

13 Anhänge

Anhang A: Ergebnistabellen (ausgewertete Literatur und Projekte)

Anhang B: Handlungsempfehlungen Kurzversion

Anhang C: Steckbriefe der Good Practice Projekte

Anhang D: Liste teilnehmender Experten und Expertinnen an der Delphibefragung

ANHANG A: PartFam - Ergebnistabellen

Tabelle 1: Ergebnisse Primärstudien.....	92
Tabelle 2: Ergebnisse Reviews.....	107
Tabelle 3: Ergebnisse Praxisprojekte.....	110

Tabelle 4: Ergebnisse Primärstudien

Erst Autor, Jahr; Land	Name der Intervention	Studien-design	Anzahl (N) von Kindern	Alter der Kinder	Anzahl von anderen Familienmitgliedern	Forschungsfrage	Ergebnisse
Avis,2016; Australien	RIPLÉ	qualitative Studie zur Planung einer präventiven Maßnahme (E-Health)	Keine Kinder haben teilgenommen, ausschließlich Fokusgruppen mit Eltern und Professionellen	Eltern von Kindern im Alter von 5.5 bis 12.5 Jahren	38 TN insgesamt 10 Eltern, überwiegend Frauen über 80 % und weiß	In wie fern lässt sich eine iPad gestützte Intervention, die über das Gewichtsstatus der Kinder informiert und auch die Informationen über die gesunde Ernährung liefert und Bewegung initiiert, für die ÜG Prävention nutzbar machen	Dies war nur die erste qualitative Durchführbarkeitsstudie für eine potentielle E-Health Intervention. Eltern begrüßen im Prinzip die Möglichkeit ein reflektiertes Feedback über den Gewichtsstatus ihrer Kinder zu bekommen. Die Möglichkeiten eines maßgeschneiderten Feedbacks bei den Interventionen zu Ernährungs- und Bewegungsförderung wird ebenso als positiv angesehen. Genauso ist die Vernetzung mit anderen Institutionen wie z. B. Kinderärzten wünschenswert, was diese Plattform ermöglicht. Wenn die Eltern ein Feedback bekommen, dass das Kind schon Übergewichtig ist kann sich das einerseits positiv aus Verhaltensänderung auswirken aber andererseits kann das Schamgefühle bei den Eltern auslösen. Dies kann Familienkohäsion beeinträchtigen. Fazit-Auf jeden Fall soll beachtet werden wie man die Nachrichten über einem normabweichenden Gewichtsstatus vorüberbringt

Azevedo, 2013; USA	Stanford Expressing Culture and Health through Activity and Lifestyle Education (ECHALE)	Qualitative Interviews mit etlichen statistischen Analysen	43 Mädchen	7-11 Jahren	40 Mütter	Ob man durch regelmäßige Bewegung durch Folklorntanz die ÜG Prävention fördern kann und ob durch Beratung im häuslichen Umfeld die Sitzzeit und Medienkonsum von teilnehmenden Mädchen reduziert werden kann und gemeinsame Aktivitäten für die ganze Familie organisieren werden können	Das Programm war für die Lateinamerikanische Mädchen (niedrig SES) entwickelt worden. Sie sollen durch das mexikanische Folklorntanz Bewegung fördern und etwas über die Kultur ihrer Eltern lernen. Die Mädchen äußerten sich, dass sie gut finden etwas über die Kultur ihrer Wurzeln zu lernen. Es gab allerdings Probleme mit der Disziplin in den Kursen. Mobbing war eine TN-Barriere für Mädchen. Gemeinsame Aktivitäten wie z. B. Kochen, Parkanlage Besuchen, Sportzentren, etc. fanden die Mädchen gut. Dadurch erhöhte sich die Familienkohäsion. Andererseits war die Bereitschaft der Geschwister teilzunehmen geringer, sodass zu den Konflikten innerhalb der Familie führen konnte. Fazit-Geschwistereinbezug schon wichtig
Bell, 2013; Australien	Good for Kids	RCT, telefonische Interviews über das Bewusstsein über die Kampagne	Keine Kinder-Interviews mit Eltern	Eltern von Kindern von 2-15 Jahren	1594 Eltern (über 80 % Mütter)	Erreichbarkeit von medialen Interventionsbotschaften über Förderung vom Wassertrinken, Bewegungsförderung und mehr Obst und Gemüse verzerrten.	Über Medien gute Erreichbarkeit. Eltern in der Region, wo die Intervention stattfand, haben signifikant mehr von der Kampagne gehört als die Eltern in den anderen Regionen. Alle Gruppen (SES) wurden erreicht.
Berger-Jenkins, 2017; USA	Choosing Healthy and Active Lifestyles for Kids (CHALK)	qualitativ-Fokusgruppen	Keine Kinder-Fokusgruppe mit Eltern	Kindergarten bis zur 5. Klasse-5 bis 11 Jahren	42 Betreuungspersonen Mütter-86%, Väter-7%, Großmütter-5%, Tanten-2%	Zu beschreiben welche Barriere und welche Erfolgsfaktoren für eine Teilnahme an einem Programm für ÜG-Prävention im schulischen Kontext eine Rolle spielen	Intervention war sehr breit konzipiert. Newsletter geschickt Nachhause, Ernährungsberatung in den Schulen, Jahrmärkte, und Fitnessprogramm in der Schule. Sowohl Kinder als auch Betreuungspersonen fanden gut, dass die Kinder das Material über gesunde Ernährung Nachhause mitbringen dürfen und das Gelernte in der Schule sie ihren Betreuenden zeigen können. Dies fanden die Eltern und weitere Betreuungspersonen sehr interessant. Das Ganze ermöglichte, dass man gesunde Essenswahl Zuhause trifft. Barrieren: Zeitmangel, finanzielle Probleme, ungesunde familiäre Praktiken aber auch Probleme, Peers in die Intervention einzuschließen: Sie können eventuell aufdringlich wirken, was sie auf gar kein Fall machen möchten. Unannehmlichkeiten, dass überall Fast Food verfügbar ist, kann man als eine Barriere verstehen. Fazit-andere FM müssen involviert sein: die Väter geben oft Süßigkeiten als eine Belohnung. Potentielle Stigmatisierung als Barriere. Eltern wollen an den Programmen teilnehmen, bei denen die übergewichtigen Kinder nicht stigmatisiert werden. Positive Ziele sollen betont werden.

Bergström.2015; Schweden	Healthy School Start	Qualitativ-Interviews und Gruppendiskussion	Keine Kinder-Fokusgruppe mit Eltern	Eltern von Kinder von 6 Jahre	43 Mütter	Zu erforschen die Meinungen und Wünsche von Lehrkräften und Eltern hinsichtlich einer Intervention zur gesunden Ernährung und Bewegungsförderung	Eltern wünschen sich klare Rollenverteilung zwischen Eltern, Lehrkräften und Projektmanagement. Ein Ziel an den Programmen teilzunehmen ist, dass man der Wissenschaft hilft. Familienkonstellationen - geschiedene Elternteile: Problem, das andere Elternteil wird oft nicht informiert, dass die Intervention stattfindet. Eltern mit großem Workload, und Eltern mit mehreren Kindern nehmen oft nicht teil.
Blaine, 2015 ;USA	FITLINE	quantitativ	Keine Kinder-Telefoninterviews mit Eltern	Eltern von Kindern 2-12 Jahren 59% Mädchen	114 Eltern	Einzuschätzen ob die Intervention FITLINE, die sich auf eine persönliche individuelle Beratung basiert ist für ÜG Prävention oder sogar für ÜG Therapie sinnvoll	In den pädiatrischen Ambulanzen hat das Klinikpersonal den Eltern (überwiegend Eltern, wenigen Großeltern und einer Patentante) ein Box-Infomaterial überreicht während die im Wartezimmer auf den Termin warten. Dort hatten sie die Gelegenheit einen Fragebogen aufzufüllen, in dem sie alle ihre Wünsche und Präferenzen wie auch Kritik gegenüber solcher Intervention anonym äußern konnten. Die Intervention selbst wurde als eine telefonische Beratung im häuslichen Setting angeboten. Die Inhalte, die angesprochen werden sollen, wären vor allem die Handlungsbereiche Ernährung und Bewegung. Übergewichtige Eltern waren signifikant häufiger bereit an der Intervention teilzunehmen. Die Eltern von Kleinkindern unter 5 Jahren waren am meisten bereit teilzunehmen und haben sich mehr für die Inhalte Schlaf interessiert.. Eltern möchten, dass die Intervention vom Arzt oder Schwester durchgeführt wird und nicht von dem Schulpersonal oder anderer Institutionen. Telefonische Beratung hat gute Eigenschaften-niedrige Kosten, man spart sich die Transportwege und vor allem Flexibilität. Aber andererseits man hat ein persönliches Verhältnis zu den Familien.
Bourdeaudhuj,2015; EU	IDEFICS	quantitativ	In dieser Studie geht es um die Wahrnehmung der Interventionsbotschaften seitens Eltern, sonst über 30000 Kinder wurden gescreent	Eltern von 2-.9.9 Jahren	4180 Eltern	Zu ermitteln ob die Eltern ob die Eltern die Botschaften (z. B.Wasser trinken, zu Schlaf, zu mehr Familienzeit, etc.), die durch Community oder durch Kita und Schulen gesendet werden wirklich bei den Eltern ankommen. Ferner ob	Das hat als eine Kohortenstudie angefangen, d.h. alle Familien in den Communities wurden angesprochen. Die Erreichbarkeit fällt aber ermüchternd aus. Unter 50 % der angesprochenen haben teilgenommen und zwar mehr zu den Modulen die als Ziele Ernährung und Bewegung hatten als die anderen Schlaf und Screen time und Familienzeit zusammen. Hohe Intensität und Dauer der Intervention (über zwei Jahre) können als potentielle Barrieren wirken. Eltern haben mehr über die Botschaften in den Schulen selbst erfahren als in den Kommunen. Stärker informierte Eltern hatten keinen Einfluss auf zBMI der Kinder. Außer positive Effekte in Deutschland bei Mädchen. Dagegen sind negative Effekte bei den Jungen in Italien festgestellt worden.

						die Kinder von Eltern, die die Botschaften besser kannten, sig. Niedrigere Werte in zBMI haben.	
Bühler, 2015; Deutschland	Immer Zirkus ums Essen	Randomisierte Kontrollstudie (RCT)	N=1121	Kindergartenalter	Eltern n=980 (primär Mütter)	Es interessierte, ob die Einbettung einer selektiven in eine universelle Maßnahme als Motivierungsstrategie für Familien mit erhöhtem Risiko Erfolg hat	<p>Erfolgreiche Ansätze für Motivationsgespräche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elterliche Wünsche und Ziele für ihr Kind, für die Übergewicht hinderlich ist, - bereits umgesetzte gesundheitsfördernde Erziehung zur Identifizierung weiterer Lernfelder, die der Kurs abdeckt, - Bewegungsangebote im Kindergarten wie im Wohngebiet, ihre Nutzung und weitere sich aus dem Kurs ergebende Möglichkeiten, - Rückmeldung zum Übergewichtsrisko und Präventionsangebote und - Rückmeldung der Studienergebnisse und Transfer auf die eigene Situation. <p>Die hier – aus Nachhaltigkeitsgründen – untersuchten Zugangsstrategien sind wenig kostenintensiv und lassen sich in bereits bestehende Strukturen einflechten (Setting Kindergarten, Ökotrophologinnen als Kursleiterinnen). Jedoch sind geringe Kosten bei ausbleibendem Nutzen kein Argument. Mit einem Anreiz von etwa 100 € pro Familie ließ sich in einer anderen Studie die Teilnehmerzahl um fast 80 % erhöhen.</p>
Byrd-Bredbenner, 2017; USA	Home Styles	quantitativ RCT	498 Kinder Sehr wenige bei Follow UP	2-6 Jahren	489 Eltern Sehr wenige bei Follow UP	Lateinamerikanische Eltern von kleinen Kindern zu empowern eine gesunde häusliche Umgebung zu gestalten. Die Intervention war Online gestützt und die Rekrutierung erfolgte auch meistens Online per E-Mail.	Online Intervention bringen einige Vorteile mit sich, man spart Zeit, Transportkosten, etc. Zeitkosten sollen möglichst gering gehalten und dass wurde bei der Rekrutierung berücksichtigt werden. Eltern wurden erinnert was sie für ihre Familie gemacht haben- Betonung auf das Positive. Gedruckte Materialien wie Flyer sollen nur an den Plätzen verteilt werden wo sich die Eltern häufig aufhalten wie Wartezimmer von Kinderärzten, Familienzentren, etc. Rekrutierung ging meist elektronisch. Allgemein: Eltern bevorzugen positive Botschaften und das Vermeiden von Wörtern wie Übergewicht. Die Farben der Flyer sollen die Aufmerksamkeit nach sich ziehen und sollen glückliche Familien zeigen mit unterschiedlichen ethnischen Wurzeln. Persönliche und unpersönliche Ansprache unterscheiden sich bzgl. des Erfolgs der Rekrutierung und der sozialen Struktur der Teilnehmenden. Allerdings handelt es sich hier um eine kleine Stichprobe. Im Prinzip waren die Eltern über die Intervention zufrieden. Aber es gibt negative Eigenschaften von solchen Online Programmen: es gibt keine negative Konsequenz wenn beim Programmabbruch, man kann einfach nur

							die Module abarbeiten, die es einem interessieren. Die Unmöglichkeit unmittelbare Effekte der Intervention zu beobachten ist auch ein Nachteil. Dies sollen die Gründe sein, warum man bei den Online Interventionen mit großen Drop-Out Raten in der Regel rechnen muss.
Chuang, 2016:USA	CORD	qualitative semistrukturierte Interviews	Keine Kinder Interviews mit Professionellen der Frühhilfe bis hin zur Schule	Interviews mit Professionellen der Frühhilfe bis hin zur Schule	Keine Familien Interviews mit Professionellen	Eindrücke und Ergebnisse von verschiedenen Programmen für ÜG Prävention wie auch von unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitssystems. Handlungsbereich ist einfach allgemeine Gesundheitsförderung	Positiv- Partizipatorischer Ansatz, die Ziele der Intervention langsam einschließen, Minimierung von Stress bei dem Personal, Barrieren- Fluktuation des Personals, geringe Kontrolle über die Essensangebote in den Schulen und anderen Institutionen wie auch die mangelnde Ressource seitens Kommunen für die nachhaltige Unterstützung. Wichtig-Ohne die Partizipation der Eltern gibt es keine Effekte. Es gibt Bemühungen, dass man die Eltern stärker einbezieht, z. B. das Material nach Hause schicken usw. aber das Engagement der Eltern bleibt auf einem niedrigem Niveau
Cyrl, 2016: Australien	Exploring Service Providers' Perspectives in Improving Childhood Obesity Prevention among CALD Communities in Victoria, Australia	qualitativ-Fokusgruppen mit Professionellen	Keine Kinder Fokusgruppen mit Professionellen		59 Profis	Zu identifizieren welche Barrieren und welche Förderfaktoren eine Teilnahme an einer ÜG Prävention beeinflussen(Perspektive von Professionellen)	Gründe warum Migranten die Angebote nicht in Anspruch nehmen: Barrieren-andere Wahrnehmung und Überzeugung von Körperrnormen, wie dass das Übergewicht ausschließlich genetisch ist, dass sie nicht möchten dass man rausfinden, dass ihr Kind übergewichtig ist, was sind sie dann für Eltern, Familienkohäsion leidet. Es wird häufig gestritten wer für das Übergewicht verantwortlich ist. Eltern haben keine richtige Vorstellung was die Prävention ist. Sie handeln nur wenn das Kind schon übergewichtig ist. Geringe Bereitschaft etwas zu verändern. Poster und Flyer übersetzt in andere Sprachen reichen nicht aus. Man muss persönlich sich in anderen Sprachen unterhalten .Geringe Gesundheitskompetenz erschwert die TN. Seitens des Personals geringe interkulturelle Kompetenz, agieren meisten wenn das Problem schon da ist. Schulen keine Mittel zur Verfügung für die Förderung der GK bei Migranten, Eltern wenig kompetent zu beurteilen wann das Kind übergewichtig ist. Übergewichts-Stigma: Profis haben Probleme das Übergewicht zu erwähnen, weil für die Eltern, das ein sehr sensibles Thema ist und sie sie beleidigen können. Verbesserung-bessere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure und die Gründung einer zentralen Stelle für die Übergewichtsprävention, die alles koordiniert. Bessere Vernetzung zwischen Prävention und Therapie. Kommune einschließen und bilinguale und bikulturelle Profis einstellen Interkulturelle Kompetenz bei allen Beteiligten fördern.

Cyril, 2017; Australien	Barriers and facilitators to childhood obesity prevention among culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Victoria, Australia	qualitativ-Fokusgruppen mit Eltern (Migranten), die an den Programmen teilgenommen haben	Keine Kinder Interviews mit Eltern aus unterschiedlichen Ländern		39 Eltern	Welche Barrieren und Erfolgsfaktoren beeinflussen eine Teilnahme an einer ÜG Prävention-Maßnahme (Perspektive von Eltern)	Hauptbarrieren: Zeit-Man hat andere Prioritäten, wenn man in ein anderes Land kommt. Sprache, Kulturelle Probleme, Gesundheitskompetenz, aggressive Werbung für Junk Food. Verbesserung: Bilinguales Personal in den Schulen, Kommune involvieren und schulbasierte Interventionen wie Gesunde Brotdosen, Begrenzung der Werbung von Junk Food für die Kinder, Förderung der Gesundheitskompetenz bei den Migranten und das gedruckte Material dem Niveau der Gesundheitskompetenz anpassen.
Daniels, 2012; Australien	NOURISH	RCT	698 Kinder-Baseline, 541 Follow Up	4-16 Monaten	698 Mütter randomisiert, beim zweiten Follow Up nur noch 541	Evaluation einer Intervention für Erstgebärende um gesunde Futterpraktiken zu fördern	31 % Rekrutierungsrate bis 35 % Rekrutierungsrate bei der Kohorte 1. Nur bei dem Einschluss eine weitere Kohorte 2 wurde eine immer noch kleine aber ausreichende Rate von 53 % erreicht. Erstgebärende wurden in den Kliniken oder Geburtshäusern persönlich von den Hebammen oder Forschungsteam oder Studenten angesprochen und informiert über die Intervention entweder verbal oder Flyer. Organisierte Hausbesuche durch Hebammen gab es in den Städten der Intervention nicht. Alle Mütter mussten fließend Englisch in Wort und Schrift beherrschen. Danach wurden sie per Email eingeladen an den Intervention teilzunehmen als ihr Kind vier Monate alt war. Sie hatten alle Chance 50 Dollar Gutschein für Babyprodukte zu gewinnen. Retentionsstrategien-Mütter konnten wählen in welcher Klinik sie die Intervention haben möchten und zur welchen Zeit wäre am besten. Das wiegen der Kinder konnte auch Zuhause stattfinden am Wochenende oder abends. Kinderbetreuung wurde organisiert. Über Email Postkarten, usw. wurden sie an der Intervention erinnert und ermutigt ihre neue Adresse einzugeben falls sie umgezogen waren. Promotionsmaterialien wurden verteilt: Magnet mit Logo und Telefonnummern, Feuchtigkeitsskreme für Mütter und Babys, Babylöffel wie auch Fotorahmen mit Logo, etc. Verbesserungsvorschläge: Teilnehmende über SMS kontaktieren, Interventionen zuhause sind besser zu absolvieren, weil die Zeit- und Transportkosten niedrig sind. Finanzielle Anreize sollen für die TN zur Verfügung stellen.

Davison,2018; USA	What About Dads	qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen, Online-Fragebogen für Väter	Keine Kinder Interviews mit Vätern	Kinder aller Lebensphasen Interviews mit Vätern	303 Väter	Gründe zu identifizieren warum Väter selten an den Maßnahmen für ÜG Prävention wie auch in der Forschung überhaupt selten teilnehmen.	Die meisten Väter wurden Online rekrutiert. 80 % der Väter glaubt, dass sie in der Präventionsforschung unterrepräsentiert sind weil sie gar nicht bzgl. der Teilnahme angesprochen wurden. Manche glauben, dass die Mütter die nicht genug dazu ermutigen. Einige sagen, dass die Väter einfach nicht interessiert sind teilzunehmenden. Väter möchten bei lokalen Sportveranstaltungen, Bei sozialen Institutionen und Internet angesprochen werden. Nicht-Weiße Eltern-Kinderspielplätze, Babierläden und ÖPNV- die Eltern die nicht mit dem Kind leben möchten eher in den Institutionen des Sozialsystems oder am Arbeitsplatz angesprochen werden. Kurze Studiendauer, Kreditibilität der Institution, die die Intervention durchführt und klare antizipierte Vorteile von Interventionsnutzen sind für Väter wichtig. Fazit- Man muss klar betonen, dass man Väter in der Intervention haben möchte. Väter unterscheiden sich auch in Bezug auf Kultur- und Migrationshintergrund. Dies soll bei der Ansprache beachtet werden.
Ekambarareshwar,2018 ; Australien	Communicating Healthy Beginnings Advice by Telephone (CHAT)	Quantitativ RCT		Schwangerschaft	1115 randomisiert von ursprünglichen 3217	Intervention zur Stillen Förderung	Schwangere Frauen haben Materialien und Tipps über das Stillen per SMS, Telefon oder per Post geschickt bekommen. TN berichten über die Vorteile der Intervention: Gemütlich weil via Telefon oder SMS sich man Zeit- und Kosten spart; der Wissenschaft und somit anderen Frauen helfen. Gründe für keine Teilnahme: Sprachbarriere (bei den Migrantinnen), bei Nicht-Erstgebärenden niedrig ausgeprägtes Problembewusstsein - sie kennen schon alles, haben schon Erfahrung mit anderen Kindern gesammelt. Zudem sind sie viel beschäftigt und brauchen keine Unterstützung. Familienunterstützung wichtig für die Rekrutierung. Aber auch Frauen, die keine Unterstützung haben oder neu sind in einer Umgebung nehmen in der Regel häufig teil. Bei der Rekrutierung soll das Wort Studie vermieden werden, weil sich die Frauen dann möglicherweise wie in einem Experiment fühlen. Rekrutierende sollen erfahren sein und viel Wissen über die Intervention haben; sollen vor allem Personen sein, mit denen sich die Frauen identifizieren können, (gleicher Hintergrund, auch Mütter usw). Das Preisgeben von persönlichen Daten war eine Barriere - muss vor der Intervention geklärt werden. Jüngere Frauen wie auch selbst Übergewichtige nehmen seltener teil.

Frenn, 2013; USA	FUN for Kids, Fun for parents	Quantitativ RCT		5,7,8 Klasse	119 angesprochen, 98 nicht teilgenommen 62 Eltern-Kind Dyaden randomisiert. Beide Eltern und Kind online (n = 15), Kind Online (n = 18), Eltern alleine (n = 13), Usual class control (n = 16). Bessere Rekrutierung bei der fünften Klasse 52 %, bei der 7 und 8 Klasse 30-36 %. 90 % Kinder zu Ende gemacht, 74 % der Eltern, die zusammen mit den Kindern mitgemacht haben und 67 % nur Eltern	Evaluation einer Online Unterstützten Intervention für Förderung von gesunden Ernährung und Bewegung	Sign. Größere Teilnahmebereitschaft, wenn die Rekrutierung persönlich stattgefunden hat. Gründe für Nicht-Teilnahme oder Abbruch: keine Relevanz, Zeit, sie checken ihre Mails nicht, das Internet hat nicht funktioniert. Keine tolle Rekrutierungsrate. Rekrutierung zweimal besser wenn persönlich. Höhere BMI bei den autoritären Eltern, niedrigere bei den autoritativen. Man soll autoritativen Stil fördern und den Kindern ermöglichen, dass sie selbst gesunde Entscheidungen bzgl. der Essenswahl und PA machen können. Und die PA bei den Eltern fördern. Wirksamkeit: Kleinen Stichprobengröße. Keine sig. Effekte auf BMI. 41 % von anfangs BMI autoritativer Stil und die Einstellung zu Bewegung. Wenn die Essgewohnheiten und Bewegung ins Modell aufgenommen wurden keine sig. Varianzaufklärung. Erhöhung der Aktivität bei den Eltern resultiert in der Erhöhung bei den Kindern. Stress erhöht BMI - wenn sich die Kinder Sorgen über ihr Gewicht machen, erhöht sich BMI. Wenn BMI schon erhöht war, hatte sich auch die PA-Rate erhöht.
Garcia-Dominic, 2010; USA	Bienestar Health Program	Fokusgruppen			47 Teilnehmende: alle Eltern, 4 Großmütter, 6 Tanten, und 3 Onkel	Warum haben die Familienmitglieder an einer Prävention nicht teilgenommen?	Eltern, die nicht teilgenommen haben. Erste Barriere: das Ziel der Studie wurde nicht richtig verstanden. Prävention nicht richtig verstanden. manche dachten, dass das Ziel war gute von schlechten Eltern zu unterscheiden. Transport, Kinderbetreuung, eingeschränktes Einkommen. Zeitmangel. Konflikt mit Arbeitszeiten. Manche Eltern haben keine freien Tagen und üben mehrere Jobs aus. Sprache, geringe Gesundheitskompetenz: Eltern hatten Angst, dass es rauskommt dass sie nicht gebildet sind. Manche dachten nur biologische Eltern und keine anderen Bezugspersonen, bzgl. Vormund sind eingeladen. Auch, dass sie nur passiv was machen müssen war eine Barriere. Angst war groß, dass sie selbst kein Input geben dürfen. Setting Schule: zu steril für Eltern. Sie erwarten, dass diese Programme langweilig sind. Sie möchten etwas, wo sie aktiv sind, z. B. Kochkurse anstatt langweilige Vorlesungen über Ernährung. Bei vielen mit Migrationshintergrund: Frauen denken, sie werden Probleme haben mit ihrem Mann wenn sie teilnehmen. Allgemein Vorurteile: Solche Programme sind nur für Frauen, weil sie für die Ernährung Zuhause zuständig sind, deswegen kein Bedarf dass z.B. Väter teilnehmen. Viele Barrieren eher Sorgen als wirkliche Probleme. Teilnahmebereitschaft erhöht: Reduktion der Programm Komponenten, statt neuen Sitzungen für Eltern nur vier. Die Aktivitäten fanden außer normalen Arbeitszeit statt (WE, abends, früh morgens). Aktivitäten in kommunalem Park, Sportzentren statt Schule. Eltern möchten für die Teilnahme belohnt werden. Geld, Gutscheine, usw.

Ghai,2014; USA	OPT	RCT		10-12 Jahren	Von 4730 Eltern nur 361 (4,7%) haben teilgenommen	Evaluation einer Intervention zu Ernährung- und Bewegungsförderung	Alle Teilnehmenden waren schon im Kaiser Permanente Southern California Programm (allgemeines Gesundheitskonzept) und wurden dann angesprochen. Das Personal des Programms hat die Eltern über die E-Mail kontaktiert. Dann haben sie das Infomaterial zugeschickt bekommen. Danach wurden sie von motivationalen Interviewer angerufen. Bei den Frauen war die TN-Bereitschaft höher, die schon übergewichtige Kinder haben und besuchen öfter Arztpraxen. Kein Unterschied bzgl. Bildung, Einkommen oder Übergewicht der Eltern zwischen TN und Nicht- TN. Schlechte Rekrutierungsrate
Hughes,2010; USA	Head Start	qualitativ	Keine Kinder		Manche Eltern nicht präzisiert	Welche Barrieren erschweren die ÜG Prävention beiden Kindern?	Head Start Programm ist der meist geförderte föderale Programverbund für UG Prävention in den USA. Head Start fördert um 2000 unterschiedliche Interventionen. Die Projektleiter klagen darüber, dass es nicht genug Mittel zu Verfügung gibt um die gesunde Mahlzeiten den Kindern in den Kantinen anzubieten. Darüber hinaus fehlen Hallen, Zeit in den Stundenplan und Geld um die PA zu erhöhen. Eltern fehlt auch das Geld für das gesunde Essen Zuhause. Das Problem ist: sowohl Eltern als auch das Personal (gemeint ist glaub ich Schulpersonal) denken immer noch, dass die kräftigen Kinder gesünder sind. Fazit-Eltern und Personal brauchen eine entsprechende Schulung bzgl. Körnornormen
Ickes, 2016; USA	PAN	qualitativ-Fokus Gruppen und Interviews		1-8 Klasse	1 Fokusgruppe (n=5) und 52 Interviews, überwiegend Mütter	Kapazitäten der Eltern für das Engagement in ÜG Prävention	Niedrig SES. Ressourcen sehr wichtig: physische und psychische Gesundheit der Eltern sehr wichtig für den Erfolg der Intervention, Zeit, Selbstbewusstsein, Entscheidungstreffen. Vier Strategien wichtig: gemeinsame Ziele, Planung der Mahlzeiten, Vorbildfunktion für die Kinder und gemeinsame Aktivitäten. Barrieren: Stress: viel zu tun, keine Zeit für gesundes Kochen, es muss schnell gehen. Gesundes Essen ist teuer. Wenn sie die PA Aktivitäten und gesunde Ernährung nicht leisten können, dann fühlen sich die Eltern schuldig. Kultur: manchmal Ressource manchmal Barriere. Ungenügende Unterstützung von anderen Familienmitgliedern-z. B. Vätern. Alleinerziehende oder wo beide Elternteile arbeiten- Rollenkonflikt.
Jago,2012; UK		Beides qualitativ und quantitativ		6-8 Jahren	32 Eltern (29 Frauen)-Interviews und 750 Fragebogen	Eine Studie um eine Intervention zur Förderung von PA und Reduktion vom Medienkonsum	Eltern möchten gerne Kompetenzen über die Elternkurse gewinnen. Sie möchten in der Schule angesprochen werden und denken, dass die Schulen eine valide Informationsquelle ist wie man die PA erhöhen kann. Sie möchten Gruppen Angebote-Kontakte mit Peers knüpfen aber Input von Profis. Barrieren- Kinderbetreuung und Zeit-außer normaler Arbeitszeiten. Bzgl. RCT Design-sie möchten eine Wartekontrollgruppe
Jurkowski, 2013; USA	Communities for Healthy Living	qualitativ	600 Kinder	Wochen-5 Jahren	Vermutet 600 Eltern in der Intervention. In der Interventionsentwicklung am Anfang 13 Eltern oder Großeltern. In den unter-	Können die Eltern als Co-Forschende (Bereiche Ernährung und Bewegung) durch Partizipation in der Interventionsentwicklung	Die Intervention fand im schulischen Kontext statt. Alle Eltern von Head Start Programme (niedrig SES). Eltern nahmen abends an der Intervention teil, als sie ihre Kinder von der Schule abgeholt haben. Die Kinderbetreuung wurde organisiert. Im Prinzip bessere Ergebnisse und Erreichbarkeit, wenn die Eltern hochpartizipieren in allen Phasen. Eltern, die in der Entwicklung und Implementierung/Evaluation involviert waren, wurden als Kontakt auf Augenhöhe mit Community-Vertretenden und Forschenden angesehen. Eltern die partizipieren, hatten bessere Beziehungen zueinander und zum Forschungsteam.

					schiedlichen Phasen die Nummer hat variiert.	lung- und Implementierung- und Evaluationsphase zur mehr Beteiligung bei den Eltern führen?	Deswegen waren sie anscheinend etwas höher in der Hierarchie im Vergleich zu teilnehmenden Eltern. Manchmal unklar, was sie vom Forschungsteam erwarten sollen- seien schließlich keine Service Provider. Eine entwickelte Leitlinie für die Zusammenarbeit hat geholfen. Kinderbetreuung und Treffen an den gut erreichbaren Plätzen (Schulen), Anreize (25 Dollar Gutscheine für die Partizipation) und kostenlose Mahlzeiten helfen die Retention zu erhalten .
Kipping,2012; UK	AFLY5	qualitativ	Nicht präzisiert wie viele Kinder haben die Intervention abgeschlossen	3-10 Jahren	9 Eltern in der qualitativen Studie.	Eine qualitative Evaluation einer Intervention zur gesunden Ernährungsförderung und Erhöhung von PA durch eine kleine Gruppe von Eltern	Barrieren: Zeit, Arbeit, Kinderbetreuung. Positiv: Gemeinsame Aktivitäten- dass die ganze Familie was zusammen macht-Interaktionen gut. Kinder bevorzugen gemeinsame Aktivitäten draußen, spielen, was Innovatives und dass sie Kompetenzen bekommen, die sie später im Leben nutzen können. Schulnewsletter-gute Rekrutierungsstrategie
Ling,2016; UK		qualitativ	Keine Kinder	2-5 Jahren	32 Eltern (78 % Frauen)	Welche Barrieren wirken sich negativ auf eine potentielle Teilnahmebereitschaft an einer präventiven Maßnahme?	Die Eltern, die schon in Head Start Programm involviert sind (im Prinzip brauchen sie die Unterstützung in der Regel) niedrig SES.65 % Alleinerziehend und die Hälfte arbeitslos. Mehr als die Hälfte schwarz wurden in Head Start Centers rekrutiert. Flyers beim Eingang aber auch das Forschungsteam hat die Eltern zweimal direkt angesprochen. Kinder haben in der Schule auch Flyer bekommen, die sie nach Hause mitbringen sollen. Barrieren: Das Programm würde nicht dem Alter der Kinder angepasst, da die Kinder kurze Aufmerksamkeit in dem Kindesalter haben; Kinder wählerisch wenn es um Essen geht, deswegen stellt die Einführung neuer Mahlzeiten eine Herausforderung dar. .Zeit- am schlimmsten bei den Alleinerziehenden, die noch arbeiten. Geld, bzw. Kosten für die gesunde Ernährung sehen die Eltern als ein großes Problem ein. (Was nutzt, wenn sie wissen was gesund ist, aber sie können sich das gar nicht leisten?). Bei den jungen Eltern das Problem-geringe Kochfertigkeiten. Sie kochen äußert selten oder gar nicht. Kochkurse sollen Kenntnisse liefern, wie man schnell und unkompliziert gesundes Essen vorbereiten kann. Das Problem. unsichere Umgebung-Kinder sollen sicher sein während den Interventionen. Das Personal soll qualifiziert und erfahren sein. Kinder und Eltern sollen für die Teilnahme belohnt werden (kleine Geschenke). Idee: dass die Schulkinder den Vorschulkinder über gesunde Ernährung und Bewegung berichten. Familie möchte im ganzen Prozess partizipieren, weil sie sich so wichtiger fühlen. Wichtig: Geschwister sollen auch mitmachen. Face to Face Aktivitäten, bei denen die ganze Familie dabei ist und aber auch andere Familien besser als nur die trockene Theorie. Theoretische Informationen können als Newsletter nachhause geschickt werden.

Lowenstein, 2013; USA		Qualitativ-Fokusgruppen	Keine Kinder	<12 Jahren	24 Väter	Wie sehen die Väter ihre Rolle bei den Akteuren des Gesundheitswesens (vor allem Kinderärzte) bzgl. der Übergewichtsprävention ihrer Kinder	Väter erwähnen, dass sie selten mit ihren Kinderärzten oder -ärztinnen über Ernährung, Bewegung sprechen. Meinung: Ärzte/Ärztinnen sind da, um ein Problem zu lösen und nicht für die Prävention, deswegen sprechen Väter sie nicht an bzgl. Essen, Bewegung, Medienkonsum, etc. Väter glauben, wenn Arzt oder Ärztin sie über Bewegung oder Ernährung anspricht, dass dies eine indirekte Anschuldigung ist. Sie wünschen sich, dass vom Anfang an die Ärzte/Ärztinnen über dieses Thema respektvoll sprechen, Ein großes Problem stellt der Fakt dar: dass, wenn beide Elternteile anwesend sind, wird in der Regel überwiegend mit der Mutter gesprochen. Wenn etwas nicht stimmt, ist es besser zu betonen wie man das Verhalten ändern kann und wie man alles verbessern kann und nicht ausschließlich was man falsch macht. Die Sprache soll verständlich für alle sein.
Manios, 2014; EU	ToyBox-study	Quantitativ RCT	7056 Kinder (48 % Mädchen)	Kindergartenalter	7056 Eltern	Vorstellung eines multimodalen internationalen (EU-weitem) Programm zur gesunden Ernährungs- und Bewegungsförderung in den Kindergärten.	Randomisierung und Stratifizierung fand aufgrund der SES der teilnehmenden Kommunen statt. Rekrutierung fiel nicht besonders gut aus. Nur ca. 1/3 teilgenommen. Erzieherinnen u. Erzieher haben Wasser Stationen aufgebaut, gesunder Snack wurde an die Kinder verteilt. Insgesamt wurde mehr Bewegung bei den Kindern gefördert. Eltern haben das Material nach Hause zugeschickt bekommen und Newsletter, Tipcards, Poster, die Ihre Kinder gemalt haben. Eltern wurden gebeten, Änderungen Zuhause umzusetzen und als Vorbilder für ihre Familie zu fungieren. Stigmatisierungsgefahr minimiert, da alle gleiche Intervention erhielten, sowohl Über- als auch Normalgewichtige. Durch Stratifizierung in den unterschiedlichen Kommunen soll Selection bias reduziert werden, (d. h. vermieden, dass nur hoch SES teilnimmt). Eventuelle Einschränkung: keine maßgeschneiderte Intervention (one size fits all), weil die Länder innerhalb EU schon unterschiedlich sind
Maynard, 2009; UK	DEAL (DiEt and Active Living study)	Qualitativ Fokusgruppen, Interviews	44 Kinder (Mädchen 50%)	Schulalter	44 Eltern oder Großeltern	Welche Faktoren beeinflussen die Entstehung von Risikofaktoren von Übergewicht bei den Migranten? Darüber diskutierten Eltern, Großeltern, Lehrkräfte, Vertretende religiöser Gemeinden	Durchführbarkeitsstudie. 6 Schulen und 6 religiöse Institutionen (Kirschen, Moschee) wurden rekrutiert. Lehrkräfte oder Schlüsselpersonen in den religiösen Institutionen sprachen die Kinder unterschiedlicher Herkunft an. Bei Asiaten hatten die Großmütter bzw. Schwiegermütter den größten Einfluss auf das Essverhalten. Schule besseres Setting als religiöse Institutionen - dort erreicht man mehr Kinder, die Intervention kann man in das Schulcurriculum einfügen. Forschende haben größere Erfahrungen in der Arbeit mit Schulen. Aber über religiöse Institutionen waren kultursensible Angebote besser umzusetzen und mehr Familienmitglieder einzuschließen. Großeltern wichtig - aber bei Migrationshintergrund Problem: ältere Generation sprechen die Landessprache nicht gut, manche sind leseunkundig in ihrer Muttersprache.
McSweeney, 2017, UK	Study of Kids in Preschool (SKIP)	Quantitativ RCT	43 in der Interventions- und 78 in der Kontrollgruppe	3-5 Jahren	121 Eltern angesprochen-teilgenommen 15 Eltern und 21 in der Wartelistekontrollgruppe. Ein Elternteil in der Intervention und in der Kontrollgruppe sind	Evaluation einer Intervention für die ÜG Prävention (Ernährung, Bewegung)	Rekrutierung über Flyer, die das Personal im Kindergarten den Eltern verteilt hat. Zusätzlich das Forschungsteam war an manchen Tagen anwesend in der Zeit, wenn die Eltern ihre Kinder zu Kindergarten bringen oder abholen und haben sich persönlich mit den Eltern unterhalten. Rekrutierung; nicht so gut von 40 Schulen nur 4 teilgenommen und von 121 nur 36 (30 %) Eltern teilgenommen. Größte Barriere- Zeit-Kollaudierung mit Arbeitszeiten. Das Problem- selbst wenn man eine Erlaubnis vom Kindergartenleitung bekommen hat, das Personal ist nicht sicher was von denen erwartet wird, deswegen helfen sie nicht bei dem Rekrutierungsprozess

					nicht zu Ende geblieben		und überlassen die Kommunikation mit den Eltern der Kindergartenleitung oder dem Forschungsteam. Man muss das Personal aktiv einschließen und aktiv sagen was das Ziel sind und wie kann das Personal von der Intervention profitieren. Vorschlag, dass die Institutionen vor der Intervention etwas wie z. B. Schnupperkurse (Kochkurs) für die ganze Familie organisiert wie eine Einführung in die Intervention und sagen, wenn es Ihnen gefallen hat dann nehmen sie an der Intervention teil-Niedrigschwelligkeit. Evaluation. Manche Gesundheitsverhaltensweisen haben sich verbessert. Primary Ocomes-PA Ziel 180 min Aktivitäten pro Tag nicht erreicht.
Normann 2016; Schweden	HSS – Healthy School Start	Fokusgruppeninterviews mit Lehrpersonen und Eltern	Keine Kinder haben teilgenommen, ausschließlich Fokusgruppen mit Eltern und Professionellen	Grundschulalter	Eltern = 14 Lehrkräfte = 10	Evaluation der HSS Intervention und Identifikation von hemmenden und fördernden Faktoren zur Teilnahmebereitschaft aus Sicht des Lehrpersonals und der Eltern	Die größten Barrieren und Förderungen für Eltern waren hauptsächlich: <ul style="list-style-type: none"> - Wahrgenommene Relevanz der Intervention - Nutzen der Materialien - Erfahrungen des Motivationsgesprächs - Partizipation des angesprochenen Familienmitglieds - Kooperation zwischen Schule und Zuhause - Eltern als Vorbildfunktion
Olvera, 2010, USA	BOUNCE (Behavior Opportunities Uniting Nutrition, Counseling, and Exercise)	RCT	46 Mädchen	7-13 Jahren	46 Mütter	Evaluation eines Projektes zur Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, gesundheitsbezogenes Verhalten) für Mütter und Töchter	46 Mütter/Töchter Dyaden haben an der Intervention teilgenommen (77 % von angesprochenen). Dropout-11 Mütter (Gründe: religiöse, gesundheitliche, und Kollidieren mit den Arbeitszeiten). Die interventionsgruppe hatte wöchentlich unterschiedliche sportliche Aktivitäten (45 Min) wie Salsa, Basketball, etc. Ernährungsberatung wie auch eine Coaching mit einem Verhaltenstherapeuten. Die Kontrollgruppe hatte unterschiedliche schriftliche Informationen bekommen. Bei den Töchtern hatte sich die aerobische Kapazität (physische Fitness) erhöht. Keine Änderungen bei den Müttern. Das Konsum von gesundem Lebensmittel hatte sich bei den beiden Gruppen erhöht. Insgesamt eine gute Rekrutierungsrate über Flyer, der an die Latino Familien verschickt wurde. Allerdings handelt es sich um eine kleine Stichprobe.
Patino-Fernandez, 2013 USA		qualitativ	Keine Kinder	Grundschulkind	9 Eltern	Wie stellen sich Latino Eltern eine gelungene ÜG präventive Maßnahme vor?	Über die Schulen wurden die Infos über die Latino Eltern gesammelt. Im nächsten Schritt wurden alle ca.120 Latino Eltern angeschrieben und zu den Fokusgruppen eingeladen. Ca. 40 % hatte sich gemeldet und 23 wollten teilnehmen und davon haben tatsächlich nur 9 teilgenommen. Der Grund war Kollidieren mit Arbeitszeiten. Teilgenommen.8 Mütter und 1 Vater (von 5 Mädchen und 4 Jungen). Zusätzlich 7 Lehrkräfte und anderes Schulpersonal. Teilnahme wurde belohnt mit Gutscheinen (2 Dollar). Meisten Eltern zwingen ihre Kinder nicht, alles auf dem Teller aufzuessen. Eltern denken, dass die Schule den Kindern das Wissen über gesunde Ernährung übermitteln soll und, dass die Schule dafür sorgen muss, das man genug Bewegung anbietet. Lehrkräfte denken dagegen, dass dafür die Eltern zuständig sind. Probleme: Kinder wählerisch; sie wollen das neue Essen erstmal gar nicht probieren. Das gesunde Essen ist meisten teuer. Besorgnis über die Sicherheit in der Nachbarschaft. Eltern möchten interaktive Programme; Bildung aber auch praktische Anwendung wie z. B. Rezepte.

Plachta-Danielzik, 2012 Deutschland	KOPS	quantitativ	15251 Familien angesprochen 780 Kinder Intervention und 92 Familienintervention	5-16 Jahren	92 Familien	<p>Evaluation von Kiel Obesity Prevention Study (KOPS)</p> <p>Erfahrungen der Kieler Studie: Wann soll man mit der Prävention einsetzen? Welche Effektstärke braucht eine Intervention um wirksam bezeichnet werden zu können? Welche Ansätze eignen sich für präventive Maßnahmen</p>	<p>Aus Allen Schülern, die in Kiel eingeschult wurden, drei repräsentative Stichproben. Diejenigen, die wiederholt an den Programm mit 15 teilgenommen haben waren weiblich, nicht übergewichtig und mit hohem SES. Familienintervention schon bei den übergewichtigen Kindern oder einem Elternteil. Ein niedriger sozialer Status ist nicht nur eine Determinante von Übergewicht er ist auch eine Barriere gegenüber Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht. So erreichte die schulische Gesundheitsförderung und auch die Beratung in der Familie nahezu „nur“ Kinder aus sozial besser gestellten Familien.. Das Wissen nahezu aller Kinder wurde deutlich verbessert. Das Problem ist vielmehr eine sozial ungleich verteilte Gesundheitskompetenz, das heißt, die Möglichkeiten zur Umsetzung von Wissen sind sozial ungleich verteilt. Es ist wahrscheinlich, dass rein schulische „Ansätze“ (wie Information, Beratung, Schulung) das Problem nicht lösen, wenn nicht auch die sozialen, familiären und kulturellen Kontexte als Adipositas Ursachen berücksichtigt werden. Eine weitere Barriere gegenüber Interventionsmaßnahmen ist eine nicht-deutsche Nationalität.</p> <p>Man soll in der Prävention vor der Einschulung einsetzen. Diejenigen die bei der Geburt übergewichtig sind, kommen meisten auf normal Gewicht nach zwei Jahren. Oder später. Aber ab 6 Jahren bleibt das Übergewicht bis zum 10 Lebensjahr. Therapien für die Kinder unter 6 bringen nicht viel sondern allgemeine Prävention sinnvoller</p>
Po'e, 2013 USA	GROW	quantitativ	600	3-5 Jahren	600	<p>Welche unterschiedliche Effekte kann eine Intervention hervorrufen?</p>	<p>Latino oder Afroamerikaner. Rekrutierung durch Arztpraxen, Vorschule, Kitas, Kirchen, Gemeinden. Schriftliche Materialien:Poster, Flyer, Mund zu Mund Propaganda, Radiosender. Es wurden auch bekannte Personen aus dem Quartier engagiert. Retention durch unterschiedliche Maßnahmen gewährleistet: ständiges Kontakt mit dem Personal, auch finanzielle Anreize zu bleiben. Flexible Interventionszeiten. Um Intervention zu folgen war keine große Gesundheitskompetenz nötig. Soziale Netzwerke von Eltern wurden gefördert um die Nachhaltigkeit zu gewährleisten.</p>
Renner, 2010 Deutschland		qualitativ	Keine, Umfrage von Projektbeteiligten zur Frühen Hilfe	Frühe Hilfe		<p>Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. Welche Berufsgruppen können als Zugangswege für vulnerable Gruppen dienen?</p>	<p>Agierende des Gesundheitssystems haben höchste Bedeutung als Zugangsweg zu hoch belasteten Familien. Die zusammengefassten Erfahrungen aus den Modellprojekten verdeutlichen jedoch, dass die Qualität der Zusammenarbeit noch nicht durchweg den Hoffnungen und Erwartungen entspricht. So wird insbesondere die Qualität der Kooperation zwischen Anbietenden Früher Hilfen auf der einen Seite und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auf der anderen Seite noch als zu gering beurteilt. Ein starkes Engagement im Feld Früher Hilfen scheint unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns den Eigeninteressen als selbstständig Tätige eher entgegenzustehen: Trotz grundsätzlicher Bereitschaft fürchten Ärztinnen und Ärzte Verdienstaustausch und beklagen Unsicherheiten mit Blick auf den Datenschutz sowie mögliche Vertrauensverluste ihrer Patientinnen und Patienten. Um Ärztinnen und Ärzte zu unterstützen, werden zudem Informationen zu rechtlichen Grundlagen, Epidemiologie und Risikoerkennung erarbeitet und den</p>

							beteiligten Vertragsärztinnen und -ärzten zur Verfügung gestellt. Die Kooperation mit freiberuflichen Hebammen wird von den Modellprojekten vor dem Hintergrund der praktischen Erfahrung positiv beurteilt: Hebammen sind hoch relevant für den Zugang zu belasteten Familien, die Qualität der Zusammenarbeit ist gut, und eine dauerhafte Kooperation im Kontext Früher Hilfen erscheint realistisch; nicht zuletzt auch wegen des hohen „Eigeninteresses“, das bei dieser Berufsgruppe vermutet wird, und des eher gering eingeschätzten Aufwandes zur Pflege der Kooperationsbeziehungen. Zur Unterstützung der Hebammen als Teil des Frühe-Hilfen-Netzwerkes in Deutschland sollen zwei Impulse weiterverfolgt werden: die Entwicklung einheitlicher Qualitätsstandards bei der Fortbildung zur Familienhebamme und die Überführung von Familienhebammenleistungen in die Regelversorgung.
Ward, 2016 USA	Healthy Family Child Care Homes	quantitativ RCT	496 Kinder	Kindergartenalter, bzw. Tagesmütter- alter	496 Familien	Wie kann man Tagesmütter rek- rutieren um ein Programm zur ÜG Prävention durchführen zu können	Zuerst wurden die zu rekrutierenden Beteiligten per E-Mail informiert. Danach wurden die Tagesmütter per Telefon kontaktiert. Diese Tagesmütter haben dann das Infomaterial den Eltern gereicht. Rekrutierung war nicht besonderes erfolgreich am Anfang. Danach eine Revision der Rekrutierung, das Infomaterial wurde überarbeitet; die Botschaft war klarer, ohne Umgangssprache, für jeden Stakeholder separate Material. Erhöhung des Engagements von Kommune, Auseinandersetzung mit den Sorgen von Tagesmüttern und direkte Erhöhung des Engagements von Eltern. Warum die Tagesmütter nicht teilgenommen haben: sie hatten Sorgen wegen der Zeit, wollen nicht am Messen teilnehmen und hatten Sorgen wie die Infos genutzt werden. Das Team hat das Material für die Eltern persönlich gebracht anstatt per Post. und klar artikuliert was zu erwarten ist. Die Provider haben Poster bekommen auch mit Flyern und FAQ von Eltern. Das Material war kompakter, die überflüssige Infos entfernt. Beziehungen zu den lokalen Kommunen sehr wichtig. Weil dann fühlen sich Provider von jemandem angesprochen, den sie kennen und wichtig finden.
Warschburger, 2015 Deutschland		Qualitativ Und quanlitativ		3-6 Jahren	41 Mütter Inter- views 219 Mütter Haupt- erhebung, Messun- gen und Fragebö- gen		Familien mit niedrigem SES und/oder Familien mit einem übergewichtigem Elternteil wurden zuerst per Fokusgruppen befragt bzgl. ihrer Wünsche und potentieller Barrieren an einem Programm teilzunehmen. Die Studie wurde eingeschlossen, weil es um alle Kinder geht. Ein übergewichtiger Elternteil wurde als eine Risikogruppe für Familien verstanden. Es geht um Primärprävention und nicht um Therapieansätze für übergewichtige Kinder. Keine der Mütter schon übergewichtiger Kinder wollte an solchem Programm teilnehmen. Quantitative Auswertung zeigt, dass die meisten Mütter nicht bereit wären an einem Programm zu ÜG-Prävention teilzunehmen. Diejenigen, bei denen Problembewusstsein besteht, sind Mütter von übergewichtigen Kindern, SES der Mütter und die Selbstwirksamkeitserwartung der Mütter. Fast alle Mütter befinden sich in einer Phase, in der sie selbst besser kochen wollen, auf Bewegung ihrer Kinder achten usw. Allgemein: Mütter unterschätzen die Gefahr von ÜG. Weniger Sitzungen mit der Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

							<p>Weiterhin wünschten sich 68,5 % praktische Hilfestellungen und 46 % einen Problemaustausch mit anderen Eltern. Zur Vermittlung der Programminhalte wurden überwiegend (61 %) Motivationshilfen für eine gesunde Ernährung bzw. Bewegung als sinnvoll erachtet, 33 % der Mütter berichteten auch über den Bedarf an Grundlagenwissen. Die Vermittlung der Inhalte durch Kita-Erzieherinnen u. -Erzieher wurde eher kritisch betrachtet. Daraus wurde ein Programm tatsächlich entwickelt: Der Schulungsansatz beinhaltet neben Grundlagenwissen vor allem alltagsrelevante Hinweise zur Umsetzung einer gesunden Lebensweise. Die Programminhalte wurden durch Videosequenzen, kurze Zusammenfassungen und Alternativlisten anschaulich ergänzt. Zur besseren Erreichbarkeit der Eltern wurden in einer Gruppe Gesprächsstrategien zur Steigerung der elterlichen Risikowahrnehmung sowie der Selbstwirksamkeitserwartung eingesetzt. Diese sollte dazu dienen, insbesondere Risikogruppen anzusprechen und den Mitarbeitenden der Kitas (pädagogische Fachkräfte und Küchenmitarbeitende) eine Strategie für eine solche Ansprache der Eltern an die Hand zu geben. Evaluation des Pilotprojektes zeigt hohe Zufriedenheitswerte bei den Müttern und Erzieherinnen bzw. Erziehern.</p>
Young, 2016 USA	Intergenerational Physical Activity Intervention for Grandparents Raising Grandchildren+	Qualitativ Und quantitativ	23	M=11 Jahre	12 Großmütter rekrutiert, 10 angefangen, 8 Zu Ende geblieben	Wie kann man intergenerationale Interventionen gestalten?	<p>Großeltern und Enkelkinder Zumba. Großeltern haben entschieden Zumba zu machen. Forscher haben Community kontaktiert, die haben Organisationen und potentiellen TN vorgeschlagen. Flyer in den Kliniken, Kirchen und Geschäften. Zwei nicht TN wegen gesundheitlicher Probleme und Arbeitszeiten. 2 TN Dropout wg. sozialer Aktivitäten und Arbeitszeiten. Motive: die ganze Familie einzuschließen. Etwas Gemeinsames tun. Positiv: man kann mit den Enkeln trainieren. Sonst ist das nicht möglich an den anderen Plätzen. Gut: man braucht keine Kinderbetreuung weil die Kinder mitmachen. Fazit: Community kann besser in Rekrutierung helfen als die einzelnen Personen.</p>
<p>Summe: 37 primäre Studien</p>							

Tabelle 5: Ergebnisse Reviews

Autoren	Jahr	Titel	Land/Region
Ash, Tayla; Agaronov, Alen; Young, Ta'Loria; Aftosmes-Tobio, Alyssa; Davison, Kirsten K.	2017	Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis	Mehr als die Hälfte in Amerika, Dann Europa+Großbritannien, Australien. Neuseeland, Canada und nur wenige Interventionen in Asien, Afrika, Naher Osten, Mittlerer Osten, Südamerika oder Zentralamerika oder Caribic
Branscum, P.; Sharma, M.	2011	A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade	Hispanic-USA
Brown, Callie L.; Halvorson, Elizabeth E.; Cohen, Gail M.; Lazorick, Suzanne; Skelton, Joseph A.	2015	Addressing Childhood Obesity: Opportunities for Prevention	
Cinelli, Renata L.; O'Dea, Jennifer A.	2016	Obesity Prevention Programs in Children: Impact on Weight, Shape and Food Concern	ein narratives Review über die Behandlung und Prävention von kindlichem Übergewicht mit einem Beispiel einer Intervention Illawarra Health Cohort Intervention in Australien
Clarke, J.; Fletcher, B.; Lancashire, E.; Pallan, M.; Adab, P.	2013	The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review	USA, Australien, Neuseeland, Canada, Thailand, Schweiz, UK und EU
Davison, K. K.; Kitos, N.; Aftosmes-Tobio, A.; Ash, T.; Agaronov, A.; Sepulveda, M.; Haines, J.	2018	The forgotten parent: Fathers' representation in family interventions to prevent childhood obesity	USA, Europa/Großbritannien, Australien, Neuseeland
Davison, Kirsten K.; Gavarkovs, Adam; McBride, Brent; Kotelchuck, Milton; Levy, Raymond; Taveras, Elsie M.	2019	Engaging Fathers in Early Obesity Prevention During the First 1,000 Days: Policy, Systems, and Environmental Change Strategies	USA
Davison, Kirsten K.; Lawson, Hal A.; Coatsworth, J. Douglas	2012	The Family-centered Action Model of Intervention Layout and Implementation (FAMILI): the example of childhood obesity	USA
Hearn, Lydia A.; Miller, Margaret R.; Campbell-Pope, Renee	2008	Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity	Australien
Hingle, Melanie D.; O'Connor, Teresia M.; Dave, Jayna M.; Baranowski, Tom	2010	Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: A systematic review	USA, Australien, Belgien und Frankreich
Kornet-van der Aa, D A; Altenburg, T. M.; van Randeraad-van der Zee, C H; Chinapaw, M. J.	2017	The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review	USA, Australien, Schweden und Indien

M.; Kornet-van der Aa, D. A.; van Randeraad-			
Kornet-van der Aa, D A; van Randeraad-van der Zee, C H; Mayer, J.; Borys, J. M.; China-paw	2018	Recommendations for obesity prevention among adolescents from disadvantaged backgrounds: a concept mapping study among scientific and professional experts	EU
Langford, Rebecca; Bonell, Christopher; Jones, Hayley; Campbell, Rona	2015	Obesity prevention and the Health promoting Schools framework: essential components and barriers to success	USA, EU(UK, Norwegen, Niederlande, Spanien, Belgien. Finland, Frankreich, Deutschland, Schweiz, Australien
Mack, Isabelle; Bayer, Carolin; Schäffeler, Norbert; Reiband, Nadine; Brölz, Ellen; Zurstiege, Guido; Fernandez-Aranda, Fernando; Gawrilow, Caterina	2017	Chances and limitations of video games in the fight against childhood obesity - A systematic review	
Mikkelsen, Mette V.; Husby, Sofie; Skov, Laurits R.; Perez-Cueto, Federico J. A.	2014	A systematic review of types of healthy eating interventions in preschools	Nordamerika, Asien und Europa
Morgan, Philip J.; Jones, Rachel A.; Collins, Clare E.; Hesketh, Kylie D.; Young, Myles D.; Burrows, Tracy L.; Magarey, Anthea M.; Brown, Helen L.; Hinkley, Trina	2016	Practicalities and Research Considerations for Conducting Childhood Obesity Prevention Interventions with Families	Australien
Morgan, Philip J.; Young, Myles D.; Lloyd, Adam B.; Wang, Monica L.; Eather, Narelle; Miller, Andrew; Murtagh, Elaine M.; Barnes	2017	Involvement of Fathers in Pediatric Obesity Treatment and Prevention Trials: A Systematic Review	USA, Australien, UK und die anderen
Morris, Heather; Skouteris, Helen; Edwards, Susan; Rutherford, Leonie	2015	Obesity prevention interventions in early childhood education and care settings with parental involvement: a systematic review	Australien, USA, Schweiz, Frankreich, Belgium, Deutschland, China, Kolumbien und Schottland
Moya, Manuel	2008	An update in prevention and treatment of pediatric obesity	
O'Connor, Teresia M.; Jago, Russell; Baranowski, Tom	2009	Engaging Parents to Increase Youth Physical Activity A Systematic Review	
O'Connor, Teresia; Perez, Oriana; Garcia, Isabel Colón; Gallagher, Martina	2018	Engaging Latino Fathers in Children's Eating and Other Obesity-Related Behaviors: a Review	

Platte, Petra; Vögele, Claus; Meule, Adrian	2014	Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Prävention und Behandlung	
Pocock, M.; Trivedi, D.; Wills, W.; Bunn, F.; Magnusson, J.	2010	Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies	Kanada, USA, Australien
Roseman, M.G., Riddell, M.C. & Haynes, J.N.	2011	A Content Analysis of Kindergarten-12th Grade School-based Nutrition Interventions: Taking advantage of Past Learnings	USA
Schmidt, M.E., Haines, J., O'Brien, A., McDonald, J., Price, S. Sherry, B. & Taveras, E.M.	2012	Systematic Review of Effective Strategies for Reducing Screen Time Among Young Children	USA
Thury, Chad; de Matos, Carla Valentina Melo	2015	Prevention of childhood obesity: a review of the current guidelines and supporting evidence	
van der Kruk, J. J., Kortekaas, F., Lucas, C. & Jager-Wittenaar, H.	2013	Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with nutritional focus	Niederlande/Europa
van Lippevelde, Wendy; Verloigne, Maité; Bourdeaudhuij, Ilse de; Brug, Johannes; Bjelland, Mona; Lien, Nanna; Maes, Lea	2012	Does parental involvement make a difference in school-based nutrition and physical activity interventions? A systematic review of randomized controlled trials	USA, Australien, Belgien
Wann, Taylor; Hayes, Logan; Marshment, Greg; Marcum, Caitlyn; Meiklejohn, Michelle; Branscum, Paul	2015	Native American childhood obesity prevention interventions: a systematic review	USA
Zenzen, W. & Kridli, S.	2009	Integrative Review of School-based Childhood Obesity Prevention Programs	USA
Summe: 30 Reviews			

Tabelle 6: Ergebnisse Praxisprojekte

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
1. Entwicklung von lebensbezogenen Gesundheitsförderungskonzepten zur Vorbeugung von Übergewicht, Bewegungsmangel und Stress junger Familien in sozial benachteiligten Stadtteilen in Bochum	Junge Familien	Sozial benachteiligte Stadtquartiere	Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Lebens(um)welten Sozial benachteiligte Familien sollen erreicht werden	Forschungsprojekt, das von der AG7 durchgeführt wird Befragung von jungen Familien in sozial benachteiligten Stadtteilen in Bochum Maßnahmen werden nach Bedarfsplanung konzipiert und umgesetzt Projekt läuft noch, kein Abschlussbericht zu finden		Partizipation junger Familien an der Bedarfsermittlung und an Maßnahmen zur Prävention vom Kinderübergewicht angestrebt Grad: 6	Datenbank: Handsuche Sonstige ausgewertete Quellen: https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag7/projekt/EIGko-BO.html Kein Abschlussbericht zu den Ergebnissen zu finden
2. Komm mit in das gesunde Boot	Kita-Kinder & Grundschulkin-der, Lehrkräfte	Kindertagesstätte Grundschule	Förderung von ausreichender Bewegung, sinnvolle Freizeitgestaltung, gesunde Ernährung Kinder sollen Kompetenzen in den Drei Handlungsbereichen lernen Ziel: Kompetenzen führen zu gesteigerter Lebensqualität; Erwerb von Wissen über körperliche, emotionale und geistige Fitness; Aufzeigen von Handlungsalternativen Identifikationsfiguren mithilfe Piratenkinder Finn und Fine Elternbroschüre zum Kindergartenprogramm	Multiplikatorenansatz (Erzieher/ Erzieherinnen) (Wartha et al., 2014) Höhere Einbindung von Eltern wird durch direkten Kontakt mit Betreuungskräften aus den Einrichtungen Intensivierung der Elternarbeit durch Einsatz von vorhandenen bzw. Neu konzipierten Elternbausteinen Anwendung eines Planungsmodells Intervention Mapping hilft dabei, Zielgruppe und Setting im Fokus zu haben (Wartha, Kobel, Lämmle, Mosler & Steinacker, 2016) Elternbriefe (5 Briefe im Jahr): zu passenden Zeitpunkten ausgeben, damit Eltern über aktuell behandelte Themen informiert werden; Briefe in verschiedenen Sprachen (Deutsch, Türkisch, Russisch)		Projekt gewinnt verschiedene Preise Grad der Partizipation: 3, da Eltern nur in die Intervention integriert werden durch Elternabende und –briefe, ohne mitzuent-scheiden oder Bedarfe zu äußern	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/komm-mit-in-das-gesunde-boot/ https://www.gesundesboot.de/das-programm/downloads/ Literatur: Wartha et al., 2014 Wartha, Kobel, Lämmle, Mosler & Steinacker, 2016

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
				Elternabende, Elterngespräche, Elternkontakte bei Bring und Abholsituationen Eltern werden durch Informationsmaterialien in Elternabenden Denkanstöße gegeben, wie sie ihre Kinder bei einer gesunden Ernährung unterstützen können			
3. Gesund leben in der Schwangerschaft (GeliS)	Schwangere	Frauenarztpraxen	Drei Beratungsgespräche über Ernährung und Bewegung und angemessener Gewichtszunahme während der Schwangerschaft Ein weiteres Beratungsgespräch nach der Geburt des Kindes Aufkleber für Mutterpass/Kinder-Untersuchungsheft Flyer/Broschüren Bewegungsprogramm mit Übungen für jeden Tag Schrittzähler	Ansprache der Frauen über geschulte Beratende in der Frauenarztpraxis: niedrigschwellig, da keine weiteren Termine neben der normalen Vorsorgeuntersuchung gemacht werden musste		Wirksamkeit: Teilnehmerinnen fühlen sich durch Schulungen gut beraten Beratungsangebote werden gerne wahrgenommen Grad der Partizipation: 3	Datenbank: Handsuche http://www.kern.bayern.de/gelis Rauh, Kunath, Rosenfeld, Kick, Ulm & Hauner, 2014
4. Gesund ins Leben - Netzwerk junge Familien	Werdende Eltern und junge Familien	Familie	Zusammenschluss von 600 Institutionen und Akteuren, die Familien mit den notwendigen Botschaften und Alltagswissen zur Ernährungserziehung und -bildung versorgen (insbesondere Frauenärzte, Hebammen, Kinder- und Jugendärzte) Flyer Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk junge Familie“	Integration der Empfehlungen in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Berufsgruppen Überarbeitung missverständlicher Formulierungen Kommunikation wissenschaftlicher Hintergründe	Handlungsempfehlungen können nicht in die Hebammenpraxis nicht gelungen	Akteure haben regelmäßig Kontakt zu jungen Eltern Grad der Partizipation: 4	Datenbank: Handsuche (INFORM) https://www.bzfe.de/inhalt/netzwerk-gesund-ins-leben-5522.html https://www.gesund-ins-leben.de/inhalt/zur-akzeptanz-der-handlungsempfehlungen-von-gesund-ins-leben-zum-1-lebensjahr-30568.html

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
							https://www.inform.de/netzwerk/projekte/gesund-ins-leben-netzwerk-junge-familie/
5. Gut essen macht stark	Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien mit und ohne Migrationshintergrund	Kindertagesstätten und Schulen	<p>Verbesserung des Verpflegungsangebot, Ernährungsberatung und Stärkung der Elternkommunikation</p> <p>Ernährungsbildungsaktion (Essen und Trinken)</p> <p>Jede Einrichtung formuliert Bedarfe und Bedürfnisse, Fachkräfte formulieren individuelles Beratungs- und Maßnahmenpaket</p>	Keine Angaben	Keine Angaben	Grad der Partizipation:	<p>Datenbank: Handsuche (INFORM)</p> <p>https://www.verbraucherzentrale.de/gut-essen-macht-stark-29540</p> <p>https://www.inform.de/netzwerk/projekte/gut-essen-macht-stark/</p> <p>https://www.jugendhilfeportal.de/kindertagesbetreuung/artikel/neues-projekt-gut-essen-macht-stark-in-kitas/</p>
7. Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover	Grundschüler in der Region Hannover. Der Schwerpunkt im ersten Projektjahr lag dabei auf Grundschulen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung von einem erhöhten Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder betroffen sind (> 15% über dem 90er BMI-Perzentil oder 5% über dem 97er Perzentil).	Schule / Grundschule	Handlungsfeld „Ernährung“: Ernährungswissenschaftler bzw. -wissenschaftlerinnen begleiteten einzelne Stunden und informierten in Lehreinheiten über die Herkunft und die Nährwerte von Lebensmitteln wie Getreide, Milchprodukte, Fleisch oder Süßwaren. Durch die Zubereitung von Speisen wie Müsli oder Gemüsespieße in Koch-AGs konnten die Kinder mit allen Sinnen erfahren, wie gesunde Nahrung schmeckt. Bestandteil des Projektes war auch das tägliche gemeinsame Schulfrühstück, bei	Die Erfahrungen des Ethno-Medizinischen Zentrums (Kooperation des Projektes) haben gezeigt, dass die Erreichbarkeit von Eltern mit Migrationshintergrund gesteigert wird, wenn Veranstaltungen in den Lebensräumen der Menschen stattfinden, im Projekt bietet sich das Setting Schule an. Um zu erreichen, dass möglichst viele Eltern zu den angebotenen Informationsabenden erscheinen, werden die Einladungen in die jeweiligen Sprachen übersetzt. Darüber hinaus kann die Bereitschaft der Eltern, sich mit der Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung für ihre Kinder auseinanderzusetzen, durch interkulturelle Veranstaltungen (Schulfest, Elterncafé) oder spezielle Aktionen (gemeinsames	Um Eltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, ist es hilfreich einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin aus den Reihen der Lehrerschaft, wenn möglich mit Migrationshintergrund, oder ein engagiertes Elternteil mit Migrationshintergrund zu benennen, um Fragen der Eltern zum Projekt fortlaufend zu beantworten und somit Unsicherheiten entgegen zu wirken.	Keine genauen Angaben zum Grad der Partizipation vorhanden	<p>https://www.inform.de/netzwerk/projekte/adipositaspraevention-in-grundschulen-der-region-hannover/</p> <p>Region Hannover Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Prinzenstr. 12 30159 Hannover</p> <p>Tel.: +49 511 616-22249 Tel.: +49 511 616-23384 jugendmedizin@region-hannover.de</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	Das soziale Umfeld ist durch einen niedrigen Bildungsgrad der Eltern (44%) und einen hohen Anteil (49%) von Eltern nicht deutscher Herkunft gekennzeichnet. In den bezeichneten Grundschulen bestand bei den Sechsjährigen bereits eine Gewichtsverteilung, die der Situation der Normalpopulation in der 4. Klasse nahekommt.		dem auf Tischmanieren geachtet wurde. Handlungsfeld Bewegung: Eine Sportwissenschaftlerin machte die Lehrkräfte auf neue Wege zur Förderung von motorischen Fähigkeiten der Kinder im Sportunterricht aufmerksam. Unter der Anleitung von Übungsleiterinnen wurde zudem in allen Klassen der "5-Minuten-Pausenspaß" während des Unterrichts eingeführt. Mobile Sportgeräte wie Federball, Stelzen, Hula-Hoop-Reifen oder Springseile kamen in der großen Pause ebenso zum Einsatz wie neu installierte Basketballkörbe, Tischtennisplatten und Fußballfelder. Besondere Aufmerksamkeit erreichten Aktionstage mit Tanzkursen unter Anleitung eines Salsa-Choreografen und eines Hip-Hop-Weltmeisters. Auch die Eltern wurden in das Programm einbezogen.	Frühstück) erhöht werden. Um Eltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, ist es hilfreich eine Ansprechperson aus den Reihen der Lehrerschaft, wenn möglich mit Migrationshintergrund, oder ein engagiertes Elternteil mit Migrationshintergrund zu benennen, um Fragen der Eltern zum Projekt fortlaufend zu beantworten und somit Unsicherheiten entgegen zu wirken.	Eltern wurden durch verschiedene Veranstaltungen an Vormittagen, Nachmittagen oder Abenden informiert und dazu angeregt, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder unterstützen können. Intensive Elternarbeit trug wesentlich zu einer Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei. Schwer erreichbare Eltern, insbesondere Eltern mit Migrationshintergrund konnten durch niedrigschwellige Angebote (Elterncafés, von Kindern mit gestaltete Eltern-Kind-Nachmittage) gelockt und informiert werden.		
8. Prävention durch Aktivität im Kindergarten (PAKT)	Kinder	Kindergarten	Entwicklung eines Bewegungsprogramms für Kindergärten mit unterschiedlichen Voraussetzungen 30 Minuten tägliches Bewegungsangebot im Kindergarten Wöchentliche 1-2 Bewegungshausaufgaben Ideenkarten für bewegte Ferienzeiten	Keine Angaben	Keine Angaben	21, 5% der Familien haben Bewegungshausaufgaben nicht umgesetzt 67,8 % der Eltern bewerten sie als gute Anregung für einen aktiven Alltag 82% der Mütter spielten mit ihren Kindern regelmäßig die Bewegungshausaufgaben, 38% der Väter	Datenbank: KNP https://docplayer.org/36354042-Praevention-durch-aktivitaet-im-kindergarten-pakt-und-mehr.html https://d-nb.info/1079594884/34

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			Elterninformationen (Elternabende, Infolyer, Elternbriefe)			50% der Eltern berichten positive Effekte auf körperliche Aktivität, motorische Leistung, Unfallfrequenz tps://docplayer.org/36354042-Praevention-durch-aktivitaet-im-kindergarten-pakt-und-mehr.html , Ausgeglichenheit und Konzentrationsfähigkeit bei ihren Kindern Grad der Partizipation: 3	
9. Immer Zirkus ums Essen-entwicklung und Evaluation einer kindergartenbasierten Intervention zur Prävention von Übergewicht und Adipositas	Kinder	Kindertagesstätte		Motivierende Gesprächsführung als eine Zugangsstrategie entwickelt und ausprobiert, die per halbstandardisierten Gespräche, Eltern zur Teilnahme an einer selektiven Maßnahme motiviert Ziel der motivierenden Gespräche ist es, die Teilnahmebereitschaft an einem Kurs bei wenig motivierten und wenig problembewussten Eltern zu erhöhen. Fehlendes Problembewusstsein ist in dem Stadienmodell der Verhaltensänderung das Hauptmerkmal des Stadiums Absichtslosigkeit	Zur Motivation der Eltern wurden verbale Strategien entwickelt, die die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung zugrunde legen (Ergebnisse waren jedoch enttäuschend)	Grad der Partizipation: 2	Datenbank: KNP Bühler et al., 2008; Bühler 2015
10. Langzeitevaluation des Präventionsprogramms Lenzgesund	Ziel der Maßnahme ist es, das Gesundheitsbewusstsein der Bewohnerschaft zu stärken und so einen Beitrag zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleich-	Kommune (benachteiligtes Quartier Hamburg-Eimsbüt- tel)	Vernetzte frühe Hilfen rund um Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Es werden verschiedene Einzelinterventionen durchgeführt, um Familien zu erreichen: Eine dieser Interventionen stellt der Kurs „Baby-Führerschein“ dar, ein 12-wöchiger Kurs zur Förderung der Elternkompetenz für ein Aufwachsen in guter Gesundheit für Eltern und	Dieses Projekt stellt ein gutes Beispiel für die Umsetzung einer professionellen Multiplikatorenstrategie mit Hilfe des Instruments „Gesundheitsscout“. Der Einsatz eines für das Quartier zuständigen Gesundheitsscout konnte die Erreichbarkeit von Frauen / Müttern und deren aktive Beteiligung verbessern. Was den Erfolg des Scouts bei Müttern und Kindern betrifft, hat	Beim Gesundheitsscout handelt es sich um eine Intervention auf der strukturellen Ebene, mit der der Zugang zu bestehenden Angeboten und Maßnahmen für die Bewohnerinnen und Bewohner der Lenzsiedlung dahingehend erleichtert werden sollte, dass	Ein Schwerpunkt der Quartiersentwicklung soll weiterhin auf die Intensivierung der „Bürgerbeteiligung“ im Sinne der stärkeren Einbeziehung von Bürgerinnen und Bürgern gelegt werden. Das ist nicht überall und vor allem nicht in Bezug auf Väter / Männer gelungen.	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit https://www.thieme-connect.com/products/e-journals/abstract/10.1055/s-0032-1307282

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	heit von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern zu leisten. Die intersektorale Zusammenarbeit soll gestärkt werden, indem beteiligte Akteure vernetzt und langfristige Strukturen aufgebaut werden. Prioritäre Zielgruppen: Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen, die Arbeitslosigkeit 2 beziehen, Schwangere in schwieriger sozialer Lage und Zugewanderte in schwieriger sozialer Lage		ihre 0- bis 2-jährigen Kinder. Dabei werden die teilnehmenden Familien persönlich u.a. durch eine, ausschließlich für das Quartier tätige Familienhebamme, angesprochen. Zudem werden Familien über das Jugendamt vermittelt und das Angebot über Mundpropaganda in Anspruch genommen. Letzteres hat sich nach Meinung der Beteiligten als besonders effektiv herausgestellt. Inhalte des Programms sind u.a. Themen, wie Ernährung, Schlaf und die Eltern-Kind-Bindung. Diese Themen werden in Gruppenarbeiten mit Informations- und Praxisphase erarbeitet, ferner wird ein Ordner mit Informationen zu den Themen zusammengestellt.	das Projekt den nach Meinung einer der damaligen Koordinierenden den (nicht quantifizierten) Erwartungen durchaus erfüllt. Insbesondere sind die Organisation von Schwimmkursen für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund und Aktivitäten zur Zahngesundheit mit Kindern, Müttern und Praxen zu nennen. Diese konnten hauptsächlich durch den Einsatz des Gesundheitsscout vermittelt werden.	die Informationen direkt und vor Ort an die Zielpersonen und -gruppen weitergegeben werden oder dass diese in der Sprechstunde des Gesundheitsscouts die Informationen abfragen können. Arbeitsweise: Besuch von Gruppen und Veranstaltungen im Quartier, Gespräch mit den Teilnehmenden sowie teilnehmende Beobachtung, Begehung des Quartiers (z.B. Spielplätze) und Kontaktaufnahme zu Pasanten etc. Insgesamt konnte die Erreichbarkeit (von Frauen) und deren aktive Beteiligung verbessert werden.		
11. 9 +12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr	Die Maßnahme „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ hatte zum Ziel, Familien bereits vor der Schwangerschaft bis zum Vollenden des	Familie bzw. Quartier & Gesundheitssystem: Ein wichtiger Bestandteil des Projekts war die Vernetzung, durch die eine Verbesserung der Verhältnisse angestrebt war. „9 +12“ setzte hierbei an	Verhaltenspräventiver Ansatz Die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens junger Eltern gilt als ein sehr gut geeigneter und bisher wenig erprobter Ansatz der kindlichen Übergewichtsprävention. Verhältnispräventiver Ansatz:	(Gelungene) Ansprache über die vorgesehenen Kontakte mit dem medizinischen und Beratungssystem (Ärzte, Hebammen etc.). Die Mitwirkungsbereitschaft ergibt sich aus der gesetzlich geregelten Beratung der Frühe Hilfen und durch das medizinische System: Wie der Versorgungsbericht der KV Baden-Württemberg (KV 2009) zeigt, nehmen nahezu alle Schwangeren in Baden-Würt-	Da schriftliches Informationsmaterial (insbesondere gegenüber sozialen Risikogruppen) in seiner Wirkung begrenzt bleibt, wurden zusätzlich kurze Filmsequenzen entwickelt, die zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt passende Botschaften	Keine näheren Angaben	https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/9_12/Reader_9_12.pdf Geschäftsstelle Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) Boyenstraße 42 10115 Berlin

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>ersten Lebensjahrs des Kindes für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren, um diesen im Alltag der Familien zu etablieren. Dabei sollte die Wahrscheinlichkeit, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln, minimiert werden. Im Rahmen des Projekts trugen die Maßnahmen zur Verbesserung der familiären und kindlichen Ernährung und Bewegung bei.</p>	<p>wichtigen Stellschrauben vor Ort an und forderte den Austausch und die Kooperationsstrukturen unterschiedlicher Beteiligter. Als besonders bedeutsam zeigten sich hierbei die medizinischen Akteure vor Ort. Das Projekt zielte darauf ab, eine bessere Versorgungsstruktur für die jungen Familien bereitzustellen und die medizinischen Beteiligten in einen aktiven Austausch zu bringen.</p>	<p>Ein wichtiger Bestandteil des Projekts war zudem die Vernetzung, durch die eine Verbesserung der Verhältnisse angestrebt war. „9 +12“ setzte hierbei an wichtigen Stellschrauben vor Ort an und förderte den Austausch und die Kooperationsstrukturen unterschiedlicher Beteiligter. Als besonders bedeutsam zeigten sich hierbei die medizinischen Akteure vor Ort. Das Projekt zielte darauf ab, eine bessere Versorgungsstruktur für die jungen Familien bereitzustellen und die medizinischen Akteure in einen aktiven Austausch zu bringen.</p>	<p>temberg an dem Mutterschaftsvorsorgesystem beim Frauenarzt teil. Zwischen 90 und 100 Prozent der jungen Eltern beanspruchen im weiteren Verlauf die Vorsorgeuntersuchungen im Säuglingsalter beim Kinder- und Jugendarzt (U-Untersuchungen). Damit unterscheidet sich „9+12“ grundsätzlich von anderen Präventionsmaßnahmen, die vorrangig die Mittelschicht erreichen und die für die Übergewichtsprävention besonders relevanten Zielgruppen somit verfehlen. Durch die Dokumentation der Beratungen werden Risikopatienten aufgrund konkreter medizinischer Indikatoren oder ihres Verhaltens identifiziert. Damit wird das Problem der stigmatisierenden Wirkung risikogruppenorientierter Präventionsmaßnahmen vermieden.</p>	<p>vermitteln. Die innovativen, alltagsnahen Filme ergänzen das persönliche Gespräch und wirken zu Hause nach. Dabei ersetzt das Filmmaterial ausdrücklich nicht das Beratungsgespräch, sondern dient zur Illustration und Vertiefung des Besprochenen zu Hause (Abb. 4). Ziel der Kurzfilme ist es auch, die (werden) Väter als Nutzergruppe emotional anzusprechen und darüber hinaus die Medienauswahl zu komplettieren. Die acht kurzen Filme (auf DVD), die auch auf dem YouTube-Kanal (https://www.youtube.com/user/Gemeinsamgesund) abrufbar sind, sprechen die Eltern emotional an und sensibilisieren mit verständlichen Informationen und Handlungsempfehlungen zu den Themen Ernährung und Bewegung. Die Empfehlungen zur Bewegungsförderung und zur Prävention von Bewegungsmangel lassen sich sehr gut alltagsnah durch bewegte Bilder vermitteln.</p>		<p>Tel.: 030 27 87 97 67 Fax: 030 27 87 97 69 plattform(at)pebonline.de</p> <p>Ansprechpartnerin:</p> <p>Anja Kretzer, Familie+ (am PartFam-Workshop teilgenommen) (Mitarbeiterin der Plattform Ernährung und Bewegung - Berlin).</p> <p>Literatur: Wäscher, C. (2016). 9 +12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 32(01), 9–11. https://doi.org/10.1055/s-00041-111421</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
12. Agil - Aktiver, gesünder is(s)t leichter!	Menschen in schwieriger sozialer Lage sind ein wichtiger Teil der Zielgruppe, auch wenn sich das Angebot in erster Linie an alle richtet. Konkret: Personen mit niedriger Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss) und Personen in strukturschwachen Wohnregionen / Quartieren	Kindertagesstätte, Schule oder im offenen Ganztags.	Die Intervention konzentriert sich auf Maßnahmen in den Handlungsfeldern: Bewegungs- und Mobilitätsförderung, Ernährung, Psychische Gesundheit, Bildung, Kommunale Strategie, Netzwerkarbeit. In Motopädie und nach den Vorgaben der DGE geschulten AGIL-Moderatoren und Moderatorinnen begleiten die Kinder, ihre Eltern und pädagogische Fachkräfte intensiv über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die sehr praktisch gehaltenen Einheiten finden wöchentlich statt und führen zu Wissensvermittlung und Verhaltensänderung durch Gewöhnung an einen gesunden Lebensstil. Nachhaltigkeit wird gesichert, da die Fachkräfte begleitend selbst zu Moderatoren bzw. Moderatorinnen ausgebildet werden und das Programm in ihrer Einrichtung weiterführen.	Einbeziehung von Moderatoren oder Moderatorinnen mit Migrationshintergrund; Anpassung der Kurs-Terminierung an die Möglichkeiten der Eltern („erst durch eine Moderatorin mit eigenem Migrationshintergrund, die die Mütter durch persönliche Ansprache in ihrem kulturellen Umfeld erreichte, wurden die Treffs gut angenommen“)	Einbeziehung von Moderatoren und Moderatorinnen mit Migrationshintergrund; Anpassung der Kurs-Terminierung an die Möglichkeiten der Eltern	Es werden im Bericht keine genauen Angaben zum Grad der Partizipation gemacht. Diese findet in Form der Teilnahme an den Kursen statt.	Abschlussbericht zu AGIL: https://www.staedteregion-aachen.de/fileadmin/user_upload/A_53/Dateien/Abschlussbericht_AGIL_0219.pdf Frau Andrea Winands StädteRegion Aachen A 53.3 Gesundheitsamt Kommunales Gesundheitsmanagement und Prävention Raum 231, Trierer Straße 1, 52078 Aachen Postanschrift: StädteRegion Aachen 52090 Aachen Telefon +49(241)51985310 Telefax +49(241)519885310 E-Mail: Andrea.Winands@staedteregion-aachen.de http://www.staedteregion-aachen.de http://www.facebook.com/StaedteRegionAachen
13. Betreuung durch Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen und -krankenschwestern bzw. -pfleger)	Eltern in belastenden Lebenssituationen	Familie	Familien niedrigschwellig betreuen und begleiten Aufgaben: Alltagspraktische Unterstützung von Familien, Förderung von Kompetenzen der Eltern in der Versorgung von Müttern und Vä-	Betreuung der Familien in Teams, um fachliche optimal zu arbeiten	Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit und Ansprache der GKV sowie des Bundesministeriums für Landwirtschaft, um finanzielle Förderung zu bekommen	Betreute Familien konnten Problemlösung der bestehenden Risiken oder zumindest eine deutliche Stabilisierung der Probleme erreichen werden Alle angesprochenen Familien haben die Bera-	Datenbank: SkAP-Datenbank https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/gesundheitsfachkraefte-in-den-fruehen-hilfen/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			tern (Inanspruchnahme einer Gesundheitsfachkraft freiwillig)			tung und Betreuung angenommen, ca. ein Viertel der Familien nehmen die Angebote proaktiv an Grad der Partizipation: 3	
14. Aktionsplan Holsteinische Schweiz - Ganztags(leichter) leben Familienassistentin (Holsteinische Schweiz, Begleiten statt Belehren)	Kinder bis zu 10 Jahren und ihre Familien	Vier Gemeinden der „Holsteinischen Schweiz“ (Kindergärten, Grundschulen, offene Ganztagschulen)	Bewegungsförderung, Ernährungsbildung, Multiplikatorenschulung, praktische Unterstützung in den Familien, Elterntrainings und der Veränderung und finanziellen Förderung der institutionellen Verpflegung	Einbezug Familienhebammen und Familienassistenten, die früh Zugang zu den Schwangeren hatten und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, bewirkten einen guten Zugang zu den Familien (auch bildungsferne und einkommensschwache Familien können erreicht werden)	Keine Angaben	Grad der Partizipation: 3	Datenbank: SkAP-Datenbank https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/PDF/Abschluss-Eutin-1.pdf
15. Peb-Lale - iss bewusst & sei aktiv!	Erwachsene mit Migrationshintergrund	Familie	Multiplikatoren und Multiplikatorinnen: Weiterbildung qualifizierte Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte zu Lale-Trainerinnen und Trainerinnen, bilinguale Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte. Vielfältige praktische Übungen, z.B. Zubereitung von Mahlzeiten oder einfache Sportübungen Teilnehmende lernen, wie sie das Gelernte in ihren Familienalltag integrieren können;	Keine Angaben	Keine Angaben	Grad der Partizipation: 4	Datenbank: SkAP-Datenbank https://www.pebonline.de/projekte/lale-iss-bewusst-sei-aktiv/ueber-das-projekt/
16. OptiSTART	- Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter - (Re)Integration von gesunder Ernährung und Bewegungsförderung	Die Maßnahme wurde für Kindertagesstätten, Grundschulen und Horte initiiert und hatte zum Ziel, Themen rund um Ernährung und Bewegung in den Alltag der Einrichtungen zu integrieren. Dabei sollte	Ernährung und Bewegung Modulare Fortbildungen für Pädagogen der beteiligten Einrichtungen zu gesunder Ernährung und Bewegungsförderung; Coachingangebote entsprechend der Wünsche und Bedarfe der Schulen und Kitas;	Die Nutzung von Festen und Feiern war eine weitere niedrigschwellige Möglichkeit, mit Eltern in Kontakt und Austausch zu treten, die optiSTART im Rahmen des Coachings genutzt hat. An diesen Festen (Sommer-, Zuckertüten-, Herbstfest ...) nahmen in der Regel alle Familien teil, so dass auch bildungsferne Eltern angesprochen werden konnten.	Die Zielgruppe der Eltern wurde auf unterschiedlichen Wegen wie zentrale Veranstaltungen und Feste, Broschüren, Flyer sowie über Elternnachmittage /-abende und Feste und Feiern in den Kitas angesprochen.	Regelmäßige Angebote zur gesunden Ernährung nach Wünschen der Kinder sowie zentrale Veranstaltungen für Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte. Darüber hinaus beinhaltete die Maßnahme Angebote zur Elternbildung. Diese	Datenbank: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/optistart/ https://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/gesundheits/kindergesundheits/optistart/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>rung in den Alltag von Kindertagesstätten und Grundschulen</p>	<p>vor allem die Prävention von Übergewicht im Kindesalter sowie die Integration von gesundem Essen in den Einrichtungen fokussiert werden.</p>	<p>Regelmäßige Angebote zur gesunden Ernährung und zur Bewegungsförderung für die Kita-Kinder und Grundschüler; Zentrale Veranstaltungen für Kinder, Eltern, Pädagogen; Angebote zur Elternbildung: Die Elternbildung ist ein weiterer wichtiger Baustein. Neben Broschüren, Materialien und Elternabenden /-nachmittagen werden vor allem Feste und Feiern der Einrichtungen als niedrigschwellige Kommunikationsplattformen erfolgreich genutzt.</p>	<p>Gemeinsame Bewegungsspiele und Aktivitäten erlaubten z. B. den augenscheinlichen Vergleich mit den motorischen Fähigkeiten anderer Kinder und boten vielfältige Gesprächsanlässe.</p>	<p>Es zeigte sich, dass all diese Formen von den teilnehmenden Eltern als positiv und gelungen bewertet wurden, aber nur der niedrigschwellige Zugang über Feste in Kitas alle Eltern erreichte. Eine Einbettung in obligatorisch stattfindende Elternabende ermöglichte ebenfalls die Ansprache aller Eltern, hier war allerdings der Umfang der optiSTART-Aktivitäten auf einen geringen Zeitrahmen (maximal 1/2 Stunde) begrenzt.</p>	<p>zentralen Veranstaltungen stellten offene Angebote dar, sodass ein niedrigschwelliger Zugang gewährleistet war. Zudem gelang der Zugang zu den Familien über Aktivitäten mit geselligem Charakter. Somit stellt dieses Projekt ein Beispiel guter Praxis in Bezug auf die PartFam-Empfehlung, Angebote praxisorientiert auszugestalten und auf ein Mitmach- und geselligen Charakter derselben achten</p>	
<p>17. Schulprogramm „TOPP“ zur Prävention von Übergewicht und Bewegungsmangel bei Jungen ab der sechsten Klasse (TOPP = Teenage Obesity Prevention Program)</p>	<p>Jungen ab der sechsten Klasse</p>	<p>Schule (Thüringen)</p>	<p>Verringerung und Vorbeugung von Übergewicht und Bewegungsmangel Projektunterricht wird von Lehrenden der teilnehmenden Schulen durchgeführt (wurden von geschulten Lehrenden des Kultusministeriums vorbereitet) Vor Intervention: Informationsabend für Eltern und ältere Schüler und Schülerinnen Anleitungen für regelmäßige Bewegungsspiele, Quiz, Brettspiel zum Vertiefen der Erkenntnisse der Ernährungspyramide Programmbegleitete Arbeitsheft zur Mitarbeit der</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Grad der Partizipation: 2</p>	<p>Datenbank: SkAP-Datenbank Liste https://d-nb.info/1001009940/34</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			Jungen (Eltern sollen dadurch in die Intervention einbezogen werden, indem sie bei den Hausaufgaben unterstützen) Neun 90-minütige Lektionen				
18. Das schmeckt gut	Eltern und ihre Kinder aus sozial benachteiligten Stadtteilen	Kindertagesstätte in einem sozial benachteiligten Stadtteil in Kiel	Durchführung des Projektes durch zweisprachige Fachkräfte, einer Ökotrophologin, einem Kinderarzt und einer Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle aus dem Stadtteil Eltern erhalten Informationen über gesunde Ernährung, Prävention von Übergewicht Wissen zu Nahrungsmitteln und Bedarfen auf spielerische Weise vermittelt sowie eine kindgerechte Reflektion der eigenen Ernährungsgewohnheiten ermöglicht	Niedrigschwelliger Ansatz: Die Eltern wurden bezüglich einer Teilnahme an dem Projekt auf verschiedenen Wegen angesprochen, sowohl im persönlichen Gespräch durch die Mitarbeitenden des Kinderhauses als auch in Form von Aushängen und schriftlichen Einladungen in der jeweiligen Muttersprache Kurz vor Projektbeginn rief eine Migrationsfachkraft des AWO-Kreisverbandes Kiel noch einmal alle Eltern an. Auf diese Weise wurde versucht, die Schwelle so niedrig wie möglich zu gestalten und auch jene Eltern zu erreichen, die tendenziell nicht an Elternabenden teilnehmen. Die Einladung richtete sich zudem auch an Eltern und Fachkräfte anderer Kindertagesstätten in Kiel-Gaarden. Die teilnehmenden Kinder wurden durch den Settingansatz des Projekts in ihrem täglichen Umfeld ohne Hürde erreicht	Für Eltern mit Migrationshintergrund wurden somit die Zugangsschwellen deutlich gesenkt: sowohl sprachlich als auch kulturell konnte auf die Bedürfnisse dieser Eltern eingegangen und eine adäquate Verständigung ermöglicht werden. Für die teilnehmenden Kinder und Eltern sind weder Kosten, Wartezeiten noch Anmeldeformalitäten entstanden. Hierdurch konnten bekannte Teilnahmebarrieren überwunden werden.	Grad der Partizipation: 2	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit, SkAP Datenbankliste https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=main2&idx=44028
19. Birnen Bert und Süsse-Susi - Gesunde Ernährung für Kinder	Das Heinsberger Präventionsprogramm sollte die Kinder im Kindergarten mit gesunder Ernährung vertraut machen und El-	Kindergarten	Damit die Eltern bewusster darauf achten, was und wie ihre Kinder essen, wurde eine Vortragsreihe zu folgenden Themen konzipiert: 1. Essen in der Familie, 2. Lebensmittel für Kinder, 3. Das übergewichtige Kind, 4.	Kinder aus sozial benachteiligten Familien konnten im Setting Kindergarten gut erreicht werden. Schwieriger war es jedoch, ihre Eltern zu erreichen.	Durch eine mit der Einladung verbundenen kurze Information zu den einzelnen Themen der Elternabende wurde versucht, einige Grundinformationen zu vermitteln. Außerdem konnten auch Eltern	Von den 14 Wegberger Kindertagesstätten beteiligten sich elf im Projektjahr 2005/2006 am Präventionsprogramm. Durch den Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Einrichtungen bekam das Programm	https://www.stierle.com/pdf/dpp4.pdf

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>tern durch Vermittlung von theoretischem Wissen und durch praktische Beispiele dazu ermuntern, auch die Essgewohnheiten zu Hause zu hinterfragen. Erklärtes Ziel des Projektes war es, die Zahl der übergewichtigen Einschulkinder zu verringern und damit langfristig die Häufigkeit ernährungsbedingter Folgeerkrankungen zu reduzieren</p>		<p>Ernährung und Suchtentstehung, 5. Ess-Störungen.</p> <p>Die Umsetzungsstrategie des Projektes bestand darin, das Programm in einem Kindergartenjahr auf eine Gemeinde oder eine Stadt des Kreises Heinsberg zu konzentrieren und es dort in möglichst vielen Einrichtungen gleichzeitig durchzuführen, um mehr öffentliches Interesse zu wecken.</p> <p>Nach den Fachvorträgen kam es auf den Elternabenden regelmäßig zu lebhaften Diskussionen über alle möglichen Probleme mit der Ernährung. In einigen Kitas bereiteten Mütter, Väter und Kinder gemeinsam ein gesundes Frühstück vor, in anderen Einrichtungen füllten die Eltern einen Obstkorb auf und ermunterten die Kinder zur Selbstbedienung.</p>		<p>aus aus sozial benachteiligten Familien über Einzelgespräch im Kindergarten gut erreicht werden.</p>	<p>den Charakter einer Gemeinschaftsaktion. Die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen beruhte auf der aktiven Mitwirkung von Kindern, Eltern und Fachkräften. Die wichtigsten externen Kooperationsbeteiligten von „Birnen-Bert und Süße-Susi“ waren die Referierenden der Fortbildungsseminare für die Erzieher und Erzieherinnen und Elternabende. Hierzu gehörten eine Ökotrophologin und ein Experte für Suchtprävention, Referenten und Referentinnen der AOK und mehrere niedergelassene Kinderärzte und -ärztinnen.</p>	
<p>20. Es bewegt sich was in Malstatt (Die Saar kommt in Fahrt)</p>	<p>Kinder im Alter von 0- 10 Jahren, Eltern, Akteure in der Kinderbetreuung</p>	<p>Kommune (sozial benachteiligter Stadtteil Saarbrückens, Malstatt)</p>	<p>Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zu den Themen Ernährung und Bewegung</p> <p>Erstellen eines Angebotskatalogs von umsetzbaren Projekten aus dem Saarland als Grundlage für die Beratung von Kitas und Schulen zur Umsetzung der Bewegungs- und Ernährungserziehung</p> <p>Zusammenarbeit mit den Gemeinweseprojekten, Vereinen, Migrantenverbände, Ärztinnen und Ärzte, um bestehende Angebote in der</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Grad der Partizipation: 4</p>	<p>Datenbank: SkAP-Datenbankliste</p> <p>https://www.adipositas-saarland.de/wp-content/uploads/2017/05/Malstatt.pdf</p> <p>https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/PDF/Abschluss-Saarbruecken-2.pdf</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			Elternarbeit und Angebote für Kinder zu unterstützen und um neue Projekte zu initiieren				
21. Kinderleicht-Quartier Horst (Fitness Olympia)	Ziel war es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder in Gelsenkirchen-Horst zu verbessern und neue Wege zur Prävention von Übergewicht bei Kindern zu erproben. Die Maßnahme zielte konkret darauf, die Quote der sportlichen Aktivitäten zu steigern und Familien mit Migrationshintergrund direkt anzusprechen. Zielgruppe der Intervention stellen 0- bis 6-jährige Kinder und ihre Eltern im Quartier Horst dar.	Quartier /Stadtteil Multiplikatoren und Multiplikatorinnen angesprochen.	Themen rund um die Ernährung Vorgehen: Im sozial benachteiligten Stadtteil wurden soziale Begegnungsorte (Vereine, Kirchen, etc.) sowie alltägliche Räume (Kindertagesstätten, Schulen) bewegungsförderlicher und auf die Förderung der gesunden Ernährung ausgerichtet. Zudem gab es im Quartiersbüro Räume für Veranstaltungen und Beratungen sowie eine Lehrküche. Das Programm lief wie folgt ab: Kinder erhielten Punkte, wenn sie mitbrachten. Wenn alle Kinder Punkte hatten, gab es einen Preis für die gesamte Klasse. In Pausen wurden Spielkisten zur Bewegungsförderung aufgestellt. In der Freizeit konnten neue Sportarten ausprobiert werden. Auch wurden in Kitas und Schulen Multiplikatorinnen/Multiplikatoren geschult, um Trainingsstunden anbieten zu können. Sportvereine kooperierten. Familien wurden über die Lebenswelten Schule und Kita durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren angesprochen.	Kein Evaluationsbericht zugänglich / existent. Jedoch Hinweise auf erfolgreiche Erreichbarkeit insbesondere durch den Einsatz von im Projekt ausgebildeten Moderatoren und Moderatorinnen, die Türkisch oder Arabisch sprechende Eltern zu Hause aufsuchen.	Einsatz von im Projekt ausgebildeten Moderatorinnen oder Moderatoren, die türkisch/arabisch-sprechende Eltern zu Hause aufsuchten.	Keine konkreten Angaben	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/kinderleicht-quartier/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
22. Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten	<p>Sozial benachteiligte Kinder, Jugendliche und deren Familien sowie</p> <p>Multiplikatoren und Multiplikatorinnen</p>	Vorschule, Kindertagesstätten, Schulen, Freizeitbereiche (Jugendeinrichtungen/Vereine)	<p>Bedarfsgerechte, kommunale Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsförderung</p> <p>Nachhaltiger Ausbau in den Bereichen Bewegungsförderung, gesunde Ernährung und Stressregulation/ seelisch-emotionale Gesundheit</p>	Einbezug der Eltern blieb unter den Erwartungen	Kaum eine Beteiligung von Eltern und Schülern stattgefunden (Ursachen unklar, Erfahrung zeigen, dass dies auch ein schweres Unterfangen ist und besonders eine Integration der Eltern nicht selten in der Realität kaum möglich ist)	<p>Die Intervention strebte eine hohe Partizipation der Eltern durch deren Beteiligung an sog. Gesundheitsteams an. Die Teams setzten sich aus Lehrkräften, Schülerinnen u. Schülern, Fachkräften der Schulsozialarbeit und Eltern zusammen. Das Verhältnis zwischen erwachsenen Personen (Lehrkräfte, Sozialarbeit, Eltern) und Schülerinnen und Schülern variierte von Team zu Team stark. So bestand bspw. ein Team aus 2 Lehrkräften und 8 Schülerinnen und Schülern, ein anderes wiederum aus 3 Lehrkräften, 1 Schulsozialarbeiterin und zwei Schülerinnen. Die Praxis zeigt: je besser die Beteiligung der Schülerinnen und Schüler in einer Schule funktioniert, umso erfolgreicher setzen diese Schulen auch gesundheitsfördernde Maßnahmen in ihrer Schule um und sind an langfristigen Veränderungen interessiert.</p> <p>Grad der Partizipation: 3</p>	<p>Datenbank: SkAP-Datenbank</p> <p>https://www.inform.de/netzwerk/projekte/koelner-buendnis-fuer-gesunde-lebenswelten/</p>
23. Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche	Ziel der Maßnahme war es, Kindern und Eltern neben Wissen über eine gesunde Ernährung und Informationen	Kita und Familie	<p>Ernährung / gesundes Essen</p> <p>Intervention: Gesundes Essen wird mit und für die Kinder zubereitet; Kochkurse und Veranstaltungsreihen</p>	Die Kita-Mitarbeitenden folgen der Grundhaltung, dass „Eltern nur das Beste für ihre Kinder wollen und dass sie dafür ihr Möglichstes tun“. Mit positiver Haltung drückten sie ihre Akzeptanz ggü. Eltern aus, und so gelang es ihnen, ein Klima der	Eltern wurden bei Angeboten der Kita einbezogen, sie begleiteten die Kinder bei Ausflügen oder beteiligten sich an Projekttagen,	Die Intervention strebte eine hohe Partizipation der Eltern durch deren Beteiligung an den Aktivitäten mit den Kindern. Ob das immer gelang, ist nicht dokumentiert.	<p>Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit</p> <p>https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/lernen-durch-genieszen/</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>über Lebensmittel, die praktische Umsetzung zu vermitteln. Aufgrund der hohen Anzahl von Kindern in der Kindertagesstätte, die in relativer Armut leben, ist die Sensibilisierung zu einem bewussten Gesundheitsverhalten der Eltern und ihrer Kinder von besonderer Bedeutung.</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen mit niedrigen Rentenbezüge) - Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage 		<p>geben den Eltern sowohl ernährungsphysiologisches Wissen als auch die Möglichkeit, praktische Erfahrung auf niedrighwelliger Ebene zu erproben. Die Mitarbeit im Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ ermöglicht der Kita, ihre Angebote lebensweltorientiert auszurichten. Gesunde Ernährung ist als übergreifendes Konzept in der Kita verankert, dient aber auch als Medium, um die Kompetenzen der Kinder in den Bereichen Sprache, Sozial- und Konfliktverhalten zu fördern sowie die Eigenverantwortung der Eltern zu unterstützen. Erfolge sind bspw. bei den Kindern im Sprachverhalten erkennbar. Zudem lernen die Kinder die Auswirkungen gesunder und ungesunder Lebensmittel auf den Körper kennen. Ein weiterer Bestandteil der Intervention stellt das Kochen in Muttersprache da, wo Erzieher und Erzieherinnen mit den Kindern Rezepte aus der jeweiligen Heimat kochen. Es werden Kochkurse und Veranstaltungen für Eltern angeboten, um die Kompetenzen und die Eigenverantwortung der Eltern zu stärken.</p>	<p>gegenseitigen Anerkennung zu schaffen. Das erleichterte den Eltern, Anregungen zur Förderung der Kinder von Seiten des pädagogischen Personals anzunehmen. Bei der Programmgestaltung wurde auf eine nicht diskriminierende und die Lebenswelten der Familien berücksichtigende Themenauswahl und -bezeichnung geachtet. Das Team der Kita war mit zwei Erzieherinnen aus dem russisch- bzw. türkischsprachigen Kulturkreis multikulturell besetzt. Multikulturelle Teams ermöglichen nicht nur Angebote in der Muttersprache der Kinder und Eltern, sondern wirken sich generell positiv auf das Inanspruchnahmeverhalten ausländischstämmiger Eltern aus.</p>	<p>zum Beispiel als Vorlesende in ihrer Muttersprache. Diese gemeinsamen Aktionen und die Wertschätzung der Fähigkeiten der Eltern tragen zum Schwellenabbau bei. Die Angebote – wie zum Beispiel der Kochkurs, die Kochparty oder die Veranstaltungsreihe – wandten sich an alle Eltern, das heißt, sie waren bewusst als integrierte Maßnahme konzipiert.</p>		
24. Marburger Gesundheitsnetzwerk "mitten-drin"	Das Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mitten-drin“ hatte zum	Quartier, Familie, Kita, Schule, Horst	Die einzelnen Maßnahmen und Aktivitäten des Projektes lassen sich drei Hauptzielen und den entsprechen-	Gelungene Umsetzung eines insbesondere im Bewegungsbereich durchdachtes Konzept, ein besonders ausgestalteter Multipli-	Konsequent niedrigschwellige Ansprache und Zugang und Einsatz mütter-	Das Ausmaß der Beteiligung der Zielgruppen (Partizipation) war bemerkenswert hoch und	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder in den benachteiligten Stadtteilen der Stadt Marburg nachhaltig zu verbessern. Bei der Umsetzung des Modellvorhabens stand der sozialräumliche Zugang zu den Lebenswelten der Kinder und Eltern im Vordergrund. Gesundheitsförderliche Lebensstile der Bewohnerschaft sollten gestärkt und vorhandene Ressourcen im unmittelbaren Lebens- und Sozialraum unterstützt werden. Menschen in schwieriger sozialer Lage waren ein wichtiger Teil der Zielgruppe, auch wenn sich das Angebot in erster Linie an alle richtete. Zentrale Zielgruppen waren: Personen mit</p>		<p>den Maßnahmenbündeln zuordnen, die sich das Projekt für seine dreijährige Laufzeit gesetzt hatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bewegungsorientierte Gestaltung des Sozialraums - Vermittlung neuer Bewegungs- und Grenzerfahrungen - Erweiterung der Möglichkeiten zur familiären Selbstversorgung. <p>Zum konkreten Vorgehen: Ein spezifisches Merkmal ist die Flexibilität des Interventionskonzeptes. Als Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für viele Maßnahmen im Bewegungsbereich dienten die „Sozialraumerkundungen“ als Basis einer fundierten Bedarfsanalyse. Kinder und Familien konnten aktiviert werden, sich auch an den weiteren Schritten und Maßnahmen von „Mittendrin“ zu beteiligen. Durch die Teilnahme fast aller Kinder der jeweiligen Stadtteile im Alter zwischen 3 und 10 Jahren bei den Sozialraumerkundungen, vieler pädagogischer Kräfte der Kindergärten und Schulen sowie vieler Familien der Stadtteile, wurde eine besondere Aufmerksamkeit für das Thema Bewegung und bewegungsfreundliches Umfeld und eine Wahrnehmung des Projektes geschaffen. Die „Sozialraumerkundungen“ und die daraus entwi-</p>	<p>katorenansatz, die Bedarfsorientierung der Maßnahmen und der Ansatz der Maßnahmen, die sowohl die Verhältnisse als auch die Verhaltensebene ansprachen.</p>	<p>sprachliche Vermittlungspersonen auf Quartierebene.</p>	<p>reichte bis zu Mitentscheidung.</p>	<p>https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docext.php?idx=315</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	niedriger Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss), Personen mit niedrigem beruflichen Status (z.B. Ungelehrte, Zugewanderte in schwieriger sozialer Lage, Personen in strukturschwachen Wohnregionen / Quartieren, Kinder im Alter von 0-10 Jahren und ihre Familien		ckelten Maßnahmen im Bewegungsbereich konnten vor dem Hintergrund eines umfassenden Vorwissens mit Beteiligungs- und Bauprojekten sowie erlebnis- und abenteuerpädagogischen Ansätzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stattfinden. Charakteristisch für das Modellprojekt war das Ausmaß der Partizipation der Zielgruppen in den drei beteiligten Stadtteilen. Weitere Informationen sind in dem Evaluationsbericht nachzulesen: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docext.php?idx=315				
25. Gesund groß werden – Eltern-Ordner zum Früherkennungsprogramm für Kinder	Eltern	Familie	Eltern soll der Zugang zu relevantem Gesundheitswissen eröffnet und deren Kompetenz in Fragen der gesunden kindlichen Entwicklung, der Früherkennung von Entwicklungsstörungen und der Vorbeugung vermeidbarer Erkrankungen gestärkt werden Geeignet, um bundesweit die gesamte Zielgruppe der Eltern anzusprechen Modularer Aufbau nimmt Rücksicht auf unterschiedliche Lesegewohnheiten der Eltern	Keine Angaben	Keine Angaben	Grad der Partizipation: 4	Datenbank: SkAP-Datenbank https://www.bzga.de/informaterialien/archiv/gesund-gross-werden-eltern-ordner/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
26. Stadtteilbezogene Prävention und Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Mütter und Mütter mit Migrationshintergrund - Ein innovativer Ansatz zur nachhaltigen Verbesserung der gesunden Lebensweise von Kindern in ihren Familien	Kinder von sozial benachteiligten Eltern bzw. Eltern mit Migrationshintergrund	Kommune		Um auch sozial benachteiligte Personen und Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen, wurden niedrigschwellige, kulturspezifische und settingbezogene Maßnahmen eingesetzt. Wirksame Ansätze waren dabei informative, partizipative und interaktive Maßnahmen, die Fokussierung von Eltern und Müttern als Zielgruppe und stadtteilbezogene Interventionen.	Keine Angaben	Grad der Partizipation:	Datenbank: KNP - https://www.knp-forschung.de/?uid=09ecc7783743aea87eca0b4c42813dd1&id=recherche&sid=1&idx=54 (Link geht nicht mehr) http://www.leipziger-osten.de/content/projekte/uebersicht-projekte/go/ http://www.gesunder-osten-leipzig.de/ (Link funktioniert nicht) Abschlussbericht: https://www.aok.de/pk/fileadmin/user_upload/AOK-PLUS/05-Content-PDF/Gesundheitsfoerderung/Abschlussbericht-Projekt-Go-Gesund-im-Osten.pdf
27. Let's go - Familien, Kids und Kita	Kinder im Alter von 3- bis 6-Jahren	Kindertagesstätten und Familiengruppen	Ziel ist es, Kindern Freunde an Bewegung in der Natur zu vermitteln Tandems mit Familien- und Ortsgruppen von Wandervereinen und Kindertagesstätten (vier Modell-Tandems in vier Bundesländern) Elemente der freien und angeleiteten Bewegung, der gesunden Ernährung und des gemeinsamen Naturerlebens Fortbildung zum Gesundheitswanderführer oder -führerin speziell für Kinder entwickelt und erprobt	Für das Modell war es hilfreich, dass die vier Kitas in den Tandems eine gewisse Vorerfahrung mit Outdoor-Aktivitäten hatten, auf die im Projekt zurückgegriffen werden konnte und aus der sich einige Programmpunkte für die Wanderungen ableiten ließen. Die Expertise eines Fachbeirates hat an vielen Stellen weitergeholfen, beispielsweise bei der Entwicklung der Fortbildungsinhalte.	Keine Angaben	Die Erwachsenen sind behilflich, wenn die Kinder etwas Spannendes entdeckt haben und mehr darüber wissen möchten. Grad der Partizipation: 6-7	Datenbank: KNP https://www.inform.de/netzwerk/projekte/lets-go-familien-kids-und-kitas/ https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/PDF/Abschlussbericht_LetsGo_Familien-KidsKita_DWW_2017.pdf

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			Materialien erstellt, um das Programm in Kitas und Vereinen sowie bei den Eltern bekannt zu machen				
28. Der Kita-Ernährungsfachbereich mit eigenem Ernährungsbildungs- und Verpflegungskonzept	Kindern im Alter von 1-6 Jahren und ihre Eltern	Kindertagesstätte	Thema Ernährung dauerhaft im Kita-Alltag verankern, Kinder erleben und erhalten täglich eine ausgewogene und gesunde Ernährung	Ausschlaggebend für den Erfolg des Projektes waren die Träger, die Kita-Leitungen und Mitarbeitenden sowie die Eltern der Kinder. Zur Orientierung sollte ein eigenes Verpflegungs- und Ernährungsbildungskonzept mit Zielen und Maßnahmen erstellt werden. Alle Beteiligten (Kinder, Eltern, Träger, Kita-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter sowie Caterer) sollten dabei mit ins Boot geholt werden. Die Maßnahmen und Aktionen sind regelmäßig durchzuführen. Die eigenen Handlungen sollten immer wieder reflektiert werden. Wichtig ist, dass die Kinder die Ernährungsthemen mitbestimmen – die ausgewogene Ernährung soll Spaß machen und nicht zum Schulunterricht im Kindergarten werden.	Keine Angaben	Die Kinder gestalteten die Speisepläne und bestimmen mit, welche Themen in den Projekten „Die BesserEsser“ und „Die SterneKöche“ behandelt werden sollten. Die Eltern hatten die Möglichkeit, eine Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen und gemeinsam mit ihren Kindern an einem Samstag zu kochen. Zudem holten die Eltern regelmäßig die Lebensmitteleinkäufe von einem benachbarten Bioladen ab, sodass die Versorgung mit Bio-Lebensmitteln gewährleistet ist. Grad der Partizipation: 6-7	Datenbank: KNP
29. Wir werden FIT und alle machen mit	Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren und ihre Eltern	Kindertagesstätte	Fördern des Bewusstseins für ein gesundes Ess- und Trinkverhalten Regelmäßige Bewegungsangebote, Tanzangebote am Nachmittag Zuckerfreier Tag, saisonales Obst und Gemüse an vier Nachmittagen, einmal im Monat gemeinsames Frühstück Regelmäßige Elterngespräche (Vorschläge zur Gestaltung der Nachmittage bzw.	Nur wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Maßnahme überzeugt sind, kommt sie bei Kindern und Eltern an Viele Familien sind von dem Konzept der Maßnahme überzeugt und sind dankbar über ausreichend Bewegung, Spaß und Entspannung, viele Familien haben keinen Garten, kleine Wohnungen oder nicht genügend finanzielle Mittel für Mitgliedschaft im Verein, daher kommt das Programm gut an	Es wäre hilfreich, wenn Eltern Beratung durch Ökotrophologinnen oder Ökotrophologen in Anspruch nehmen können, da Eltern die Beratung durch Fachleute eher annehmen (nicht durch das Programm finanzierbar)	Grad der Partizipation: 6, da Eltern schriftlich bei Elternumfragebogen ihre Wünsche und Anregungen einbringen können	Datenbank: KNP http://ideenwettbewerb.gvg.org/wir-werden-fit-und-alle-machen-mit/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publikationen o.ä.
			<p>Abende zu Hause besprochen)</p> <p>Eltern können jedes Jahr an Aktionen wie Spielenachmittagen, Spiel- und Sportfesten, Wellnessnachmittag oder einem Ausflug teilnehmen</p> <p>Wünsche der Kinder werden einbezogen, Eltern können schriftlich per Elternumfrage ihre Wünsche und Anregungen einbringen</p>	Hilfreich, dass sich Eltern bei der Finanzierung für das gesunde Frühstück beteiligen			
30. Jolinchen Kids – Fit und gesund in der Kita	<p>Kinder im Vorschulalter</p> <p>JolinchenKids passt sich flexibel an die Bedürfnisse jeder Kita an. Den Ausgangspunkt bildet eine Bestandsaufnahme beziehungsweise Bedarfsanalyse: Präventionsfachleute der AOK analysieren gemeinsam mit der Kita, welche Maßnahmen zur Gesundheitserziehung</p>	Kita	<p>Das Programm JolinchenKids besteht aus fünf Modulen: Bewegung, Ernährung, seelisches Wohlbefinden, Elternpartizipation, Erzieherinnen- bzw. Erziehergesundheit.</p> <p>Jede Kita kann Schritt für Schritt alle oder ausgewählte Module des Programms in den Alltag integrieren und dort dauerhaft verankern. Die AOK begleitet die Kitas aktiv bei der Umsetzung – mit Schulungen, Materialien, Workshops, Kurs- und Beratungsangeboten.</p>	Hilfreich für die erfolgreiche Durchführung war die Orientierung am „Public Health Action Cycle“. Ein „Jolinchen Kids-Team“ in der Kita machte eine Bedarfsanalyse, setzte Ziele, plante und evaluierte systematisch die Umsetzung des Programms.	Die Teams in den Kitas konnten bedarfsorientiert einzelne Module aussuchen und schrittweise implementieren. Das Drachenkid Jolinchen diente als Identifikationsfigur und vermittelt den Kindern die Gesundheitsthemen.	Keine konkreten Angaben	<p>Datenbank: BMG und GVG (Ideenwettbewerb Verhältnisprävention)</p> <p>https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/jolinchenkids-fit-und-gesund-in-der-kita-11/</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	<p>und -bildung die Kita bereits umsetzt. Mitarbeitende, Träger u. Eltern entscheiden anschließend über den Programmablauf und wählen Bausteine für ihre Kita aus. Auch dabei erhalten sie Beratung durch die AOK-Fachleute.</p>						
<p>31. Fit4future - Eine Initiative der Cleven-Stiftung powered by DAK-Gesundheit</p>	<p>Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren, Schulleitungen, Lehrende, pädagogische Fachkräfte und Eltern</p>	<p>Schule</p>	<p>Förderung gesunde motorische Entwicklung und eine gesunde Gewichtsentwicklung, Entspannungsinhalte sollen zu einer stressfreien und positiven Lernatmosphäre beitragen</p> <p>Verschiedene Module zur Verhältnisprävention sollen positive gesundheitliche Veränderungen dauerhaft und nachhaltig verankern</p> <p>Sechs Workshops für Lehrkräfte</p> <p>Verhaltensprävention: Bewegung über Spieltonne mit Spiel- und Sportgeräten, bewegte Pausen; Ernährung: Ernährungskarten mit Kernbotschaften für eine ausgewogene Ernährung</p> <p>Aktionstage für Schüler, Lehrkräfte und Eltern</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Keine Angaben</p>	<p>Grad der Partizipation:</p>	<p>Datenbank: KNP</p> <p>https://ideenwettbewerb.gvg.org/fit4future-eine-initiative-der-clevenstiftung-powered-by-dak-gesundheit/</p> <p>https://www.fit-4-future.de</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
32. MINIFIT – das Gesunde Netzwerk für Kinder	Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren	Kindertageseinrichtungen	<p>Bekämpfung von Übergewicht und Bewegungsmangeln von Kindern, Förderung gesunde Ernährung sowie Informationsvermittlung für bessere Bewegungs- und Ernährungsangebote</p> <p>Umfangreicher Angebotsplan mit den Themenbereichen der Bewegungsförderung und Körperwahrnehmungen, gesundheitsbewusste Ernährung, Zusammenarbeit mit Eltern, Mobilität und Verkehrserziehung, Weiterbildung und Gesundheitsförderung von Fachkräften</p>	<p>Unabdingbar für einen möglichst ganzheitlichen verhaltens- und verhältnispräventiven Ansatz und die Akzeptanz der Angebote waren die Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch aller Anbietenden und sonstiger Beteiligter im Netzwerk, auch der ehrenamtlichen Akteurinnen und Akteure (zum Beispiel aus den Sportvereinen).</p> <p>Zudem war auch die Einbindung, Information und Qualifikation der Eltern und Erzieherinnen und Erzieher wichtig. Hilfreich waren regelmäßige Abfragen und Evaluationen zur Optimierung bedarfsgerechter Angebote. Grundlage für das Projekt ist darüber hinaus eine Kooperationsvereinbarung mit Regelungen zur Sicherstellung des Angebots gewesen.</p>	<p>Stolpersteine: zeitlicher, finanzieller und personelle Ressourcen begrenzt</p> <p>Ausschlaggebend für Erfolg: Zusammenarbeit im Netzwerk zum Austausch von Erfahrungen und zur gegenseitigen Unterstützung; regelmäßiger Kontakt zu Sponsoren und Koordination der Aktivitäten durch eine zentrale Anlaufstelle</p>	Die Rückmeldungen der Zielgruppe wurden in die regelmäßigen Arbeitstreffen eingebracht. Zudem fanden regelmäßige Befragungen und Evaluationen zur Optimierung und Sicherstellung bedarfsgerechter Angebote statt. Dadurch konnte eine Vorstufe von Partizipation erreicht werden.	<p>Datenbank: KNP, Gesundheitliche Chancengleichheit</p> <p>https://ideenwettbewerb.gvg.org/minifit-das-gesunde-netzwerk-fuer-kinder/</p>
33. Grünau bewegt sich	Kinder im Alter von 4-12 Jahren	Stadtteil, Kita, Schule	<p>Netzwerkbildung, Kindergesundheitsförderung Adipositasprävention</p> <p>-Bewegungsfördernde & altersspezifische Gestaltung von Wohnumgebung, Schulweg öffentlichem Raum</p> <p>-Stärkung von Gesundheitskompetenzen in Kita & Schule (Elternabende)</p> <p>-verbesserte Inanspruchnahme bestehender Freizeit-/ Erholungsmöglichkeiten</p> <p>-Förderung des Gesundheitsbewusstseins bei Eltern/Familie (u.a. „Familien-gesundheitstag“, Stadtteil-feste)</p> <p>-Identifikation und Abbau von strukturellen Barrieren</p>	<p>Um eine möglichst aktive und breite Teilhabe von Ortsansässigen und anderen Beteiligten an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen zu ermöglichen, wurde die Bildung eines stadtteilbezogenen Gesundheitsnetzwerkes initiiert, in dem sich u.a. Fachkräfte aus den Grünauer Bildungs- und Freizeiteinrichtungen, den medizinischen Versorgungsdiensten, dem Quartiersmanagement sowie der Stadtverwaltung für die gesunde Entwicklung von Kindern in Grünau engagieren.</p>	Keine Angaben	Grad 5-6	<p>Datenbank: BMG und GVG (Ideenwettbewerb Verhältnisprävention)</p> <p>Sonstiges: https://www.inform.de/netzwerk/projekte/gruenau-bewegt-sich/</p> <p>http://gruenau-bewegt-sich.de/</p> <p>Abschlussbericht:</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			-Verbesserung des Zugangs zu gesunden Lebensmitteln				
34. Baukasten – Gesunde Kita	Kinder im Alter von 0 bis 6, Eltern, pädagogische Fachkräfte	Kita, Zuhause	Fortbildungen, Aktionstage & Projektwochen, Beratungsangebot für Eltern,	Insbesondere der hohe Bekanntheitsgrad durch die vorangegangenen Aktivitäten eines AK Zahngesundheit und die große Motivation der Kooperationspersonen waren äußerst hilfreich. Darüber hinaus standen ausreichend Personal und Haushaltsmittel für das Projekt zur Verfügung. Die Laufzeit der Maßnahme ist unbefristet, sodass eine hohe Kontinuität gewährleistet ist.	Die Kooperationsbeteiligten sollten von Anfang an intensiv und langfristig in den gesamten Prozess des Programms einbezogen werden.	Es erfolgten Bedarfs- und Interessensabfragen des pädagogischen Fachpersonals und der Eltern. Zusätzlich wurden beide Gruppen sowohl in die Erprobung neuer Angebote als auch in die Evaluation von Angeboten und Mediensammlungen sowie in die individuellen Strategiegespräche vor Ort in den Kitas aktiv miteinbezogen. Grad: 6	Datenbank: BMG und GVG (Ideenwettbewerb Verhältnisprävention) Sonstiges: http://ideenwettbewerb.gvg.org/baukasten-gesunde-kita/ Abschlussbericht:
35. Netzwerk "junge Eltern/Familie"	Eltern für Kinder 0 bis 3 und Eltern für Kinder 3 bis 6 Jahre	Kita, Familienzentren, Zuhause	Netzwerkbildung über Ämter für Ernährung, Landwirtschaft & Forsten Eltern werden informiert über Bewegung und Ernährung und bekommen Aufgaben/Herausforderungen fürs Einkaufen, Kochen und ähnliches mit. Kindern wird spielerisch der Zugang zu gesunder Ernährung und mehr Bewegung nahe gebracht	Vorträge, gemeinsame Aktionen (Frühstückswoche, Bewegtes Picknick, gemeinsam kochen etc.)	Keine Angaben	Stufe 1	Datenbank: Handsuche Sonstiges: http://www.stmelf.bayern.de/ernaehrung/bildung/017234/index.php# Abschlussbericht:
36. BLiQ - Bewegtes Leben im Quartier	Das Projekt „Bewegtes Leben im Quartier“ (BLiQ) hatte sich zum Ziel gesetzt, nachhaltige Strukturen zur Bewegungsförderung	Stadtteil / Quartier	Der Projektentwicklung lag ein partizipatives und ressourcenorientiertes Vorgehen zugrunde, wobei ein integratives Handlungskonzept mit dem Ziel, Kindern und ihren Familien mehr Bewegung im Alltag zu ermöglichen, entwickelt wurde. Darüber hinaus wurden	Bei der Durchführung der Angebote orientierte sich die Projektkoordination auf lokale und kommunale Ressourcen, bzw. auf die Entwicklung entsprechender Kompetenzen durch Qualifizierung der Partnerinnen und Partner sowie der Bewohnerinnen und Bewohner vor Ort.	Aus Sicht des BLiQ-Teams kann die Erreichung von Angeboten in die Planung und Umsetzung von Angeboten noch deutlich gesteigert werden. In der zukünftigen Struktur	In einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung wurde in der Aufbauphase gemeinsam mit Eltern kleiner Kinder und Akteurinnen und Akteuren in Kreuzberg und Marzahn eruiert, welche Ressourcen bereits bestehen und wo Angebotslücken in Bezug	Datenbank: SkaP-Datenbank Abschlussbericht: https://www.yumpu.com/de/document/view/22647404/bliq-a-bewegtes-leben-im-quartier-sachbericht-fa-1-4-r-den-zeitraum-

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	für sozial benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (Zielgruppe) von der Geburt bis zum Alter von sechs Jahren in Berliner und in Brandenburger Gebieten gemeinsam mit lokalen Akteurinnen und Akteuren aufzubauen.		Schulungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Kita-Mitarbeitenden angeboten. In einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung unter Beteiligung der Zielgruppe wurde in der Aufbauphase gemeinsam mit Eltern kleiner Kinder und Beteiligten in Kreuzberg und Marzahn eruiert, welche Ressourcen bereits bestehen und wo Angebotslücken in Bezug auf alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten bestehen. Ergebnis dieses partizipativen Prozesses war ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept (integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung), das bereits vorhandene Ressourcen bündelte und zusätzliche Angebote schaffen konnte, die die Lebenswelt der Kinder nachhaltig hin zu mehr Bewegung verändern. Die Umsetzung des integrierten Handlungskonzeptes zur Bewegungsförderung in vier Berliner Quartieren und zwei Brandenburger Gebieten gliederte sich in fünf Module, von denen vier dem Ziel, einen bewegten (Lebens-)Raum zu schaffen, zugeordnet werden konnten. Dazu wurden in den vier von den Beteiligten sowie Eltern vorgeschlagenen Aktivitätsbereichen Veränderungen angeregt, die vom Projekt BLiQ koordiniert begleitet wurden.	Die Projektkoordination stellte ferner die Entwicklung eines effizienten Kommunikationssystems sicher, wodurch die Ansprache der Familien und die Information der Beteiligten ermöglicht wurden. Besondere Bedeutung hatten dabei die Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die die Aktivierung der Eltern unterstützen und soziale Netze fördern. Auf kommunaler Ebene wurden Unterstützungsstellen beim öffentlichen Gesundheitsdienst eingerichtet.	der sechs Bündnisse, ohne zentrale Projektleitung und Koordinierung bei Gesundheit Berlin-Brandenburg, werden die professionellen Beteiligten noch intensiver persönlich auf die Kinder, Eltern, Vermittlungs- und Schlüsselpersonen zugehen müssen, um Angebote realisieren zu können. Dies, und die Stetigkeit von Personen und Angeboten, kann der aktiven Einbindung der angezielten Gruppen zu Gute kommen.	auf alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten bestehen. Ergebnis dieses partizipativen Prozesses war ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept (integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung), das bereits vorhandene Ressourcen gebündelt hat und zusätzliche Angebote schaffen konnte, die die Lebenswelt der Kinder nachhaltig hin zu mehr Bewegung verändern.	

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
37. Ernährungs- bildung und Be- wegungsförde- rung	6-10 Jahre 15-17 Jahre 18-29 Jahre	Schule, Stadt- teil/Quartier/Kom- mune, Horte und feste Gruppen (auch Kitas)	Regelmäßige Kochkurse für Kinder, Jugendliche und teil- weise ihre Eltern Ausstellungsprojekte Unterschiedliche Bewe- gungsangebote (Aikido, Streetdance, Yoga und Fuß- ballferiencamp)	Keine Angaben	Keine Angaben	Stufe 2	Datenbank: SkaP-Daten- bank, gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: www.gesundheitliche- chancengleich- heit.de/docpdf.php?idx=3 3393 Abschlussbericht:
38. Gesundheits- teams vor Ort - Trier Nord/ Mainz-Neustadt	Kinder/Jugend- liche, Jungen, Mädchen, Frauen/Mütter, Männer/Väter in benachteilig- ten Lebensla- gen	Stadtteil/Quartier	Wahrnehmung von Vorsor- geangeboten, gesunde Ern- ährung, Bewegungsförde- rung sowie die psychische und psychosexuelle Ge- sundheit durch -Offene Sprechstunde vor Ort -unterschiedliche interaktive Koch- und Bewegungsange- bote	Alle Maßnahmen sind stark auf die Zielgruppe ausgerichtet und setzen an den jeweiligen Zu- gangsmöglichkeiten an. Dement- sprechend gibt es eine große Bandbreite von ganz offenen An- geboten ohne Anmeldeformalitä- ten und Kostenbeiträge bis hin zu verbindlichen Gruppen mit An- meldung und Kostenbeteiligung.	Keine Angaben	Besonders erfreulich ist, dass sich auch Bewohne- rinnen und Bewohner selbst in die Projektpla- nung einbringen. So ha- ben sich zum Beispiel Mütter einer Kita zusam- mengesetzt und Vor- schläge zur Planung von Maßnahmen für die in- haltliche Arbeit der Ge- sundheitsteams erarbei- tet. Es bleibt unklar, ob die gesammelten Vor- schläge in der Umsetzung Berücksichtigung fanden. Grad 5 oder 6	Datenbank: Gesund- heitliche Chan- cengleichheit https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesundheitssteams-vor-ort/ Sonstiges: Abschlussbericht:
39. Gruppentref- fen für Eltern mit Migrationshinter- grund zur Förde- rung der Gesund- heit ihrer Kinder				Sprachbarrieren werden mit Dol- metschern bewältigt	Keine Angaben	Keine Angaben	Datenbank: SkaP-Daten- bank Sonstiges: Abschlussbericht: keiner
40. Iss dich fit!	Eltern und de- ren Kinder	Zuhause, Kita, Hor- ten, Familienzentren und Grundschulen	Aufklären der Eltern, Kinder und des Personals zu ge- sunder Ernährung mit prakti- schen Erlebnissen und kon- kreten Handlungsplänen	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine passenden, rele- vanten Angaben zu die- sem Aspekt	Datenbank: Sonstiges: https://www.click-dich-fit.de/iss-dich-fit/die-projekt-geschichte/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			(Einkaufs-, Koch- & Ernährungstipps)				Abschlussbericht:
41. Käptn COOK				Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Datenbank: SkaP-Datenbank Sonstiges: https://www.inform.de/netzwerk/projekte/kaeptn-cook/ Abschlussbericht: keiner
42. Präventionsnetzwerk Ortenaukreis	Kinder im Alter von 0 -10 Jahren und deren Familien (ab der Schwangerschaft)	Kita, Schule	Vernetzung des Gesundheits-, Kinder-, und Jugendhilfe-, sowie des Bildungssystem (regional und kreisweit , n=46)	niedrigschwelliger & nicht-stigmatisierender Zugang zu Kindern und Familie über Kita Entwicklung von Messinstrument zu Belastungsindikatoren, um besonders betroffene Bezirke/Familie zu identifizieren Eltern erreicht über Elternbriefe, Vorträge, persönliche Ansprache, andere Eltern, Informationsschreiben, das eigene Kind, durch Evaluationsfragebogen	Bisher nur Beschwerden, wie Zu geringe Begleitung des Prozesses der Einrichtung, durch das Projekt Zu geringe Beteiligung der Eltern, obwohl dies Schwerpunkt sein soll Überwindungsstrategien noch nicht abzuschätzen, da dies Zwischenbericht ist und erste Rückmeldung zum Projekt. Größter Fokus auf Resilienz und nicht auf Bewegung & Ernährung	Keine Angaben Partizipation der Eltern ist zwar gewünscht, findet bisher aber nicht statt. Als Ziel: Kreativität & weiteres Engagement nötig, um Partizipation zu erreichen	Datenbank: SkaP-Datenbank Sonstiges: http://www.pno-ortenau.de/PNO/Pr%C3%A4ventions-und-Gesundheitsbericht Zwischen-/ Abschlussbericht: http://www.pno-ortenau.de/media/custom/2565_263_1.PDF?1489502010
43. KIKS UP	Kinder im Alter von 0 – 10 Jahren und alle an der Erziehung Beteiligten	Kita, Schule, Vereine	Als Anschlussprojekt für Frühe Hilfen gedacht Bewegungs-, Ernährungsförderung, Genusstaining, Förderung sozial-emotionaler Gesundheit also Sucht- und Gewaltprävention	Keine Angaben	Keine Angaben	KIKS UP bindet alle an der Erziehung Beteiligten gleichermaßen ein. Sie in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken, hat KIKS UP sich zum Ziel gesetzt.	Datenbank: SkaP-Datenbank Sonstiges: Zwischen-/Abschlussbericht: keiner

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
44. Lokale Initiative Barleben	Kinder im Alter von 0-10 Jahren und deren Familien	Kita/Schule, Einzelmaßnahmen im Freizeitbereich und Öffentlichkeitsarbeit	Schaffung gesunder & vollwertiger Ernährungsangebote Aufklärung der Eltern zu Ernährung und Bewegung	Vielseitiges Angebot, vernetzen verschiedener Vereine und Projekte -je nach Zeit ggf. anschauen	Keine Angaben	Keine Angaben	Datenbank: SkaP-Datenbank Sonstiges: https://www.inform.de/netzwerk/projekte/lokale-initiative-barleben-liba/?web2pdf=1&tx_web2pdf_pi1%5Bargument%5D=print-Page&tx_web2pdf_pi1%5Baction%5D=&tx_web2pdf_pi1%5Bcontroller%5D=Pdf&cHash=cbd176f45e8259d9541c434c3d5b96aa http://www.liba-bemb.de/?cat=67 Zwischen-/ Abschlussbericht: keiner
45. Kinder unsere Zukunft, Bitz bewegt sich	Kinder und Eltern (Kindergärten Grund- & Hauptschulen in Bitz)	Kindergärten, Sportvereine, Grund- & Hauptschulen	Netzwerkbildung Fitness und die Gesundheit der Kinder aus Bitz nachhaltig zu verbessern Elterninformationen zu Bewegung und gesunder Ernährung, Aktion "Gesundes Frühstück", Familiensportveranstaltungen Elternbriefe, Animation der Großeltern, eine jährlichen Familien-Olympiade mit allen Sportvereinen	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Datenbank: SkaP-Datenbank, INFORM Sonstiges: https://www.inform.de/netzwerk/projekte/kinder-unsere-zukunft-bitz-bewegt-sich/ Abschluss-/ Zwischenbericht: keiner

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publikationen o.ä.
46. Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung – ein Angebot der Landesregierung des Landessportbundes und der Gesetzlichen Krankenkasse in NRW	Kindergärten aus ökonomischer, ökologischer und sozialer Hinsicht benachteiligten Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf oder Kindergärten ohne sozialstrukturell schwierigen Hintergrund jeweils vom Landessportbund NRW	Kindergärten in NRW	<ul style="list-style-type: none"> – Praxisorientierte Fortbildungen in Bewegung und Ernährung – Beratung bei der individuellen Umsetzung und Profilschärfung – Unterstützung bei Elternveranstaltungen – Medien zur praktischen Umsetzung – Auszeichnung zum „Anerkannten Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ – Vernetzung der teilnehmenden Einrichtungen <p>Ziel ist das Zertifikat "Bewegungskindergarten"</p>	Es wurden schon 123 Elternveranstaltungen durchgeführt; 790 Mitarbeitende wurden qualifiziert. Als idealer Ort der Ansprache wird die Kita genannt. Zugang über Mitarbeitende der Kita	Nein	3	<p>Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit</p> <p>Sonstiges:</p> <p>Abschlussbericht: http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/wp-content/uploads/2015/09/ABmPE_Abschlussbericht_72dpi.pdf</p>
47. Kita Vital – gute gesunde Kindertageseinrichtung	Fachkräfte und Kinder im Vorschulalter	Kindertageseinrichtungen (Rhein-Soeg-Kreis)	Eltern werden für gesunde Lebensweise sensibilisiert und motiviert; Verbindliche Absprache mit den Eltern über das Mitbringen von Nahrungsmitteln; mindestens zwei Elternabende pro Jahr; regelmäßige Elterninformationen zu Aktivitäten der Gesundheitsförderung der Einrichtung; Ständiges Auslegen und Weitergabe von gesundheitsrelevanten Informationen für Eltern; Mitbestimmungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Eltern zur Mitarbeit	41% der Erzieher und Erzieherinnen geben an, dass Eltern aktiv an der Aktion teilnehmen. Ansprache über Kita, Zugang über Kita-Personal	Nein	6	<p>Datenbank: LZG.NRW</p> <p>Sonstiges: https://www.lzg.nrw.de/_p hp/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Veranst/111018_bewegungsfoerderung/file_8.pdf</p> <p>http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/projekte/auf-einen-blick/</p> <p>Abschluss-/Evaluationsbericht: http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/wp-content/uploads/2017/01/Evaluationsbericht_ABmPE_2007_2010.pdf</p>

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
48. Muttersprachliche Elternbegleiterinnen und Elternbegleiter für Kindergesundheit	Kinder im Alter von 1-5 Jahre mit Migrationshintergrund und in schwieriger sozialer Lage	Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereine/Verbände (Dortmund)	Multiplikatoren sind engagierte Eltern aus den Einrichtungen als Elternbegleitende/Ratgebende zu den Themen Bewegung- und Mobilitätsförderung und Ernährung. Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Bürgerschaftliches Engagement, Steigerung der Selbstständigkeit/Selbstbestimmung	20 Elternbegleiterinnen haben 90 Veranstaltungen durchgeführt. Ansprache über Kita, Zugang über Kita-Mitarbeiter	Nein	6	Datenbank: Doki (Kinderleicht) Sonstiges: https://kivi-ev.de/index.php/kita-vital/konzeptleistungen-formulare/47-kita-vital-gute-gesunde-kindertageseinrichtung Abschlussbericht:
49. TigerKids – Kindergarten aktiv	Kinder (Alter von 3-6 Jahren), Kindergarten-team und Eltern	Kindertagesstätten	Kitas bekommen Ordner und Broschüren mit konkrete Handlungsempfehlungen zur Verfügung, um diese umzusetzen. Ziel ist es Kinder zu befähigen eigenverantwortlich und selbstbestimmt bezüglich Ernährung, Bewegung und Entspannung handeln zu können	169 Erzieher und Erzieherinnen wurden qualifiziert; Ansprache über Kita, Zugang über Kita-Personal	Nein	2	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/muttersprachliche-elternbegleiterinnen-fuer-kindergesundheit/ Abschlussbericht:
50. Mach mit bei Felix Fit – Bewegte Kinder	Kinder im Vorschulalter	Kindertagesstätten, Grundschulen, Physiotherapiepraxen, Sportvereine und Fitnessstudio (Kreis Höxter und Paderborn)	Zehn Einheiten umfassendes Programm (von Fachkundigen entwickelt) zur Bewegungsförderung. Durchführung durch Erzieher und Erzieherinnen, nach zweitägiger Schulung zur Einweisung in das Programm und weitere Begleitung, alle 2-3 Jahre Auffrischung der Kenntnisse. In 9. Einheit gemeinsame Eltern-Kind-Einheit zur ge-	Ansprache über Kita (n=76), Zugang über Kita-Angestellte. Es wurden 3.231 Kinder erreicht und durch die Einbindung der Eltern ca. 6500 Menschen. Fast 170 Erzieher und Erzieherinnen qualifiziert.	Nein	4	Datenbank: LZG.NRW Sonstiges: https://www.tigerkids.de/programm/die-zielgruppen https://tigerkidsonline.de/ https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(09)00003-X/fulltext

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			meinsamen Bewegungsförderung, Kinder zeigen Eltern gelernte Übungen				Abschlussbericht:
51. Lebenslust – Leibeslust	Vorbilder von Kindern, wie Erzieher und Erzieherinnen, Lehrkräfte und Eltern Altersübergreifend	Kindertagesstätten und Schulen (Schleswig-Holstein)	Fortbildung und Beratung (6-12 Monate) der Institutionen (Kita, Schule) bzgl. gesunder Ernährung und Unterstützung bei der Entwicklung eines positiven/gesunden Essverhaltens der Kinder, um Essstörungen vorzubeugen. Außerdem wurden die Institutionen bei der Elternarbeit unterstützt	Ansprache über Kita und Schule. Zugang über Kita-Mitarbeiter und Lehrkräfte. Keine Angaben über erfolgreiche Ansätze. Teilnahme von 110 Kindertageseinrichtungen, 5 Mutter-Kind-Kurheimen und 26 Schulen	Nein	3	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: http://www.felix-fit-team-hoexter.de/ https://www.aok.de/pk/nordwest/inhalt/mach-mit-bei-felix-fit-bewegte-kinder/ Abschluss-/Evaluationsbericht: http://felix-fit-team-hoexter.de/evaluationsbericht.pdf
52. Fortbildungsangebot zur Gesundheitsförderung in Schulen	Grundschulkin-der und ihre Eltern	Grundschule	Stationenlernen gesundes (Schul-)Frühstück; bewegter Unterricht (Bewegung und Motorik) Elternschulung zur Adipositasprävention; Eltern lernen Grundlagen einer gesunden Ernährung; Flyer über gesunde Ernährung für Eltern	Teilnahme von elf Schulen; 15 Fortbildungen; Teilnahme von 120 Lehrenden. Ansprache in der Schule über die Lehrkräfte.	Nein	3	Datenbank: Doki (Kinderleicht) Sonstiges: https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesundheitsamt/2006-2009_Besser_essen_Mehr_bewegen.pdf Abschlussbericht:
53. Ausweitung der Erziehungsberatung auf die Prävention von Übergewicht bei Kindern	Kinder bis 10 Jahre und ihre Eltern	Quartier	-Kinder lernen spielerisch und in Begleitung von Bewegung -Wissenstransfer in kleinen Gruppen: fünf Elternpaare können an einem eineinhalbstündigen Angebot an acht Terminen teilnehmen;	Familien haben sich in dem Kurs sehr wohl gefühlt und haben ihren Familienalltag langfristig geändert. Ansprache im Quartier über die Familienberatungsstelle (lädt ein).	Nein	3	Datenbank: Doki (Kinderleicht) Sonstiges: https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesund-

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
			Eltern erhalten Informationen zu den Kernpunkten der Prävention von Übergewicht bei Kindern; Austausch der Eltern untereinander				heitsamt/2006-2009_Besser_essen_Mehr_bewegen.pdf Abschlussbericht:
54. Bärenstark“ – Ernährungs- und Bewegungsangebot für Eltern und Kindern unter drei Jahren	Eltern mit Kindern unter drei Jahre	Stadtteil, Buntes Haus des Kinderschutzbundes (Dortmund)	Einmal wöchentliches offenes Angebot für Eltern der Altersgruppe. Zum Thema Entwicklung, Ernährung und Bewegung des Kindes	Gute Erfahrungen mit Mund-Propaganda und mit einem offenen Angebot an einem beliebigen Treffpunkt im Quartier, um möglichst niedrigschwellig die Zielgruppe zu erreichen.	Nein	3	Datenbank: DoKi (Kinderleicht) Sonstiges: https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesundheitsamt/2006-2009_Besser_essen_Mehr_bewegen.pdf Abschlussbericht:
55. Gesund sind wir stark in Berlin Kreuzberg	Sozialbenachteiligte Schwangere und Familien mit Kindern im Alter von null bis drei Jahre (max. bis sechs Jahre), überwiegend mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund	Stadtteil, Quartier, Kommune (Berlin Kreuzberg)	Ausbildung von Laien zu Mentoren, die Familien/Zielgruppe bzgl. alltäglicher Ernährung und Bewegung beraten	Durch Fortbildungen verschiedener Professionen und Laien wurden vielfältige Zugangswege zu der Zielgruppe geschaffen. Ansprache im Stadtteil über Netzwerkarbeit durch verschiedene Professionen (Hebamme, Sozialarbeiter etc.); Mentorinnen erreichen die Familien über privates Umfeld und Netzwerk bzw. über Vereine, Gemeinden etc. Über 8000 Kontakte zur Zielgruppe hergestellt.	Nein	4	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-sind-wir-stark/ https://www.zagg.de/gesund-sind-wir-stark/de/start/index.shtml Abschlussbericht:
56. GOHO BEWEGT SICH	Kinder 0-10 Jahre	Kommune (Kindertageseinrichtungen, Schule, Quartier) (Dortmund)	Aktivitäten zu gesünderem Essen und mehr Sport im Alltag (vollwertige Ernährung, Bewegung, Sport, Entspannung, Ich-Stärkung)	Durchschnittlich 78 Kinder und ihre Eltern wurden durch Spielangebot erreicht.	Nein	3	Datenbank: Gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/gesund-sind-wir-stark/

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
							https://www.zagg.de/gesund-sind-wir-stark/de/start/index.shtml Abschlussbericht: https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/PDF/Abschluss-Nuernberg-1.pdf
57. Stadtbezirksbezogene Beratung zur Übergewichtsprävention in den zwölf Familienbüros der Stadt Dortmund	Eltern von neugeborenen Kindern oder Zugewogene Eltern mit Kindern bis zu sechs Jahren	Stadtbezirk Dortmund	Persönliche Ansprache durch Willkommensbesuch des Familienbüros im Bezirk	Schwer zugängliche Familien werden durch Willkommensbesuch erreicht	Nein	4 Eltern und Familien können sich mit eigenen Vorstellungen einbringen; diese Impulse werden durch die Familienbüros in laufende und zukünftige Umsetzungs- und Planungsprozesse eingebracht	Datenbank: DoKI (Kinderleicht) Sonstiges: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/goho-bewegt-sich/ https://www.inform.de/netzwerk/projekte/goho-bewegt-sich/ https://www.dortmund.de/media/p/gesundheitsamt/pdf_gesundheitsamt/2006-2009_Besser_essen_Mehr_bewegen.pdf Abschlussbericht:
58. Templin- die bewegungs- und ernährungs-freundliche Kur- und Bäderstadt	Kinder bis zum Alter von 12 Jahren in Templin und deren Eltern	Kommune (Kindertagesstätten, Schulen, Gesundheitsversorgung und Netzwerke) (Templin)	Netzwerkbildung durch Einbeziehung verschiedener Agierender und Institutionen, um Synergieeffekte hervorzubringen (55 Kooperationsbeteiligte) Gestaltung der Schulhöfe und Kindertagesstätten, um die Bewegung zu steigern Bewegungs- und Ernährungsprogramm	72 Projekttag und Familienfeste; 118 Beratungsstunden; acht Kitas setzen gemeinsames Zubereiten von Frühstück um Um die Eltern der Kinder bis 12 Jahre zu erreichen, gab es Elternbriefe und Aushänge in Schulen und Kindertagesstätten. Besonders die zahlreichen Events wie Familiensport-, Koch-, Erntedank-, Gemüse- und Obstfeste	Nein	3	Datenbank: gesundheitliche Chancengleichheit Sonstiges: Abschlussbericht (S. 18-20): https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Abschluss-Dortmund-1.pdf

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publikationen o.ä.
			Verdeutlichung Vorbildfunktion der Eltern	erfreuten sich bei Eltern und Kindern großer Beliebtheit. Enorme Öffentlichkeitsarbeit über regionale und überregionale Zeitungen, Radio, eigene Homepage und regelmäßige Feste			
59. Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg Biedenkopf	1. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Stärkung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse und gesunder Lebensstile sollen allen Menschen in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen -Gesund bleiben -Gesund altern“ zugänglich gemacht werden. 2. Die medizinische Versorgung wird wohnortnah auf einem hohen Qualitätsniveau erhalten. 3. Die individuellen Ressourcen werden gestärkt, um einen eigenverantwortlichen Umgang mit der körperli-	Alle Lebenswelten	Bei diesem Projekt handelt es sich weniger um eine Interventionsart als vielmehr um die Rationale einer integrierten Handlungsstrategie: Integrierte Handlungskonzepte haben ihren Ursprung als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument in der sozialen Stadtentwicklung. Sie lassen sich aber zunehmend in anderen Handlungsfeldern finden. Aufgrund sozioökonomischer Determinanten wie Einkommen und Bildung, die Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Ansatz berücksichtigt die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten und bezieht diese partizipativ mit ein. Er orientiert sich ebenso an den vorhandenen Ressourcen und Akteuren als auch an den verschiedenen Politikfeldern (Gesundheit, Soziales, Familie, Wohnen, Arbeit und Bildung).	Das Projekt „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg“ ist in erster Linie ein gutes Beispiel dafür, wie Angebote der Prävention vernetzt und zielgerichtet, entlang einer Präventionskette, ausgestaltet sein können. Somit dient diese Maßnahme zur Illustration der Umsetzung einer integrierten kommunalen Strategie. Darüber hinaus strebt dieser Ansatz die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten zu berücksichtigen, wobei der Versuch unternommen wird, die Zielgruppen partizipativ mit einzubeziehen. Das Vorgehen hierbei kann dem Präventionsplan des Landkreises entnommen werden:	Der Ansatz zeichnet sich durch den konsequenten Versuch aus, die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten zu berücksichtigen, wobei der Versuch unternommen wird, die Zielgruppen partizipativ mit einzubeziehen	Keine konkreten Angaben	Datenbank: https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheitsfoerderung/praeventionsplan.php

Name	Zielgruppe / Lebensphase	Setting/Lebenswelt	Handlungsbereiche und Vorgehen Intervention	Konkrete Aussagen zu erfolgreichen Ansätzen bezüglich Erreichbarkeit	Konkrete Aussagen / Empfehlungen zur Überwindung von Barrieren	Angaben zum Partizipationsgrad	Quellenangaben zu Projekt/Publicationen o.ä.
	chen und seelischen Gesundheit zu fördern.						
60. Niedrigschwellige Begrüßungsdienste für Familien mit neugeborenem Kind	Familien mit Neugeborenen	Familie (Zuhause)					Dormagen Langversion
61. Clevere Eltern – fitte Kinder							Knaller et al., 2013
62. IDEFICS							Kröller & Warschburger, 2010



UNIVERSITÄT
BIELEFELD



Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

ANHANG B: Handreichung zur Partizipation von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht

Handlungsempfehlungen aus dem Projekt PartFam

zitierbar als:

Finne, E. Zamora, P.G., Trifunovic-König, M. (2023). Handreichung zur Partizipation von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht: Handlungsempfehlungen aus dem Projekt "Partizipation von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht (PartFam)". Bielefeld: Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

<https://doi.org/10.4119/unibi/2981504>

Einleitung

Die vorliegende Handreichung soll verschiedenen Praxisakteuren Handlungsempfehlungen (HE) zur Einbeziehung von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht an die Hand geben und diese dazu befähigen, unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Forschungsstands und bestehender Qualitätsstandards, eigene Maßnahmen adäquat zu planen und umzusetzen.

Die Autorinnen und der Autor gehen hierbei von einem umfassenden Familien-Verständnis aus. D.h., wenn im Folgenden von „Familie“ die Rede ist, so ist dieser Begriff nicht begrenzt auf die „klassische“ Familienkonstellation (Vater, Mutter, Kind), sondern geht allgemein von einem privaten Lebenszusammenhang aus, in dem sich Menschen verschiedener Generationen in verbindlichen, mehr oder weniger stabilen Beziehungen zueinander befinden und umeinander sorgen (Geene, 2018). Ein Großteil der vorliegenden und ausgewerteten Literatur bezieht sich allerdings ausschließlich auf die ‚Eltern‘ (und dabei, sofern differenziert wird, viel häufiger die Mütter) und selten auf weitere Familienmitglieder oder die ganze Familie als System.

Die Empfehlungen in diesem Dokument richten sich an alle an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht beteiligten Akteure und Akterinnen z.B. Kita- oder Schulpersonal, Leitungspersonal beteiligter Kinder-, Jugend- oder Familieneinrichtungen, Quartiermanagement, Angehörige einschlägiger Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Hebammen) oder auch Kommunal-/Regionalpolitiker und -politikerinnen. Sie beruhen auf den im Projekt PartFam durchgeführten Recherchen und Auswertungen nationaler und internationaler wissenschaftlicher Fachliteratur zu Fragestellungen der Erreichbarkeit von Familien, der Auswertung der Beschreibung nationaler Präventionsprojekte und dokumentierter Erfahrungen sowie einer Delphi-Befragung. An dieser Befragung haben sich 44 (1.Runde) bzw. 32 (2. Runde) Expertinnen und Experten v.a. aus den Bereichen Forschung und Bildung, Vertretung von Berufsverbänden, Verbänden der Sozial- und Krankenversicherung, Interessen- und Wohlfahrtsverbänden und dem öffentlichen Gesundheitsdienst beteiligt. Zu den Hintergründen und dem methodischen Vorgehen liegt ergänzend eine ausführliche Version (im Abschlussbericht) vor.

Die nachfolgenden Empfehlungen haben wegen der Vielzahl möglicher Umsetzungskontexte bzw. -bedingungen weniger den Charakter einer konkreten Handlungsanweisung oder -anleitung als vielmehr die Eigenschaft eines Leitfadens.

Die Handlungsempfehlungen werden dabei jeweils kurz begründet. Anschließend folgt i.d.R. mindestens ein Beispiel guter Praxis, welches eine erfolgreiche Umsetzung der betreffenden Handlungsempfehlung illustriert, sowie eine Checkliste mit Fragen zur Selbstüberprüfung des eigenen Vorgehens.

Den Empfehlungen zum Einbezug der Familie bei der Übergewichtsprävention vorangestellt ist ein Abschnitt mit übergeordneten Handlungsempfehlungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, in dem auf allgemeingültige Qualitätskriterien eingegangen wird, die unabhängig vom Ziel, Setting und der Reichweite eines Präventionsprojektes berücksichtigt werden sollten (s. Abschnitt 2.1.1).

Hinsichtlich der Aufbereitung des vorliegenden Kenntnisstandes zum Einbezug von Familien als Basis zur Ableitung der Handlungsempfehlungen, standen v.a. folgende Fragen im Vordergrund:

- a) **Erreichbarkeit:** Was sind geeignete Zugangswege und Settings, um Familien in verschiedenen Lebenslagen zu erreichen? Was sind geeignete Kommunikationsstrategien bei der Ansprache?
- b) **Förderliche und hemmende Faktoren:** Was sind Erfolgsfaktoren und Barrieren für die Teilnahme von Familienmitgliedern in verschiedenen Lebenslagen? Welche Rolle spielen dabei z.B. familiäre Ressourcen wie der Erziehungsstil oder Beziehungen zu Geschwistern? Welche Rolle spielen Einstellungen zu Übergewicht und Motive verschiedener Familienmitglieder? Welcher Unterstützungsbedarf zur Überwindung von Teilnahmebarrieren besteht bei verschiedenen Gruppen (z.B. Alleinerziehende)?
- c) **Familiengerechte Gestaltung von Maßnahmen:** Wie sind diese anzupassen an Bedürfnisse von Familien in spezifischen Lebensphasen und belasteten Lebenslagen? Wie können Familien bei der Entwicklung von Maßnahmen aktiv beteiligt werden? Wie können Maßnahmen in umfassende Konzepte, z.B. der Familienhilfe, integriert werden? Was sind Erfolgsfaktoren für eine nachhaltige Wirksamkeit von Maßnahmen? Welche Rolle spielen psychische Faktoren (z.B. Stress, Stigmatisierung, Familienklima, Körpernormen) für die Wirksamkeit?

Nicht zu allen dieser Teilaspekte liegen Erkenntnisse in einer Form vor, die eine Differenzierung nach verschiedenen Lebenslagen, Lebensphasen, Familienkonstellation und weiteren Merkmalen erlaubt. Zu beachten ist außerdem, dass die formulierten Empfehlungen sich nicht immer auf wissenschaftliche Evidenz stützen können bzw. oft nur einzelne wissenschaftliche Studien, meist aus dem Ausland, vorliegen. Die Empfehlungen beruhen daher zu einem großen Teil auf dokumentierten einzelnen Projekterfahrungen und Expertenmeinungen. Allerdings stimmen vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse i.d.R mit diesen Erfahrungen überein.

Handlungsempfehlungen

Übergeordnete Empfehlungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

Von der Planung, über die Umsetzung bis zur Verstetigung von Maßnahmen der Primärprävention sollten existierende und bewährte qualitätssichernde Kriterien sowie Auflagen und Bedingungen berücksichtigt werden, die für eine Förderung der Maßnahmen durch die GKV erfüllt sein müssen. Durch die Anwendung dieser Kriterien können sowohl Entwickelnde als auch Anbietende und Durchführende solcher Maßnahmen dafür Sorge tragen, dass Ihr Vorgehen für Dritte transparent, nachvollziehbar und evaluierbar gestaltet wird. Somit wird auch Kostenträgern ermöglicht, anhand klar definierter Kriterien zur Bewertung der Maßnahmen über eine mögliche Förderung derselben fundiert zu entscheiden. Eine Auswahl zur Verfügung stehender Instrumente bzw. Kriterien ist in Tabelle 1 abgebildet.

Tabelle 1: Auswahl bewährter, praxisorientierter Instrumente und Empfehlungen

Instrumente / Empfehlung	Adressierter Aspekt	Erläuterung / Kommentar	Link / Quelle
IN FORM-Leitfaden Qualitätssicherung	Qualitätssicherung allgemein & Abschnitt „Dokumentieren“	Eine praxisorientierte Begründung für eine qualitätssichernde Vorgehensweise im Bereich der Prävention Dokumentation: Warum und wie dokumentieren? Eine schnell zugängliche und praxisorientierte Einleitung	https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/IN_FORM_Leitfaden_Qualitaetsversicherung.pdf
Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen	Qualitätssicherung	Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt mit diesem Instrument eine bewährte und solide Hilfestellung zur Verfügung. Die entsprechenden Qualitätskriterien mit entsprechenden Erläuterungen sind als pdf-Datei im Internet frei verfügbar.	https://service.bzga.de/pdf.php?id=6e6513a82037aa055464d14862dd7bb9
Informationen, Empfehlungen und Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung und -sicherung	Qualitätsentwicklung und -sicherung	Ein Leitfaden, um sich zu vergewissern, worauf es bei der Einbeziehung von Familien in die Planung und Durchführung von Präventionsmaßnahmen ankommt.	http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
Hinweise für die Einbeziehung von Familien	Kommunikation, Ansprache und Einbeziehung von (jungen) Familien	Praxisrelevante Überlegungen und Empfehlungen im Rahmen von Bildungs- und Beratungsprozessen (insbesondere „Qualitätsdimension 7“: Zusammenarbeit mit der Familie)	https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publication_NZFH_Kompakt_Berat_Qualitaetsrahmen_Fruehe_Hilfen.pdf

<p>Kriterien guter Praxis in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung</p>	<p>Beratung auf kommunaler Ebene durch die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit zu den zentralen Planungsprozessen</p>	<p>Definition von zwölf Kriterien für gute Praxis für die Planung und Umsetzung guter Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Aufzeigen von Good-Practice-Beispielen.</p>	<p>https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/</p> <p>https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/struktur/koordinierungsstellen-gesundheitliche-chancengleichheit/</p>
<p>Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes</p>	<p>Zu beachtende Förderkriterien bei der Maßnahmenplanung</p>		<p>https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp</p>

HE 1: Durchführung einer Situations- und Bedarfsanalyse

HE 1. Gehen Sie bedarfs- und bedürfnisorientiert vor, indem Sie als Erstes den Ort und das Setting, die Sie fokussieren wollen, so gut wie möglich analysieren und dabei die Zielgruppe Ihrer Präventionsaktivitäten partizipativ einbeziehen.

Erläuterung und Begründung

Um Präventionsangebote bedarfs- und bedürfnisgerecht zu planen, ist ein systematisches Vorgehen erforderlich, bei dem die Maßnahmenplanung auf einer systematischen Bedarfserhebung beruht. Für die einzelnen Bereiche sollen die gesundheitliche Situation, Bedarfe, Veränderungspotentiale und Belastungsschwerpunkte möglichst systematisch ermittelt werden. Um die Akzeptanz geplanter Maßnahmen zu erhöhen, sollten dabei auch Erkenntnisse über Bedürfnisse und Erwartungen der identifizierten Zielgruppen erhoben werden, um die Maßnahme(n) dementsprechend gestalten bzw. anpassen zu können. Nur auf diese Weise kann eine angemessene Planungsqualität eines jeden Vorhabens gewährleistet werden. Den Bedarf nachzuweisen, bedeutet, genau zu schauen, ob eine konkrete Gruppe von Menschen eine Maßnahme tatsächlich benötigt (z.B. Kinder einer Schule, Bewohner und Bewohnerinnen eines bestimmten Stadtteils etc.). Wie ist ihr Ernährungs- bzw. Bewegungsverhalten, wie ist ihr Umgang mit sozialer Benachteiligung? Welche Unterstützungs-/Beratungsmaßnahmen greifen, welche nicht? Welche Erklärungsversuche gibt es für wahrgenommene Missstände?

Die Zielgruppe umfasst alle Menschen, an die sich die Maßnahme richtet. Oft sind dies alle Kinder, Mitarbeitende einer Einrichtung oder Bewohnende eines Stadtteils. Manchmal sollen nur Menschen in einem bestimmten Alter oder in bestimmten Lebenssituationen Unterstützung bekommen. Wenn die Zielgruppe konkret bestimmt wird, sollte überlegt werden, welche Menschen in ihrem Umfeld noch angesprochen werden sollten. Im Falle von Präventionsmaßnahmen im Bereich Kinderübergewicht kann es um Kinder gehen, um Eltern und Kinder, „nur“ um Eltern, oder um Eltern und weitere Familienmitglieder. Zuweilen richtet sich die Maßnahme ausschließlich an Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die mit der fokussierten Zielgruppe arbeiten und sie zu einem gesunden Verhalten motivieren können. Hierbei müssen Diversitätsaspekte der Zielgruppe (kultureller Hintergrund, Gender, ethnische Zugehörigkeit, sozialer Kontext etc.) ebenso Berücksichtigung finden wie spezifische Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und sonstigen Handicaps, wie z.B. eine geringe Lese- und Schreibfähigkeit

Auf der Homepage www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de erhält man Anregungen, auf welche Weise die Zielgruppe in die Bedarfsanalyse, Planung, Umsetzung und Evaluation einer Maßnahme eingebunden werden kann. Hier finden sich neben Texten zur Einführung in die partizipative Qualitätsentwicklung auch Praxisbeispiele und ausführliche Beschreibungen zu einzelnen Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung. Die Methoden sind nach ihren Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen Phasen einer Maßnahme geordnet. Darüber hinaus finden sich Angaben zum jeweiligen Aufwand, zu den Anwendungsgebieten und zu Arbeitsschritten.

Die Checkliste am Ende dieses Abschnitts beinhaltet mögliche Fragen zur Strukturierung und Systematisierung des Planungsprozesses. Hierbei werden Empfehlungen des IN FORM Leitfadens zur

Qualitätssicherung herangezogen (vgl. https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/IN_FORM_Leitfaden_Qualitaetssicherung.pdf)

Das nachfolgende Praxisbeispiel illustriert, wie in einem realen Interventionsfeld eine partizipative Bedarfs- und Bedürfnisanalyse aufgebaut sein kann.

Praxisbeispiel: Projekt „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“

Der Projektentwicklung lag ein partizipatives und ressourcenorientiertes Vorgehen zugrunde, wobei ein integratives Handlungskonzept mit dem Ziel, Kindern und ihren Familien mehr Bewegung im Alltag zu ermöglichen, entwickelt wurde. In einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung unter Beteiligung der Zielgruppe wurde in der Aufbauphase gemeinsam mit Eltern kleiner Kinder und Akteuren in Berlin Kreuzberg und Marzahn eruiert, welche Ressourcen bereits bestehen und wo Angebotslücken in Bezug auf alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten bestehen. Ergebnis dieses partizipativen Prozesses war ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept (integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung), das bereits vorhandene Ressourcen gebündelt hat und zusätzliche Angebote schaffen konnte, welche die Lebenswelt der Kinder nachhaltig bewegungsförderlich gestalteten.

Die Befragung eines Projektmitarbeiters im März 2020 durch PartFam ergab, dass insbesondere die Möglichkeit, die Bedarfs- und Bedürfnisermittlung gut geplant und strukturiert mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppe durchgeführt zu haben, als ein herausragender Erfolgsfaktor des Projektes betrachtet wird.

Zum Vorgehen: Durch verantwortliche Mitarbeitende von Kitas, Familienzentren und ähnlichen Einrichtungen wurden engagierte Eltern empfohlen. Mit diesen führten die Projektverantwortlichen sowohl Einzelinterviews als auch Gruppengespräche durch. Zudem wurden Straßeninterviews durchgeführt. Eltern, die mit kleinen Kindern – in sozial benachteiligten Stadtteilen - unterwegs waren, wurden angesprochen und kurz nach ihren Bedarfen und Bedürfnissen befragt. Unter den interviewten Personen befanden sich, wenngleich deutlich in der Minderheit, auch Väter.

Das Ziel, die Eltern in der Durchführungsphase in die BLiQ-Angebote einzubinden und ihre Kompetenz aufzubauen wurde allerdings nur in begrenztem Umfang erreicht. Auf der einen Seite haben Eltern sich an vielen Bewegungsangeboten beteiligt. Auf der anderen Seite waren es nur wenige Eltern, deren Kinder auch Nutzer der beteiligten Einrichtungen sind, die sich beispielsweise zu BLiQ-Trainer oder Trainerinnen haben schulen lassen.

Weitere Hintergrundinformationen zu diesem Projekt einschließlich Hinweise externer Quellen sind dem Anhang dieses Dokumentes zu entnehmen.

Checkliste Situations- und Bedarfsanalyse

Bedarf	
Welchen Bedarf gibt es für das geplante Angebot?	<input type="checkbox"/>
Wer / welche Zielgruppe hat besonderen Bedarf?	<input type="checkbox"/>
Wo besteht besonderer Bedarf (z.B. Stadtteil, Setting)?	<input type="checkbox"/>
Ist dieser Bedarf objektiv nachweisbar und quantifizierbar?	<input type="checkbox"/>
<i>Mögliche relevante Datenquellen</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • kommunale Gesundheits- und Sozialberichterstattung • Schuleingangsuntersuchungen • Sozialraumanalysen vom Amt für Stadtentwicklung und Statistik • Regionale Statistiken z.B. zu Arbeitslosigkeit, Leistungsbezügen nach SGB II etc. im fokussierten Sozialraum • Daten aus Beratungsstellen • Statistiken/Berichte abgeschlossener Projekte im Themenbereich Kinderübergewicht mit Bezug auf den betrachteten Sozialraum und die fokussierten Zielgruppen • Andere: _____ 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>Konkrete Beispielfragen:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Wie viele Kinder und Jugendliche sind in welchem Alter betroffen? • Gibt es spezifische Gruppen (zum Beispiel nach Geschlecht oder Bildungshintergrund), die besonders betroffen sind? • Lassen sich Stadtviertel/Nachbarschaften identifizieren, in denen besonders hohe Prävalenzraten zu beobachten sind (zum Beispiel auf der Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchung)? • Welche Einflussfaktoren auf Übergewicht sind bekannt? • Gibt es theoretische Erklärungsmodelle für die Entwicklung von Übergewicht ? 	
Infrastruktur im Bereich Prävention	
Was wird bereits an gesundheitsfördernden Maßnahmen angeboten?	<input type="checkbox"/>
Welche Angebote fehlen?	<input type="checkbox"/>
An welche bestehenden Angebote könnte angeknüpft werden, welche könnten ergänzt werden?	<input type="checkbox"/>
Einbezug der Zielgruppe	
Wie und in welchem Ausmaß kann die Zielgruppe bei der Planung und Ausgestaltung der Maßnahmen beteiligt werden?	<input type="checkbox"/>
Sind die Bedürfnisse und Besonderheiten der Zielgruppe ausreichend bekannt und berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
<i>Möglichkeiten zur Erhebung der Betroffenenperspektive z.B.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Quartiersbegehungen • Gruppendiskussionen und Fokusgruppen dort, wo sich Eltern/Familien regelmäßig aufhalten (Kitas, Spielplätze, Cafés etc.) • Qualitative Interviews mit ausgesuchten Familien • Auskünfte von Selbsthilfegruppen und Beratungseinrichtungen • Informationen von den Fachausschüssen der Kommune • Open Space Formate, Zukunftswerkstätten • Austausch mit Kolleginnen und Kollegen, Menschen aus der Zielgruppe und gegebenenfalls ihren Angehörigen • Durchführung von Pilotprojekten mit der Zielgruppe • Ggf. Einbezug von Fachkräften Früher Hilfen 	

HE 2: Partizipation der Zielgruppe

HE 2. Der Einbezug der anvisierten Zielgruppe sollte bereits bei der Planung von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht erfolgen und sich dann über die Phasen der Umsetzung, Etablierung, Bewertung und Optimierung fortsetzen.

Erläuterung und Begründung

Die Menschen, an die sich eine Präventionsmaßnahme richtet, sind Experten bzw. Expertinnen in eigener Sache. Sie zu beteiligen bedeutet, bedarfs- und bedürfnisgerecht vorzugehen und der Zielgruppe respektvoll zu begegnen. Mit Beteiligung der Betroffenen geplanten und umgesetzten Maßnahmen sind mit größerer Wahrscheinlichkeit für diese relevant und werden besser angenommen. In welchem Ausmaß und auf welche Art und Weise die Menschen beteiligt werden, kann unterschiedlich sein. Prinzipiell ist eine Beteiligung der Zielgruppe als ein Qualitätsmerkmal des Planungsprozesses zu betrachten. Die partizipative Qualitätsentwicklung zielt auf eine möglichst gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten einer Maßnahme in allen Phasen der Planung und Umsetzung ab. Die Zielgruppe einer Maßnahme wird dabei befähigt, ihre Probleme und Bedarfe zu artikulieren und sich für Veränderungen in ihrem Lebensumfeld aktiv einzusetzen (Empowerment). Es bieten sich strukturierte Gesprächs- und Moderationstechniken an, um es Mitgliedern der Zielgruppe zu erleichtern, ihre Wünsche und Erwartungen zu formulieren. Ein Beispiel sind partizipativ gestaltete Fokusgruppen (siehe z.B. die Tools der Part-Net Pilotstudie unter <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/partnet-lernvideos-pilotstudie/>). Weitere Ideen für solche Methoden finden Sie z.B. unter <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/subnavi/methodenkoffer.html>). Dabei ist es im Sinne der partizipativen Einbindung von Familien möglich und wünschenswert, diese auch in den Prozess der Erhebungen zur Bedarfsanalyse einzubeziehen (wie z.B. im Projekt ELFE, „Eltern fragen Eltern“, <http://partkommplus.de/teilprojekte/elfe/>). Die Bedarfe der Zielgruppe sollten die Basis bilden, auf die die zu planende Intervention sich stützt. Des Weiteren wichtig für den Aspekt Partizipation ist die Notwendigkeit, bereits bei der konzeptionellen Phase einer Maßnahme zu klären, welcher Familien-Begriff der Intervention zugrunde liegt, und welche konkreten Familienmitglieder erreicht werden sollen und warum.

Dabei ist u.U. damit zu rechnen, dass gerade Mitglieder derjenigen Gruppen, die auch durch Maßnahmen der Übergewichtsprävention selbst schwer zu erreichen sind, eine geringe Bereitschaft bei der Mitwirkung zeigen. Zur Ansprache potenziell an der Planung und Ausgestaltung von Angeboten mitwirkender Familien(mitglieder) sind ähnlich niedrigschwellige Ansätze geeignet wie bei der Ansprache von Interventionsteilnehmenden (s.u.). In jedem Fall sollte ausreichend Zeit eingeplant werden, um entsprechende Mitglieder der Ziel-Familien zu gewinnen und ihnen Raum zur Mitgestaltung von Interventionen zu geben.

Das nachfolgende Praxisbeispiel illustriert, wie Partizipation gelingen kann.

Praxisbeispiel: Projekt „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder *mittendrin*“

Das Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mittendrin“ hatte zum Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder in den benachteiligten Stadtteilen der Stadt Marburg nachhaltig zu verbessern.

Bei der Umsetzung des Modellvorhabens stand der sozialräumliche Zugang zu den Lebenswelten der Kinder und Eltern im Vordergrund. Gesundheitsförderliche Lebensstile Bewohnender sollten gestärkt und vorhandene Ressourcen im unmittelbaren Lebens- und Sozialraum unterstützt werden. Das Projekt erreichte eine bemerkenswert hohe Beteiligung der Zielgruppe – bis auf der Stufe der Mitentscheidung. Insofern kann es als ein Beispiel guter Praxis im Sinne der Partizipation der Zielgruppe bei der Bedarfs-/ Bedürfnisermittlung herangezogen werden. Zudem ist es gelungen, eines im Bewegungsbereich durchdachtes Konzept umzusetzen, das bedarfsorientiert war und sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensebene adressierte.

Ein Faktor, der den Erfolg der Maßnahme ausmacht, ist die Bedarfsorientierung und die damit einhergehende Beteiligung der Zielgruppe an der Maßnahme. Dabei wurden die Kinder und ihre Familien dafür aktiviert, sich an weiteren Schritten im Rahmen der Intervention zu engagieren. Unter Einbezug der Zielgruppe wurden Verhältnisse verbessert, die neue Bewegungs- und Grenzerfahrungen der Familien ermöglichten.

Als Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für die gelungene Partizipation und für die vielen Maßnahmen im Bewegungsbereich dienten die „Sozialraumerkundungen“ als Basis einer fundierten Bedarfsanalyse. Kinder und Familien konnten aktiviert werden, sich auch an den weiteren Schritten und Maßnahmen von „mittendrin“ zu beteiligen. Durch die Teilnahme fast aller Kinder der jeweiligen Stadtteile im Alter zwischen 3 und 10 Jahren bei den Sozialraumerkundungen, vieler pädagogischer Mitarbeitender der Kindergärten und Schulen sowie vieler Familien der Stadtteile, wurde eine besondere Aufmerksamkeit für das Thema Bewegung und bewegungsfreundliches Umfeld und eine Wahrnehmung des Projektes geschaffen. Die Projektverantwortlichen führten diese Erfolge auf eine konsequent niedrigschwellige Ansprache unter Einsatz muttersprachlicher Vermittlungspersonen auf Quartiersebene zurück.

Weitere Informationen sind in dem Evaluationsbericht nachzulesen:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docext.php?idx=315>

Checkliste zur Planung und Umsetzung partizipativer Elemente

Ist die Zielgruppe der Maßnahme klar definiert? Wer soll angesprochen werden?	<input type="checkbox"/>
Enthält mein Präventionskonzept praktikable (Zeit, Kosten, Aufwand) Ansätze und Methoden der Partizipation? Berücksichtigen diese auch Erfahrungen vorbildlicher Ansätze/Maßnahmen anderer Projekte, einschließlich der Stolpersteine?	<input type="checkbox"/>
Werden Diversitätsaspekte der Zielgruppe (kultureller Hintergrund, Gender, ethnische Zugehörigkeit, sozialer Kontext etc.) bei der Ansprache und Partizipation angemessen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Wie lassen sich Mitglieder der Zielgruppe dafür gewinnen, bei der Planung, Ausgestaltung und Umsetzung eines Präventionsangebots aktiv mitzuwirken?	<input type="checkbox"/>
Werden Zugehörigen der Zielgruppe genug Entscheidungsbefugnisse gegeben? Wie können sie wirklich auf Augenhöhe mitbestimmen?	<input type="checkbox"/>
Werden die geplanten Interventionsmethoden den Bedürfnissen der fokussierten spezifischen Zielgruppe bzw. dem Selbstverständnis einer Einrichtung gerecht?	<input type="checkbox"/>
Sind Ansprache-Strategie und Kommunikation (Fotos, Bilder, Sprache, Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen) der Zielgruppe angemessen?	<input type="checkbox"/>
Werden Menschen mit spezifischen Bedarfen (z.B. Menschen mit Behinderungen und sonstigen Handicaps, wie einer geringen Lese- und Schreibfähigkeit) angemessen einbezogen?	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Empfehlungen zur Ansprache von Familien

HE 3: Multiplikatorenansatz

HE 3. Setzen Sie in Ihrem Programm oder Projekt Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren ein, um Familien anzusprechen und Inhalte zu vermitteln.

HE 3.1: Wenn Laienmultiplikatoren und -multiplikatorinnen eingesetzt werden, sollten sich diese auf v.a. die Vermittlung von gesundheitsbezogenem Alltagswissen (z.B. zur praktischen Umsetzung der Kinderernährung) konzentrieren. Entscheidend bei Laien ist ein klarer Auftrag, eine ausreichende Schulung bzw. Kenntnisse über die Intervention und eine fachliche Begleitung bei der Umsetzung von Maßnahmen.

HE 3.2: Hinsichtlich professioneller Multiplikatoren und Multiplikatorinnen lassen sich diese oft über berufliche Institutionen und Verbände gewinnen. Wenn Professionelle eingesetzt werden sollen, sollten diese eher für die längerfristige Begleitung von Familien vorgesehen werden. Entsprechende finanzielle Ressourcen müssen eingeplant werden.

HE 3.3: Zur Ansprache von Zielgruppen mit Migrationshintergrund sollten Mittlerpersonen aus dem jeweiligen Sprach- und Kulturkreis oder zumindest mit entsprechenden Sprachkompetenzen gewonnen werden. Auch wenn keine Sprachbarriere bestehen, kann der kulturelle Hintergrund dennoch Einfluss z.B. auf Körperrnormen und Ernährungsgewohnheiten haben, die bei der Ansprache, der Maßnahmengestaltung und der Auswahl von Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen berücksichtigt werden müssen.

Erläuterung und Begründung

Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen sind Personen, die Wissen und Kenntnisse an die Zielgruppe weitergeben. Im Kontext der Prävention und Gesundheitsförderung sind dabei Personen oder Institutionen gemeint, die entweder aufgrund ihrer fachlichen und beruflichen Situation mit der Zielgruppe in Kontakt stehen und/oder aufgrund ihrer Zugehörigkeit zum sozialen und kulturellen Umfeld der Zielgruppe in der Lage sind, gesundheitsförderliche Inhalte und Botschaften an diese zu vermitteln. Sie informieren beispielsweise über ein Angebot und unterstützen die Mitglieder der Zielgruppe dabei, Zugang zu finden.

Multiplikatoren und Multiplikatorinnen können nach einer entsprechenden Qualifizierung selbst Inhalte umsetzen, beispielsweise Kurse durchführen oder Gruppen anleiten. Dabei kommen sowohl „Professionelle“ (z.B. Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiter und -arbeiterinnen, Lehr-/Betreuungskräfte, Mitarbeitende von Familienzentren etc.) als auch akzeptierte und glaubwürdige Mitglieder der Zielgruppe (etwa Mitglieder von Vereinen, qualifizierte Familienmitglieder und Nachbarn mit der Bereitschaft, sich sozial zu engagieren etc.) in Frage. Sie fungieren dann als „Schlüsselpersonen“ für die Gruppen, zu denen Professionelle nur schwer Zugang finden.

Bei der Ansprache von Familien mit geringen Deutschkenntnissen ist eine persönliche Ansprache durch muttersprachliche Personen als Dolmetschende bzw. Vermittelnde anzuraten, da eine Übersetzung von Flyern, Postern und sonstigen schriftlichen Informationen in der Regel nicht ausreicht, um diese Gruppe zu erreichen. Hier können andere Dimensionen von Diversity, wie das Gefühl der Zugehörigkeit

zu einer gemeinsamen Community im Sinne eines Peer-Ansatzes, genauso entscheidend für die Erreichung und die Vertrauensbildung sein.

Weitergehende Empfehlungen und Erläuterungen zum Multiplikatoren-Ansatz enthält die Broschüre „Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (Kriterium 4)“ (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/04-multiplikatorenkonzept/>).

Zwei Beispiele können als gute Praxis hinsichtlich eines Multiplikatorenansatzes angeführt werden:

Praxisbeispiel: Projekt „AGIL- aktiver gesünder is(s)t leichter“

Ziel der Maßnahme ist es, durch die Angebote das natürliche Gefühl für gesundes Essen und ausreichende Bewegung bei den Kindern zu stärken, ohne Vorschriften erteilen zu müssen. Dabei werden AGIL-Moderatoren bzw -moderatorinnen ausgebildet, die sich zum einen mit Taster und Erfahren sowie Kochen und Abschmecken von Lebensmitteln beschäftigen. Zum anderen wird die Körperwahrnehmung, Beweglichkeit und Fitness gefördert. Menschen in schwieriger sozialer Lage sind ein wichtiger Teil der Zielgruppe, auch wenn sich das Angebot in erster Linie an alle richtet.

Das AGIL-Projekt zeichnet sich durch eine besondere Umsetzung des Multiplikatorenansatzes durch den Einsatz sogenannter AGIL-Moderatoren bzw. -moderatorinnen aus. Diese sind zum einen externe Fachkräfte, die mit den pädagogischen Fachkräften in der Einrichtung (Kita, Schule) praktische Einheiten zu den Themen Ernährung und Bewegung durchführen. Zum anderen werden Fachkräfte in den Einrichtungen praxisnah und berufs begleitend zu AGIL-Moderatorinnen und -moderatoren ausgebildet. Sie führen das Programm in ihren Einrichtungen weiter, nachdem sie zwei Jahre lang berufs begleitend geschult wurden.

Die Multiplikatoren und Multiplikatorinnen wurden sowohl fachlich (z. B. Ernährungsbildung und Bewegungsförderung für Kinder) als auch methodisch (z. B. Beratungstechniken) fortgebildet und supervisorisch begleitet.

Praxisbeispiel: Projekt „Kinderleicht-Quartier Horst“

Das KINDERLEICHT-Quartier war ein Ernährungs- und Bewegungsprojekt für Kinder in Gelsenkirchen-Horst zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern im Alter von null bis zehn Jahren. Ziel war es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder zu verbessern und neue Wege zur Prävention von Übergewicht bei Kindern zu erproben. Maßnahmen wurden in allen Lebensbereichen der Kinder angesetzt: Kita, Grundschule, Elternhaus, Vereinssport sowie im Stadtquartier. Hier wurden regelmäßig Ernährungs- und Bewegungsangebote gemacht.

Besonders erfolgreich waren die „Kinderleicht Talk-Moderatorinnen“, als eine Variante des Multiplikatorenansatzes, um Eltern/Mütter mit geringen Deutschkenntnissen zu erreichen: Dabei wurden türkisch- und arabischsprachige Mütter ausgebildet, damit sie mit anderen Eltern ins Gespräch kommen und sie in ihr eigenes Zuhause einladen, um über Themen rund um die Ernährung zu sprechen sowie gemeinsam zu kochen. Als Folge dieser Maßnahme griffen Familien seltener zu Softdrinks und ungesunden Lebensmitteln.

Checkliste für die Planung des Einsatzes von Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren

<p>Sollen professionelle Akteure oder Akteurinnen einbezogen werden? <i>Wenn ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Über welche beruflichen Institutionen, Verbände, Einrichtungen und ggf. kommunale Gremien könnten professionelle Multiplikatoren und Multiplikatorinnen gewonnen bzw. rekrutiert werden? Inwieweit sind hier u.U. Stakeholder, Kooperationsbeteiligte o.ä. geeignet, welche bereits in der in der Planungsphase des Vorhabens involviert waren? • Welches Interesse könnten diese haben, das Projekt zu unterstützen? • Könnte es Interessenkonflikte zwischen ihnen geben, die bei der Auswahl berücksichtigt werden müssen? 	<input type="checkbox"/>
<p>Sollen Laien als Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren eingebunden werden? <i>Wenn ja:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist in meinem Konzept der Auftrag, den diese erfüllen sollen, klar definiert? • Ist die regelmäßige Betreuung der Laien-Multiplikatoren und Multiplikatorinnen gewährleistet? • Ist es möglich, Multiplikatorentandems oder -teams zu bilden? 	<input type="checkbox"/>
<p>Inwieweit können potenzielle Multiplikatoren und Multiplikatorinnen die notwendige Zeit aufbringen? Werden ggf. zusätzliche Ressourcen benötigt?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Welche Inhalte müssen den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen vermittelt werden? Welche Schulungen sind im Vorfeld erforderlich? Sind diese hinsichtlich Kosten, Zeit, Erreichbarkeit und Logistik praktikabel?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Können Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus dem jeweiligen Sprach- und Kulturraum der Zielgruppe oder zumindest mit entsprechenden Sprachkompetenzen gewonnen werden?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ist die Evaluation und Dokumentation der Arbeit der Multiplikatoren und Multiplikatorinnen geplant bzw. gewährleistet?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sollen ggf. gezielt auch männliche Multiplikatoren eingesetzt werden, um Väter und andere männliche Familienmitglieder besser zu erreichen?</p>	<input type="checkbox"/>

HE 4: *Niedrigschwellige und flexible Ausgestaltung von Angeboten*

HE 4. Planen Sie Präventionsangebote niedrigschwellig und berücksichtigen Sie auch dabei die Perspektive Nutzender.

Berücksichtigen Sie:

- Angemessene finanzielle Kosten
- Erreichbarkeit von Veranstaltungsorten
- Ggf. aufsuchende Angebote
- Eine flexible Zeitgestaltung
- Falls benötigt Angebote der Kinderbetreuung (besonders wichtig für Alleinerziehende)
- Muttersprachliche und kultursensible Angebote auch bei der (schriftlichen) Ausgestaltung von Informations- und Interventionsmaterialien
- Möglichkeiten, persönliche Angebote durch digitale Medien zu ergänzen

Erläuterung und Begründung

Der Begriff Niedrigschwelligkeit kann unterschiedlich aufgefasst werden. Zum einen sind geringe Zugangs- oder Teilnahmebarrieren gemeint, zum anderen wird damit oft auch allgemeiner die Ausgestaltung von Maßnahmen in einer Art, die diese für die Zielgruppe ansprechender macht, bezeichnet. Aspekte wie ein Multiplikatorenansatz oder die persönliche Ansprache werden daher auch oft unter Niedrigschwelligkeit benannt und können davon nicht ganz klar abgegrenzt werden. In diesem Abschnitt werden jedoch vorwiegend Rahmenbedingungen von Angeboten angesprochen, die den Familien eine Teilnahme erleichtern können, d.h. Teilnahmebarrieren gering halten.

Niedrigschwelligkeit gilt als besonders wichtiger förderlicher Faktor hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien durch Präventionsangebote. Dies gilt insbesondere für Alleinerziehende und andere besonders belastete Zielgruppen.

Im Hinblick auf die Ansprache und Erreichbarkeit von Familien mit Migrationshintergrund ist auf eine kultursensible Gestaltung der Maßnahmen und spezifische Teilnahmebarrieren zu achten. Dazu empfiehlt sich der Einbezug von Menschen aus dem Kulturkreis der Zielgruppe bereits bei der Planung einer Maßnahme, um zu beachtende kulturelle Besonderheiten herauszustellen.

Zu den einzelnen Aspekten niedrigschwelliger Angebote lassen sich als Empfehlungen weiter differenzieren:

- **Kosten:** Die Kosten einer Teilnahme an Angeboten sollte so gering bemessen sein, dass auch Familien mit geringen finanziellen Ressourcen teilnehmen können. Andererseits kann ein ganz kostenloses Angebot jedoch ggf. dazu führen, dass das Angebot weniger wertgeschätzt und als weniger verbindlich wahrgenommen wird.
- **Veranstaltungsorte:** Insbesondere bei Zielgruppen mit geringen zeitlichen oder finanziellen Ressourcen und vulnerablen Gruppen sollte der Veranstaltungsort gut erreichbar und vertraut sein. Es

sollten Orte gewählt werden, an denen die Zielgruppe bereits anzutreffen ist, idealerweise in der Nachbarschaft.

- **Aufsuchende Angebote:** Gerade in der Lebensphase nach der Geburt und in der Kleinkindphase oder bei Familien in schwierigen Lebenslagen sollten Angebote aufsuchend konzipiert werden (z.B. durch Fachkräfte der Frühen Hilfen, Hebammen oder Familienassistenz).
- **Termingestaltung:** Teilnahmezeiten sollen möglichst flexibel sein und sich auch mit der Berufstätigkeit verschiedener Familienmitglieder vereinbaren lassen. Hinsichtlich der Verbindlichkeit werden Angebote mit hoher Offenheit und geringem Verbindlichkeitscharakter von sozial benachteiligten Familien oft besser angenommen.
- **Kinderbetreuung:** Fehlende Kinderbetreuung kann eine Teilnahmebarriere darstellen, insbesondere für Alleinerziehende. Daher sollten Präventionsmaßnahmen, die sich an die Eltern richten, bei Bedarf Kinderbetreuung anbieten oder Angebote für die Kinder parallel bereitstellen.
- **Übersetzende oder muttersprachliche Elternbegleitung** als Peers sollten zur Verfügung stehen, sofern Teilnehmende über keine oder geringe Deutschkenntnisse verfügen. Auch sollten professionelle Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren mit entsprechendem Sprachhintergrund sowie zweisprachige Veranstaltungen in Betracht gezogen werden, um diese Zielgruppe zu erreichen.
- **Telefonische Beratungen oder Textnachrichten** können aufgrund des geringen Aufwands an Zeit als niedrighschwellige Angebote betrachtet werden. Allerdings lässt sich nicht abschließend sagen, für welche Zielgruppen und Inhalte solche Ansätze geeignet sind. Das Vorgehen scheint eher wenig kompatibel mit den beschriebenen Empfehlungen zur persönlichen Ansprache von Familien in schwierigen Lebenslagen und kommt eher als ergänzende Strategie in Betracht.
- Das **Internet** als Zugangsweg bietet den Vorteil, dass Informationen zu Unterstützungsangeboten zunächst anonym eingeholt werden können und dadurch eine geringe Stigmatisierungsgefahr besteht. Online-Angebote können aufgrund der flexiblen Zeitgestaltung und Nutzung von Zuhause als geeignetes Angebot gerade für Alleinerziehende in Frage kommen. Jedoch fehlen hierzu dokumentierte Erfahrungen. Auch systematisch dokumentierte Erfahrungen mit Sozialen Medien fehlen bislang. Bei der Verwendung von digitalen Medien sind die Nutzungsgewohnheiten der Zielgruppen zu berücksichtigen. Nicht für alle Zielgruppen kann davon ausgegangen werden, dass solche Angebote leicht nutzbar sind.

Zu empfehlen ist, Informationen über regionale Angebote und Anlaufstellen gut auffindbar zumindest ergänzend online zur Verfügung zu stellen. Eine aktive Suche nach Informationen z.B. zu gesunder Ernährung und Bewegung oder anderen Präventionsangeboten für Familien werden jedoch vermutlich gerade die primären Zielgruppen der Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen als die Familien, welche weniger Bedarf an den Programmen haben.

Die Broschüre *Good Practice* des Kooperationsverbundes Gesellschaftliche Chancengleichheit bietet im Abschnitt „Niedrighschwellige Arbeitsweise“ ein anschauliches Beispiel dafür, wie ein und dieselbe Maßnahme je nach Ausgestaltung eine unterschiedliche Ausprägung des Kriteriums „Niedrighschwellige Arbeitsweise“ aufweisen kann.

Dieses praxisorientierte Material kann über folgenden Link heruntergeladen werden:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9> .

Checkliste zur Niedrigschwelligkeit

<p>Reflektiert die Konzeption in ausreichender Weise mögliche Zugangshürden zur Maßnahme aus der Perspektive der Zielgruppe? Wurden dazu im Vorfeld der Ansprache Mitglieder der Zielgruppe in die Planung und Gestaltung der Maßnahmen ausreichend einbezogen?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Eignen sich vorgesehene Handlungsansätze (Ansprachestrategie, die Sprache der Informationen, die Vorgehensweise, die Art des Einsatzes von Vermittlungspersonen etc.), um diese Zugangshürden zu vermeiden oder möglichst niedrig zu halten?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sind die Teilnahmekosten angemessen für potenziell Teilnehmende?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ist der Veranstaltungsort gut und sicher erreichbar und vertraut?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ist bei den Teilnahmezeiten genügend Flexibilität vorgesehen?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Ist ggf. an einer Kinderbetreuung gedacht worden, sofern bestimmte Angebote ohne (jüngere) Kinder stattfinden?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Stehen im Falle, dass in der Zielgruppe Familien über keine oder geringe Deutschkenntnisse verfügen, ausreichend muttersprachliche Dolmetschende oder Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren zur Verfügung? Sind Besonderheiten der ethnischen Herkunft berücksichtigt worden, die Einfluss auf das Verständnis von „gutem“ Essen, Gewicht, Geschlechter- und Körperbildern usw. haben können?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sollten Maßnahmen als aufsuchende Angebote geplant werden, um eine höhere Erreichbarkeit und Akzeptanz bei Familien in besonders belasteten Lebenslagen zu erzielen? <i>Wenn ja:</i> Inwieweit können aufsuchenden Angebote die regulären Dienste, z.B durch Fachkräfte der Frühen Hilfen, Hebammen oder Familienassistenz, mitnutzen? Könnten sich die entsprechenden Mitarbeitenden in die Maßnahme einbringen?</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Sind schriftliche Informationsmaterialien sinnvoll? Welche sozialen Medien lassen sich ggf. bei der Zielgruppe sinnvoll nutzen? Wie und wo kann auf das Angebot im Internet ergänzend aufmerksam gemacht werden? Kommen ggf. auch reine Online-Angebote zur Nutzung von Zuhause aus ergänzend in Frage?</p>	<input type="checkbox"/>

HE 5: Persönliche Ansprache in den Lebenswelten der Familien

HE 5. Sprechen Sie Familien der Zielgruppen, die Sie für schwer zugänglich halten, persönlich an und zwar dort, wo diese anzutreffen sind.

Erläuterung und Begründung

Gerade vulnerable Gruppen mit einem hohen Bedarf an Übergewichtsprävention suchen von sich aus seltener nach entsprechenden Informationen und Angeboten. Die persönliche Ansprache ist der wichtigste Zugangsweg, um solche Familien für die Teilnahme an Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht zu gewinnen.

Die persönliche Ansprache kann durch die Maßnahmendurchführenden bzw. durch Personen erfolgen, die bereits in Kontakt mit der Zielgruppe stehen (etwa Erzieher und Erzieherinnen oder Lehrkräfte).

Die persönliche Ansprache sollte in Kontexten erfolgen, in denen Familien sich aus eigenem Interesse bewegen (z.B. Angebote zur Freizeitgestaltung, Kinderbetreuung). Sie erfordert zeitliche und personelle Ressourcen, die bei der Planung einer Intervention bedacht werden müssen. U.U. gelingen ein Zugang zu Familien und die Bereitschaft zur Teilnahme erst nach einer längeren Zeit des Vertrauensaufbaus und der Beziehungsgestaltung.

Bei der Ansprache von Familien mit geringen Deutschkenntnissen ist eine persönliche Ansprache durch Muttersprachler bzw. Muttersprachlerinnen anzuraten. Allgemein sollten kulturelle Faktoren wie das Zugehörigkeitsgefühl zu einer bestimmten Community berücksichtigt werden.

Die persönliche Ansprache ist nach vorliegenden Erkenntnissen der wichtigste Zugangsweg, um sogenannte schwer erreichbare und/oder sozial Benachteiligte für die Teilnahme an Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht zu gewinnen³. Dies gilt auch für die Ansprache durch Personen, die idealerweise bereits in Kontakt mit der Zielgruppe stehen, etwa Erzieher bzw. Erzieherinnen oder Lehrkräfte.

Checkliste persönliche Ansprache

Wo treffe ich Familien der Zielgruppe(n) an? (z.B. in Kita oder Schule, bei Freizeitaktivitäten, in religiösen Gemeinden oder Kulturvereinen)?	<input type="checkbox"/>
Welche professionellen oder Laienmultiplikatorinnen oder -multiplikatoren können Familien in geeigneten Kontexten persönlich ansprechen?	<input type="checkbox"/>
Habe ich kulturelle und sprachliche Besonderheiten bei der Auswahl von Ort und Kontaktpersonen angemessen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Sind ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen für eine Phase des Vertrauensaufbaus eingeplant?	<input type="checkbox"/>

³ Dabei geht es nicht ausschließlich um Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, geringem Bildungsstatus und/oder Migrationshintergrund. Familien können auch beispielsweise aufgrund schlechter Erfahrungen mit Behörden schwer ansprechbar und erreichbar sein. Deshalb sollte hier darauf geachtet werden, dass Fähigkeiten, Kompetenzen und Bedarfe der Personen individuell eruiert werden.

HE 6: Vernetzung von Angeboten und Lebenswelten

HE 6. Bedenken Sie bereits in der Konzeptionsphase, dass Ihre Maßnahmen sich bedarfsgerecht in die bestehende kommunale Angebotslandschaft einfügen und an diese anknüpfen. Vermeiden Sie den Aufbau von Parallelangeboten und –strukturen.

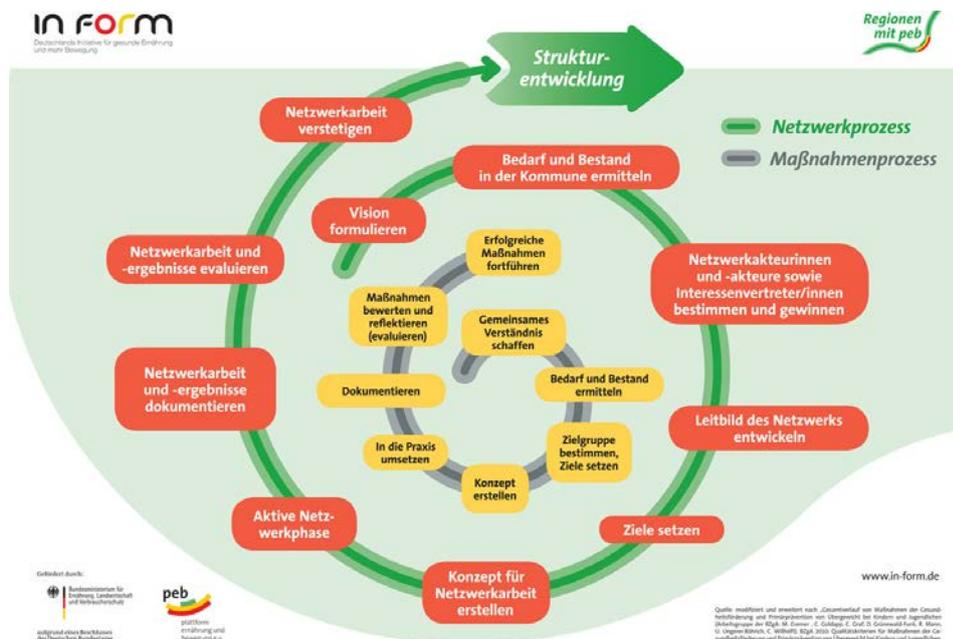
Erläuterung und Begründung

Die Perspektive einer integrierten Handlungsstrategie strebt eine gemeinsame, abgestimmte Gestaltung kommunaler Gesundheitsförderungsstrukturen im Sinne von integriertem und vernetztem Handeln an. Vernetzung – als zentrale Handlungsstrategie in der Prävention und Gesundheitsförderung – dient dem Austausch von Informationen, der Ergänzung materieller und nicht-materieller Ressourcen oder auch der Abstimmung gemeinsamer Ziele und Werte. Gelungene Vernetzung trägt dazu bei, dass Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung sich bedarfsgerecht in die bestehende kommunale Angebotslandschaft einfügen. In einer fortgeschrittenen Form entstehen aus der Zusammenarbeit Synergien, die als kollektiver Mehrwert über den Kreis der Netzwerketeiligten hinaus ihre Wirkung entfalten können.

Daher sollten neue Maßnahmen als Teil kommunaler Strategien und Programme (z. B. als Teil integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien oder „Präventionsketten“, von ggf. bestehenden thematischen Arbeitsgruppen von Gesundheitskonferenzen oder ähnlichen etablierten Kooperationsstrukturen) entwickelt werden.

Weitere Hinweise zur Netzwerkarbeit finden sich z.B. bei der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb): <https://kgm.pebonline.de/netzwerkarbeit/netzwerkmanagement/>

Ein Schaubild illustriert dabei den Prozess der Vernetzung im Zusammenhang mit der Maßnahmenentwicklung:



Quelle: <https://kgm.pebonline.de/weiterbildung/modul-1/>

Praxisbeispiel: Projekt „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg“

Bereits im Jahr 2013 wurde eine Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune unterzeichnet.

Gemeinsam haben sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg dieser Herausforderung gestellt, um eine entsprechende interdisziplinäre sowie multisektorale Zusammenarbeit im Sinne des WHO Ansatzes „Health in All Policies“ aufzubauen und einen Präventionsplan als integriertes Handlungskonzept zu entwickeln, der langfristig ermöglichen soll, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in den verschiedenen Lebensphasen aufeinander aufgebaut werden können. Im Rahmen des Präventionsplans des Landkreises Marburg Biedenkopf wurde eine Strategie entwickelt, um die Gesundheit, Lebensqualität sowie das Wohlbefinden in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen, gesund bleiben, mitten im Leben und gesund altern“ zu verbessern.

Darüber hinaus strebt dieser Ansatz die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten zu berücksichtigen, wobei der Versuch unternommen wird, die Zielgruppen partizipativ mit einzubeziehen.

Das Vorgehen hierbei ist recht vielschichtig und reflektiert die in diesem Steckbrief oben skizzierten Vorgehensweise und Überlegungen. Eine detaillierte Beschreibung dieses aufwändigen Prozesses kann Kapitel 3 des Präventionsplans des Landkreises entnommen werden:

https://www.marburg-biedenkopf.de/soziales_und_gesundheit/gesundheitsfoerdern/praeventionsplan.php

Checkliste zur Gestaltung einer integrierten, vernetzungsorientierten Handlungsstrategie

Auf welche räumliche Ebene ist die geplante Maßnahme ausgerichtet (Nachbarschaft / Quartier, Stadt- bzw. Ortsteil, Gesamtkommune, Region)? Welche (Regel-)Strukturen und Aktivitäten sind hier bereits vorzufinden? Wo gibt es Anknüpfungspunkte?	<input type="checkbox"/>
Existiert ein integriertes kommunales Gesamtkonzept vor Ort?	<input type="checkbox"/>
Berücksichtigt die Konzeption der Maßnahme alle möglichen Gesundheitsdeterminanten und Einflussfaktoren (individuelle Lebensweise, Lebens- und Arbeitsbedingungen, allgemeine Umweltbedingungen etc.) in dem Interventionsfeld?	<input type="checkbox"/>
Welche Fach- und Politikbereiche (z. B. Gesundheit, Jugendhilfe, Bildung, Stadtentwicklung/-planung, Soziales, Arbeit, Umwelt) sind für die Umsetzung der Maßnahme relevant?	<input type="checkbox"/>
Lassen die personellen und finanziellen Ressourcen eine fach- und sektorübergreifende Zusammenarbeit in Netzwerken zu? Welche Netzwerke und Regelstrukturen kommen in Frage?	<input type="checkbox"/>
Ist, sofern die Maßnahme dieses voraussetzt, eine zuständigkeitsübergreifende Begleitung von Familien möglich? Welche Akteure sollten sich nach Lebensphase abstimmen bzw. miteinander kooperieren (Familienhebammen, Kindergartenpersonal, Familienzentren, Schulen)?	<input type="checkbox"/>

Fördernde und hemmende Faktoren der Ansprache und Teilnahme

HE 7: Ausgestaltung von Informations- und Interventionsmaterialien

HE 7. Informations- und Interventionsmaterial sollte wenig textlastig und gut verständlich sein. Dabei ist auch an unterschiedliche kulturelle Hintergründe und ggf. geringe Lesekompetenzen zu denken. Es sollten alle Familienmitglieder angesprochen werden.

Erläuterung und Begründung

Materialien sollten parallel über verschiedene Kanäle und Medien verbreitet werden, auch ergänzend zur persönlichen Ansprache. Gedruckte Informationsmaterialien sollten dort verteilt werden, wo Familien der Zielgruppe sich aufhalten, je nach Lebensphase und Kontext kann es sich dabei z.B. um Wartezimmer von Kinderärztinnen und -ärzten, um Familienzentren, Elterncafés, Gemeindezentren etc. handeln.

Materialien sollten wenig textlastig sein und entsprechend zahlreiche optische Elemente enthalten sowie farbenfroh und ansprechend gestaltet werden. Die Informationen müssen schnell und leicht verständlich sein. Interventionsmaterial sollte altersgerecht aufbereitet werden.

Informations- und Interventionsmaterialien sollten alle Familienmitglieder ansprechen, z.B. indem nicht nur Mütter, sondern Familien in verschiedenen Konstellationen und unterschiedlicher ethnischer Herkunft abgebildet sind. Nur so können sich Familien aus diversen Milieus und unterschiedliche Familienmitglieder angesprochen fühlen (u.a. auch Väter).

Um Familien mit geringen Deutschkenntnissen zu erreichen, sollten Materialien in der Muttersprache zur Verfügung stehen.

Checkliste Ausgestaltung von Informationsmaterialien

Wo sollten Informationsmaterialien verbreitet werden, um die Zielgruppe(n) zu erreichen? Sind alle möglichen Kanäle bzw. Medien abgedeckt? Wurde auch an Zielgruppen mit geringer Lesekompetenz gedacht?	<input type="checkbox"/>
Sind die Materialien für die Zielgruppe(n) ansprechend gestaltet und gut verständlich? Werden Möglichkeiten genutzt, Materialien zusammen mit der Zielgruppe zu erproben und zu verbessern?	<input type="checkbox"/>
Welche Inhalte lassen sich auch ohne Text transportieren? Werden sprachliche Voraussetzungen der Zielgruppe(n) berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Werden alle Familienmitglieder und auch andere als die klassische Familienkonstellation angesprochen (z.B. Bilder auch von Vätern, Alleinerziehenden, gleichgeschlechtlichen Paaren)?	<input type="checkbox"/>

HE 8: Praxisorientierte Ausgestaltung von Angeboten mit Mitmach- und geselligem Charakter

HE 8. Achten Sie bei der Gestaltung ihrer Angebote auf Erlebnis-, Aktions- und Mitmachelemente, und vermeiden Sie zu viele theoretische und textlastige Bildungs- und Informationselemente.

Erläuterung und Begründung

Wo immer dies möglich ist, sollten Präventionsinhalte so wenig theoretisch wie möglich und über praktisches (Gemeinsam-)Tun vermittelt werden. Gruppenangebote mit Mitmachelementen sind besonders geeignet, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen und ermöglichen es, neue Kenntnisse und Fertigkeiten direkt zu erlernen und zu erproben.

Beispiele für praxisorientierte Elemente sind das gemeinsame Kochen in der Kita; die Veranstaltung von Sport-/Gesundheitstagen unter Einbezug der ganzen Familie in der Kita oder auf dem Spielplatz im Quartier, das Ausprobieren unbekannter Rezepte von Menschen mit Migrationshintergrund. Diese und ähnliche Veranstaltungen eignen sich – auf der Grundlage der analysierten Praxisprojekte - besser für die Vermittlung von Informationen als traditionelle Aufklärungskurse, insbesondere, wenn die Zielgruppe aus bildungsfernen Personen und/oder Menschen mit geringen sprachlich-kommunikativen Kompetenzen besteht.

Die gemeinsame Aktivität ist zudem dazu geeignet, mit anderen Familien in Kontakt zu kommen, den Austausch und das Gemeinschaftsgefühl zu fördern, was bei der Ansprache vulnerabler Gruppen als fördernder Faktor identifiziert wurde. Gespräche während gemeinsamer Aktivitäten können auch den Programmmitarbeitenden das Kennenlernen der Zielgruppe erleichtern. Sie bieten außerdem Gelegenheit für weiterführende Gespräche, wodurch u.U. auch weitergehender Unterstützungsbedarf erkannt werden kann.

Eine Mitgestaltung der Aktivitäten durch die Familien kann zudem dabei helfen, diese besonders ansprechend und den Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend zu gestalten (vgl. Partizipation).

Praxisbeispiel: Projekt „Optistart – ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in der Schulkarriere“

Das Projekt wurde vom Gesundheitsamt Leipzig in Kooperation mit der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig durchgeführt.

Die Maßnahme wurde für Kindertagesstätten, Grundschulen und Horte initiiert und hatte zum Ziel, Themen rund um Ernährung und Bewegung in den Alltag der Einrichtungen zu integrieren. Dabei sollte vor allem die Prävention von Übergewicht im Kindesalter sowie die Integration von gesundem Essen in den Einrichtungen fokussiert werden.

Besonderheit der Intervention in Bezug auf die Handlungsempfehlung in diesem Abschnitt waren die Angebote zur Elternbildung als wichtiger Baustein. Neben Broschüren, Materialien und Elternabenden/-nachmittagen wurden vor allem Feste und gemeinsame Events als niedrigschwellige Kommunikationsplattformen erfolgreich genutzt.

Das Projekt sah regelmäßige Angebote zur gesunden Ernährung nach Wünschen der Kinder sowie zentrale Veranstaltungen für Kinder, Eltern und pädagogischen Fachkräften vor. Diese Veranstaltungen stellten offene Angebote dar, wobei der Zugang zu den Familien über Aktivitäten mit geselligem Charakter konsequent und erfolgreich umgesetzt wurde.

Das Projekt wurde vom Max-Rubner-Institut (Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel) wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

[Evaluationsbericht der 1. Förderphase \(PDF 0,9 MB\)](#)

[Evaluationsbericht der 2. Förderphase \(PDF 550 kB\)](#)

Weitere Quelle: <https://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/gesundheit/kindergesundheit/opti-start/>

Checkliste Mitmachelemente

Welche gemeinsamen Aktivitäten kommen in Frage, um Präventionsinhalte zu vermitteln?	<input type="checkbox"/>
Wo können größere Events wie Feste stattfinden? Gibt es genügend zeitliche und finanzielle Ressourcen im Projekt für deren Ausrichtung?	<input type="checkbox"/>
Wie können Mitglieder der Zielgruppe(n) bei der Planung und Ausgestaltung gemeinsamer Aktivitäten einbezogen werden? Wie lässt sich dabei an vorhandene Ressourcen anknüpfen und diese einbeziehen (z.B. Nahrungszubereitung, Bewegungsspiele)?	<input type="checkbox"/>
Worauf sollte beim Zusammentreffen unterschiedlicher Gruppen geachtet werden (unterschiedlicher ethnischer, kultureller, religiöser Hintergrund; Sprache? Können Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren hier als Beratende einbezogen werden?)	<input type="checkbox"/>
Kann man Veranstaltungen mit geselligem Charakter nutzen, um Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe(n) möglichst systematisch zu erheben?	<input type="checkbox"/>

HE 9: Betonung positiver Aspekte und Ressourcen statt Problemorientierung

HE 9. Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht sollten mindestens im Programmtitel auf Begriffe wie „Übergewicht“, „Adipositas“ oder „dick“ verzichten und bei der Thematisierung des Gewichts sehr sensibel vorgehen, um Stigmatisierung und Schamgefühle zu vermeiden.

Erläuterung und Begründung

Es zeigt sich, dass das Thema Übergewicht sehr negativ besetzt und oft mit Schuldzuweisungen und Schamgefühlen verbunden ist. Anstelle der Vermeidung von Übergewicht und negativen gesundheitlichen Folgen sollten positive Aspekte hinsichtlich des Wohlbefindens, das durch die Teilnahme an der Maßnahme erzielt werden kann, in den Vordergrund gestellt werden. Spaß und Genuss“ sollten besonders betont werden.

Vor diesem Hintergrund sollte die Bewerbung der Angebote den Blick auf „Gelingendes“, „Machbares“ und auf die individuellen Ressourcen und Potenziale setzen statt auf Defizite. Es sollte absolut vermieden werden, der Zielgruppe das Gefühl zu vermitteln, sie seien in irgendeiner Hinsicht defizitär oder hilfsbedürftig.

Ein geringeres Potenzial an (empfundenen) Schuldzuweisungen kann durch eine stärkere Konzentration auf die gesundheitsrelevanten Einflüsse der Verhältnisse, wie z.B. der Werbung oder des Einkaufsangebotes, erreicht werden. Im Sinne eines *Advocacy*-Ansatzes kann die Verbesserung der Rahmenbedingungen als Ausgangspunkt für ein Bündnis mit den Adressaten genutzt werden.

Praxisbeispiel: Projekt „Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche“

Die Projektbezeichnung ist bereits so gewählt, dass die Zielgruppe etwas Positives und Angenehmes erwarten darf („Lernen“ und „Genießen“). Negative Begriffe werden von Anfang an vermieden. Ausgangspunkt der Maßnahme: In manchen Haushalten steht wenig Geld für eine abwechslungsreiche, gesunde Ernährung zur Verfügung, und Eltern fehlen zudem häufig die Kompetenzen, bedarfsgerechte Speisen zuzubereiten. Die Kita „Sehpferdchen“ setzte hier mit ihrem Konzept „Lernen durch Genießen“ an und entwickelte mit dem Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ ein settingspezifisches Angebot für sozial benachteiligte Eltern und ihre 1- bis 5-jährigen Kinder.

Ziel der Maßnahme war es, Kindern und Eltern neben dem Wissen über eine gesunde Ernährung und Informationen über Lebensmittel, die praktische Umsetzung zu vermitteln. Aufgrund der hohen Anzahl von Kindern in der Kindertagesstätte, die in relativer Armut lebten, war die Sensibilisierung zu einem bewussten Gesundheitsverhalten der Eltern und ihrer Kinder von besonderer Bedeutung. Das Projekt zeichnete sich aus durch einen konsequent niedrigschwelligen Ansatz, der zudem die Stärkung und Befähigung (Empowerment) von Kindern und Eltern bezüglich „Gesunde Ernährung“ gleichermaßen verfolgte.

Der Ansatz der Intervention stellte positive Aspekte wie Wohlbefinden, gesunde Ernährung und Fitness in den Vordergrund. Spaß und Genuss wurden im Gegensatz zu Risiken eines möglichen Übergewichts betont. Das geschah u.a. bei den Eltern mit Migrationshintergrund durch das Kochen in der Muttersprache. Des Weiteren wurden Kochkurse und Veranstaltungen für Eltern angeboten, um ihre Kompetenzen und die Eigenverantwortung zu stärken. Auch die Erzieherinnen bzw. Erzieher kochten mit den Kindern Rezepte aus der jeweiligen Heimat. Es ging hier weniger um Belehrung, sondern um die Befähigung in Bezug auf die Zubereitung von gesunden Essen und allgemein um gesunde Ernährung. Durch die Integration des Themas gesunde Ernährung in den Tagesablauf ergab sich die Niedrigschwelligkeit des Projektes.

Checkliste positive und Ressourcen-Orientierung

Werden im Namen der Maßnahme sowie in Informationsmaterialien positive Aspekte wie Wohlbefinden und Gesundheit anstelle von negativen Aspekten wie Übergewicht verwendet? <i>Falls nicht:</i> Wie lassen sich Materialien entsprechend positiv umformulieren?	<input type="checkbox"/>
Lässt sich ggf. eine Fachkraft auf dem Gebiet Gesundheitskommunikation / Marketing einbeziehen, um die möglichen Wirkungen von Begrifflichkeiten im Vorfeld zu analysieren?	<input type="checkbox"/>
Lassen sich Angebote und Materialien mit Mitgliedern der Zielgruppe(n) vortesten, um Reaktionen und Rückmeldungen bei der Ausgestaltung zu berücksichtigen?	<input type="checkbox"/>
Über welche Ressourcen verfügt die Zielgruppe, und wie lässt sich durch die Gestaltung der Angebote an diese anknüpfen? Werden Ressourcen statt Defizite angemessen betont?	<input type="checkbox"/>

Empfehlungen nach Lebensalter der Kinder

HE 10: Zugänge und Angebote zur vorgeburtlichen Präventionsmaßnahmen sowie zu präventiven Maßnahmen im ersten Lebensjahr

HE 10. Die vorgeburtliche Prävention und die Prävention im ersten Lebensjahr sollten die vorhandenen Zugänge und Angebote des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems umfassend nutzen und eine kontinuierliche Betreuung von der Schwangerschaft bis zum Säuglings- und Kleinkindalter anstreben.

Positive Erfahrungen hinsichtlich der Erreichbarkeit existieren insbesondere für Willkommens-/Begrüßungsdienste sowie Frühe Hilfen bzw. Familienhebammen.

Erläuterung und Begründung

Ein Zugang zu werdenden Familien während der Schwangerschaft kann über das Gesundheitssystem erfolgen, z.B. beim regelmäßigen Kontakt zu Frauen- oder Kinderärztinnen und -ärzten sowie Hebammen. Angebote der Geburtsvorbereitung können um Themen wie Ernährungs- und Bewegungsberatung und -angebote (z.B. Sportkurse/ Bewegungsgruppen, Kochkurse für Schwangere etc.) ergänzt werden, und werden so um primärpräventive Inhalte mit Bezug auf das Kinderübergewicht erweitert. Die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Prävention von Kinderübergewicht sind weiter auszuloten und systematisch auf Erfolg zu prüfen. Ansatzpunkte liegen in der Betreuung von Schwangeren hinsichtlich Ernährung und Bewegung unter Berücksichtigung der sozialen und psychologischen Determinanten, um übermäßiger Gewichtszunahme und Schwangerschaftsdiabetes vorzubeugen. Auch Rauchentwöhnung kann eine Rolle spielen. Entsprechende Beratungen oder Angebote sollten stärker in die Geburtsvorbereitung integriert werden.

Übergewichtsprävention im Säuglings- und frühen Kleinkindalter sollte, wo dies möglich ist, an Strukturen der Frühen Hilfen angebinden werden bzw. mit entsprechenden Angeboten kooperieren, v.a. wenn Familien in belasteten Lebenslagen adressiert werden. Als professionelle Vermittlungspersonen eignen sich insbesondere (Familien-)Hebammen; sie können neben der Kinderernährung auch Themen wie Stillförderung oder gesunden Schlaf abdecken und stehen potenziell mit Familien von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter in Kontakt.

Um Bedarf, Erwartungen und Ressourcen von Familien bereits in der Familiengründungsphase differenziert erfassen zu können, ist zu prüfen, ob Fachkräfte der Frühen Hilfen in die Bedarfserhebungsphase einer Intervention einbezogen werden können. Dabei sollte auf eine wertschätzende Haltung und die Betonung positiver Aspekte wie Wohlbefinden und gesunde Ernährung für alle werdenden Mütter und deren Partner bzw. Partnerinnen geachtet werden, statt speziell übergewichtige Mütter über das Thema Gewicht anzusprechen.

Nach der Geburt besteht potenziell ein guter Zugang zu jungen Familien, z.B. über Willkommensangebote und -dienste für Familien mit Neugeborenen. Begrüßungsdienste können auch zur Information über Angebote der Übergewichtsprävention bzw. Ernährungs- und Bewegungsförderung genutzt werden.

Nach der Geburt sollte die Förderung des Stillens als Schutzfaktor gegen Kinderübergewicht weiter systematisch fortgesetzt werden. Stillberatungen können ebenfalls durch (Familien-) Hebammen, Familienhilfe, Kinder- und Frauenärztinnen und -ärzte durchgeführt werden. Das Thema Stillen sowie möglicherweise dabei auftretende Probleme sollten jedoch bereits während der Schwangerschaft thematisiert werden. Es darf dabei nicht der Eindruck eines „Stillzwangs“ entstehen, und nicht-stillenden Müttern sollte ebenfalls mit Verständnis, Akzeptanz und Unterstützung begegnet werden.

Um den Übergang in die Fremdbetreuung zu gestalten, bietet sich der verstärkte Ausbau von Kitas zu Familienzentren an, in denen neben der Betreuung der Kinder auch Angebote für Familien stattfinden. In diesem Setting können neben Müttern ggf. auch weitere Familienmitglieder erreicht werden. Zudem ist zu empfehlen, die Schulung der relevanten Berufsgruppen (Hebammen, Ärzte und Ärztinnen, Fachkräfte Frühe Hilfen) um übergewichtsrelevante Themen wie Ernährungsberatung und Beratung zu Bewegung während der Schwangerschaft sowie Stillförderung zu erweitern.

Bezüglich der Erreichbarkeit ist bei der Planung von Präventionsmaßnahmen wichtig zu berücksichtigen, ob es sich bei der Zielgruppe „Schwangere“ um jüngere oder ältere Schwangere, bzw. Erstgebärende oder Mehrgebärende handelt. Es existieren Hinweise, dass eine offene Haltung gegenüber Beratungsangeboten bei werdenden Müttern sich vorwiegend beim ersten Kind zeigt. Mütter sehen sich ab dem zweiten Kind oft als hinreichend kompetent an und nehmen Unterstützung weniger bereitwillig an. Zudem ist die zeitliche Flexibilität eingeschränkt, da Aufmerksamkeit und verfügbare Zeit auf mehrere Kinder verteilt werden müssen. Speziell mit Bezug auf stark übergewichtige Schwangere als Risikogruppe wird die Kommunikation über das Thema Gewicht auch von Hebammen und Ärztinnen bzw. Ärzten als schwierig empfunden. Dies muss in Bezug auf die (positive) Ausgestaltung der Ansprache berücksichtigt werden.

Praxisbeispiel: Projekt „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“

Das Projekt „9 +12“ nutzt die gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter, welche bislang vornehmlich der Krankheitsfrüherkennung dienen, und ergänzt diese um präventive Elemente. Durch standardisierte Beratungen von medizinischen Fachleuten (Frauen-, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen sowie Hebammen) sollen werdende und junge Familien frühzeitig und systematisch zu einem gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und viel (Alltags-) Bewegung motiviert werden.

Das Vorgehen der Intervention beinhaltet einen verhaltenspräventiven und einen verhältnispräventiven Ansatz. Zum einen gilt die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens junger Eltern als ein geeigneter Ansatz der kindlichen Übergewichtsprävention. Zum anderen wird als wichtiger Bestandteil des Projekts die Vernetzung durch die Verbesserung der Verhältnisse angestrebt. „9 +12“ setzt hierbei an Stellschrauben vor Ort an und fördert den Austausch und die Kooperationsstrukturen unterschiedlicher Beteiligter. Als besonders bedeutsam zeigten sich hierbei die medizinischen Fachkräfte vor Ort. Das Projekt zielt darauf ab, eine bessere Versorgungsstruktur für die jungen Familien bereitzustellen und die medizinischen Fachkräfte in einen aktiven Austausch zu bringen. Die Familien werden durch professionelle Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, darunter Kinder-, Jugend- und Frauenärzte und -ärztinnen sowie Hebammen, rekrutiert.

Zusätzlich hat sich der Einsatz von Kurzfilmen als erfolgreiche Strategie erwiesen, um auf einen gesundheitsförderlichen Alltag hinzuwirken. In acht Filmen werden Eltern über relevante Themen rund um Ernährung und Bewegung aufgeklärt. Die Aufklärungsfilme werden als erfolgreiche Strategie beschrieben, um sowohl Mütter als auch Väter zu erreichen.

Nähere Informationen können dem Steckrief im Anhang dieses Dokuments sowie der Projektdokumentation entnommen werden:

https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/9_12/Reader_9_12.pdf

Weitere Informationen zu den Kurzfilmen können unter folgendem Link erhalten werden:

<https://www.pebonline.de/projekte/9-12-gemeinsam-gesund/9-12-kurzfilme/>

Praxisbeispiel: Projekt „Lenzgesund“

Die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern stand im Mittelpunkt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel. Gemeinsam mit anderen Beteiligten vor Ort hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel dieses Programm vorbereitet sowie im Rahmen eines „runden Tisches“ und mit Kooperationsbeteiligten weiterentwickelt und umgesetzt.

U.a. für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen und Frühe Hilfen/Frühförderung werden Maßnahmen angeboten und langfristige Strukturen aufgebaut, die einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Quartier leisten sollen.

Prioritäre Zielgruppen sind Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen, die Arbeitslosengeld 2 beziehen), Schwangere und Personen mit Migrationshintergrund in schwieriger sozialer Lage.

Es werden verschiedene Einzelinterventionen durchgeführt, um Familien zu erreichen: Eine dieser Interventionen stellt der Kurs „Baby-Führerschein“ dar, ein 12-wöchiger Kurs zur Förderung der Elternkompetenz für ein Aufwachsen in guter Gesundheit für Eltern und ihre 0- bis 2-jährigen Kinder. Dabei werden die teilnehmenden Familien persönlich u.a. durch eine, ausschließlich für das Quartier tätige Familienhebamme angesprochen. Der Einsatz eines für das Quartier zuständigen Gesundheits-Scouts konnte die Erreichbarkeit von Frauen/Müttern und deren aktive Beteiligung verbessern. Zudem werden Familien über das Jugendamt vermittelt und das Angebot über Mundpropaganda in Anspruch genommen. Letzteres hat sich nach Meinung der Beteiligten als besonders effektiv herausgestellt. Inhalte des Programms sind u.a. Themen, wie Ernährung, Schlaf und die Eltern-Kind-Bindung. Diese Themen werden in Gruppenarbeiten mit Informations- und Praxisphase erarbeitet, ferner wird ein Ordner mit Informationen zu den Themen zusammengestellt.

Weitere Informationen zu diesem Projekt können dem Steckbrief im Anhang dieses Dokuments entnommen werden, der auch Verweise auf Projektdokumentationen und eine aktuelle Stellungnahme eines Beteiligten enthält.

Checkliste Geburt und erstes Lebensjahr

Welche etablierten, ggf. gesetzlich vorgesehenen Angebote für Schwangere und Familien mit Säuglingen existieren im vorgesehenen Interventionskontext (Einrichtung, Quartier, Kommune etc.)? Wie ist der Zugang bzw. die Vermittlung hierzu geregelt? Lassen sich Gynäkologinnen oder Gynäkologen und Hebammen als Vermittelnde gewinnen?	<input type="checkbox"/>
Existieren Begrüßungsangebote für Familien mit neugeborenen Kindern? Welche Beratungsinhalte bieten diese an? Ist eine Verknüpfung mit den geplanten Inhalten zur Übergewichtsprävention denkbar und sinnvoll? Können solche Angebote zur Kontaktaufnahme mit den Familien genutzt werden?	<input type="checkbox"/>
An welche weiteren existierenden Angebote/Beratungsleistungen des Gesundheits-, Sozial-, und Bildungssystem rund um Geburt und erstes Lebensjahr könnten Maßnahmen angeschlossen werden? Wie kann vor allem eine Anbindung an die Frühe Hilfen gelingen?	<input type="checkbox"/>
Lassen sich ggf. Hebammen bzw. Familienhebammen in die Bedarfs- und Bedürfnisanalyse einbinden?	<input type="checkbox"/>

HE 11: Zugänge und Angebote für Kinder im Vorschulalter (ca. 2-5 Jahre)

HE 11. Präventionsmaßnahmen für Kinder im Vorschulalter sollten die vorhandenen Zugänge und Angebote des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems umfassend nutzen und darüber hinaus versuchen, professionelle Beteiligte der entsprechenden Einrichtungen in die geplanten Maßnahmen mit klar definierten Aufgaben einzubinden.

Ziel ist die Einbettung in eine integrierte kommunale Präventionsstrategie („Präventionskette“), die insbesondere Übergänge zwischen den Lebensphasen umfasst (Gestaltung des Überganges in die Fremdbetreuung, i.d.R. durch Kita oder Familienzentrum).

Erläuterung und Begründung

Grundsätzlich bieten sich für Familien mit Kindern im Vorschulalter drei zentrale Zugänge zu universellen Präventionsmaßnahmen, und somit auch zu solchen mit Relevanz für die Vorbeugung von Kinderübergewicht, an:

- das System der Frühe Hilfen,
- das präventive Angebot des Gesundheitssystems
- existierende Zugänge im Betreuungssetting.

Frühe Hilfen: Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und können sehr früh, im Sinne einer Primärprävention, Risikofaktoren bzw. Ursachen des Kinderübergewichts erkennen und den Familien entsprechende Hinweise und Empfehlungen geben. Vor diesem Hintergrund scheint eine enge Zusammenarbeit mit den Akteuren der frühen Hilfen in dieser Lebensphase unabdingbar.

Gesundheitssystem: Ein Großteil der Familien mit Kindern im Vorschulalter nimmt regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teil. Bei diesen Untersuchungen wird u.a. auch die körperliche Entwicklung der Kinder, z.B. Größe und Gewicht sowie motorische Entwicklung, festgestellt. Zugehörige des Gesundheitssystems haben die Gelegenheit, Familien anzusprechen und auf geeignete Präventionsangebote hinzuweisen. Sie haben aber auch die Aufgabe, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf zu identifizieren und an entsprechende Beratungs- und Unterstützungsstellen weiterzuv vermitteln. Das Vertrauen von Eltern zu Kinderärztinnen und -ärzten ist dabei als sehr hoch einzuschätzen. Mit dem Präventionsgesetz sind zusätzliche Anknüpfungspunkte an die Frühen Hilfen entstanden. So sind Frauen-, Kinder- und Jugendärzte bzw. -ärztinnen nunmehr per Gesetz befähigt, Schwangere und Eltern über regionale Unterstützungsangebote zu informieren („ärztliche Präventionsempfehlungen –PrävE“), so dass prinzipiell hier ein neuer Zugangsweg zu Familien entstanden ist. Noch unklar ist, inwieweit das zeitliche Kontingent für individuelle Beratungen ausreicht.

Betreuungssystem: Die Nutzung existierender Zugänge im Betreuungssystem (Kita, Familienzentrum, ggf. Tagesmütter) kann grundsätzlich als bewährt und empfehlenswert betrachtet werden, um Familien, unabhängig von ihren Charakteristiken, ihrem sozialen und kulturellen Hintergrund sowie ihres sozio-ökonomischen Status, grundsätzlich erreichen zu können. Da durch die Regelstrukturen mit Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren die meisten Kinder erreicht werden, kann hier ein flächendeckender Zugang zu Familien sichergestellt werden. Zudem können die Professionellen im Betreuungssystem a) als Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren agieren und b) die Zuständigkeit für die Durchführung einer bestimmten Intervention übernehmen.

Besonders geeignet für Präventionsmaßnahmen im Vorschulalter sind Kitas oder Familienzentren. Gruppenangebote mit gemeinschaftsstiftendem, geselligem Charakter lassen sich hier i.d.R. gut umsetzen und Eltern über „Tür-und-Angel-Gespräche“, aber auch über formale, langfristig geplante Veranstaltungen gut erreichen. Sofern vorhanden, ist daher eine Anbindung neuer Programme an oder Kooperation mit Familienzentren zu empfehlen.

Praxisbeispiel: Projekt „Birnen-Bert und Süße-Susi“

Das Heinsberger Präventionsprogramm sollte Kinder im Kindergarten mit gesunder Ernährung vertraut machen und Eltern durch Vermittlung von theoretischem Wissen und durch praktische Beispiele dazu ermuntern, auch die Essgewohnheiten zu Hause zu hinterfragen. Erklärtes Ziel war es, die Zahl der übergewichtigen Kinder zu verringern und damit langfristig die Häufigkeit ernährungsbedingter Folgeerkrankungen zu reduzieren. Damit die Eltern bewusster darauf achten, was und wie ihre Kinder essen, wurde eine Vortragsreihe zu folgenden Themen konzipiert: 1. Essen in der Familie, 2. Lebensmittel für Kinder, 3. Das übergewichtige Kind, 4. Ernährung und Suchtentstehung, 5. Essstörungen. Das Programm wurde in einem Kindergartenjahr auf eine Gemeinde oder eine Stadt des Kreises Heinsberg konzentriert und dort in möglichst vielen Einrichtungen gleichzeitig durchgeführt, um mehr öffentliches Interesse zu wecken.

Nach Fachvorträgen kam es auf den Elternabenden regelmäßig zu lebhaften Diskussionen über alle möglichen Probleme mit der Ernährung. In einigen Kitas bereiteten Mütter, Väter und Kinder gemeinsam ein gesundes Frühstück vor, in anderen Einrichtungen füllten die Eltern einen Obstkorb auf und ermunterten die Kinder zur Selbstbedienung. Es wurde eine hohe Beteiligung von Kitas erreicht. Durch den Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Einrichtungen bekam das Programm den Charakter einer Gemeinschaftsaktion.

Die verschiedenen Maßnahmen beruhten auf der aktiven Mitwirkung von Kindern, Eltern und Erziehern bzw. Erzieherinnen. Die wichtigsten externen Kooperationsbeteiligten des Programms waren die Referierenden der Fortbildungsseminare für die Erzieherinnen und Erzieher sowie Elternabende. Hierzu gehörten eine Ökotrophologin und ein Experte für Suchtprävention, ein Referent der AOK und mehrere niedergelassene Kinderärzte und -ärztinnen.

Dieses Projekt zeichnet sich u.a. durch eine konsequente Umsetzung des Settingansatzes aus, wobei insbesondere dem Teilaspekt „Kontinuierliche und professionelle Koordinierung aller Aktivitäten“ Rechnung getragen wird.

Nähere Informationen zum Projekt sind z.B. folgender Quelle zu entnehmen (ab Seite 54): <https://www.stierle.com/pdf/dpp4.pdf>

Checkliste Vorschulalter

Welche etablierten, ggf. gesetzlich vorgesehenen Präventionsangebote für Familien mit Kindern im Vorschulalter existieren im vorgesehenen Interventionskontext (Einrichtung, Quartier, Kommune etc.)? Wie ist der Zugang bzw. die Vermittlung hierzu geregelt? Lassen sich z.B. Kinderärzte und -ärztinnen, Beteiligte der Frühen Hilfen oder Erzieherinnen bzw. Erzieher als Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen gewinnen?	<input type="checkbox"/>
Wie kann ich die Zusammenarbeit mit Akteuren bzw. Akteurinnen der Frühen Hilfen organisieren? Wer ist wann zu kontaktieren? Welche Inhalte/Informationen zu unseren Maßnahmen müssen (mit)geteilt werden?	<input type="checkbox"/>
Wie kann die Zusammenarbeit mit den Frauen- und Kinderärzten und -ärztinnen organisiert werden? Ist eine zentralisierte Ansprache über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) möglich? Wer ist Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner?	<input type="checkbox"/>
Lassen sich Maßnahmen im Setting Kita bzw. Familienzentrum durchführen, um möglichst viele Familien zu erreichen? <ul style="list-style-type: none">- Wie und wann sind die entsprechenden Beteiligten anzusprechen, und welche Informationen über unsere Maßnahme sollten sie erhalten?- Wie können diese und die adressierten Familien bereits in der Konzeptionsphase der Maßnahme einbezogen werden?	<input type="checkbox"/>

HE 12: Zugänge und Angebote für Kinder im Schulalter (6-12 Jahre)

HE 12. Präventionsmaßnahmen für Kinder im Schulalter sollten die vorhandenen Zugänge und Angebote des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystems umfassend nutzen und darüber hinaus versuchen, professionelle Beteiligte der entsprechenden Einrichtungen in die geplanten Maßnahmen mit klar definierten Aufgaben einzubinden.

Ziel ist die Einbettung in eine integrierte kommunale Präventionsstrategie („Präventionskette“), die insbesondere Übergänge zwischen den Lebensphasen umfasst (Gestaltung des Überganges von Kita zu Vorschule/ Schule).

Erläuterung und Begründung

Grundsätzlich bieten sich für Familien mit Kindern im Schulalter zwei zentrale Zugänge zu (universellen) Präventionsmaßnahmen, und somit auch zu solchen mit Relevanz für die Vorbeugung von Kinderübergewicht, an:

- das präventive Angebot des Gesundheitssystems und
- der Betreuungskontext „Schule“.

Präventive Angebote des Gesundheitssystems: Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen, und insbesondere der körperlichen Untersuchung durch das Gesundheitsamt vor der Einschulung, stellen eine bewährte Möglichkeit dar, Eltern ggf. Hinweise auf ein vorhandenes oder drohendes Übergewicht ihrer Kinder und darüber hinaus auf präventive oder therapeutische Maßnahmen zu dessen Behandlung bzw. Vorbeugung zu geben. Als Vertretung des Gesundheitssystems haben Ärzte und Ärztinnen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und freiberuflich tätige Haus- und Kinderärzte sowie -ärztinnen die Gelegenheit und – auf der Grundlage der ärztlichen Präventionsempfehlungen im Präventionsgesetz – auch die Pflicht, Familien anzusprechen und auf geeignete Präventionsangebote hinzuweisen. Sie haben aber auch die Aufgabe, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf zu identifizieren und an entsprechende Beratungs- und Unterstützungsstellen weiterzuvermitteln. Das Vertrauen von Eltern in Ärzte und Ärztinnen ist dabei als sehr hoch einzuschätzen. Dieser Zugang sollte in der Entwicklung und Planung von Präventionsmaßnahmen im Themenfeld Kinderübergewicht unbedingt Berücksichtigung finden.

Setting Schule: Die Schule stellt ein geeignetes Setting dar, sowohl für Präventionsmaßnahmen für die Lernenden als auch zur Erreichbarkeit von Familien mit Kindern im Schulalter, da prinzipiell Familien aller sozialen Schichten erreicht werden können. Eltern scheinen u.a. über Elternabende i.d.R. gut erreichbar zu sein. Zudem lässt sich die Zeit, in der die Eltern die Kinder zur Schule bringen und wieder abholen, nutzen, um Eltern persönlich anzusprechen. Newsletter oder Flyer, die in der Schule verteilt werden, können als Informationsquellen für die Eltern fungieren. Diese und andere Kommunikationskanäle (z.B. Schulfeste) können grundsätzlich genutzt werden, um Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht bekannt zu machen, potenzielle Laien-Multiplikatoren und -multiplikatorinnen unter den Eltern zu identifizieren und schließlich um Eltern für Maßnahmen zu rekrutieren. Darüber hinaus stellen Lehrkräfte und Fachkräfte für Schulsozialarbeit grundsätzlich geeignete Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen für die Ansprache von Familien und für die Umsetzung von Präventionsangeboten im

Schulsetting dar. Tatsächlich wird das Grundschulalter und dabei das Setting Schule am häufigsten für die Prävention von Übergewicht genutzt. Dies zeigen internationale Studien wie auch nationale Modellprojekte im Rahmen der Kinderleicht-Regionen und die im Rahmen der Projektrecherche der PartFam-Studie ausgewerteten Angebote, von denen über die Hälfte im Setting Schule stattfand. Zu bedenken sind jedoch die bekannten Barrieren in den Berufsgruppen der Lehr- und Fachkräfte für Schulsozialarbeit (Zeit- und Personalmangel, große Klassen, die kaum Spielraum für zusätzliche Aufgaben zulassen etc.). Diese Barrieren müssen bei der Planung und Konzipierung von Präventionsmaßnahmen ausreichend Berücksichtigung finden.

Der Einbezug von Eltern im Setting Schule scheint ein Erfolgsfaktor für die Übergewichtsprävention in dieser Altersgruppe zu sein, jedoch richten sich schulbasierte Maßnahmen bislang eher an die Kinder als an die gesamte Familie. Eine stärkere Mitgestaltung von Angeboten durch Partizipation der ganzen Familie ist daher zu empfehlen. Diese kann z.B. in Form von Unterstützung durch die Eltern bei Aktionstagen, Schulfesten, Terminen zum gemeinsamen Kochen etc. stattfinden.

Praxisbeispiel: Projekt „Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover“

Das Projekt ist eines der 24 ausgewählten Projekte aus dem Modellvorhaben „Besser essen. Mehr Bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“. Bewegung, Ernährung und Selbststeuerung waren die drei Leitmodule des Programms. Zwei Ernährungswissenschaftlerinnen, eine Sportwissenschaftlerin, elf Übungsleiter und -leiterinnen, eine Gesundheitsberaterin, eine Psychologin und die Schulärzte und -ärztinnen der Region unterstützten die Grundschulen bei der praktischen Umsetzung der Maßnahmen: durch Lehrerfortbildungen, Beratungsangebote, Unterrichtsbegleitung, Durchführung von Arbeitsgruppen und vieles mehr. Auf spielerische Weise sollten die Kinder eine gesunde Lebensweise lernen. *Ernährung:* Oecotrophologen bzw. Oecotrophologinnen begleiteten einzelne Unterrichtsstunden und informierten in anschaulichen Lehreinheiten über die Herkunft und die Nährwerte von Lebensmitteln wie Getreide, Milchprodukte, Fleisch oder Süßwaren. Durch die Zubereitung von Speisen wie Müsli oder Gemüsespießen in Koch-AGs sollten die Kinder mit allen Sinnen erfahren, wie gesunde Nahrung schmeckt. Bestandteil des Projektes war auch das tägliche gemeinsame Schulfrühstück. *Bewegung:* Eine Sportwissenschaftlerin machte die Lehrkräfte auf neue Wege zur Förderung motorischer Fähigkeiten der Kinder im Sportunterricht aufmerksam. Unter der Anleitung der Übungsleitungen wurde zudem in allen Klassen der "5-Minuten-Pausenspaß" während des Unterrichts eingeführt. Mobile Sportgeräte wie Federball, Stelzen, Hula-Hoop-Reifen oder Springseile kamen in der großen Pause ebenso zum Einsatz wie neu installierte Basketballkörbe, Tischtennisplatten und Fußballfelder. Besondere Aufmerksamkeit erreichten Aktionstage mit Tanzkursen unter Anleitung eines Salsa-Choreografen und eines Hip-Hop-Weltmeisters. Eltern wurden durch verschiedene Veranstaltungen an Vormittagen, Nachmittagen oder Abenden informiert und dazu angeregt nachzudenken, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder unterstützen können. Um zu erreichen, dass möglichst viele Eltern zu den angebotenen Informationsveranstaltungen erscheinen, wurden die Einladungen in verschiedene Sprachen übersetzt. Darüber hinaus konnte die Bereitschaft der Eltern, sich mit der Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung für ihre Kinder auseinanderzusetzen, durch interkulturelle Veranstaltungen (Schulfeste, Elterncafé, Tanzkurse)

oder spezielle Aktionen (gemeinsames Frühstück) erhöht werden. Um Eltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, war es hilfreich, einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin aus den Reihen der Lehrerschaft, wenn möglich mit Migrationshintergrund, oder ein engagiertes Elternteil mit Migrationshintergrund zu benennen, um Fragen der Eltern zum Projekt fortlaufend zu beantworten und somit Unsicherheiten entgegen zu wirken. Intensive Elternarbeit trug wesentlich zu einer Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei.

Weitere Informationen und Links zu externen Quellen sind den Projektberichten zu entnehmen (<https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/adipositaspraevention-in-grundschulen-der-region-hannover/>)

Checkliste (Grund-)Schulalter

Welche Präventionsangebote für Familien im Schulalter existieren bereits im vorgesehenen Interventionskontext (Einrichtungen, Quartier, Kommune etc.)? Welche Angebote erreichen die vorgesehene Zielgruppe der Familien mit Kindern im (Grund-)Schulalter?	<input type="checkbox"/>
Wie lassen sich Schul-, Haus- und Kinderärzte und -ärztinnen neu zu entwickelnde Präventionsangebote einbinden? Wie darauf aufmerksam machen? ➔ Ist eine zentralisierte Ansprache über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) möglich? Wer ist dort Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin? Ist eine Projektpräsentation bei der KV und dem ÖGD bereits in der Planungsphase einer Maßnahme möglich?	<input type="checkbox"/>
Sollen Fachkräfte in den Schulen (Lehrpersonal, Fachkräfte der Schulschulsozialarbeit) aktiv Mitwirkende bei der Umsetzung sein, etwa als Vermittlende bzw. Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen? Macht es Sinn, diese bereits in der Konzeptionsphase einer Maßnahme einzubeziehen? Wie viel zeitliche Ressourcen können und wollen diese neben anderen Aufgaben einsetzen?	<input type="checkbox"/>
Wie lassen sich Eltern bzw. die gesamte Familie stärker in schulbasierte Angebote einbinden? Wie können sie diese partizipativ mitgestalten?	<input type="checkbox"/>
Lassen sich Angebote in die Ganztagesbetreuung in Schulen einbinden?	<input type="checkbox"/>

Zugänge und Angebote für Jugendliche (13-18 Jahre)

Da sich Maßnahmen für diese Altersgruppe i.d.R. an die Jugendliche selbst richten und nicht die Familie adressieren, lassen sich hier keine Empfehlungen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien formulieren.

Allgemein sollte auch Jugendlichen Möglichkeiten der Mitgestaltung von Präventionsmaßnahmen eingeräumt werden. Bei einer Ansprache über die Familie sollten entsprechende Angebote deutlich machen, wenn auch Jugendliche gemeint sind.

Empfehlungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Maßnahmen

HE 13: Integration von Handlungsbereichen und Interventionsebenen

HE 13. Maßnahmen aus dem Ernährungs- und Bewegungsbereich sollten, ggf. unter Einbeziehung von Interventionen zur Förderung psychosozialer Ressourcen (z.B. zur Förderung der Erziehungskompetenz, Stressbewältigung, eines positiven Körperbildes etc.), verzahnt und kombiniert angeboten werden.

Die Rollen von gutem Schlaf, Medienkompetenz, sitzendem Verhalten, pränatalen Einflussfaktoren sowie Stillen sollten in Interventionen zur Prävention von Kinderübergewicht stärker bedacht und erprobt werden. Hier liegen noch zu wenig Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Einbezug der Familie vor.

Die Rolle von Erziehungsstil/-kompetenzen und Körpernormen sollte bei der Interventionsplanung berücksichtigt werden.

Wo möglich sollten verhältnispräventive Maßnahmen die verhaltenspräventiven Angebote ergänzen.

Erläuterung und Begründung

Der Handlungsbereich bzw. das Handlungsfeld einer Intervention bezieht sich darauf, an welchen potenziellen Einflussfaktoren auf das Körpergewicht des Kindes eine Maßnahme zur Primärprävention von kindlichem Übergewicht ansetzt. Eine Maßnahme kann sich auf einen Handlungsbereich beschränken oder aber mehrere Handlungsbereiche umfassen. Die Einflüsse von Ernährung und Bewegung auf die Entwicklung von Übergewicht sind bei weitem am besten erforscht. Jedoch wirken sich auch Verhaltensweisen wie Medienkonsum, Umgang mit Stress und Selbststeuerung bzw. allgemein psychische Ressourcen, Erziehungsstil und Verhalten von Eltern und anderen Familienmitgliedern auf kindliches Übergewicht aus.

Therapien und präventive Maßnahmen fokussieren nach wie vor die Determinanten „(un)gesunde Ernährung“ und „Bewegung“. Die systematische Recherche nach in Deutschland durchgeführten Interventionen zum Kinderübergewicht ergab, dass am häufigsten die Kombination Ernährung und Bewegung sowie die Kombination Ernährung und Bewegung mit der Stärkung psychischer Ressourcen thematisiert wurden. Es zeigte sich, dass diese Maßnahmenkombination in verschiedenen konkreten Ansätzen und Ausprägungen realisiert, zu positiven Veränderungstendenzen führen kann.

Bezüglich der Bedeutung der kombinierten Adressierung der Themen „Ernährung“ und „Bewegung“ im Zusammenhang mit der Identifikation von fördernden und hemmenden Faktoren der Partizipation von Familien bestätigen auch die Ergebnisse unserer Expertenbefragung den oben skizzierten Trend: Die Befragten waren sich mehrheitlich darüber einig, dass die Adressierung der Themenfelder „Ernährung“ und „Bewegung“ zu den Erfolgsfaktoren gehören, welche die Partizipation von Familien bei der Planung und Durchführung von Angeboten der Primärprävention fördern.

Die Verzahnung von Maßnahmen aus dem Ernährungs- und Bewegungsbereich in Verbindung mit Maßnahmen zur Stärkung psychosozialer Kompetenzen können als eine viel versprechende Kombination betrachtet werden. Zudem eignen sich die Themenkomplexe Ernährung und Bewegung besonders

gut für die Gestaltung von Gruppenangeboten mit Gemeinschaft stiftenden, geselligen Charakter, die eine „Türöffnungsfunktion“ für weiterführende Inhalte und Angebote erfüllen können.

Hierbei ist allerdings konzeptionell Folgendes zu bedenken:

Verhältnisprävention: Übergewicht ist multifaktoriell verursacht, so dass in der Konsequenz die Fokussierung der Determinanten „Ernährung“ und „Bewegung“ sowie damit zusammenhängenden Themen (Sitzverhalten, Medienkonsum, Essgewohnheiten etc.) nur einen, wenn auch einen vielversprechenden (verhaltens-)präventiven Ansatz darstellt. Grundsätzlich sollten auch verhältnispräventive Maßnahmen Bestandteil von Intervention sein. Verhältnisprävention, also die positive Gestaltung der räumlichen und strukturellen Umwelt der Kinder in Bezug auf ernährungs- sowie bewegungsbezogene und psychosoziale Gegebenheiten, ist zudem von zentraler Bedeutung für den Grad der Erreichbarkeit von Familien, da hierbei die Umwelt *aller Familien* in Richtung gesundheitsförderlicher Effekte beeinflusst wird. Damit kann Verhältnisprävention an sich zudem als Strategie zur Erreichbarkeit der adressierten Zielgruppen gesehen werden. Der Einbezug verhältnispräventiver Elemente neben der Verhaltensprävention hat sich sowohl hinsichtlich einiger Ernährungsindikatoren als auch des Bewegungsverhaltens als ein wesentlicher Erfolgsfaktor bewährt, wobei das Angebot von Nahrung und Bewegungsgelegenheiten in nationalen Projekten v.a. in Betreuungseinrichtungen adressiert wurden.

Zusätzlich zu den Umwelt- bzw. Lebensweltfaktoren können auch weitere motivationale, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren (Essgewohnheiten, Einstellungen zu sportlichen Aktivitäten und zu Körpernormen, Erziehungs-, Medien- und Gesundheitskompetenz der Eltern, etc.), die Entstehung von Übergewicht beeinflussen. Allerdings lassen sich hierzu wegen fehlender fundierter Erkenntnisse keine allgemeinen Empfehlungen zur Gestaltung von Präventionsmaßnahmen hinsichtlich des Einbezugs von Familien formulieren. Grundsätzliche Hinweise lassen sich zum Einbezug der Faktoren Erziehungs-kompetenz und Erziehungsstil sowie Körpernormen formulieren:

Erziehungskompetenz /Erziehungsstil: Ernährung und Bewegung von Kindern werden innerhalb der Familie, neben dem elterlichen Vorbildverhalten und dem Nahrungsangebot, auch z.B. durch Regeln bezüglich gemeinsamer Mahlzeiten, Süßigkeiten als Belohnungen, Fernsehen beim Essen etc. beeinflusst, die einen Teil des Erziehungsverhaltens darstellen. Das Erziehungsverhalten basiert einerseits auf Fähigkeiten der Eltern, die kognitive, emotionale, soziale und körperliche Entwicklung ihrer Kinder zu fördern (Erziehungskompetenz). Andererseits auf der Art und Weise, wie Eltern sich ihren Kindern gegenüber verhalten (der Erziehungsstil). Letzterer scheint deutlich mit dem Essverhalten und Gewicht der Kinder zusammenzuhängen. So erweist sich ein Erziehungsstil, der sich durch partnerschaftliche und kooperative Aushandlungsprozesse auszeichnet, ohne dass die elterliche Führung aufgegeben wird (ein sogenannter *autoritativer* Erziehungsstil), hinsichtlich der Übergewichtsprävention als förderlich. Stärkere elterliche Kontrolle scheint hingegen den unerwünschten Effekt zu haben, dass Kinder sich eher weniger ausgewogen ernähren. So sind restriktive und autoritäre Erziehungsstile mit häufigerem kindlichem Übergewicht assoziiert. Interventionen sollten folglich dazu beitragen, durch flankierende Elternbildungsmaßnahmen die Erziehungskompetenz der Eltern zu fördern und Erziehungsfragen zu reflektieren. Vor diesem Hintergrund empfehlen auch bisherige Modellprogramme Erziehungskompetenz bzw. Erziehungsstil als relevante Determinanten bei der Prävention von Kinderübergewicht

in Maßnahmen der Primärprävention von Kinderübergewicht zu thematisieren. Die Thematisierung dieser psychosozialen Faktoren könnte zudem benutzt werden, um sich dem Thema Medienkonsum/Medienkompetenz und Schlafverhalten zu nähern. Erziehungsfragen sind außerdem ein Thema mit hoher Relevanz für Eltern, über welches diese im Allgemeinen gern ins Gespräch kommen.

Körpernormen: Körpernormen sind (deutlich geschlechtsspezifische) Vorstellungen darüber, welche Körperform oder welches Gewicht als gesund oder attraktiv anzusehen sind. Diese sind kulturspezifisch und können die Teilnahmebereitschaft an Interventionen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas (negativ) beeinflussen. Z.B. haben Kinder türkischer Abstammung, unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, ein höheres Risiko für Übergewicht als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Zu vermuten sind hier neben unterschiedlichen Ernährungstraditionen und möglichen genetischen Faktoren auch unterschiedliche Vorstellungen idealer Körperbilder. Die in der PartFam-Studie hierzu konsultierten Expertinnen und Experten zeigten bezüglich des Einflusses der Körpernormen auf die Teilnahmebereitschaft jedoch kein einheitliches Meinungsbild. Aufgrund dieser Erkenntnislage erscheint es empfehlenswert, bei der Maßnahmenentwicklung das Körperbild als potenzieller Einflussfaktor auf die Teilnahmebereitschaft im Blick zu haben und kultur- und geschlechtsspezifische Normen zu berücksichtigen.

Praxisbeispiele:

An dieser Stelle lassen sich vier herausragende Projekte anführen, die bereits oben bei den Handlungsempfehlungen als Beispiele guter Praxis beschrieben worden sind. Diese zeichnen sich durch eine gelungene Verzahnung von Maßnahmen aus den Bereichen Ernährung und Bewegung aus, wobei auch zum Teil weitere Faktoren wie die psychische Gesundheit und das seelische Wohlbefinden thematisiert werden konnten. Es handelt sich um folgende Projekte:

- „AGIL-aktiver gesünder is(s)t leichter“
- „Kinderleicht-Quartier-Horst“
- „Optistart – ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in der Schulkarriere“
- „Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover“

Checkliste zu geplanten Interventionsinhalten

Welche Übergewichtsdeterminanten und Inhalte sollten prioritär thematisiert werden (basierend auf den Ergebnissen einer systematischen Situations- und Bedarfsanalyse)? Wie soll die Zielgruppe eingegrenzt werden?	<input type="checkbox"/>
Mit welchen Themen und Aktivitäten lässt sich eine positive Veränderung von Determinanten des Kinderübergewichts erzielen? Was lässt sich aus existierenden Erklärungsmodellen und Interventionsstudien ableiten?	<input type="checkbox"/>
Sollen neben Ernährung und Bewegung weitere Inhalte mit Relevanz für Kinderübergewicht einbezogen werden? (Beispiele: gesunder Schlaf, Medienkonsum und sitzendes Verhalten, Stressbewältigung und andere psychosoziale Ressourcen, Erziehungskompetenz, Körpernormen)	<input type="checkbox"/>
Welche Inhalte sind besonders dafür geeignet, Familien aktiv einzubeziehen und für ein Mitgestalten zu motivieren? Wie können Informationen und Inhalte vermittelt werden, ohne die Familien in eine passive zuhörende Rolle zu bringen?	<input type="checkbox"/>
Inwiefern können verhaltenspräventive Ansätze um verhältnispräventive Aspekte ergänzt werden? Das heißt, inwiefern lassen sich auch Rahmenbedingungen /das Lebensumfeld der Familien mit Einfluss auf Übergewicht und seine Determinanten beeinflussen bzw. aktiv umgestalten?	<input type="checkbox"/>
Falls keine Möglichkeiten zu verhältnispräventiven Ansätzen bestehen: Wie können bestehende Rahmenbedingungen und der Umgang damit adressiert werden? Inwiefern lassen sich Familien dabei stärken, solche Rahmenbedingungen stärker mitzugestalten?	<input type="checkbox"/>

Spezifische Problemlagen und Zielgruppen

HE 14: Empfehlungen für „schwer erreichbare“ Familien

HE 14. Bedenken Sie bei der Auswahl und Ansprache Ihrer Zielgruppe(n), dass Kinderübergewicht in sozial benachteiligten Familien und Familien mit Migrationshintergrund besonders häufig ist. Diese gehören gleichzeitig zu den sogenannten „schwer erreichbaren“ Zielgruppen, bei denen die Ansprache und Niedrigschwelligkeit besonders bedeutsam sind.

Berücksichtigen Sie bei der Ansprache dieser Zielgruppen insbesondere

- die partizipative Gestaltung von Programmen
- Multiplikatorenansätze unter Einbezug von Vetretern der angesprochenen Communities
- Niedrigschwelligkeit, z.B. über aufsuchende Angebote
- Diversitätssensible Angebote.

Als schwer erreichbar gelten auch alleinerziehende Elternteile sowie Väter. Legen Sie daher besonderen Wert darauf, auch ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen, diese gezielt anzusprechen und ihnen eine Teilnahme zu ermöglichen.

Erläuterung und Begründung

Insgesamt wird die Erreichbarkeit von Familien für präventive und unterstützende Angebote vorwiegend in Bezug auf Familien in schwierigen bzw. sozial benachteiligten Lebenslagen thematisiert. Daher beziehen sich allgemeine Empfehlungen zur Ansprache und Erreichbarkeit (v.a. Partizipation, Multiplikatorenansatz, Niedrigschwelligkeit) insbesondere auf solche Familien, welche hinsichtlich Bildung, Einkommen, beruflichem Status oder aber kultureller/ethnischer Herkunft benachteiligt sind.

Besonders belastet sind auch alleinerziehende Elternteile, denen oft zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Teilnahme an Präventionsangeboten fehlen. Hinsichtlich der Prävention von Kinderübergewicht gegenüber Müttern bislang unterrepräsentiert sind Väter und andere Familienmitglieder. Aufgrund des Einflusses auf das kindliche Gewicht sollten auch diese gezielt einbezogen werden. Maßnahmen, welche die gesamte Familie als Lebenswelt adressieren, sollten systematisch erprobt und in Bezug auf die Erreichbarkeit und geeignete Ansprache untersucht werden.

HE 15: Vermeidung von Stigmatisierung

HE 15. Vermeiden Sie eine potenzielle Stigmatisierung ihrer Zielgruppe(n) über Merkmale wie (Über-)Gewicht, Sportlichkeit, Bildung, Kultur, Status, Geschlecht und ähnliche Merkmale.

Erläuterung und Begründung

Sowohl Maßnahmen, welche sich speziell an benachteiligte Gruppen richten als auch solche, welche einem negativ besetzten Merkmal wie Übergewicht vorbeugen sollen, bergen allein aufgrund ihres Ziels ein unvermeidbares Stigmatisierungspotenzial. Um dem Gefühl oder der Befürchtung einer Stigmatisierung vorzubeugen, sollten Maßnahmen sich möglichst an alle Familien richten und nicht spezielle Risikogruppen über ihre Schwierigkeiten ansprechen. Es sollte absolut vermieden werden, der Zielgruppe das Gefühl zu vermitteln, sie sei in irgendeiner Hinsicht defizitär oder hilfebedürftig. Vielmehr sollten positive Ziele und Ressourcen in den Vordergrund gestellt werden.

Checkliste zu spezifischen Zielgruppen

Werden sozial benachteiligte Familien bzw. solche in schwierigen Lebenslagen durch die Maßnahme gezielt in ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Wird die Zielgruppe angemessen in die Maßnahmenplanung und –ausgestaltung einbezogen (Partizipation)?	<input type="checkbox"/>
Richtet sich die Maßnahme auch an Väter und spricht diese explizit an? Sind männliche Bezugspersonen z.B. in Interventionsmaterialien berücksichtigt? Gibt es auch männliche Multiplikatoren?	<input type="checkbox"/>
Haben Alleinerziehende ausreichend zeitliche und finanzielle Ressourcen, um ihnen eine Teilnahme zu ermöglichen? (Niedrigschwelligkeit, z.B. Kinderbetreuung, Erreichbarkeit von Veranstaltungsorten) Welche besondere Unterstützung benötigt diese Zielgruppe?	<input type="checkbox"/>
Wie lässt sich die gesamte Familie als System adressieren?	<input type="checkbox"/>
Wird die Kommune/das Quartier als geeigneter Ort der Ansprache von Familien in benachteiligten Lebenslagen genutzt?	<input type="checkbox"/>
Werden Mitglieder der angesprochenen Communities bzw. solche mit ähnlichen Diversitätsmerkmalen als Vertrauenspersonen in die Angebote einbezogen und bei der Ansprache von Familien angemessen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Verfügen Mitarbeitende der Präventionsmaßnahme über interkulturelle (inkl. sprachliche) und andere Diversitätskompetenzen? Genießen sie das Vertrauen der adressierten Zielgruppe(n)?	<input type="checkbox"/>
Werden geschlechtsspezifische Rollenbilder angemessen reflektiert und berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>
Wird die Stigmatisierung übergewichtiger Kinder und Familienmitglieder vermieden? Werden auch benachteiligte Familien v.a. über Ressourcen statt über Defizite angesprochen? Wird eine Bevormundung vermieden?	<input type="checkbox"/>

Offene Fragen – Forschungs- und Handlungsbedarf

HE 16: Systematische Dokumentation von Vorgehen und Evaluation

HE 16. Dokumentieren Sie Aspekte der Vorgehensweise bei der Ansprache von Familien (z.B. Ort und Art der Ansprache, Person die anspricht etc.) in Ihrem Projekt möglichst genau.

Wenn möglich, evaluieren Sie den Erfolg verschiedener Vorgehensweisen differenziert nach

- Zielgruppe (Familienkonstellation, Alter des Kindes, spezifische Lebenslage)
- Handlungsbereich und
- Setting der Maßnahme.

Auch die Intervention sollte in ihren Bestandteilen übersichtlich beschrieben werden:

- Wer überbringt die Intervention?
- Welche Qualifikation haben die beteiligten Personen?
- Was sind vermittelte Inhalte?
- Welche Materialien werden genutzt?
- Welche didaktischen Elemente kommen zum Einsatz?

Geben Sie zusammen mit Inhalten und Vorgehen Informationen zu Zielindikatoren und Evaluationsergebnissen.

Erläuterung und Begründung

Zu der Frage, wie **familienzentrierten** Maßnahmen zur Primärprävention von Kinderübergewicht konkret ausgestaltet sein müssen, um

- a) eine hohe Teilnahmebereitschaft und Akzeptanz zu gewährleisten und
- b) um **nachhaltig** wirksam zu sein,

lassen sich keine abschließenden Aussagen und Empfehlungen formulieren. Zum einen fehlen Studien zur langfristigen Wirksamkeit oder Nachhaltigkeit von Primärprävention. Zum anderen wird selbst die kurzfristige Wirksamkeit primärer Präventionsprogramme als schwer nachweisbar eingeschätzt. Ergebnisse entsprechender Übersichtsarbeiten konzentrieren sich bislang vorwiegend auf die Frage, inwiefern sich *überhaupt* Effekte erzielen lassen.

Auch ein eindeutiges Vorgehen bei der Frage, welche die geeigneten Zugangswege und Settings sind, um Familien in bestimmten Lebenslagen und Konstellationen effektiv zu erreichen, kann auf der Grundlage der vorliegenden Erkenntnisse nicht abschließend beschrieben werden. Eine weitere Differenzierung nach Merkmalen der Interventionsgestaltung wird kaum vorgenommen (und wenn dann nicht konsistent), und auch der Einbezug der Familie wird i.d.R. in Literatur und Projektbeschreibungen nicht separat ausgewiesen.

Daher ist es wichtig, entsprechende Maßnahmen und Projekte in Zukunft verstärkt systematisch zu dokumentieren und zu evaluieren. Im Sinne der Vernetzung und des erfolgreichen Wissensmanagements sollten wesentliche Erfahrungen anderen Projekten zur Verfügung gestellt werden.

Entsprechende (z.T. existierende) Datenbanken mit Details zu Projekten sollten öffentlich zugänglich gemacht werden und könnten dann um Aspekte der Erreichbarkeit ergänzt werden. Dies würde eine systematische Erforschung von Zusammenhängen verschiedener Merkmale wie Zielgruppe, Intervention und Erreichbarkeit ermöglichen.

Darüber hinaus sollte im Hinblick auf die inhaltliche Ausgestaltung von Maßnahmen der Primärprävention das Spektrum an potenziellen Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene der Eltern und Kindern eine thematische Erweiterung vorgenommen werden. Bisher sind in der Mehrheit Evaluationen zu finden, welche Ernährung und/oder Bewegungskomponenten fokussieren während motivationale, familiäre und weitere psychosoziale Aspekte hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft und Wirksamkeit der Maßnahmen kaum systematisch untersucht werden.

Konkret ist die Erkenntnis- und Datenlage zu folgenden Determinanten von Kinderübergewicht als unzureichend zu betrachten:

- Einfluss von Körnernormen auf Mitwirkungsbereitschaft und Wirksamkeit der Maßnahmen
- Einfluss von Erziehungskompetenz/Erziehungsstil auf den Erfolg von familienzentrierten Maßnahmen
- Einfluss des Einbezugs von Medienkonsum/Medienkompetenz in der Prävention von Kinderübergewicht
- Einfluss der Gesundheitskompetenz auf den Erfolg von Präventionsprogrammen und die Teilnahmebereitschaft von Familien
- Einfluss des Einbezugs von Schlafverhalten/-qualität auf den Erfolg familienzentrierter Präventionsmaßnahmen
- Einfluss des Faktors Körpergewicht der Eltern auf Mitwirkungsbereitschaft und Wirksamkeit der Maßnahmen
- Wirkung des Einbezugs von weiteren Familienmitgliedern über die Vater-Mutter-Kind-Konstellation hinaus in Bezug auf Wirksamkeit von Maßnahmen

Zukünftige Interventionen sollten diese Aspekte sowie eine differenzierte Betrachtung des Einflusses verschiedener Lebenslagen und Familienkonstellationen bereits in der konzeptionellen Phase der Maßnahmen unter Einbezug der Zielgruppen-Perspektive angemessen berücksichtigen.

ANHANG C: Steckbriefe zu den ausgewählten Good-Practice-Projekten

1. Projekt „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“	188
2. Projekt „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder <i>mittendrin</i> “	191
3. Projekt „AGIL – aktiver gesünder is(s)t leichter	194
4. Projekt „Kinderleicht-Quartier Horst“	197
5. Projekt „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg“	199
6. Projekt „OptiStart – ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in der Schulkarriere“	201
7. Projekt „Lernen durch Genießen“	203
8. Projekt „9+12 – Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr ...	205
9. Projekt / Präventionsprogramm „Lenzgesund“	207
10. Projekt „Birnen-Bert und Süße-Susi“	209
11. Projekt „Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover“	211

Projekt „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben häufig schlechtere Gesundheitschancen als ihre Altersgenossen aus sozial besser gestellten Familien. Um diesen Kindern von Anfang an ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen und ihre Familien in einer gesundheits- und bewegungsförderlichen Alltagsgestaltung zu unterstützen, entwickelte das Aktionsbündnis „ BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier “ in Berlin und Brandenburg nachhaltige Strukturen zur Bewegungsförderung, um sozial benachteiligte 1- bis 6-jährige Kinder im Quartier zu erreichen. Dabei wurden Akteure im Quartier und die Familien in die Maßnahmenplanung einbezogen.
2. Ziele und Zielgruppe	Das Projekt „Bewegtes Leben im Quartier“ (BLiQ) hatte sich zum Ziel gesetzt, nachhaltige Strukturen zur Bewegungsförderung für sozial benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund (Zielgruppe) von der Geburt bis zum Alter von sechs Jahren in Berliner und Brandenburger Gebieten gemeinsam mit lokalen Akteurinnen und Akteuren aufzubauen. Die Ziele der Aktionsbündnisse wurden für drei Ebenen formuliert: 1. Für die Ebene der Intervention bei der Zielgruppe (Angebotslücken schließen in Form von Wochenend- und Winterangeboten und bewegungsförderlicher Veränderung der Lebenswelt) 2. Für die Ebene der Implementierung einer kommunalen Unterstützungsstruktur (Kompetenzstärkung, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikationsroutinen mit Multiplikatorenstrukturen, fachlicher Austausch und Unterstützung der lokalen Aktionsbündnisse) 3. Für den Transfer der Ergebnisse im Rahmen der Gesundheitszielprozesse in Berlin und Brandenburg in weitere Sozialräume.
3. Intervention	Der Projektentwicklung lag ein partizipatives und ressourcenorientiertes Vorgehen zugrunde, wobei ein integratives Handlungskonzept mit dem Ziel, Kindern und ihren Familien mehr Bewegung im Alltag zu ermöglichen, entwickelt wurde. Darüber hinaus wurden Schulungen für Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen und Kita-Mitarbeitende angeboten. In einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung unter Beteiligung der Zielgruppe wurde in der Aufbauphase gemeinsam mit Eltern kleiner Kinder und Beteiligten aus Kreuzberg und Marzahn eruiert, welche Ressourcen bereits bestehen und wo Angebotslücken in Bezug auf alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten bestehen. Ergebnis dieses partizipativen Prozesses war ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept (integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung), das bereits vorhandene Ressourcen gebündelt hat und zusätzliche Angebote schaffen konnte, die die Lebenswelt der Kinder nachhaltig hin zu mehr Bewegung verändern. Die Umsetzung des integrierten Handlungskonzeptes zur Bewegungsförderung in der Durchführungsphase in vier Berliner Quartieren und zwei in Brandenburger Gebieten gliederte sich in fünf Module, von denen vier dem Ziel, einen bewegten (Lebens-)Raum zu schaffen, zugeordnet werden konnten. Dazu wurden in den vier von den Beteiligten Berufsgruppen sowie Eltern vorgeschlagenen Aktivitätsbereichen Veränderungen angeregt, die vom Projekt BLiQ koordiniert begleitet wurden.
4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz⁴	→ Niedrigschwellige, partizipative Arbeitsweise Die Intervention stützt sich auf eine Bedarfs- und Bedürfniserhebung, die gemeinsam mit Eltern, Kindern und Fachleuten durchgeführt wurde. Dabei wur-

⁴ Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>). Dieser Verweis gilt für alle nachfolgenden Steckbriefe

	<p>den Ressourcen innerhalb bestehender Strukturen aufgedeckt und Angebotslücken bezüglich alltagsnaher Bewegungsmöglichkeiten aufgezeigt. Dieser partizipative Prozess ermöglichte es, die vorhandenen Ressourcen zu bündeln und zusätzliche Angebote zu schaffen, welche die Lebenswelt der Familien nachhaltig und gesundheitsförderlich verändern sollen. Die Evaluation der Planungs-, Struktur- und Prozessqualität erfolgte durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung Bremen (IPP). Hierbei wurden Raster zur Erfassung der Struktur und Planungsqualität, Leitfadeninterviews, Dokumentationsbögen und Zielerreichungsskalen als Instrumente eingesetzt.</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Laut Sachbericht (https://www.yumpu.com/de/document/view/22647404/bliq-a-bewegtes-leben-im-quartier-sachbericht-fa-1-4-r-den-zeitraum-) ist es gelungen, in einer Bedarfs- und Bedürfniserhebung in der Aufbauphase gemeinsam mit Eltern kleiner Kinder und weiteren relevanten Beteiligten in Kreuzberg und Marzahn zu eruieren, welche Ressourcen bereits bestehen und wo Angebotslücken in Bezug auf alltagsnahe Bewegungsmöglichkeiten geschlossen werden müssen. Somit kann dieses Projekt als ein Beispiel guter Praxis im Sinne der entsprechenden Handlungsempfehlungen in der Handreichung von PartFam herangezogen werden: Zum einen bezüglich der Notwendigkeit, jeder Präventionsmaßnahme eine Situations-/Bedarfsanalyse voranzustellen (HE 1, Handreichung, Langversion) sowie bezüglich der Partizipation der Zielgruppe bei der Bedarfs-/Bedürfnisermittlung (HE 2, Partizipation von Zielgruppen). Zum Vorgehen: Durch verantwortliche Mitarbeitende von Kitas, Familienzentren und ähnlichen Einrichtungen wurden engagierte Eltern empfohlen. Mit diesen führten die Projektverantwortlichen sowohl Einzelinterviews als auch Gruppengespräche durch. Zudem wurden Straßeninterviews durchgeführt, Eltern, die mit kleinen Kindern in sozial benachteiligten Stadtteilen unterwegs waren, wurden angesprochen und kurz nach ihren Bedarfen und Bedürfnissen befragt. Unter den Interviewten beider Bestandteile befanden sich, wengleich deutlich in der Minderheit, auch Väter. Die Befragung eines Projektmitarbeiters im März 2020 ergab, dass insbesondere die Möglichkeit, die Bedarfs- und Bedürfnisermittlung gut geplant und strukturiert mit Zugehörigen der Zielgruppe durchgeführt zu haben, als ein herausragender Erfolgsfaktor des Projektes betrachtet wird. Ergebnis dieses partizipativen Prozesses war ein gesundheitsförderliches Gesamtkonzept (integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung), das bereits vorhandene Ressourcen gebündelt hat und zusätzliche Angebote schaffen konnte, die die Lebenswelt der Kinder nachhaltig hin zu mehr Bewegung veränderte. Das Ziel, die Eltern in der Durchführungsphase in die BLiQ-Angebote einzubinden und deren Kompetenz aufzubauen, wurde allerdings nur in begrenztem Umfang erreicht. Auf der einen Seite haben Eltern sich an vielen Bewegungsangeboten beteiligt, und ihnen wurden die Bewegten Wege zur Nutzung angeboten. Auf der anderen Seite waren es nur wenige Eltern, deren Kinder auch den beteiligten Einrichtungen angehören, die sich beispielsweise zu BLiQ-Trainern und -Trainerinnen haben schulen lassen. Es konnten viele Multiplikatoren und Multiplikatorinnen zur Mitarbeit gewonnen werden. Allerdings zeigte sich, dass längst nicht alle geschulten BLiQ-Trainer und -Trainerinnen tatsächlich die Anleitung von BLiQ-Angeboten übernahmen. Und es blieb nach den Schulungen ein hoher Koordinationsaufwand für den Einsatz der Trainer und Trainerinnen bestehen. Dies betraf sowohl inhaltlich als auch formal viele Aspekte der Tätigkeiten. Über den mehrfach angebotenen Fachaustausch von Trainern und Trainerinnen konnte die Bindung an die BLiQ-Beteiligten und eine Weiterentwicklung der Qualität der Angebote erreicht werden.</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>(Ehemalige) Projektkoordination Maren Janella, BPH</p>

	<p>Gesundheit Berlin-Brandenburg Friedrichstraße 231 10969 Berlin Tel.: 030-44319076</p> <p>Dipl.-Psych. Stefan Bräunling, MPH Gesundheit Berlin-Brandenburg Friedrichstr .231 10969 Berlin Tel. 030-44319074</p>
--	---

Projekt „Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder <i>mittendrin</i>“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>In den drei Marburger Stadtteilen Waldtal, Richtsberg und Stadtwald waren überproportional viele Menschen von Armut betroffen. Die Sozialhilfedichte betrug zwischen 14,1 % und 23,7 %. Im Vergleich hierzu lag der gesamtstädtische Durchschnitt bei 4,16 % (Sozialhilfeplanung der Stadt Marburg, 2002), und der Anteil an Familien mit Migrationshintergrund war sehr hoch. Insgesamt lebten 1100 Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren in diesen Stadtteilen. Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen der zugehörigen Grundschulen ergaben, dass verhältnismäßig wenig Eltern die Vorsorgeuntersuchungen vollständig in Anspruch nahmen (38%) und bis zu dreimal so viele Kinder übergewichtig waren, im Vergleich zu denen im übrigen Landkreis (Gesundheitsamt Marburg, 2005).</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Das Marburger Gesundheitsnetzwerk für Kinder „mittendrin“ hatte zum Ziel, die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder in den benachteiligten Stadtteilen der Stadt Marburg nachhaltig zu verbessern.</p> <p>Bei der Umsetzung des Modellvorhabens stand der sozial-räumliche Zugang zu den Lebenswelten der Kinder und Eltern im Vordergrund. Gesundheitsförderliche Lebensstile der dort Wohnenden sollten gestärkt und vorhandene Ressourcen im unmittelbaren Lebens- und Sozialraum unterstützt werden.</p> <p>Menschen in schwieriger sozialer Lage waren ein wichtiger Teil der Zielgruppe, auch wenn sich das Angebot in erster Linie an alle richtete. Zentrale Zielgruppen waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit geringer Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss) • Personen mit niedrigem beruflichen Status (z.B. ungelernete Arbeiter und Arbeiterinnen) • Menschen mit Migrationshintergrund n schwieriger sozialer Lage • Personen in strukturschwachen Wohnregionen / Quartieren • Kinder im Alter von 0-10 Jahren und ihre Familien <p>Mit insgesamt sechs Kindertagesstätten, drei Horten, zwei Grundschulen und drei Gemeinweseninitiativen aus den benachteiligten Stadtteilen, erreichte das Netzwerk 1100 Kinder und ihre Eltern. Die einzelnen Maßnahmen und Aktivitäten des Projektes lassen sich drei Hauptzielen und den entsprechenden Maßnahmenbündeln zuordnen, die sich das Projekt für seine dreijährige Laufzeit gesetzt hatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bewegungsorientierte Gestaltung des Sozialraums - Vermittlung neuer Bewegungs- und Grenzerfahrungen - Erweiterung der Möglichkeiten zur familiären Selbstversorgung
3. Intervention	<p>Im Rahmen der Umsetzung der Maßnahme stand insbesondere der sozial-räumliche Zugang der Lebenswelten der Kinder und ihren Eltern im Fokus: Gesundheitsförderliche Lebensstile der Bewohnerschaft sollte gestärkt und vorhandene Ressourcen im Lebens- und Sozialraum der Zielgruppe sollten vernetzt werden.</p>

<p>4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz</p>	<p>Das Projekt Marburger Gesundheitsnetzwerk mittendrin erreichte eine bemerkenswert hohe Beteiligung der Zielgruppe – bis auf der Stufe der Mitentscheidung. Zudem ist es gelungen, eines im Bewegungsbereich durchdachtes Konzept umzusetzen, das bedarfsorientiert war und sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensebene adressierte. Die Projektverantwortlichen führten diese Erfolge auf eine konsequent niedrigschwellige Ansprache unter Einsatz muttersprachlicher Mittlerpersonen auf Quartiersebene zurück. Ein Faktor, der den Erfolg der Maßnahme ausmacht, ist die Bedarfsorientierung und die damit einhergehende Beteiligung der Zielgruppe an der Maßnahme. Dabei wurden die Kinder und ihre Familien dafür aktiviert, sich an weiteren Schritten im Rahmen der Intervention zu engagieren. Unter Einbezug der Zielgruppe wurden Verhältnisse verbessert, die neue Bewegungs- und Grenzerfahrungen der Familien ermöglichten.</p> <p>(Link, um weitere Informationen zu diesen Good-Practice-Kriterien zu erhalten: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/mittendrin/)</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Das Projekt kann als ein Beispiel guter Praxis im Sinne der Partizipation der Zielgruppe bei der Bedarfs-/ Bedürfnisermittlung herangezogen werden (HE 2, Partizipation der Zielgruppe). Zum konkreten Vorgehen: Ein spezifisches Konzeptkriterium von „mittendrin“ ist die Flexibilität des Konzeptes. Diese Flexibilität war an einigen Stellen nicht einfach vereinbar mit dem Instrument der Projektförderung, weil nicht alles von Anfang an kalkulierbar war. Als Ausgangs- und Anknüpfungspunkt für viele Maßnahmen im Bewegungsbereich dienten die „Sozialraumerkundungen“ als Basis einer fundierten Bedarfsanalyse. Kinder und Familien konnten aktiviert werden, sich auch an den weiteren Schritten und Maßnahmen von „mittendrin“ zu beteiligen. Durch die Teilnahme fast aller Kinder der jeweiligen Stadtteile im Alter zwischen 3 und 10 Jahren bei den Sozialraumerkundungen, vielen pädagogischer Mitarbeitenden der Kindergärten und Schulen sowie vieler Familien der Stadtteile, wurden eine besondere Aufmerksamkeit für das Thema Bewegung und bewegungsfreundliches Umfeld und eine Wahrnehmung des Projektes geschaffen.</p> <p>Die „Sozialraumerkundungen“ und die daraus entwickelten Maßnahmen im Bewegungsbereich konnten vor dem Hintergrund eines umfassenden Vorwissens mit Beteiligungs- und Bauprojekten sowie erlebnis- und abenteuerpädagogischen Ansätzen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stattfinden. Der Trägervereins bsj e.V. verfügte über einschlägige Projekterfahrung bei der Planung, Entwicklung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen im Bewegungsbereich.</p> <p>Charakteristisch für das Modellprojekt war das Ausmaß der Partizipation der Zielgruppen in den drei beteiligten Stadtteilen.</p> <p>Weitere Informationen sind in dem Evaluationsbericht nachzulesen: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/docext.php?id=315</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>Karen Rohlfs bsj Marburg Bildungshaus am Teufelsgraben Zur Wann 10a 35041 Marburg Tel: 06421/9827040 Fax: 06421/9827041 bildungshaus@bsj-marburg.de</p> <p>Verwaltung Biegenstr. 40 35037 Marburg Tel: 06421/6853320 Fax: 06421/6853322 www.bsj-marburg.de <i>Weitere Ansprechperson</i></p>

	Frau Monika Stein Biegenstraße 40 35037 Marburg (Hessen)
--	--

Projekt „AGIL – aktiver gesünder is(s)t leichter	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Ungesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten prägt Kinder für ihr ganzes Leben und macht sie als Jugendliche und Erwachsene anfälliger für chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Probleme des Bewegungsapparates, Diabetes oder Bluthochdruck. Für viele Kinder im Grundschulalter ist Übergewicht eine erhebliche psychische Belastung.</p> <p>Kinder aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien und Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund sind auch in der Stadt Aachen als besonders gefährdet zu betrachten. Untersuchungen des Gesundheitsamtes Aachen sowie der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Uniklinik RWTH Aachen zeigten, dass in einigen Gebieten in Aachen sogar überdurchschnittlich viele Kinder (bis zu 16 Prozent) bei der Einschulung von Übergewicht oder von Adipositas betroffen sind. Aus diesem Grund wurde vom Kinderschutzbund Aachen in Kooperation mit dem Gesundheitsamt das Gesundheitsförderprogramm AGIL entwickelt. „Aktiver, Gesünder Is(s)t Leichter“ ist ein (noch angebotenes) Programm zur Förderung von gesunder Ernährung und Freude an Bewegung und Entspannung für Kinder von 4 - 10 Jahren, ihre Eltern sowie Erzieherinnen und Erzieherinnen und somit auch zur Schaffung von psychischer Stabilität. AGIL setzt auf verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze in Kitas und Schulen und soll damit auch Kinder aus einkommensschwachen und bildungsfernen Familien erreichen. Quelle: https://www.staedteregion-aachen.de/fileadmin/user_upload/A_53/Da-teien/Abschlussbericht_AGIL_0219.pdf</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Ziel der Maßnahme ist es, durch die Angebote das natürliche Gefühl für gesundes Essen und ausreichende Bewegung bei den Kindern zu stärken, ohne Vorschriften erteilen zu müssen. Dabei werden <u>AGIL-Moderatoren bzw. Moderatorinnen</u> ausgebildet, die sich zum einen mit Taster und Erfahren sowie mit Kochen und Abschmecken von Lebensmitteln beschäftigen. Zum anderen wird die Körperwahrnehmung, Beweglichkeit und Fitness gefördert.</p> <p>Menschen in schwieriger sozialer Lage sind ein wichtiger Teil der Zielgruppe, auch wenn sich das Angebot in erster Linie an alle richtet. Konkret:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit niedriger Schulbildung (z.B. Personen ohne qualifizierten Schulabschluss) • Personen in strukturschwachen Wohnregionen / Quartieren
3. Intervention	<p>Die Intervention konzentriert sich auf Maßnahmen in den Handlungsfeldern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegungs- und Mobilitätsförderung • Ernährung • Psychische Gesundheit • Bildung • Kommunale Strategie / Netzwerkarbeit <p>Das primärpräventive Angebot findet statt im Setting Kindertagesstätte, Schule oder im offenen Ganztage. In Motopädie und nach den Vorgaben der DGE geschulten AGIL-Moderatoren und Moderatorinnen begleiten die Kinder, ihre Eltern und Erzieher bzw. Erzieherinnen intensiv über einen Zeitraum von 2 Jahren. Die sehr praktisch gehaltenen Einheiten finden wöchentlich statt und führen zu Wissensvermittlung und Verhaltensänderung durch Gewöhnung an einen gesunden Lebensstil. Nachhaltigkeit wird gesichert, da die Erzieherinnen und Erzieher begleitend selbst in Moderation ausgebildet werden und das Programm in ihrer Einrichtung weiterführen.</p>

<p>4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz</p>	<p>Das AGIL-Projekt zeichnet sich durch eine besondere Umsetzung des Multiplikatorenansatzes durch die sogenannten AGIL-Moderatorinnen und Moderatoren aus. Diese sind zum einen externe Fachkräfte, die mit den pädagogischen Fachkräften in der Einrichtung praktische Einheiten zu den Themen Ernährung und Bewegung durchführen. Zum anderen werden Betreuungspersonen in den Einrichtungen praxisnah und berufsbegleitend zu AGIL-Moderatorinnen und Moderatoren ausgebildet. Sie führen das Programm in ihren Einrichtungen weiter, nachdem sie 2 Jahre lang berufsbegleitend geschult wurden. Im Rahmen des Programms erwies sich als besonders günstig für die Präventionsarbeit der Moderatoren und Moderatorinnen, wenn diese sowohl fachlich (z. B. Ernährungsbildung und Bewegungsförderung für Kinder), als auch methodisch (z. B. Beratungstechniken) fortgebildet und supervisorisch begleitet wurden. Nähere Informationen folgenden Quellen zu entnehmen: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/agil-aktiver-gesunder-isst-leichter/ Abschlussbericht aus dem Jahr 2018: https://www.staedteregion-aachen.de/fileadmin/user_upload/A_53/Dateien/Abschlussbericht_AGIL_0219.pdf</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Dieses Projekt stellt ein gutes Beispiel dafür, wie man den Multiplikatorenansatz effektiv einsetzt. In diesem Fall wurde professionelle Gesundheitsmoderation eingesetzt, mit deren Hilfe es gut gelungen ist, Eltern aktiv einzubinden, indem sie durch (Bild-)Dokumentationen über die Tätigkeiten ihres Kindes informiert werden. Zudem führten Elternbriefe, Events für die Eltern, Eltern-Kochtreffs sowie Elternabende dazu, dass die Eltern ein aktiver Bestandteil der Maßnahme werden konnten. Darüber hinaus wurden und werden Elterngespräche angeboten. Die Einbindung der Eltern gelang allerdings in den Kitas deutlich besser als in den Schulen, obwohl ihre Elternarbeit als sehr beschwerlich beschrieben wurde. Es konnten 80% der Kita-Eltern in das Programm eingebunden werden. Die Eltern, die die Kinder abholten, hielten sich durch die Informationswände über das Programm auf dem Laufenden. Bilddokumentationen von Aktionen mit den Kindern haben immer wieder zu Gesprächen aller Beteiligten angeregt. Die Eltern treffen mussten für die Lebenssituation der Elternschaft der jeweiligen Einrichtung passend sein, und die persönliche Ansprache war von großer Bedeutung. Für die Teilnahme an Elternaktionen war es den Eltern wichtig, dass die Kinderbetreuung gewährleistet war. Folgende Aktionen wurden z. B. durchgeführt: Eltern-Kochtreffs fanden statt; Eltern-Kind-Ausflüge und Picknicks wurden gemacht; Kinder haben für ihre Eltern gekocht (mitgegebene Kochrezepte wurden zu Hause nachgekocht), einige Eltern waren sogar bei den Ernährungseinheiten der Kinder dabei. Bei 20% der Befragten war es nicht möglich, die Eltern einzubeziehen. Hier wurde mangelndes Interesse von Seiten der Eltern als Hauptgrund angegeben. Dieses Desinteresse scheint im Setting Schule ausgeprägter gewesen zu sein: Es war in 60% der befragten Schulen nicht möglich, die Eltern in das Programm einzubinden. Als Gründe dafür wurden hauptsächlich mangelnde Zeit und mangelndes Interesse der Eltern angegeben. Bei den 40% der Schulen/OGS, in denen die Eltern einbezogen werden konnten, wurde beschrieben, dass z. B. Gespräche, Elternbriefe und Eltern-Kochtreffs stattfanden. Vgl. hierzu den Abschlussbericht zu AGIL: https://www.staedteregion-aachen.de/fileadmin/user_upload/A_53/Dateien/Abschlussbericht_AGIL_0219.pdf</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>Frau Andrea Winands StädteRegion Aachen A 53.3 Gesundheitsamt Kommunales Gesundheitsmanagement und Prävention Raum 231, Trierer Straße 1, 52078 Aachen Postanschrift: StädteRegion Aachen 52090 Aachen Telefon +49(241)51985310 Telefax +49(241)519885310</p>

	http://www.staedteregion-aachen.de http://www.facebook.com/StaedteRegionAachen
--	--

Projekt „Kinderleicht-Quartier Horst“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Das KINDERLEICHT-Quartier war ein Ernährungs- und Bewegungsprojekt für Kinder in Gelsenkirchen-Horst zur Primärprävention von Übergewicht bei Kindern im Alter von null bis zehn Jahren. Ziel war es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder in Gelsenkirchen-Horst zu verbessern und neue Wege zur Prävention von Übergewicht bei Kindern zu erproben.</p> <p>Maßnahmen wurden in allen Lebensbereichen der Kinder angesetzt: Kita, Grundschule, Elternhaus, Vereinssport, Stadtquartier. Hier wurden regelmäßig Ernährungs- und Bewegungsangebote gemacht. Die Kinder lernten unter anderem den Umgang mit Küchenwaage und Handmixer oder kochen ihre Lieblingsgerichte auf gesunde Art. Außerdem wurden Schulen und Kindertagesstätten mit Sportvereinen vernetzt, um Kindern ein möglichst vielfältiges Angebot zu unterbreiten und dauerhaft in den Vereinssport zu bringen.</p> <p>Das Projekt wurde gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Landwirtschaft, Ernährung und Verbraucherschutz und lief vom 01.10.2006 - 30.09.2009.</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Ziel war es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder in Gelsenkirchen-Horst zu verbessern und neue Wege zur Prävention von Übergewicht bei Kindern zu erproben.</p> <p>Die Maßnahme zielte konkret darauf, die Quote der sportlichen Aktivitäten zu steigern und Familien mit Migrationshintergrund direkt anzusprechen. Zielgruppe der Intervention stellen 0- bis 6-jährige Kinder und ihre Eltern im Quartier Horst dar.</p>
3. Intervention	<p>Im sozial benachteiligten Stadtteil wurden soziale Begegnungsorte (Vereine, Kirchen, etc.) sowie alltägliche Räume (Kindertagesstätten, Schulen) bewegungsförderlicher und auf die Förderung der gesunden Ernährung ausgerichtet. Zudem gab es im Quartiersbüro Räume für Veranstaltungen und Beratungen sowie eine Lehrküche. Das Programm lief wie folgt ab: Kinder erhielten Punkte, wenn sie gesundes Essen und Trinken zum Frühstück mitbrachten. Wenn alle Kinder Punkte hatten, gab es einen Preis für die gesamte Klasse. In Pausen wurden Spielkisten zur Bewegungsförderung aufgestellt. In der Freizeit konnten neue Sportarten ausprobiert werden. Auch wurden in Kitas und Schulen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult, um Trainingsstunden anbieten zu können. Sportvereine kooperierten mit Schulen und Kindertagesstätten. Familien wurden über die Lebenswelten Schule und Kita angesprochen.</p>
4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz	<p>Besonders erfolgreich waren die „Kinderleicht Talk“-Moderatorinnen als eine besondere Variante des Multiplikatorenansatzes, um ausländische Eltern / Mütter zu erreichen: Dabei wurden türkisch- und arabischsprachige Mütter ausgebildet, damit sie mit anderen Eltern ins Gespräch kommen und sie in ihr eigenes Zuhause einladen, um über Themen rund um die Ernährung zu sprechen sowie gemeinsam zu kochen. Als Folge dieser Maßnahme griffen Familien seltener zu Softdrinks und ungesunden Lebensmitteln. Im Rahmen der „Fitness-Olympiade“ erhielten die Kinder eine Urkunde und einen Preis, wenn sie an vier von 20 Veranstaltungen teilgenommen hatten. Diese Veranstaltung war ein großer Erfolg, die Kinder freuten sich über die Feier und ihre Diplome.</p> <p>Weitere Infos zum Projekt unter:</p> <p>https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/kinderleicht-quartier/</p>
5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam	<p>Die Ansprache von Eltern/ Müttern mit Migrationshintergrund erfolgte – den vorliegenden Informationen zugrunde – hauptsächlich über Arabisch- und Türkisch sprechende Kinderleicht-Talk-Moderierende, die einen singulären Versuch darstellten, den Multiplikatorenansatz bei schwer erreichbaren Mig-</p>

	ranten-Familien anzuwenden. Da dieser Ansatz laut vorliegenden Informationen erfolgreich war, kann dieses Projekt als Good-Practice-Beispiel für einen niedrigschwelligen Ansatz mit Hilfe geeigneter Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen herangezogen werden.
6. Kontaktdaten	Projektbüro bei RevierRessourcen Luitpoldstr. 52 45881 Gelsenkirchen Tel. 0209 3598 8129 E-Mail: info@mira-projekt.de

Projekt „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Bereits im Jahr 2013 wurde eine Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune unterzeichnet. Gemeinsam haben sich der Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg dieser Herausforderung gestellt, um eine entsprechende interdisziplinäre sowie multisektorale Zusammenarbeit im Sinne des WHO-Ansatzes „Health in All Policies“ aufzubauen und einen Präventionsplan als integriertes Handlungskonzept zu entwickeln, der langfristig ermöglichen soll, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen in den verschiedenen Lebensphasen aufeinander aufgebaut werden können. Im Rahmen des Präventionsplans des Landkreises Marburg Biedenkopf wurde eine Strategie entwickelt, um die Gesundheit, Lebensqualität sowie das Wohlbefinden in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen, gesund bleiben - mitten im Leben - gesund altern“ zu verbessern. Der Landkreis ermöglicht es den dort Wohnenden, durch die Strategie einen barrierefreien Zugang zu Themen rund um die Gesundheit, unabhängig vom sozialen und kulturellen Hintergrund zu erlangen, um dadurch die gesundheitliche Chancengleichheit der Bürger und Bürgerinnen zu verbessern.</p> <p>Quelle: Präventionsplan „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität“ Eine integrierte Handlungsstrategie für den Landkreis Marburg-Biedenkopf und die Universitätsstadt Marburg. https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheit/2019-05 Praeventionsplan final.pdf</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Hauptziele der Initiative</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zur Stärkung gesundheitsfördernder Lebensverhältnisse und gesunder Lebensstile sollen allen Menschen in den drei Lebensphasen „Gesund aufwachsen - mitten im Leben - Gesund altern“ zugänglich gemacht werden. 2. Die medizinische Versorgung wird wohnortnah auf einem hohen Qualitätsniveau erhalten. 3. Die individuellen Ressourcen werden gestärkt, um einen eigenverantwortlichen Umgang mit der körperlichen und seelischen Gesundheit zu fördern. 4. Alle Einwohnerinnen und Einwohner erhalten durch Maßnahmen der Primärprävention und durch die Förderung der medizinischen Versorgung die gleichen gesundheitlichen Chancen. Damit soll die gesellschaftliche Teilhabe gewährleistet werden.
3. Intervention	<p>Bei diesem Projekt beziehen sich die Ausführungen in diesem Abschnitt weniger auf eine Interventionsart als vielmehr auf die Rationale einer integrierten Handlungsstrategie (vgl. hierzu den o.g. Präventionsplan, Seite 19):</p> <p>Integrierte Handlungskonzepte haben ihren Ursprung als strategisches Planungs- und Steuerungsinstrument in der sozialen Stadtentwicklung. Sie lassen sich aber zunehmend in anderen Handlungsfeldern finden. Aufgrund sozioökonomischer Determinanten wie Einkommen und Bildung, die Einfluss auf die Gesundheit haben, ist dieser Ansatz inzwischen als probates Instrument zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von vulnerablen Bevölkerungsgruppen anerkannt. Der Ansatz berücksichtigt die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten und bezieht diese partizipativ mit ein. Er orientiert sich ebenso an den vorhandenen Ressourcen und Akteuren als auch an den verschiedenen Politikfeldern (Gesundheit, Soziales, Familie, Wohnen, Arbeit und Bildung). Die Schaffung gesundheitsförderlicher</p>

	<p>Lebenswelten für die verschiedenen Bevölkerungsgruppen steht dabei im Vordergrund dieses sozialraumorientierten Ansatzes. Für einen wirkungsvollen Einsatz der vorhandenen Ressourcen ist eine lebensphasenübergreifende und integrierte Gesundheitsstrategie erforderlich, die sich an der Bevölkerungsstruktur des Landkreises Marburg-Biedenkopf und der Universitätsstadt Marburg orientiert.</p> <p><i>Bildung von „Präventionsketten“:</i></p> <p>Der Begriff der „Präventionsketten“ erweitert die Vorgehensweise durch seine Lebenslaufperspektive und den besonderen Blick auf die sogenannten „Übergänge“ im Leben der Menschen. Hierzu zählen der Eintritt in Kita und Schule ebenso wie das Erreichen des Rentenalters. In der Definition einer „Präventionskette“ findet sich daher auch die Bezeichnung „Integriertes Handlungskonzept“ wieder. Sie werden in diesem Konzept synonym verwendet.</p>
<p>4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good Practice-Ansatz</p>	<p>Der Präventionsplan als Kern einer integrierten Handlungsstrategie adressiert das Kriterium 09 guter Praxis soziallagenbezogener Gesundheitsförderung: „Integratives Handlungskonzept/ Vernetzung“, wobei ein hohes Integrations- und Vernetzungsniveau kommunaler Gesundheitsstrategien angestrebt wird. Vergleiche: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/qualitaetsentwicklung/09-vernetzung/</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Das Projekt „Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg“ ist in erster Linie ein gutes Beispiel dafür, wie Angebote der Prävention vernetzt und zielgerichtet, entlang einer Präventionskette, ausgestaltet sein können. Somit dient diese Maßnahme zur Illustration der Umsetzung einer integrierten kommunalen Strategie (vgl. hierzu die Ausführungen zu dieser Handlungsempfehlung in der Handreichung von PartFam unter dem Abschnitt 3.2.4: Vernetzung von Angeboten und Lebenswelten).</p> <p>Darüber hinaus strebt dieser Ansatz an, die unterschiedlichen Bedarfe sowie die Bedürfnisse der Menschen in ihren Lebenswelten zu berücksichtigen, wobei der Versuch unternommen wird, die Zielgruppen partizipativ mit einzubeziehen. Das Vorgehen hierbei kann ebenfalls dem Präventionsplan des Landkreises entnommen werden: https://www.marburg-biedenkopf.de/gesundheits/2019-05 Praeventionsplan final.pdf</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>Autoren des Präventionsplans: Dr. med. Birgit Wollenberg (Amtsärztin – Fachbereichsleitung Gesundheitsamt, Landkreis Marburg-Biedenkopf) Dipl. Pfliegewirt Rolf Reul (Gesundheitswissenschaftler, Geschäftsstelle Initiative Gesundheit fördern -Versorgung stärken, Landkreis Marburg-Biedenkopf) Susanne Hofmann (Fachdienst Gesunde Stadt Marburg) Tel. 06421 40540 / 4054165 Email: gesundheitsamt@marburg-biedenkopf.de</p>

Projekt „OptiStart – ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in der Schulkarriere“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Das Programm “OptiStart - ein optimaler Ernährungs- und Bewegungsstart in die Schulkarriere” wurde vom Gesundheitsamt Leipzig in Kooperation mit der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig durchgeführt.</p> <p>Weitere Details sind folgender Quelle zu entnehmen: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/optistart/</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>- Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter</p> <p>- (Re)Integration von gesunder Ernährung und Bewegungsförderung in den Alltag von Kindertagesstätten und Grundschulen</p> <p>Die Maßnahme wurde für Kindertagesstätten, Grundschulen und Horte initiiert und hatte zum Ziel, Themen rund um Ernährung und Bewegung in den Alltag der Einrichtungen zu integrieren. Dabei sollte vor allem die Prävention von Übergewicht im Kindesalter sowie die Integration von gesundem Essen in den Einrichtungen fokussiert werden.</p>
3. Intervention	<p>Interventionsmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modulare Fortbildungen für pädagogische Fachkräfte der beteiligten Einrichtungen zu gesunder Ernährung und Bewegungsförderung • Coachingangebote entsprechend der Wünsche und Bedarfe der Schulen und Kitas • Regelmäßige Angebote zur gesunden Ernährung und zur Bewegungsförderung für die Kita- und Grundschul-Kinder • Zentrale Veranstaltungen für Kinder, Eltern, Fachkräfte • Angebote zur Elternbildung: Die Elternbildung ist ein weiterer wichtiger Baustein. Neben Broschüren, Materialien und Elternabenden/-nachmittagen werden vor allem Feste und Feiern der Einrichtungen als niedrigschwellige Kommunikationsplattformen erfolgreich genutzt. <p>Quelle: https://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/gesundheit/kindegesundheits/optistart/</p>
4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz	<p>Der OptiStart-Intervention gelang eine vorbildliche Umsetzung des Kriteriums einer niedrigschwelligen Arbeitsweise durch den Zugang über Feste und Feiern in den Einrichtungen, wo die Maßnahmen implementiert wurden. An solchen Events beteiligten sich in der Regel alle Familienmitglieder.</p>
5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam	<p>Das Projekt sah regelmäßige Angebote zur gesunden Ernährung nach Wünschen der Kinder sowie zentrale Veranstaltungen für Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte vor. Darüber hinaus beinhaltete die Maßnahme Angebote zur Elternbildung. Diese zentralen Veranstaltungen stellten offene Angebote dar, sodass ein niedrigschwelliger Zugang gewährleistet war. Zudem gelang der Zugang zu den Familien über Aktivitäten mit geselligem Charakter. Somit stellt dieses Projekt ein Beispiel guter Praxis in Bezug auf die PartFam-Empfehlung, Angebote praxisorientiert auszugestalten und auf einen Mitmach- und geselligen Charakter derselben zu achten.</p>
6. Kontaktdaten	<p>Das Projekt wurde vom Max Rubner-Institut (Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel) wissenschaftlich begleitet und evaluiert.</p>

- [Evaluationsbericht der 1. Förderphase \(PDF 0,9 MB\)](#)
- [Evaluationsbericht der 2. Förderphase \(PDF 550 kB\)](#)

Ansprechpersonen:

Max Rubner-Institut (MRI) Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel
Institut für Ernährungsverhalten

Autor und Autorinnen: Dr. Anke Hanssen-Doose; Alexander Hose; Martina Ehnle-Lossos; Dr. Carina Walter; Dr. Alexandra Heyer (Förderphase 1)

Jennifer Matthes-Stiebel (Förderphase 2).

Kontakt:

Tel. 0721-6625-0

E-Mail: kontakt@mri.bund.de

Projekt „Lernen durch Genießen“

<p>1. Hintergrund / Kurzbeschreibung</p>	<p>Die Kita „Sehpferdchen“ befindet sich in Heimfeld-Nord, einem ehemaligen (Hafen-) Arbeiterviertel am Rand des Bezirks Hamburg-Harburg. Heimfeld-Nord zählt zu den Armutsinseln der Stadt. In Heimfeld-Nord lebten (2008) ca. 6000 Menschen. Der Anteil an Arbeitslosen und Personen, die Transfereinkommen beziehen, liegt in Heimfeld-Nord weit über dem Hamburger und Harburger Durchschnitt. 30–35% der Menschen in Heimfeld-Nord sind Migrantinnen und Migranten.</p> <p>Neben den Problemen aufgrund von (drohender) Arbeitslosigkeit leiden viele Eltern (der Kita-Kinder) unter schwierigen Arbeitsbedingungen wie Beschäftigung im Niedriglohnssektor, Früh-, Nacht- oder Wechselschicht bzw. Springertätigkeiten. Die soziale Situation der Familien schlug sich auch in den Ergebnissen der schulärztlichen Eingangsuntersuchungen nieder: Der Anteil an Übergewicht, Konzentrations- und Lernstörungen, Auffälligkeiten in der Motorik und im sozialen Verhalten bei den Kindern des Stadtteils war überdurchschnittlich hoch.</p> <p>Ausgangspunkt der Maßnahme: In armen Haushalten steht wenig Geld für eine abwechslungsreiche, gesunde Ernährung zur Verfügung und Eltern fehlen zudem häufig die Kompetenzen, bedarfsgerechte Speisen zuzubereiten.</p> <p>Die Kita „Sehpferdchen“ setzte hier mit ihrem Konzept „Lernen durch Genießen“ an und entwickelte gemeinsam mit dem Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ ein settingspezifisches Angebot für sozial benachteiligte Eltern und ihre 1- bis 5-jährigen Kinder.</p>
<p>2. Ziele und Zielgruppe</p>	<p>Ziel der Maßnahme war es, Kindern und Eltern neben Wissen über eine gesunde Ernährung und Informationen über Lebensmittel, die praktische Umsetzung zu vermitteln. Aufgrund der hohen Anzahl von Kindern in der Kindertagesstätte, die in relativer Armut leben, ist die Sensibilisierung zu einem bewussten Gesundheitsverhalten der Eltern und ihrer Kinder von besonderer Bedeutung.</p> <p>Zielgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnssektor, Personen mit niedrigen Rentenbezügen) - Alleinerziehende in schwieriger sozialer Lage
<p>3. Intervention</p>	<p>Gesundes Essen wird mit und für die Kinder zubereitet; Kochkurse und Veranstaltungsreihen geben den Eltern sowohl ernährungsphysiologisches Wissen als auch die Möglichkeit, praktische Erfahrung auf niedrigschwelliger Ebene zu erproben. Die Mitarbeit im Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“ ermöglicht der Kita, ihre Angebote lebensweltorientiert auszurichten. Gesunde Ernährung ist als übergreifendes Konzept in der Kita verankert, dient aber auch als Medium, um die Kompetenzen der Kinder in den Bereichen Sprache, Sozial- und Konfliktverhalten zu fördern sowie die Eigenverantwortung der Eltern zu unterstützen. Erfolge sind beispielsweise bei den Kindern im Sprachverhalten erkennbar. Zudem lernen die Kinder die Auswirkungen von gesunden und ungesunden Lebensmitteln auf den Körper kennen. Ein weiterer Bestandteil der Intervention stellt das Kochen in Muttersprache da, wo Erzieherinnen oder Erzieher mit den Kindern Rezepte aus der jeweiligen Heimat kochen. Des Weiteren werden Kochkurse und Veranstaltungen für Eltern angeboten, um die Kompetenzen und die Eigenverantwortung der Eltern zu stärken.</p>

4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz	<p>Das Projekt zeichnet sich durch einen konsequent niedrigschwelligen Ansatz aus, der zudem die Stärkung und Befähigung (Empowerment) von Kindern und Eltern bezüglich gesunder Ernährung gleichermaßen verfolgt. Nähere Informationen zu diesem Projekt sind der Datenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit zu entnehmen: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/lernen-durch-geniessen/</p>
5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam	<p>Der Ansatz der Intervention entspricht zentralen Erkenntnissen und Empfehlungen des Projektes PartFam: Präventionsmaßnahmen sollten nicht negative Aspekte wie die Vermeidung von Übergewicht und damit assoziierten gesundheitlichen Risiken in den Vordergrund stellen, sondern positive Aspekte wie Wohlbefinden, gesunde Ernährung und Fitness. Spaß und Genuss sollten im Gegensatz zu Risiken und Verboten im Vordergrund stehen. Es empfiehlt sich, an Ressourcen der Zielgruppe anzuknüpfen. Durch die Integration des Themas gesunde Ernährung in den Tagesablauf ergibt sich die Niedrigschwelligkeit des Projektes. Zudem tragen die gemeinsamen Aktionen im Kita-Alltag sowie der Einbezug der Eltern dazu bei, dass diese wertgeschätzt werden und ein Schwellenabbau gefördert wird. Eine Stigmatisierung der Zielgruppe sollte auf diese Weise vermieden werden.</p>
6. Kontaktdaten	<p>Laut Geschäftsstelle der Kita „Sehpferdchen“ steht zurzeit (Stand: 01.04.20) keine Ansprechperson zu diesem Projekt zur Verfügung.</p>

Projekt „9+12 – Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr

<p>1. Hintergrund / Kurzbeschreibung</p>	<p>Das Projekt „9 +12“ nutzte die gesetzlich verankerten Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und im Säuglingsalter, welche bislang vornehmlich der Krankheitsfrüherkennung dienen, und ergänzte diese um präventive Elemente. Durch standardisierte Beratungen von medizinischen Fachleuten (Frauen- sowie Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen und Hebammen) sollten werdende und junge Familien frühzeitig und systematisch für einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und viel (Alltags-) Bewegung motiviert werden. In der Modellregion Ludwigsburg konnte dieses Vorhaben von Januar 2012 bis September 2014 erfolgreich umgesetzt werden und über 1000 Familien mit einheitlichen Botschaften, die auf den Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben basierten, zu einem gesunden Lebensstil beraten und ihre Motivation gefördert werden. Ausführlichere Informationen sind einer Projektdokumentation aus dem Jahr 2014 zu entnehmen: https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/9_12/Reader_9_12.pdf</p>
<p>2. Ziele und Zielgruppe</p>	<p>Die Maßnahme „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ hatte zum Ziel, Familien bereits vor der Schwangerschaft bis zum Vollenden des ersten Lebensjahrs des Kindes für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu motivieren, um diesen im Alltag der Familien zu etablieren. Dabei sollte die Wahrscheinlichkeit, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln, minimiert werden. Im Rahmen des Projekts trugen die Maßnahmen zur Verbesserung der familiären und kindlichen Ernährung und Bewegung bei.</p>
<p>3. Intervention</p>	<p>Ein gesundheitsförderliches Verhalten kann aus der Sicht der Projektverantwortlichen nur dann aufrechterhalten werden, wenn die Verhältnisse dieses unterstützen. Aus diesem Grund verfolgt „9+12“ sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhaltenspräventiver Ansatz Die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und -verhaltens junger Eltern gilt als ein sehr gut geeigneter und bisher wenig erprobter Ansatz der kindlichen Übergewichtsprävention. • Verhältnispräventiver Ansatz: Ein wichtiger Bestandteil des Projekts war zudem die Vernetzung, durch die eine Verbesserung der Verhältnisse angestrebt wurde. „9 +12“ setzte hierbei an wichtigen Stellschrauben vor Ort an und förderte den Austausch und die Kooperationsstrukturen unterschiedlicher Beteiligter. Als besonders bedeutsam zeigten sich hierbei die medizinischen Fachleute vor Ort. Das Projekt zielte darauf ab, eine bessere Versorgungsstruktur für die jungen Familien bereitzustellen und die medizinischen Akteure und Akteurinnen in einen aktiven Austausch zu bringen.
<p>4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz</p>	<p>Zusätzlich zu einer erfolgreichen Umsetzung des Multiplikatorenansatzes und des Kriteriums einer niedrighschwelligigen Arbeitsweise in der vorgeburtlichen Phase und im ersten Lebensjahr zur Erreichung von jungen Familien, hat sich der Einsatz von Kurzfilmen als erfolgreiche Strategie erwiesen, um auf einen gesundheitsförderlichen Alltag hinzuwirken. In acht Filmen werden Eltern über relevante Themen rund um Ernährung und Bewegung aufgeklärt. Diese Filme sind zwischen drei und sechs Minuten lang und jeweils einer Schwangerschaftsphase bzw. dem Kindesalter zugeordnet. Zudem geben in den Videos Fachleute wie Kinderärzte und -ärztinnen und Hebammen verständliche Informationen und veranschaulichen Beispiele aus der Praxis, damit Mütter und Väter erreicht werden können. Die Aufklärungsfilme werden als erfolgreiche Strategie beschrieben, um sowohl Mütter als auch Väter zu erreichen. Nähere Informationen können der Projektdokumentation entnommen werden: https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/9_12/Reader_9_12.pdf sowie dem Link:</p>

	https://www.pebonline.de/projekte/9-12-gemeinsam-gesund/9-12-kurzfilme/
5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam	<p>Das Projekt zeichnete sich durch eine konsequente Umsetzung des Multiplikatorenansatzes in der Phase vor der Geburt und unmittelbar danach aus: Die Familien wurden durch professionelle Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, darunter Kinder- und Jugend- sowie Frauenärzte und -ärztinnen wie auch Hebammen, rekrutiert. Dabei hat sich bestätigt, dass über diese Berufsgruppen ein sehr guter Zugang bestand, um Familien mit passgenauen Botschaften zu erreichen und für einen gesunden Lebensstil zu motivieren. Somit kann das Projekt 9+12 als ein vorbildliches Beispiel guter Praxis für die PartFam-Empfehlung, die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Prävention sowie der Prävention im ersten Lebensjahr sorgfältig zu prüfen und wahrzunehmen.</p>
6. Kontaktdaten	<p>Geschäftsstelle Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) Boyenstraße 42 10115 Berlin Tel.: 030 27 87 97 67 Fax: 030 27 87 97 69 plattform(at)pebonline.de</p> <p>Ansprechpartnerin:</p> <p>Anja Kretzer (Teilnahme am PartFam-Workshop, Projekt Familie+, Mitarbeiterin der Plattform Ernährung und Bewegung - Berlin).</p>

Projekt / Präventionsprogramm „Lenzgesund“	
1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	Kinder und Jugendliche, die in sozial benachteiligten Quartieren aufwachsen, haben signifikant geringere Chancen gesund zu sein bzw. zu bleiben oder zu werden. Die nachhaltige Verbesserung der Entwicklungschancen von kleinen Kindern stand daher im Mittelpunkt des Präventionsprogramms „Lenzgesund“ für das sozial benachteiligte Quartier „Lenzsiedlung“ in Hamburg-Eimsbüttel. Gemeinsam mit anderen Beteiligten vor Ort hat das Gesundheitsamt Eimsbüttel dieses Programm vorbereitet sowie im Rahmen des „runden Tisches“ als Kooperation weiterentwickelt und umgesetzt.
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Ziel der Maßnahme ist es, das Gesundheitsbewusstsein der im Quartier Wohnenden zu stärken und so einen Beitrag zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern zu leisten. Die intersektorale Zusammenarbeit soll gestärkt werden, indem Beteiligte vernetzt und langfristige Strukturen aufgebaut werden. Für die Handlungsbereiche Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr, Impfen, Frühe Hilfen/ Frühförderung und in den Feldern Zahngesundheit, Ernährung, Bewegung sowie gesundheitliche Handlungskompetenz werden Maßnahmen angeboten und langfristig Strukturen aufgebaut, die einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Quartier leisten.</p> <p>Prioritäre Zielgruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen mit sehr niedrigem Einkommen (z.B. Personen im Niedriglohnsektor, Personen, die Arbeitslosengeld 2 beziehen) • Schwangere in schwieriger sozialer Lage • Menschen mit Migrationshintergrund in schwieriger sozialer Lage
3. Intervention	Es werden verschiedene Einzelinterventionen durchgeführt, um Familien zu erreichen: Eine dieser Interventionen stellt der Kurs „Baby-Führerschein“ dar, ein 12-wöchiger Kurs zur Förderung der Elternkompetenz für ein Aufwachsen in guter Gesundheit für Eltern und ihre 0- bis 2-jährigen Kinder. Dabei werden die teilnehmenden Familien persönlich u.a. durch eine, ausschließlich für das Quartier tätige Familienhebamme, angesprochen. Zudem werden Familien über das Jugendamt vermittelt und das Angebot über Mundpropaganda in Anspruch genommen. Letzteres hat sich nach Meinung der Beteiligten als besonders effektiv herausgestellt. Inhalte des Programms sind u.a. Themen wie Ernährung, Schlaf und die Eltern-Kind-Bindung. Diese Themen werden in Gruppenarbeiten mit Informations- und Praxisphase erarbeitet, ferner wird ein Ordner mit Informationen zu den Themen zusammengestellt. Darüber hinaus können Eltern eine Kinderbetreuung in Anspruch nehmen.
4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz	<p>Das Projekt stellt ein gutes Beispiel für die Umsetzung einer professionellen Multiplikatorenstrategie mit Hilfe des Instruments „Gesundheits-Scout“ dar. Der Einsatz eines für das Quartier zuständigen Gesundheits-Scouts konnte die Erreichbarkeit von Frauen/ Müttern und deren aktive Beteiligung verbessern. Was den Erfolg des Scouts bei Müttern und Kindern betrifft, hat das Projekt nach Meinung einer der damaligen Koordinatorinnen die (nicht quantifizierten) Erwartungen durchaus erfüllt. Insbesondere sind die Organisation von Schwimmkursen für Frauen und Mädchen mit Migrationshintergrund und Aktivitäten zur Zahngesundheit mit Kindern, Müttern und Praxen zu nennen. Diese konnten hauptsächlich durch den Einsatz des Gesundheits-Scouts vermittelt werden.</p> <p>Das Problem der unzureichenden Erreichung von Männern/ Vätern blieb allerdings bestehen. Aus der Sicht eines der befragten Verantwortlichen ist dieser Aspekt in der Retrospektive folgendermaßen zu betrachten: <i>„Die Frage nach der Virulenz des Problems der Erreichbarkeit von Vätern/ Männern erlaube ich mir etwas flapsig zu beantworten: Es ist wie es ist.“</i></p>

	<p><i>Auch wir erreichen nur wenige Männer; es gibt aber Unterschiede in Abhängigkeit vom Inhalt der Veranstaltungen. Frauen sind wegen ihres größeren Bedürfnis nach, Spaß an und die Fähigkeit zur Kommunikation deutlich einfacher zu erreichen; das nutzen wir in deren wohlverstandenen Interesse für unsere Anliegen. Auch die Beteiligung der Frauen hat sich in einem Prozess entwickelt. Wir haben irgendwann aufgehört, uns um die Zurückhaltung der Männer einen Kopf zu machen, sondern uns auf die Frauen konzentriert. Gleichwohl haben wir die Männer eingeladen und ihnen Angebote gemacht. Wir setzen heute darauf, dass im Rahmen der Verdichtung der quartiersinternen Kommunikation und der sich dadurch verstärkenden Partizipation, Männer und Väter sich in langsam wachsenden Maße an den öffentlichen Aktivitäten beteiligen werden. Tatsächlich hat es in der Lenzsiedlung schon Angebote von männlichen Bewohnern für Männer bzw. vor allem von Männern genutzt gegeben. Hierzu gehören ein Angebot ‚Deutsch Konversation‘ für migrantische Männer sowie ein Boxtraining. An letzterem hatten nach einiger Zeit auch Kinder Interesse. Die durchweg jüngeren Veranstalter hielten es nach anfänglichem Zögern für ihre soziale Pflicht, eine Kindergruppe zu eröffnen und zu trainieren, und für ihre pädagogische Pflicht, für diese Gruppe kindgerechte Regeln zu definieren“ (03.04.2020- Stellungnahme via E-Mail).</i></p> <p>Weitere Informationen unter: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/praeventionsprogramm-lenzgesund/</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Dieses Programm stellt insgesamt genommen (als Summe der o.g. Einzelinterventionen) ein herausragendes Beispiel guter Praxis dar</p> <p>a) in Bezug auf den Einsatz professioneller Multiplikatoren und Multiplikatorinnen auf kommunaler bzw. Quartierebene (siehe Handreichung PartFam, HE 3 – Multiplikatorenansatz) und</p> <p>b) in Bezug auf die Primärprävention in den Phasen Geburtsvorbereitung, Versorgung nach der Geburt und im ersten Lebensjahr</p> <p>Mit Bezug auf a) ist der Einsatz eines sogenannten „Gesundheits-Scouts“ hervorzuheben. Ein Gesundheits-Scout im Quartier ist eine Person, die sich im Stadtteil aufhält und direkten Kontakt zu dort Wohnenden sucht. Ziel ist es, diese an gesundheitsförderliche Angebote wie Sport- und Freizeitangebote heranzuführen und herauszufinden, welche weiteren Maßnahmen sich die Zielgruppen wünschen. Die Informationen können direkt und vor Ort an die Zielpersonen und -gruppen weitergegeben werden oder in der Sprechstunde des Gesundheits-Scouts angefragt werden. Projekt und Gesundheits-Scout arbeiten in einem Netzwerk aus verschiedenen Einrichtungen und Institutionen, um die Nachfrage der Bewohnerschaft aufnehmen und Angebote weiterentwickeln und installieren zu können.</p> <p>Mit Bezug auf b) ist die kombinierte Umsetzung von Einzelinterventionen hervorzuheben, um die Gesundheitskompetenz von werdenden und jungen Eltern (0- bis 2-jährige Kinder) zu erhöhen und somit sehr früh primärpräventiv vorzugehen.</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>Christian Lorentz Lenzsiedlung e.V. Julius-Vosseler-Str. 193 22527 Hamburg Tel.: (040) 43 09 67-30 Email: verein@lenzsiedlungev.de</p>

Projekt „Birnen-Bert und Süße-Susi“

1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Das Speisenangebot in Kindergärten und das Essverhalten der Kinder standen im Mittelpunkt eines Modellprojekts, das 2005 im Kreis Heinsberg seine Arbeit aufgenommen hat. Der Landkreis liegt an der Westgrenze des Bundesgebiets im Regierungsbezirk Köln und hat rund 250.000 Einwohner. Als in dem für die Region zuständigen Gesundheitsamt die Daten der Schuleingangsuntersuchung des Jahres 2002 ausgewertet wurden, fiel ein Befund besonders auf: Unter den 31 Landkreisen Nordrhein-Westfalens gehörte Heinsberg zu den drei Regionen mit dem höchsten Anteil an übergewichtigen Einschulkindern. So kam es zu dem Entschluss, ein möglichst flächendeckendes Projekt zur Prävention der Fehlernährung im Vorschulalter auszuarbeiten.</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<p>Das Heinsberger Präventionsprogramm sollte die Kinder im Kindergarten mit gesunder Ernährung vertraut machen und Eltern durch Vermittlung von theoretischem Wissen und durch praktische Beispiele dazu ermuntern, auch die Essgewohnheiten zu Hause zu hinterfragen. Erklärtes Ziel des Projektes war es, die Zahl der übergewichtigen Einschulkinder zu verringern und damit langfristig die Häufigkeit ernährungsbedingter Folgeerkrankungen zu reduzieren.</p>
3. Intervention	<p>Damit die Eltern bewusster darauf achten, was und wie ihre Kinder essen, wurde eine Vortragsreihe zu folgenden Themen konzipiert: 1. Essen in der Familie, 2. Lebensmittel für Kinder, 3. Das übergewichtige Kind, 4. Ernährung und Suchtentstehung, 5. Essstörungen.</p> <p>Die Umsetzungsstrategie des Projektes bestand darin, das Programm in einem Kindergartenjahr auf eine Gemeinde oder eine Stadt des Kreises Heinsberg zu konzentrieren und es dort in möglichst vielen Einrichtungen gleichzeitig durchzuführen, um mehr öffentliches Interesse zu wecken. Nach den Fachvorträgen kam es auf den Elternabenden regelmäßig zu lebhaften Diskussionen über alle möglichen Probleme mit der Ernährung. In einigen Kitas bereiteten Mütter, Väter und Kinder gemeinsam ein gesundes Frühstück vor, in anderen Einrichtungen füllten die Eltern einen Obstkorb auf und ermunterten die Kinder zur Selbstbedienung. Von den 14 Wegberger Kindertagesstätten beteiligten sich elf im Projektjahr 2005/2006 am Präventionsprogramm. Durch den Erfahrungsaustausch der teilnehmenden Einrichtungen bekam das Programm den Charakter einer Gemeinschaftsaktion. Die Wirksamkeit der verschiedenen Maßnahmen beruhte auf der aktiven Mitwirkung von Kindern, Eltern und Erziehungskräften. Die wichtigsten externen Kooperationsbeteiligten waren die Referierenden der Fortbildungsseminare für Erzieher und Erzieherinnen und Elternabende. Hierzu gehörten eine Ökotrophologin und ein Experte für Suchtprävention, Referierende der AOK und mehrere niedergelassene Kinderärzte und -ärztinnen.</p>
4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz	<p>Dieses Projekt zeichnet sich u.a. durch eine konsequente Umsetzung des Settingansatzes, wobei insbesondere dem Teilaspekt „Kontinuierliche und professionelle Koordinierung aller Aktivitäten“, in diesem Fall durch Professionelle im Setting Kindergarten, Rechnung getragen wurde. Nähere und ausführlichere Informationen zum Projekt sind folgender Quelle zu entnehmen (ab Seite 57): https://www.stierle.com/pdf/dpp4.pdf</p>
5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam	<p>Good Practice Beispiel für eine erfolgreiche Ansprache von Eltern im Setting/ Betreuungskontext „Kindergarten“. Die Erfahrungen im ersten Projektjahr waren ermutigend, das Echo bei den verschiedenen adressierten Beteiligten positiv. Dieses Projekt entspricht folglich der PartFam-Handlungsempfehlung, die die Ansprache über das Betreuungs- und Gesundheitssystem nahe legt, da dieser Zugang als bewährt und effektiv zu bewerten ist.</p>

6. Kontaktdaten	(Alter) Kontakt: Frau Beyda Üner Valkenburger Str. 45 52523 Heinsberg (Nordrhein- Westfalen) Tel.: 02452 / 135363

Projekt „Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover“

1. Hintergrund / Kurzbeschreibung	<p>Das Projekt ist eines der 24 ausgewählten Projekte aus dem Modellvorhaben „Besser essen. Mehr Bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“. Bewegung, Ernährung und Selbststeuerung waren die drei Leitmodule des Programms, an dem 173 Projektklassen in 31 Grundschulen (in der zweiten Förderphase: 297 Projektklassen in 51 Grundschulen) beteiligt waren.</p>
2. Ziele und Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Gewichtszunahme zwischen der ersten und vierten Klassenstufe durch gleichwertige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei Grundschulkindern - Persönlichkeitsstärkung, Aufbau sowie Steigerung von Selbststeuerungsfähigkeiten - Bildung eines guten Gesundheitsverständnisses - Etablierung von Gesundheit als ein Bildungsziel im pädagogischen Konzept <p>Die Zielgruppe waren Grundschul Kinder in der Region Hannover. Der Schwerpunkt im ersten Projektjahr lag dabei auf Grundschulen, die zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung von einem erhöhten Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder betroffen waren (> 15% über dem 90. BMI-Perzentil oder 5% über dem 97. Perzentil). Das soziale Umfeld ist durch einen niedrigen Bildungsgrad der Eltern (44%) und einen hohen Anteil (49%) von Eltern nicht deutscher Herkunft gekennzeichnet. In den bezeichneten Grundschulen bestand bei den Sechsjährigen bereits eine Gewichtsverteilung, die der Situation der Normalpopulation in der 4. Klasse nahe kam.</p>
3. Intervention	<p>Zwei Ernährungswissenschaftlerinnen, eine Sportwissenschaftlerin, elf Übungsleiter und -leiterinnen, eine Gesundheitsberaterin, eine Psychologin und die Schulärzte und -ärztinnen der Region Hannover unterstützten die Grundschulen bei der praktischen Umsetzung der Maßnahmen: durch Lehrerfortbildungen, Beratungsangebote, Unterrichtsbegleitung, Durchführung von AGs und vielem mehr. Auf spielerische Weise sollten die Kinder lernen, was es mit einer gesunden Lebensweise auf sich hat.</p> <p><i>Handlungsfeld „Ernährung“:</i> Die Oecotrophologinnen begleiteten einzelne Unterrichtsstunden und informierten in anschaulichen Lehreinheiten über die Herkunft und die Nährwerte von Lebensmitteln wie Getreide, Milchprodukte, Fleisch oder Süßwaren. Durch die Zubereitung von Speisen wie Müsli oder Gemüsespießen in Koch-AGs konnten die Kinder mit allen Sinnen erfahren, wie gesunde Nahrung schmeckt – und wie lecker z.B. ein frisch gemachter Obstsalat sein kann. Bestandteil des Projektes war auch das tägliche gemeinsame Schulfrühstück, bei dem auf Tischmanieren geachtet wurde.</p> <p><i>Handlungsfeld Bewegung:</i> Eine Sportwissenschaftlerin machte die Lehrkräfte auf neue Wege zur Förderung motorischer Fähigkeiten der Kinder im Sportunterricht aufmerksam. Unter der Anleitung von Übungsleitern und -leiterinnen wurde zudem in allen Klassen der "5-Minuten-Pausenspaß" während des Unterrichts eingeführt. Mobile Sportgeräte wie Federball, Stelzen, Hula-Hoop-Reifen oder Springseile kamen in der großen Pause ebenso zum Einsatz wie neu installierte Basketballkörbe, Tischtennisplatten und Fußballfelder. Besondere Aufmerksamkeit erreichten Aktionstage mit Tanzkursen unter Anleitung eines Salsa-Choreografen und eines Hip-Hop-Weltmeisters. Auch die Eltern wurden in das Programm einbezogen (siehe unten).</p>

<p>4. Herausragende Umsetzung von Kriterien guter Praxis gemäß dem Good-Practice-Ansatz</p>	<p>Dieses Beispiel adressiert vor allem zwei Kriterien guter Praxis: den Setting-Ansatz und den Zielgruppenbezug einer Intervention: Die Maßnahmen sind darauf ausgerichtet, die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen einer zum Teil sozial benachteiligten Zielgruppe nachhaltig zu verbessern, wobei die Schule als Medium zur Wissenserweiterung und Beratung benutzt wird (Setting Ansatz). Die Maßnahme berücksichtigt die besonderen Bedarfslagen und Möglichkeiten der Zielgruppen (Zielgruppenbezogenheit) und ist niedrigschwellig angelegt.</p>
<p>5. Vorgehen im Hinblick auf Erreichbarkeit mit Bezug auf die Handlungsempfehlung von PartFam</p>	<p>Dieses Projekt stellt ein erfolgreiches Beispiel dafür dar, wie man das Setting „Schule“ effizient nutzen kann. Die Schule stellt ein geeignetes Setting dar sowohl für Präventionsmaßnahmen für die Schulkinder als auch zur Erreichbarkeit von Familien mit Kindern im Schulalter, da prinzipiell Familien aller sozialen Schichten erreicht werden können. Eltern wurden durch verschiedene Veranstaltungen an Vormittagen, Nachmittagen oder Abenden informiert und dazu angeregt nachzudenken, wie sie die Entwicklung ihrer Kinder unterstützen können. Um zu erreichen, dass möglichst viele Eltern zu den angebotenen Informationsveranstaltungen erscheinen, wurden die Einladungen in die jeweiligen Sprachen übersetzt. Darüber hinaus konnte die Bereitschaft der Eltern, sich mit der Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung für ihre Kinder auseinanderzusetzen, durch interkulturelle Veranstaltungen (Schulfeste, Elterncafé, Tanzkurse) oder spezielle Aktionen (gemeinsames Frühstück) erhöht werden.</p> <p>Um Eltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, war es hilfreich, einen Ansprechpartner oder eine Ansprechpartnerin aus den Reihen der Lehrerschaft, wenn möglich mit Migrationshintergrund, oder ein engagiertes Elternteil mit Migrationshintergrund zu benennen, um Fragen der Eltern zum Projekt fortlaufend zu beantworten und somit Unsicherheiten entgegen zu wirken. Intensive Elternarbeit trug wesentlich zu einer Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens bei.</p> <p>Weitere Informationen und Links zu externen Quellen sind den Projektberichten zu entnehmen (Downloads unter: https://www.in-form.de/netzwerk/projekte/adipositaspraevention-in-grundschulen-der-region-hannover/)</p>
<p>6. Kontaktdaten</p>	<p>Region Hannover Team Sozialpädiatrie und Jugendmedizin Prinzenstr.12 30159 Hannover</p> <p>Tel.: +49 511 616-22249 Tel.: +49 511 616-23384 jugendmedizin@region-hannover.de</p>

ANHANG D: Teilnehmende an der Delphi-Befragung

Die befragten Experten und Expertinnen hatten die Möglichkeit anzugeben, inwiefern sie selbst oder Ihre Institution als Teilnehmende namentlich benannt werden wollen und in welcher Form.

Wir bedanken uns bei allen insgesamt 44 Teilnehmenden, die mit Ihrer Teilnahme zu unserer Studie beigetragen haben, für ihr Engagement.

Darunter waren:

- Bucksch, Jens, Prof. Dr., Pädagogische Hochschule Heidelberg
- Bundeselternrat: Stlv.Vorsitzender Ebrahim Yousefzamani
- Eichner, Mirko, Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb)
- Ensenauer, Regina, Prof. Dr. med, Institut für Kinderernährung, Max Rubner-Institut Karlsruhe
- Graf, Christine, Prof. Dr., Deutsche Sporthochschule Köln, Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
- Grossmann, Beate, Dr., Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.
- Horacek, Ulrike, Dr., MPH, Leiterin des Gesundheitsamts Kreis Recklinghausen, Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin
- Iseke, Axel, Dr. MPH, FA. f. Kinder- und Jugendmedizin, FA. f. öffentl. Gesundheitswesen, Fachgruppenleitung Kinder- und Jugendgesundheit, Landeszentrum Gesundheit NRW, 44801 Bochum, Axel.Iseke@lzg.nrw.de
- Kersting, Mathilde, Prof. Dr., Forschungsdepartment Kinderernährung (FKE), Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Ruhr-Universität Bochum
- Kobelt Neuhaus, Daniela, Bundesverband der Familienzentren e.V.
- Lawrenz, Burkhard, Dr. med., Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ)
- Paede, Henrike, Bayerischer Elternverband e. V. (stellvertretende Vorsitzende)
- Reifegerste, Doreen, Dr., Universität Erfurt
- Reiss, Katharina, Dr., Netzwerk Gesund ins Leben in der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)
- Schäfer-Graf, Prof. Dr., Berliner Diabeteszentrum für Schwangere, St. Joseph Krankenhaus
- Schönert, Daniel, Dr., von der IN FORM Geschäftsstelle
- Starke, Dagmar, Dr. phil., Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen
- Süß, Waldemar, Dipl.Soz., Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie AG Gesundheitsförderung - Leiter Martinstraße 52 D-20246 Hamburg
- Trost-Brinkhues, Gabriele, Dr., für den BVÖGD (Fachausschuss KJGD) und den BVKJ e.V. (Ausschuss Kind, Schule, ÖGD), BVÖGD = Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, BVKJ = Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
- Wiegand, Susanna, PD Dr.; Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)

Institutionen

- AOK-Bundesverband
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Dt. Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
- GKV-Spitzenverband
- IKK classic
- KIKS UP Bad Nauheim
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e. V. (LVG)
- Max Rubner-Institut, Karlsruhe
- Schwerpunktpraxis Ernährungsmedizin BDEM Dr. Kauth Ludwigsburg
- Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER