



universität  
wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Übergewicht und Adipositas  
im Kindes- und Jugendalter.  
Erhebung und Analyse aktueller präventiver  
und interventioneller Initiativen in Österreich.“

Verfasserin

Ramona Spiegl, Bakk.rer.nat.

angestrebter akademischer Grad

Master of Science (MSc)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 838

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Ernährungswissenschaften

Betreuerin / Betreuer: Ass. Prof., Priv.-Doz., Dr. Thomas Ernst Dorner, MPH



## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich, Ramona Spiegl, erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig angefertigt, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzen Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht zu haben.

Ramona Spiegl



## **DANKSAGUNG**

Für die fachkundige und freundliche Art sowie die hilfreiche Unterstützung bei der Erstellung meiner Masterarbeit und die kompetente Betreuung möchte ich mich bei Frau Univ. Lektorin Mag. Dr. Katharina Viktoria Stein und Herrn Ass. Prof., Priv.-Doz., Dr. Thomas Ernst Dorner, MPH bedanken.

Ich danke auch Herr. Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Karl Heinz Wagner für die Erlaubnis zur Durchführung dieser Arbeit.

Ein herzliches Dankeschön auch an allen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner die sich für die Durchführung der Interviews Zeit genommen haben.

Ebenfalls möchte ich mich bei Frau Birgit Pscheid für das Korrekturlesen dieser Arbeit bedanken.

Nicht zuletzt möchte ich mich von ganzem Herzen bei meinem Jürgen bedanken der mir jederzeit geduldig zur Seite stand, mich tatkräftig unterstützte und mich mit motivierenden Worten bestärkte.

Mein größter Dank gilt jedoch meinen Eltern, die mir dieses Studium überhaupt erst ermöglichten und mich bei jedem Schritt in meinem Leben unterstützt haben. Danke für Alles!



## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG</b>	<b>1</b>
1.1. Forschungsfrage	3
1.2. Forschungsmethodik	3
<b>2. LITERATURÜBERSICHT</b>	<b>4</b>
<b>2.1. Übergewicht und Adipositas</b>	<b>4</b>
2.1.1. Definition	4
2.1.2. Klassifikation bei Erwachsenen	5
2.1.3. Klassifikation bei Kindern	6
2.1.4. Messung der Fettverteilung	8
2.1.5. Taillenumfang (Waist Circumference)	8
2.1.6. Taille-Hüft-Verhältnis (Waist-Hip-Ratio)	9
2.1.7. Ursachen für die Entstehung von Übergewicht	10
2.1.7.1. Lebensstilfaktoren	10
2.1.7.2. Genetische Aspekte	11
2.1.7.3. „Adipogenes Umfeld“	11
2.1.8. Adipositasassoziierte Erkrankungen	12
2.1.8.1. Körperliche Folgen von Adipositas	13
2.1.8.2. Soziale, emotionale und psychologische Folgen von Adipositas	13
<b>2.2. Epidemiologie</b>	<b>14</b>
2.2.1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im internationalen Vergleich	14
2.2.2. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich	16
<b>2.3. Gesundheitsförderung und Prävention</b>	<b>19</b>
2.3.1. Gesundheitsförderung	19
2.3.1.1. Gesundheit	21
2.3.1.2. Settings für Gesundheit	21
2.3.2. Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten und Schule	22
2.3.3. Prävention	25
2.3.3.1. Primärprävention	25
2.3.3.2. Sekundärprävention	26
2.3.3.3. Tertiärprävention	26
2.3.3.4. Verhaltensprävention	27
2.3.3.5. Verhältnisprävention	27
<b>2.4. Effektivität, Effizienz, Evidenz</b>	<b>30</b>
2.4.1. Effektivität	30
2.4.2. Effizienz	31
2.4.3. Evidenz	31
<b>2.5. Evaluation im Rahmen von Public Health Maßnahmen</b>	<b>33</b>
2.5.1.1. Public Health Action Cycle	33
2.5.1.2. Prozessevaluation	35
2.5.1.3. Ergebnisevaluation	36
<b>3. INSTITUTIONEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH</b>	<b>38</b>

3.1.1.	Fonds Gesundes Österreich	38
3.1.2.	Wiener Gesundheitsförderung	40
3.1.3.	Österreichische Gesellschaft für Ernährung	42
3.1.4.	give – Servicestelle für Gesundheitsbildung	42
3.1.5.	Initiative „Tut Gut!“	43
3.1.6.	Nationale Projekte	44
3.1.6.1.	X-Team	44
3.1.6.2.	anders essen	45
3.1.6.3.	Rundum gesund	46
3.1.6.4.	Stark bewegt!	48
3.1.6.5.	Kilo-Purzel-Kids	49
3.1.6.6.	Wiener Ernährungsakademie	49
3.1.6.7.	KIVI – Kids ... vital! Gesundheitsförderung in Volksschulen	52
3.1.6.8.	Gemeinsam besser Essen	52
3.1.6.9.	Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart	54
3.1.6.10.	Richtig Essen von Anfang an!	56
3.1.6.11.	Schuljause mit Vorrang	58
3.1.6.12.	Wiener Forum für Übergewicht und Adipositas	60
3.1.6.13.	Unser Schulbuffet	60
3.1.7.	Internationale Projekte	61
3.1.7.1.	European Food Framework (EFF)	61
3.1.7.2.	Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)	64
3.1.7.3.	IDEFICS – Identifikation und Prävention von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsfaktoren bei Kleinkindern und Kindern	66
3.1.8.	Resümee: nationale und internationale Bemühungen zur Gesundheitsförderung von Kinder und Jugendlichen	67
<b>4.</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN</b>	<b>69</b>
<b>4.1.</b>	<b>Datensammlung</b>	<b>69</b>
4.1.1.	Expertenauswahl	69
4.1.2.	Kontaktaufnahme	70
4.1.3.	Interviewleitfaden	71
4.1.4.	Pretest	73
4.1.5.	Interviewform	73
4.1.6.	Durchführung	73
<b>4.2.</b>	<b>Datenaufbereitung</b>	<b>74</b>
4.2.1.	Transkription der Interviews	74
<b>4.3.</b>	<b>Datenauswertung</b>	<b>75</b>
4.3.1.	Auswertungsmethode	75
4.3.2.	Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse	76
<b>4.4.</b>	<b>Zeitplan</b>	<b>85</b>
4.4.1.	Einreichung Ethikkommission	85
4.4.2.	Kontaktaufnahme	85
4.4.3.	Durchführung der Interviews	85
4.4.4.	Datenaufbereitung	85
4.4.5.	Datenauswertung	85
<b>5.</b>	<b>ERGEBNISSE UND DISKUSSION</b>	<b>87</b>
<b>5.1.</b>	<b>Kodierleitfaden</b>	<b>87</b>



---

<b>5.2. Interpretation der Ergebnisse</b>	<b>88</b>
5.2.1. Kampagnen	88
5.2.2. Setting	90
5.2.3. Zielgruppe	92
5.2.3.1. Erreichbarkeit der Dialoggruppe	93
5.2.4. Projekte	96
5.2.5. Ressourcen	99
5.2.5.1. Finanzielle Ressourcen	100
5.2.5.2. Personelle Ressourcen	101
5.2.5.3. Projektförderung in Österreich	102
5.2.6. Nachhaltigkeit	103
5.2.7. Ernährungsverhalten	104
5.2.7.1. Erhebung des Ernährungsverhaltens	104
5.2.8. Ernährungswissen	105
5.2.8.1. Erhebung des Ernährungswissens	107
5.2.9. Aktivere Lebensweise	107
5.2.9.1. Erhebung des Bewegungsverhaltens	108
5.2.10. Auftreten von Adipositas	109
5.2.11. Evaluierung	110
5.2.12. Langzeitevaluierung	112
5.2.13. Gesundheitsdaten	113
5.2.14. Ansatz für Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt Ernährung	114
5.2.15. Seelische Gesundheit	116
5.2.16. Grundprinzipien bei Präventionsmaßnahmen	117
5.2.17. Public Health Maßnahmen	119
5.2.17.1. Nationaler Aktionsplan Ernährung	120
5.2.18. Präventionsmaßnahmen	121
5.2.19. Hindernisse, Schwierigkeiten	122
5.2.20. Information	123
5.2.21. Good/Best Practice	123
<b>5.3. Zusammenfassung der Ergebnisse</b>	<b>129</b>
<b>6. SCHLUSSBETRACHTUNG</b>	<b>134</b>
<b>7. ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>139</b>
7.1. Hintergrund	139
7.2. Methode	139
7.3. Ergebnisse	140
7.4. Ausblick	140
<b>8. LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>141</b>
<b>9. ANHANG</b>	<b>146</b>
9.1. Interviewleitfaden	146
9.2. Auswertungskategorien	151
9.3. Kodierleitfaden	151



---

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: PERZENTILKURVEN FÜR DEN BODY MASS INDEX FÜR JUNGEN UND MÄDCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES UND JUGENDALTER [WABISCH UND KUNZE, 2010] .....	7
ABBILDUNG 2: ADIPOGENES UMFELD MODIFIZIERT NACH [IOTF, 2002], ÜBERSETZUNG AUS DEM ÖSTERREICHISCHEN ADIPOSITASBERICHT [KIEFER ET AL., 2006] .....	12
ABBILDUNG 3: ERGEBNISSE DER ÖSTERREICHWEITEN FELDSTUDIE ZUR ERHEBUNG DER PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT BEI 6- BIS 14-JÄHRIGEN SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN [APA-OTS, 2012] .....	18
ABBILDUNG 4: POTENTIELLE HANDLUNGSBEREICHE IM SETTING SCHULE MODIFIZIERT NACH [WHO, 2012] .....	24
ABBILDUNG 5: PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE, MODIFIZIERT NACH [LÜNGEN ET AL., 2012] .....	34
ABBILDUNG 6: ABLAUFMODELL .....	84
ABBILDUNG 7: BASISPROGRAMM .....	133

---

## TABELLENVERZEICHNIS

TABELLE 1: BMI KLASSIFIKATIONSTABELLE MODIFIZIERT NACH WHO [WHO, 2011] ..6	
TABELLE 2: KLASSIFIKATION DER ADIPOSITAS UND RISIKOABSCHÄTZUNG VON METABOLISCHEN KOMPLIKATIONEN ANHAND DES WAIST-HIP-RATIO MODIFIZIERT NACH [WHO, 2008] .....	9
TABELLE 3: STUDIENPOPULATION .....	71
TABELLE 4: AUSZUG AUS DER 1. REDUKTION (K3 = KATEGORIE 3, S = KODES SETTING).....	81
TABELLE 5: 2. REDUKTION VON KODES SETTING (EK = EXPERTENCODE) .....	83
TABELLE 6: ZEITPLAN .....	86
TABELLE 7: GENERIERTE KODES .....	88

---

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

AGA .....	Arbeitsgemeinschaft Adipositas
AHS .....	Allgemein Bildende Höhere Schulen
BMI .....	Body-Mass-Index
DAG .....	Deutsche Adipositasgesellschaft
EASO.....	European Association for the Study of Obesity
EFF.....	European Food Framework
FGÖ.....	Fonds Gesundes Österreich
GÖG .....	Gesundes Österreich GmbH
IDEFICS.....	Identification and preventing of dietary- and lifestyle – induced health effects in children and infants (Identifikation und Prävention von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsfaktoren bei Kleinkindern und Kindern, Studie)
IOTF.....	International Obesity Task Force
KOPS.....	Kieler Adipositas-Präventionsstudie
NAP.e .....	Nationaler Aktionsplan Ernährung
ÖAG.....	Österreichische Adipositasgesellschaft
ÖGE.....	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
WHO.....	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganistaion)
WiG.....	Wiener Gesundheitsförderung

# 1. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Wie der österreichische Ernährungsbericht 2008 aufzeigt, ist die Ernährung bei Österreicherinnen und Österreichern verbesserungswürdig. Es wird zuviel Fett und Salz gegessen, Kinder lieben Süßes und der Verzehr an Ballaststoffen ist zu gering. In allen untersuchten Altersgruppen ist der Anteil an übergewichtigen Personen hoch. Es zeigte sich auch in allen Generationen und bei beiden Geschlechtern eine Zunahme in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas (siehe Kap. 2.2.2.) verglichen zu den Vorjahren. Seit dem letzten österreichischen Ernährungsbericht 2003 ist es bei österreichischen Schulkinder (6- bis 15 Jahre) bei beiden Geschlechtern zu einem deutlichen Anstieg der Adipositasprävalenz gekommen, dieser Trend scheint weiter im Steigen zu sein. Die Ergebnisse des Ernährungsberichtes 2008 zeigen, dass 8% der Schulkinder an starkem Übergewicht und weitere 11% an Übergewicht leiden.

Übergewicht und Adipositas werden als die schnellsten wachsenden Gesundheitsrisiken weltweit angesehen und gelten als Hauptgesundheitsprobleme unsere Zeit [ELMADFA et al., 2011]. Fettleibigkeit im Kindes- und Jugendalter bringt viele gesundheitliche Risiken mit sich (Störungen im Fett- und Glukosestoffwechsel, orthopädische Störungen, erhöhter Blutdruck, u.a.). Zudem wird Adipositas mit sozialen, emotionalen und psychologischen Schwierigkeiten (Entwicklung von Essstörungen, Depressionen u.a.) assoziiert [MA et al., 2011].

Nicht nur für das einzelne Individuum stellt Adipositas ein Problem dar, auch für die Gesellschaft entstehen finanzielle und ökonomische Belastungen. Übergewicht, Adipositas und die damit entstehenden Erkrankungen sind ein enormer Kostenfaktor für das Gesundheitswesen. Nicht nur die entstehenden direkten Kosten (Krankheitskosten, Medikamente, ...), auch die indirekten Kosten (Ressourcenverlust, Arbeitsunfähigkeit, Frühpension, frühzeitiger Tod, ...) stellen eine massive Herausforderung für das Gesundheitssystem dar.

Sowohl die Gesamtkosten, als auch die Zahl der Krankenstände steigen mit dem Body-Mass Index [NARBO et al., 2002].

Übernährung hat vielerlei Ursachen. Die Verhältnisse (Zugang zu gesunder Ernährung, Angebot einer gesunden Ernährung, die Rezeptur, ...), das eigene Verhalten sowie Vorbilder spielen hierbei eine wichtige Rolle. Aber auch soziokulturelle Faktoren, wie ein niedriger sozialer Status, gemessen an Einkommen und Schulbildung der Eltern, gilt als ein weiterer ausschlaggebender Grund. Als zusätzlicher Risikofaktor für das Auftreten von Übergewicht gilt körperliche Inaktivität und eine zu energiereiche Kost. Ein Ansatz auf mehreren Ebenen ist daher nötig, wenn die steigende Tendenz von Übergewicht eingedämmt werden sollte [KIEFER et al., 2006].

Man schreibt Präventionsprogrammen und –maßnahmen im Kindes- und Jugendalter eine große gesundheitspolitische Bedeutung zu, da davon ausgegangen wird, dass übergewichtige und adipöse Kinder eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter zeigen [FRÖSCHL et al., 2009].

In Österreich gibt es viele verschieden Projekte und Kampagnen in unterschiedlichen Settings (Lebenswelten) wie Schulen, Kindergärten und öffentliche Einrichtungen, die zum Ziel haben, das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Sowohl verhaltenspräventive als auch verhältnispräventive Ansätze (siehe Kapitel 2.3.3.) spielen dabei eine wichtige Rolle. Leider finden aber bei den meisten Initiativen kaum oder nur sehr kurz darauf Evaluierungen (Überprüfung der Wirksamkeit einer Intervention) statt. Die Messung des Erfolgs, auch über einen längeren Zeitrahmen, ist allerdings dringend nötig, um die Wirksamkeit der Intervention zu bewerten und neue Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Projekte zu gewinnen. Nur dies macht es möglich, erfolgreiche und sinnvolle Initiativen zu entwickeln. Langzeitevaluationen von österreichischen Kampagnen sind noch keine vorhanden und somit gibt es auch keine Informationen bezüglich der Langzeiteffekte [FRÖSCHL et al., 2009].

## **1.1. FORSCHUNGSFRAGE**

Aufbauend auf die Tatsache, die in der Einleitung dargelegt wurde, ergibt sich nun folgende Frage: Welche Maßnahmen, Projekte und Kampagnen in Bezug auf Ernährung im Kindes- und Jugendalter gibt es in Österreich und wie ist deren Effektivität und Effizienz zu bewerten?

Ziel dieser Arbeit ist es, aktuelle Projekte bzw. Kampagnen in Österreich, die sich auf die Ernährung von Kindern beziehen, vorzustellen, deren Evaluation zu prüfen und die Evidenz dafür herauszufinden. Dafür wäre die Entwicklung einer Evaluationsmethode, mit der sowohl kurzfristige Erfolgsmessungen als auch langfristige Erhebungen stattfinden können, wichtig.

Weiters stellt sich die Frage, ob Ernährungskampagnen im Kindes- und Jugendalter effektiv sind, oder ob die vorhandenen Ressourcen besser verwendet werden könnten.

## **1.2. FORSCHUNGSMETHODIK**

Nach der Definierung der Forschungsfrage wurde eine entsprechende Methode zur Beantwortung ausgewählt.

Dazu wird auf Basis von leitfadengestützten Experteninterviews die aktuelle österreichische Projektsituation im Bereich der Kinder und Jugendlichen erhoben und deren Stärken und Schwächen eruiert. Aus den gewonnenen Daten werden Handlungsempfehlungen für weitere adipositaspräventive Aktionen herausgearbeitet.

Ebenfalls wird ein Vergleich mit internationalen Daten aus Projekten und deren Evaluation nötig sein. Diese Daten werde im Zuge einer Literaturrecherche gewonnen.



## **2. LITERATURÜBERSICHT**

Das zweite Kapitel der vorliegenden Arbeit soll einen kurzen Überblick über die aktuelle Forschungslage im Bereich der Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen bieten. Zu Beginn wird auf die Klassifikation, die Epidemiologie und die gesundheitlichen Risiken von Adipositas eingegangen. Danach folgt eine Betrachtung darüber, wie Gesundheitsförderung vor sich gehen kann, in welchen Settings sie stattfinden kann und wie Prävention erfolgen kann. Im Anschluss daran wird auf die Wichtigkeit einer Messung des Erfolges im Zuge einer Intervention eingegangen.

### **2.1. ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS**

Dieser Abschnitt versucht Adipositas zu definieren und veranschaulicht die verschiedenen Möglichkeiten zu deren Klassifikation. Darauf folgend wird auf die internationale und nationale Prävalenz von Übergewicht und Adipositas eingegangen.

#### **2.1.1. *Definition***

Die WHO (World Health Organisation) definiert Übergewicht und Adipositas als eine „abnormale oder exzessive Fettansammlung, welche ein Risiko für die Gesundheit darstellt“ [WHO, 2011]. Laut der DAG (Deutsche Adipositas Gesellschaft) ist Adipositas „eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes“ [DAG, 2011]. Adipositas und Fettleibigkeit werden in der Regel synonym verwendet. Als Ursache dafür gilt ein dauerhaftes Missverhältnis zwischen der Energiezufuhr und dem Energieverbrauch. Mit Adipositas sind viele Folgeerkrankungen sowie eine kürzere Lebenserwartung assoziiert [ÖAG, 2011].

### 2.1.2. *Klassifikation bei Erwachsenen*

Die WHO wie auch die DAG und ÖAG (Österreichische Adipositasgesellschaft) empfehlen, anhand des Body-Mass-Index (BMI) Übergewicht und Adipositas zu klassifizieren [WHO, 2011]. Der BMI wird definiert als das Körpergewicht in kg dividiert durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat.

**BMI = Körpergewicht (kg)/ Quadrat der Körpergröße (m<sup>2</sup>)**

Die Korrelation zwischen BMI und Körperfettgehalt (berechnet aus der Körperdichte) beträgt 0,7 bis 0,8. Aufgrund dieses engen Zusammenhangs ist der Body-Mass-Index ein gutes Maß für die Klassifikation von Übergewicht [ELMADFA und LEITZMANN, 2004].

Dieser Gewicht-Längen-Index (weight-for-height-index) gilt für beide Geschlechter und ermöglicht eine Einteilung des Körpergewichtes in verschiedene Gewichtsklassen. Die unten angeführte Tabelle 1 zeigt die internationale Klassifikation der WHO von Unter-, Normal-, Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen [WHO, 2011].

Classification	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99

Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Tabelle 1: BMI Klassifikationstabelle modifiziert nach WHO [WHO, 2011]

### 2.1.3. *Klassifikation bei Kindern*

Der BMI gilt als die beste Methode der Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen. Die AGA (Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendliche) empfiehlt auch die Anwendung des BMI für Screeningmethoden und Verlaufsbeobachtungen bei Kindern.

Es ist aber schwer, eine gültige Messmethode für Kinder und Erwachsene zu entwickeln, da der Körper viele physiologische Entwicklungen durchmacht und auch das Wachstum und geschlechtsspezifische Besonderheiten mitberücksichtigt werden müssen. Abhängig von Alter und Geschlecht hat die AGA Perzentil-Tabellen entwickelt, die zur Einschätzung für das Risiko von Übergewicht und Adipositas herangezogen werden sollten. Das 90. bzw. 97. BMI-Perzentil ermöglicht im Alter von 18 Jahren in einen BMI von 25kg/m<sup>2</sup> (Übergewicht) und 30kg/m<sup>2</sup> (Adipositas) einen nahezu kontinuierlichen Übergang zu den Referenzwerten im Erwachsenenalter und gilt als der obere Grenzwert zur Definition von Übergewicht und Adipositas. Extreme Adipositas wird über einen BMI > 99,5 Perzentil definiert [WABISCH und KUNZE, 2010]. Die Abbildung 1 zeigt die, von der Arbeitsgemeinschaft für Kinder und Jugendliche empfohlenen, Perzentilkurven zur Klassifikation von Übergewicht und Adipositas.

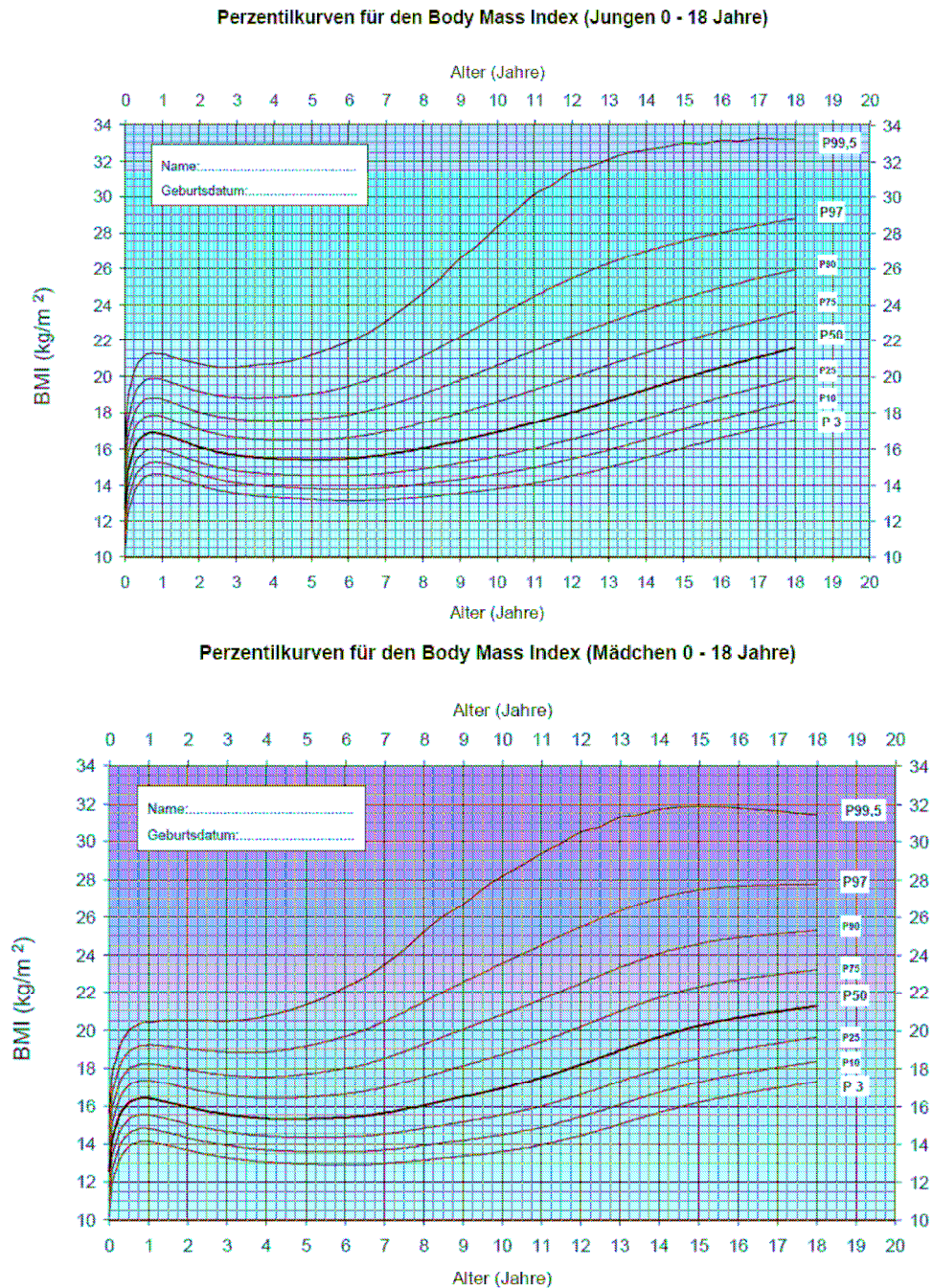


Abbildung 1: Perzentilkurven für den Body Mass Index für Jungen und Mädchen  
Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter [WABISCH und KUNZE, 2010]

Nicht immer ist es möglich, mittels BMI Perzentilen das Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kinder und Jugendlichen einzuschätzen, v.a., wenn das Alter der Mädchen und Jungen nicht bekannt ist. Deshalb wurden altersunabhängige anthropometrische Parameter entwickelt, die auf dem Verhältnis ernährungsabhängiger Organe und Gewebe basieren. Dazu bewährt

haben sich Muskelmasse bzw. subkutanes Fettgewebe und einige Parameter, die durch kurzfristige Veränderungen der Ernährungssituation entweder nicht oder nur in geringem Maße betroffen sind, wie z.B.: die Körpergröße, der Kopfumfang und die Länge einzelner Skeletteile [ELMADFA und LEITZMANN, 2004].

International (bei 2- bis 18-jährigen Kindern) werden auch häufig die Cole et al. (2006) erarbeiteten internationalen Cut-Off-Points zur Klassifikation herangezogen. Auch diese Referenzwerte münden ab 18 Jahren in die BMI-Werte der Erwachsenen ein [KIEFER et al., 2006].

#### **2.1.4. Messung der Fettverteilung**

Neben dem Übergewicht, erfasst über den BMI, spielt auch die Verteilung des Körperfettes bei der Risikobewertung von Übergewicht eine wesentliche Rolle. Die Fettverteilung ist genetisch bestimmt und unterscheidet sich bei Frauen und Männern. Das weibliche, gynoide Verteilungsmuster („Birnentyp“) ist durch den hauptsächlichlichen Fettansatz an Hüften und Gesäß gekennzeichnet, während das androide, männliche Verteilungsmuster („Apfeltyp“), das Fett im Bauchbereich anlagert [ELMADFA und LEITMANN, 2004].

Adipositas mit androider, abdomineller Fettverteilung weist eine Erhöhung des viszeralen Fettanteils (in der Bauchhöhle eingelagertes Fettgewebe welches die inneren Organe umhüllt) auf und geht mit einem höheren Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen und das metabolische Syndrom einher. Im Gegensatz dazu weisen Menschen mit einer gynoiden Fettsucht, bei denen der subkutane Fettanteil (unter der Haut liegendes Fettgewebe) erhöht ist, kein höheres Risiko für Begleiterkrankungen als Normalgewichtige auf [ELMADFA, 2004].

#### **2.1.5. Taillenumfang (Waist Circumference)**

Ein einfaches Maß zur Bestimmung der viszeralen Fettmasse ist die Messung des Taillenumfanges. Dazu wird ein Maßband horizontal um das Abdomen in

Höhe des Beckenkamms gelegt. Vermessen wird am Ende der Ausatmung, ohne dass die Haut zusammengepresst wird.

Optimale Taillenumfänge liegen bei <80 cm bei Frauen und <94 cm bei Männern. Ab einem Taillenumfang von  $\geq 88$  cm bei Frauen und  $\geq 102$  cm bei Männern spricht man von einer abdominellen Adipositas. Hier ist auch das Risiko für Folgeerkrankungen erhöht [WHO, 2008].

### 2.1.6. Taille-Hüft-Verhältnis (Waist-Hip-Ratio)

Zur Beurteilung der Körperfettverteilung wird das Verhältnis vom Taillen- zum Hüftumfang (Waist-Hip-Ratio) herangezogen [ELMADFA und LEITMANN, 2004]. Dazu wird der Taillenumfang durch den Hüftumfang dividiert. Den Taillenumfang misst man horizontal um die Taille, an der breitesten Stelle des Gesäßes, ohne Zusammenpressen der Haut [WHO, 2008].

Ein erhöhtes Risiko liegt vor: Waist-Hip-Ratio bei Frauen  $>0,85$  und Waist-Hip-Ratio bei Männer  $>1$  (Tabelle 2) [ELMADFA, 2004].

World Health Organisation cut-off point and risk of metabolic complications		
Indicator	Cut-off points	Risk of metabolic complication
Waist circumference	$>94$ cm (M); $>80$ cm (W)	Increased
Waist circumference	$>102$ cm (M); $>88$ cm (W)	Substantially increased
Waist-hip-ratio	$\geq 0,90$ cm (M); $\geq 0,85$ cm (W)	Substantially increased

M = Men, W = Women

Tabelle 2: Klassifikation der Adipositas und Risikoabschätzung von metabolischen Komplikationen anhand des Waist-Hip-Ratio modifiziert nach [WHO, 2008]

### **2.1.7. Ursachen für die Entstehung von Übergewicht**

Adipositas wird als eine multifaktorielle Krankheit angesehen, da für die Entstehung von Fettleibigkeit mehrere, komplex miteinander verbundene, Faktoren verantwortlich sind. Der Überfluss an Ernährung und die körperliche Inaktivität haben einen wesentlichen Einfluss, reichen aber als alleinige Erklärung zur Entwicklung von Adipositas nicht aus. Die Dysbalance zwischen Energieaufnahme und Energieverbrauch wird durch psychosoziale, genetische oder soziokulturelle Prädispositionen begünstigt und verursacht eine Körpergewichtszunahme [FRÖSCHL et al., 2009].

#### **2.1.7.1. Lebensstilfaktoren**

Die heutige Ernährungsweise ist geprägt durch einen hohen Fett- und Proteinanteil (vor allem tierischer Herkunft), sowie einem hohen Anteil an Zucker. Sie ist hingegen aber arm an komplexen Kohlenhydraten und Ballaststoffen. Zusätzlich führt der vermehrte Außer-Haus-Verzehr zu einem unkontrollierten Essverhalten. In vielen Familien wird zu Hause selten gekocht, das gemeinsame Essen am Familientisch findet weniger oft statt und die Kinder und Jugendlichen sind für die Besorgung ihres Essens selbst verantwortlich [LOB-CORZILIUS, 2008].

Daneben spielen auch soziale Bedingungen eine wesentliche Rolle. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund weisen generell eine höhere Prävalenz für Übergewicht auf. Sozial schlecht situierte Frauen und Männer weisen einen durchschnittlich höheren BMI auf als Menschen aus oberen Sozialschichten [LOB-CORZILIUS, 2008]. Kinder in Industriestaaten und im speziellen Kinder mit geringem sozioökonomischen Status werden schon in ein „adipogenes Umfeld“ (siehe Kapitel 2.1.7.3) hineingeboren, dieses begünstigt eine Gewichtszunahme [FRÖSCHL et al., 2009].

Ein weiterer Risikofaktor für die Genese von Übergewicht ist Bewegungsmangel. Der Bewegungsumfang in den westlichen Industriestaaten

ist sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern rückläufig [KIEFER et al., 2006].

#### **2.1.7.2. Genetische Aspekte**

Die Entwicklung von Übergewicht kann auch auf eine genetische Prädisposition zurückzuführen sein. In der Forschung konnte ein Adipositas-Gen identifiziert und ein Rezeptor mit hoher Affinität zu Leptin nachgewiesen werden. Auch sind hormonelle und neutrale Faktoren, die an der Gewichtsregulation beteiligt sind, genetisch festgelegt. Die Anzahl und Größe der Fettzellen, die Körperfettverteilung, sowie der Grundumsatz unterliegen genetischen Prädispositionen. Durch den Einfluss der Umwelt und dem eigenem persönlichen Verhalten wird der Einfluss individuell modifiziert und es kommt zu unterschiedlich ausgeprägten Formen der Adipositas [ELMADFA und LEITZMANN, 2004].

#### **2.1.7.3. „Adipogenes Umfeld“**

Die International Obesity Task Force (IOTF) und die European Association for the Study of Obesity (EASO) beschreiben den Begriff der „obesogenic environment“ [JAMES et al., 2002], welcher im Österreichischen Adipositasbericht 2006 [KIEFER et al., 2006] als „adipogenes Umfeld“ übersetzt wird. Mit diesem Term werden all jene Umweltfaktoren, die den Menschen und deren Lebensumstände täglich beeinflussen und die Entstehung von Übergewicht fördern, beschrieben [KIEFER et al., 2006]. Die Abbildung 2 gibt diese Faktoren grafisch wieder.



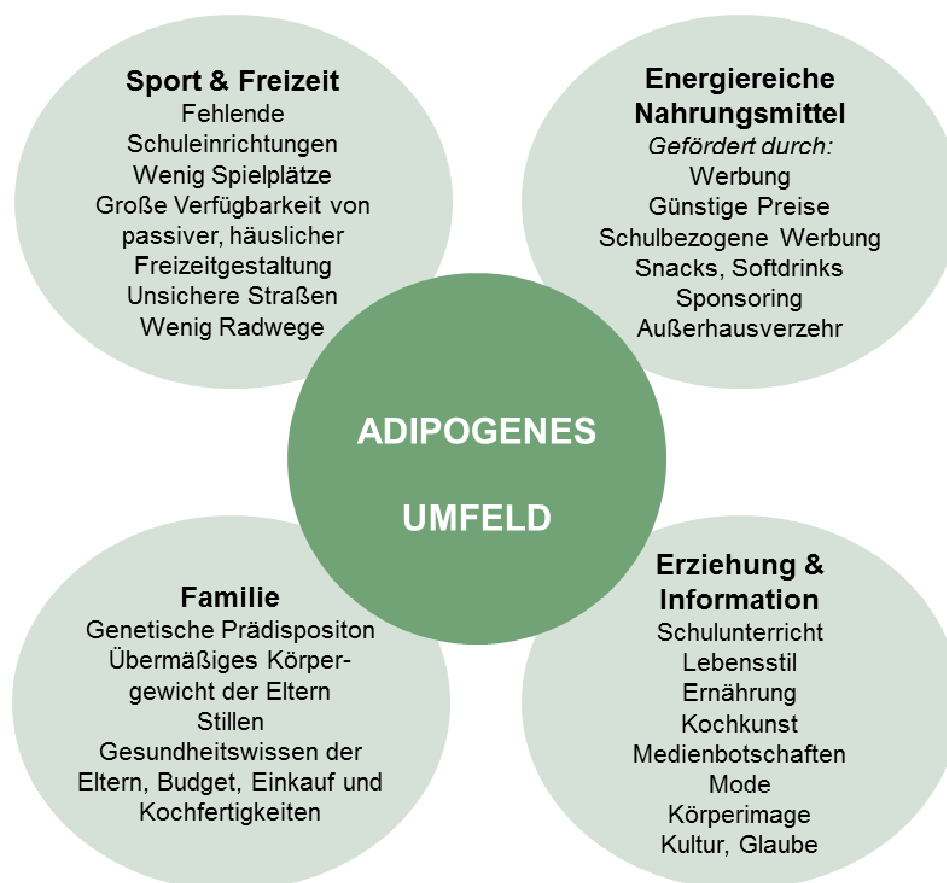


Abbildung 2: Adipogenes Umfeld modifiziert nach [IOTF, 2002], Übersetzung aus dem österreichischen Adipositasbericht [KIEFER et al., 2006]

### **2.1.8. Adipositasassoziierte Erkrankungen**

280.000 Todesfälle pro Jahr werden in den USA auf die Adipositas mit ihren Folgeerkrankungen zurückgeführt; im Erwachsenenalter ist sie damit die zweithäufigste Todesursache nach dem Rauchen [WABISCH und KUNZE, 2010]. Weltweit sind es 2,6 Millionen Todesfälle pro Jahr, die durch Adipositas hervorgerufen werden [WHO, 2011].

Zum einen ergibt sich der Krankheitswert der Adipositas im Kindes- und Jugendalter aus der funktionellen, individuellen und psychosozialen Einschränkung. Zum anderen kommt eine erhöhte Komorbidität, ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Erwachsenenalter dazu, verglichen mit normalgewichtigen Kindern [WABISCH und KUNZE, 2010].

### **2.1.8.1. Körperliche Folgen von Adipositas**

Die Manifestation für gesundheitlichen Risiken im Erwachsenenalter beginnt schon im Kindesalter. Auch die erhöhte Morbidität als Folge von Adipositas ist schon im Kindesalter dokumentierbar [WABISCH und KUNZE, 2010]. Die Gefahr besteht dadurch, dass sich die Krankheiten schleichend entwickeln und zu Beginn von den Betroffenen nicht bemerkt werden. Je länger Übergewicht oder eine Adipositas besteht, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass sich schwere Begleiterkrankungen mit unter Umständen lebensbedrohlichen oder tödlichen Folgen entwickeln [FRÖSCHL et al., 2009].

Körperliche Erkrankungen, die mit Adipositas in Verbindung stehen sind: Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels (Entwicklung einer Insulinresistenz, Diabetes Mellitus Typ 2, u.a.), kardiovaskuläre Erkrankungen, das Auftreten des metabolischen Syndroms, Entstehung hormonabhängiger Krebserkrankungen, Beschwerden der Gallenblase, Lebererkrankungen, Fettstoffwechselstörungen, die Entstehung von Hyperurikämie, erhöhter Blutdruck, gastrointestinale Erkrankungen, u.a [FRÖSCHL et al., 2009]. Ebenfalls erhöht ist das Risiko für Osteoarthritis, Atemprobleme, Schlaf-Apnoe, Muskulatur- und Skelettprobleme, Infertilität und Schwangerschaftskomplikationen [KIEFER et al., 2006].

Das metabolische Syndrom ist mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislaufkrankungen verbunden und führt zu einer erhöhten Mortalität und Morbidität. Bei Kindern und Jugendlichen gibt es keine etablierte Definition des metabolischen Syndroms, doch kann bei manchen übergewichtigen Kindern und Jugendliche bereits eine Konstellation von Risikofaktoren gefunden werden [WABISCH und KUNZE, 2010].

### **2.1.8.2. Soziale, emotionale und psychologische Folgen von Adipositas**

Ein weiterer gesundheitlicher Risikofaktor zeigt sich in der psychosozialen Entwicklung und der Entstehung von Essstörungen durch die Stigmatisierung von adipösen Kindern und Jugendlichen auf Grund des allgemein propagierten Schlankheitsideals [WABISCH und KUNZE, 2010]. Oftmals entstehende

psychosoziale Schwierigkeiten, wie erhöhte Depressivität und Ängstlichkeit, Selbstwertminderung und soziale Isolation bei den Betroffenen. Verhaltensauffälligkeiten und psychiatrische Störungen, die oftmals mit einem negativen Bild des eigenen Körpers verbunden sind, treten speziell bei Kindern und Jugendlichen auf. Die emotionale Entwicklung der Betroffenen wird durch Fettleibigkeit stark beeinflusst. Daneben schränkt Übergewicht die Aktivitäten des täglichen Lebens ein. Dies führt zu einem erhöhten Unfallrisiko und zu Einschränkungen in der Lebensqualität [FRÖSCHL et al., 2009].

## **2.2. EPIDEMIOLOGIE**

Weltweit hat sich seit 1980 die Adipositasprävalenz verdoppelt. Die WHO spricht von einer Adipositasepidemie. 2008 waren 1,5 Milliarden Erwachsene (20 Jahre und älter) übergewichtig. Davon waren mehr als 200 Millionen Männer und beinahe 300 Millionen Frauen adipös. 2010 waren beinahe 43 Millionen Kinder (unter 5 Jahre) übergewichtig [WHO, 2011]. Einst wurde Übergewicht als ein Problem der einkommensstarken Länder betrachtet, jetzt sind aber auch einkommensschwache Länder und der Mittelstand, vor allem in der städtischen Bevölkerung, von der hohen Tendenz an Übergewicht und Adipositas betroffen. 35 Millionen übergewichtige Kinder leben in Entwicklungsländern und 8 Millionen Kinder in entwickelten Ländern. Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas steigt in allen Altersklassen und in fast allen Ländern stark an [WHO, 2011]. 65% der Weltpopulation lebt in Ländern, wo an Übergewicht und Adipositas mehr Leute versterben als an Untergewicht [WHO, 2011]. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass die zunehmende Verbreitung von Adipositas eine enorme Herausforderung für die öffentliche Gesundheit darstellt.

### ***2.2.1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im internationalen Vergleich***

Epidemiologische Daten zu Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen weisen häufig Schwächen auf. Wenn man das

Auftreten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen international vergleichen möchte, muss man bedenken, dass verschiedene Grenzwerte für Adipositas definiert sind. Weltweit gilt die 90. Perzentile als Referenzwert für Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Der Grenzwert für Adipositas in Europa ist definiert als die 97. Perzentile wobei in den USA die 95. Perzentile gilt. Aufgrund dieser unterschiedlichen Definition sind in den USA 2% mehr Kinder und Erwachsene adipös als in Europa [LOB-CORZILIUS, 2008].

Weiters ist die Vergleichbarkeit vieler Studien eingeschränkt, da nur wenige Länder systematische und repräsentative Erhebungen durchführen. Oft werden Daten verglichen, die unterschiedlichen Erhebungen zu Grunde liegen (Selbstangaben vs. gemessene Daten). Bei Daten die anhand von Selbstbefragungen präsentiert werden, kommt es aber oft zur Unterschätzung des Gewichts und zur Überschätzung der Körpergröße, es entstehen durch die Störgrößen sogenannte Bias (Verzerrungen), sodass die berechneten BMI Werte fehlerhaft sind und die epidemiologischen Daten verzerrt werden. Auch ist die Tendenz zur Teilnahme an Körpergewichtserhebungen bei Personen mit niedrigerem Körpergewicht höher als bei Übergewichtigen. Durch zahlreiche Limitierungen müssen erhobene Daten immer mit Vorsicht interpretiert werden [KIEFER et al., 2006].

Innerhalb von 20 Jahren ist in den USA die Anzahl adipöser Kinder, BMI > 95. Perzentil, von 6% (1980) auf 15% (2000) gestiegen [LOB-CORZILIUS, 2008]. Auch in Nord- und Südeuropa kann ein ähnlicher Trend beobachtet werden. Um so südlicher das Kind aufwächst, umso wahrscheinlicher ist das Körpergewicht erhöht. Während in Malta und Süditalien 35% übergewichtige und adipöse Kinder angegeben werden, sind in Skandinavien nur 15% übergewichtig und adipös [LOB-CORZILIUS, 2008]. Zusätzlich zu diesen Unterschieden innerhalb Europas gibt es auch regionale Differenzen. In den Niederlanden leiden 12% der Kinder an Übergewicht und Fettleibigkeit, während es in Deutschland 15% sind. Vergleicht man deutsche Daten von 1985-1997, so stieg die Zahl der übergewichtigen Kinder um 50%. Die Zahl der adipösen Kinder hat sich zwischen 2003 und 2006 sogar verdoppelt [LOB-CORZILIUS, 2008]. Auch in

asiatischen Ländern lässt sich dieser steigende Trend beobachten, in China zum Beispiel ist die Prävalenz übergewichtiger und adipöser Kindern (7-9 Jahre) von 1-2% im Jahr 1985 auf 17% bei den Mädchen und 25% bei den Burschen im Jahr 2000 gestiegen [WANG et al., 2005]. Eine Studie in Indien zeigt auch, dass bei etwa 24.000 untersuchten Schulkindern die Häufigkeit an Übergewicht von 5% (2003) auf 7% (2005), bei beiden Geschlechtern, stieg [RAJ et al., 2007].

### **2.2.2. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich**

Seit dem letzten österreichischen Ernährungsbericht 2003 ist es bei österreichischen Schulkindern (6 bis 15 Jahre) bei Mädchen und Burschen zu einem deutlichen Anstieg der Adipositasprävalenz gekommen, dieser Trend scheint weiter im Steigen zu sein.

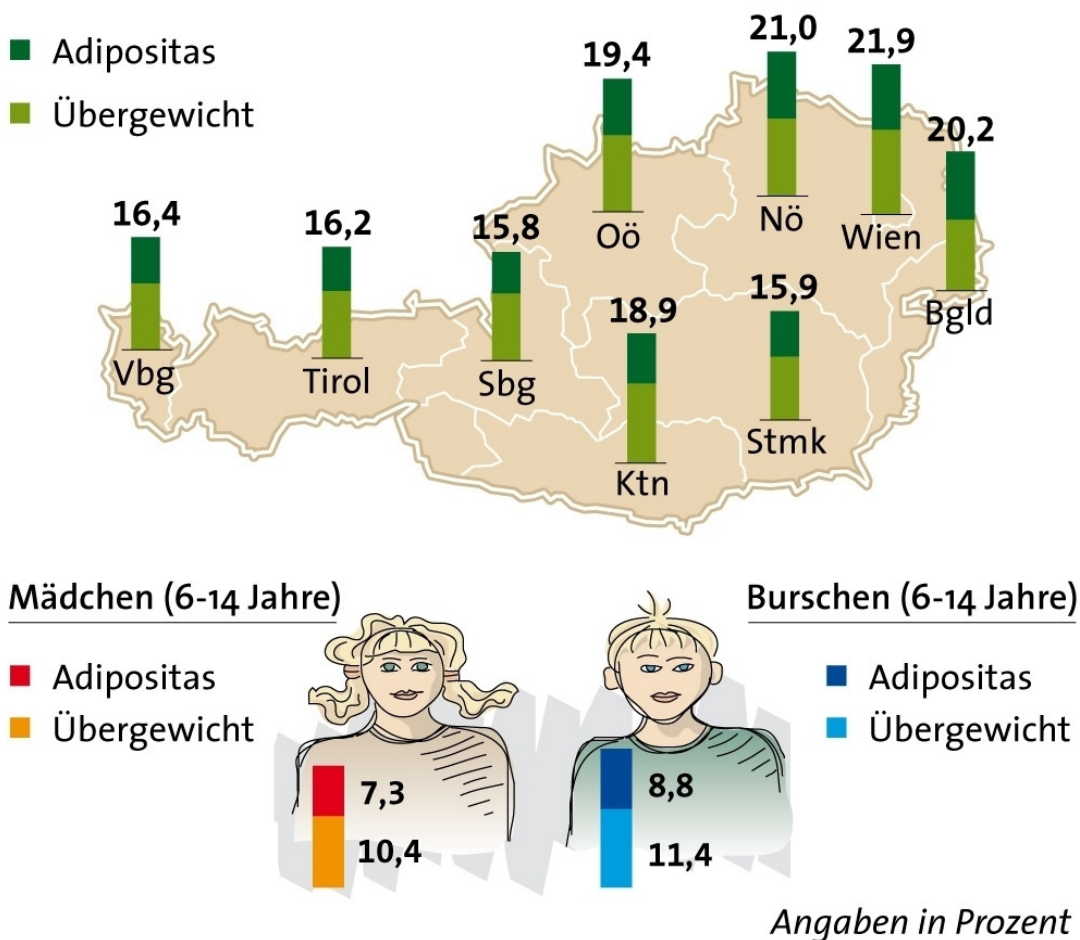
2003 waren 10% der österreichischen Vorschulkinder (3-6 Jahre) übergewichtig (> 90. Perzentile) und darüber hinaus 5% adipös [ELMADFA et al., 2003]. Bei den Schulkindern (7-14 Jahre) zeigten die Ergebnisse einer Erhebung in Niederösterreich, die auf Selbstangaben der Kinder beruht, dass rund 16% der Buben und 14% der Mädchen ein Körpergewicht oberhalb der empfohlenen Grenze aufweisen. 11% der Buben und 10% der Mädchen waren zum Zeitpunkt der Erhebung übergewichtig und weitere 5% bzw. 4% adipös [ELMADFA et al., 2003]. Bei den Lehrlingen war der Anteil an übergewichtigen Mädchen mit 10% wesentlich geringer als die Prävalenz bei den Burschen mit 24%. Davon waren 4% der Mädchen und 11% der Burschen adipös [ELMADFA et al., 2003].

Im Schuljahr 2005/2006 wurde die Gewichtssituation von österreichischen Schülerinnen und Schülern (n = 114.000) durch das Österreichische Grüne Kreuz im Auftrag des Danone Nutrition Forums erhoben [GRÜNES KREUZ, 2012]. Mit dieser österreichweiten Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern wurde erstmals in Österreich ein umfangreiches und repräsentatives Datenmaterial gewonnen,

da bei bisherigen Erhebungen die Anzahl der Untersuchten geringer war (unter  $n = 1.500$ ). Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigten, dass 20,2% der Burschen und 17,7% der Mädchen an Übergewicht leiden, davon sind 8,8% der Buben und 7,3% der Mädchen adipös. 7,2% der Jungen und 8,7% der Mädchen sind von einem zu geringen Körpergewicht betroffen. Auch wurde bei dieser Erhebung das Ost-West-Gefälle sichtbar. Dicke Kinder leben im Osten Österreichs, v.a. im Burgenland, in Niederösterreich und in Wien, während in Tirol, Vorarlberg und in der Steiermark die durchschnittliche Adipositasprävalenz geringer ist. Aufgefallen ist weiters, dass in Kooperativen Mittelschulen und Hauptschulen doppelt so viele Kinder an Adipositas leiden als Schülerinnen und Schüler, die die AHS-Unterstufe besuchen [GRÜNES KREUZ, 2012]. Die folgende Abbildung 3 veranschaulicht die Ergebnisse.

## Schwergewichtige Jugend

Fast die Hälfte der zu dicken 6- bis 14-Jährigen hat krankhaftes Übergewicht (Adipositas)



Studie – 114.148 SchülerInnen aus ganz Österreich

Quelle: Danone Nutrition Forum, Öst. Grünes Kreuz für Vorsorgemedizin

**OGS-Grafik**

Abbildung 3: Ergebnisse der österreichweiten Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern [APA-OTS, 2012]

Auch die Ergebnisse des österreichischen Ernährungsberichtes 2008 bestätigen, dass 8% der Schulkinder an starkem Übergewicht (Adipositas) und weitere 11% an Übergewicht leiden, wobei es zwischen Buben und Mädchen nur geringe Unterschiede gibt [ELMADFA et al., 2011]. Aber es zeigt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle: in Ostösterreich wurden mehr als doppelt so viele

Schulkinder als übergewichtig und adipös diagnostiziert als im Westen Österreichs. Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Schulkindern ist in den letzten fünf Jahren bei den 6- bis 10-Jährigen von knapp 14% auf 20% und bei den 10- bis 15-Jährigen von knapp 10% auf 18% gestiegen, wobei zu beachten ist, dass die vor fünf Jahren erhobenen Daten auf Selbstangaben der Studienteilnehmer beruhten [ELMADFA et al., 2011].

4% der Berufsschülerinnen und 3% der Schüler aus Allgemein Bildenden Höheren Schulen (AHS) waren als adipös einzuschätzen und weitere 8% bzw. 6% als übergewichtig [ELMADFA et al., 2011]. Bei einem Vergleich beider Schultypen zeigt sich, dass AHS-Schüler häufiger normalgewichtig sind als Berufsschüler. Die BMI-Daten wurden aus Selbstangaben zu Körpergewicht und Körpergröße der Studienteilnehmer berechnet, wobei es bei den Berufsschülern eine Unterstichprobe (n = 143) gab, bei denen die Körpergröße und das Körpergewicht gemessen und danach der BMI berechnet wurde. Dabei zeigte sich, dass sowohl bei den weiblichen als auch bei den männlichen Berufsschülern der Anteil an übergewichtigen und adipösen Jugendlichen bei den gemessenen Daten höher als bei den Selbstangaben, während der Anteil an Untergewichtigen wesentlich geringer war [ELMADFA et al., 2011].

## **2.3. GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION**

Die stetig steigende Prävalenz von Adipositas und die damit assoziierten Begleitkrankheiten machen eine Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen in unserer Gesellschaft immer wichtiger. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den Strategien der Gesundheitsförderung und der Prävention.

### ***2.3.1. Gesundheitsförderung***

Die Ottawa-Charta, Schlussdokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung 1986, ruft zum aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit



für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus, auf. Sie dient heute noch als Leitfaden der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ermöglicht und sie auf diese Weise zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt [WHO, 2011]. Der Mensch soll in der Lage sein, mehr Einfluss auf seine Gesundheitsdeterminanten (Faktoren, die die Gesundheit wesentlich beeinflussen) zu entwickeln und somit seine Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist es, allen Menschen einen Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden erreichbar zu machen [FGÖ, 2011]. Die Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und politischer Prozess, welcher auf der einen Seite Aktivitäten zur Förderung der individuellen Fähigkeiten und Kompetenzen mit einschließt und auf der anderen Seite versucht, soziale und ökonomische Konditionen und Umweltbedingungen so zu verändern, dass sie sich positiv auf die individuelle und öffentliche Gesundheit auswirken [WHO, 2011].

Nicht nur der Gesundheitssektor, sondern auch alle anderen Politikbereiche sind für die Gesundheitsförderung verantwortlich (= health in all policies). Sie zielt über die Entwicklung einer gesünderen Lebensweise hinaus auf die Förderung eines umfassenden Wohlbefindens hin [WHO, 2011]. Partizipation (aktive Beteiligung) ist essentiell um die Gesundheitsförderungsaktivitäten zu erhalten (Nachhaltigkeit) [WHO, 2011].

Die Ottawa-Charta nennt drei Handlungsstrategien für die Gesundheitsförderung. Diese sind 1) die „Interessensvertretung“ (advocacy) der Gesundheit, 2) allen Menschen „ermöglichen“ (enable) ihr volles Gesundheitspotential zu erlangen und 3) verschiedene Interessensgruppen der Gesellschaft, die im Bereich Gesundheit tätig sind miteinander zu „vernetzen“ (mediate) [WHO, 2011].

### **2.3.1.1. Gesundheit**

Der Begriff Gesundheit wurde von der WHO 1984 definiert als ein „Zustand des völligen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten oder Behinderungen“ [WHO, 2011].

Im Kontext mit der Gesundheitsförderung ist der Begriff Gesundheit weniger als ein abstrakter Zustand, sondern mehr als ein Mittel zum Zweck aufzufassen. Dies kann in funktionellen Komponenten wie Ressourcen ausgedrückt werden, die den Menschen erlauben, ein individuelles, soziales und ökonomisches sowie produktives Leben zu führen. Gesundheit ist eine Ressource für das tägliche Leben und nicht nur für die Lebenserhaltung notwendig. Somit ist Gesundheit ein positiv zu bewertender Begriff mit Schwerpunkt genau so auf sozialen und personellen Ressourcen, wie auch auf den körperlichen Kapazitäten.

Heute ist die „geistige“ Dimension von Gesundheit zunehmend anerkannt. Gesundheit wird von der WHO durch die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert als ein fundamentales Menschenrecht angesehen und dementsprechend sollten alle Menschen Zugang zu einer medizinischen Grundversorgung erhalten [WHO, 2011].

Eine globale Auffassung von Gesundheit beinhaltet, dass alle Systeme und Strukturen, die maßgeblich soziale und ökonomische Konditionen und die physische Umwelt regeln, die Relation der Auswirkung auf die individuelle und der kollektiven Gesundheit und das Wohlbefinden, bei der Implikation ihrer Aktivitäten, in Betracht ziehen [WHO, 2011].

### **2.3.1.2. Settings für Gesundheit**

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort wo wir lernen, arbeiten, spielen und lieben“ [WHO, 2011].

Setting wird als der Platz oder die Lebenswelt bezeichnet, in der die Menschen ihre täglichen Aktivitäten durchführen und in denen die Umwelt, sowie organisatorische und personelle Faktoren, Einfluss haben und so auf die Gesundheit und das Wohlbefinden Auswirkungen haben [WHO, 2011]. Dazu zählen Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Schule und Freizeiteinrichtungen u.a. Die Gesundheitsförderung soll immer auch die Settings mitberücksichtigen, in denen sich die Zielgruppe bewegt um dort die Interventionen und Maßnahmen durchzuführen. Eine weitere Forderung der Ottawa Charta ist die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten [FGÖ, 2011].

### **2.3.2. Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten und Schule**

Gesundheitsfördernde Programme in Kindergärten und Schulen wird eine gute Chance zugeschrieben, um eine gesunde Ernährung und körperliche Aktivität zu fördern, da die meisten Kinder eine Schule besuchen und mehr als die Hälfte ihrer Stunden des Wachseins („waking hours“) an einem Schultag dort verbringen [VOS und WELSH, 2010]. Das Setting Schule scheint weiters ideal zu sein, weil nach dem Elternhaus die Schule die wichtigste Lebenswelt ist, in der sich Kinder und Jugendliche bewegen. Die Erreichung aller Kinder und Jugendlichen, unabhängig ihrer sozialen Herkunft über viele Jahre hinweg, wird durch die allgemeine Schulpflicht sichergestellt [KIRCH et al., 2012].

In diesen Settings ist es möglich, schon frühzeitig in der Entwicklung der Kinder einzugreifen und Beziehungen zu anderen Settings (wie z.B. Familie, Freizeiteinrichtungen, etc.) herzustellen [LOSS und LEITZMANN, 2011]. Die Grundschule bildet eine ideale Basis zur Durchführung präventiver Maßnahmen, da die Verhaltensmuster der Kinder noch relativ flexibel sind und sie bereit sind, etwas Neues auszuprobieren. In dieser Phase können sich Kinder gesundheitsbewusste Einstellungen und Verhaltensmuster aneignen, die relativ stabil beibehalten werden [KIRCH et al., 2012].

Schulbasierte Maßnahmen können an zwei wesentlichen Stellen ansetzen: Zum einen in der Gesundheitsbildung, indem das Wissen über den Aufbau und der Funktionsweise des eigenen Körpers vermittelt wird und somit eine positive Einstellung zum Körper gefördert werden kann [KIRCH et al., 2012].

Zum anderen durch die Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen, indem den Kindern verhaltensnah gesundheitsfördernde Verhaltensweisen (wie Bewegung, Entspannung und gesunde Ernährung) angeeignet und die psychosozialen Kompetenzen gestärkt werden können [KIRCH et al., 2012].

Gesundheitsförderung im schulischen Setting bringt einige positive Konsequenzen mit sich, wie: wirkungsvolleres Lernen, konstruktives Miteinander und wertschätzendes Klimas. Gesunde Kinder lernen besser und ein positiveres Schulklima wirkt sich günstig auf die Entwicklung der Kinder und die Lehrergesundheit aus [KIRCH et al., 2012].

Die WHO definiert Bereiche für ein gesundheitsförderliches Veränderungspotential der schulischen Umwelt. Diese sind in der Abbildung 4 dargestellt.

Box 7	<b>Potentielle Handlungsbereiche im Umfeld Schule</b>
<p><b>Körperliche Umwelt</b></p> <p><b>Ernährung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gesundere Lebensmittelauswahl am Schulbuffet</li> <li>2. Mehr Unterrichtsgegenstände mit dem Schwerpunkt Ernährung (Ernährungslehre, Ernährungsbildung, ...)</li> </ol> <p><b>Bewegung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bessere Outdooranlagen (Sportplätze etc.)</li> <li>2. Bessere Indooranlagen (Turnsäle)</li> <li>3. Mehr Spiele und Turngeräte</li> <li>4. Mehr Sportunterricht</li> <li>5. Zusätzliche Sport- und Freizeitangebote (Tanzen, Karate, etc.)</li> </ol> <p><b>Ökonomische Umwelt</b></p> <p><b>Ernährung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verringerte Abhängigkeit der Schulen von Firmen, welche Junk Food produzieren, aufgrund von Finanzmittelbeschaffung</li> <li>2. Gesundere Auswahl am Schulbuffet sollte billiger sein</li> <li>3. Strategien entwickeln, um die Einnahmen am Schulbuffet mit einer gesünderen Lebensmittelauswahl aufrecht zu erhalten</li> </ol> <p><b>Bewegung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sportprogramme billig anbieten</li> <li>2. Schulen sollten ein höheres Budget für Sportequipment und -unterricht erhalten</li> </ol> <p><b>Politische Umwelt</b></p> <p><b>Ernährung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mehr Vorgaben / Richtlinien für Kantinen und Lieferservice</li> <li>2. Mehr Vorgaben / Richtlinien für die Vormittagspause</li> <li>3. Richtlinie für die Verfügbarkeit von Wasserflaschen in einer Klasse</li> <li>4. Vorgaben für Schulen für Speiseversorgung und Finanzierungen</li> <li>5. Infocettel bezüglich einer gesunden Jause für die Eltern</li> </ol> <p><b>Bewegung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Weniger Regeln in Bezug auf Verwendung von Sportutensilien in der Pause</li> <li>2. Richtlinien zur Förderung von Sport und Freizeitaktivitäten</li> <li>3. Weniger Regeln in Bezug auf die Verwendung von Schulgelände</li> </ol> <p><b>Soziale und kulturelle Umwelt</b></p> <p><b>Ernährung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vermehrter Fokus auf gesunde Ernährung in der Schule</li> <li>2. Vorbildwirkung der Lehrer in Bezug auf gesunde Ernährung</li> </ol> <p><b>Bewegung</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Höher Priorität auf körperliche Aktivitäten</li> <li>2. Vorbildwirkung der Lehrer in Bezug auf körperliche Aktivitäten</li> </ol>	

Abbildung 4: potentielle Handlungsbereiche im Setting Schule modifiziert nach [WHO, 2012]

### **2.3.3. Prävention**

Unter dem Begriff der Prävention wird die Verhütung bzw. die Vorbeugung von Krankheiten verstanden. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, welche alle dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft umfasst, ist die Prävention auf ein bestimmtes Ziel gerichtet: einerseits Krankheiten so früh wie möglich zu erkennen und schnell wirksam zu behandeln, andererseits die Gesundheit zu erhalten und zu fördern, so dass Krankheiten nicht entstehen können. Präventive Interventionen können sowohl am Verhalten des Einzelnen ansetzen (Verhaltensprävention), als auch an Bedingungen der Umwelt, d.h. an den Lebens- und Arbeitsverhältnissen der Bevölkerung (Verhältnisprävention).

Je nach dem Zeitpunkt der Interventionsmaßnahmen wird zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden [FGÖ, 2011].

#### **2.3.3.1. Primärprävention**

Die Primärprävention soll bereits wirksam sein, wenn noch keine Krankheit, noch keine fassbare biologische Schädigung aufgetreten ist.

Sie umfasst die Förderung der Gesundheit und Verhütung von Krankheiten durch die Eliminierung auslösender Ursachen. Dazu zählt die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren, die Verhinderung bzw. die Vermeidung von verhaltensbedingten Risikofaktoren und die Veränderung der Umweltfaktoren.

Zu den individuellen Zielen der Primärprävention zählen die Krankheitsverhütung, die Risikosenkung und –eliminierung. Gesamtpolitisch hat sie zum Ziel, die Inzidenzraten von Krankheiten zu senken und die Wahrscheinlichkeit des Krankheitseintritts in einer Population zu minimieren [BZGA, 2011].

### **2.3.3.2. Sekundärprävention**

Die Sekundärprävention hat zum Ziel, Krankheiten und Risikofaktoren möglichst frühzeitig zu erkennen und früh zu therapieren bzw. zu beseitigen, bevor Beschwerden oder Krankheitssymptome auftreten. Dabei soll das Fortschreiten einer Krankheit im Frühstadium durch die Früherkennung, Früherfassung und frühzeitige Beratung oder Behandlung bzw. durch die Empfehlung zur Lebensstilveränderung aufgehalten werden.

Das individuelle Ziel der Sekundärprävention ist die Krankheitsfrüherkennung (Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen, z.T. noch klinisch symptomlosen, Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühbehandlung). Gesundheitspolitisch soll die Inzidenz von manifesten oder fortgeschrittenen Erkrankungen gesenkt werden [BZGA, 2011].

### **2.3.3.3. Tertiärprävention**

Die Tertiärprävention, d.h. die Verhütung der Krankheitsverschlechterung, richtet sich an Patienten, bei denen bereits eine Krankheit oder ein Leiden manifest ist und behandelt wird. Folgeerkrankungen sollten verhindert werden und die Verschlimmerung, Chronifizierung und „Rückfälle“ sollten vermieden werden. Die Tertiärprävention und die Rehabilitation überschneiden sich teilweise, wobei die Maßnahmen der tertiären Prävention rein krankheitsorientiert sind und die Rehabilitation auch darauf abzielt, Kranke und ihre Umwelt nicht nur medizin-therapeutisch sondern auch psychosozial und schulisch-beruflich zu einem weitgehend selbstbestimmten, aktiven Leben mit Funktionseinbußen zu befähigen.

Ziele auf der individuellen Ebene sind die Verhütung der Krankheitsverschlimmerung sowie die Vermeidung von bleibenden Funktionsverlusten und eingeschränkter Aktivität bzw. der verminderten Partizipation (aktive Beteiligung). Auf der Bevölkerungsebene sind es alle Anstrengungen, die die Leistungsfähigkeit der Patienten und Betroffenen so weit wie möglich wiederherzustellen bzw. zu erhalten versuchen und die

---

Inzidenz bleibender Beeinträchtigungen und Behinderungen zu senken [BZGA, 2011].

#### **2.3.3.4. Verhaltensprävention**

Maßnahmen der Verhaltensprävention wollen eine Veränderung von gesundheitsriskanten (schädlichen) Verhaltensmustern (wie z.B. Rauchen, Alkoholmissbrauch, Über- und Fehlernährung, Bewegungsmangel, Stress etc.) bei Einzelpersonen und Gruppen herbeiführen [FGÖ, 2011]. Mit Methoden wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung sowie Gesundheitsselbsthilfe wird versucht, verhaltenspräventive Ziele zu realisieren. Durch eine Verbesserung des Gesundheitswissens, des Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens soll der Lebensstil gesundheitsgerecht geprägt und gesundheitsgefährdendes Verhalten abgebaut werden. Das Leitbild der Verhaltensprävention sieht vor, dass durch Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsberatung das Wissen über Gesundheitsrisiken hergestellt beziehungsweise verstärkt wird. Dies führt dazu, dass sich die Einstellung der Menschen zu ihren Gesundheitsproblemen bzw. ihrem aktuellen Verhalten ändert. Inzwischen ist aber bekannt, dass die Abfolge von Wissensänderung über Einstellungsänderung zu Verhaltensänderung nicht zwangsläufig annähernd so verläuft, wie das Modell suggeriert [WALLER, 2007].

Maßnahmen, die allein in der Verhaltensprävention ansetzen, bleiben in ihrer Wirksamkeit begrenzt, da ein „ungesundes Verhalten“ ein Ausdruck einer „ungesunden Lebensweise“ ist. Diese wiederum ist wesentlich durch die Arbeits- und Lebensbedingungen der Gesellschaft geprägt. Folglich lässt sich der Schluss ziehen, dass verhaltenspräventive Maßnahmen alleine oftmals nicht ausreichend sind [WALLER, 2007].

#### **2.3.3.5. Verhältnisprävention**

Die Maßnahmen der Verhältnisprävention versuchen, die Gesundheitsgefahren durch eine Beeinflussung der „Verhältnisse“ bzw. der gesellschaftlichen



Strukturen einzudämmen. Dabei geht es zum einen um Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit (wie z.B. hygienische Kontrolle von Luft, Wasser, Boden, Lebensmittel etc.) und zum anderen um Veränderungen gesellschaftlicher Strukturen, die das Gesundheitsverhalten der Menschen in besonderem Maße negativ beeinflussen können. Gesundheitsbelastungen aus dem Lebensumfeld sollten vermindert und Gesundheitsressourcen aus dem Lebensumfeld sollten vermehrt werden [WALLER, 2007].

Demnach ist die Verhältnisprävention, ohne die Notwendigkeit persönlicher Verhaltensänderungen, eine Gesamtheit struktureller und politischer Eingriffe zur Veränderung der gesundheitsrelevanten ökologischen, sozialen, kulturellen und technisch-materiellen Umwelten und Settings. Sie konzentriert sich auf die Beeinflussung sozialer Regeln, Gesetzen und sozialen Systemen und auf die Intervention in Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung, etwa durch Normierung von Verbraucherschutz oder Umweltbelastungen [FGÖ, 2011].

Daraus lässt sich schließen, dass die Verhältnisprävention außerhalb des engeren medizinischen Bereichs in der Politik angesiedelt ist. Die Schwierigkeit ist der Prozess von der Erkennung einer Gesundheitsgefahr bis zur Entwicklung präventiver Maßnahmen, die diese Risiken reduzieren und aus der Welt schaffen sollten. Zur Erkennung gesundheitsschädlicher Faktoren sind verschiedene wissenschaftliche Disziplinen und die Bevölkerung selbst wesentlich. Nach der Aufdeckung der Zusammenhänge zwischen den Umweltfaktoren und den Gesundheitsschäden wäre es die idealtypische Vorgehensweise, dass diese Themen des Gesundheitsschutzes auf die politische Tagesordnung gesetzt und schließlich in Form von gesetzlichen Regelungen und Verordnungen institutionalisiert werden würden. Dieser Prozess ist aber charakterisiert durch das Aushandeln von Interessen zwischen Ökonomie, Ökologie und Gesundheit [WALLER, 2007].

---

Die Verhältnisprävention kann an drei Ebenen ansetzen:

1. Auf der Ebene funktionaler Organisationen wie Kindergarten, Schule, Betrieb (Arbeitsschutz, schulische und betriebliche Gesundheitsförderung)
2. Auf der Ebene größerer Sozialräume wie Gemeinden, Stadtvierteln oder Städte (Wohn- und Verkehrssituation, Grünflächen und Naherholungsgebiete, Sicherheitsbedingungen, Versorgungsstruktur)
3. Auf der Ebene überregionaler oder nationaler Aktivitäten (politische Entscheidungen, Gesetze und Strategien im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, Entscheidungen zu Arbeitsmarkt und Städtebau, Verkehrs- und Umweltpolitik, Verbraucherschutz) [WHO, 2012].

Die präventivmedizinischen Empfehlungen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sind hinreichend untersucht und beschrieben. Die generellen Empfehlungen bestehen aus:

- o Vermehrtem Verzehr von Obst und Gemüse, Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte und Nüssen
- o Ernährung mit niedrigem Fett- und hohem Ballaststoffanteil
- o Verminderung der Energieaufnahmen aus gesättigten Fettsäuren
- o Vermeidung von Nahrungsmitteln mit hohem Zuckergehalt
- o Regelmäßiger körperlicher Aktivität [WHO, 2012].

Verschiedene Maßnahmen auf der Verhaltens- und Verhältnisebene können eingesetzt werden, damit die verhaltensbezogenen Empfehlungen umgesetzt werden. Empfohlen wird, verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen zu kombinieren, um die Wirksamkeit der Interventionen zu erhöhen. Der HTA-Bericht zur Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen betont vor allem die Wichtigkeit verhältnispräventiver Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen [FRÖSCHL et al., 2009].

## **2.4. EFFEKTIVITÄT, EFFIZIENZ, EVIDENZ**

Die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können sehr unterschiedlich sein. Nach einer gesetzten Intervention sollte die Bewertung der Fragen, ob die gesetzten Aktionen zum Ziel geführt haben, ob die Effektivität bestätigt werden kann und wie hoch die Relation zwischen In- und Output ist, immer erfolgen.

### **2.4.1. Effektivität**

Unter dem Begriff Effektivität versteht man in der Sozialmedizin die tatsächliche bzw. potentielle Wirksamkeit einer medizinischen oder therapeutischen Maßnahme unter den idealtypischen Bedingungen einer Studie. Es ist die Relation der Methode zum Ergebnis [NIEHOFF und BRAUN, 2010].

Nach Niehoff und Braun ist:

*„eine systematische Effektivitätsanalytik bezüglich diagnostischer, therapeutischer oder rehabilitativer Interventionsmethoden ein unveräußerbarer Bestandteil des Anspruchs der Medizin, praktizierter Wissenschaft zu sein und sollte bindende Pflicht aller sein, die den Auftrag übernommen haben, medizinische Versorgung sicherzustellen“ [...] „Ein Verzicht auf systematische Effektivitätsanalysen entspräche dem Verzicht auf eine wissenschaftlich begründete medizinische Versorgung“ [NIEHOFF und BRAUN, 2010].*

Die Analyse der Effektivität setzt zwei Voraussetzungen:

1. die Festlegung eines (möglichst qualifizierten) Zieles (Planung)
2. die Etablierung von Systemen einer von den Anbietern- und Kostenträgern unabhängige Ergebnismessung (Evaluation) [NIEHOFF und BRAUN, 2010].

### **2.4.2. Effizienz**

Die Effizienz ist als Relation von Aufwand und Ergebnis zu verstehen. Während die alloкатive Effizienz das Ausmaß des Gesamtnutzens in Relation zu den eingesetzten Gesamtressourcen beschreibt, steht die technische Effizienz für das Ausmaß des Erreichens eines bestmöglichen Kosten-Nutzen-Verhältnisses jeweils in jedem einzelnen Prozesssegment. Typische messbare Aufwandsgrößen in der Medizin sind Qualifikation, Arbeitszeit und Sachmittel [NIEHOFF und BRAUN, 2010].

Es ist zu beachten, dass die Effektivität und die Effizienz nicht zwingend miteinander verbunden sind. Sehr effektive Maßnahmen können extrem ineffizient sein und umgekehrt [NIEHOFF und BRAUN, 2010].

### **2.4.3. Evidenz**

In den letzten Jahren wird in der medizinischen Versorgung zunehmend eine „evidenzbasierte“ Vorgehensweise gefordert. Der „evidence-based“ Ansatz für Public Health ist nicht mit dem Konzept der „Evidence-Based Medicine“ gleichzusetzen. So liegt der Schwerpunkt in der „Evidence-Based Medicine“ auf dem Gebrauch der gegenwärtig bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz in der medizinischen Versorgung und somit in der Anwendung medizinischer Erkenntnisse am individuellen Patienten. Im Vergleich dazu erfolgen Entscheidungen im Public Health Bereich populationsbezogen.

Unter „Evidence-Based Public Health-Forschung“ werden Maßnahmen verstanden, die sich aus einer Auswahl von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten und Methoden der Evaluation ableiten, und sachkundig, bewusst und vernünftig genutzt werden [LÜNGEN et al., 2012]. „Evidence-Based Public Health“ ist die Methodik zur Evaluation von systembezogenen und komplexen Interventionen und stellt somit neben der evidenzbasierten Medizin den methodischen Teil der „Evidence-Based Health Care“ dar. Die evidenzbasierte Gesundheitsversorgung versucht, die Gesundheitsversorgung

in der Bevölkerung insgesamt zu verbessern. Dabei werden drei verschiedene Fragestellungen unterschieden:

1. *Existiert die Evidenz zur Beantwortung der Frage, ob etwas geschehen muss?*
2. *Gibt es Belege für die Entscheidung darüber, welche Intervention zur Anwendung kommt?*
3. *Gibt es externe Informationen zur Implementierung und zum Kontext der Intervention?* [LÜNGEN et al., 2012].

### **Evidenzklassen**

Mit Hilfe von Evidenzklassen („Cochrane Klassifikation“) nach der Empfehlung des deutschen Cochrane Zentrum kann man die wissenschaftliche Aussagefähigkeit klinischer Studien hierarchisch, nach Validitätskriterien, ordnen. Dabei weist die Evidenzstufe Ia die höchste Evidenz und Studien der Stufe IV die geringste Evidenz auf. Je höher die Evidenzklasse ist, desto besser ist die wissenschaftliche Begründung der Therapieempfehlung.

Stufe Ia: wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)

Stufe Ib: wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT

Stufe IIa: wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung

Stufe IIb: wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien

Stufe III: mehr als eine methodisch hochwertige, nichtexperimentelle Studie

Stufe IV: Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen, beschreibende Studien [DEUTSCHE COCHRANE ZENTRUM, 2012].

---

## **2.5. EVALUATION IM RAHMEN VON PUBLIC HEALTH**

### **MAßNAHMEN**

Um die Stärken und Schwächen von Interventionen und Programmen überprüfen und bewerten zu können, ist eine Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung nötig. Public Health Maßnahmen beeinflussen eine Vielzahl verschiedener Personengruppen und ziehen eine umfassende gesundheitliche Wirkung mit sich [LÜNGEN et al., 2012].

Die WHO bezieht Public Health auf alle organisierten Maßnahmen, die der Prävention von Krankheit, der Gesundheitsförderung und der Verlängerung des Lebens in der Bevölkerung dienen [WHO, 2012]. Das Ziel von Public Health Maßnahmen ist es, den physischen und psychischen Gesundheitszustand der Bevölkerung durch gesundheitsbezogene Initiativen in Forschung, Entwicklung, Bildung und Öffentlichkeitsarbeit sowie durch Beratung nationaler und internationaler Gremien zu verbessern [ZENTRUM FÜR PUBLIC HEALTH, 2012].

Wichtig ist es, die Einflüsse und Auswirkungen dieser Maßnahmen zuverlässig und systematisch zu bewerten.

#### **2.5.1.1. Public Health Action Cycle**

Die Analyse und Bewertung der einzelnen Effekte spezieller Maßnahmen wird dadurch erschwert, dass die Eingriffe oftmals aus sehr komplexen Programmen bestehen und die zu erwarteten Effekte meist mit großer Verzögerung eintreten. Somit ist der Nachweis der erwarteten Effekte mit einem hohen Untersuchungsaufwand verbunden. Zur Systematisierung im Prozess von Qualitätsmanagement und –sicherung wird häufig der Public Health Action Circle (Abbildung 5) genutzt. Dieser Handlungskreis, bestehend aus vier Phasen, stellt den Planungszyklus von Präventionsmaßnahmen dar [LÜNGEN et al., 2012].

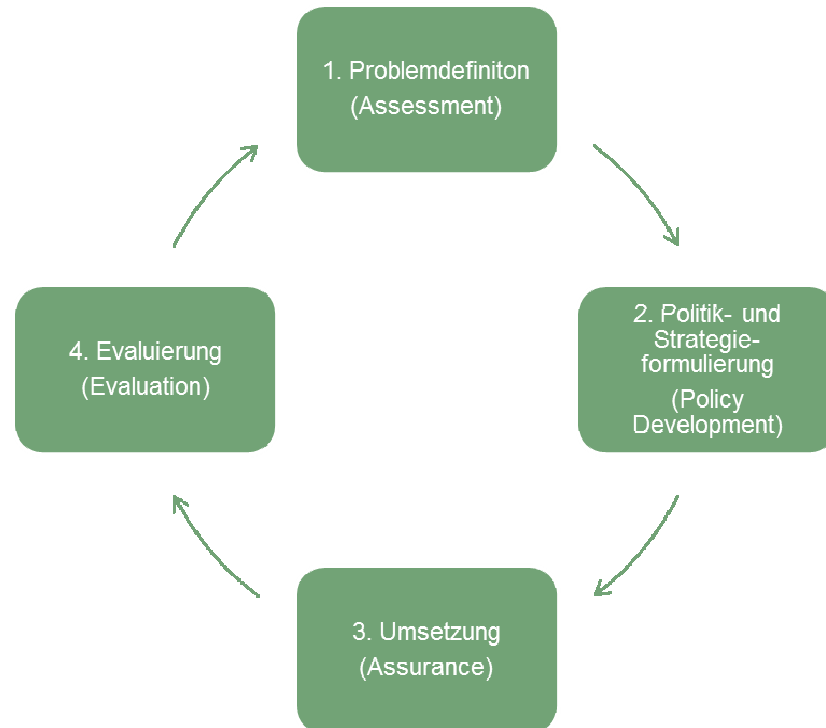


Abbildung 5: Public Health Action Cycle, modifiziert nach [LÜNGEN et al., 2012]

In der ersten Phase (Assessment) wird das Ausmaß des Gesundheitsproblems der Bevölkerung in medizinischen, epidemiologischen und sozialen Aspekten erfasst und analysiert.

Im zweiten Schritt (Policy Development) wird eine gesundheitspolitische Strategie bzw. Maßnahme formuliert, die zur Lösung oder Minderung des Problems führen soll.

In der dritten Phase (Assurance) werden die entwickelten Maßnahmen und Strategien umgesetzt.

Der letzte und vierte Schritt (Evaluation) konzentriert sich auf die Prüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz der gesetzten Intervention. Somit ist der Evaluationsprozess im Handlungskreis ein integraler Bestandteil und drückt die Wichtigkeit der Erfolgsmessung und Beurteilung des Kosten-Nutzenverhältnisses aus [LÜNGEN et al., 2012].

Die Evaluierung soll die Frage klären, ob die Steuerungsbemühungen und Maßnahmen tatsächlich so ablaufen und soviel bringen, wie es beabsichtigt ist [GUTZWILLER und JEANNERET, 1996]. Nach der Evaluation können Resultate (Output oder Outcome) bzw. mittel- oder langfristige Wirkungen (Impact) beschrieben werden, wobei der Impact oft das Resultat einer oder mehrerer Glieder von Prozessen, Outputs und Outcomes sind und sich erst bei längerfristiger Betrachtung erschließen [LÜNGEN et al., 2012].

Im Gesundheitswesen wird unter der Evaluationsforschung die systematische Anwendung von sozialwissenschaftlichen, wirtschaftswissenschaftlichen und epidemiologischen Forschungsstrategien verstanden, um die Planung, Durchführung und Wirkung, sowie den Nutzen von Maßnahmen und Programmen zu erfassen. Grundsätzlich lässt sich zwischen Ergebnis- und Prozessevaluation unterscheiden, je nach Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation [GUTZWILLER und JEANNERET, 1996]. Wird die Evaluation aus eigenem Antrieb der Projektbetreiber durchgeführt, so spricht man von einer internen Evaluation. Dabei ist es möglich, auch externe Expertinnen und Experten hinzuzuziehen, während bei der Selbstevaluation ausschließlich eigene Projektbeteiligte die Gesamtdurchführung übernehmen. Im Gegensatz dazu werden bei der externen Evaluation außenstehende, unabhängige und unparteiische Institutionen beauftragt, das Bewertungsverfahren durchzuführen. Bei der externen Evaluation kann von einer höheren Objektivität ausgegangen werden, wobei die interne Evaluation den Vorteil besitzt, dass es durch den problemlosen Zugang zu Informationen den Evaluatoren möglich ist, während des gesamten Prozesses vor Ort agieren zu können [LÜNGEN et al., 2012].

#### **2.5.1.2. Prozessevaluation**

Je nachdem, ob das Programm ganz neu ist, ob es bereits funktioniert oder es einer Anpassung oder Umorientierung bedarf, kann die Prozessevaluation sowohl in der Planungs- und Konzeptualisierungsphase, als auch in der Durchführungsphase stattfinden.



Die Evaluation in der Planungs- und Konzeptualisierungsphase dient zur Erfassung der Bedürfnisse, zur Definierung der Interventionsabschnitte, zum Klären und zur Operationalisierung der Ziele (Sind die Ziele messbar und erfassbar?), zur Überprüfung der geplanten Programmorganisation, zum Probelauf der Intervention und zur Vorbereitung weiteren Evaluationsschritte. Meist werden diese Aktivitäten von den Programmverantwortlichen selbst durchgeführt (intern). Die Evaluation während der Projektdurchführungsphase zielt zum einen auf die Zielgruppenerreichung (Abdeckung der Zielpopulation) und zum anderen auf die Beschreibung und Verfolgung des eigentlichen Programms (Monitoring) ab [GUTZWILLER und JEANNERET, 1996].

### **2.5.1.3. Ergebnisevaluation**

Die Ergebnisevaluation überprüft, inwieweit die angestrebten Ziele durch die präventiven oder gesundheitsfördernden Maßnahmen erreicht wurden. Sie versucht, die Fragen nach den Auswirkungen (Impact) und der Effizienz zu beantworten. Dabei müssen neben den Effekten auf die formulierten Ziele auch die unbeabsichtigten Wirkungen, negative oder positive Nebeneffekte, evaluiert werden. In der Praxis werden meist allgemeine Ziele festgelegt, für die Evaluation an sich wünschenswerter wären konkrete, realistische und messbare Erfolgskriterien.

Die Auswahl der Evaluationsmethode ist durch die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die Kosten, die zur Verfügung stehende Zeit und durch ethische Probleme bestimmt. Wichtig ist, dass die Evaluation schon von Anfang an als integrierter Teil des Interventionsprogramms, wie es der Public Health Action Cycle vorsieht, geplant, budgetiert und durchgeführt wird. Damit wäre der Vorteil gegeben, dass das Formulieren der Evaluationsfragestellungen auch zur Klärung der Interventionszielsetzung beitragen könnte.

Die Schwierigkeiten der Evaluation im öffentlichen Gesundheitswesen ergeben sich dadurch, dass grundsätzlich eine Evaluation von Endzielen sehr schwierig

ist, wenn das zu verbessernde gesundheitsschädliche Verhalten selten auftritt. Weiters handelt es sich bei Interventionen im Gesundheitswesen meist um Mehrkomponentenprogramme, deren Effekte am Ende nicht leicht interpretierbar sind (Welcher Programmteil hatte welche Auswirkung?). Zusätzlich fehlen häufig genügend erprobte, sensible und standardisierte Messinstrumente, die bei Befragungen von Zielgruppen mit geringem Zeitaufwand eingesetzt werden können und den Vergleich verschiedener Studien erlauben. Insgesamt betrachtet kann aber eine sorgfältig durchgeführte Evaluationsstudie wichtige Ergebnisse, die den Meinungsbildungsprozess qualitativ verbessern, liefern und helfen, fundierte Entscheidungen zu treffen [GUTZWILLER und JEANNERET, 1996].

### **3. INSTITUTIONEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH**

Der nachstehende Abschnitt handelt von den Institutionen der Gesundheitsförderung in Österreich. Dieser bietet jedoch keine vollständige Übersicht aller österreichischen Organisationen zur Projektförderung, sondern es werden lediglich all jene Institutionen genannt, welche im Zuge der empirischen Erhebung kontaktiert wurden und wo ein Interview mit einer Expertin oder einem Wissensträger dieser Institution durchgeführt wurde. Ankerbeispiele sollen die erhaltenen Angaben untermauern und verdeutlichen.

Die Interviews wurden vorwiegend in Wien und Niederösterreich durchgeführt, weshalb in diesem Kapitel vorwiegend Institutionen angeführt werden, die im östlichen Landesteil Österreichs angesiedelt sind. Nach Auskunft der Expertinnen und Interviewteilnehmer sind in allen österreichischen Bundesländer öffentliche Einrichtungen zur Gesundheitsförderung vorhanden. Diese aber alle zu erwähnen, würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

#### **3.1.1. *Fonds Gesundes Österreich***

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ist ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Die Hauptaufgabe des FGÖ liegt in der Projektförderung im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Zu seinem Beschäftigungsfeld zählt auch die Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter.

Einige Projekte, mit dem vorrangigen Ziel Übergewicht zu vermindern, wurden in den letzten Jahren gefördert. Das Thema Übergewicht stand bei diesen Interventionen nicht immer im Vordergrund sondern es wurde vielmehr an einem umfassendem Ansatz gearbeitet. Aktuell gibt es in der Projektlandschaft des FGÖ mehr Adipositaspräventionsprojekte mit dem Schwerpunkt Ernährung

als mit dem Schwerpunkt Sport. Dies resultiert aus dem Einreichverhalten der Projektbetreiber.

Für eine finanzielle Beteiligung durch den FGÖ muss bei den gesetzten Maßnahmen die Gesundheitsförderung und Primärprävention im Vordergrund stehen. Viele Projekte setzen daher bei der Lebensqualität und dem Lebensstil an. Der FGÖ spricht sich bei der Förderung ganz klar gegen eine Behandlung von Adipositas im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten aus. Ziel sollte eine Verhältnisoptimierung in den Lebenswelten der Zielgruppe sein (Setting-Ansatz).

Ankerbeispiel:

*„Also ich merk das immer, dass es den Einreichern wirklich schwer fällt und ihnen oft wirklich große Kopfzerbrechen macht, wie sie das schaffen, weil viele Projektinteressierte sind eher in der Behandlung, in der Therapie drinnen, und der Fonds spricht sich aber ganz klar gegen Therapie und gegen Behandlung im Rahmen von Gesundheitsförderungsprojekten aus.“ (Interview 1, Seite 2, Zeile 61-65)*

Um eine Projektförderung durch den FGÖ zu erlangen, darf nur ein Pilotprojekt mit Innovationswert eingereicht werden. Es werden nur zeitlich festgelegte Projekte mit einem definiertem Projektbeginn und einem Projektende unterstützt. Um dem Prinzip der Gesundheitsförderung gerecht zu werden, muss sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensprävention mitberücksichtigt werden.

Eine länder- oder bundesweite Umsetzung der Projekte zählt nicht zu den Aufgaben des FGÖ. Weiters sind Erhebungen und Auswertungen von medizinischen Daten für den FGÖ nicht relevant. Wichtig ist, dass während des Projektes Strukturen aufgebaut werden, so dass die Maßnahmen nach Projektende weiter stattfinden können.

Grundsätzlich übernimmt der FGÖ immer nur eine Teilfinanzierung, in der Regel ein Drittel bis maximal zwei Drittel der anerkannten Gesamtkosten. Der FGÖ verfügt über eine jährliche Gesamtfördersumme von 7,2 Millionen Euro. Dieses Budget stammt aus dem Umsatzsteueraufkommen der Republik Österreich.

Der FGÖ erachtet es als wesentlich, dass Fördernehmerinnen die Ressourcen anderer Institutionen oder Experten nutzen und in einem multidisziplinären, vernetzten Team, arbeitet. Vor allem Ärzte seien sehr interessant, da diese Berufsgruppe ein starkes Grundvertrauen der Projektteilnehmerinnen und -teilnehmern genieße.

In Summe werden sehr viele Projekte im Bereich Ernährung gefördert. Dies wird von den interviewten Expertinnen und Experten als positiv bewertet, genauso wie die getroffenen Maßnahmen zum Nationalen Aktionsplan Ernährung und die neue Ernährungspyramide. Der FGÖ favorisiert Adipositaspräventionsprojekte, die aus einer Kombination von Ernährung und Bewegung bestehen. Nach Meinung der Befragten sind davon in Österreich zu wenig vorhanden. Es müssten mehr Projekte mit solch einem Ansatz initiiert werden, ansonsten wird das Ziel „Gesundheit für alle, bis ins hohe Alter“ nicht erreicht werden können.

Die Erfahrung der Expertinnen und Experten im FGÖ zeigt, dass eine Kampagne alleine nicht viel bewirkt, aber weit gestreute, kampagnenbegleitende Aktivitäten (national) können von Vorteil sein.

Auf der Homepage des FGÖ (<http://www.fgoe.org>) finden sich weitere Informationen für Projektförderung und Projektkonzeption [FGÖ, 2012].

### **3.1.2. Wiener Gesundheitsförderung**

Die Wiener Gesundheitsförderung (WiG) ist eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Wien und fungiert als Projektförderer für Projekte in Wien, im Vergleich zum FGÖ, der für Projekte in ganz Österreich Mittel zur Verfügung stellt.

Wichtig für eine Förderung ist ein ganzheitlicher Ansatz. Wird nur das Thema Ernährung behandelt, so muss dies zumindest mit einer praktischen Maßnahme (z.B. Kochworkshop, etc.) stattfinden. Weiters erforderlich bei der Arbeit mit

Kindern und Jugendlichen ist ein spielerischer Ansatz. Im Mittelpunkt der Projekte sollte immer das präventive Handeln stehen.

Aktuell werden bei der WiG drei große Programme, „rundum gesund“, „Stark bewegt!“ und „Kilo-Purzel-Kids“, durchgeführt welche zur Übergewichtsprävention bei Kindern und Jugendlichen beitragen sollen.

Alle Projekte der WiG streben eine Änderung des Ernährungsverhaltens, des Einkaufsverhaltens und des Bewegungsverhaltens an. Ein wesentliches Ziel bei Kindern und Jugendlichen ist es, das Selbstbewusstsein und das Körperbewusstsein zu stärken, damit sie zu ihrer eigenen Persönlichkeit stehen und sich in ihrem Körper wohlfühlen. Wichtig ist, dass übergewichtige Kinder und Jugendliche sich selbst akzeptieren und ihr Interesse geweckt wird, eine neue Sportart auszuprobieren.

Ankerbeispiel:

*„Was auch sehr wichtig ist, das Selbstbewusstsein, das Körperbewusstsein der Kinder stärken, also dass die auch zu sich selber stehen, zu ihrer eigenen Persönlichkeit, dass sie sich wohl fühlen in ihrem Körper und in dem was sie tun und da auch mehr dazu stehen und sich vielleicht dann auch trauen, vielleicht irgendeine Sportart auszuprobieren, die sie bis jetzt nicht machen wollten, weil sie ja dick sind und das dann vielleicht blöd aussieht und sich dann nicht wohl fühlen. Also auch das ist ein Ziel dieser Projekte natürlich.“ (Interview 3, Seite 8, Zeile 370-376)*

Mit der aktuellen Projektsituation ist man in der WiG nicht sehr zufrieden. Ein großes Hindernis wird bei der Zugänglichkeit der Projekte und Programme für die Menschen gesehen. Auf alle Fälle ist es wesentlich, dass Projekte stattfinden, denn etwas zu tun ist besser als gar nichts zu tun. Als positiv wird erwähnt, dass die Zielgruppen Projektangebote gerne annehmen. Die WiG wäre an innovative Ideen und Projekte sehr interessiert. Es würden gerne neue Aktivitäten gesetzt werden, nur gibt es auf diesem Gebiet im Moment keine Innovation, wodurch das Altbewährte weitergeführt wird.

Auf der Homepage der WiG (<http://www.wig.or.at>) finden sich weitere Informationen für Projektförderung und aktuell laufende Projekte [WiG, 2012].

### **3.1.3. Österreichische Gesellschaft für Ernährung**

Die Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) ist ein gemeinnütziger Verein der statutengemäß österreichweit agiert und sich seit mehr als 60 Jahren für die Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich Ernährung der nationalen Bevölkerung einsetzt. Die ÖGE hat als Zielgruppe alle österreichischen Einwohnerinnen und Einwohner. In den letzten Jahren wurde ein besonderer Fokus auf Kinder und Jugendliche gelegt.

Die ÖGE hat in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ein Gütesiegel für ein nährstoffoptimiertes Speisenangebot in der Gemeinschaftsverpflegung entwickelt. Dieses ist für Essensanbieter in öffentlichen Wiener Ganztagschulen verpflichtend. Seit 2011 sind alle diese Speisenversorger mit dem ÖGE Gütesiegel zertifiziert. Um das Gütesiegel zu erhalten, ist wichtig: eine Rezepturerfassung der angebotenen Speisen und eine nährstoffoptimierte sowie –schonende Zubereitung. Laut Expertinnen und Wissensträger konnte mit dieser Maßnahmen im Speisenangebot der Fettanteil reduziert, der Ballaststoffanteil und Gemüseanteil erhöht werden. Laut den Befragten ist es ein weiteres, wichtiges Ziel, dass das Gütesiegel auch für die Wiener Kindergärten verpflichtend wird.

#### Ankebeispiel:

*„Und in den Wiener Kindergärten gibt es das noch gar nicht. Und das wäre ein Ziel, ein ganz ein tolles und wichtiges Ziel. Dass man auch alle mit an Bord holt und schaut, dass man da eine Verpflegung anbietet, die immer wieder evaluiert wird, wo man sich immer wieder die Speisepläne anschaut, ja, und das man schaut, dass man das verbessert.“ (Interview 4, Seite 8, Zeile 403-406)*

Weitere Informationen zum Tätigkeitsbereich der ÖGE findet man auf der Vereinshomepage (<http://www.oege.at>) [ÖGE, 2012].

### **3.1.4. give – Servicestelle für Gesundheitsbildung**

Die give – Servicestelle für Gesundheitsbildung (give) ist eine Initiative des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur, des Bundesministeriums für Gesundheit und des Österreichischen Jugendrotkreuzes.

Diese Servicestelle ist für alle Fragen der Gesundheitsförderung an Bildungseinrichtungen zuständig und fungiert somit als Schnittstelle zwischen Lehrerinnen und Lehrer sowie Organisationen, die die schulische Gesundheitsförderung unterstützen.

Das Setting sind Kindergärten, Schulen und Bildungseinrichtungen. Die Ansprechpersonen sind demnach die Pädagoginnen, sowie Mitarbeiter der Bildungseinrichtungen.

Viele Anfragen für gesundheitsbezogene Projekte mit dem Schwerpunkt Ernährung treffen bei der Servicestelle ein. Der Ansatz bei der Schuljause ist dafür gut geeignet, weil oftmals festgestellt wird, dass die mitgebrachte Jause nicht dem entspricht, was von Ernährungsexpertinnen und Gesundheitsförderern empfohlen wird. give bietet dafür in erster Linie Informationen und Beratungen an. Auch eine Zusammenstellung und eine Übersicht von Materialien und Medien hält die Servicestelle zur Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Projekten bereit.

Ankerbeispiel:

*„Die Volksschule, da eignet sich halt meistens die Schuljause, da steigen sehr viele Lehrer darauf ein, weil einfach die Lehrer feststellen, dass die Jause, die die Kinder mitbringen, nicht dem entsprechen, was Ernährungswissenschaftler und Gesundheitsförderer empfehlen, das ist so einmal die eine Seite.“ (Interview 5, Seite 1, Zeile 8-12)*

Die Homepage der give – Servicestelle (<http://www.give.or.at>) informiert über aktuell laufende Projekte und deren Arbeitsbereich [GIVE, 2012].

### **3.1.5. Initiative „Tut Gut!“**

Die Initiative „Tut Gut!“ ist für die Gesundheitsförderung in Niederösterreich zuständig und beschäftigt sich auch mit der Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. Alle Projekte der Initiative „Tut Gut!“ sind kostenlos.

Die Initiative „Tut Gut!“ legt viel Wert auf eine Evaluation und es gibt Programme, die schon lange laufen. Diese werden regelmäßig evaluiert. Es



wird so versucht, das Programm laufend anzupassen und abzuändern, sodass die Erreichbarkeit der Zielgruppe verbessert wird.

Weitere Informationen sind auf der Homepage (<http://www.gesundesnoe.at>) der Initiative „Tut Gut!“ zu finden [INITIATIVE „TUT GUT“, 2012].

In den folgenden Unterkapiteln werden Adipositaspräventionsprojekte, die bei der Zielgruppe Kinder und Jugendlichen ansetzen, vorgestellt. Im ersten Abschnitt werden nationale Initiativen genannt, die im Zuge der Interviews empirischen erhoben wurden. Der zweite Teil behandelt drei international bekannte Projekte, deren Informationen auf Grundlage einer Internetrecherche beruhen. Diese Übersicht bietet keine vollständige Darstellung aller nationaler und internationaler gesetzten Aktionen zu Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen.

### **3.1.6. Nationale Projekte**

#### **3.1.6.1. X-Team**

X-Team ist ein bereits abgeschlossenes Präventionsprojekt aus Vorarlberg zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Es handelte sich um ein Jahresprogramm für übergewichtige Kinder und Jugendliche im Alter von acht bis sechzehn Jahren und deren Familien. Es wurde als ein Gruppenprogramm mit einem ganzheitlichen Ansatz definiert. Mehrmals wöchentlich gab es eine Betreuung mit Bewegungseinheiten, Ernährungs- und Kochworkshops, sowie gemeinsame Ausflüge mit speziellen Aktivitäten zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Die Eltern wurden darüber informiert und miteingebunden. Die Erziehungsberechtigten nahmen auch teilweise bei den Aktivitäten teil. Die Evaluationsergebnisse zeigten, dass Eltern noch mehr miteinbezogen werden müssen.

Dieses Projekt wurde etwa zur Hälfte vom FGÖ zur andere Hälfte vom Fonds Gesundes Vorarlberg gefördert.

Ein positives Resultat ist, dass das Projekt und die Maßnahmen auch noch nach Projektende weitergeführt werden und es somit zu einer nachhaltigen Wirkung kommt. Zur Zeit wird dieses Projekt als ein dreijähriges Präventionsprojekt des AKS Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin weitergeführt.

Weitere Informationen finden sich auf der Projekthomepage:

<http://www.rundumgesund.org/foerderkriterien/projekte/projektpool/beispiel-institution>.

### **3.1.6.2. anders essen**

Das Projekt „anders essen“ aus der Steiermark wurde von Styria vitalis im Zeitraum von 2005 bis 2009 durchgeführt. Es richtete sich an Lehrlinge in der Steiermark. Der Ansatz war, das Angebot in den Lehrlingsküchen ernährungsphysiologisch zu optimieren.

Als Ziel wurde eine langfristige Umstellung des Speiseplans der Internatsküchen aller steirischen Lehrlingshäuser bei gleichbleibenden Kosten definiert. Dazu wurden die Küchenteams der sechzehn Lehrlingshäuser neun Monate lang begleitet und beraten.

Zu Projektende konnten gute Erfolge dokumentiert werden. Verbesserungen in der Speisenzubereitung (fettärmer, weniger Fertigprodukte, ...) fanden statt. Es kam zu einem höheren Obst- und Gemüseanteil (saisonal und regional). Weiters konnte eine Steigerung in der Verwendung von Vollkornprodukten am Speiseplan festgestellt werden, fleischfreie Menüs werden nun vermehrt angeboten. Zusätzlich wurden Veränderungen sowohl in der ökologischen Dimension (saisonale und regionale Produktauswahl), als auch in der sozialen Dimension (freundlichere Gestaltung der Speisesäle) erzielt. Die Kosten für den Wareneinsatz sind hingegen nicht gestiegen.

Durch das positive Feedback und die Zunahme der Zufriedenheit der Lehrlinge erlebten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Internatsküchen eine gesteigerte Wertschätzung und die Arbeitsfreude und Motivation stieg.

Die Evaluation erfolgte auf drei Ebenen: durch einen Vergleich des Speisenangebotes von Projektstart und Projektende und die Erhebung der Veränderung, durch eine Registrierung der Zufriedenheit der Lehrlinge und durch die Erfassung der Erreichung internatsspezifischer Zielsetzungen. Durchgeführt wurde die Evaluation intern durch Projektmitarbeiter und Mitarbeiterinnen und durch ein externes Evaluationsteam.

Das Projekt wurde vom FGÖ, vom Land Steiermark und der Wirtschaftskammer Steiermark finanziert.

Weitere Informationen zu diesem Projekt findet man auf der Homepage:

[http://www.styriavitalis.at/cms/Abgeschlossene\\_Projekte/anders\\_essen/12,1,0,0.html](http://www.styriavitalis.at/cms/Abgeschlossene_Projekte/anders_essen/12,1,0,0.html).

### **3.1.6.3. Rundum gesund**

Dieses von der WiG geförderte Projekt in Wien ist ein Kursangebot speziell für Familien, in denen sowohl die Eltern als auch die Kinder an Übergewicht leiden. Der Gedanke dahinter ist, ein Angebot zu schaffen, das der ganzen Familie ermöglicht, gemeinsam in einer Gruppe abzunehmen. Entwickelt wurde dieses Projekt vom Institut für Frauen- und Männergesundheit, welches auch für die Umsetzung verantwortlich ist.

Die Projektlaufzeit ist von Juli 2010 bis September 2012. Die Finanzierung erfolgt durch die WiG und dem FGÖ, sowie aus Selbsthalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Für die Teilnahme ist es nicht verpflichtend, dass alle Familienmitglieder an Übergewicht leiden. Sind zum Beispiel die Eltern betroffen, so sollen die Kinder präventiv miteingebunden werden ohne dem vorrangigen Ziel abzunehmen. Im Vordergrund steht die Umstellung zu einem gesünderen Lebensstil, gesündere Ernährung und vermehrter Bewegung. Der Ansatz bei den Eltern wird damit begründet, dass die Kinder für sich selbst nicht verantwortlich sind. Viele Verhaltensmuster der Kinder beruhen auf der Vorbildwirkung der Eltern. Für die

Teilnehmerinnen und Teilnehmer selber ist jedoch das Abnehmen das vorrangige Ziel, da es für sie den größten Erfolg darstellt.

Es wird ein ganzheitlicher Ansatz mit den drei Säulen Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit verfolgt. Im Team integriert sind auch klinische Gesundheitspsychologinnen und Psychologen.

Angeboten werden Ernährungskurse, Workshops, Kochkurse, Bewegungskurse, etc. Diese finden sowohl getrennt (Eltern/Kinder oder Frauen/Männer) als auch gemeinsam (Familiengruppen) statt.

Eine begleitende Evaluation erfolgt extern durch ein neutrales Forschungsinstitut. Während den einzelnen Projektphasen fanden immer wieder Evaluationen mittels Feedbackbögen statt. Zum einen wurde erhoben, wie die gesetzten Aktionen bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmer ankommen, und zum anderen wurden objektivierbare Parameter (z.B. zur Ermittlung des BMI durch ein Ärzteteam) gemessen.

Aus Erfahrung der Expertinnen und Projektbetreiber kann man sagen, dass vor allem die Frauengruppen über Schrittzähler sehr begeistert waren. Sie konnten damit motiviert werden, mehr Bewegung zu machen.

Familienkurse wurden sehr gut aufgenommen, aber es war sehr schwierig, genügend Familien zu finden, da es die Familie, wie sie früher einmal war, so heute nicht mehr gibt. Die Herausforderung war, Familien zu finden, die sich die Zeit nehmen, um mit ihren Kindern teilzunehmen. In diesem Bereich müsste das Konzept bei einer Weiterführung modifiziert werden.

Ob das Projekt weitergeführt werden wird, konnte man zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht sagen, da dies von der Finanzierung abhängig sei.

Weitere Informationen findet man auf der Homepage: <http://www.rundumgesund.at/>

#### **3.1.6.4. Stark bewegt!**

„Stark bewegt!“ ist ein Wiener Projekt, welches für Kinder und Jugendliche im Alter von zehn bis fünfzehn Jahren konzipiert ist. Verantwortlich dafür ist der Verein „Stark bewegt!“. Dieser setzt sich aus Expertinnen und Experten der verschiedensten Fachrichtungen (Ernährung, Sport, Medizin, Psychologie), die sich schon Jahre mit der Thematik „Übergewicht“ beschäftigen, zusammen. Der Verein kann schon auf zehn Jahre Erfahrung zurückgreifen.

Finanziell wird diese Projekt gefördert von der WiG, der Rest der Projektkosten wird durch die Teilnehmergebühr gedeckt.

Die Kinder und Jugendlichen wählen sich selbst einen „Buddy“ (eine Verwandte oder ein Freund) aus, die oder der das Kind bzw. den Jugendlichen bei der Sportausübung im Alltag begleitet. Diese Bezugsperson soll auch außerhalb des Kurses unterstützend beiseite stehen. In Gruppencoachings erfahren die Buddys, wie sie die Kinder und Jugendlichen optimal motivieren und unterstützen können.

Wesentlich hier ist ein ganzheitlicher Ansatz. Als vorrangiges Ziel wird eine Änderung des Lebensstils definiert, dies soll zur Senkung des Körpergewichtes beitragen.

Das Kursprogramm findet über einen Zeitraum von einem Schuljahr statt. Es gibt wöchentliche Treffen mit verschiedensten Schwerpunkten (Bewegungs-, Ernährungs- und Beratungseinheiten) sowie erlebnispädagogische Exkursionen.

Der Kurs für das Schuljahr 2011/2012 ist im Oktober 2011 gestartet und findet an einer Schule im 15. Wiener Gemeindebezirk statt.

Bei diesem Programm gibt es eine Selbstevaluation durch den Verein mittels einer Gewichtskontrolle. Ein Arzt erhebt zusätzlich und dokumentiert diverse Parameter.

Es zeigte sich, dass jedes Mittel, mit welchem das Projekt beworben wurde, zusätzlich ein paar Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum Mitmachen aktivierte.

Die Fortführung ist eine finanzielle Frage. Der Verein an sich wäre sehr motiviert, wieder einen Kurs im neuen Schuljahr anzubieten.

Es gibt eine eigene Homepage mit Zusatzinformationen:  
<http://www.starkbewegt.at/>.

#### **3.1.6.5. Kilo-Purzel-Kids**

Bei diesem Projekt handelt es sich um ein reines Bewegungsprogramm an einer Wiener Schule im 20. Bezirk. Organisiert und entwickelt wurde es vom Sportverein WAT-Brigittenau. Dieses Projekt wird von der WiG und der Brigittenauer Bezirksvertretung unterstützt. Die Kooperation wurde für ein Jahr geschlossen und die Laufzeit des Projektes war von Februar 2011 bis Jänner 2012.

Schulärztinnen und Schulärzte empfehlen übergewichtigen Kindern dieses Projekt. Diese können regelmäßig zwei mal pro Woche nach der Schule mit einer Sportlehrerin trainieren. Zusätzlich gibt es einen Ernährungsvortrag von einer Diätologin, um die Kinder und Eltern an eine richtige und gesunde Ernährung heranzuführen.

Bei der WiG liegt dieses Projekt im Themenbereich Bewegung, gedacht wäre es als ein Adipositaspräventionsprojekt für Kinder und Jugendliche. Dafür erfüllt es jedoch nicht alle good best practice Kriterien, wie sie die WiG definiert, da die Ganzheitlichkeit fehlt.

#### **3.1.6.6. Wiener Ernährungsakademie**

Seit 2006 gibt es die „Wiener Ernährungsakademie“. Sie ist eine Fortbildungsinitiative der ÖGE und WiG und wird aus öffentlichen Mitteln, aus Eigenmitteln der ÖGE und aus Partnern der Wirtschaft finanziert. Konzipiert und

organisiert wird die Wiener Ernährungsakademie von der ÖGE. Weitere Projektpartner sind das Institut für Ernährungswissenschaften, die Stadt Wien und die MA 10 Wiener Kindergärten. Ursprünglich wurde das Projekt vom Netzwerk Ernährung der Stadt Wien ins Leben gerufen.

In den letzten Jahren ist die Ernährungsakademie in drei Bundesländern durchgeführt worden: Wien, Oberösterreich und Kärnten. Der aktuelle Förderzeitraum ist von 2012 bis 2013, wobei 2012 eine Erweiterung geplant ist. Dabei soll die Anzahl der Kurse verdoppelt werden.

Es handelt sich hierbei um einen einjährigen Lehrgang für Pädagoginnen und Assistenten aus Kinderbetreuungseinrichtungen mit Bezug auf Ernährung und Adipositasprävention. Diese Zielgruppe ist für das Angebot dankbar und nimmt es oft in Anspruch. Vor allem Assistentinnen und Assistenten, die über wenig Ausbildung verfügen, sind sehr engagiert.

Die Teilnahme am Schulungsprogramm ist kostenlos, so dass jeder daran teilnehmen kann. Ziel dieser Ausbildung ist es, sich Basiswissen über Ernährung und Lebensmittel anzueignen. Dafür gibt es fünf Module mit jeweils einem Themenschwerpunkt und praktischen Übungen.

Die Erfahrung zeigt, dass praktische Übungen den besten Erfolg haben da der Lerneffekt dabei am größten ist. Das Gelernte muss in der Praxis umgesetzt werden können. Von großer Bedeutung ist auch immer die pädagogisch-didaktische Aufbereitung der Unterlagen.

Um auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Kurse speziell eingehen zu können und sie dort abzuholen, wo sie sich gerade mit ihrem Wissensstand befinden, gibt es nach jedem Kurs eine Feedbackschleife. Während des Vortrages ist immer eine Assistentin oder ein Assistent anwesend, diese hilft bei der Betreuung der Übungen und notiert Fragen und Antworten. Damit können die Lernunterlagen direkt an die jeweilige Gruppen angepasst werden. Die Gruppendynamik jedes einzelnen Kurses genau zu kennen, ist für den Erfolg

sehr wichtig. Zu Beginn wird das Vorwissen der angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer oftmals unterschätzt. Viele sind am Thema Ernährung sehr interessiert und beschäftigen sich auch privat damit.

Jedes Jahr werden vier Parallelkurse angeboten. Bis dato wurden 800 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult. In Zukunft könnten Aufbaumodule angeboten werden, für all jene, die den Lehrgang schon einmal besuchten. Dieses Modul wurde zu Beginn schon angekündigt, aber bis jetzt konnte es aus Budgetnöten nicht durchgeführt werden. Zu Beginn stand jedoch eine flächendeckende Basisschulung im Vordergrund.

Auf eine transparente Kommunikation nach außen wird viel Wert gelegt. Auch auf verschiedenen Websites ist die Wiener Ernährungsakademie vertreten. In der Planung befindet sich gerade eine Projektdatenbank, in der die schon durchgeführten Projekte der Teilnehmerinnen aufgenommen werden, so dass Kollegen die Möglichkeit haben, diese Projekte abzurufen. Somit können sie sich an der Erfahrung und dem gesammelten Know-how der anderen bedienen. Die fachliche Betreuung wird die ÖGE übernehmen.

Die Ernährungsakademie wird begleitend evaluiert. Am Schluss gibt es eine Ergebnisevaluation in Form einer Prüfung, um zu sehen, ob sich das Wissen der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verbessert hat. Zusätzlich gibt es einen Feedbackbogen, um den Seminarnutzen zu beurteilen. Um den Wissensstand zu Beginn der Ausbildung zu erheben, werden praktische Übungen durchgeführt, damit kann das Ernährungswissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmern beurteilt werden. Eine Langzeitevaluation ist mit dem Institut für Ernährungswissen geplant. Zur Zeit wird anhand von Vergleichen zu den letzten Jahren die Entwicklung beurteilt.

Die Idee für diese Fortbildungsinitiative entstand aus der persönlichen Erfahrung der Projektbetreiberinnen und Projektinitiatoren, dass Pädagoginnen sowie Assistenten aus Kinderbetreuungseinrichtungen im Ernährungsbereich keine Schulung bekommen und im Rahmen ihrer Ausbildung dieser



Themenbereich nicht umfassend behandelt werden würde. Diese Zielgruppe sei aber sehr wohl ernährungsinteressiert. Diese Situation spielt sich auch bei den Tagesmüttern und Volksschullehrern wieder. Darum wurde eine Schulung für diese Zielgruppe in Form eines einjährigen Lehrganges konzipiert. Alle wichtigen Bereiche sollten dabei angesprochen werden. Mit einer Prüfung und einem Zertifikat wird die Ausbildung abgeschlossen. Wichtig bei der Entwicklung war, dass die vorhandenen Ressourcen genutzt wurden, z.B. bediente man sich am Kursanmeldesystem der Kindergärtnerinnen und Kindergärtner der MA 10.

Eine Fortsetzung dieser Initiative ist bis 2013 geplant mit dem Ziel diese auszuweiten und auch für andere Bundesländer interessant werden zu lassen und weitere Kooperationen abzuschließen. Auch eine Zielgruppenerweiterung auf Pädagoginnen und Pädagogen in den Schulen soll zukünftig realisiert werden.

Weitere Informationen finden sich auf der Homepage der Wig und der ÖGE:  
<http://www.wig.or.at/Wiener%20Ern%C3%A4hrungsakademie.17.0.html>  
<http://www.oege.at/php/current/content.php?c=2104>

#### **3.1.6.7. KIVI – Kids ... vital! Gesundheitsförderung in Volksschulen**

Dieses Projekt findet in Vorarlberg, im Setting Volksschule statt. Die Zielgruppe sind Kinder aller vier Schulstufen. Die Lehrer bekommen zielgruppengerechte Arbeitsmaterialien wie Handbücher, CDs, Filme und Arbeitsbücher für die Kinder zur Verfügung gestellt. Der Schwerpunkt liegt in der Ernährung, Bewegung und psychosozialem Wohlbefinden.

Für weitere Informationen: <http://kivi.aks.or.at/>.

#### **3.1.6.8. Gemeinsam besser Essen**

„Gemeinsam besser Essen“ ist ein Projekt der Initiative „Gesundes Niederösterreich: Tut Gut!“ welches 2011 startete und ein voraussichtliches

Ende 2013 hat. Im Jahr 2012 findet die Aktivphase statt. Der Schwerpunkt liegt in der Optimierung und Qualitätsverbesserung des bestehenden Speisenangebotes in der Gemeinschaftsverpflegung in Niederösterreich. Es wird viel Wert auf ernährungsphysiologische und soziale Aspekte sowie regionale, saisonale und biologische Produkte gelegt. Das Projekt orientiert sich an den Erfahrungswerten des Good Practice Modells aus der Steiermark „Gemeinsam Essen“. Zu den gewählten Settings gehören Landeskliniken, Pensionisten- und Landespflegeheime, Schulen, Kindergärten und Gemeinden. Die Zielgruppe Kinder und Jugendlichen dabei zu haben, ist für die Initiative „Gesundes Niederösterreich: Tut Gut!“ sehr wesentlich.

Hauptsächliche Ziele des Projektes sind die Steigerung der Kundenzufriedenheit, Wahrnehmung der Veränderung des Angebotes und dass das Speisenangebot vermehrt angenommen wird. Die Kostenneutralität im Wareneinsatz soll gewährleistet werden und die Veränderungen sollten nachhaltig wirken. Um die Nachhaltigkeit sicherzustellen, werden die Stakeholder schon von Anfang an miteinbezogen. Dafür muss die aktuell gegebene Situation vor Ort recherchiert werden und herausgefunden werden, welche Kommunikationswege es gibt. Das Augenmerk muss sehr stark auf die Zusammenarbeit gelegt werden.

Zu Beginn erfolgt eine Standortanamnese und eine Überprüfung der Bedürfnisse, sodass das Projekt immer an das jeweilige Setting angepasst wird. Aufbauend auf zwei Projektstrukturen wird ein Drei-Phasen-Projekt (Diagnosephase, Aktivphase, Abschlussphase) durchgeführt. Die erste Gruppe stellen die Verpfleger (Küchenpersonal, Wirt, etc.) dar und die zweite Gruppe setzt sich aus den Stakeholdern (Direktorinnen, Lehrer, Elternvertreterinnen, Betriebsrat, etc.) zusammen;

„Gemeinsam besser Essen“ ist ein gefördertes Projekt der Bundesgesundheitsagentur und wird aus den Vorsorgemitteln finanziert. Es wurde ein tatsächliches Enddatum mit 2013 festgelegt. Da das Budget zeitlich begrenzt ist gibt es noch keinen konkreten Plan für eine Fortführung.

Es findet eine prozessbegleitende Evaluation durch die Donauuniversität Krems mittels einer Menükomponentenanalyse und einem Fragebogen statt. Eine langfristige Evaluation ist nicht geplant.

Im Schulbereich startet das Projekt „**Gesunde Schule isst**“ im Rahmen von „Gemeinsam besser Essen“. Dabei werden Schulen in Niederösterreich zwei Jahre lang begleitet. Es wird versucht, alle Beteiligten des Settings (Lehrerinnen, Eltern, Schulbufferbetreiberinnen, Direktoren, Schulwarte, etc.) in das Projekt miteinzubinden. Die Zielgruppe sind Schülerinnen und Schüler. Es werden Projektklassen definiert in denen ernährungsspezifische und gesundheitsbezogenen Themen fächerübergreifend in den verschiedensten Aspekten behandelt wird.

Ein weiteres Projekt der Initiative „Gesundes Niederösterreich: Tut Gut!“ ist das Projekt „**Bewegte Klasse**“. Hierbei liegt der Fokus im bewegten und aktiven Lernen. Nimmt eine Schule an einem der beiden Projekte teil, so kann sie auch bei dem anderen Projekt mitmachen, somit wird eine Vernetzung geschaffen.

Weitere Informationen finden sich auf der Homepage der Initiative „Tut Gut!“ <http://www.gesundesnoe.at/content/projekte/angebote/gemeinsam%20besser%20essen/Gemeinsamessen.php>

#### **3.1.6.9. Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart**

“Gemeinsam gesund im Bezirk Oberwart“ ist ein burgenländisches Modellprojekt zur Förderung der Herz-Kreislaufgesundheit. Für drei Jahre wurde dieses Projekt vom FGÖ finanziert. Der Projektstart erfolgte im Jänner 2009. Das Projektteam setzte sich aus Mitarbeitern der FH Pinkafeld und dem lokalem Projektteam zusammen.

Die Zielgruppen stellten Jugendliche der Sekundarstufe 2, von 15 bis 18 Jahre dar und die Einwohner der neun Modellgemeinden. Das Setting beinhaltete ein- bis dreijährige Fachschulen, die ohne Matura abschließen und die jeweiligen Gemeinden in der Modellregion.

Ein wesentliches Handlungsfeld in den Schulen war, das Angebot des Schulbuffets und der Getränkeautomaten zu verbessern. Bei der Intervention musste es primär um den Aspekt der Herzgesundheit gehen, deshalb wurden die drei Säulen Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit berücksichtigt. Auch der partizipative Ansatz war soweit gegeben, dass die Intervention gemeinsam mit dem lokalen Projektteam erarbeitet wurde. Die Gemeinden und Schulen konnten selbst definieren, was sie sich erwarten und wo ein Bedarf vorhanden ist. Die Ziele waren sehr komplex und orientierten sich an dem Schweizer Modell der Evaluation der Gesundheitsförderung [GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ, 2012].

„Health in all policies“ war ebenfalls ein wesentlicher Teilaspekt des Projektes. Auf Kommunalebene wurde eine Strategie entwickelt, wie die Themen Gesundheit, Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit in der Gemeinde verankert werden können.

Es wurde eine Prozess- und Ergebnisevaluation mit quantitativen und qualitativen Methoden durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass die Ziele weitgehend erfüllt worden sind. Eine Langzeitevaluation ist nicht geplant.

Es ist wichtig festzustellen, dass mit einem dreijährigem Projekt die Herz-Kreislaufmortalität nicht beeinflusst werden kann, aber es sind Vorstufen und Parameter einer Veränderungen wahrnehmbar.

Positiv zeigt sich auch der Trend, dass die Gemeinden mit Hilfe ihrer FH-Projektleiterinnen und Projektleiter begonnen haben, Nachfolgeprojekte zu definieren und zu planen. Diesbezüglich wurden auch schon Anträge an den FGÖ zur Kofinanzierung gestellt.

Weitere Informationen sind auf der Projekthomepage zu finden:  
<http://www.gemeinsamgesund-ow.at/>

### **3.1.6.10. Richtig Essen von Anfang an!**

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH (AGES), das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger machen mit dem Gesundheitsförderungsprojekt „Richtig essen von Anfang an!“ (REVAN) die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkindernahrung sowie der Ernährung für Schwangere und Stillende zugänglich und unterstützen den Transfer in die Praxis.

Dieses Projekt läuft seit 2008 ohne einem definierten Ende. Für die Gesamtlaufzeit gibt es keine Planung. Sie wird jährlich verlängert.

Finanziert wird das Projekt über die AGES, das BMG, den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und aktuell über die Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur. Für das Jahr 2012 ist die Finanzierung gesichert, aber ob das nationale Projekt – mit Ausnahme von den Vorsorgemitteln – im Jahr 2013 weiterfinanziert werden kann, war zum Zeitpunkt des Interviews noch offen.

Im Rahmen des Projekts wurde ein Maßnahmenkatalog für eine nachhaltige Gesundheitsförderung von Schwangeren, Stillenden und Kindern bis zum dritten Lebensjahr für ganz Österreich erstellt. Bei der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen in den Bundesländern wurde versucht, schon vorhandene Strukturen zu nützen, diese zu fördern und auszubauen. Im Maßnahmenkatalog sind noch viele ausbaufähige Maßnahmen enthalten, die noch nicht zur Umsetzung kamen.

Den Beginn der Maßnahme „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ machte 2009, gemeinsam mit dem nationalen Projekt REVAN, ein kleines Projekt in der Steiermark, welches über die Steiermärkische Gebietskrankenkasse gelaufen ist. Diese Schwangerenworkshops wurden evaluiert und als Good Practice Modell für das Projekt, „Richtig Essen von Anfang an!“, herangezogen.

Durch den Erhalt der Vorsorgemittel war es möglich, neue Maßnahmen aufzunehmen und bis Ende 2013 neue Mitarbeiter anzustellen. Damit wird auch eine Ausweitung der Schwangerenworkshops in alle Bundesländer bis Ende 2013 finanziert. Dabei sollten die nötigen Grundsteine gelegt werden, dass diese Schwangerenworkshops in eine Regelversorgung in ganz Österreich übergehen können. Schon im Projektantrag der Bundesländer musste definiert werden, wie es in eine Regelversorgung übernommen werden wird. Somit erhoffen sich die Projektauftraggeberinnen und Projektauftraggeber, dass es den Projektstatus verlässt, zu einem Programm wird und die Bundesländer selber die Initiative ergreifen.

Die Zielgruppe des nationalen Projekts sind Schwangere, Stillende, Säuglinge und Kleinkinder bis zum 3. Lebensjahr. Vor allem die Gruppe der Schwangeren zeigte sich als eine sehr interessierte Zielgruppe. Untersuchungen zeigen, dass sie Informationen viel besser aufnehmen als Nicht-Schwangere. Dem Projektteam ist auch noch die Erreichung von sozial Schwachen sowie von Migrantinnen und Migranten wichtig.

In den Bundesländern wird u.a. versucht, die Gynäkologinnen und Gynäkologen zu erreichen, da dies ein wichtiger Ansprechpartner der Schwangeren ist und sie auf diese hören. Zur Zeit wird in den Bundesländern selbst über Zeitschriften annonciert und von einigen Bundesländern im Mutter-Kind-Pass ein Beilagenblatt zur Ankündigung der Workshops eingelegt.

Die Schwangerenworkshops werden begleitend von den Bundesländern selber prozessevaluiert. Eine zusätzliche Ergebnisevaluation ist aus Qualitätssicherungsmaßnahmen extern vergeben worden. Pro Jahr findet eine österreichweite, sowie eine bundesländerweite Evaluierung statt.

Aktuell werden die Schwangerenworkshops ausgeweitet auf Still- und Beikostworkshops. Dafür laufen wieder Pilotprojekte in der Steiermark und in Tirol. Hier möchte man Frauen im letzten Drittel der Schwangerschaft erreichen.

Ein weiteres Arbeitspaket des Projekts war die Erstellung der Österreichischen Beikostempfehlungen, die sowohl in einer Expertenversion, als auch in einer Elternversion erarbeitet wurden. Auch auf den Mittrationshintergrund wird dabei Rücksicht genommen, so gibt es auch zweisprachige Versionen.

Die Zielsetzung des Projekts REVAN ist sowohl das Zurückdrängen ernährungsassoziierter Krankheiten, sowie ein vermindertes Auftreten von Übergewicht und Adipositas im Kleinkindalter, als auch die Sicherung einer optimalen Vitamin- und Mineralstoffversorgung und die Schaffung des bestmöglichen Zugangs zu sicherer Ernährung. Weitere wichtige Ziele sind die Förderung gesundheitsorientierter Essgewohnheiten, die Stärkung vom eigenverantwortlichem Handeln der Zielgruppe, das Erlernen von gesundheitsförderlichem Essverhalten mit der Familie, die Optimierung des Informationsangebotes, die Sensibilisierung auf die Ernährung in der Schwangerschaft, Stillzeit und im Säuglingsalter, sowie ein Netzwerkaufbau und die Schaffung von Kooperationen und Zusammenarbeiten mit anderen Institutionen.

Zur Zeit des Interviews wurden Vorbereitungen für die Evaluierung der Effektivität und Breitenwirksamkeit der Beikostempfehlungen getroffen.

Eine Langzeitevaluierung der Schwangerenworkshops wäre geplant, dies ist aber noch eine Frage der Finanzierung.

Informationen zu weiteren Arbeitspaketen des Projekts „Richtig essen von Anfang an!“ sind auf der Projekthomepage zu finden: <http://www.richtigessenvonanfangen.at/>

### **3.1.6.11. Schuljause mit Vorrang**

Das Pilotprojekt „Schuljause mit Vorrang“ wurde von SIPCAN – Initiative für ein gesundes Leben umgesetzt. Dieses Projekt wurde für zwei Jahre vom Fonds Gesundes Österreich und mit Unterstützung von Rauch Fruchtsäfte GmbH finanziert.

Die Intervention wurde an 20 Wiener Schulen mit Schülerinnen und Schülern der 5. Schulstufe durchgeführt. Das Pilotprojekt hatte eine Laufzeit von zwei Jahren (2009-2011). Auf Grund des Erfolges wurden Teile des Projektes im Schuljahr 2011/2012 an 120 Schulen bundesweit fortgesetzt und sollen in den nächsten Schuljahren weiter multipliziert werden.

Im Rahmen dieses Projektes wurde beispielsweise auch der „Trink- und Jausenführerschein“ konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Es handelt sich um Unterrichtsmaterialien für den Biologie- und Ernährungsunterricht der 5. Schulstufe. Im Rahmen von fünf Modulen werden zentrale Inhalte zum Thema Essen und Trinken mit Schwerpunkt Schuljause auf Basis der österreichischen Ernährungspyramide angeboten. Es sind Materialien für Pädagoginnen und Pädagogen, Schülerinnen und Schüler und Eltern enthalten. Die allgemeine Wissensvermittlung wird durch praktische Übungen mit Lebensmittelbezug und einer regelmäßigen Selbstbeobachtung des Jausenverhaltens ergänzt. Ziel ist es, sowohl das Ernährungswissen, als auch das Ess- und Trinkverhalten der Jugendlichen zu verbessern.

Die Evaluation erfolgte durch externe pädagogische Beratung, einen Test zur Umsetzbarkeit von Seiten der Pädagogen und Pädagoginnen und regelmäßige Feedbackgespräche, wie auch durch eine Interventionsstudie mit rund 1400 Schüler und Schülerinnen. Die Wirksamkeit wurde im Vergleich zum Standardernährungsunterricht für die Parameter Ernährungswissen, Ess- und Trinkverhalten getestet. Während zu Studienbeginn zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe für alle drei Parameter keine Unterschiede gemessen wurden, zeigte sich zu Studienende, dass die Schülerinnen der Führerscheinklassen sowohl ein besseres Ernährungswissen, als auch Ess- und Trinkverhalten entwickelt hatten. Die Ergebnisse waren unabhängig vom Geschlecht und vom Migrationsintergrund.

Auch eine Langzeitevaluation ist geplant. Die Schüler und Schülerinnen aus der Interventionsstudie werden in diesem Sommersemester erneut befragt (Ernährungswissen/-verhalten) und bundesweit werden im Rahmen der



Multiplikation aller Schulen und deren Pädagoginnen und Pädagogen in eine online-Befragung zur Umsetzung einbezogen.

Weitere Informationen sind auf der Homepage der Initiative SIPCAN zu finden:  
[www.sipcan.at](http://www.sipcan.at)

#### **3.1.6.12. Wiener Forum für Übergewicht und Adipositas**

Das Wiener Forum für Übergewicht und Adipositas entstand aus dem Projekt „Stark bewegt!“ und ist eine offene Plattform, eine Website für Informationen die für alle, die sich mit dem Thema beschäftigen, zugänglich sein sollte. Dieses Forum ist gerade im Entstehen. Der erste Schritt wurde Ende 2011 getätigt. Es fand eine Konferenz mit Akteuren aus dem Gebiet Übergewicht und Adipositas statt, um sich zu vernetzen und Informationen und Kontakte auszutauschen.

#### **3.1.6.13. Unser Schulbuffet**

Da diese Initiative eine nachhaltige Wirkung mit sich zieht und großflächig in Österreich umgesetzt wird, wird das Projekt im Folgenden kurz vorgestellt. Alle gewonnenen Informationen stammen aus einer Internetrecherche.

„Unser Schulbuffet“ ist eine österreichweite Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der AGES. Sie begann 2012 und läuft bis Ende 2013. Mit Hilfe dieser Initiative soll das Verpflegungsangebot in den Schulen im Sinne der „Leitlinie Schulbuffet“ optimiert werden.

Die „Leitlinie Schulbuffet“ bietet eine Empfehlung für ein gesundheitsförderliches Speisen- und Getränkeangebot an Schulbuffets. Diese Leitlinie richtet sich in erster Linie an Betreiberinnen und Betreiber von Schulbuffets. Die Grundlage für die Empfehlungen bildet die österreichische Ernährungspyramide. Das Ziel ist es, mit diesem Leitfaden eine Optimierung des Warenkorbes am Schulbuffet bzw. an den Getränke- und Snackautomaten zu schaffen. Im Sinne der Verhältnisprävention soll die gesündere Wahl zur leichteren werden. Das Projekt „Unser Schulbuffet“ soll die Buffetbetreiberinnen und -betreiber kostenlos dabei unterstützen, diese Leitlinien umzusetzen.

Bei einer erfolgreichen und dauerhaften Umsetzung der Maßnahmen werden die Buffets zertifiziert. Diese Auszeichnung soll als Wettbewerbsvorteil dienen und dazu führen, dass möglichst viele Betreiberinnen und Betreiber dauerhaft auf ein optimiertes Angebot umstellen und sich zertifizieren lassen. So soll nachhaltig das Jausenangebot am Schulbuffet optimiert werden und somit die Ernährungssituation österreichischer Schüler und Schülerinnen verbessert werden.

Diese Maßnahme erfolgt im Rahmen des Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) und wird aus den Vorsorgemitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert [BMG, 2012].

Auf der Homepage der Initiative sind weitere Informationen zu finden <http://unerschulbuffet.at/die-initiative/>.

### **3.1.7. Internationale Projekte**

#### **3.1.7.1. European Food Framework (EFF)**

Der European Food Framework ist ein europaweites Projekt, welches zum Ziel hat, die Gesundheit europäischer Kinder und Jugendlicher durch die Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten in den Bereichen „Ernährung“, „aktiver Lebensstil“ und „Energiebilanz“ zu verbessern. Der Projektbeginn war im Februar 2010 und endete im Jänner 2012. Aktuell gibt es noch keine frei zugänglichen Ergebnisse.

Das Ziel war es, ein Rahmenprogramm zu schaffen, das die verschiedenen Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen, altersspezifisch und der jeweiligen persönlichen Entwicklung angepasst, berücksichtigt. Das Ergebnis sollte ein Konzept für eine Gesundheitserziehung der 5- bis 16-jährigen sein. Die dafür entwickelten Guidelines sollten europaweit genutzt werden können und für verschiedenste nationale und regionale Aktivitäten (z.B. Erstellung der Lehrpläne für Schulen) herangezogen werden.

Das Rahmenkonzept sollte die Kernfähigkeiten und das Wissen der drei großen Themenbereiche Ernährung (Essen und Trinken), aktiver Lebensstil (körperliche Aktivität) und Energiebilanz fundiert und up-to-date vermitteln. Junge Menschen sollten die Fähigkeiten und das Wissen entwickeln, welches sie benötigen, um selbstbestimmt gesunde Entscheidungen über ihre Ernährung und ihren Lebensstil zu treffen und umzusetzen.

Im ersten Jahr wurde ein Entwurf für das Rahmenprogramm geschaffen. Dazu fand ein Survey zur Erhebung des Wissensstandes und der Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen in Europa statt. Mit den Ergebnissen dieses Surveys wurde das Rahmenprogramm Ende 2011 finalisiert. Im zweiten Jahr fanden Pilotprojekte, in fünf europäischen Ländern (Österreich, Malta, Spanien, Niederlande, Großbritannien) statt, die dieses Rahmenprogramm in den verschiedenen Settings umsetzten. Diese Pilotprojekte sollen das nötige Wissen durch die Erfahrungen für die Umsetzung des Rahmenprogramms liefern [BRITISH NUTRITION FOUNDATION, 2012].

Weitere Informationen sind auf der Projekthomepage zu finden: (<http://www.europeanfoodframework.eu/>).

### **European Food Framework (EFF) – das österreichische Pilotprojekt**

In Österreich wurde dieses Pilotprojekt durch die AGES eingereicht und auch von ihr koordiniert. Durchgeführt wird es in Zusammenarbeit mit give, SIPCAN und der ÖGE, finanziert durch die British Nutrition Foundation.

Es fand eine Pilotphase an acht Schulen im Burgenland statt. Die Zielgruppe dabei waren 11- bis 14-jährige Schülerinnen und Schüler im Setting Hauptschule und Neue Mittelschule. Man entschied sich für diese Altersgruppe, da der Ernährungsbericht 2008 hier den meisten Handlungsbedarf aufzeigt. Ziel des Pilotprojektes war es, einen bewussten Umgang mit Lebensmitteln zu schaffen.

Im Rahmen eines erlebnisorientierten Stationenbetriebs für die 6. und 7. Schulstufe sollte das Ernährungswissen, sowie das Ess- und Trinkverhalten der Schüler und Schülerinnen optimiert werden. Man nutzte hierbei auch die Systematik der „Peers“ (Gruppe von Gleichaltrigen, Gleichgestellten, z.B. Klassenkollegen). Zu „Peers“ ausgebildet wurden die Schülerinnen und Schüler der 8. Schulstufe. Diese erhielten die nötigen Informationen für die Stationen und leiteten die 6. und 7. Schulstufe durch den Stationenbetrieb. Die Lehrer koordinierten die Stationen und waren die „Coaches“ die den „Peers“ begleitend und unterstützend zur Seite standen.

Die Stationen wurden altersgerecht angepasst, somit waren die Stationen für die 6. und 7. Schulstufe unterschiedlich. Für die 6. Schulstufe hieß der Stationenbetrieb: „Essen mit allen Sinnen“, hierbei stand vor allem das Erkennen verschiedener Gerüche, das Ertasten unterschiedlicher Lebensmittel und die Verkostung von Nahrungsmitteln im Vordergrund. Zusätzlich gab es ein Bewegungsspiel, wobei das Erlernete mit körperlichen Reizen verbunden wurde. Die 7. Schulstufe hatte das Thema „Ernährungsspione“. Hierbei wurde das Augenmerk auf die Etikette und Inhaltstoffe (vor allem Zucker- und Fettgehalt) von verschiedenen Snacks und Getränken, die in diesem Alter sehr beliebt sind, gelegt. Es ist als Einstieg für eine Schulstunde gedacht und soll dazu führen, dass das Thema auch in weiteren Gegenständen thematisiert wird.

Das Pilotprojekt ist sehr gut gelaufen. Aus Berichten der Lehrer erfuhren die Expertinnen und Projektmitarbeiter, dass die Kinder es als Schock erlebten, wie viel Zucker, Fett etc. in den Lebensmitteln enthalten ist. Dieses wurde auch nach Hause transportiert, so dass sich das Einkaufsverhalten der Eltern verändert hat.

Vor und nach der Intervention gab es für die Schülerinnen und Schüler einen Fragebogen zur Ergebnisevaluation. Zusätzlich wurde auch eine Prozessevaluation durchgeführt. Eine Evaluation und eine gute Projektdokumentation wird von der British Nutrition Foundation verlangt. Eine Langzeitevaluation ist nicht angedacht und wäre insofern schwierig, da die

Schüler der siebenten Schulstufe im nächsten Jahr als „Peers“ ausgebildet werden und danach die Schule verlassen.

Zum Zeitpunkt des Projektes gab es noch keinen konkreten Plan zur Weiterführung aber den Wunsch, dass niederschwellige Informationen zum Projekt und der Stationenbetrieb zur Verfügung gestellt werde, damit viele Schulen davon Gebrauch machen. Mittlerweile werden auf der Homepage der AGES und von SIPCAN 80 interessierte Schulen gesucht, die dieses erprobte Unterrichtspaket umsetzen möchten [AGES, 2012].

Weiter Informationen sind auf der Homepage der AGES und SIPCAN zu finden:  
<http://www.ages.at/ages/ernaehrungssicherheit/thema-ernaehrung/european-food-framework-das-oesterreichische-pilotprojekt/> ;  
<http://www.sipcan.at/index.php?id=91>.

### **3.1.7.2. Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS)**

Die deutsche Langzeitstudie KOPS (Kiel Obesity Prevention Study) des Instituts für Humanernährung und Lebensmittelkunde der Christian-Albrecht-Universität zu Kiel lief 15 Jahre lang (Beginn 1996). Die Hauptziele waren die Prävalenz des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen in Kiel zu bestimmen, die Determinanten und Risikofaktoren für Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu charakterisieren, Präventionsmaßnahmen durchzuführen und deren Einfluss zu untersuchen.

Die Zielgruppe waren fünf- bis sieben-jährige Kinder, Eltern, Lehrerinnen und Pädagogen in verschiedenen Grundschulen aus Kiel.

KOPS besteht aus drei Querschnittsuntersuchungen und einer Längsschnittuntersuchung. In der ersten Querschnittsuntersuchung wurden im Rahmen einer Schuluntersuchung durch die Schulärzte Gesundheitsdaten erhoben. Alle diese Kinder wurden nach vier (zweite Querschnittsuntersuchung) und acht Jahren (dritte Querschnittsuntersuchung) erneut untersucht. Die Messgrößen waren der Ernährungszustand, der Lebensstil (körperliche

Aktivität, Essgewohnheiten), Risikofaktoren (Blutdruck, Blutzucker, Cholesterin, Triglyceride), der soziale Status sowie der Ernährungszustand der Eltern und Geschwister.

Aus den drei KOPS-Kohorten können anhand von Untergruppen longitudinale Beobachtungen der Veränderungen zwischen der ersten und der dritten Querschnittsuntersuchung durchgeführt werden. Dieser Teil der Untersuchung umfasst Kinder, die zu allen drei Gelegenheiten untersucht wurden. Es liegen hier personenidentische Daten (von den Vier-Jahres-Untersuchungen) vor, die für einen Vergleich von Veränderungen bei den erhobenen Parametern herangezogen werden können.

Zwei verschiedene Interventionen wurden im Rahmen von KOPS durchgeführt. Es gab eine Schulintervention, die sich an Kinder, Eltern, Lehrerinnen und Pädagogen richtete und eine Familienintervention die sich an Familien mit übergewichtigen oder adipösen Kindern oder Familien mit normalgewichtigen Kindern richtete, wo aber ein oder beide Elternteil/e übergewichtig oder adipös ist/sind. Für Lehrerinnen und Pädagogen gab es ein Fortbildungsangebot und die Eltern wurden durch regelmäßige Informationsabende angesprochen. Verglichen wurde der Einfluss des Unterrichtes mit Nichtinterventionsschulen. Bei der Schulintervention war der Ansatz in der Ernährungslehre und in der Gesundheitsförderung der Kinder. Zur Motivation für körperliche Aktivität fanden Anleitungen zur „Bewegten Pause“ statt. Die Ergebnisse der zweiten Querschnittsuntersuchung (nach vier Jahren) zeigten, dass eine frühzeitige Adipositasprävention möglich ist, jedoch der Erfolg durch das Geschlecht des Kindes, den sozioökonomischen Status der Familie und das Gewicht der Mutter beeinflusst wird.

Die Familienintervention bestand aus Beratungseinheiten der Eltern und zusätzlich gab es ein Bewegungsangebot für die Kinder. Auch die Familientherapie zeigte bei der zweiten Querschnittsuntersuchung (nach vier Jahren) nachhaltige Effekte auf den Ernährungszustand. Allerdings wirkte auch

hier der sozialen Status der Familie limitierend auf den Erfolg [MÜLLER et al., 2001].

Weitere Informationen sind auf der Projekthomepage zu finden: <http://www.uni-kiel.de/nutrfoodsc/nutrition/kops.htm>.

### **3.1.7.3. IDEFICS – Identifikation und Prävention von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsfaktoren bei Kleinkindern und Kindern**

Die IDEFICS-Studie (Identification and prevention of dietary – and lifestyle – induced health effects in children and infants) wird vom Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin an der Universität Bremen durchgeführt. Die Studie wird durch das 6. Europäische Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Kommission gefördert. Sie begann 2006 und wurde für einen Zeitraum von fünf Jahren konzipiert.

Diese Studie ist europaweit angelegt, es nehmen Forschungsinstitute sowie kleine und mittelständische Unternehmen aus elf verschiedenen europäischen Ländern (Belgien, Zypern, Dänemark, Estland, Frankreich, Italien, Spanien, Großbritannien, Schweden, Deutschland, Ungarn) an der Studie teil.

Das Ziel der Studie ist es, zuverlässige Daten zu liefern, die eine internationale Bewertung des Problems der „Fettleibigkeit im Kindesalter“ zulassen. Der Schwerpunkt liegt in der Erforschung der Risiken von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern sowie damit verbundene Erkrankungen.

Ziel der IDEFICS-Studie ist es, die Ernährung sowie die sozialen und lebensstilbedingten Einflussfaktoren der Kinder (von zwei bis zehn Jahre) zu untersuchen. Die Ursachen von Übergewicht und den damit verbundenen Erkrankungen sollen damit ermittelt werden. Unter der Berücksichtigung regionaler, kultureller, sozialer, biologischer und geschlechtsspezifischer Komponenten werden die Ess- und Verhaltensgewohnheiten europäischer Kinder erhoben.

Über die Forschungsaktivität hinaus sollten neue Leitbilder für eine gesündere Ernährung und eine bessere körperliche Fitness der Kinder in Europa entwickelt

werden. Die Ergebnisse der Studie werden in Richtlinien zu gesunder Ernährung, Verhalten und Lebensstil sowie Ethik in allen teilnehmenden Ländern einfließen. Diese sollten der Wissenschaft und Politik neue Wege zur sinnvollen Prävention von Übergewicht bei Kindern aufzeigen.

Weiters werden Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindergärten und Schulen im Rahmen der IDEFICS-Studie entwickelt, durchgeführt und evaluiert [BREMEN INSTITUTE FOR PREVENTION RESEARCH AND SOCIAL MEDICINE, 2012].

Auf der Projekthomepage <http://www.idefics.eu/Idefics/home> sind weitere Informationen zu finden.

### **3.1.8. *Resümee: nationale und internationale Bemühungen zur Gesundheitsförderung von Kinder und Jugendlichen***

Durch die räumliche Begrenzung der Interviews auf Wien und Niederösterreich kommt es dazu, dass vorwiegend Projekte und Initiativen aus Ostösterreich erwähnt werden. Aus den Berichten der Wissensträgerinnen und Experten lässt sich aber schließen, dass die Projektsituation in ganz Österreich sehr ähnlich aussieht.

Dennoch zeigt diese kleine, unvollständige Auflistung aktueller Projekte, dass das Engagement, die Bereitschaft, der Einsatz und die Vielfältigkeit an Methoden und Ideen national und international sehr stark vorhanden sei. Erfreulich ist auch, dass sich der Trend zeigt, dass das Bestreben für nachhaltige, andauernd laufende Programme vorhanden ist und das versucht wird, Strukturen dafür aufzubauen.

Meist werden Aktionen im Setting Kindergarten und Schule gesetzt, da die angesprochene Zielgruppe hier viel Zeit verbringe. Vor allem das Angebot am Schulbuffet entspräche nicht den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen und es sei nach Meinung der Befragten ein rascher Handlungsbedarf vorhanden.



Dafür wurde durch das BMG und die AGES die Initiative „Unser Schulbuffet“, in ganz Österreich, gestartet. Damit konnte das Angebot an vielen österreichischen Schulbuffets optimiert werden.

---

## 4. MATERIAL UND METHODEN

Der folgenden Abschnitt stellt den vierten Teil der vorliegenden Diplomarbeit dar und setzt sich mit der durchgeführten empirischen Untersuchung auseinander. Dabei wird auf das Studiendesign, die Studienpopulation und auf die verwendete Analyseverfahren der Daten näher eingegangen. Bei dieser Studie handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit.

Im ersten Unterkapitel wird das Vorgehen und die praktische Abwicklung der Datenerhebung erläutert. Es wird auf die Durchführung und die Aufbereitung der Interviews eingegangen, die Stichprobe vorgestellt und anschließend die Transkription dargestellt. Im zweiten Unterkapitel werden die Prinzipien der Auswertung des gewonnenen Datenmaterials näher gebracht.

### 4.1. DATENSAMMLUNG

Die Datensammlung erfolgte auf Basis leitfadengestützter Expertinnen- und Experteninterviews. Die daraus gewonnenen Daten wurden aufbereitet und in Anlehnung an die von Mayring (2010) entwickelte Methode der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ ausgewertet.

#### 4.1.1. *Expertenauswahl*

Expertinnen und Experten sind jene Menschen, die auf Grund ihrer Position über ein besonderes Wissen verfügen, welches sie auf Anfrage weitergeben oder für die Lösung bestimmter Probleme einsetzen. Das Expertinnen- und Experteninterview ist eine Erhebungsmethode, die dieses Wissen zu erschließen versucht. Es ist eine spezielle Methode für einen ganz bestimmten Zweck mit zwei wichtigen Merkmalen:

1. Die Expertin oder der Experte ist das Medium, durch das die Interviewerin oder der Interviewer über ein sie/ihm interessierendes Sachverhalt Wissen erlangen möchte. Expertinnen und Experten sind nicht das Objekt der

Untersuchung sondern fungieren als „wahre Zeugen“ der interessierenden Prozesse.

2. Expertinnen und Experten haben eine besondere Stellung im sozialen Kontext zum untersuchenden Sachverhalt. Ziel ist es, Informationen über Deutung, Sichtweisen und Einstellungen zu gewinnen [GLÄSER und JAUDEL, 2009].

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden Wissensträgerinnen und Experten aus den verschiedenen Arbeitsfeldern die sich mit den „3 Säulen“ Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit beschäftigen, für Experteninterviews ausgewählt. Sowohl der Ansatz von Projektförderstellen als auch die Wünsche von Projektleiterinnen und Projektmitarbeiter stand im Interesse der Befragung. Um das Thema ganzheitlich und interdisziplinär zu betrachten, floss auch das Wissen von Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen mit ein.

#### **4.1.2. Kontaktaufnahme**

Die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung erfolgte telefonisch bzw. per E-Mail.

Es wurde mit 14 Expertinnen und Wissensträger Kontakt aufgenommen, der Sachverhalt und das Vorhaben wurde kurz schriftlich erläutert. Es ist auch darauf hingewiesen worden, dass die Interviews nicht personenbezogen ausgewertet werden und sie für eine sozialwissenschaftliche Arbeit dienen. Schließlich konnte mit elf Expertinnen und Wissensträger ein Interviewtermin vereinbart und durchgeführt werden.

In der Tabelle 3 sind jene Expertinnen und Experten aufgelistet mit denen ein Interview geführt werden durfte. Nach Rücksprache mit den Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer dürfen die Namen öffentlich genannt werden.

Name	Institution	Interviewform
Fr. Dr. Birgit Dieminger	AGES	Face to face
Fr. Dr. Petra Rust	IfEW, VEÖ	Face to face
Fr. Dr. Ursula Püringer	Gemeinsam Gesund im Bezirk Oberwart	per Telefon
Hr. Dr. Friedrich Hoppichler	SIPCAN	Schriftlich, per E-Mail
Fr. Dr. Lilly Damm	Child Public Health	Face to face
Fr. Mag. Andrea Lehner	GIVE	Face to face
Fr. Mag. Rita Kichler	FGÖ	Face to face
Fr. Mag. Helga Cvitkovich-Steiner	VEÖ	Face to face
Fr. Mag. Alexandra Hofer	ÖGE	Face to face
Fr. Mag. Judith Blachfelner	WiG	Face to face
Fr. Dr. Verena Zeuschner	FGÖ	Face to face
Frau Mag. Irene Wastlbauer	Initiative „Tut Gut!“	Face to face
Frau Dr. Ingrid Kiefer	AGES	Face to face
Herr Prof. Dr. Kurt Widhalm	AKH	Face to face

Tabelle 3: Studienpopulation

### **4.1.3. Interviewleitfaden**

Interviews lassen sich nach der Technik der Datenerhebung klassifizieren. Eine erste Unterscheidung erfolgt nach dem Grad der Standardisierung des Interviews. Bei vollstandardisierten Interviews werden die Handlungen beider Akteure des Interviews standardisiert, bei halbstandardisierten Interviews nur die Handlungen eines Akteurs (des Interviewers) und bei nichtstandardisierten

Interviews unterliegt keiner der Akteure einer Standardisierung [GLÄSER und JAUDEL, 2009].

Das Leitfadeninterview, welches bei dieser Arbeit zur Anwendung gekommen ist, zählt zu den nichtstandardisierten Interviews.

Der erstellte Interviewleitfaden soll sicherstellen, dass alle wichtigen Aspekte angesprochen werden. Es sind die Schlüsselfragen enthalten, also all jene Fragen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage nötig sind und allen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern gestellt werden sollten. Etwaige Eventualfragen ergaben sich während des Gesprächs [SCHOLL, 2009]. Allerdings sind weder die Formulierungen noch die Reihenfolge der Fragen verbindlich, damit ein möglichst natürlicher Gesprächsverlauf erlangt werden kann. Um die Vollständigkeit der Beantwortung zu erreichen, ist es häufig wichtig, ad hoc nachzufragen. Solche Nachfragen können nicht in den Interviewleitfaden aufgenommen werden, der Leitfaden dient daher als eine Orientierungshilfe mit den unbedingt zu beantwortenden Fragen [GLÄSER und JAUDEL, 2009].

Zu den nichtstandardisierten Interviews zählen noch die offenen und narrativen Interviews, auf welche nicht näher eingegangen wird, da sie nicht Teil der Datenerhebung dieses Projektes waren [GLÄSER und JAUDEL, 2009].

Der Interviewleitfaden (Anhang Interviewleitfaden), der zum Einsatz kam, ist in vier Fragenblöcke gegliedert:

1. Der erste Fragenblock beinhaltet Fragen zur Zufriedenheit oder etwaigem Verbesserungspotential aktueller österreichischer Projekte und Kampagnen im Bereich der Adipositasprävention.
2. Im zweiten Block werden die Expertinnen und Experten gebeten, über ein derzeit laufendes Projekt, bei dem sie eventuell mitwirken, zu berichten. Zentrale Fragen über die Projektziele, Projektpartner, Evaluierung, sind in diesem Fragenblock enthalten.

3. Der dritte Abschnitt handelt von der Erfolgsmessung von Interventionen. Wesentliche Schlüsselfragen sind beispielsweise die Messung langfristiger Outcomes.

4. Zum Abschluss wird im vierten Fragenblock nach Empfehlungen weiterer interessanter Projekte oder Wissensträgerinnen und Experten gefragt.

#### **4.1.4. Pretest**

Der Fragebogen wurde vor seinem ersten Einsatz am Institut für Sozialmedizin einem Pretest mit Herrn Prof. Dr. Dorner als Experte und Frau Dr. Stein als stille Beobachterin unterzogen, um seine Anwendbarkeit und Aussagekraft zu testen. Anschließend wurden kleine Verbesserungen vorgenommen und die Effizienz somit erhöht.

#### **4.1.5. Interviewform**

Insgesamt konnte mit elf Wissensträgerinnen und Experten ein leitfadengestütztes Interview durchgeführt werden. Konkret erfolgten neun Interviews face-to-face, von denen acht Interviews am Arbeitsplatz der Wissensträgerinnen und Experten und ein Interview in einem öffentlichem Café durchgeführt wurden. Eine Befragung fand telefonisch statt und ein Interviewbogen wurde schriftlich per E-Mail beantwortet.

Von allen Befragungen fanden acht Interviews in Wien, eines in St. Pölten, eines in Graz und eines in Salzburg statt.

#### **4.1.6. Durchführung**

Vor Beginn des Interviews wurden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch einmal ausführlich über das Interview informiert und offene Fragen wurden beantwortet. Danach wurde die Einwilligungserklärung unterzeichnet.

Alle Interviews wurden codiert, um die Anonymität zu sichern und zu gewährleisten, dass die Auswertung nicht personenbezogen erfolgen kann.

Nach Einverständnis der Expertinnen und Experten wurden die Gespräche auf Tonband aufgenommen. Das Interview wurde anschließend transkribiert und das Transkript wurde den Befragten zur Kontrolle und Autorisierung übermittelt. Auf dieser Grundlage erfolgte die Auswertung.

Ein Transkript wurde nicht autorisiert und floss folglich nicht in die Auswertung mit ein. Zur Analyse blieben schlussendlich zehn Interviews übrig.

## **4.2. DATENAUFBEREITUNG**

Um die gewonnen, gesprochenen Daten auswerten zu können, mussten diese zuerst in eine elektronische Form transferiert werden. Dies erfolgte durch die Transkription der Tonbandaufnahmen.

### **4.2.1. *Transkription der Interviews***

Die auf Tonband aufgezeichneten Interviews wurden vollständig transkribiert. Die Transkription selbst wird in der Literatur als sehr zeitaufwändig bewertet. Dies wurde in der Praxis bestätigt. Ein Verhältnis von Interviewzeit und Transkriptionszeit von 1:4 wird in der Literatur angegeben [GLÄSER und JAUDEL, 2009], im vorliegenden Fall war es ein Verhältnis von 1:7.

Da für die Transkription noch keine allgemein akzeptierten Regeln vorhanden sind, wurden für diese Arbeit folgende Regeln aufgestellt. Diese wurden bei allen Transkripten konsistent angewendet.

Folgende Protokollierungsregeln wurden verwendet:

- o Vollständige und wörtliche Transkription, auch unvollständige Sätze und Wiederholungen werden transkribiert.
- o Nonverbale Äußerungen (z.B. Lachen, Räuspern, Husten, Stottern, „äh“, „mmh“, oder Ähnliches) können weggelassen werden, außer wenn sie einer Aussage eine besondere Bedeutung geben.

- o Dialektfärbungen werden eingedeutscht (z.B. miaßn = müßn), echte Dialektausdrücke bleiben und werden nach Gehör geschrieben.
- o Besonderheiten der Antwort mit „Ja“ oder „Nein“ (z.B. zögernd, gedehnt, lachend) werden in Klammer vermerkt.
- o Unterbrechungen, Pausen, Stockungen im Gespräch werden mit Gedankenstrichen vermerkt (-), bei längeren Pausen, mehrere Gedankenstriche. Ist der Grund der Pause bekannt, so wird dieser in Klammer angegeben.

Unvollständige Passagen oder Unklarheiten werden ebenfalls mit Punkten vermerkt (...) [GLÄSER und JAUDEL, 2009] [MAYRING, 2010].

### **4.3. DATENAUSWERTUNG**

Die aus der Transkription gewonnenen Daten wurden in Anlehnung an die Methode nach Philipp Mayring (2010) ausgewertet. Es kam dabei zu keiner Verwendung eines speziellen dafür entwickeltem PC-Programms. Alle Auswertungsschritte wurden im Microsoft Word, mittels Tabellen, vorgenommen.

#### **4.3.1. *Auswertungsmethode***

Die gesammelten Texte der qualitativen Erhebung, Dokumente, Transkripte, Beobachtungsprotokolle, Interviewprotokolle usw., lieferten die auszuwertenden Rohdaten. Diese Daten wurden dann qualitativ analysiert, die Informationsfülle systematisch reduziert, sowie entsprechend dem Untersuchungsziel strukturiert.

Bei der Inhaltsanalyse besteht die Aufgabe darin, einen Transformationsprozess des Ausgangsmaterials (Interpretation, Umformung, Kodierung, Strukturierung) durchzuführen. Das Ziel besteht im Allgemeinen darin, die Aussagenbreite und –komplexität auf das Wesentliche zu reduzieren



und dennoch ein Maß für die Qualität der Ausgangsdaten zu erhalten [MAYRING, 2010].

Die Inhaltsanalyse soll dabei folgende methodologische Gütekriterien erfüllen:

- o *„Sie ist systematisch, d.h. nicht impressionistisch, sondern analytisch, subjektiver Interpretationsbeliebtheit entzogen.*
- o *Sie ist kontrolliert, d.h. intersubjektiv prüfbar, die Schritte sollen nachvollziehbar sein.*
- o *Sie erfolgt theoriebegleitend, d.h. sie steht in einem theoretischem Bezugsrahmen. Dieser Theoriebezug ist der wichtigste Validitätsnachweis.*
- o *Die Inhaltsanalyse ist regelgeleitet. Ein Set von Regeln ist eine Vorgabe des Forschers und ist im Lauf der Materialdurchgänge gegebenenfalls zu revidieren. Regelgeleitetheit ist wichtige Voraussetzung für die Eindeutigkeit und Trennschärfe der Kategorisierung“ [MAYRING und GLÄSER-ZIKUDA, ???].*

#### **4.3.2. Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse**

In dieser Arbeit wurde bei der Auswertung der Rohdaten nach dem inhaltsanalytischen Verfahren nach Mayring (2010) vorgegangen [MAYRING, 2010].

Das Ablaufmodell lässt sich in 3 Phasen einteilen:

1. In der ersten, qualitativen Phase werden Fragestellungen, Begriffe, Kategorien und Analyseinstrumente entwickelt.
2. Die zweite, qualitative oder quantitative Phase besteht in der Anwendung des Instrumentariums, je nach Gegenstand und Ziel der Analyse.
3. Im dritten Schritt erfolgt die qualitative Analyse mit Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung [MAYRING, 2010].

## 1. Schritt: Ablaufmodell zur Analyse aufstellen

Im ersten Schritt geht es darum, die Analysetechnik festzulegen und ein Ablaufmodell zu erstellen. Darin besteht auch die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsverfahren.

Die Analyse wird in einzelne Interpretationsschritte zerlegt, die im Vorhinein festgelegt werden. Dadurch wird sie nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar, sie wird somit auf andere Gegenstände übertragbar und für andere benutzbar. Dies macht sie zur wissenschaftlichen Methode. Das Ablaufmodell der Analyse muss aber immer an die jeweilige Fragestellung und das Material konkret angepasst werden [MAYRING, 2010].

Zunächst wurde die Analyseeinheiten festgelegt:

- o Die Kodiereinheit ist der kleinste Materialbestandteil, der ausgewertet werden darf und unter eine Kategorie fallen kann.
- o Die Kontexteinheit legt den größten Textbestandteil fest, die unter eine Kategorie fallen kann.
- o Die Auswertungseinheit legt fest, in welcher Reihenfolge die Textteile ausgewertet werden [MAYRING, 2010].

### Induktive Kategorienbildung

Ein erster wichtiger Schritt war es, das Datenmaterial zu kategorisieren. Dabei wurden direkt aus dem vorhandenen Material die Kategorien definiert.

*Definition nach Mayring:*

*„Eine induktive Kategoriendefinition leitet die Kategorie direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich auf vorab formulierte Theorienkonzepte zu beziehen“ [MAYRING, 2010].*

Für die Analyse wurden fünf Kategorien definiert.

1. Kategorie: allgemeine Informationen

In diese Kategorie wurden alle Antworten eingegliedert, die nicht in die Kategorie 3 passten. Das sind all jene Aussagen, die keinen besonderen Bezug zu den Leitfragen haben.

*Beispiel: „Mhh ja, es gibt es jetzt natürlich vom Gesundheitsministerium den nationalen Aktionsplan Ernährung, von dem werden Sie eh schon gehört haben.“*

2. Kategorie: Arbeitsbereich und Anliegen der Organisation

Alle Informationen zu der Organisation, in der die Expertin oder der Wissensträger tätig ist, wurden dieser Kategorie zugeordnet.

*Beispiel: „Der Fonds fördert auch nicht auf Dauer sondern immer nur zeitlich befristet, Pilotprojekte, die in der Form so noch nicht durchgeführt worden sind.“*

3. Kategorie: subjektive Meinung

Diese Kategorie betreffen alle Antworten und Zusatzinformationen, die sich auf die Leitfragen bzw. Eventualfragen beziehen.

*Beispiel: „Verhältnisprävention ist ja ganz, ganz (mit Nachdruck) was Wichtiges.“*

4. Kategorie: Vorstellung eines Projektes

In diese Kategorie fallen alle Informationen des Projektes, welches mir die Expertin oder der Befragte vorstellten.

*Beispiel: „Na ja, die Teilnehmerinnen hatten einmal einen 8 wöchigen Grundkurs, mit 16 Einheiten, wo Ernährung, Bewegung und auch Motivationstraining und so etwas dabei war.“*

5. Kategorie: Empfehlungen weiterer Expertinnen und Experten sowie Projekte

Wenn Expertinnen oder Experten von anderen interessanten Projekten berichteten oder Empfehlungen für weitere Wissensträgerinnen und

Wissensträger mit fachspezifischem Know how gaben, so wurde das in diese Kategorie eingegliedert.

*Beispiel: „Interessante Projekte, also ich kenne mich in der Steiermark am besten aus und da ist die Styria Vitalis natürlich sicher auch ein Projektpartner, den Sie kennen und die machen ja auch einige Projekte in dem Bereich, also das wäre sicher, das wäre die Frau Mag. Karin Reis-Klingspiegel bzw. die Frau Mag. Sabine Hollomay, die machen alles Mögliche: Berufsschulen, gesunde Küche, grüne Haube pipapo, ja, also da gibt es einiges.“*

### **Kodieren**

Nach der Kategorisierung der Antworten wurden die Daten kodiert. Dafür wurde zuerst ein Kodierleitfaden (Anhang Kodierleitfaden) erstellt. Dieser enthält alle Variablen, Dimensionen und Ausprägungen und die dafür zugeordneten Codes zur Datenerfassung. Zusätzlich enthält dieser eine offene Sammlung der Ankerbeispiele und der Kodierregeln. Dieses Dokument wurde im Zuge der Analyse laufend ergänzt. Die Kodefindung erfolgte somit induktiv und deduktiv.

Die Kategorisierung und Kodierung der Rohdaten erfolgte für jedes Interview einzeln. Danach wurden alle fünf Kategorien aller Interviews in ein Dokument zusammengefasst und dabei nach den Codes gegliedert. Dies stellte die Grundlage für die weitere Analyse, der Interpretation, dar.

## **2. Schritt: Anwendung der qualitativen Technik**

Mayring definiert drei Grundformen des Interpretierens: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung.

Für diese Arbeit wurde die qualitative Technik der Zusammenfassung mit induktiver Kategorienbildung ausgewählt. Die einzelnen Analyseschritte wurden in einer WORD Datei tabellarisch übersichtlich festgehalten.

Bei dieser Technik wurde wie folgt vorgegangen:

### Paraphrasieren

Alle nicht inhaltstragenden Textbestandteile werden gestrichen (ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen).

Alle inhaltstragenden Textstellen werden auf eine einheitliche Sprachebene übertragen und in eine grammatikalische Kurzform transformiert.

### Generalisieren auf das Abstraktionsniveau

Konkrete, zusammengehörende Propositionen werden durch begrifflich übergeordnete, abstrakte Propositionen zusammengefasst.

### Erste Reduktion

Alle bedeutungsgleichen Paraphrasen und Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit, die nicht als inhaltstragend beachtet werden, werden gestrichen.

### Zweite Reduktion

Paraphrasen mit gleichem oder ähnlichem Gegenstand bzw. Aussagen die im Text verstreut liegen, werden zu einer Paraphrase gebündelt [MAYRING, 2010].

Die folgende Tabelle 4 zeigt ein Beispiel aus der Kategorie 3 (subjektive Meinung) mit dem Kode S (Setting) einer Expertenmeinung.

Kat.	K	Text	Paraphrasierung	Generalisierung	1. Reduktion
K3	S	<p><b>Interviewer:</b> Wie finden Sie erreicht man Kinder und Jugendliche am besten?</p> <p><b>Befragter:</b> Man muss die Kinder sicher in ihren Lebenswelten sozusagen abholen, in den Settings, ja. Das hängt natürlich vom Alter ab. Wenn ich jetzt an ein Kleinkind denke, dann habe ich da die Familie, die sozusagen der erste Ansprechpartner ist, im weiteren Alter ist natürlich das Setting Kindergarten und Schule interessant</p>	<p>Kinder muss man in ihren Lebenswelten, in den Settings abholen. Diese hängen vom Alter ab.</p> <p>Wenn ich an ein Kleinkind denke, so habe ich die Familie als ersten Ansprechpartner, im späteren Alter sind dann die Settings Kindergarten und Schule interessant.</p>	<p>Kinde muss man in ihren Lebenswelten, Settings, abholen. Diese sind altersabhängig.</p> <p>Bei den Kleinkindern ist die Familie der erste Ansprechpartner, im späteren Alter sind es das Setting Kindergarten und Schule.</p>	<p>Kinder muss man in ihren Lebenswelten, Settings, die altersspezifisch sind, abholen.</p> <p>Kleinkindern = erster Ansprechpartner: die Familie</p> <p>Später: Setting Kindergarten und Schule</p> <p>Jugendliche werden oft vergessen, vor allem im Bereich der Lehrlinge und der Höhere Bildenden Schulen</p> <p>Altersgerechtes Handeln ist wichtig</p>
K3	S	<p>und dann werden oft die Jugendlichen vergessen, ja. Wenn man so an Lehrlinge denkt, oder Höher Bildende Schulen, ja und eigentlich so in dem gesamten Bereich, aber ganz wichtig ist, es muss immer altersgerecht sein.</p>	<p>dann werden die Jugendlichen oft vergessen. Wenn man an Lehrlinge oder Höher Bildende Schulen denkt. Es ist ganz wichtig, dass man immer altersgerecht handelt.</p>	<p>Jugendliche werden oft vergessen, vor allem in dem Bereich Lehrlinge und Höher Bildende Schulen.</p> <p>Wichtig ist altersgerechtes Handeln.</p>	

Tabelle 4: Auszug aus der 1. Reduktion (K3 = Kategorie 3, S = Kodes Setting)

Anschließend wurden alle 1. Reduktionen eines Kodes zusammengefasst und eine 2. Reduktion wurde durchgeführt. In diesem Schritt wurden die Aussagen fallübergreifend generalisiert, nicht mehr die Meinung der einzelnen Interviewpartnerinnen sondern zu allgemeinen Einschätzung aller Experten [MAYRING, 2010]. Dies wird im folgendem Beispiel (Tabelle 5) dargestellt.

Kode S: SETTING für Gesundheitsförderung mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche Wo sind deren Lebenswelten?		
EK	1. Reduktion	2. Reduktion
1	<p>Allgemeine Projekte in Kindergärten und Schulen sind am besten</p> <p>--&gt; Kinder wird schon von klein auf die richtige Ernährung mitgegeben.</p> <p>--&gt; Kinder entwickeln ein Feingefühl dafür</p>	<p>▶ Allgemeine Projekte in Kindergärten und Schulen sind am besten.</p> <p>--&gt; Kinder bekommen von klein auf die richtige Ernährung mit und entwickeln dafür ein Feingefühl</p>
1	<p>Auch das Angebot in den Settings spielt eine Rolle. Zur Zeit gibt es die Initiative an den Schulbuffets. Im Jänner 2012 sollte hier mit der Umsetzung begonnen worden sein.</p>	<p>▶ Das Angebot in den Settings spielt eine Rolle. Zur Zeit gibt es die Initiative an den Schulbuffets. Im Jänner 2012 sollte mit der Umsetzung begonnen worden sein.</p>
1	<p>Zu den klassischen Settings zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schule</li> <li>▶ Gemeinde</li> <li>▶ Kindergarten</li> </ul>	<p>Zu den klassischen Settings zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schule</li> <li>▶ Gemeinde</li> <li>▶ Kindergarten</li> </ul>

1	Die Umsetzung ist das Schwierige. Projekte sind erfolgreich, wenn man in die Lebenswelten der Zielgruppen geht und dort etwas verändert und sie davon überzeugt. z.B. wie bei Anders Essen - Aha – Erlebnisse sind wichtig.	Die Umsetzung ist das Schwierige. Projekte sind erfolgreich wenn man in die Lebenswelten der Zielgruppen geht und dort etwas verändert und die Zielgruppe davon überzeugt --> AHA Erlebnisse (z.B. wie bei Anders Essen)
4	Kinder muss man in ihren Lebenswelten, Settings, die altersspezifisch sind, abholen. Kleinkindern = erster Ansprechpartner: die Familie Später: Setting Kindergarten und Schule Jugendliche werden oft vergessen, vor allem im Bereich der Lehrlinge und der Höhere Bildenden Schulen Altersgerechtes Handeln ist wichtig	Kinder muss man in ihren Lebenswelten/Settings abholen, diese sind altersspezifisch: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Kleinkinder: die Familie/Elternhaus ist der erste Ansprechpartner</li> <li>▶ Kinder bis zu drei Jahren erreicht man hauptsächlich über die Eltern</li> <li>▶ Später: Kindergarten und Schule</li> <li>▶ Jugendliche werden oft vergessen, v.a. im Bereich der Lehrlinge und den Höheren Schulen</li> </ul>
5	<del>Kinder und Jugendlichen erreicht man am besten im Setting Kindergarten und Schule.</del>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Das Lebensfeld Schule ist oftmals durch Kleinigkeiten veränderbar.</li> <li>▶ Würden die Rahmenbedingungen in der Schule verbessert werden, würde einiges erreicht werden.</li> <li>▶ Schule und Kindergarten sollten eine bewegungsfördernde Lebenswelt für die Kinder werden.</li> </ul>
5	Oft können Kleinigkeiten, das Lebensfeld Schule verändern.	
5	Würde man die Rahmenbedingungen in der Schule ein wenig verbessern, könnte man einiges erreichen.	
5	<del>Man müsste direkt bei den Lebenswelten anfangen.</del>	
5	Schule und Kindergarten sollten eine bewegungsfördernde Lebenswelt für die Kinder werden.	
7	<del>Kinder und Jugendliche erreicht man am besten in der Schule und im Kindergarten.</del>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Man sollte so früh wie möglich beginnen. Wir versuchen die Mütter über die Mütterberatung zu erreichen, da ganz zu Beginn die Mütter oder auch die Väter für die Ernährung zuständig sind.</li> </ul>
7	Man sollte so früh wie möglich beginnen. Wir versuchen, die Mütter über die Mütterberatung zu erreichen, da ganz zu Beginn die Mütter oder auch die Väter für die Ernährung zuständig sind.	
8	Setting für Kinder und Jugendliche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Schule</li> <li>▶ Kindergarten</li> </ul> <del>Elternhaus.</del>	
9	Kinder bis zu drei Jahren erreicht man hauptsächlich über die Eltern.	
10	Ich bin hier wieder beim Punkt, die Schule und ihre Möglichkeiten müssen stark miteinbezogen werden. Dazu gehört: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Das gesunde Schulbuffet</li> <li>▶ Die gesundheitsfördernde Bewegung anstatt leistungsorientierte Bew.</li> <li>▶ Lehrer soll ein offenes Ohr für Fragen haben</li> <li>▶ Erwachsene in der Schule sind gute Vorbilder sind, nicht anders handeln als den Kindern zu lernen (rauchen, ungesunde Jause). Ansonst ist die Mühe umsonst.</li> </ul>	Die Schule und ihre Möglichkeiten müssen stark miteinbezogen werden. Dazu gehört: <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Das gesunde Schulbuffet</li> <li>▶ Die gesundheitsfördernde anstatt leistungsorientierte Bewegung</li> <li>▶ Lehrer soll ein offenes Ohr für Fragen haben</li> <li>▶ Erwachsene in der Schule sind gute Vorbilder, nicht anders handeln als den Kindern zu lernen (rauchen, ungesunde Jause), ansonst Mühe umsonst</li> <li>▶ Der Eingriff durch das Schulsystem in die Bedingungen, in denen Kinder essen, leben und lernen ist viel effektiver, als Einzelmaßnahmen, diese können teilweise problematisch werden/sein</li> </ul>
10	<del>Kindergarten und Schule, beide wichtige Lebenswelten/Settings für Kinder und Jugendliche, hier kann man sie sehr gut erreichen.</del>	
10	Der Eingriff durch das Schulsystem in die Bedingungen in denen Kinder Essen, Leben und Lernen ist viel effektiver als Einzelmaßnahmen, diese können teilweise problematisch werden/sein.	

11	<p>Kinder und Jugendliche erreicht man dort am besten wo sie die meiste Zeit verbringen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ in den Familien</li> <li>▶ bei Freizeitaktivitäten und insbesondere natürlich</li> </ul> <p>in Kindergärten, Kinderbetreuungseinrichtungen und in der Schule.</p>	
11	<p>Die Einrichtungen (Kindergarten, Schule) haben einen Auftrag zur Gesundheitsbildung und –förderung.</p> <p>Dies umfasst nicht nur das Vermitteln von Gesundheitswissen und das Vermitteln des Bewusstseins für die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung, sondern v.a. auch die gesundheitsfördernde Gestaltung des Alltags bzw. eines vor Gewichtszunahme schützenden Umfelds.</p> <p>= ausreichend und adäquate Zeit und Raum für Bewegung und Nahrungsaufnahme, gesundes Verpflegungsangebot, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Die Einrichtungen (Kindergarten, Schule) haben einen Auftrag zur Gesundheitsbildung und –förderung.</li> </ul> <p>Dies umfasst nicht nur das Vermitteln von Gesundheitswissen und das Vermitteln des Bewusstseins für die Bedeutung von gesunder Ernährung und Bewegung, sondern v.a. auch die gesundheitsfördernde Gestaltung des Alltags bzw. eines vor Gewichtszunahme schützenden Umfelds.</p> <p>= ausreichend und adäquate Zeit und Raum für Bewegung und Nahrungsaufnahme, gesundes Verpflegungsangebot, etc.</p>

Tabelle 5: 2. Reduktion von Codes Setting (EK = Expertencode)

### 3. Schritt: Qualitative Analyse mit Rückbezug der Ergebnisse auf die Fragestellung

Die aus der zweiten Reduktion gewonnenen Daten wurden im letzten Schritt der qualitativen Analyse in Bezug zur Fragestellung analysiert. Die daraus gewonnenen Ergebnisse werden im Kapitel 4, in Hinblick auf die Forschungsfrage, verbunden mit der Auseinandersetzung der aktuellen Literatur zu diesem Thema, zusammengefasst und diskutiert.

Die folgende Abbildung 6 zeigt das Ablaufmodell, nach welchem bei der Auswertung vorgegangen wurde.



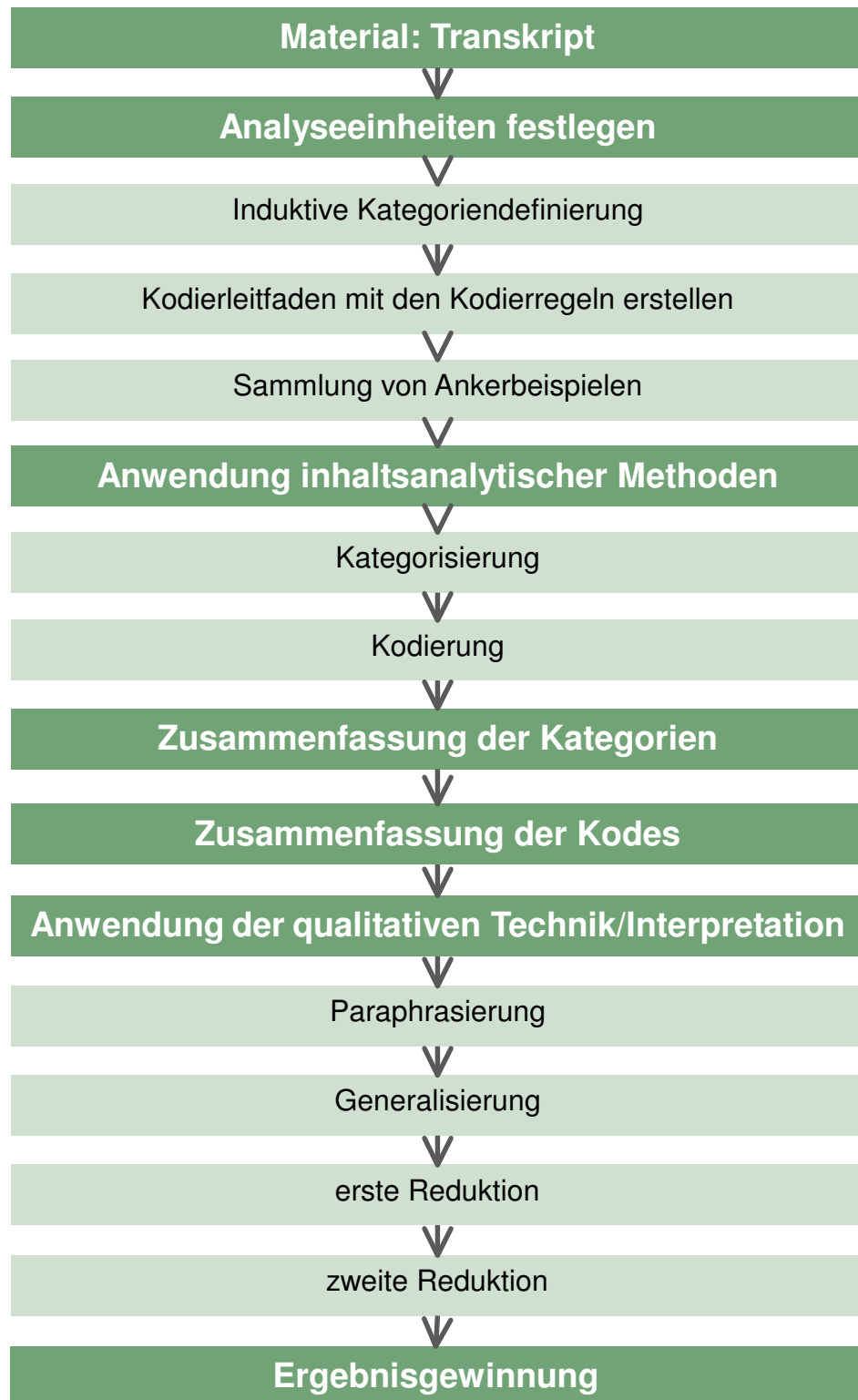


Abbildung 6: Ablaufmodell

## **4.4. ZEITPLAN**

### **4.4.1. *Einreichung Ethikkommission***

Im Oktober 2011 wurde der Antrag für das Projekt in der Österreichischen Ethikkommission der Medizinischen Universität und dem AKH Wien eingebracht (EK-NR. 1003/2011). Nach positivem Votum wurde mit dem Erstellen des Interviewleitfadens und der Expertenauswahl begonnen. Bevor die Kontaktaufnahme erfolgte, wurde der Leitfaden einem Pretest unterzogen.

### **4.4.2. *Kontaktaufnahme***

Im Dezember 2011 wurde mit der Kontaktaufnahme per E- Mail angefangen. In dieser Zeit war es schwierig, persönliche Gespräche zu erreichen, somit wurde die Durchführung der Interviews auf Jänner 2012 verschoben, die Kontaktfindung und Terminkoordination dauerte bis Februar 2012 an.

### **4.4.3. *Durchführung der Interviews***

Die Durchführung der Interviews nahm zwei Monate in Anspruch. Das erste Interview wurde im Jänner 2012 durchgeführt und das letzte im Februar 2012.

### **4.4.4. *Datenaufbereitung***

Der Transkriptionszeitraum erstreckte sich von Mitte Jänner 2012 bis Ende März 2012. Das letzte autorisierte Interview wurde Anfang April 2012 übermittelt.

### **4.4.5. *Datenauswertung***

Die Auswertung der Daten begann demzufolge im April 2012 und dauerte bis Juni 2012 an.

Die Tabelle 6 gibt den Zeitplan in tabellarischer Form wieder.

Tätigkeit	Okt.11	Nov.11	Dez.11	Jän.12	Feb.12	Mär.12	Apr.12	Mai.12	Jun.12	Jul.12
Antrag Ethikkommission	■									
Erstellung Fragebogen	■	■								
Pretest		■								
Kontaktaufnahme			■	■	■					
Durchführung der Interviews				■	■					
Datenaufbereitung				■	■	■				
Datenauswertung							■	■	■	
Ergebnisformulierung										■

Tabelle 6: Zeitplan

In diesem Abschnitt wurde das Vorgehen der empirischen Untersuchung ausführlich dargestellt. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Leitfadenterview als Erhebungsmethode herangezogen. Dies bietet den Vorteil, dass der Interviewer einen vorbereiteten Fragenkatalog mit Schlüsselfragen zur Verfügung hat, die Gesprächspartnerin beziehungsweise der Interviewpartner offen berichten kann und das Gespräch somit um personenspezifische Aspekte erweitert werden kann. Ausgewertet wurden die Daten in Anlehnung an die Methode der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring (2010) mit der speziellen qualitativen Technik der Zusammenfassung und induktiver Kategorienbildung.

## 5. ERGEBNISSE UND DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse der zuvor beschriebenen Untersuchung dargestellt. Die Resultate stammen aus der zweiten Reduktion der einzelnen Codes der jeweiligen Kategorien. Zuerst werden die Codes tabellarisch dargestellt, danach folgt eine Auflistung der gewonnenen Erkenntnisse, geordnet nach den Codes. Originalzitate sollen dazu dienen, die gewonnenen Ergebnisse zu untermauern und zu verdeutlichen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse beendet das Kapitel.

### 5.1. KODIERLEITFADEN

Aus den elf Interviews konnten induktiv und deduktiv dreizehn Codes gebildet werden. Die nachstehende Tabelle (Tabelle Nr.6) gibt eine Übersicht über alle gewonnenen Codes.

Kode	Bedeutung
PE	Persönliche Erfahrungen, Meinungen
A	Arbeitsfeld, Ansatz der Organisation
GP	Grundprinzipien, Maßnahmen
P	Beschreibung von Projekten, Äußerungen zur Projektsituation
S	Setting
T	Zeit (time), Projektlaufzeit
ZG	Zielgruppe
EZG	Erreichbarkeit/Ansprechbarkeit der Zielgruppe
F	Förderung, finanzielle Argumente, Ressourcen (finanziell + personell)
VO	Vorsorgemittel
GBP	wirksames Modellprojekt, good/best practice
N	Nachhaltigkeit, Weiterführung

<b>V</b>	Verantwortlichkeit
<b>PP</b>	Projektpartner
<b>PPh</b>	Projektphasen
<b>ZI</b>	Allgemeine Informationen, Zusatzinformationen, Experten/Expertinnen Nennung
<b>Z</b>	Ziele
<b>E</b>	Evaluation
<b>LE</b>	Langzeitevaluation
<b>VE</b>	Ernährungsverhalten
<b>EW</b>	Ernährungswissen
<b>AL</b>	Aktive Lebensweise, Bewegung
<b>K</b>	Kampagnen
<b>H</b>	Hindernisse, Problematiken, Schwierigkeiten, Limitierungen
<b>D</b>	Dokumentation
<b>GD</b>	Gesundheitsdaten
<b>SE</b>	Seelische Gesundheit
<b>NAP.e</b>	Nationaler Aktionsplan Ernährung

Tabelle 7: Generierte Codes

## **5.2. INTERPRETATION DER ERGEBNISSE**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Codes, welche aus der zweiten Reduktion der Kategorie 1 und 3 übrig blieben, diskutiert.

### **5.2.1. *Kampagnen***

Die Experten sind der Meinung, dass einzelne Medienkampagnen wenig Effekte zeigen würden, aber als zusätzlicher Teil eines andauernden, laufenden Basisprogramms könnten sie zur Bewusstseinsbildung beitragen. Systematisierte Kampagnen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas

wären ein wichtiger Teil einer Gesamtstrategie. Highlights, wie Kampagnen, sollten kontinuierlich gesetzt werden, so dass die Thematik wieder attraktiv würde und neuen Schwung bekäme, vor allem dann, wenn sich die anfängliche Motivation abschwäche. Positiv ist, dass durch Kampagnen die Ziele in Themen zusammengefasst würden und somit eine Impulssetzung, die das Augenmerk auf ein Thema richtet, stattfände.

Ankerbeispiel:

*„Ja, wenn es eine Kampagne ist, dann sehe ich das nicht als sehr hochwertig. Wenn es ergänzt, ein anderes Programm, das als Basisprogramm die ganze Zeit durchläuft, dann macht es Sinn und auch dann gibt es sozusagen „Highlights“ die man auch setzen kann, um das Ganze wieder attraktiv zu gestalten.“ (Interview 10, Seite 4, Zeile 183-186)*

Dabei sei eine zielgruppenspezifische Aufbereitung der Kampagne wichtig. Bei Kindern und Jugendlichen würde der Weg über moderne Kommunikationsmittel, die diese Zielgruppen insbesondere anspreche, empfohlen werden. Kampagnen, welche über massentaugliche Medien geschaltet werden, würden die breite Öffentlichkeit ansprechen, folglich sei damit ein zielgruppenspezifischer Ansatz kaum möglich.

Laut der Wissensträgerinnen und Interviewpartner würden die Schwächen klassischer Werbekampagnen zum Thema Gesundheitsförderung und Ernährung darin liegen, dass sie meist in der Fülle anderer großer Kampagnen untergehen würden. Ausschlaggebend dafür sei, dass diese nicht über die budgetären Möglichkeiten verfügen würden wie Werbekampagnen großer Firmen. Kampagnen zur Prävention von Übergewicht wären für große Medien weniger interessant.

Weiters seien sie sehr kostenaufwendig und würden selten evaluiert werden. Der Erfolg einer Kampagne wäre sehr schwer zu messen, deshalb sollten sie nicht vorrangig, sondern als Ergänzung eingesetzt werden.

Ankerbeispiel:

*„Kampagnen an und für sich sind ja sehr oft kostenaufwendig, werden selten evaluiert und ich bin, ich denke, dass sie nicht (betont) oberste Priorität haben sollten, als Ergänzung ja.“ (Interview 10, Seite 4, Zeile 186-188)*

### 5.2.2. **Setting**

Alle Befragten sind sich einig, dass Projekte am erfolgreichsten seien, wenn man die Kinder und Jugendlichen in ihren Lebenswelten abhole, dort eine Veränderung schaffe und die Zielgruppe davon überzeuge.

Als klassische Settings für Kinder und Jugendliche fungiere das Elternhaus, der Kindergarten und die Schule, sowie die Gemeinde. Altersabhängig und zielgruppenspezifisch seien bestimmte Settings von höherer Bedeutung. Bei den Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr sei die erste Ansprechperson das Elternhaus und die Familie, im höheren Alter erreiche man die Kinder im Kindergarten und in der Schule. Jugendliche in den Höher Bildenden Schulen und Lehrlinge würden oft vergessen werden.

#### Ankerbeispiel:

*„Also ich gehe einmal natürlich davon aus, dass die Eltern einmal grundsätzlich das Beste wollen für ihre Kinder und die dann auch, sagen wir so, ansprechbar sind, grundsätzlich.“ „Mit zunehmendem Alter verselbständigt sich das natürlich und die Kinder haben dann auch ein Essverhalten oder sie essen dann die meiste Zeit außerhalb des Hauses, überhaupt wenn sie halt dann auch größer werden und da gilt es dann schon natürlich ein Grund, dass man in das Setting schaut. Also eben von der Schulküche, vom Schulbuffet angefangen, von den Automaten, die dort stehen mit Getränken und so.“ (Interview 8, Seite 2, Zeile 87-94)*

Oft wurde darauf hingewiesen, dass Projekte in Kindergärten und Schulen am erfolgsversprechendsten wären, da die Kinder von klein auf schon ein Feingefühl für eine richtige Ernährung entwickeln würden. Deshalb sollten diese Institutionen mit ihren Möglichkeiten stark miteinbezogen werden, um effektiv und nachhaltig zu wirken.

Angebote in Kindergärten und Schulen werden von den Befragten als sehr positiv bewertet, da es in diesem Setting leichter sei, an Kinder und Jugendliche heranzukommen. Außerhalb dieser Strukturen sei die Erreichbarkeit der Zielgruppe schwieriger. Laut Aussagen der Expertinnen und Experten sollten die Rahmenbedingungen in diesen Lebenswelten verbessert werden. Der Eingriff durch die Makro- (Gesetzgebung, etc.), Meso- (Schulverwaltung, Gemeinde, etc.) oder Mikroebene (Klassenzimmer, Kindergartengruppe, etc.) in

den Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche essen, leben und lernen, sei viel effektiver als Einzelmaßnahmen. Einzelmaßnahmen könnten problematisch sein, da sie unter Umständen zu einer Essstörung führen können.

Ankerbeispiel:

*„So schulärztliche Interventionen, die sagen: "Mahh du hast wieder zugenommen", bei der Kontrolle einmal jährlich, nicht, die gehen ja oft in die verkehrte Richtung. Die Kinder eschapieren dann in eine Magersucht unter Umständen, aus der es dann ganz schwierig ist herauszukommen, oder sie galoppieren mit ihrer Adipositas davon.“ (Interview 10, Seite 1, Zeile 17-19)*

Hingewiesen wurde auch darauf, dass die Einrichtungen der Kinderbetreuung den Auftrag zur Gesundheitsbildung und –förderung hätten. Dieser umfasse nicht nur das Vermitteln von Gesundheitswissen und das Bewusstsein für die Bedeutung gesunder Ernährung und Bewegung, sondern vor allem auch die gesundheitsfördernde Gestaltung des Alltags und eines vor Gewichtszunahme schützenden Umfeldes.

Durch folgende Maßnahmen könnte eine gesundheits- und bewegungsfördernde Lebenswelt geschaffen werden:

- o gesundheitsfördernde anstatt leistungsorientierte Bewegung
- o gesundes Verpflegungsangebot (gesundes Schulbuffet)
- o kompetente Ansprechpersonen für Gesundheitsfragen
- o Vorbildwirkung der Erwachsenen (Rauchen, Jause)
- o ausreichend und adäquate Zeit und Raum für Bewegung und Nahrungsaufnahme

Ankerbeispiel:

*„Und da müsste die Schule, und da bin ich wieder beim Punkt, Schule muss sehr stark miteinbezogen werden mit ihren Möglichkeiten. Das ist eben wirklich das gesunde Schulbuffet, das ist wirklich die gesundheitsfördernde Bewegung und nicht die leistungsorientierte. Das sind Lehrer, die ein offenes Ohr haben und dann geht es natürlich schon auch darum, dass die Erwachsenen in der Schule auch machen was sie sagen. Also wenn die Biologielehrerin dann rauchen geht heimlich, oder wenn der Turnlehrer seine Leberkäsesemmeln isst vor den Kindern, dann ist alles weg.“ (Interview 10, Seite 8, Zeile 376-383)*



### **5.2.3. Zielgruppe**

Unter den Expertinnen und Experten kam die Meinung vor, dass der Ausdruck „Zielgruppe“ grundsätzlich vermieden werden sollte, da es sich hierbei um eine Gruppe handle, mit der gemeinsam in einem Projekt gearbeitet werde. Ein besser gewählter Begriff dafür wäre Dialoggruppe. Eine Stigmatisierung der Gruppe sollte damit verhindert werden, um die Kluft zwischen Expertinnen/Experten und Ziel- bzw. Dialoggruppe zu schließen. Zu Beginn jeder Intervention sei es wesentlich, die Angst der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ernst zu nehmen und danach abzubauen.

Für den Projekterfolg weiters ausschlaggebend sei einerseits Überzeugungsarbeit zu leisten und andererseits proaktiv mit der Dialoggruppe zu kommunizieren. Das heißt, mit der richtigen Wortwahl die Dialoggruppe anzusprechen und aktiv das Gespräch zu suchen.

#### Ankerbeispiele:

*„Und man müsste ein bisschen diese Kluft Experten und quasi Zielgruppen schließen, ich mag ja dieses Wort überhaupt nicht, weil es geht ja um eine Dialoggruppe, um eine Gruppe mit der ich arbeite und das ist dann glaube ich auch schon eine ganz andere Zugangsweise.“ (Interview 5, Seite 2, Zeile 77-80)*

Vor allem bei Kindern und Jugendlichen stelle ein falsches Ernährungsverhalten ein sehr sensibles Thema dar, denn sie wüssten es selbst, ob sie zu dick oder zu dünn seien. Nicht von Vorteil sei, wenn es ihnen bewusst gemacht werde, dass dies jetzt ein Projekt für sie wäre, weil sie sich nicht richtig ernähren. Die Erfahrung der Projektbetreiberinnen und Experten zeigte, dass Übergewichtige und Magersüchtige ein schwaches Körperbewusstsein hätten und auch sehr stark an ihrem Fehlverhalten leiden. In diesem Bereich sollten die schulärztlichen Kompetenzen dringend geschult werden. Wie im Kapitel Setting (Kap. Nr. 4.2.2.) schon erwähnt, werden Einzelinterventionen durch Schulärzte oft als negativ erlebt.

#### Ankerbeispiel:

*„Kinder und Jugendliche sind sehr sensibel für das Thema, weil sie ja wissen, ob sie zu dick oder zu dünn sind, das wird ja in der Gruppe, also in der Klasse und überall wo sie sich bewegen, ist ihnen das sehr schnell bewusst und sie leiden ja auch sehr darunter,*

*also die Kinder hier, das sieht man ihnen richtig an, also die leiden stark unter ihrem zu großem Gewicht.“ (Interview 3, Seite 3, Zeile 113-117)*

In der Wahrnehmung der Projektbetreiber trete Übergewicht vermehrt in den bildungsferneren Schichten auf. Folglich sei es wesentlich, sich auf diese Gruppen zu fokussieren. Eine schwächere Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins und des dazugehörigen Verhaltens sei festzustellen, da Alltagsorgen das Denken dieser Dialoggruppe beherrschen. Hier sollte vor allem niederschwellige Unterstützung angeboten werden und aktiv auf diese Gruppen zugegangen werden. Vor allem im Umgang mit ihren vorhandenen finanziellen Ressourcen könnten sie geschult werden. Oft werde damit ungeschickt umgegangen. Einerseits gäben sie viel Geld für Ernährung aus (Fast Food, Convenience Produkte, Snacks, Softdrinks) und andererseits leiden sie an Geldnöten.

Ankerbeispiel:

*„Ich meine, solange die nachdenken, ob sie die Heizung zahlen oder die Miete - ist ihnen das eigentlich auch egal. Und sie machen das auch ungeschickt. Also sie geben dann auch relativ viel Geld aus und haben dann aber zu wenig sozusagen Unterstützung und auch ganz niederschwellige Unterstützung dass z.B. gesunde Ernährung ja nicht wirklich teurer ist als andere. Es ist ja der MC Donalds ist ja in Wirklichkeit teuer und diese ganzen Fast Food Geschichten und die Automatengetränke und so. Das ist ja in Wirklichkeit wirklich teuer.“ (Interview 10, Seite 10, Zeile 508-513)*

Die übliche Ernährungsberatung würde von gut informierten, gesundheitsbewussten Frauen der Mittel- und Oberschicht besucht werden. Männer weisen ein sehr konservatives Ernährungsverhalten auf, dieses sei schwer zu ändern. Für Geld gäbe es ausreichend Angebote.

Ankerbeispiel:

*„Wir konzentrieren uns natürlich auch da sehr stark diese Leute zu erreichen die eben sonst sich jetzt vielleicht einen teuren, weiß ich nicht, Weight Watcher Kurs oder so weiter, es gibt ja natürlich Angebote, dann wenn man genug Geld hat, die sich das nicht leisten können.“ (Interview 3, Seite 5-6, Zeile 259-262)*

### **5.2.3.1. Erreichbarkeit der Dialoggruppe**

Auf Grund der steigenden Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen sind sich alle der Befragten einig, dass ein rascher Handlungsbedarf bestehe

und es daher wichtig sei, sich Gedanken zu machen, wie man effektiv die Dialoggruppe erreiche.

Für die Erreichbarkeit gäbe es aber keine einheitliche Faustregel, da die Dialoggruppe nicht aus homogenen Charakteren bestehe. Somit sei es notwendig, diese über verschiedene Kanäle anzusprechen. Jede Art von Aufruf der versuche ein Projekt zu propagieren (im Sinne von Folder, Plakaten, Inseraten, Free Cards, etc.), sei sinnvoll. Ein Projekt nur mit einer Form zu verbreiten, wäre zu wenig. Manche Kinder und Jugendliche würden zur Unterstützung eine Gruppe benötigen, andere wiederum agieren eher eigenständig und holen sich nötige Informationen aus Büchern, Zeitschriften etc. und/oder lassen sich von den Medien und der Werbung beeinflussen. Auch zeige sich dieses unterschiedliche Verhalten geschlechts- und altersspezifisch.

Ankerbeispiel:

*„Also man erreicht nie jeden, das ist ganz klar, weil die Menschen sich verschieden gut ansprechen lassen. Also manche lassen sich gut über Kurse ansprechen, weil die brauchen eben die Gruppe, die ihnen hilft. Es gibt aber viele Menschen, die machen das lieber nur für sich alleine, die erreichen, ich weiß nicht, die lesen dann lieber irgendwelche Bücher oder Zeitschriften, die am Markt kommen. Andere wieder sind stark beeinflusst von eher Werbung und den großen Medien. Also das kommt dann auf die Zielgruppe auch an. Also Frauen sind da anders wieder als Männer und Kinder und Jugendliche sind sowieso stark beeinflusst von ihrem Umfeld, also wenn die Eltern oder ihre Freunde da etwas sagen, dann zählt das mehr wie alles andere oft.“  
(Interview 3, Seite 2-3, Zeile 97-106)*

Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen sei schwierig, da diese meist in ihrer Kommune leben und nicht in die Öffentlichkeit herauskommen würden. Aufsuchende Betreuung wäre hier das Beste, man solle versuchen in die Kommune hinein zu gehen und aktiv die Zusammenarbeit zu suchen.

Die Phase der Teilnehmerfindung sei eine sehr intensive und sehr schwierige Phase des gesamten Projektzyklus. Die Erfahrung der Projektbetreiberinnen und Wissensträger zeigt, dass wesentlich mehr Kontakte hergestellt werden müsse, als Teilnehmer für die Intervention geplant seien. Anfänglich würden sich viele interessierte Personen melden, nach ausführlichen Anamnesegesprächen zeige sich, dass aus verschiedenen Gründen

(Bereitschaft, Gesundheit, Geld) nicht alle Interessierten für das Projekt, geeignet wären.

Über die klassischen Settings seien Kinder und Jugendliche am besten zu erreichen. Die Dialoggruppe solle immer zielgruppenspezifisch angesprochen werden, dafür sei didaktisches Know how nötig. Die Kommunikation sei immer ein großes Thema. Es sei wichtig, ein gesundheitsförderndes Projekt so aufzubereiten, dass es die Dialoggruppe anspreche.

Die Experten wiesen darauf hin, dass sich Kinder und Jugendliche sehr stark von ihrem Umfeld beeinflussen lassen, das auf der einen Seite die Familie sei und auf der anderen Seite die Freunde. Eine Zusammenarbeit mit Ärzten, Schulen und Bezirksmedien wäre wichtig. Man sollte versuchen, Kinder und Jugendliche sowohl über die Verhältnisse, aber auch über den individuellen Zugang zu erreichen. Sie würden das Interesse an Projekten zeigen, jedoch benötigen sie dabei immer den persönlichen Appell.

Laut Expertinnen- und Expertenmeinung könne grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Eltern das Beste für ihre Kinder wollen, darum seien sie dafür sehr gut ansprechbar. Aber die Kinder direkt über die Familie zu erreichen, erweise sich als schwierig. Es könnte aber über die Gemeindeebene oder über öffentliche Institutionen funktionieren. Mit zunehmendem Alter würden die Kinder selbstständiger werden und ihr eigenes Ernährungsverhalten entwickeln. Mahlzeiten werden öfters außerhalb der Familienstruktur eingenommen. Das Angebot im Setting Schule spiele eine wesentliche Rolle. Ab etwa 15 Jahren werde die Peergroup vorrangig. In dieser Zeit haben die Eltern weniger zu sagen. Gezielte Strategien seien nötig, um an die Jugendlichen heranzukommen. Mit der Methode „Peergroup Educating“ könnte man versuchen, an sie heranzutreten.

Die „Peer Group Education“ nutzt die Informationskompetenz der „Peer Leader“, diese lehren, begleiten und unterstützen die „Peers“. Eine „Peer Group“ ist eine Gruppe von (gleichaltrigen) Personen, die gleiche Werte

innerhalb desselben sozialen Systems leben. In jeder „Peer Group“ gibt es eine Person, den „Peer Leader“, die besondere Aufmerksamkeit und Glaubwürdigkeit der anderen „Peers“ bekommt. Hier setzt die „Peer Group Education“ an [BMWFJ, 2012].

Ankerbeispiel:

*„Ja und dann, wenn die Peergroup halt wichtiger wird, also auch so bei den Jugendlichen so ab 15, wo die Eltern ja eh nichts mehr zu plaudern haben diesbezüglich, dann muss man halt gezielt auch, was weiß ich, mit den Strategien Peergroup Educating und so tätig werden, denke ich mir. So wie man es im Suchtbereich und im Sexualaufklärungsbereich auch tut.“ (Interview 8, Seite 2, Zeile 99-103)*

#### **5.2.4. Projekte**

Positiv angesehen von Seiten der Interviewpartner wird die Vielfältigkeit an Ideen, Methoden und Einsatzmöglichkeiten in der österreichischen Projektlandschaft. Viele Projekte zum Thema Ernährung und Bewegung werden erfolgreich durchgeführt und auch das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Maßnahmen sei sehr hoch. Weiters bestehe die Möglichkeit, für Projekte Förderungen zu erhalten.

Als weniger vorteilhaft wird empfunden, dass die Wirksamkeit vieler Maßnahmen nicht überprüft werde und andererseits Projektförderungen nur einmalig vergeben werden. Die Projekte in Österreich seien sehr heterogen und wenig evidenzbasiert. Meist würde es sich bei Gesundheitsprojekten um „Good-Will Aktionen“ von engagierten Menschen handeln, aber dies seien dann noch keine guten Projekte.

Es mangle an einem standardisierten und evidenzbasierten Programm mit geschulten Leuten, die dies in ganz Österreich an verschiedenen Orten etablieren. Viele gute Projekte und Ideen wären vorhanden, aber diese würden nicht in Programme umgewandelt werden. Solange man von Kindergesundheitsprojekten mit einem definierten Anfang und Ende spreche, sei die Wirksamkeit fragwürdig. Alle befragten Projektbetreiber seien sich einig,

dass Adipositasprävention den Projektstatus verlassen müsste und in ein kontinuierliches Programm übergehen sollte.

Ankerbeispiel:

*„Weil ein Projekt ist ja dadurch definiert, dass es anfängt und wieder aufhört und so lange es Projekte sind und so lange es überhaupt Kindergesundheitsprojekte sind, ist das einfach ein verlorenes, ja, nicht unbedingt Geld, aber ist das Ganze eigentlich fragwürdig.“ (Interview 10, Seite 6, Zeile 269-272)*

Pilotprojekte im Vorfeld machen Sinn, um verschiedene Methoden auszutesten und bewährte Modelle herauszuarbeiten aber es sollten nicht einzelne Blitzlichter, kleine Projekte und Kampagnen stattfinden. Laut den Befragten sei es vorteilhaft, das Anerkannte zentral zu bündeln und auf ganz Österreich auszurollen, um Doppelgleisigkeiten, wie sie zur Zeit vorhanden seien, zu vermeiden. Bedeutend sei, dass man sich dabei an den good/best practice Modellprojekten orientiere. Wichtig seien auch kostenlose Veranstaltungen mit niederschweligen Informationen und praktischen Tipps.

Die Vernetzung und die Zusammenarbeit sowie das transparente Arbeiten fehle noch in Österreich. Oft wissen Projektbetreiber nicht, welche anderen Projekte es in diesem Bereich noch gebe. Als hilfreich werde erachtet, dass viele Informationen zu Projekten im Internet zugänglich seien.

Ankerbeispiele:

*„Und ja, das ist eben das Wichtigste denke ich, dass man hier vernetzt und zusammenarbeitet und nicht immer alleine. Und ich denke, da ist Österreich, da muss Österreich noch sehr viel lernen.“ (Interview 9, Seite 2, Zeile 83-85)*

Auf europäischer wie auch auf nationaler Ebene (z.B. Deutschland) gebe es Übersichten an Adipositaspräventionsprogrammen, welche den Einsatz im Vergleich zum Ergebnis darstellen würden. Solche Bestrebungen seien in Österreich erst ansatzweise vorhanden.

Aktuell zeige sich in Österreich, dass Projekte in den wenigsten Fällen partizipativ geplant werden. Vor allem bei Kindern und Jugendliche sei es schwierig, diese bereits in die Projektplanung zu integrieren, sie mitentwickeln und mitsteuern zu lassen. Partizipative Projektentwicklung sei aber für ein gutes, gesundheitsförderndes Projekt zwingend notwendig.

Ankerbeispiel:

*„Oder man hat nicht partizipativ das Projekt entwickelt. Dass die, für die es gemacht wird, nicht quasi zwangsbeglückt werden, sondern die sollten bei einem guten Projekt, bei einem gesundheitsförderlichen Projekt ja von Anfang an miteinbezogen werden.“ (Interview 5, Seite 2, Zeile 74-77)*

Mit Schulprojekten, die in den verschiedensten Bereichen ansetzen, kann man sehr viel erreichen, da das Interesse an Projekten vorhanden sei und das Angebot angenommen werde. Man solle aber darauf achten, dass die Schulen nicht mit Projekten überflutet und mit den Themen überfahren werden. Eine Veränderung benötige immer eine gewisse Zeit, um zu reifen, deshalb wären Langzeitprogramme von Vorteil. Tendenziell seien die durchgeführten schulischen Interventionen zu kurz und es gäbe keine Wiederholungen, somit sei kein langfristiger Erfolg sichtbar.

Einzelaktionen in Form von Ernährungsworkshops in den Institutionen erwiesen sich als wenig effektiv, diese tragen lediglich zur Bewusstseinsbildung bei und dienen der Schule als gute Public Relations Maßnahme, wirken aber selten nachhaltig. Bedeutsam wäre eine Verhältnisänderung in dem Sinne, dass man die Personen, die täglich mit Kindern arbeiten, schule und ihre Kompetenzen im Bereich Ernährung und Gesundheitsförderung stärken. Dies sollte schon in der Ausbildung beginnen und kontinuierlich weiter fortgesetzt werden.

Ankerbeispiel:

*„Es hat sozusagen keinen Sinn, wenn ich in einen Kindergarten gehe und einen Ernährungsvortrag halte, ich muss die Leute die täglich mit den Kindern arbeiten schulen und in ihren Kompetenzen im Bereich Ernährung, Gesundheitsförderung stärken. Und zwar von der Ausbildung an und dann begleitend weiter und bei den Lehrern ist es das gleiche. Also sozusagen die Verhältnisse ändern.“ (Interview 4, Seite 4, Zeile 217-221)*

Im Zuge einer Intervention könne die Verantwortung für einen gesunden Lebensstil von den Erwachsenen auf Kinder nicht übertragen werden. Es dürfe zu keiner Rollenumkehr kommen. Erwachsene müssten ihre Pflichten wahrnehmen und sich ihrer Verantwortung gegenüber ihrer Kinder bewusst werden. Übergewichtige Kinder seien oftmals im psychischen und im mentalen Bereich beeinträchtigt, da sie Depressionen und Einbußen an Lebensqualität hätten.

Projekte wären nur ein kleiner Teil der Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen, daneben existiere auch noch ihre „Peergroup“, das Elternhaus und das Freizeitverhalten. Projekte dürften nicht das hohe Ziel haben, Übergewicht zu reduzieren, sondern es sollte primär um eine Sensibilisierung und eine Bewusstseinsbildung bei der Dialoggruppe gehen, dass sie sich selbstbestimmt mit dem Thema auseinandersetze.

### **5.2.5. Ressourcen**

Ressourcen sind in finanzielle und personelle Ressourcen einzuteilen. Beide seien ein wichtiger Teil und auch bei allem, was an Ressourcen zur Verfügung stehe, sei ein Verbesserungspotential vorhanden. Bei vielen Projekten handle es sich um „Good-Will Aktionen“ mit hohem Anteilen an finanziellen und personellen Ressourcen, und diese seien oftmals nicht effizient. Die Messung der Relation zwischen In- und Output erfolge häufig nicht, somit sei nicht evaluierbar, ob die vorhandenen Mittel wirtschaftlich eingesetzt wurden.

Die Ressourcen für Adipositaspräventionsprojekte werden nach Aussagen der Experten effizient genutzt und zur Gänze ausgeschöpft, da nur sehr wenige Mittel vorhanden seien. Menschen, die an Projekten arbeiten, seien sehr engagiert.

#### Ankerbeispiel:

*„Und ich glaube ja, weil Sie gesagt haben, die Effizienz von diesen Maßnahmen, ich glaube, dass da sehr viel „Good-Will“ ist und eine hohe Investition auch ist, in viele Projekten, auch finanziell und personell auch. Und dass die aber nicht wirklich sehr effizient sind. Weil eben diese ganzen Dinge nicht wirklich gemessen werden.“  
(Interview 10, Seite 18, Zeile 936-939)*

Es sei wichtig, dass der Schwerpunkt bei der Ressourcennutzung auf eine strukturelle Prävention, die nachhaltig wirke, gelegt werde. Fördergeber sollen finanzielle und personelle Mittel primär für Projekte zur Verfügung stellen, in denen die Gesundheit im Menschen erhöht werde. Jedoch sei die Gesundheit an sich schwer zu messen.



Die Befragten merkten an, dass es zwischen den Bundesländern sehr wenig Zusammenarbeit gäbe. Die Entwicklung und Finanzierung erfolge immer länderweise, so würden finanzielle und personelle Ressourcen verschwendet. Es zeichne sich aber schon eine leichte Tendenz zur Vernetzung und zum Austausch ab.

Ankerbeispiel:

*„Parallel, aber das ist natürlich auch eine Frage der Finanzierung, weil wenn das oberösterreichische Land finanziert, wird halt das Projekt in Oberösterreich entwickelt und in Oberösterreich dann gemacht. Es gibt schon die Tendenz, dass man sich ein bisschen vernetzt und die Projektideen austauscht.“ (Interview 5, Seite 1, Zeile 51-55)*

Jedes Bundesland verfüge über eine Organisation für Gesundheitsförderung und zwischen diesen Organisationen finde laut Information der Befragten immer wieder eine Vernetzung und Austausch über aktuell laufende oder geplante Projekte statt. Es bestehe somit die Möglichkeit, von der Erfahrung anderer zu lernen und dieses Wissen in die eigene Arbeit mit einfließen zu lassen.

#### **5.2.5.1. Finanzielle Ressourcen**

Negativ auf die Nachhaltigkeit wirke sich aus, dass für strukturelle Änderungen und Programme keine Gelder zur Verfügung stehen. Oftmals scheitere die Weiterführung erfolgreicher Modellprojekte an der Finanzierung. Fördergelder werden häufig für neue, innovative Projekte ausgeschüttet. Daraus ergäbe sich das Problem, dass auf der einen Seite viele erfolgreiche Projekte aus Budgetnöten in der Schublade landen und auf der anderen Seite viel Geld und Zeit für die Entwicklung vom Gleichen zu etwas Ähnlichem verschwinden.

Ankerbeispiel:

*„Aber ich denke, da wären schon Verbesserungsmöglichkeiten, nämlich in dem Sinn, dass nicht nur Fördergelder hergegeben werden für immer wieder innovative Projekte.“ „Innovativ, darf nicht schon einmal vorgekommen sein, sondern wenn man merkt, dass ein Projekt gut greift, dass das öfter gefördert wird.“ (Interview 5, Seite 5, Zeile 218-221)*

Die Transparenz in Bezug auf die finanziellen Mittel sei sehr wichtig. Es sollte offengelegt werden, wer hinter dem Projekt stehe und wer als Finanzpartner agiere. Industriell geförderte Ernährungsprojekte seien an und für sich nicht als

negativ zu bewerten, aber auf Websites, Materialien etc. werde dies nicht offen und entsprechend transparent kommuniziert.

#### **5.2.5.2. Personelle Ressourcen**

Personelle Ressourcen könnten geschont werden, indem bereits zu Beginn der Projektentwicklung alle Partnerinnen und Beteiligten mit in das Boot geholt werden und das Know how anderer Expertinnen und Wissensträger, die in diesem Themenbereich schon praktische Projekterfahrung gesammelt haben, nutze. Das Humankapital könnte so besser gebündelt werden, es würden weniger Mittel in die Entwicklung fließen und für die Umsetzung würde mehr übrig bleiben.

##### Ankerbeispiel

*„Und da ist wichtig bei der Projektentwicklung von Anfang an Projektpartner zu finden, andere, die in dem Themenbereich arbeiten, mit ins Boot holen und das gemeinsam entwickeln. Weil da werden dann die Ressourcen wieder ein bisschen besser gebündelt und es müsste nicht jede der Organisationen in die Entwicklung so viel hineinstecken, sondern dann würde meiner Meinung nach mehr übrig bleiben für die Umsetzung.“ (Interview 5, Seite 5, Zeile 257-262)*

Ein weiteres Verbesserungspotential bei den personellen Ressourcen zeige sich in der Aufwendung der Experten. Ein vermehrter Einsatz von Experten, vor allem Ernährungswissenschaftler, solle für die Schulung von Laienmitarbeitern stattfinden, um einen Multiplikatoreneffekt zu erzielen.

Expertinnen und Experten könnten interessierte Laien zu Coaches ausbilden, diese könnten die Botschaft in der Bevölkerung, vor allem in der ländlichen, oft besser transportieren als die Wissensträger, da sie selbst ein Teil dieser Community sind. Wissen, welches eine spezifische Schulung voraussetze, ist wiederum ein Teilgebiet der Expertinnen und Experten, sonst würden Ernährungsmythen entstehen.

Die Verteilung der Ressourcen erfolge oftmals nicht optimal. Auf der einen Seite würden viele Ressourcen in der Planung von Maßnahmen aufgewendet werden, diese dann aber nicht umgesetzt und auf der anderen Seite gäbe es viele kleine Initiativen, welche aus Budgetnöten nicht weitergeführt werden

können. Eventuell würde hier mehr Transparenz helfen, um dies zu vermeiden. Häufig gäbe man auch viel Geld für das Marketing aus, womit für die eigentliche Initiative weniger übrig bleibe.

Weiters wichtig für den zielführenden Einsatz von Ressourcen sei, dass ausnahmslos alle Projektbeteiligten an der Intervention interessiert und davon überzeugt seien.

### **5.2.5.3. Projektförderung in Österreich**

Laut Aussagen der Interviewpartner stehen in Österreich für das Jahr 2012 und 2013 zehn Millionen Euro Vorsorgemittel von der Bundesgesundheitsagentur für den Bereich Ernährung zur Verfügung. Mittel in diesem hohen Maße habe es bis dato im Bereich Ernährung noch nie gegeben. Länder (Abteilung für Gesundheit) und die Krankenkassen können diese Fördergelder beantragen, für private sei es jedoch nicht möglich, Vorsorgemitteln zu erhalten. Es wäre sinnvoll, wenn mit diesen Vorsorgemitteln in nachhaltige Strukturen investiert werde und breit gestreute Maßnahmen gesetzt werden würden. Ein Problem in Österreich sei, dass die Gelder im Gesundheitswesen zu wenig in strukturelle Prävention und in die Gesundheitsförderung gehen. Speziell drei modellartige Projekte sollen mit diesen Vorsorgemitteln in allen Bundesländer umgesetzt werden, dies betreffe „Richtig Essen von Anfang an“, die Schulverpflegung und die Gemeinschaftsverpflegung.

#### Ankerbeispiel:

*„Im Moment gibt es aber auf die Dauer für zwei Jahre diese sogenannten Vorsorgemittel vom Bund, die vergeben worden sind für Ernährungsprojekte in ganz Österreich und zwar speziell für drei modellartige Projekte, die jetzt in allen Bundesländern umgesetzt und ausgewertet werden und da geht es um richtig Essen von Anfang an, da gehts um die Gemeinschaftsverpflegung und das dritte, ist die Schulverpflegung.“ (Interview 1, Seite 6, Zeile 290-295)*

Nach den Empfindungen von Projektbetreibern und Projektbetreiberinnen habe der FGÖ, als die Hauptförderstelle für Gesundheitsprojekte in Österreich, sehr hohe Maßstäbe. Daraus resultiere eine hohe Schwelle für Projektförderungen. Der Fokus liege auf Modellprojekten und Pilotprojekten, jedoch nicht auf

strukturellen Veränderungen. Daraus erfolge, dass vom FGÖ geförderte Projekte nicht in nationale Strukturen übernommen werden.

Laut einem Statement setze der FGÖ mit den Schwerpunktprojekten eine einzigartige Aktion. Es werden nicht nur punktuell Projekte gefördert, sondern es stehe eine große Summe an Fördergeldern für eine konsequente Entwicklung eines großen Projektes zur Verfügung.

Neben dem FGÖ gebe es noch andere Möglichkeiten an eine Projektförderung zu gelangen. Hier sei aber die Überprüfung oftmals nicht sehr professionell. Der Prozess der Entscheidungsfindung und die Expertise der Entscheidungsträger sei in machen Fällen verbesserungswürdig.

Ankerbeispiel:

*„Es gibt ja dann noch andere Möglichkeiten anzusuchen. Und da finde ich, dass die Überprüfung nicht sehr professionell ist.“ [...] „Ja, also die Expertise der Leute, die entscheiden, halte ich für verbesserungsbedürftig. Das ist einmal das eine.“ (Interview 10, Seite 9, Zeile 428-437)*

### **5.2.6. Nachhaltigkeit**

Wichtig sei eine Umwandlung guter Projekte in Programme. An diesen solle kontinuierlich gearbeitet werden. Mit Hilfe laufender Evaluationen können Adaptionen vorgenommen werden. Ebenfalls nötig sei eine Anpassung an die neue Dialoggruppe. Folglich spare man Energie, Zeit, Geld und Wissen, welches in die Entwicklung immer neuer Projekte fließe, ein und bereichere das Basisprogramm damit.

Nach Auskunft der Expertinnen und Experten zeige sich erfreulicherweise der Trend, dass es bei einzelnen Modulen erfolgreicher Projekte zur Weiterführung komme. Bei einer einmaligen Intervention sei die Rückfallquote sehr hoch. Evaluationen zeigen bis zu einem Jahr positive Entwicklungen, danach würden 80% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wieder in das alte Schema zurück fallen, dies sei nicht nachhaltig.

Ankerbeispiel:

*„Weil ich denke, sonst arten wir in eine „Projektitis“ aus, ich meine, in der Schule sprechen sie ja schon von „Projektitis“ und ich denke mir, wenn ein Projekt gut läuft, ist es eh Arbeit genug für den nächsten Durchgang so zu überarbeiten, das es wieder auf die Dialoggruppe passt.“ (Interview 5, Seite 5, Zeile 221-225)*

**5.2.7. Ernährungsverhalten**

Die Analyse der Interviews ließ die Schlussfolgerung zu, dass mit einer minimalen Veränderung der Verhältnisse eine große Wirkung erzeugt werden könne. Beispielsweise können bei Kindern und Jugendlichen Verhaltensänderungen herbeigeführt werden, wenn attraktive Bilder mit gesunden Nahrungsmitteln in den Bereichen, in denen sie essen und trinken, montiert werden.

Die Herausforderung sei es, ein verändertes Verhalten nach einem Projekt dauerhaft und nachhaltig aufrecht zu erhalten.

Ankerbeispiel:

*„Also ich habe schon einmal so stationäre Kinderprogramme gemacht, [...] da haben wir das auch so gemacht, dass das ein Jahr lang nachbegleitet wurde und halt da sieht man sich auch alle Monate dann oder zuerst alle zwei Wochen, dann jeden Monat sich getroffen hat und ein Jahr lang funktioniert das ja immer sehr gut, ja. Oder oft sehr gut. Und dann ist halt die Frage: „Was passiert dann?“ Wie kann dieses veränderte Verhalten nachhaltig, dauerhaft aufrecht erhalten werden.“ (Interview 8, Seite 6, Zeile 310-316)*

**5.2.7.1. Erhebung des Ernährungsverhaltens**

Änderungen im Ernährungsverhalten seien schwer messbar. Vor allem die Befragung von Kindern sei schwierig. Des Weiteren ergäbe sich das Problem der sozial erwünschten Antworten, da es sich meist um Daten aus Selbstangaben handelt. Im Rahmen eines Projektes könne eine Befragung vor und nach der Intervention eine Veränderung des Ernährungsverhaltens aufzeigen. Aber mit den Daten eines Projektes auf das Verhalten einer ganzen Bevölkerungsgruppe zu schließen, sei nicht möglich.

Langfristig könne eine Veränderung in den regelmäßig stattfindenden Erhebungen (wie der Österreichische Ernährungsbericht) ermittelt werden. State-of-the-Art würde dies mit einer Kombination aus Befragung (Food-

Frequency-Questionnaire, Ernährungsprotokollen oder Haushaltsbefragungen) und objektivierbaren Daten (Blutwerten, BMI, ...) stattfinden.

Laut Auskunft der Expertinnen und Wissensträger werde seitens der Statistik Austria jährlich der Verbrauch an Lebensmitteln österreichweit erhoben. Da hierbei die Lebensmittel in Gruppen gegliedert werden, könnten langfristige Vergleiche aufgestellt werden und somit bestünde die Möglichkeit, Trends in Bezug auf den Obst- und Gemüsekonsum, den Fleischkonsum, etc. abzuleiten.

Das Ernährungsverhalten sollte immer in Kombination mit dem Bewegungsverhalten erhoben werden. Zusätzlich zu den objektiv messbaren Parametern sei auch die Messung der Lebensqualität ein wesentlicher Faktor. In der Literatur seien dafür konkrete Parameter vorhanden.

Ankerbeispiel:

*„Ich denke, das ist nicht nur, dass es das Ernährungs- sondern auch Bewegungsverhalten sein müsste. Und dass man so Dinge fragt: Wie oft in der Woche machst du Sport, oder wie regelmäßig, wie viel bewegst du dich, wie viele Stunden am Tag, wie viel in der Woche, aber auch sozusagen wie oft isst du im Vorbeigehen, nicht nur Mc Donalds, sondern grundsätzlich, wie viel Gelegenheit, also wie oft am Tag isst du einfach auf der Straße oder unterwegs und gibt es eine Mahlzeit, die zu Haus in deiner Familie alle an einen Tisch bringt. So etwas würde ich fragen. Habt ihr eine gemeinsame Mahlzeit und wird bei dieser Mahlzeit gekocht und wird geredet? Das wäre für mich ein Punkt. Den würde ich abfragen.“ (Interview 10, Seite 19, Zeile 973-982)*

### **5.2.8. Ernährungswissen**

Die Befragten sind sich einig, dass das Wissen die Vorstufe des Handelns und des Verhaltens sei. Kinder, Jugendliche und Eltern verfügen über ein gutes Ernährungswissen, die praxisrelevanten Kompetenzen für die Umsetzung fehlen aber oftmals.

Die Dialoggruppe solle in Hinblick auf den Umgang, die Interpretation und das kritische Hinterfragen von Ernährungsbotschaften aus der Umwelt geschult werden. Nur das Ernährungswissen an sich zu steigern sei nicht zielführend, da sich daraus nicht immer eine Verhaltensänderung ableite. Hier komme es nach

Meinung der Expertinnen häufig zu Missverständnissen mit Medizinern, die der Meinung seien, dass es ausschließlich um das Wissen ginge.

Ankerbeispiel:

*„Ich merke immer, dass die Leute schon sehr wohl informiert sind, das Problem ist einfach, ... ich mein es sind ja die Zeitungen, die Zeitschriften voll von Ernährungsbotschaften, Informationen und im Prinzip wüssten die Leute, dass sie gewisse Dinge vielleicht nicht in dem Ausmaß essen sollen, die Frage ist nur, wie kriegt man sie dazu, warum tun sie es nicht?“ (Interview 1, Seite 11, Zeile 526-530)*

*„Vom Wissen zum Handeln ist es wirklich ein Weg. Und das muss man wissen, wie man damit arbeitet, und der ist wichtig und das ist eben das Missverständnis mit den Ärzten, die glauben immer, es geht um das Wissen, das ist es nicht, die Kinder wissen Bescheid, die Eltern wissen es auch. Aber das Handeln – Können, das ist der Punkt. Eben vom Wissen zum Handeln und da glaube ich geht es nicht anders als wie das man wirklich ein Programm, wie Sie das gesagt haben, installiert und eben mit Registerdaten arbeitet und auch wirklich ständig misst und auch schaut: "Ist die Investition wirklich lohnend gewesen?" "Hat es das gebracht?" (Interview 10, Seite 19, Zeile 954-961)*

Die große Herausforderung für die Zukunft liege darin, dass das vorhandene Wissen mit der Umsetzung verbunden werde. In diesem Zusammenhang sei auch der Begriff „Food Literacy“ erwähnenswert, dies ist die Fähigkeit, den Ernährungsalltag selbstbestimmt, verantwortungsbewusst und genussvoll zu gestalten. Um das Wissen umsetzen zu können, sollten die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden. Beispielsweise wenn die finanzielle Ressourcen fehlen, werde es zu keinem verbesserten Ernährungsverhalten kommen können.

Ankerbeispiel:

*„Ja Ernährungswissen ist wieder leichter, da kann ich Tests durchführen, da kann ich standardisierte Befragungen durchführen, nur ich sage halt, was ich im Hirn habe, muss ich noch lange nicht tun. Der schwierigste Schritt ist vom Wissen zum Tun. Und das die Rahmenbedingungen stimmen, dass ich mein Wissen überhaupt umsetzen kann. Weil was hilft es mir, wenn ich weiß, ich soll den Obst- und Gemüsekonsum steigern, mehr Vollkornprodukte essen, wenn mir einfach die finanziellen Ressourcen fehlen.“ (Interview 5, Seite 12, Zeile 585-591)*

Erfahrungen von Projektbetreibern zeigen, dass das Wissen nach einem Workshop im Vergleich zu vor dem Workshop signifikant gesteigert werden kann, nach drei Monaten fällt das Wissen wieder ab, jedoch nicht mehr auf das Ausgangsniveau zurück. Um das Wissen nachhaltig zu steigern, seien

langfristige Programme und Nachbetreuungen wichtig. Mit installierten Programmen könne man das Wissen mit dem Handeln verbinden.

#### **5.2.8.1. Erhebung des Ernährungswissens**

Die Erfassung des Ernährungswissens könne mit standardisierten Befragungen erfolgen, welche auch längerfristig leicht durchführbar seien. Aber die Erhebung, ob das Wissen mit dem Verhalten einhergehe, sei schwieriger, da die Verhaltensmessung Probleme mit sich bringe.

##### Ankerbeispiel:

*„Und wie man das wieder abtestet, das ist dann halt die Frage. Also das ist dann wieder schwierig. Wissen kann man, glaub ich, da kann man fragen, dass kann man vielleicht noch leichter abfragen. Leichter messen. Praxis ist schon wieder schwieriger.“ (Interview 7, Seite 15, Zeile 753-756)*

#### **5.2.9. Aktivere Lebensweise**

Um eine aktivere Lebensweise zu schaffen, sei es wichtig, dass es Angebote dafür gebe. Gemäß der Aussage der Experten und Expertinnen gebe es gute Modelle in Schulen (Kooperationen mit Vereinen, Sportangebote in den Schulen, etc.), die es schaffen, trotz relativ geringer Budgets Kinder und Jugendliche zu mehr Bewegung zu aktivieren.

Bereits kleine Motivationen wie Schrittzähler etc. können zu mehr Bewegung anregen. Die Selbstkontrolle mit Hilfe von Protokollen sei dabei sehr effizient, sowohl beim Bewegungs- als auch beim Ernährungsverhalten.

##### Ankerbeispiel:

*„Na ja wir haben bei einer Schrittzähleraktion festgestellt, dass die Leute einfach so oft eine kleine Hilfe brauchen, die sie motiviert einfach Schritte zu sammeln und täglich eine Stunde einmal spazieren zu gehen.“ (Interview 1, Seite 11, Zeile 555-557)*

Bei Kindern und Jugendlichen habe der Aspekt der Bewegung in adipositaspräventiven Projekten eine hohe Wichtigkeit. Hierbei solle es sich aber nicht um Leistungssport handeln, sondern um eine Erhöhung der Alltagsbewegung und einer Bewusstseinsbildung in Richtung gesundheitsförderndes Bewegungsverhalten. In den Schulen müsse zu mehr



Bewegung und Aktivität motiviert werden. Viele Schüler und Schülerinnen würden Ganztageseschulen besuchen und verbringen dort einen Großteil ihrer Freizeit.

Die Bindung zu Sport sei immer zu befürworten, Jugendliche die gerne Sport betreiben, wissen, dass sie eine entsprechende Ernährung benötigen und sie auf ihren Körper schauen müssen, meistens werde auch auf das Rauchen verzichtet.

Häufige Aussagen bestätigen, dass derzeit die Tendenz in die entgegengesetzte Richtung gehe, da der Lebensstil von Kindern und Jugendlichen zunehmend passiver werden. Handy, Computer, Fernseher bestimmen deren Welt und motorisierte Verkehrsmitteln werden primär bevorzugt. Oftmals werde die Verantwortung für diesen passiven Lebensstil vom Elternhaus auf die Schule geschoben beziehungsweise umgekehrt. Jedoch tragen beide Einrichtungen die Verantwortung für die Gesellschaft von morgen.

Der Rückgang der Turnstunden im Schulsystem wird von den Expertinnen und Wissensträger als negativ bewertet.

Ankerbeispiel:

*„Aber wie gesagt, ganz wichtig, immer die Bewegung, also da sieht man ganz stark bei den Kindern und zwar nicht unbedingt Sport, sondern wirklich Bewegung - Alltagsbewegung auch. Also dieses wirklich raus gehen, spielen, Rad fahren nicht jetzt in Richtung Sport und Vereinssport, meistens kommen da gleich die Vereine und sagen ja, und mehr Sport und so - ahh - es ist wirklich die Alltagsbewegung und natürlich in der Schule, also da weiß man ja, dass die Turnstunden eher zurückgegangen sind. Und das wäre halt schon ein ganz großes Anliegen, dass wieder die Freizeit in der Schule, sagen wir mal so auch, ich meine viele Kinder sind ja jetzt dann ganztags schon in der Schule, da muss man auf jeden Fall mehr ansetzen, die Kinder quasi da nicht jetzt unbedingt zu Sport, aber zu mehr Bewegung und Aktivität einfach zu bringen.“ (Interview 3, Seite 3, Zeile 143-153)*

### **5.2.9.1. Erhebung des Bewegungsverhaltens**

Viele gute Fragebögen (z.B. International Physical Activity Questionnaires (IPAQ)-Fragebogen) mit denen das Bewegungsverhalten erfasst werden kann,

sein vorhanden. Da es sich hier wiederum um Selbstangaben handle, sei eine Verzerrung der Daten möglich.

Eine aktivere Lebensweise könne über die Verhaltensänderung erfasst werden. Im Vergleich zu den Jugendlichen seien Befragungen bei Kindern schwieriger. Neben der Alltagsbewegung solle auch das systematische Training erfasst werden. Auch wird darauf hingewiesen, um ein repräsentatives Ergebnis für Österreich zu erhalten, sei die Erhebung an einer großen Dialoggruppe durchzuführen.

Bei einzelnen Projekten können mittels Belastungstests der Trainingszustand und die Leistungssteigerung der Teilnehmer analysiert werden. Dies sei sehr aufwendig und kostenintensiv. Diese Methode werde nicht von allen Befragten befürwortet.

Als Richtwert könnten zukünftig auch die neuen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung dienen [BACHL et al., 2010].

Ankerbeispiel:

*„Es geht wahrscheinlich auch wieder am besten wenn, man über Fragebögen abfragt, aber wie gesagt, wieder selbstberichtet natürlich, weil dass man sie dauernd begleitet, das wird nicht funktionieren, ich denke, dass man hier auch wieder Abfragen machen muss über das Verhalten, die Lebensumstände und das eben vergleicht, mit einer großen Zielgruppe natürlich, dass man das auch wirklich repräsentativ auf ganz Österreich sagen kann.“ (Interview 9, Seite 11, Zeile 562-572)*

### **5.2.10. Auftreten von Adipositas**

Gesundheitsdaten und Gewichts- sowie Längenangaben werden laut den Interviewten bei den Mutter-Kind-Passuntersuchungen im ersten Lebensjahr erfasst. Danach werden bis zum Schuleintritt keine Gesundheitsdaten der Kinder dokumentiert. Bei Schuleintritt finden jährlich schulärztliche Untersuchungen statt. Diese Daten seien nie freigegeben worden. Die ersten Zahlen zur Adipositasprävalenz habe eine Studie vom Grünen Kreuz mit Danone geliefert. Die Erhebung der Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen solle in der Gesundheitsbefragung des Gesundheitsministeriums seinen Niederschlag finden.

Adipositas werde von vielen Faktoren beeinflusst, alle diese Faktoren zu messen sei schwierig. Wir leben in einer sehr komplexen Lebenswelt und deshalb könne man die Wirksamkeit einer adipositaspräventiven Intervention nicht direkt auf das Körpergewicht bezogen, nachweisen.

Ankerbeispiel:

*„Aber etwas was diese Evaluation, die Wirksamkeit von den Projekten, direkt auf das Körpergewicht, lässt sich natürlich nicht nachweisen, weil wir wissen ja, wir leben in einer sehr, sehr komplexen Welt und die Schule ist nur ein Teil der Lebenswirklichkeit der Schüler und Schülerinnen. [...] Also da kann man nicht sagen, Input - Output, ich messe - ziehe ein Projekt rein und nachher kommen schlanke Kinder raus. Also das spielt es nicht, also das wäre viel zu einfach.“ (Interview 5, Seite 10, Zeile 497-509)*

Die Messung des BMI einer Bevölkerung im Feld sei sehr schwierig. Dafür sei es nötig, die entsprechenden Parameter aller Personen der Dialoggruppe mit geeichten Instrumenten zu erheben. Im klinischen Bereich sei das einfacher. Nur mittels einer Befragung den BMI zu erfassen hätte wiederum seine Schwachstellen bei der Datenangabe.

Ankerbeispiel:

*„Na ja, das ist ja das nächste Thema, also ich kann natürlich, man würde glauben, BMI messen und wiegen wäre ja ganz leicht, nicht? Aber dazu müssen Sie jemanden haben der da hunderte, tausende Menschen durchmisst, mit der gleichen Waage. Und im gleichen Setting und das ist schon auch im Feld wiederum, das ist in einem klinischem Projekt kein Thema, das macht man jederzeit, aber auch das wird im Feld problematisch. Und nur befragen, das hat seine - ja, ganz klar.“ (Interview 8, Seite 7, Zeile 322-331)*

### **5.2.11. Evaluierung**

In Übereinstimmung aller Expertinnen und Experten haben Evaluierungen einen sehr hohen Stellenwert. Nur wenn geprüft werde, ob das Projekt zum gewünschten Erfolg führe, könne es als good practice Modell bezeichnet werden. Auch, wenn eine neue Methode zum Einsatz komme, sei es wichtig eine Evaluation durchzuführen, um zu sehen, ob diese funktioniere. Evaluierungen seien im Ernährungsbereich sehr schwierig, weil vieles auf Selbstangaben beruhe.

Wünschenswert sei, dass die Evaluationsergebnisse immer öffentlich zugänglich gemacht würden, damit andere Projektbetreiber von diesem Wissen

profitieren können. Dafür sei auch eine vollständige Dokumentation von Nöten. Sowohl Errungenschaften als auch Hürden müssten in der Ergebnisdokumentation dezidiert erwähnt werden. Aus Angst, Projektgelder zu verlieren, werden Fehler oft verschwiegen. Eine offenere Fehlerkultur sei sinnvoll, dann komme es nicht zur Wiederholung der selben Fehler. Ein Projekt sei ähnlich einem Labor, es werde gemacht, um etwas Neues auszuprobieren, gewöhnlich läuft nicht immer alles nach Plan. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse könnten zur Lernerfahrung beitragen und zur Reflexion dienen.

Aus den Evaluationsergebnissen könnten sich wiederum neue Möglichkeiten herauskristallisieren. Wichtig dafür sei, die „lessons learned“ öffentlich zugänglicher zu machen, dass auch die Schwachstellen eines Projektes aufgezeigt würden. Dies führe zur gegenseitigen Unterstützung und es können eventuell neue Wirkungsweisen entdeckt werden.

Ankerbeispiele:

*„Aber die im größeren Rahmen evaluierten Projekte sind manchmal nicht ganz ehrlich in der Evaluation, es werden Stolpersteine halt nicht wirklich dezidiert angesprochen, weil bei uns immer noch diese Fehlerkultur herrscht.“ (Interview 5, Seite 3, Zeile 58-60)*

*„Also ich denke, da müsste ein gewisser Umdenkprozess stattfinden, dass Fehler erlaubt sind. Fehler im Sinne von Lernerfahrungen oder auch zu reflektieren: "Warum hat es da nicht funktioniert und bei einem anderen Projekt schon?" (Interview 5, Seite 2, Zeile 80-82)*

Problematiken in der Evaluation ergeben sich dadurch, dass meist das Projektbudget eine repräsentative Evaluation nicht zulässt. Wenn beispielsweise das Geld für das Porto der Rückantworten fehle, so sinke die Rücklaufquote. Projektbetreiberinnen und Projektbetreiber versuchen andere Distributionswege zu finden, deren Repräsentativität wieder niedriger sei. Zusätzlich kommt noch die Akzeptanz/Nicht-Akzeptanz der Leute dazu, einen Fragebogen einer gewissen Länge auszufüllen, viele seien auch überfordert damit.

### **5.2.12. Langzeitevaluierung**

Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass wissenschaftlich betrachtet, Langzeitevaluationen ein sehr wesentliches Instrument seien, um zu überprüfen ob die Ressourcen dauerhaft optimal eingesetzt wurden. Auf Grund dieser Ergebnisse könne man den Projekterfolg evaluieren.

Häufig werde auf Grund des vorhandenen Budgets auf eine Langzeitevaluation verzichtet. Gelder, welche für die Evaluation verplant werden, stehen für die eigentlichen Projektmaßnahmen nicht mehr zur Verfügung. Auch die Dokumentation sei sehr aufwendig und teuer.

Auch innerhalb der Projektbetreiber wird kritisiert, dass das Wissen über die Wichtigkeit einer Langzeitevaluation im Projektkernteam teilweise nicht vorhanden sei, somit würden Langzeitevaluationen am fehlenden Bewusstsein, an fehlender Professionalität und Kompetenz scheitern. Zusätzlich vergebe man Gelder für ein Projekt nur von Beginn bis Ende. Eine langfristige Auswertung der Ergebnisse werde nicht mehr finanziert werden.

#### Ankerbeispiel:

*Interviewer „Woran scheitern Langzeitevaluationen?“*

*Befragter „Einerseits am Bewusstsein, an der Professionalität, oder Kompetenz der Beteiligten, dass die nicht wissen wie wichtig das ist und auf der anderen Seite auch an den Geldgebern, die bestimmte Projekte zahlen von Anfang bis Ende und die diese Langzeitevaluation nicht im Plan oder im Programm haben.“ (Interview 10, Seite 18, Zeile 898-901)*

Geldgeber sollten Langzeitevaluation für Projekte verpflichtend vorschreiben, folglich müssten dafür auch entsprechende Gelder zur Verfügung gestellt werden. Daher seien Langzeitevaluationen direkt in die Struktur zu verankern.

Schwierigkeiten können sich auf Grund des Zugriffes auf die Zielgruppe ergeben. Damit die Dialoggruppe nach Jahren motiviert werden könne, sei das Setzen von Anreizen wichtig. Schulen lassen sich durch Auszeichnungen motivieren, bei Kindern sei ein spielerischer Ansatz zielführender. Von Vorteil sei, wenn die Evaluation einen Eventcharakter besitze und nicht als

Nachkontrolle definiert sei. Bereits zu Beginn des Projektes sollten die Projektteilnehmer darüber informiert werden.

Epidemiologisch seien Messungen für eine verminderte Adipositasprävalenz möglich, aber diese Daten mit einem Projekt in Verbindung zu bringen, sei nicht richtig. In Österreich gäbe es gemäß der Expertise der Befragten sehr wenig Projekte, die eine Langzeitevaluation aufweisen.

### **5.2.13. Gesundheitsdaten**

Die Wissensträgerinnen und Experten weisen auf ein Defizit an österreichischen Gesundheitsdaten und an Forschung hin. Im Vergleich zu anderen Ländern gäbe es in Schulen keine langfristige Kohorten-Daten über viele Jahre hinweg. Langfristiges nationales Datenmaterial sei nur gering vorhanden. Die verfügbaren Daten seien qualitativ nicht hochwertig, somit sei das Messen von Veränderungen und Effekten kaum möglich.

Seit einigen Jahren liefere der Ernährungsbericht 2008 (1) kontinuierlich alle fünf Jahre aktuelle Trends des Ernährungsverhaltens der österreichischen Bevölkerung. Er werde als gutes Instrument angesehen um längerfristige Veränderungen wahrzunehmen.

Zusätzlich gebe es noch den Adipositasbericht 2006 (4) und eine Studie über die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Österreich (21). In Österreich seien die Daten über die Gewichtsentwicklung der Kinder und Jugendlichen vorhanden, werden aber nicht strukturiert in einer Datenbank erfasst.

Die Gewichtsentwicklung der Babys und Kleinkinder werde bei den Mutter-Kindpassuntersuchungen und danach über die Nachbetreuung der Kinderärzte erhoben. In der Schule verfügen die Schulärzte über Gesundheitsdaten der Schülerinnen und Schüler. Alle diese Daten seien für die Forschung nicht zugänglich. Somit sei in Österreich keine konkrete Aussage der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen möglich.

Weiters stelle sich auch die Frage nach der Qualität der Daten. Viele Ärztinnen und Ärzte würden mit veralteten und ungeeichten Waagen und Messlatten arbeiten. Eine Qualitätssicherung bei der Aufnahme der Daten solle stattfinden.

Eine massive Veränderung an Krankheitsdaten in relativ kurzer Zeit nach einer punktuellen Maßnahme seien nicht festzustellen.

Ankerbeispiele:

*„Das - ahm - könnte man machen in dem man die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen z.B. eben hätte und schaut, wie hat sich die Gewichtsentwicklung, also wie ist die Gewichtsentwicklung vonstatten gegangen und auch bei Nachbetreuungen, Nachuntersuchungen von Ärzten, dass es hier Aufzeichnungen gibt, die das eben zeigen. Wir brauchen die Daten und es sind sehr wenig Daten vorhanden, es wäre eben optimal, wenn man hier einfach über diese Schiene schauen könnte, so könnte man am besten feststellen, wie hat sich das Gewicht entwickelt.“ (Interview 9, Seite 12, Zeile 576-582)*

*„Ja, ich denke dass die Mutter-Kind-Passuntersuchungen jetzt nicht öffentlich zugänglich sind, oder eingetragen sind in einer großen Datenbank. Das wäre aber optimal.“ (Interview 9, Seite 12, Zeile 590-592)*

*„Es ist auch wichtig für ganz Österreich auch repräsentative Daten zu haben und auch über einen längeren Zeitraum, also hier eine großangelegte Studie, die wäre natürlich super.“ (Interview 9, Seite 12, Zeile 596-598)*

*„Ja, also der Schularzt vor Ort hat es schon, es ist aber auch wieder die Frage der Datenqualität. [...] Schulärzte haben zum Teil ganz veraltete Waagen, also die waren nicht geeicht und die waren eigentlich - oder auch die Messlatten. Also man muss da schon Qualitätssicherung ein bisschen betreiben, dass man sagt, die Abweichung ist wenigstens nicht mehr wie ein halbes Kilo, [...] da bin ich wieder der Meinung, also so wie die Daten jetzt erhoben werden von den Schulärzten, also die gar nicht qualitätsgesichert sind, ist es besser wenn man sie gar nicht auswertet. Wenn man wirklich sagt, für ein Projekt werten wir sie aus, aber da stimmen sie auch.“ (Interview 10, Seite 15, Zeile 752-761)*

## **5.2.14. Ansatz für Gesundheitsförderung mit Schwerpunkt**

### **Ernährung**

Der Ursprung für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil solle schon im Kleinkindalter keimen. Eine frühzeitige Prägung des Ernährungsverhaltens sei anzustreben. Dabei solle der präventive Ansatz vorrangig sein, nicht erst wenn Probleme entstehen solle versucht werden, weiteren Krankheiten vorzubeugen. Denn vor allem bei Kindern solle die Gewichtsabnahme nicht vorrangiges Ziel sein, sondern es müsse versucht werden, deren Lebensstil zu beeinflussen.

Wesentliche Ansatzpunkte dafür seien vermehrte Bewegung im Alltag der Kinder zu integrieren, Ernährungsaufklärung und Hilfestellung, den Eltern, bei der Ernährungsumstellung zu bieten.

Deshalb sei der Ansatz bei den Eltern wesentlich, dieser solle als Ziel eine Bewusstseinsänderung haben und nicht die Beeinflussung derer Handlungen. Grundsätzlich seien die Experten der Meinung, dass, wenn die Eltern über das entsprechende Wissen verfügen, die vorhandenen Kenntnisse praxisorientiert zum Wohle ihrer Kinder umzusetzen versuchen.

Als einen weiteren guten Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung sehe ein Großteil der Wissensträgerinnen und Experten das schulische Setting. In Österreich erreiche man durch die Schulpflicht und dem letzten verpflichtenden Kindergartenjahr Kinder von fünf bis fünfzehn Jahren.

Der individualisierte Unterricht im pädagogischen Bereich solle auch das Gesundheitsverhalten betreffen. Der Idealzustand wäre, wenn es in der Schule/im Kindergarten jemanden gäbe, der mit den Fragen der Kinder richtig umgehen könnte und diese richtig beantwortete. Dafür sollen in pädagogischen Einrichtungen Personen, Zeit, Raum und Materialien zur Verfügung stehen, damit die Kinder und Jugendlichen im Hinblick auf ihre Lernkurve individuell unterstützt werden können.

Kindergarten- und Schulansätze mit Einbezug des Elternhauses seien sehr wichtig, aber noch zu wenig etabliert und wissenschaftlich belegt. Ohne „Family Approach“ seien die Intervention weniger zielführend. Diese Kombination aus Familie und pädagogischer Einrichtung solle mehr Gewicht haben, als ein rein individueller Ansatz, denn desto jünger die Kinder sind, desto mehr seien sie ihrer Umwelt ausgeliefert und desto mehr Einfluss übe die Familie aus.

Ankerbeispiele:

*„Wobei halt da die meisten Experten die Ansatzstelle sehen, wo man ja noch die meisten Kinder erreicht, also von sechs bis vierzehn oder fünfzehn sind ja alle Kinder in Österreich durch die Schulpflicht im schulischem Setting anzutreffen und mit dem*



*letzten Kindergartenjahr wären das ja jetzt dann auch die Fünf- bis Sechsjährigen, sprich die Kinder, die dann eingeschult werden.“ (Interview 5, Seite 1, Zeile 24-28)*

### **5.2.15. Seelische Gesundheit**

Als Mangel führen einige Experten und Expertinnen an, dass die seelische Gesundheit bei aktuellen Projekten kaum berücksichtigt werde. Diese werde aber in Zukunft von höherer Bedeutung sein. Welche Auswirkungen Patchworkfamilien, Alleinerziehung und die immer aufgelösteren Familienverhältnisse auf die Gesundheit und das Ernährungsverhalten unserer Kinder zeigen, sei noch nicht bekannt. Die meisten Eltern stehen im Berufsleben, leiden unter enormem Stress und Druck und in der Familie bleibe wenig Zeit zum Reden. Alle diese Faktoren werden bis dato noch nicht mitberücksichtigt und fehlen in einem gesundmachenden System.

Die soziale Komponente in der Familie sei ein Teil der seelischen Gesundheit. Wenn man diese den Kindern und Jugendlichen nehme, so ist ein Bedürfnis nicht gestillt und das Essverhalten könne als Teil der Kompensation dieses Defizits dienen. Bevor mit dem Lernen begonnen werden könne, müssen alle Defizitbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen, Sicherheit und Beziehung etc. gesättigt sein. Die sozialen Beziehungen in der Familie seien für die Kinder sehr ordnend und geben ihnen Sicherheit. Oftmals fehle den Kindern und Jugendlichen aber diese stabile Basis, die gemeinsame Familienmahlzeit. Der sichere Absprung in den Tag mit einem gemeinsamen Frühstück, das Beisammensein der Familie in Ruhe und die gemeinsamen Gespräche gebe es kaum. Viele Eltern spüren, dass sie etwas nicht richtig machen würden und ersetzen diese Defizite häufig durch Geld.

#### Ankerbeispiel

*„Ja und die seelische Gesundheit, das ist natürlich auch bei den Kindern, glaube ich, was als nächstes dann noch viel stärker kommen wird, weil das jetzt noch gar nicht so bearbeitet wird.“ (Interview 3, Seite 3-4, Zeile 156-158)*

*„Und diese soziale Komponente, die Sie angesprochen haben, in der Familie dieses sich absichern, das gegenseitige sich stützen, sich informieren, wieder wahrnehmen, wie gehts, was ist los. Das ist wirklich wieder ein Teil der seelischen Gesundheit und wenn man das den Kindern nimmt, dann ist wirklich die ganze Zeit ein Bedürfnis nicht gestillt und ich frage mich, ob nicht doch das Ernährungsverhalten ein Teil der*

*Kompensation ist. Dass da einfach Defizite sind, dass sich niemand interessiert.“ (Interview 10, Seite 20, Zeile 1010-1016)*

Darüber, inwieweit die seelische Gesundheit für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas verantwortlich ist, seien noch keine Daten vorhanden. Hier sei in Zukunft ein Handlungsbedarf nötig.

Ankerbeispiel:

*„Also für die seelische Gesundheit, [...] da gibt es noch gar keine Daten, meines Wissens nach, wieviel das eigentlich noch mit hinein spielt. Da müsste man auch noch viel mehr tun.“ (Interview 3, Seite 3-4, Zeile 156-171)*

### **5.2.16. Grundprinzipien bei Präventionsmaßnahmen**

Laut Expertinnen sollen Pädagogen dafür sensibilisiert werden, dass man Übergewichtige oder Untergewichtige nicht ausgrenzt, da sie im psychischen und mentalen Bereich beeinträchtigt seien. Auch die Stärkung der Ernährungskompetenzen der Pädagogen sei eine wichtige und notwendige Herausforderung für die Zukunft. Pädagogen und Pädagoginnen müssen bei Fragen kompetente Auskunft geben können.

Ankerbeispiel:

*„Wenn es um Übergewichtige geht, ist halt immer auch das Fingerspitzengefühl der Lehrer und Erzieher notwendig, dass sie die nicht ausgrenzen, also dass sie auch selber irgendwie sensibilisiert sind und wissen, wie sie mit der Thematik umgehen.“ (Interview 1, Seite 4, Zeile 173-176)*

Bei Projekten sei immer ein multidisziplinäres Team aus Bewegungsfachleuten, Ernährungsexperten, Psychologen und Medizinern sehr sinnvoll. Das Verständnis für die andere Berufsgruppe und das psychologische Feingefühl können das Projekt positiv beeinflussen. Das Verständnis der Gruppen untereinander und die Vernetzung von Pädagogen und Eltern sei eine wesentliche Voraussetzung für erfolgreiche Interventionen.

Ankerbeispiel:

*„Und es ist auch wichtig, den anderen zu verstehen. Also auch die unterschiedlichen Gruppen zu vernetzen. Die Eltern, dass die Eltern wissen, wenn sie sich den Speiseplan anschauen, dass der dem Bedarf entsprechend ist, und dass das gut ist für ihre Kinder und dass sie da auch kompetent Auskunft bekommen, dass da die Pädagoginnen auch Auskunft geben können.“ (Interview 4, Seite 8, Zeile 452-456)*

Die Einbeziehung der Eltern und aller Akteure in der Umwelt der Kinder (Schule, Kindergarten, Lehrer, etc.) in das Projekt müsse berücksichtigt werden. Eine der wichtigsten Projektmaßnahmen sei es, dass die Kinder in ihrem Umfeld abgeholt werden und nicht nur ein Angebot vor Ort geboten werde.

Die Gewichtsabnahme solle nicht das vorrangige Ziel sein, sondern eine Integration von gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung in den Alltag. Dafür bedürfe es einer Ernährungsaufklärung und gegebenenfalls einer Ernährungsumstellung bei Kindern und Eltern.

Eine altersspezifische Aufbereitung, welche Spaß macht und die Inhalte spielerisch vermittelt, werde von den Befragten empfohlen. In der Schule solle gesundheitsförderliches Ernährungsverhalten und Bewegungsverhalten fächerübergreifend und themenbezogen behandelt werden. Wichtig sei dabei auch, den Familienbezug herzustellen, damit auf der einen Seite die Familie und die Schule nicht konterkariere und auf der anderen Seite die Kinder mit einem gesunden Lebensstil aufwachsen.

Ankerbeispiel:

*„Und gerade bei Kindern sagt man ja: "Vorsichtig, nicht zu sehr auf Gewichtsabnahme, sondern wirklich mehr Bewegung rein bringen, Ernährungsaufklärungen, ein bisschen Ernährungsumstellung“, vor allem was die Eltern betrifft.“ (Interview 3, Seite 1, Zeile 35-38)*

Die Bewusstseinsmodifikation und das Vorbild der Eltern und Pädagoginnen und Pädagogen wirke mehr als eine wissensbezogene Intervention. Kinder und Jugendliche lernen sehr viel auf Basis von Vorbildern. Um eine Bewusstseinsmodifikation zu erzielen, seien langfristige Maßnahmen wesentlich, da Veränderungen immer nur schrittweise erfolgen. Es sei wichtig, sich am Anfang keine großen Erwartungen zu setzen, sondern mit kleinen Zielen zu beginnen und diese immer wieder an die gegebene Situation anzupassen und neue Ziele zu definieren.

Oft werde den Eltern die Schuld gegeben, dies nach Meinung der Wissensträgerinnen und Experten nicht ganz unrichtig, aber die Eltern wissen es oft nicht besser.

Ankerbeispiel:

„Also Aufklärung ist das eine und dann natürlich auch Ernährungsumstellung und auch die Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln, auch zu einem Preis, den, wo jeder sich den leisten kann. Das ist eben auch ganz wichtig. Also die Verhaltens- und Verhältnisprävention muss mitbedacht werden. Das ist auch noch ein Schritt der noch besser umgesetzt werden könnte in Österreich.“ (Interview 9, Seite 2, Zeile 98-102)

**5.2.17. Public Health Maßnahmen**

Gesundheitsziele zu definieren, Handlungsfelder und mögliche Lösungsstrategien zu entwickeln, von denen man wisse, dass sie evidenzbasiert und effektiv seien und konsequent die nötigen Maßnahmen umzusetzen, seien dringend notwendige Schritte zur nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung. Dafür gebe es in Österreich noch viel Potential. Ferner seien gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen sowie eine koordinierte Gesundheitspolitik nötig, um langfristig erfolgreiche Projekte zu schaffen.

Ankerbeispiel:

„Sodass durch festgelegte Ziele, Handlungsfelder und mögliche Lösungsstrategien nachhaltige Weichenstellungen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens beim Einzelnen erreicht werden können. Hier liegt in Österreich noch viel Potential.“ (Interview 11, Seite 3, Zeile 100-105)

Die Wissensträgerinnen und Experten fordern auf nationaler und internationaler Ebene ein gesünderes Lebensmittelangebot, eine bewegungsfreundlichere und gesünderer Umwelt sowie mehr Gesundheitsbildung. Dafür sollen gesamtgesellschaftliche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme, so früh wie möglich und in einem verstärkten Ausmaß umgesetzt werden, da man mit einem Projekt an sich nicht so viel erreiche, wie mit Verpflichtungen und Institutionalisierungen. Die Leitlinien für das gesunde Schulbuffet seien ein großer Schritt in diese Richtung. Diese Leitlinien werden von allen Expertinnen und Experten als positiv erachtet.

Wichtige Maßnahmen seien die Aufklärung, die Ernährungsumstellung und die Gewährleistung von verfügbaren gesunden Lebensmitteln zu einem Preis, den sich alle leisten können. Wichtig neben der Verhaltensprävention sei die Verhältnisprävention, dies müsse in Österreich noch besser umgesetzt werden.

Damit das gesunde Verhalten unterstützt und die gesündere Lebensmittelauswahl zur leichtereren werde, sind Maßnahmen im Sinne der Verhältnisprävention nötig. Die Industrie brauchte einen Anreiz für die Produktion wirklich gesünderer Lebensmittel und strengere Vorgaben für die Werbung und das Marketing. Um dies umzusetzen, solle die Industrie ehrliche und authentische Beratung von Experten erhalten. Manche Firmen kooperieren bereits mit Gesundheitsexperten oder Ernährungswissenschaftlern.

### **5.2.17.1. Nationaler Aktionsplan Ernährung**

Das Bundesministerium für Gesundheit hat gemeinsam mit der AGES den „Nationalen Aktionsplan Ernährung“, kurz NAP.e, 2011 ins Leben gerufen. Mit 2011 war Österreich zwar eines der letzten Länder, das einen Maßnahmenkatalog präsentiert, aber die Erfahrungen der anderen Länder konnten genutzt werden.

#### Ankerbeispiel:

*„Und es war ja so, dass bei diesem Nationalen Aktionsplan da gabs - ahh - da war ja Österreich eines der letzten Länder die einen NAP in dem Bereich Ernährung präsentiert hat, hatte aber auch den Vorteil, dass man ja von den anderen lernen konnte und da hat man sich die anderen Länder eingeladen und hat gesagt: "Wie habt ihr das gemacht?" "Welche Probleme gab es dabei?" und da ist das Schöne bei dem, sozusagen, dass es einen Praxisbezug hat, ja, und das ist unglaublich aufwendig und eine tolle Arbeit. Ja, ich hoffe, dass das weitergeführt wird.“ (Interview 4, Seite 3, Zeile 156-162)*

Dieser solle als Maßnahmenkatalog dienen und stelle eine Übersicht über aktuelle Projekte und Leitfäden im Bereich Ernährung dar. Der NAP.e stellte ein gutes Instrumentarium zur Vernetzung und zum gegenseitigen Austausch dar. Ferner finde zum ersten Mal eine Festlegung ernährungspolitischer Ziele für Österreich statt.

2012 habe man zusätzlich Erhebungsbögen ausgearbeitet. Dieses österreichweite Erhebungssystem soll helfen, eine Übersicht zu erhalten, in welche Richtung die Interventionen gehen und welche Bereiche damit abgedeckt werden, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Einsatz kommen, welche Wirkungsparameter und Handlungsfelder definiert werden und

wie groß das Budget sei und wer hinter der Finanzierung stehe. Dies sei ein wichtiger Schritt zu mehr Transparenz.

Ankerbeispiel:

*„Aber was da jetzt interessant ist, dass sozusagen alle Organisationen diese Erhebungsbögen zugeschickt bekommen haben und die haben das dann ausgefüllt und dann sieht man auch sehr genau, in welche Richtung das geht, welche Bereiche sozusagen erfüllt werden sollen, ob man Qualitätssicherungsmaßnahmen setzt und wenn ja, welche, Wirkungsparameter, Handlungsfelder, auch Projektbudget, Finanzierung.“ (Interview 4, Seite 3, Zeile 127-131)*

*„Wir haben beim Durchsehen, waren sozusagen für uns noch offene Fragen, aber das ist ja auch ein sozusagen ein Erhebungssystem, ein österreichweites, das wächst und deswegen ist es ja eigentlich ganz spannend, weil es so eine Zusammenfassung in der Art und Weise sicherlich noch nicht gegeben hat.“ (Interview 4, Seite 3, Zeile 131-135)*

Die Zielgruppe für 2011 und 2012 seien Kinder und Jugendliche, mit dem Schwerpunkt im schulischem Setting. Die Settings Kindergarten und Schule bekamen sehr viele Rückmeldungen.

Die jährliche Erstellung, Überarbeitung und Aktualisierung des NAP.e sei sehr aufwendig. Trotzdem befürworten die Wissensträgerinnen und Experten eine Weiterführung. Es gebe viele gute Ideen und das stimmt die Befragten positiv, weiters betrachten sie es als positiv, dass es vom Bundesministerium für Gesundheit aus eine Steuerungsgruppe gebe.

Positiv sei auch zu erwähnen, dass viele Informationen im Internet zugänglich gemacht werden und dass Vieles gut dokumentiert werde. Wichtig sei auch noch, dass die „lessons learned“ öffentlich besser zugänglich gemacht würden, so dass auch die Schwachstellen eines Projektes aufgezeigt würden. Dies führe zur gegenseitigen Unterstützung und neue Wirkungsweisen können eventuell entdeckt werden.

### **5.2.18. Präventionsmaßnahmen**

Gemäß der Expertinnen- und Expertenmeinung bestehe die Schwierigkeit darin, dass die Verhältnisprävention bei den gesetzten Maßnahmen nicht mit berücksichtigt werde. Dieses sei mühsam und kostspielig. Viele

Projektbetreiber, die mit Übergewichtigen und Adipösen arbeiten, versuchen, das Verhalten zu ändern.

Ein Bereich, in dem man Kinder und Jugendliche fast täglich erreiche, sei die Gemeinschaftsverpflegung. Hier sei ein großes präventives Potential vorhanden. Als ein Hauptproblem werde die mangelnde Versorgung mit ausreichend Nährstoffen gesehen. Einerseits würden zuviel Fette und Zucker verzehrt, andererseits seien Ballaststoffe und Gemüse im täglichen Speiseangebot unzureichend präsent. Als wesentlich sei die Verhältnisprävention eingestuft worden. Die gewünschten Zustände sollen in den täglichen Schulalltag integriert werden, um einen leichteren Zugang zu gesünderem Ernährungs- und Essverhalten zu gewährleisten.

Laut Expertenmeinung liefere die Kieler Adipositaspräventionsstudie (siehe Kapitel 3.2.2.2.) den Hinweis, dass Präventionsmaßnahmen nach Sozialgruppen differenziert werden sollen, um erfolgreicher zu sein.

### **5.2.19. Hindernisse, Schwierigkeiten**

Nach Auffassung einiger Expertinnen und Experten haben sich im Bereich Ernährung viele Mythen in der Gesellschaft festgesetzt. Diese durch eine Intervention zu durchbrechen, sei eine Herausforderung.

Nicht Fast Food sei Schuld am steigenden Trend der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter, sondern es werde als schwierig angesehen, mit dem zunehmenden Überangebot an Lebensmitteln und Getränken umzugehen.

Von Seiten der Ärztinnen und Ärzte werde eine Gesundheitsstunde pro Woche als gesundheitsförderliche Maßnahme vorgeschlagen. Diese entspreche jedoch nicht den WHO-Kriterien der Gesundheitsförderung und sei auch nicht evidenzbasiert. Eine reine Lehreinheit mit Wissensvermittlung werde nicht zum gewünschten Erfolg führen, da das Verhalten mit dem Wissen nicht so stark in

Zusammenhang stehe. Bei den Ärzten finde keine Gesundheitsbildung statt, da diese notwendig würde, wenn eine Krankheit bestehe.

### **5.2.20. Information**

Unter den Befragten kam die Äußerung, dass es vielen Eltern bewusst sei, dass ihre Kinder sich falsch ernähren, aber für die Erziehungsberechtigten sei es schwierig, das passende Angebot zu finden. Die meisten Initiativen werden beworben, seien aber trotzdem nicht so leicht zugänglich für die Menschen. Dafür wurde das Forum Übergewicht und Adipositas (siehe Kapitel 3.2.1.12.) ins Leben gerufen.

Der erste Weg führe meist zu den Ärzten, diese seien aber häufig ratlos und nicht über aktuelle Projekte informiert. Die Behandlung in der Adipositasambulanz erfolge erst mit diagnostizierter Adipositas und metabolischem Syndrom oder anderen schweren Folgeerkrankungen. Für übergewichtige Kinder ohne Folgeerscheinungen sei es schwierig, ein Angebot zu finden. Um die Wissenslücken der Ärzte zu schließen, erfolge mit einigen Projektbetreibern schon eine Zusammenarbeit.

### **5.2.21. Good/Best Practice**

Es wurde darauf hingewiesen, dass Models of best practice in der Gesundheitsförderung nicht möglich seien, da es sich immer um unterschiedliche Settings handle und sich dafür keine konkreten Regeln abgrenzen lassen würden. Bestenfalls seien good practice Modellprojekte definierbar, da es immer nötig sei, das gewählte Modell an die eigene Dialoggruppe und die gegebenen Rahmenbedingungen zu adaptieren. Bei einem Projekt handle es sich immer um einen individuellen Entwicklungsprozess, für welchen ausreichend Anpassungsspielraum vorhanden sein sollte.

#### Ankerbeispiel:

*„Weil einfach die Menschen, das Setting ja immer unterschiedlich ist. Darum habe ich auch meine Schwierigkeiten mit Models of best practice, weil max. good practice gibt*



*es meiner Meinung, wo man sich Ideen holen kann und man muss das dann sowieso auf seine jeweilige Dialoggruppe adaptieren.“ (Interview 5, Seite 2, Zeile 83-86)*

Trotz alledem sei es wichtig, sich bei der Projektplanung und Umsetzung an evidenzbasierte und effektive Strategien zu halten und den wissenschaftlichen Kriterien zu folgen, allein mit Engagement ein Projekt zu starten, bringe nicht den gewünschten Erfolg. Dafür sei eine Literaturrecherche und Projektrecherche internationaler und nationaler Projekte vonnöten.

#### Ankerbeispiele:

*„Also meiner Meinung nach wäre, bevor man ein Modellprojekt entwickelt, einmal wesentlich Literaturrecherche und eine Recherche: Welche Projekte gibt es national und international zu diesem Thema, welche Projekte sind gut evaluiert und wo kann ich wirklich auch was herauslesen, was tatsächlich gemacht worden ist und dann eben so ein Projekt anhand von guten Modellprojekten entwickeln und durchführen.“ (Interview 5, Seite 5, Zeile 249-254)*

*„Weil es hilft nichts, wenn ich höchst engagierte Menschen habe, da irgendwo im Projekt habe und die tun was sie glauben, weil sie glauben, das könnte funktionieren, ah, so geht das nicht.“ (Interview 8, Seite 3, Zeile 138-140)*

Auf Basis der Literaturrecherche solle ein Projektplan erstellt werden. Folgende Kriterien seien bei der Planung eines Model of good practice zu berücksichtigen:

#### **State-of-the-Art**

Wichtig sei immer State-of-the-Art nach der Gesundheitsförderung im definierten Bereich zu handeln. Die Leitlinien der Adipositasgesellschaft könnten als Orientierung für ein gutes gesundheitsförderliches Projekt zur Prävention von Adipositas dienen.

#### **Ganzheitlichkeit**

Es sei wichtig, fachlich übergreifend zu arbeiten und dabei auch sozioökonomische und psychosoziale Gesichtspunkte mit einfließen zu lassen. Es sollte eine Kombination aus Ernährung, Bewegung und seelischen Gesundheit geschaffen werden. Um die Ganzheitlichkeit zu gewährleisten, sei ein interdisziplinäres und qualifiziertes Projektteam wichtig.

Ankerbeispiel:

„Also ich denk mir immer, gerade wenn es um das Thema geht, reicht es nicht an nur einem Thema anzusetzen, nur an Ernährung, sondern da braucht es eben auch die Bewegung, da braucht es die Psychologie, also wir sagen immer seelische Gesundheit dazu, also es muss sehr, sehr vielseitig, sehr umfassend vom Konzept her aufgebaut sein.“ (Interview 1, Seite 7, Zeile 324-328)

**Verhaltens- und Verhältnisprävention**

Beides müsste in der Projektplanung berücksichtigt werden. Maßnahmen sollten in den verschiedenen Bereichen stattfinden. Verhältnisse gehören mitverändert, damit die Änderungen langfristig andauern können.

**Settingansatz**

Es sei wichtig, in den Lebenswelten der Kinder anzusetzen und diese in das Projekt mit einzubinden. Dafür sei eine Verknüpfung vom Häuslichen mit dem Schulischen nötig. Schule und Elternhaus dürfen nicht konterkarieren, ansonsten befinden sich Kinder und Jugendliche in einem Zwiespalt.

Ankerbeispiel:

„Und wenn das konterkariert wird, in der Schule machen wir es so, zu Hause läuft es ganz anders, dann hat das Kind keine Wahl, dann isst es das was von zu Hause ist, weil das primär einfach da ist die Bindung.“ (Interview 10, Seite 4, Zeile 200-203)

Die Zugänglichkeit zu den gesetzten Maßnahmen (Kurse, Vorträge etc.) seien an die Zielgruppe anzupassen. Es solle eine möglichst niedrighschwellige Einrichtung gewählt werden, damit die Hemmschwelle gering bleibe. Es werden oft Schulen und öffentliche Orte bevorzugt, eine universitäre Institution führe oft zu Ängsten bei der Dialoggruppe.

Von Vorteil sei die Involvierung aller Beteiligten des Settings in die gesetzten Interventionen. Im Bereich Kinder und Jugendliche (Setting Kindergarten und Schule) seien insbesondere die Kinder selbst, ihre Erziehungsberechtigten, die Pädagoginnen, die Essensanbieter und die Medien zu beachten. Weiters wäre es wichtig, schon zu Beginn alle jene, die Verantwortung tragen und einen Einfluss ausüben (Kooperations- und Finanzierungspartner und Interessensgruppen), mit einfließen zu lassen. Das Know how der Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus mehreren Fachgebieten stärke ein

Projekt und helfe schon im Vorfeld Fehler zu vermeiden. Eine Einseitigkeit in der heutigen, vernetzten Welt sei nicht von Vorteil.

Ankerbeispiel:

*„Und dass man wirklich alle Beteiligten eines Settings miteinbezieht in das Projekt, in die Maßnahmen. Also in dem Fall: Kinder, Eltern, Lehrer, Essensanbieter und Medien. Also, es muss sehr komplex und sehr umfangreich sein.“ (Interview 1, Seite 7, Zeile 316-318)*

### **Zielgruppenorientiert**

Die Dialoggruppe müsse zu Beginn genau definiert werden um die Methodik und Kommunikation hochspezifisch auf diese Gruppe, dem Lebensalter, der Lebenssituation und den Möglichkeiten entsprechend, abzustimmen.

Es sei wichtig, einen Zielgruppenbezug herzustellen und auf dem spezifischen Niveau zu arbeiten. Die Maßnahmen dürfen nicht zu hochschwellig angesetzt werden, um die Partizipation zu erhöhen. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen müsse der Spaß im Vordergrund stehen, es darf kein Lernkurs sein. Sich selbst entdecken und entfalten solle das vorrangige Ziel sein. Auch eine Professionalisierung der Projektmitarbeiter im Hinblick auf die Kommunikation und den Umgang mit Kindern sei von Vorteil.

Ankerbeispiel:

*„Wobei eine Professionalisierung auch der Mitarbeiter mir wichtig erscheint. Dass die Leute, die dann wirklich arbeiten im Projekt, dass die dann auch wirklich geschult sind. z.B. in der Kommunikation, z.B. im Umgang mit Kindern - ahh - das kann nicht jeder der einfach will. Mit Kindern muss man gelernt haben umzugehen.“ (Interview 10, Seite 11, Zeile 532-536)*

### **Empowerment**

Um das Empowerment zu erhöhen, sei es wichtig, die persönlichen und sozialen Ressourcen zu stärken. Die Kompetenzen zu stärken und die Selbstwirksamkeit der Eltern und der Pädagogen zu erhöhen, so dass sie wissen, dass sie dazu fähig seien, den Kindern und Jugendlichen eine gesunde Ernährung zu bieten, sei ein wesentlicher Faktor für ein gutes Modellprojekt.

## Partizipation

Der partizipative Ansatz sei einer der wesentlichen Bestandteile eines guten Modellprojektes. Wichtig sei es, schon vor Projektbeginn gemeinsam mit der Dialoggruppe die Bedürfnisse, Erwartungen, Interessen und Ziele abzuklären. Gesundheitsförderung funktioniere nur unter Mitwirkung aller Beteiligten. Nur einen Vortrag zu halten, ohne die Beteiligten mitwirken zu lassen, werde nicht als förderlich angesehen.

Es sei wichtig, Kinder und Jugendliche als ernsthaftes Gegenüber wahrzunehmen und ihre Wünsche in die Projektplanung mit einfließen zu lassen. Sehr viele Projekte für Kinder und Jugendliche basieren auf dem Erwachsenenbild was für Kinder und Jugendliche gut wäre. Kinder und Jugendliche definieren aber diese Bedürfnisse nicht von sich heraus.

Ein partizipativer Ansatz mit dieser Dialoggruppe bringe auch viele Schwierigkeiten mit sich, da der Unsicherheitsfaktor steigen würde, wenn Kinder und Jugendliche mitsteuern und mitentwickeln.

### Ankerbeispiele:

*„Also wenn Sie sagen, was muss ein Modellprojekt, dann kommt eigentlich der Satz mit der Partizipation ganz am Anfang.“ (Interview 10, Seite 12, Zeile 579-580)*

*„Es lässt sich auch niemand darauf ein, es ist auch viel schwieriger. Weil viel mehr Unsicherheiten sind, wenn Kinder mitsteuern und mitentwickeln, dann kann man nicht irgendetwas Fertiges planen, dann kann man, was weiß ich, vom Projektmanagement her, diesen Projektstrukturplan, wer macht welches Arbeitspaket, zu welchem Zeitpunkt, mit Meilensteinen, das geht sich nicht aus mit Kindern, ja. Die sind nicht planbar. Nicht so planbar wie wir das wollen. Das wäre es aber.“ (Interview 10, Seite 12, Zeile 589-594)*

## Preis

Damit die gesundheitliche Chancengleichheit zwischen den einzelnen Bevölkerungsschichten gegeben sei, müsse die Verfügbarkeit von kostengünstigen Angeboten gewährleistet sein.

## **Effizienz**

Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der gesetzten Maßnahmen sollte stimmen und die Wirksamkeit der Intervention gehöre mittels einer Evaluation nachvollzogen.

## **Nachhaltigkeit**

Die Interventionen sollten nachhaltige Effekte mit sich ziehen, aus heutiger Sicht dafür am förderlichsten seien langfristige Maßnahmen. Bringe ein entwickeltes Projekt gute Erfolge, so solle es zu einer Projektfortsetzung kommen und im besten Falle in eine Regelversorgung übergehen. Natürlich schließe das mit ein, dass die übernommenen Strategien immer an den lokalen Kontext angepasst werden.

Ein Projekt flächendeckend über ein Land zu streuen sei sehr schwierig, aber in der Planung sollte man eine Übertragbarkeit auf Städte bzw. Regionen mitberücksichtigen.

### Ankerbeispiel:

*„Und wenn das gut läuft, dann nicht wieder das nächste Pilotprojekt entwickeln, sondern schauen, wie können wir es ein bisschen, ich sage eh nicht flächendeckend, weil das wird es höchstwahrscheinlich nicht spielen, aber wie könnte man ein gut entwickeltes Projekt ein bisschen weiter streuen.“ (Interview 5, Seite 5, Zeile 254-257)*

Damit die Intervention auch für andere zugänglich und arbeitsfähig werde und nicht in der Schublade landet sei eine gute, verständliche und vollständige Projektdokumentation wesentlich.

Bei der Planung sollten schon Strategien entwickelt werden, wie eine Weiterfinanzierung des Projektes in der Zukunft aussehen könnte.

## **Evaluation**

Ein gutes Modellprojekt zeichne sich durch eine Prozessevaluation und eine Ergebnisevaluation aus. Auch die Dokumentation der Ergebnisse sei bedeutungsvoll. Sowohl das Gute als auch die Stolpersteine sollten dokumentiert werden.

Werde ein Ziel nicht erreicht, so sei es wesentlich, die Gründe dafür herauszuarbeiten und zu dokumentieren. Das Optimum sei, nötige Änderungen in den nächsten Zyklus oder bei der Fortsetzung des Projektes zu adaptieren. Prozessorientiertes Arbeiten und gegebenenfalls Veränderungsprozesse wahrzunehmen, sei für die Qualitätsentwicklung eines Projektes ausschlaggebend.

### **Qualitätsmanagement**

Ein professionelles Projekt- und Qualitätsmanagement sei für einen Projekterfolg ausschlaggebend.

#### Ankerbeispiele:

*„Ahm, ein wirksames Modellprojekt, da ist es eben wichtig, dass die good practice Kriterien miteinbezogen werden. D.h. eben, wie ich schon gesagt habe, die Partizipation, die Empowerment, dann die Vernetzung und der Multiplikatoreneffekt ist auch ganz wichtig, denke ich bei einem Projekt. Natürlich die Evaluation, das ist eigentlich auch eine der wichtigsten Dinge. Ahm, was habe ich noch? Ja, der Zielgruppenbezug natürlich, dass man auch immer einen Bezug zur Zielgruppe hat und niederschwellig das anbietet, eben damit man noch die Partizipation erhöhen kann, Settingansatz natürlich auch ganz wichtig. Auch Qualitätsmanagement auf jeden Fall und auch das mitbedenkt - ahh - das ist es eben eh - ja niederschwellig und Kosten-Nutzen natürlich muss man immer abwägen, ob sich das auch lohnt und dass man das Projekt auch längere Zeit weiterführen kann. Oft ist es so, dass die Projekte kurz da sind, sehr gute Projekte und dann die Finanzierung einfach fehlt und dann diese guten Projekte verschwinden und einfach nicht weitergeführt werden. Dass man hier auch etwas mitüberlegt.“ (Interview 9, Seite 3, Zeile 105-118)*

*„Ein wirksames Modellprojekt ist evidenzbasiert. Bezieht alle ein, die wirklich entweder Verantwortung tragen oder Einfluss ausüben, was ja beinahe dasselbe ist. Ein wirksames Modellprojekt hat auf jeden Fall ein professionelles Projektmanagement und wird auf jeden Fall evaluiert und sollte, also diese Schwerpunkte, dass man die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen einbezieht auf jeden Fall auch haben. Also nicht nur schulisch und nicht nur häuslich sondern sollte zumindest eine Einbeziehung der anderen Lebenswelt haben. Also, das wären für mich also die grundsätzlichen Voraussetzungen.“ (Interview 10, Seite 11, Zeile 525-532)*

### **5.3. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE**

In diesem Kapitel wurden die gewonnenen Erkenntnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage dargestellt. Zum einen fand dabei eine Bewertung österreichischer Projekte hinsichtlich ihrer Effizienz und Effektivität statt.

Weiters wurden Handlungsempfehlungen einer erfolgreichen Projektumsetzung mit Fokus auf die Dialoggruppe Kinder und Jugendlichen, ausgesprochen. Ein wesentlicher Teil der Resultate beschäftigt sich auch mit der Erfolgsmessung von Interventionen. Ebenso wurde die Notwendigkeit einer Evaluation und die damit verbundenen Schwierigkeiten, sowie der Mangel an Gesundheitsdaten von österreichischen Kinder und Jugendlichen an Hand der Interviews aufgezeigt.

Die Aussagen und Meinungen in den Hauptkategorien zeigen, dass die Projektlandschaft in Österreich sehr vielfältig an Ideen, Möglichkeiten und Methoden sei. Das Bewusstsein für die Wichtigkeit dieser Maßnahmen sei auf politischer, sowie auf gesellschaftlicher Ebene vorhanden, weswegen auch die Möglichkeit bestehe, Projektförderungen zu erlangen. Dies mache es möglich, dass viele Projekte im Bereich Ernährung und Bewegung in Österreich erfolgreich stattfinden. Als limitierend wurde die Tatsache betrachtet, dass die gestarteten Interventionen sich oftmals nicht an evidenzbasierten Richtlinien orientieren und national keine standardisierten Programme vorhanden seien. Projektförderungen werden in der Regel ausschließlich für Pilotprojekte mit hohem Innovationswert und klar definiertem Zeitraum vergeben. Österreichische Organisationen der Projektförderung sehen es nicht als ihre Aufgabe, Projekte auf nationaler Ebene umzusetzen, beziehungsweise eine Umwandlung in ein andauerndes Programm finanziell zu unterstützen. Auch die Wirksamkeit vieler Maßnahmen werde nicht immer zur Zufriedenheit der Befragten überprüft. Als Mangel werden oftmals Budgetnöte genannt, aber auch fehle den Projektbetreibern das Wissen für die Notwendigkeit einer Evaluation.

Um das Ziel des NAP.e näher zu kommen, sei es wesentlich, dass langfristig und systematisiert in ganz Österreich ein Basisprogramm, welches sich an erprobten Erfolgskriterien orientiere, im Bereich Ernährung und Bewegung umgesetzt werde. Dies müsse in regelmäßigen Abständen evaluiert werden, so dass nötige Adaptionen, um das angestrebte Ziel zu erlangen, erfolgen können.

Zusätzlich sollen kontinuierlich Aktivitäten, um die Motivation aufrecht zu erhalten, stattfinden.

Wichtig sei, dass die Gelder, die in das Gesundheitswesen fließen, für strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet werden. Für die Weiterführung guter, evidenzbasierter Modellprojekte, die nachhaltig wirken, sollen Fördergelder vorhanden sein. Auch die Vernetzung und der Wissenstransfer zwischen den einzelnen Bundesländern müsse noch verbessert werden.

Eine Schwachstelle bei der Projektentwicklung, im speziellen bei der Dialoggruppe der Kinder und Jugendliche sei, dass der partizipative Ansatz fehle. In einigen Ländern gebe es dafür schon sehr gute Modellprojekte, aber in Österreich werden die Kinder und Jugendlichen, bei der Entwicklung einer Intervention, kaum miteinbezogen. Ein partizipativer Ansatz, bei dem Kinder und Jugendliche mitentwickeln, sei für den Erfolg eines Projektes wesentlich. Erwachsene verfügen nicht über das Wissen, welche Bedürfnisse Kinder und Jugendliche haben. Oft ist die Wahrnehmung auf der Erwachsenenenebene über das Verlangen der Kinder und Jugendliche gegenteilig zu den Bedürfnissen, die diese Dialoggruppe von sich aus definiere. Projektbetreiber müssen einen Weg finden, wie mit den Schwierigkeiten und Unsicherheiten umgegangen werden könne, die entstehen, wenn Kinder und Jugendlichen mitsteuern.

Ein oft ausgesprochener Wunsch sei eine transparentere Kommunikation. Die Vernetzung und die Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene fehle. Dies führe dazu, dass Projektbetreiber oft nicht wissen, welche anderen Aktionen in diesem Bereich noch stattfinden. Daraus resultieren viele ähnliche Projekte im gleichen Setting. Es sei wichtig zu vermeiden, dass Schulen und Kindergärten mit Aktionen überflutet werden, damit keine Projektmüdigkeit eintrete und das Interesse an Projekten teilzunehmen sinke.

Das Defizit an repräsentativen österreichischen Gesundheitsdaten wurde im Zuge der Interviews immer wieder erwähnt. Wenn keine gute Datenbasis



vorhanden sei, sei es kaum möglich Veränderungen und Effekte wahrzunehmen. Ein zukünftiges Projekt zum Erhalt österreichischer Gesundheitsdaten, welche für die Forschung zugänglich seien (beispielsweise über eine Datenbank), wäre ein Wunsch vieler Befragten.

Die anschließende Grafik (Abbildung 7) gibt die Schlussfolgerung der gewonnenen Erkenntnisse aller Interviews wieder. Wenn das Gesundheitsverhalten der österreichischen Kinder und Jugendlichen nachhaltig geprägt werden sollte sei ein langfristiges, über Jahre andauerndes Basisprogramm welches österreichweit, systematisiert und standardisiert in der Gesellschaft verankert werde, am zielführendsten. Um effektiv zu wirken, müsste sich diese Programm an schon erprobten Erfolgskriterien orientieren und müsste einer regelmäßigen Evaluierung unterzogen werden. Nötige Adaptionen könnten so erkannt und umgesetzt werden. Eine ständige Weiterentwicklung und Zielgruppenanpassung sei in der heutigen, schnelllebigen Zeit unabdinglich.

Des weiteren sei dafür ein geschultes und für die Zielgruppe qualifiziertes Projektteam unerlässlich um die Vermeidung sogenannter „good-will actions“ die nicht zum gewünschten Projekterfolg führen. Der Kindergarten und die Schule seien das erfolgsversprechendste Setting, da durch das letzte verpflichtende Kindergartenjahr und die nationale Schulpflicht die Kinder und Jugendlichen die meiste Zeit ihrer „waking hours“ in diesen Einrichtungen verbringen.

Würde solch ein Basisprogramm langfristig und österreichweit stattfinden, so wäre es möglich standardisierte Gesundheitsdaten zu erlangen. An Hand dieser Daten könnte die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aufgezeigt und nötige Maßnahmen zur Prävention der Kindergesundheit umgesetzt werden. Dafür wären gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie eine koordinierte Gesundheitspolitik erforderlich.



Abbildung 7: Basisprogramm

## 6. SCHLUSSBETRACHTUNG

Durch die ständig steigenden Prävalenzzahlen der Adipositas im Kindes- und Jugendalter wird der Ruf nach geeigneten Präventionsmaßnahmen immer lauter. Übergewicht und Adipositas werden als die schnellst wachsenden Gesundheitsrisiken angesehen. Der letzte Österreichische Adipositasbericht 2008 zeigte, dass 8% der Schulkinder an starkem Übergewicht und 11% an Übergewicht leiden. Folgen sind ein erhöhtes Risiko für Stoffwechsel- und Herz-, Kreislaufkrankungen sowie einer erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter. Übergewichtige Kinder werden mit großer Wahrscheinlichkeit auch dicke Erwachsene. Darum schreibt man Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter eine große gesundheitspolitische Bedeutung zu. Obwohl die Adipositasprävention seit Jahren verfolgt wird, verzeichnet Österreich weiterhin einen steigenden Trend im Auftreten von Übergewicht und Adipositas.

Diese Arbeit liefert einen Überblick, welche Gesundheitsförderungsprogramme national und international vorhanden sind, von wem sie initiiert und durchgeführt werden und welche Ergebnisse bis dato beobachtet werden konnten. Weiters wird die Effektivität und Effizienz verschiedener Maßnahmen an Hand Expertinnen- und Expertengespräche bewertet. Analysiert wurde auch der Aspekt der Evaluation, um die Wirksamkeit zu beurteilen und neue Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Projekte zu gewinnen.

Die erhobenen Projektdaten zeigen eine Vielzahl verschiedenster, erfolgreicher, zielgruppenorientierter Aktionen zum Thema Ernährung, Bewegung und Adipositasprävention. Viele gute Ideen werden umgesetzt und neue Methoden erprobt. Auch auf politischer Ebene ist das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Adipositasprävention im Kindes- und Jugendalter vorhanden und es besteht die Möglichkeit für Projekte Gelder zu bekommen. Als ein Mangel verzeichnen Projektbetreiber, dass Fördergelder nur einmalig vergeben werden und dies meist nur für Pilotprojekte mit einer kurzen Projektlaufzeit. Noch keines dieser Projekte wurde nachhaltig in ein Programm umgewandelt. Wichtig wäre aber

die Weiterführung guter, evidenzbasierte, standardisierter Programme, national ausgeweitet, mit geschulten Leuten, so dass Kindergesundheitsprojekte den Projektstatus verlassen und zu einem nationalen Programm werden. So lange Kindergesundheit einen definierten Projektbeginn und ein definiertes Projektende hat, ist eine nachhaltige Gesundheitsförderung fraglich. Wesentlich dafür sei, dass die Gelder, die in das Gesundheitswesen fließen, für strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet werden. Positiv hervorgehoben wurde die Möglichkeit für den bundesweiten Erhalt von Vorsorgemitteln für den Bereich Ernährung. Hier wäre es sinnvoll, diese Mittel für den Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen aufzuwenden. Finanzielle Ressourcen müssten stärker in eine strukturelle Prävention fließen. Dafür solle es bewusst eine Steuerung der Fördergelder geben.

Die kurzfristige Messung des Erfolgs gewinnt immer mehr an Bedeutung, aber es wird verabsäumt, Langzeitergebnisse zu erheben. Dies sei notwendig, um den Erfolg zu bewerten, um Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Projekte zu gewinnen. Deshalb sei es wesentlich, wenn auch die langfristige Messung des Projekterfolges in die Struktur verankert werden würde. Dafür müssten aber auch Gelder zur Verfügung gestellt werden. Denn nur, wenn die Ziele langfristig überprüft werden, kann der Erfolg, die Effektivität und die Effizienz einer Intervention beurteilt werden. Meist liegen die Gründe am Scheitern von Langzeitevaluationen zum einen am fehlenden Bewusstsein über deren Wichtigkeit, der Professionalität und Kompetenzen der Projektbetreiber und zum anderen an den Geldgebern, die das Projekt von Beginn bis Ende fördern, aber keine Erfolgsmessung danach. Auch stellt der Zugriff zur Zielgruppe eine Schwierigkeit dar, dafür müssten Ideen entstehen, um die Projektteilnehmerinnen und -teilnehmer für eine Nachkontrolle zu motivieren.

In der Dokumentation der Ergebnisse gibt es einen Verbesserungsbedarf. Oft werden Schwierigkeiten und Schwachstellen von Interventionen nicht dezidiert angesprochen und so ist es nicht möglich, aus Fehlern der anderen zu lernen. Es sei wichtig, die „lessons learned“ öffentlich zugänglich zu machen, so würden sich neue Möglichkeiten aufzeigen und so könnte es zu einem

Fortschritt im österreichischem Projektgeschehen kommen. Die transparente Kommunikation, die Vernetzung und die Zusammenarbeit auf nationaler und internationaler Ebene fehle.

Ein Defizit an Gesundheitsdaten und Forschung sei in Österreich vorhanden. Langfristiges nationales Datenmaterial sei nur gering vorhanden. So machte der Österreichische Ernährungsbericht 2003 den Anfang, es folgte danach ein größer angelegte Studie vom Grünen Kreuz im Auftrag von Danone. Die letzte öffentlich zugängliche Erhebung fand mit dem Österreichischem Ernährungsbericht 2008 statt. Die Daten zur Gewichtsentwicklung der Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung der Schulpflicht, seien in Österreich vorhanden, aber sie werden nicht strukturiert in eine Datenbank erfasst. Diesbezüglich könnte man sich am Know how anderer Länder (z.B. Schweden), die über langfristige Kohorten-Daten aus Schulen verfügen, bedienen. Fehlen die Basisdaten, so ist das Messen von Veränderungen und Effekten kaum möglich.

Die erfolgsversprechendsten Settings für adipositaspräventive Handlungen scheinen der Kindergarten und die Schule zu sein. Ein wesentlicher Grund dafür sei, dass die Dialoggruppe hier die meiste Zeit ihres Wachseins („waking hour“) verbringe und durch die nationale Schulpflicht alle Kinder, unabhängig ihrer sozialen Herkunft, diese Einrichtungen besuchen. Weiters wird von den Wissensträgerinnen und Wissensträger betont, dass Einrichtungen der Kinderbetreuung den Auftrag zur Gesundheitsbildung und –förderung haben. Die Weltgesundheitsorganisation definiert potentielle Handlungsbereiche, um die Rahmenbedingungen in der Schule und Kindergarten zu verändern, um eine bewegungs- und gesundheitsfördernde Lebenswelt zu schaffen. Dafür ist nicht nur das Vermitteln von Gesundheitswissen nötig, sondern auch die Gestaltung eines gesundheitsfördernden Alltags und eines vor Gewichtszunahme schützenden Umfelds.

Positiv zu bewerten ist das Interesse der Lehrerinnen und Erzieher an Projekten teilzunehmen. Aber es ist auch festzustellen, dass durch diese große Fülle an

Angebot die Pädagoginnen und Pädagogen, aber auch die Eltern „projektmüde“ geworden sind und die Motivation, an weiteren Interventionen teilzunehmen, sinkt. Folglich wären Langzeitprogramme von Vorteil, so dass kontinuierlich in diesem Bereich gearbeitet und es nachhaltig im Schulgeschehen verankert werden würde. Wesentlich sei auch eine Basisschulung der Lehrerinnen und Pädagogen, um ihre Kompetenzen im Bereich Ernährung und Gesundheitsförderung zu stärken. Dies sollte schon in der Ausbildung verankert werden, was zur Zeit nicht der Fall ist. Um dieses Loch zu füllen, startete in Wien die Ernährungsakademie. Diese wurde auch auf die Bundesländer Oberösterreich und Kärnten ausgeweitet. Mit dieser Fortbildungsinitiative wird den Kindergartenpädagoginnen und Assistenten von Kinderbetreuungseinrichtungen ein kostenloses Schulungsprogramm mit dem Fokus auf Ernährung und Lebensmitteln angeboten.

Es ist festzustellen, dass die Ernährung bei Projekten meist nicht im Vordergrund steht, sondern es sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der auch Bewegung und psychosoziale Gesundheit miteinschließt, handelt. Dies ist ein unerlässlicher Punkt, denn die Expertinnen und Wissensträger gehen davon aus, dass die seelische Gesundheit am Entstehen von Übergewicht und Adipositas einen wesentlichen Einfluss ausübt. Leider sind in Österreich noch keine Daten vorhanden, inwiefern die seelische Gesundheit das Ernährungsverhalten beeinflusst und welche Auswirkung die Alleinerziehung, Patchworkfamilien und aufgelöste Familienverhältnisse mit sich ziehen.

Folgende wichtige Maßnahme für die Zukunft, um die Adipositasprävalenz österreichischer Kinder und Jugendlicher einzudämmen, seien die Definierung von Gesundheitszielen, Handlungsfeldern und Lösungsstrategien, die geprüft, evidenzbasiert und effektiv sind. Diese müssten konsequent bundesweit umgesetzt werden. Ferner seien gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen, sowie eine koordinierte Gesundheitspolitik nötig, um langfristig Erfolge im verbessertem Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu erzielen. Auch die Verbesserung der Verhältnisse muss mitberücksichtigt werden. Die gesündere Wahl sollte zur leichteren werden. So wird auf

nationaler und internationaler Ebene ein gesünderes Lebensmittelangebot, eine bewegungsfreundlichere und gesündere Umwelt, sowie mehr Gesundheitsbildung gefordert. Gesamtgesellschaftliche Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme sollten alsbald in einem verstärktem Ausmaß umgesetzt werden.

## **7. ZUSAMMENFASSUNG**

### **7.1. HINTERGRUND**

Ein Vergleich der letzten österreichischen Ernährungsberichte zeigt einen deutlichen Anstieg der Adipositasprävalenz. Folgen sind ein erhöhtes Risiko für Stoffwechsel- und Herz-Kreislaufkrankungen sowie einer erhöhte Mortalität im Erwachsenenalter. Übergewichtige Kinder werden mit großer Wahrscheinlichkeit auch dicke Erwachsene. Darum schreibt man Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter eine große gesundheitspolitische Bedeutung zu. In Österreich sind viele Initiativen gestartet worden, die zum Ziel haben, ungünstiges Ernährungsverhalten zu verbessern oder nicht entstehen zu lassen. Diese Arbeit liefert einen Überblick, welche Gesundheitsförderungsprogramme es gibt, von wem sie initiiert und durchgeführt werden und welche Ergebnisse beobachtet werden konnten. Weiters wird die Effektivität und Effizienz verschiedener Maßnahmen bewertet. Analysiert wird auch der Aspekt der Evaluation, um die Wirksamkeit zu beurteilen und neue Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Projekte zu gewinnen.

### **7.2. METHODE**

14 Experten der „3 Säulen“ Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit aus den verschiedenen Arbeitsfeldern wurden für Expertinnen- und Experteninterviews ausgewählt. Sowohl der Ansatz von Projektförderstellen als auch die Wünsche von Projektleiter und Projektleiterinnen lieferten einen wichtigen Input. Um das Thema ganzheitlich und interdisziplinär zu betrachten, floss auch das Wissen von Ärztinnen und Psychologen mit ein. Die gesammelten Daten wurden mit dem inhaltsanalytischen Verfahren in Anlehnung an die Methode von Philipp Mayring (2010) qualitativ ausgewertet.



### **7.3. ERGEBNISSE**

Die Erhebung der Projekte zeigt eine Vielzahl verschiedenster Aktionen zum Thema Ernährung, Bewegung und Adipositasprävention in den unterschiedlichsten Settings, vor allem aber im Kindergarten und in der Schule. Lehrerinnen, Pädagogen und Eltern nehmen das Angebot gerne an. Durch die Fülle an Initiativen zeigt sich, dass die Motivation teilzunehmen langsam abklingt.

Positiv festzustellen ist, dass die Ernährung meist nicht im Vordergrund steht sondern es sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der auch Bewegung und psychosoziale Gesundheit inkludiert, handelt. Projekte werden kaum nachhaltig in Programme umgewandelt. Dies scheiterte bis dato an der Finanzierung. Die kurzfristige Messung des Erfolgs gewinnt immer mehr an Bedeutung, aber es wird verabsäumt, Langzeitergebnisse zu erheben. Dies wäre notwendig, um den Erfolg zu bewerten, um Erkenntnisse und Verbesserungen für zukünftige Projekte zu gewinnen.

### **7.4. AUSBLICK**

Österreich bräuchte evidenzbasierte, standardisierte und langfristige Programme zur Prävention der Kindergesundheit. Dafür wäre es wichtig, nationale Gesundheitsziele zu definieren, Handlungsfelder zu erforschen und evidenzbasierte, effektive, geprüfte Lösungsstrategien zu entwickeln. Gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen sowie eine koordinierte Gesundheitspolitik wären dafür von Nöten.

Diese Arbeit könnte als Grundlage zur Entwicklung eines österreichischen Konsens zur Definierung von Standards für eine vorbildliche Projektabwicklung dienen. Das dazu nötige Wissen könnte anhand der Delphi Methode erhoben werden.

## 8. LITERATURVERZEICHNIS

APA-OTS. Gewichtige Tatsachen: Knapp ein Fünftel unserer Kinder ist zu dick. Internet:

[http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20070907\\_OTS0058/gewichtige-tatsachen-knapp-ein-fuenftel-unserer-kinder-ist-zu-dick](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20070907_OTS0058/gewichtige-tatsachen-knapp-ein-fuenftel-unserer-kinder-ist-zu-dick) (Zugriff: 15. Juli 2012).

BACHL N, BLUM H, DORNER TE, GOLLNER E, GÄBLER C, HALBWACHS C, U. A. Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien. 2010; 44.

BREMEN INSTITUTE FOR PREVENTION RESEARCH AND SOCIAL MEDICINE BIPS. Idefics study - Identification and prevention of dietary and lifestyle induced health effects in children and infants. Internet: <http://www.ideficsstudy.eu/idefics/> (Zugriff: 12. Juli 2012).

BRITISH NUTRITION FOUNDATION. European food framework. Internet: <http://www.europeanfoodframework.eu/> (Zugriff: 12. Juli 2012).

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT BMG. Unser Schulbuffet - Voll gut die Pause! Internet: <http://unerschulbuffet.at/> (Zugriff: 12. Juli 2012).

BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, FAMILIE UND JUGEND BMWFJ. Peer Group Education. Internet: <http://www.bmwfj.gv.at/Jugend/Praevention/peergroupeducation/Seiten/default.aspx> (Zugriff: 29. Sep. 2012).

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG BZGA. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A – Z. Internet: <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=e88c24647c295afd69911c42316c4435&id=angebote&idx=130> (Zugriff: 6. Nov. 2011).

DAS DEUTSCHE COCHRANE ZENTRUM. Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme) Internet: <http://www.cochrane.de/de/evidenz-empfehlung> (Zugriff: 28. Juni 2012).

DEUTSCHE ADIPOSITAS GESELLSCHAFT DAG. Definition Adipositas. Internet: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39> (Zugriff: 16. Okt. 2011).

ELMADFA I, FREISLING H, KÖNIG J. Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Institut für Ernährungswissenschaften, Universität Wien. 2003; 372.

ELMADFA I, FREISLING H, NOWAK V, HOFSTÄDTER D. Österreichischer Ernährungsbericht 2008. Bundesministerium für Gesundheit, Wien. 2011; 436.

ELMADFA I, LEITZMANN C. Ernährung des Menschen. Eugen Ulmer, Stuttgart. 2004; 660.

ELMADFA I. Ernährungslehre. Stuttgart: Eugen Ulmer, Stuttgart. 2004; 249.

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH FGÖ. Gesundheit für alle! Internet:  
<http://www.fgoe.org/> (Zugriff: 11. Juli 2011).

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH FGÖ. Gesundheitsförderung. Internet:  
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsforderung>  
(Zugriff: 6. Nov. 2011).

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH FGÖ. Glossar. Internet:  
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?&view=praevention>  
(Zugriff: 6. Nov. 2011).

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH FGÖ. Setting. Internet:  
<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/setting>  
(Zugriff: 6. Nov. 2011).

FRÖSCHL B, HAAS S, WIRL C. Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik, Köln. 2009; 81.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ. Ergebnismodell - Gesundheitsförderung und Prävention stärken – Gesundheitsförderung. Internet:  
[http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung\\_und\\_Praevention/Tipps\\_Tools/ergebnismodell.php](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php) (Zugriff: 12. Juli 2012).

GLÄSER J, LAUDEL G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. 2009; 347.

GRÜNES KREUZ ÖLPM. Kinder sind zu dick. Internet: [http://www.gruenes-kreuz.org/oegk/index.php/Kinder\\_sind\\_zu\\_dick.html](http://www.gruenes-kreuz.org/oegk/index.php/Kinder_sind_zu_dick.html) (Zugriff: 15. Juli 2012).

GUTZWILLER F, JEANNERET O. Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Verlag Hans Huber, Bern Hall. 1996; 518.

INITIATIVE „TUT GUT!“. Initiative »Tut gut!« - Aktuelles. Internet:  
<http://www.noetutgut.at/> (Zugriff: 11. Juli 2011).

JAMES P, FINDER N, LOBSTEIN T, BAILLIE K, LEACH J. R, SCARROTT F, RIGBY N, HAINER V, FRELUT M-L, SEIDELL J, U. A. European Association for the Study of Obesity. Obesity in Europe: The case for action. International Obesity Task Force, London. 2002; 30.

KIEFER I, RIEDER A, RATHMANNER T, MEIDLINGER B, BARITSCH C, LAWRENCE K, U. A. Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006. Altern mit Zukunft, Wien. 2006; 305.

KIRCH W, MIDDEKE M, RYCHLIK R. Aspekte der Prävention. Georg Thieme Verlag, Stuttgart New York. 2012; 187-189.

- LOB-CORZILIUS T. Overweight and obesity in childhood - a special challenge for public health. *Int J Hyg Environ Health*. 2007; 210 (5):585–9.
- LOSS J, LEITZMANN M. Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. Springer Verlag, Regensburg. 2011; (54):281–9.
- LÜNGEN M, SCHRAPPE M, LAUTERBACH K. *Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine: Handbuch für Praxis, Politik und Studium*. Schattauer GmbH, Stuttgart. 2012; 537.
- MA S, FRICK KD. A Simulation of Affordability and Effectiveness of Childhood Obesity Interventions. *Academic Pediatrics*, 2011; (4): 342–50.
- MAYRING P, Gläser-Zikuda M. *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Beltz, Weinheim und Basel. 2005; 299.
- MAYRING P. *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel. 2010; 136.
- MÜLLER MJ, ASBECK I, MAST M, LANGNÄSE K, GRUND A. Prevention of obesity--more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001; 25:66-74.
- NARBRO K, AGREN G, JONSSON E, NASLUND I, SJOSTROM L, PELTONEN M. Pharmaceutical Costs in Obese Individuals: Comparison With a Randomly Selected Population Sample and Long-term Changes After Conventional and Surgical Treatment: The SOS Intervention Study. *Arch Intern Med*, 2002; 162(18):2061–9.
- NIEHOFF JU, BRAUN B. *Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health*. Baden-Baden, Deutschland. 2010; 325.
- ÖSTERREICHISCHE ADIPOSITAS GESELLSCHAFT ÖAG. Was ist Adipositas? Internet: <http://www.adipositas-austria.org/adipositas.html> (Zugriff: 16. Okt. 2011).
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG ÖGE. Österreichische Gesellschaft für Ernährung. Internet: <http://www.oege.at/> (Zugriff: 11. Juli 2011).
- RAJ M, SUNDARAM KR, PAUL M, DEEPA AS, KUMAR RK. Obesity in Indian children: time trends and relationship with hypertension. *Natl Med J India*. 2007; 6:288–93.
- SCHOLL A. *Die Befragung*. UVK-Verlags-Gesellschaft, Konstanz. 2009; 275.
- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG GIVE. Home – GIVE. Internet: <http://give.or.at/> (Zugriff: 11. Juli 2011).
- VOS MB, WELSH J. Childhood obesity: update on predisposing factors and prevention strategies. *Curr Gastroenterol*. 2010; 12(4):280–7.

WABITSCH M, KUNZE D. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) 2010. Deutsche Adipositasgesellschaft, Ulm, München. 2010; 94.

WALLER H. Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart. 2007; 255.

WANG L, KONG L, WU F, BAI Y, BURTON R. Preventing chronic diseases in China. *The Lancet*. 2005; 366:1821–4.

WIENER GESUNDHEITSFÖRDERUNG WIG: Wiener Gesundheitsförderung. Internet: <http://www.wig.or.at/> (Zugriff: 11. Juli 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Global Database on Body Mass Index Internet: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> (Zugriff: 16. Okt. 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Healthy Settings [Internet]. WHO. Internet: [http://www.who.int/healthy\\_settings/en/](http://www.who.int/healthy_settings/en/) (Zugriff: 30. Okt. 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Obesity and overweight. Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (24. Okt. 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Ottawa Charter. Internet: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf) (Zugriff: 30. Oktober 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Preventing chronic disease: A vital investment. Internet: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf) (Zugriff: 2. Nov. 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of Childhood obesity: a set of tools for Member States to determine and identify priority areas for action. WHO document production service, Genf. 2012; 86.

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Public Health. Internet: <http://www.who.int/trade/glossary/story076/en/index.html> (Zugriff: 14. Juli 2012).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. The WHO Health Promotion Glossary. Internet: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> (Zugriff: 30. Oktober 2011).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation. Genf 2008.

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. What can be done to fight the childhood obesity epidemic? Internet: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what\\_can\\_be\\_done/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/en/index.html) (Zugriff: 28. Juni 2012).

WORLD HEALTH ORGANISATION WHO. What is overweight and obesity? Internet: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/index.html) (Zugriff: 16. Okt. 2011).

ZENTRUM FÜR PUBLIC HEALTH. Public Health. Internet: <http://www.meduniwien.ac.at/zph/> (Zugriff: 14. Juli 2012).

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

## 9. ANHANG

### 9.1. INTERVIEWLEITFADEN

Vielen Dank für die Möglichkeit dieses Interviews.

Ich, Ramona Spiegl, studiere Ernährungswissenschaften an der Universität Wien. Zur Zeit arbeite ich an meiner Masterarbeit am Institut für Sozialmedizin mit der Fragestellung wie effektiv und effizient ernährungsspezifische Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter zur Prävention von Übergewicht und Adipositas sind.

Mein Vorhaben ist es, 10 Experten zu diesem Thema zu befragen.

Die Befragung wird in etwa eine halbe Stunde in Anspruch nehmen. Zum Ablauf des Interviews möchte ich Ihnen vorab kurz ein paar Informationen mitteilen:

- ▶ Dieses Interview soll wissenschaftlich ausgewertet werden, daher ist es wichtig, dass ich allen Befragten die gleichen Fragen stelle. Es kann daher sein, dass Ihnen manche Fragen zu Ihrer speziellen Situation nicht als passend erscheinen, dies bitte ich Sie schon im Voraus zu entschuldigen.
- ▶ Weiters würde ich Sie um die Erlaubnis bitten, unser Gespräch auf Tonband aufnehmen zu dürfen dadurch wird der Verlust wertvoller Informationen verhindert. Zum Einen hilft es bei der Transkription, damit die Verwendung des exakten Wortlautes gesichert ist und somit eine präzise Auswertung ermöglicht wird. Zum Anderen kann ich mich dann auch mit voller Aufmerksamkeit dem Gespräch widmen.
- ▶ Das Gespräch bleibt selbstverständlich anonym und wird vertraulich behandelt. Die Auswertung erfolgt nicht personenbezogen. Wenn Ihnen

eine Frage unangenehm sein sollte, brauchen Sie natürlich nicht zu antworten.

- ▶ Selbstverständlich werde ich Ihnen das Transkript übermitteln. Sollten Zitatpassagen von Ihnen in meiner Arbeit veröffentlicht werden, so werde ich gesondert um Erlaubnis bitten und Ihnen diese zur Autorisierung vorlegen.
  - ▶ Möchten Sie gerne zitiert werden, bzw. darf ich Sie ggf. zitieren?  Ja  Nein
  - ▶ Darf ich in meiner Arbeit erwähnen, dass ich Sie als ExpertIn zu diesem Thema befragt habe?  Ja  Nein
- Haben Sie noch Fragen bevor wir beginnen?

**Angaben zur Person:**

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Code: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

gegenwärtige Position/Funktion: \_\_\_\_\_

**Fragenblock:**

1. Die Tendenz für Übergewicht und Adipositas bei Kinder und Jugendlichen ist seit Jahren steigend, wie ein Vergleich der österreichischen Ernährungsberichte 2003 und 2008 zeigt. Um diesen steigenden Trend der Adipositasprävalenz entgegenzuwirken sind in Österreich viele Initiativen gestartet, die das Ziel haben, Übergewicht und Adipositas zu vermeiden bzw. zu verringern. Haben Sie hier bei Ihrer Arbeit in \_\_\_\_\_ schon Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt?
  - a. Möchten Sie heute im Zuge des Interviews über ein konkretes Projekt berichten?



2. Wie wichtig sehen Sie Ernährungskampagnen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas in Österreich?
  - a. Wie erreicht man Kinder und Jugendliche am Besten?
  - b. Gibt es weitere wichtige Aktionsfelder? Welche Maßnahmen könnten noch getroffen werden um Übergewicht vorzubeugen?
  - c. Sind Sie mit der aktuellen Projektsituation in Österreich zufrieden?
    - i. Wenn ja, wieso?
    - ii. Wenn nein, wieso nicht?
  - d. Inwiefern könnten die vorhandenen Ressourcen besser verwendet werden?
  - e. Können Sie mir ein Beispiel nennen?
  - f. Wie sieht ein wirksames Modellprojekt aus?
    - i. Welche Eigenschaften müssen Projekte erfüllen, damit sie als good/best practice Modell gelten?
3. Sie/Ihre Institution ist am Projekt .... beteiligt.
  - a. Wie wird dieses Projekt finanziert?
  - b. Wer ist für das Projekt verantwortlich?
  - c. Wer sind die Projektpartner?
  - d. Wie lange ist die Gesamtlaufzeit des Projektes geplant?

- i. Wie sind die einzelnen Projektphasen gegliedert? Weil lange dauert die Einführungsphase, die Interventionsphase, die Kontrollphase (Evaluierung), etc.?
    - ii. Wurden Meilensteine definiert?
  - e. Was sind die wünschenswerten Ziele?
    - i. Wenn diese erfüllt wird/werden, soll das Projekt weiter fortgesetzt werden? Gibt es dafür schon konkrete Pläne?
  - f. Wurden/ Werden die Ergebnisse laufend evaluiert?
    - i. Wenn ja, wie verläuft die Evaluation? Wie messen Sie den geplanten Erfolg?
    - ii. Wenn nein, gibt es eine andere Erfolgskontrolle?
  - g. Sind auch Langzeitevaluierungen geplant/ Wurden Langzeitevaluierungen durchgeführt?
    - i. Wenn nein, was sind die maßgebenden Gründe?
    - ii. Wenn ja, wie wurden/werden die langfristigen Ergebnisse gemessen?
  - h. Wie erfolgt die Kostenkontrolle für das Projekt?
- 4. Wie würden Sie langfristige Outcomes messen? zB.:
  - a. über ein verbessertes Ernährungsverhalten

- b. über ein besseres Ernährungswissen
  - c. über aktivere Lebensweise/ mehr Bewegung
  - d. über vermindertes Auftreten von Übergewicht/ Adipositas in der Zielgruppe
5. Finden Sie Langezeitevaluationen wichtig, sollten Langzeitevaluationen bei adipositaspräventiven Projekten durchgeführt werden?
6. Gibt es von Ihrer Seite noch etwas Wichtiges zu sagen?

**Abschluss:**

7. Könnten Sie mir noch weitere interessante Projekte oder Experten empfehlen?

Ich möchte mich noch einmal recht herzlich bei Ihnen bedanken, dass Sie sich heute für mich Zeit genommen haben.

Falls sich bei der Auswertung die eine oder andere Frage stellt oder Unklarheiten auftauchen, dürfte ich Sie bitte diesbezüglich nochmals telefonisch oder per E-Mail kontaktieren?       Ja    Nein

Vielen Dank!

## 9.2. AUSWERTUNGSKATEGORIEN

**K1:** allgemein zum Thema

**K2:** Anliegen/Arbeitsbereich der Organisation

**K3:** subjektive Meinung der Experten

**K4:** Projektspezifisch (Vorstellung bestimmter Projekte)

**K5:** Expertennennung, Nennung von anderen Organisationen

## 9.3. KODIERLEITFADEN

Code	Bedeutung	Ankerbeispiel
<b>PE</b>	Persönliche Erfahrungen, Meinungen	<i>„wir haben die Erfahrung gemacht, dass eine Kampagne alleine nicht wirklich viel bewirkt...“</i>
<b>A</b>	Arbeitsfeld, Ansatz	<i>„Vom Ansatz her muss das Projekt innovativ sein und Pilotcharakter haben...“</i>
<b>GP</b>	Prinzipien, Grundprinzipien, Maßnahmen	<i>„und es gelten ein paar Grundprinzipien bei einer Förderung. Also das große Anliegen ist, dass die Projekte eben zeitlich befristet sind...“</i>
<b>P</b>	Allgemein Projekte, Projektsituation	<i>„Ein Projekt ist schon abgeschlossen, das ist in Vorarlberg gelaufen und hat geheißen: X-Team...“</i>
<b>S</b>	Setting	<i>„die in den klassischen Settings, in den Schulen, in den Gemeinden, in den Betrieben stattfinden...“</i>
<b>T</b>	Zeit (time)	<i>„wo die Kinder ungefähr über ein Jahr lang betreut worden sind...“</i>
<b>ZG</b>	Zielgruppe	<i>„eher die Eltern wahrscheinlich, dass man die Eltern aufmerksam macht über die Problematik ...“</i>
<b>EZG</b>	Erreichbarkeit/Ansprechbarkeit der ZG	<i>„über die Verhältnisse aber auch der individuelle Zugang ...“</i>

<b>F</b>	Förderung, finanzielle Argumente, finanzielle Ressourcen	<i>„der Fonds hat auch immer die Aufgabe, dass wir Projekte nie zu 100% finanzieren, ...“</i>
<b>VO</b>	Vorsorgemitteln	<i>„Mit den Vorsorgemitteln wäre es sinnvoll in die Strukturen zu investieren, da es sie nachher wahrscheinlich nicht mehr gibt.“</i>
<b>GBP</b>	wirksames Modellprojekt, good/best practice	<i>„ein wirksames Modellprojekt schaut so aus, dass es in verschiedene Bereichen ansetzt, ...“</i>
<b>N</b>	Nachhaltigkeit, Weiterführung	<i>„wie weit sind Strukturen aufgebaut worden, damit dieses Projekt weiter bestehen kann und damit weiter diese Maßnahmen stattfinden können, ...“</i>
<b>PP</b>	Projektpartner	<i>„in dem Fall haben sie sich wirklich Kooperationen gesucht mit den ...“</i>
<b>PPh</b>	Projektphasen	<i>„also die Projekte, die bei uns eingereicht werden, müssen alle den klassischen Projektmanagementzyklus durchlaufen ...“</i>
<b>ZI</b>	Allgemeine Informationen, Zusatzinformationen	<i>„Ich zeige Ihnen dann auch den Link im Internet. Es gibt auf unserer Homepage unter, das schreibe ich Ihnen da auf, <a href="http://www.fgoe.org">www.fgoe.org</a>, Projektförderung. Und da gibt es eine Projektdatenbank ...“</i>
<b>Z</b>	Projektziele	<i>„Ziel ist es sowohl das Ernährungswissen als auch das Ess- und Trinkverhalten der Jugendlichen zu verbessern.“</i>
<b>E</b>	Evaluation	<i>„... ohne Evaluierung sind viele Projekte nicht möglich, weil man eigentlich dann das erst dann als good practice nehmen kann...“</i>
<b>LE</b>	Langzeitevaluation	<i>„... das es sehr wichtig ist, es scheitert halt oft am Budget ...“</i>
<b>VE</b>	Ernährungsverhalten	<i>„Änderung des Ernährungsverhalten - das ist schwer messbar.“</i>
<b>EW</b>	Ernährungswissen	<i>„Weil wir uns ja von den Multiplikatorinnen anschauen, wie ist ihr Wissen zu Beginn des Kurses und wie ist es am Ende.“</i>
<b>AL</b>	Aktive Lebensweise, Bewegung	<i>„... da gibt es ja genaue Vorgaben für Bewegung, die 2,5h und für die Kinder sind es ja noch mehr.“</i>

<b>K</b>	Kampagne	<i>„Wenn es ergänzt, ein anderes Programm, das als Basisprogramm die ganze Zeit durchläuft, dann macht es Sinn.“</i>
<b>H</b>	Hindernisse, Problematiken	<i>„... es gibt so im Bereich Ernährung viele Mythen oder viele festgesetzte Meinungen und man sieht dann im Rahmen der Prüfung, dass man manche Sachen nicht durchbrechen kann ...“</i>
<b>D</b>	Dokumentation	<i>„... dass man einfach die lessons learned auch öffentlich zugänglich macht, dass man aufzeigt, wo liegen die Schwächen eben bei den Projekte ...“</i>
<b>GD</b>	Gesundheitsdaten	<i>„... weil wir ja so einen Defizit an Gesundheitsdaten habe und so ein Defizit in der Forschung ...“</i>
<b>SE</b>	Seelische Gesundheit	<i>„... da spielt dann auch die seelische Gesundheit natürlich eine wichtige Rolle und ich glaube, dass in diese Richtung auch noch viel getan werden müsste ...“</i>
<b>NAPe</b>	Nationaler Aktionsplan Ernährung	<i>„... dass es diesen österreichischen nationalen Aktionsplan Ernährung gibt. Den finde ich schon einmal sehr gut und so einen richtigen Schritt in die Richtung, weil so ernährungspolitische Ziele einmal festgelegt werden und Ihnen wird dieser eh ein Begriff sein, wo so diese Maßnahmen und die Strategien zusammengefasst werden.“</i>

# Ramona Spiegl Bakk.rer.nat

Unterort 6  
3041 Gr. Graben

Tel.: (0676) 916 75 19  
e-mail: ramona.spiegl@gmx.at



## LEBENS LAUF

### Persönliche Daten

---

Name: Ramona Spiegl  
Geburtsdatum: St. Pölten, 22. November 1986  
Staatsbürgerschaft: Österreichisch  
Religionsbekenntnis: römisch-katholisch  
Familienstand: ledig

### Schulbildung

---

seit 2010 Masterstudium Ernährungswissenschaften an der Universität Wien  
2009–2010 Massagegrundausbildung, Universitätssportinstitut Wien  
2008–2009 Gesundheits- und Vitalcoach, Universitätssportinstitut  
2006–2010 Bakkalaureatsstudium Ernährungswissenschaften an der Universität Wien  
2001–2006 HLW St. Pölten  
1997–2001 Hauptschule Neulengbach  
1993–1997 Volksschule Asperhofen

### berufliche Erfahrungen

---

seit Juni 2007: Assistenz der Küchenleitung, Aufbau einer Rezeptdatenbank (BKVWin), Implementierung eines HACCP-Systems und Erstellung von Speiseplänen in der Privatklinik Döbling  
September 2012: Fertigstellung meiner Masterarbeit  
Thema: Effektivität und Effizienz ernährungsspezifischer Maßnahmen im Kindes- und Jugendalter.  
September 2012: Kongressbesuch: 15. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health  
Thema: Kinder- und Jugendgesundheit: Messen-Planen-Fördern-Steuern  
Präsentation meiner Masterarbeit  
Juni 2012: Kongressbesuch: VEÖ-success-MultiplikatorInnenveranstaltung  
Thema: Essen in aller Munde – Gemeinschaftsverpflegung im Trend

- September 2011: Kongressbesuch: 12. Jahrestagung der österreichischen Adipositas Gesellschaft
- August 2011: Praktikum in der Privatklinik Döbling  
Tätigkeitsbereich: Weiterentwicklung der betrieblichen Eigenkontrolle im Bereich Küche, Überarbeitung der betrieblichen Hygienevorschriften des HACCP-Systems, Speiseplanerstellung
- Juni 2011: Erstellung und Präsentation eines Reviews zum Thema: Breastfeeding and newborn health; actions, publications and recommendations
- Juni 2011: Projekterstellung mit dem Ziel das Essverhalten in der Familie positiv zu beeinflussen. Setting: Kindergarten, Zielgruppe: Kinder und deren Eltern
- Mai 2011: Durchführung einer Studie zum Thema Obst- und Gemüseverzehr bei höhersemestrierte Studenten der Ernährungswissenschaften, Fragebogenmethode, Auswertung mittels SPSS
- Mai 2011: Kongressbesuch: VEÖ-Tagung 2011  
Thema: Intolerant oder doch allergisch?
- Juni 2010: Erstellung der Bakkalaureatsarbeit  
Thema: Lebensmittelhygiene im Betrieb und im internationalem Kontext.
- Juli 2007: Küchenpraktikum in der Privatklinik Döbling
- Juli 2007: Volontariat im BGFJ, Abteilung Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz, spezielle Waren, FAO/WHO Alimentarius  
Tätigkeitsbereich: Literaturrecherche zum Themenkomplex:  
„Antimikrobielle Resistenzen - eine Bedrohung der Volksgesundheit“
- Sommer 2006: Praktikum im Service Seebachstube Messerer
- Sommer 2005: Praktikum im Service Seebachstube Messerer
- Sommer 2004: Praktikum im Service: Nagglerhof am Weißensee
- Sommer 2003: Praktikum im Service Seebachstube Messerer
- Sommer 2002: Praktikum im Service Gasthaus Familie Fenzl
- Sommer 2001: Praktikum im Service Gasthaus Familie Fenzl

### besondere Kenntnisse

---

EDV-Kenntnisse (gesamter ECDL, Aconsoft BKVWin, Aconsoft  
BKV HACCP, SPSS, DGE-PC Professional, USDA National Nutrient Database)

Gesundheits- und Vitalcoachausbildung (USI Wien)

Klassische Massage und Lymphdrainage (USI Wien)

Schulenglisch

Schulfranzösisch

Fachprüfung in Küche und Service

Erste Hilfe Kurs (16 Stunden)

Führerschein Klasse B

Nichtraucherin