.06.07

Statistisches Bundesamt: Fast 60% der Dreijährigen werden im Kindergarten betreut, Bonn, 2004,
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/zdw37.htm>, Stand 03.06.2007

Statistisches Bundesamt: Zahl der Ehescheidungen im Jahr 2004 nahezu unverändert, Pressemitteilungen vom 13. Juli 2005, Wiesbaden, 2005
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p2980023.htm>,
Stand 03.06.2007

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2006. Für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden, 2006a

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 2006. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland, Schriftenreihe Band 544, Bonn, 2006b

Story, M.; et al.: Pathways: a school-based, randomized controlled trial for the prevention of obesity in American Indian schoolchildren, in: American Journal of Clinical Nutrition 78 (2003) S. 1030 – 8

Story, M.; et al.: The Role of School in Obesity Prevention, in: The Future of Children 16:1 (2006) S. 109-141

Strauß, A.: Adipositasprävention im Vorschulalter, Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, 2006,

Trenkamp, O.: Flatrate für die Esskultur, Wie es einer ehemaligen Problem-Schule gelingt, ihre Schüler für Salat und Bio-Kartoffeln zu begeistern, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung Nr 4 vom 28. Januar 2007, Frankfurt

UNICEF: Kinderarmut in reichen Ländern. Zusammenfassung der UNICEF-Studie, 2005, http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/mediathek/l_0104_Kinderarmut_in_Industriel_ndern_05.pdf, Stand 25.04.2007

Walper, S.: Auswirkungen von Armut auf die Entwicklung von Kindern, in: Lepenies, A. (Hrsg.): Kindliche Entwicklungspotentiale. Normalität, Abweichung und ihre Ursachen, Material zum 10. Kinder- und Jugendbericht, Band 1, München (DJI- Verlag), 1999

Warren, J.M.: Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children, in: Health Promotion International 18:4 (2003) S. 287-295

Winkler, et al.: 10 Regeln für Programme zur Ernährungserziehung in der Schule, in: Ernährungslehre und –praxis 6 (2004) S. B 21- B 28

Wolfenstetter, S.B.: Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse, in: Gesundheitswesen 68 (2006) S. 600-612

World Health Organization (WHO): WHO-Constitution - the first two chapters, Geneva, 1985, <http://www.ldb.org/iphw/whoconst.htm>, Stand 03.06.2007

World Health Organization (WHO): Controlling the global obesity epidemic, <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/print.html>, Stand 03.06.2007

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 03.06.07

Mareike Wagner