

# Abschlussbericht zum Projekt PartFam - Familien als Partner in der Prävention von Kinderübergewicht (Sachbericht)

**Titel des Projekts:** Familien als Partner in der Prävention von Kinderübergewicht - PartFam

**Förderkennzeichen:** ZMVI1-2518KIG009

**Leitung:** Dr. Emily Finne, Prof. Dr. Petra Kolip (stellvertretend und beratend)

**Projektmitarbeitende:** Milena Trifunovic-König & Dr. Pablo Zamora

**Studentische Hilfskräfte:** Charlotte Michels & Leyla Polat

**Kontaktdaten:** Frau Dr. Emily Finne, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung, Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld; E-Mail: [emily.finne@uni-bielefeld.de](mailto:emily.finne@uni-bielefeld.de)

**Laufzeit:** 01.01.2019 – 30.06.2020

**Fördersumme:** 152.168,00 €

**Datum des Abschlussberichts:** 23.12.2020

Gefördert durch:



Bundesministerium  
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

# 1 Inhalt

Abbildungen.....	3
Tabellen .....	3
2 Zusammenfassung .....	4
3 Einleitung: Hintergrund und Projektziele .....	5
3.1 Entstehung von Übergewicht .....	5
3.2 Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland.....	6
3.3 Bedeutung der Familie in der Entstehung und Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter .....	7
3.4 Ziele und Struktur des Projekts.....	9
4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik .....	12
4.1 Operationalisierung der Projektziele .....	12
4.2 Systematische Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken .....	12
4.3 Ergänzende Handsuche nach Fachliteratur.....	13
4.4 Projektrecherche .....	14
4.5 Expertenbefragung (Delphi-Studie).....	15
5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan.....	16
6 Ergebnisse.....	20
6.1 Ergebnisse der systematischen, datenbankbasierten Literatur-Recherche .....	20
6.2. Ergänzende Handsuche .....	22
6.3 Ergebnisse der Recherche nach Praxisprojekten / Interventionen .....	23
6.4 Delphi-Befragung .....	23
6.5 Integration der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen .....	28
6.5.1 Übergeordnete Empfehlungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und	
6.5.2 Allgemeine Empfehlungen zur Ansprache von Familien .....	34
6.5.3 Fördernde und hemmende Faktoren der Ansprache und Teilnahme.....	41
6.5.4 Empfehlungen nach Lebensalter .....	46
6.5.5 Empfehlungen nach Handlungsbereich .....	55
6.5.6 Empfehlungen für spezifische Problemlagen und Zielgruppen.....	62
6.5.7 Spezifische Einflussfaktoren auf Teilnahmebereitschaft/Barrieren.....	70
6.5.8 Offene Fragen .....	73
7 Diskussion der Ergebnisse .....	74
8 Gender Mainstreaming Aspekte.....	77

9	Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse .....	79
10	Verwertung der Projektergebnisse.....	79
11	Publikationsverzeichnis.....	80
12	Verwendete Literatur .....	81
13	Anhänge.....	91
	ANHANG A: PartFam - Ergebnistabellen.....	92
	ANHANG B: Handreichung zur Partizipation von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht .....	144
	Einleitung.....	145
	Übergeordnete Empfehlungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.....	147
	Allgemeine Empfehlungen zur Ansprache von Familien .....	154
	Fördernde und hemmende Faktoren der Ansprache und Teilnahme.....	163
	Empfehlungen nach Lebensalter der Kinder .....	168
	Empfehlungen zur inhaltlichen Ausgestaltung der Maßnahmen .....	179
	Spezifische Problemlagen und Zielgruppen.....	183
	Offene Fragen – Forschungs- und Handlungsbedarf .....	185
	ANHANG C: Steckbriefe zu den ausgewählten Good-Practice-Projekten .....	187
	ANHANG D: Teilnehmende an der Delphi-Befragung .....	213

## Abbildungen

<i>Abbildung 1: Erkenntnisinteresse und Teilbereiche der Fragestellung im Projekt PartFam .....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2: Flowchart zum Auswahlprozess der systematischen Literaturrecherche .....</i>	<i>21</i>
<i>Abbildung 3: Berufsfeld der Teilnehmenden der ersten Befragungsrunde (n= 44) .....</i>	<i>23</i>
<i>Abbildung 4: Konsentierete Thesen in der ersten Befragungsrunde.....</i>	<i>24</i>
<i>Abbildung 5: Thesen, bei denen kein Konsens erzielt werden konnte .....</i>	<i>25</i>

## Tabellen

<i>Tabelle 1: Teilziele des PartFam-Projekts .....</i>	<i>12</i>
<i>Tabelle 2: Überblick der Projektaktivitäten und Meilensteine .....</i>	<i>19</i>
<i>Tabelle 3: Soll- Ist-Vergleich bezüglich der PartFam-Teilziele.....</i>	<i>74</i>

## 2 Zusammenfassung

Zentrale Zielsetzung des Projektes PartFam war es, den Kenntnisstand zu Erfolgsfaktoren in der Einbeziehung und Partizipation von Familien in die Prävention von Kinderübergewicht anhand einer datenbankbasierten Literatur- und Projektrecherche sowie einer Delphi-Befragung zu erarbeiten und als Handreichung für die Praxis aufzubereiten.

Vorgehen: Es wurden zunächst wissenschaftliche Studien über eine Recherche in mehreren Literaturdatenbanken gesucht. 8102 Studien wurden anhand von Titel und Abstract geprüft. Im Anschluss wurden 445 Volltexte der Studien gesichtet. Darunter befanden sich 178 potenziell relevante Primärstudien und 47 (systematische und narrative) Reviews. Es wurden 37 primäre Studien eingeschlossen, die sich mit den für die Recherche zentralen Aspekten „Ansprache“ und „Erreichbarkeit“ von Familien bzw. Eltern im Kontext der (Primär-)Prävention von kindlichem Übergewicht befassten. Zudem wurden insgesamt 62 Praxis-Projekte eingeschlossen und hinsichtlich relevanter Inhalte in Bezug auf die Projektfragestellungen ausgewertet. Eine Expertenbefragung (Delphi-Studie) sollte weiteres praxisrelevantes Wissen beitragen, indem sie die vorliegenden Erkenntnisse erweitert und konkretisiert.

Ergebnisse: Zentrales Ergebnis des Projektes sind Handlungsempfehlungen zur Einbeziehung von Familien bei der Ausgestaltung von Maßnahmen zur Prävention von kindlichem Übergewicht, welche sich an alle Maßnahmenplanende sowie Beteiligte aus der Praxis wenden und auf dem erarbeiteten Kenntnisstand aus wissenschaftlicher Literatur, nationalen Präventionsprojekten sowie der Delphi-Befragung beruhen. Aufbereitet wurde der Kenntnisstand zur Erreichbarkeit (geeignete Zugangswege, Settings, Kommunikationsstrategien) von Familien in verschiedenen Lebenslagen, zu förderlichen und hemmenden Faktoren einer Teilnahme der Familien (inkl. Unterstützungsbedarfe) sowie zu einer familiengerechten Ausgestaltung entsprechender Maßnahmen (unter Berücksichtigung familiärer Ressourcen und psychischer Faktoren).

Insgesamt wurden 16 Handlungsempfehlungen auf Grundlage des aufbereiteten Kenntnisstandes, sowie der Rückmeldungen der Praxisprojekte und des Evaluationsprojektes des Förderschwerpunktes formuliert. Diese wurden in Form einer Handreichung (s. ANHANG B) aufbereitet und um Checklisten für die Praxis ergänzt sowie durch Good-Practice-Projekte aus dem deutschsprachigen Raum ergänzt. Eine ausführlichere Herleitung und Begründung der Handlungsempfehlungen durch den vorliegenden Kenntnisstand findet sich im Ergebnisteil dieses Berichts (s. Abschnitt 6.5).

Zu den Ergebnissen ist anzumerken, dass die wissenschaftliche Evidenz für die untersuchten Fragestellungen zur Erreichbarkeit von Familien auch international noch sehr begrenzt ist. Nationale Präventionsprojekte sind in Datenbanken oftmals nicht detailliert beschrieben oder machen keine Aussagen zur Erreichbarkeit der Familien. Dennoch konnten einige vorbildliche Projekte identifiziert und dokumentiert werden, die als Beispiele guter Praxis in die Handreichung zur Illustration der formulierten Handlungsempfehlungen herangezogen wurden. Die von uns Befragten (v.a. aus bundesweit agierenden Verbänden sowie aus Forschung und Bildung) haben weitere Erkenntnisse beigetragen. Jedoch sollten die resultierenden Handlungsempfehlungen vor einer weiteren Verbreitung systematisch durch praktisch Tätige erprobt und anhand von Erfahrungen dieser Zielgruppe weiter konkretisiert und an deren Bedürfnisse angepasst werden.

### 3 Einleitung: Hintergrund und Projektziele

Die Prävalenz kindlichen Übergewichts hat sich nach einem deutlichen Anstieg seit den 1980er und -90er Jahren in Deutschland wie in anderen Ländern inzwischen auf einem hohen Niveau stabilisiert (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2012; Schienkiewitz, Brettschneider, Damerow & Rosario, 2018). Es gibt hierbei keine bedeutsamen Prävalenzunterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Nach wie vor lässt sich ein sozialer Gradient feststellen: Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) sind deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Gleichaltrige mit hohem SES. Trotz stagnierendem Trend lässt sich bisher keine Umkehr feststellen. Die Prävalenz scheint sich auf recht hohem Niveau eingependelt zu haben.

Da kindliches Übergewicht das Risiko erhöht, auch im weiteren Leben übergewichtig zu bleiben, und dies langfristig deutlich negative Wirkungen auf Morbidität und Mortalität hat (z.B. Biro & Wien, 2010; Park, Falconer, Viner & Kinra, 2012) besteht Bedarf an effektiver Prävention.

#### 3.1 Entstehung von Übergewicht

Menschlichem Übergewicht liegt ein komplexes Bündel an genetischen und nicht-genetischen Ursachen zugrunde, deren Zusammenspiel längst nicht abschließend geklärt ist. Als direkte Ursache von Übergewicht ist jedoch eine über einen längeren Zeitraum nicht ausgeglichene Energiebilanz zu sehen, d.h. ein Ungleichgewicht von Energieaufnahme durch Nahrung einerseits und Energieverbrauch durch Grundumsatz, Thermogenese und Bewegung andererseits (Hill, 2006).

Dabei gibt es große interindividuelle Unterschiede sowohl im Energiebedarf als auch in der Neigung, überschüssige Energie in Form von Fett zu speichern, die eine deutliche genetische Komponente aufweisen (Friedman, 2004; Hebebrand, Bammann & Hinney, 2010). Der starke Anstieg in der Häufigkeit des Übergewichts über wenige Dekaden lässt sich jedoch durch Veränderungen im Genpool nicht erklären, sodass eine Veränderung der Lebensgewohnheiten v. a. in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (gestiegene Verfügbarkeit an energiedichterer Nahrung, Reduktion der körperlichen Aktivität im Alltagsleben) als ursächlich anzusehen ist (Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002; Hill, 2006). Aus diesem Grund fokussieren Therapien und präventive Maßnahmen nach wie vor in erster Linie die Determinanten ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel.

Neben Bewegung und Ernährung als Haupteinflussfaktoren der Energiebalance werden das Ausmaß sitzend verbrachter Zeit auch unabhängig vom Ausmaß körperlicher Aktivität (Biddle, García Bengoechea & Wiesner, 2017) sowie ein Mangel an Schlaf als Risikofaktoren für Übergewicht vermutet (Nielsen, Danielsen & Sørensen, 2011).

Daneben scheint bereits während der Schwangerschaft das Risiko für späteres Übergewicht, aber auch assoziierte Erkrankungen wie Diabetes Typ II, geprägt zu werden (Plagemann, Harder & Rodekamp, 2010). So gelten starkes Übergewicht der Mutter, eine übermäßige Gewichtszunahme während der Schwangerschaft, (Schwangerschafts-)Diabetes sowie Rauchen der Mutter als begünstigende Faktoren für späteres Übergewicht beim Kind (Dubois & Girard, 2006; Morandi et al., 2012; Plagemann et al., 2010). Stillen dagegen reduziert das Risiko für die Entwicklung kindlichen Übergewichts (Arenz, Rückerl, Koletzko & Kries, 2004).

Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit einer v.a. auf das individuelle Ernährungs- und Bewegungsverhalten ausgelegte (Primär-)Prävention wird – zumindest in Bezug auf bisherigen großangelegten Initiativen und Programme in Deutschland – als relativ gering betrachtet (Beerheide & Grießelmann, 2018; Pigeot & Walter, 2016). Ein Grund dafür ist die Erkenntnis, dass Übergewicht eine multifaktoriell verursachte Erkrankung ist, so dass in der Konsequenz

das Energiebilanz-Paradigma durch einen sozialökologischen Ansatz erweitert werden muss. Für die Ätiologie von Übergewicht spielen neben genetischen Faktoren andere intraindividuelle (z.B. Nahrungsmittelpräferenzen), soziokulturelle (z.B. Einstellung und ernährungsbezogenes Verhalten der Eltern) und Umwelteinflüsse (z.B. Verfügbarkeit von Fast Food) eine bedeutende Rolle (French, Story & Jeffery, 2001; Hingle, O'Connor, Dave & Baranowski, 2010; Rozin, 1996).

Vor diesem Hintergrund geht ein sozialökologischer Ansatz zur Erklärung der Entstehung von Kinderübergewicht davon aus, dass zu den individuellen, verhaltensbezogenen, familiären und psychosozialen Faktoren auch Umwelt- bzw. Lebensweltfaktoren die Entstehung von Übergewicht mit beeinflussen. Demzufolge ist eine Vielzahl an Risikofaktoren und Determinanten an der Entstehung von Übergewicht beteiligt, die demnach auch als potenzielle Ansatzpunkte der Prävention zu berücksichtigen sind, u.a. der Umfang des Angebots an hochkalorischen Lebensmitteln, die Begehrbarkeit und das soziale Niveau des Stadtteils, die Verkehrsdichte etc. (Huber & Baldus, 2009).

Ein aktueller und umfassender Überblick zu Bedeutung, Wirkungsweise sowie zu den Wechselbeziehungen zwischen diesen und weiteren Faktoren bietet der Übersichtartikel von Plachta-Danielzik und Müller (2018). Zudem sei hier auch auf die bisher wohl umfangreichste Zusammenstellung aller möglichen Ursachen von Übergewicht hingewiesen, die im Rahmen des englischen *Foresight Program* aus dem Jahre 2007 entstanden ist (<https://www.gov.uk/government/collections/tackling-obesities-future-choices>).

### 3.2 Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland

Betrachtet man überblickartig die zahlreichen Publikationen und Berichte über Interventionen, die die (Primär-)Prävention von Kinderübergewicht zum Ziel hatten, so ist die Bilanz eher enttäuschend: Die bisherigen Effekte (sofern diese überhaupt systematisch erfasst wurden) werden als gering oder zu gering bewertet, um eine nennenswerte Reduktion oder Eindämmung der Prävalenz des Kinderübergewichts nachhaltig zu bewirken (Pigeot & Walter, 2016; Plachta-Danielzik & Müller, 2018). Für dieses Urteil gibt es viele Gründe. Einer davon ist die fast ausschließliche Fokussierung auf verhaltenspräventive Maßnahmen und die Ausblendung bzw. unzureichende Berücksichtigung einer gesundheitsförderlichen (Um-)Gestaltung sozialer und umweltbezogener, die Lebensbedingungen bestimmender Faktoren bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen.

Die Determinanten des Kinderübergewichts sind in ihrer Wechselwirkung komplex und bei der Konzeption und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen kaum vollständig zu berücksichtigen. Präventionsmaßnahmen sind aber offensichtlich weniger wirksam, wenn nur einzelne Determinanten isoliert adressiert werden und wenn dabei Lebensweltfaktoren bzw. (wie etwa die Produktion und Bewerbung ungesunder Fertiglebensmittel) unverändert bleiben.

Eine andere Ursache für die eher enttäuschende Wirkung bisheriger Interventionen resultiert aus der schwierigen Erreichbarkeit und Zugänglichkeit von Familien, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status sowie ihrer Lebensbedingungen und Belastungen in besonderer Art und Weise Risikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht ausgesetzt sind (u.a. Pigeot & Walter, 2016; Plachta-Danielzik & Müller, 2018). Gerade diese wichtige Zielgruppe der Primärprävention stellt Politik und Anbietende von Präventionsmaßnahmen, aber auch die Präventionsforschung, vor besondere Herausforderungen, denn eine effektive Primärprävention setzt die Erreichung und Mitwirkung des familiären Umfelds des Kindes voraus (Ash, Agaronov, Young, Aftosmes-Tobio & Davison, 2017).

### 3.3 Bedeutung der Familie in der Entstehung und Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter

Die Familie ist die erste Sozialisationsinstanz des Kindes und hat somit von Anfang an einen direkten, prägenden Einfluss. Im familiären Umfeld werden frühzeitig grundlegende Verhaltensmuster erlernt und verinnerlicht, die die weitere Entwicklung des Kindes, seinen späteren Lebensstil, seine Geschmacksvorlieben und seine Essgewohnheiten nachhaltig prägen. Besonders stark scheinen Einflüsse zu Beginn des Lebens. „Daher ist es auch besonders wichtig, in dieser prägenden Entwicklungsphase der Kleinkinder, die Eltern in ihrem gesundheitsfördernden Verhalten zu stärken, um auf diese Weise die Basis für einen gesunden Lebensstil im Erwachsenenalter zu legen“ (Quilling & Müller, 2018, 265f.)<sup>1</sup>.

Elterliches Verhalten wird deswegen auch als ein wichtiger modifizierbarer Faktor in der Prävention angesehen (Platte, Vögele & Meule, 2014). Eltern beeinflussen nicht nur über soziokulturellen Normen das ess- und bewegungsbezogene Verhalten ihrer Kinder, sondern auch die Entwicklung individueller Faktoren, wie z. B. Nahrungsmittelpräferenzen (Hoerr et al., 2009; Reilly et al., 2005). Dies hängt wiederum mit dem Gewichtsstatus des Kindes zusammen. Vor allem im Vorschulalter ist der Einfluss des elterlichen Verhaltens auf die Kinder in verschiedenen Lebensbereichen erheblich.

Mehrere Studien zeigen, dass u.a. der Erziehungsstil mit dem kindlichen Übergewicht zusammenhängt (Brown, Halvorson, Cohen, Lazorick & Skelton, 2015). Stärkere elterliche Kontrolle interagiert dabei offensichtlich negativ mit den internen Hunger- und Sättigungsregulationsmechanismen der Kinder, sodass dies unerwünschte Effekte, wie die Entstehung von Übergewicht, begünstigen kann (Platte et al., 2014).

In der einschlägigen Literatur wird der Einfluss von Eltern als primäre Bezugspersonen auf das kindliche ess- und bewegungsbezogene Verhalten als der bedeutsamste Einfluss innerhalb der Familie eingeschätzt, und als solcher ist dieser Einfluss im Gegensatz zu dem anderer Familienmitglieder deutlich besser erforscht. Dabei sind die Mütter im Vergleich zu Vätern in der Forschung deutlich überrepräsentiert, obwohl das Verhalten von sowohl Müttern als auch Vätern das Verhalten von Kindern beeinflusst (Davison, Charles, Khandpur & Nelson, 2017; Davison et al., 2018).

Einzelne Studienergebnisse zu weiteren Familienmitgliedern zeigen, dass Vorschulkinder, die überwiegend von ihren Großeltern betreut werden, einen höheren BMI-Wert haben als diejenigen, die in einer Kindertagesstätte versorgt werden (Alberdi et al., 2016). Auch deshalb stellen auch andere Familienmitglieder als die Eltern in der Übergewichtsprävention potenzielle Zielgruppen dar (Young & Sharpe, 2016).

Die spezifischen Merkmale des gesamten Systems „Familie“ scheinen ebenso einen Einfluss auf das Essverhalten zu haben (Vries, Koletzko & Petermann, 2008). So beeinflussen Familienverhältnisse (wie der Beziehungsstatus der Eltern, die Anzahl der Kinder) die Gewichtsregulierung der Kinder. Erstgeborene Kinder wie auch Kinder von alleinerziehenden Elternteilen haben im Durchschnitt einen signifikant höheren BMI-Wert (Seyda & Lampert, 2009). Auch die

---

<sup>1</sup> Das PartFam-Projekt ging von einem umfassenden Familien-Verständnis aus. D.h. „Familie“ wird nicht begrenzt auf die „klassische“ Familienkonstellation (Vater, Mutter, Kind), sondern geht allgemein von einem privaten Lebenszusammenhang aus, in dem sich Menschen verschiedener Generationen in verbindlichen, mehr oder weniger stabilen Beziehungen zueinander befinden und umeinander sorgen (Geene, 2018). Ein Großteil der vorliegenden und ausgewerteten Literatur bezieht sich allerdings ausschließlich auf die ‚Eltern‘ (und dabei, sofern differenziert wird, viel häufiger die Mütter) und selten auf weitere Familienmitglieder oder die ganze Familie als System.

Art der Familienhierarchie und der Grad des familiären Zusammenhalts scheinen einen Einfluss auf das Essverhalten der Kinder zu haben (Branscum & Sharma, 2011).

Kinder zeigen zudem einen höheren BMI-Wert in Familien, bei denen keine klaren essensbezogenen Regeln definiert sind (Hasenboehler, Munsch, Meyer, Kappler & Vögele, 2009). Genauso erweisen sich bestimmte Erziehungspraktiken, wie z. B. die Kinder mit Nahrungsmitteln wie Süßigkeiten für gutes Verhalten zu belohnen, als kontraproduktiv für eine gesunde Gewichtsregulation. Daher haben Menschen, die als Kinder von ihren Eltern Süßigkeiten als Belohnung bekommen haben, im Erwachsenenalter einen höheren BMI-Wert als solche, die von ihren Eltern nicht in dieser Form belohnt wurden (Puhl & Schwartz, 2003; Schwartz & Puhl, 2003). Darüber hinaus üben Stress wie auch belastende kritische Lebensereignisse einen negativen Einfluss auf das Ess- und Bewegungsverhalten aus, was zu Essstörungen führen kann (Hasenboehler et al., 2009; Higgins Neyland et al., 2019). Sozial und emotional vernachlässigte Kinder haben ein neun Mal höheres Risiko übergewichtig zu werden (Vries et al., 2008).

In den letzten 10 Jahren hat sich die Prävention von kindlichem Übergewicht immer stärker in Richtung familienbasierter Interventionen entwickelt (Ash et al., 2017). Der Einbezug von Familien hat sich als ein zentraler Punkt in der Interventionsentwicklung erwiesen. Zahlreiche Leitlinien zur kindlichen Übergewichtsprävention empfehlen zudem, dass sich präventive Interventionen auf die gesamte Familie ausrichten sollen (Barlow, 2007).

Allerdings wird sowohl international sowie in Deutschland bisher die „Lebenswelt Familie“ in ihrer Gesamtheit und Dynamik nur in Ausnahmefällen direkt adressiert (Davison, Lawson & Coatsworth, 2012). Die meisten Interventionen sprechen Familien indirekt über die Settings Kita, Schule und Kommune an und tragen somit der vom Gesetzgeber im Präventionsgesetz vorgesehenen Vorgehensweise in der Ansprache von Familien Rechnung. Gesundheitsförderung in der Familie wird hier als zu adressierende Aufgabe von Akteuren der Settings Kita, Schulen und Familienbildung genannt. Interventionen richten sich dabei wiederum praktisch ausschließlich an die Eltern bzw., wenn dabei differenziert wird, v.a. an die Mütter.

Davison et al. (2012) verstehen unter familienzentrierten Interventionen solche, die neben Bedürfnissen, Gesundheitsverhalten und gesundheitlichen Outcomes der Kinder gleichzeitig die der Bezugspersonen und des ganzen familiären Systems adressieren. Dabei wird ein Schwerpunkt auf innerfamiliäre Faktoren wie auch Kontextfaktoren gelegt, welche den familiären Alltag und Entscheidungen der Familie beeinflussen, und das Empowerment der Eltern stellt ein wichtiges Ziel dar.

Zur Entwicklung familienzentrierter Programme, welche die Wirksamkeit kindlicher Übergewichtsprävention ggf. verbessern könnten, entwickelten Davison und Mi das FAMILI-Modell. Dabei werden zunächst Theorien der Familienentwicklung und -dynamik als Rahmen für die Forschung und Praxis herangezogen, um Dynamiken des Familiensystems und Einflussfaktoren darauf auf verschiedenen Ebenen sowie ihre jeweilige Relevanz für kindliches Übergewicht zu identifizieren. Im zweiten Schritt sollen die identifizierten Faktoren durch Mixed-Methods-Untersuchungen, also die Kombination qualitativer Verfahren wie Fokusgruppen mit quantitativen Erhebungen, weiter differenziert und in ihrer Relevanz für die Zielgruppe untersucht werden. Der letzte Schritt sieht eine direkte Partizipation von Familien bei der konkreten Interventionsplanung vor, wenn es darum geht zu entscheiden, welche Einflussfaktoren wie adressiert werden sollen. Ziel dabei ist, Programme zu gestalten, welche besonders gut auf Alltag und Lebenswelt der Familien abgestimmt sind, die Akzeptanz der Zielgruppe steigern, zum Empowerment beitragen, das Vertrauen zu Programmanbietenden stärken und durch die Einpassung in Alltag und Lebenswelten besonders nachhaltig sind.

### 3.4 Ziele und Struktur des Projekts

Das geförderte Projekt war Teil eines thematischen Schwerpunkts des BMG zur Stärkung der Einbeziehung von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht. Primäres Ziel des PartFam-Projekts war es, den aktuellen Kenntnisstand zur Einbeziehung von Familien in die Prävention von Kinderübergewicht systematisch mittels geeigneter Methoden aufzubereiten. Auf dieser Grundlage sollten Handlungsempfehlungen für nachfolgende anwendungsorientierte Praxis-Projekte im Sinne eines gelungenen Wissenschaft-Praxis-Transfers bzw.-dialogs abgeleitet werden.

Ein besonderes Augenmerk sollte in dem Projekt auch gelegt werden auf Möglichkeiten der Verbindung mit bzw. Integration der Prävention kindlichen Übergewichts in bestehende Angebote z.B. zur Erziehungsberatung, frühe Hilfen und breitere Angebote zur Gesundheitsförderung. Insbesondere existieren hier Hinweise, dass sich die alleinige Konzentration auf das Übergewicht negativ auf die Teilnahmebereitschaft auswirken kann, vermutlich aufgrund einer insgesamt negativen Besetzung des Themas und potenziell stigmatisierender Wirkung (Finne, 2014). Eine Betonung positiver Aspekte in der Ansprache und Einbindung in breitere Maßnahmen zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung (Ehnle-Lossos et al., 2013), bietet sich damit nicht nur aufgrund zu erwartender Synergieeffekte an.

Im PartFam-Projekt sollte der Kenntnisstand zu Erfolgsfaktoren der Einbeziehung von Familien in die Prävention von Kinderübergewicht anhand einer systematischen Literaturübersicht sowie einer Expertenbefragung (Delphi-Methode) systematisch erarbeitet und in Form einer Handreichung für die Praxis aufbereitet werden. Eine Recherche nach Literatur sollte dabei sowohl internationale wissenschaftliche Publikationen (Recherche über Fachdatenbanken) als auch Ergebnisberichte und -beschreibungen entsprechender Präventionsprogrammen aus Deutschland (Recherche über Projektdatenbanken) einschließen.

Hinsichtlich des Einbezugs von Familien sollte dabei Fragen zu folgenden Aspekten nachgegangen werden:

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

Abbildung 1 veranschaulicht diese drei Stränge.



**Abbildung 1: Erkenntnisinteresse und Teilbereiche der Fragestellung im Projekt Part-Fam**

Insgesamt arbeiteten in dem Projekt neben der Projektleitung zwei wissenschaftliche Angestellte und zwei studentische Hilfskräfte (Masterstudierende).

Für die Koordination des Projektablaufs, der Zusammenarbeit und die Einhaltung des Zeitplanes zuständig war Dr. Pablo Zamora. Er war zudem für die Konzeption und Durchführung der Expertenbefragung sowie die Organisation des abschließenden Workshops zuständig. Bei der Literaturrecherche unterstützte er bei der Recherche und Auswertung relevanter Präventionsprojekte aus dem deutschsprachigen Raum.

Verantwortlich für die Recherche nach internationaler Literatur in wissenschaftlichen Fachdatenbanken sowie die Extraktion der Erkenntnisse war Milena Trifunovic-König. Sie unterstützte zudem bei der Auswertung quantitativer Ergebnisse der Delphi-Befragung.

In allen Arbeitsschritten waren die beiden Masterstudentinnen maßgeblich eingebunden.

Entlang der Teilfragestellungen wurden im Wesentlichen folgende Arbeitsschritte umgesetzt:

- Eine systematische, datenbankbasierte Literaturrecherche zu Fragen der Erreichbarkeit von und Akzeptanz durch Familien sowie zur familiengerechten Gestaltung von Präventionsmaßnahmen. Hierbei wurden wissenschaftliche Literaturdatenbanken herangezogen (Federführung: Frau Milena Trifunovic-König)
- Eine systematische Recherche nach einschlägigen, laufenden und abgeschlossenen Interventionen (Projekte, Programme, Initiativen etc.) auf der Grundlage nationaler elektronischer Datenbanken bzw. Projekt-/Praxisdatenbanken (Federführung: Herr Dr. Pablo Zamora),
- Eine ergänzende selektive Handsuche nach relevanten Erkenntnissen zur Erreichbarkeit von Familien auch aus angrenzenden Themenbereichen (z.B. Elternbildung, Frühe Hilfen, existierende Handlungsempfehlungen zu Präventionsmaßnahmen bei sog. schwer erreichbaren Zielgruppen etc.)
- Auf der Grundlage so identifizierter thematischer Aspekte und Wissenslücken wurde eine zweistufige Delphi-Studie online durchgeführt (Federführung: Herr Dr. Pablo Zamora). Die Auswahl der Befragten, vorwiegend aus bundesweit agierenden Verbänden und Organisationen, erfolgte in enger Absprache mit dem BMG.

- Ableitung und Formulierung von Handlungsempfehlungen: Aus den gewonnenen Erkenntnissen in ihrer Zusammenschau wurden Handlungsempfehlungen für die Praxis in Form eines ersten Entwurfs einer Handreichung formuliert.
- Diese Ergebnisse wurden den zu diesem Zeitpunkt gerade anlaufenden Projekten der Praxisphase der Förderlinie auf einem vom PartFam-Projekt organisierten Workshop (verantwortlich für die Organisation: Herr Dr. Zamora) vorgestellt und gemeinsam in Form eines Wissenschaft-Praxis-Dialogs diskutiert.

Die Arbeitspakete wurden in engem Austausch der Mitarbeitenden untereinander und der Projektleitung sowie mit der Unterstützung von zwei studentischen Hilfskräften (Masterstudierende) durchgeführt. Letztere unterstützten v.a. bei den Recherchen und Literaturlauswertungen, der technischen Umsetzung und Dokumentation der Online-Delphi-Befragung sowie bei der Organisation und Durchführung des abschließenden Wissenschaft-Praxis-Workshops in Bielefeld.

## 4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

### 4.1 Operationalisierung der Projektziele

In der folgenden Tabelle (Tabelle 1) listen wir die im Projektantrag definierten Ziele und Teilziele tabellarisch auf und beschreiben die zu erreichenden Meilensteine als Indikatoren der Zielerreichung.

**Tabelle 1: Teilziele des PartFam-Projekts**

<b>Projektziele:</b>	<b>Indikatoren der (Teil-)Zielerreichung</b>
<b>Systematische Literaturrecherche und -auswertung zu den genannten Fragestellungen</b>	Suchstrategien für Teilfragestellungen und Datenbanken liegen vor; Informationen aus Volltexten extrahiert; Berichte/Informationen aus relevanten deutschsprachigen Präventionsprojekten ausgewertet
<b>Delphi-Befragung</b>	Thesen abgeleitet aus der Literaturlauswertung sind formuliert; Expertenpool ist in Abstimmung mit dem BMG zusammengestellt; Befragung durchgeführt (mind. 2 Runden); konsentierete Einschätzung durch mind. 30 Experten und Expertinnen liegt vor
<b>Erarbeitung von Handlungsempfehlungen</b>	Ergebnisse aus Literaturlauswertung und Delphi-Befragung sind zu Handlungsrichtlinien verdichtet; Empfehlungen sind auf Workshop diskutiert und angepasst worden; Endfassung praxisrelevanter Richtlinien liegt zur Verbreitung vor (als Bericht oder Webseite)
<b>Wissenschaft-Praxis-Transfer</b>	Workshop zur Vorstellung der Richtlinien durchgeführt; Vereinbarung zur weiteren Zusammenarbeit und geeigneter Form der Richtlinien erarbeitet; Beratung der Projekte hat stattgefunden

Im Folgenden wird die jeweilige methodische Herangehensweise in den einzelnen Arbeitspaketen dargestellt.

### 4.2 Systematische Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken

Um umfassende Erkenntnisse zu der mehrdimensionalen Fragestellung der PartFam-Studie zu gewinnen, wurde eine systematische Literaturrecherche in mehreren (nationalen und internationalen) wissenschaftlichen Literaturdatenbanken (PubMed, PsycINFO, LIVIVO und Web of Science) durchgeführt. Dabei stellten sich separate Recherchen zu den einzelnen Teilfragestellungen als nicht praktikabel heraus, da sich diese anhand von Suchbegriffen schlecht abgrenzen ließen und in wenigen relevanten Treffern resultierten. Es wurde daraufhin eine breitere Suchstrategie entwickelt, um den Themenbereich „Einbezug der Familie in der Prävention von Kinderübergewicht“ insgesamt abzudecken. Das Vorgehen entspricht dabei einem Scoping Review (Munn et al., 2018). Es wurde nach Begriffen wie „Kind“, „Übergewicht“, „Prävention“ bzw. den entsprechenden (englischsprachigen) Synonymen im Zusammenhang mit Begriffen wie „Familie“, „Partizipation“, „Teilnahme“ und „Rekrutierung“ gesucht.

Aus den Treffern, die über Suchwortkombinationen identifiziert wurden, wurden nach Sichtung von Titel und Abstract und ggf. Volltext diejenigen Studien eingeschlossen, welche folgende Kriterien erfüllten:

- Deutsch- oder englischsprachige Publikation
- Veröffentlichung nach 2008<sup>2</sup>
- Studie in Industrieländern (aufgrund der potenziellen Übertragbarkeit auf die Verhältnisse in Deutschland)
- Primärstudie (qualitativ oder quantitativ), systematisches oder narratives Review oder Metaanalyse
- Interventionen bzw. Interventionsabschnitte wurden schon vor der Veröffentlichung abgeschlossen. Keine reinen Studienprotokolle.
- Studie im Kontext einer Intervention (keine rein epidemiologische Studie), d.h. Studien, die sich auf ein bestimmtes Programm beziehen, oder Wünsche, Einstellungen oder Gründe für die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme von Eltern und anderen Familienmitgliedern an einer Intervention wiedergeben
- Intervention wurde als primäre Prävention von kindlichem Übergewicht (von Schwangerschaft bis zum 18. Lebensjahr) mit der aktiven Teilnahme von Eltern und/oder anderen Familienmitgliedern konzipiert
- Studie thematisiert mindestens eine der Projektfragestellungen

Ausgeschlossen wurden solche Studien, welche sich auf Interventionen bei bereits übergewichtigen Kindern und Jugendlichen beschränkten, also keine primärpräventiven Maßnahmen untersuchten.

Im nächsten Schritt wurden relevante Informationen aus den eingeschlossenen Studien in ein Kategoriensystem übertragen. Eine Kategorie beinhaltete alle Nennungen im Text, die sich in der Regel auf eine (Teil)Fragestellung des Projekts beziehen (differenziert wurden z. B. die Kategorien „Erfolgsfaktoren“, „Barrieren“, „Lebenslage“). Eine qualitative Synthese der Ergebnisse wurde am Ende des Prozesses durchgeführt.

#### 4.3 Ergänzende Handsuche nach Fachliteratur

Da es sich bereits während der Suche, trotz der großen Trefferanzahl als schwierig erwies, Ergebnisse ausfindig zu machen, welche die Erreichbarkeit von Familien in der gewünschten Tiefe und Spezifität behandeln und auf den nationalen Kontext hinreichend übertragbar sind, wurde die Recherche um eine selektive Suche nach Dokumenten zum Thema Erreichbarkeit von Eltern bzw. von Familien ergänzt. Entsprechende Veröffentlichungen mussten sich dabei nicht auf das Thema kindliches Übergewicht beschränken, sondern konnten die Erreichbarkeit auch für Präventions- oder Bildungsmaßnahmen, Sozialarbeit etc. beinhalten. Zudem wurden die entsprechenden Jahrgänge (parallel zur systematischen Recherche) in deutschsprachigen Fachzeitschriften wie *Prävention und Gesundheitsförderung* nach relevanten Beiträgen durchgesehen.

Die Handsuche umfasste außerdem bereits existierende Leitlinien und Handlungsempfehlungen, welche sich mit der Prävention kindlichen Übergewichts oder aber der Erreichbarkeit von relevanten Zielgruppen der Prävention befassen.

---

<sup>2</sup> Hingle, O'Connor, Dave und Baranowski veröffentlichten 2010 eine systematische Übersichtsarbeit, in der Sie die im Zeitraum 1980-2008 publizierten Primärstudien zu Wegen der elterlichen Partizipation an den Programmen zur kindlichen Übergewichtsprävention einschlossen. Aus praktischen Gründen wurde für diesen Zeitraum auf die Ergebnisse dieser Studie zurückgegriffen und darauf aufbauend nach Publikationen nach dem Jahr 2008 gesucht. Zum anderen wurde die Metaanalyse von Ash und Kollegen (2017) als chronologischer Eckpunkt herangezogen, da diese seit 2008 als ein kritischer Wendepunkt für die kindliche Übergewichtsprävention gesehen wird. Ab diesem Zeitpunkt wurden etliche Leitlinien für die Planung und Durchführung von Interventionen zur kindlichen Übergewichtsprävention veröffentlicht, deren Empfehlungen zufolge die Teilnahme der ganzen Familie an solchen Programmen angestrebt werden sollte.

#### 4.4 Projektrecherche

Für die Auswahl nationaler elektronischer Datenbanken bzw. Projekt-/Praxisdatenbanken wurden zunächst die Datenbanken herangezogen, die bereits bei der Planung und Konzeption der PartFam-Studie als relevant identifiziert worden waren. Im Verlauf der weiteren Recherche und mit Hilfe von Fachliteratur wurden weitere Datenbanken identifiziert und ausgewählt, so dass die datenbankbasierte Suche schließlich in 7 Datenbanken durchgeführt wurde:

- IN FORM – Die Projektdatenbank der bundesweiten Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung
- Kooperation für Nachhaltige Präventionsforschung (KNP)
- GESIS-Datenbank (Datenbestandskatalog zu Studienbeschreibungen - DBK)
- BMG & GVG (Datenbank des Bundesministeriums für Gesundheit und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e.V. aus dem Ideenwettbewerb zur Verhältnisprävention von Kinderübergewicht)
- Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds Gesundheitliche Chancengleichheit (G. Chancengleichheit)
- Infoportal Prävention des Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG-NRW)

Weitere Datenbanken der Landesvereinigungen für Gesundheit der einzelnen Bundesländer wurden gesichtet, allerdings ohne verwertbares Ergebnis.

Je nach Suchmaske der Datenbanken wurde nach Kombinationen der Begriffe Familie, Kinder/Jugendliche, Übergewicht, Prävention/Bewegung/Ernährung gesucht.

Es wurden außerdem die in der *SkaP*-Studie (Babitsch et al., 2017) identifizierten Projekte gesichtet. Ein Zugriff auf die in diesem Projekt angelegte Datenbank war leider nicht möglich.

In die Auswertung einbezogen wurden aufgrund verschiedener Änderungen relevanter Rahmenbedingungen (angefangen mit dem Inkrafttreten des Tagesbetreuungsgesetzes von 2005 bis zum Präventionsgesetz 2015) nur Projekte, die ab 2005 durchgeführt wurden.

Eingeschlossen wurden Projekte, welche in Deutschland abgeschlossen oder zum Zeitpunkt der Suche noch durchgeführt wurden, wenn sie folgende Kriterien erfüllten:

- (Primär-) Prävention von Übergewicht oder entsprechender Determinanten/Risikofaktoren (Bewegungsmangel; ungesunde Ernährung etc.)
- Involvierung der Familie in die Interventionsplanung und/oder die Präventionsmaßnahme selbst ist konzeptionell vorgesehen.

Ausgeschlossen wurden solche Projekte, welche ausschließlich bereits übergewichtige Kinder adressieren.

Insgesamt 62 Projekte wurden eingeschlossen und hinsichtlich relevanter Inhalte in Bezug auf die Projektfragestellungen ausgewertet. Für diese eingeschlossenen Projekte wurde jeweils neben der Beschreibung in der Datenbank weiter nach Abschlussberichten oder sonstigen Publikationen recherchiert. Fragestellungsrelevante Informationen wurden extrahiert und in einem standardisierten Auswertungsschema erfasst (s. Tabelle Ergebnisse Praxisprojekte im Anhang A).

Dabei stellten sich die für unsere Fragestellungen relevanten Inhalte hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien in den verfügbaren Veröffentlichungen für die meisten Projekte als sehr begrenzt dar.

#### 4.5 Expertenbefragung (Delphi-Studie)

Neben der systematischen Recherche nach einschlägiger Fachliteratur in wissenschaftlichen Datenbanken und nach Interventionen in Praxis-/ Projektdatenbanken stellte die Delphi-Befragung den dritten methodischen Ansatz der PartFam-Studie zur Eruiierung fragestellungsrelevanter Erkenntnisse dar.

Anhand der Literatur- und Projektrecherche konnten viele der formulierten Forschungsfragen nicht in einem zufriedenstellenden Konkretisierungs- und Differenzierungsgrad beantwortet werden. An dieser Stelle setzte die Delphi-Befragung an: Die Teilnehmenden sollten dazu beitragen, konkretes, praxisrelevantes Wissen beizutragen. Angestrebt wurde mit der Delphi-Befragung grundsätzlich Konsens über die vielversprechendsten Vorgehensweisen bei der Primärprävention von Kinderübergewicht mit Bezug auf die zentralen Untersuchungsdimensionen der Studie. Dazu wurden Thesen zur Bewertung vorgegeben, welche sich vorwiegend auf diejenigen Inhaltsbereiche des Projektes bezogen, zu denen nach der Recherche Wissenslücken vorlagen.

Obwohl es unterschiedlichste Varianten von Delphi-Studien gibt, besteht überwiegend Einigkeit darüber, dass die „Delphi-Befragung eine Expertenbefragung in zwei oder mehr Runden ist, bei der in der zweiten oder späteren Runde der Befragung die Ergebnisse der vorausgegangenen Runde vorgestellt werden. Somit urteilen die Expert\_innen ab der zweiten Befragungswelle jeweils unter dem Einfluss der Meinungen ihrer Fachkolleg\_innen. Damit ist die Delphi-Methode ein mehr oder weniger stark strukturierter Gruppenkommunikationsprozess, in dessen Verlauf unsicheres und/ oder unvollständiges Wissen von Expert\_innen beurteilt werden“ (Häder & Häder, 1995, S. 12, zit. nach Cuhls, 2019, S. 5f.).

Gerade das erkenntnistheoretische Potenzial der Delphi-Methode als ergänzendes Verfahren zur Klärung offener Fragen bei unsicherer Datenlage legitimierte ihren Einsatz in der PartFam-Studie, da die Analyse der Ergebnisse der Fachliteratur und der einschlägigen Interventionen im Praxisfeld der Primärprävention von Kinderübergewicht nicht immer eine Beantwortung der praxisrelevanten Forschungsfragen ermöglichte. Die Klärung dieser Fragen war jedoch die Voraussetzung, konkrete und praxistaugliche Handlungsempfehlungen formulieren zu können. Die Erwartung an die Methodik der Delphi-Befragung war folglich, identifizierte Lücken mit Hilfe von Expertenurteilen schließen zu können.

Bei der Rekrutierung der einzubeziehenden Experten und Expertinnen wurde in Absprache mit dem BMG darauf geachtet, dass Personen aus unterschiedlichen, möglichst bundesweit agierenden Organisationen und Institutionen mit differenzierten Blickrichtungen und Berührungspunkten zu unserer Fragestellung angesprochen werden, wobei ein breites Spektrum an Professionen und Fachgebieten abgedeckt werden sollte. Sie wurden über Verbände und Organisationen sowie Netzwerke, Verbände und Projekte angesprochen, die konzeptionell und praktisch im Themenkomplex „Prävention und Gesundheitsförderung von Kinderübergewicht und Adipositas“ involviert sind. Ergänzend wurden einzelne Personen um ihre Teilnahme gebeten, welche durch die Literaturrecherche identifiziert wurden.

Im Rahmen des Projekts fand die Delphi-Befragung in zwei Runden als Onlinebefragung statt. In der ersten Runde wurde die Zustimmung zu 16 Thesen auf einer abgestuften Skala erfragt und ergänzend die Wichtigkeit verschiedener Faktoren durch die Bildung von Rangfolgen bewertet. In der zweiten Runde wurde zu einigen der Thesen, bei denen in Runde 1 bereits Konsens bestand, im Rahmen offener Fragen um Konkretisierungen gebeten. Bei Thesen, zu denen Uneinigkeit bestand, wurde den Teilnehmenden ihre Antwort im Vergleich mit der Verteilung der Antworten insgesamt zurückgespiegelt. Sie wurden daraufhin darum gebeten, die These erneut zu bewerten und ihre Einschätzung zu begründen.

Von 55 aufgrund vorheriger Interessensbekundungen eingeladenen Experten und Expertinnen nahmen 44 in der ersten Runde teil. In der zweiten Runde haben 39 Teilnehmende den Online-Fragebogen begonnen und zumindest einige Angaben gemacht, 32 Befragte haben ihn beendet.

Zum Abschluss der Befragung konnten die Teilnehmenden über einen externen Link zu einer weiteren Umfrageseite gelangen, auf der sie angeben konnten, mit welchen Angaben sie oder ihre Institution namentlich als Mitwirkende an der Studie benannt werden wollten. Diese freiwilligen identifizierenden Angaben wurden getrennt von den Bewertungen in einem separaten Datensatz gespeichert (s. Anhang D).

Die Auswertung erfolgte quantitativ vorwiegend über deskriptive Statistiken. Veränderungen in der Bewertung zwischen erster und zweiter Runde wurden über verbundene t-Tests bewertet. Qualitativ wurden Freitextangaben inhaltsanalytisch untersucht und zusammengefasst.

## 5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der Arbeits- und Zeitplan für die vorgesehenen Arbeitspakete (siehe Tabelle 2 unten) konnte im Wesentlichen umgesetzt werden. Da der Prozess der Stellenbesetzung sich über die Weihnachtszeit erstreckte, kam es hier allerdings zu einem verzögerten Beginn. Statt Anfang Januar war das Projektteam erst Anfang März 2019 vollständig.

**Phase 1:** In der ersten Projektphase erfolgte eine systematische Literaturrecherche in relevanten Literatur- und Projektdatenbanken. Studienergebnisse wurden in einem Kategorienschema zu den Themenbereichen der Fragestellung zusammengetragen und die Rechercheergebnisse mit Relevanz für die Handlungsempfehlungen schriftlich zusammengefasst.

Dabei erwies sich die Literaturrecherche als sehr umfangreich, da eine sehr breite Datenbankrecherche nötig war. Sie wurde daher parallel zu der Expertenbefragung weitergeführt und konnte erst Ende 2019 beendet werden (*Meilenstein 1*). Zur Vorbereitung der Expertenbefragung konnte jedoch rechtzeitig ein Überblick über die Kenntnisse und Wissenslücken erstellt werden, an den die Befragung anknüpfte.

Die Teilfragestellungen erwiesen sich als zu detailliert. Sie wurden in der internationalen Literatur kaum gezielt untersucht, und in nationalen Präventionsprojekten wurden entsprechende Ergebnisse sehr wenig thematisiert. Die Recherche wurde daher in zwei breitere Blöcke zu Erreichbarkeit und Wirksamkeit aufgeteilt. Erkenntnisse zu Zusammenhängen zwischen dem Einbezug der Familie und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen wurden jedoch praktisch nicht berichtet, so dass die Auswertung sich hier auf Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit beschränkte.

Ergänzend wurde parallel eine selektive Literatursuche nach relevanten Erkenntnissen zur Erreichbarkeit von Eltern bzw. Familien durch Interventionen sowie nach existierenden Handlungsempfehlungen für den deutschsprachigen Raum durchgeführt.

Eine zwischenzeitlich angedachte, ergänzende semiquantitative Auswertung (die im ursprünglichen Projektplan nicht vorgesehen war) konnte aufgrund der begrenzten Zeit und der Fülle des Materials leider nicht mehr durchgeführt werden.

**Phase 2:** Zur Vorbereitung der Expertenbefragung erfolgte a) die Zusammenstellung eines interdisziplinären Pools potenziell Teilnehmender für die zweistufige Delphi-Befragung und b) die Konzeption und technische Umsetzung einer Online-Befragung als empirische Basis der Delphi-Studie.

Die Rekrutierung der Befragten erfolgte vorwiegend über die Identifizierung relevanter Verbände der Medizin und Pflege, dem Bereich der Sozialarbeit, der Erziehung, der Geburts- und

Familienhilfe, der Ernährungsberatung etc. in Absprache mit dem BMG. Zudem wurden einige Vertreter und Vertreterinnen aus Wissenschaft/Forschung und der Praxis eingeladen, welche im Kontext der Literatur- und Projektrecherche identifiziert wurden.

Die Delphi-Befragung wurde zweistufig als Online-Erhebung durchgeführt, wobei die Teilnehmenden jeweils über eine E-Mail mit einem Link zu der Befragung eingeladen wurden. Für jede Runde war ein Bearbeitungszeitraum von drei Wochen vorgesehen. In diesem Zeitraum wurden je zwei Erinnerungen an die Teilnehmenden versendet. Der Online-Fragebogen wurde mit der Software EFS Survey der Firma Questback (Version 2019) erstellt. Diese ermöglichte eine personalisierte Ansprache sowie die Sendung eines persönlichen Links bei gleichzeitiger Wahrung der Anonymität.

Bei der Konzeption des Fragebogens wurden sowohl methodische als auch zeitlich-organisatorische und datenschutzrechtliche Anforderungen berücksichtigt und quantitative mit qualitativen Befragungselementen (einige offene Fragen, Platz für Freitextergänzungen) kombiniert.

**Phase 3:** Durchführung der Delphi-Befragung. Die erste Befragungswelle konnte am 26.08. begonnen und am 17.09.19 abgeschlossen werden. Eingeladen wurden diejenigen 55 Personen, welche vorweg im telefonischen Kontakt oder per E-Mail ihre Teilnahmebereitschaft signalisiert hatten. 44 davon haben in der ersten Runde die Befragung soweit bearbeitet, dass ihre Daten ausgewertet werden konnten. Die zweite Befragungswelle startete am 08.10. und wurde am 28.10.19 abgeschlossen. Die Ziele von mindestens 40 Teilnahmen in der ersten und 30 Teilnehmenden in beiden Runden konnte damit im Zeitplan erreicht werden (*Meilenstein 2*). Die Ergebnisse wurden jeweils im Anschluss an jede Runde ausgewertet. Für die zweite Erhebungsrunde wurden Thesen, bei denen kein Konsens erreicht wurde, noch einmal vorgegeben. Dabei war die eigene Antwort im Vergleich zur gesamte Antwortverteilung markiert, und die Teilnehmenden wurden gebeten, eine Neueinschätzung vorzunehmen und ihre Antwort zu begründen. Zu Thesen, welche in der erste Runde recht übereinstimmend beantwortet wurden, d.h. wo Konsens bestand, wurden Nachfragen formuliert, um hier zu konkreteren Aussagen zu kommen (z.B. indem nach Beispielen aus erfolgreichen Projekten gefragt wurde).

Die Ergebnisse der zweiten Runde sowie Veränderungen seit dem ersten Durchgang wurden im November 2019 ausgewertet und anschließend mit den Ergebnissen aus Literatur- und Projektrecherche zusammengeführt, um Handlungsempfehlungen abzuleiten. Hinsichtlich des Konkretisierungsgrades der Antworten musste festgestellt werden, dass die Antworten der Befragten oft recht abstrakt und allgemein blieben.

**Phase 4:** Fertigstellung einer ersten Fassung einer Handreichung mit Empfehlungen zum Einbezug von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht.

Auf der Grundlage der Integration und Verdichtung der Ergebnisse aus Literaturrecherche und Expertenbefragung wurde am Ende des 4. Quartals 2019 bzw. zu Beginn des 1. Quartals 2020 eine erste Version der Handreichung mit Empfehlungen (*Meilenstein 3*) als Basis des geplanten Wissenschaft-Praxis-Transfers im Projektjahr 2020 erstellt (vgl. die Kurzversion dieser Handreichung im Anhang B dieses Berichtes).

Dabei wurde zunächst eine Version erstellt, die versuchte, das Vorgehen bei der Ableitung der Empfehlungen nachvollziehbar darzustellen. Entsprechende Ausführungen sind in den Ergebnisteil dieses Sachberichts eingegangen. Eine Kurzversion enthielt hingegen nur die eigentlichen Empfehlungen ohne Literaturquellen und weitergehende Erläuterungen. Beide Versionen wurden den Praxisprojekten als Vorbereitung für den Kick-off-Workshop zur Verfügung gestellt.

**Phase 5:** Vorbereitung und Durchführung des Kick-off-Workshops. Der Kick-off-Workshop mit Beteiligten aus den Praxisprojekten NetFami (Starke Netzwerke, starke Familien) und Familie+ (Zusammen gesund leben in Familie und Schule) sowie des Evaluationsprojekts MÜKE (Modellvorhaben zur Einbeziehung von Familien in Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen) wurde in Absprache mit dem BMG für den 13.02.2020 in Bielefeld terminiert. Die Organisation begann bereits im letzten Quartal 2019. Zum Ablauf wird hier auf das Protokoll zu dieser Veranstaltung hingewiesen, das dem BMG in der Endfassung am 16.03.20 zur Verfügung gestellt wurde.

Aufgrund des geringen Kenntnisstandes zu spezifischen Teilfragestellungen bezüglich des Einbezugs von Familien sowie der Ausgestaltung wirklich familienzentrierter (d.h. das System Familie direkt adressierender) Interventionen wurde das Ziel des Wissenschaft-Praxis-Transfers für den Workshop in Absprache mit dem BMG in Wissenschaft-Praxis-Dialog umbenannt. Eine unidirektionale Beratung der Projekte zur empfohlenen Vorgehensweise erwies sich als nicht praktikabel, da einige praktisch relevante spezifische Kenntnisse erst innerhalb der Praxisprojekte zu generieren sind.

Als Ergebnis der gemeinsamen Diskussion und des Austausches auf dem Workshop wurde vereinbart, die Empfehlungen besser für die Praxis verwendbar zu machen. Allerdings wurde bei der Diskussion auch deutlich, dass die eigentlich notwendigen konkreten Handlungsleitlinien zum Einbezug von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht anhand der begrenzten vorliegenden (bzw. dokumentierten) praxisrelevanten Erkenntnisse nicht in einer endgültigen Form zur Veröffentlichung vorgelegt werden können, da vorliegende Erkenntnisse überwiegend wenig spezifisch bzw. ausdifferenziert vorliegen und oftmals nur auf einzelnen Erfahrungen beruhen. Damit erscheint der schriftlich dokumentierte Kenntnisstand nicht ausreichend abgesichert, um konkrete Vorgehensweisen für verschiedene Familien als Zielgruppen, für unterschiedliche Settings etc. zu empfehlen.

Der erste Entwurf der Handlungsempfehlungen wurde von den Praxisprojekten und dem Evaluationsprojekt ausführlich kommentiert und in der letzten Projektphase anhand dieser Rückmeldungen überarbeitet und um Elemente wie Checklisten ergänzt. Anzumerken dabei ist, dass hier hinsichtlich der Ausführlichkeit von Begründungen und der Länge sehr unterschiedliche Einschätzungen und Bedürfnisse der Beteiligten deutlich wurden, so dass es nicht möglich war, allen Anmerkungen gerecht zu werden.

Die Projektleitung von PartFam nahm an dem ersten Workshop des Evaluationsprojektes teil, der aufgrund der Corona-Situation online in Form einer Videokonferenz stattfinden musste.

*Meilenstein 5*, der eine Handreichung in endgültiger Form zur weiteren Nutzung und Vorbereitung in der Praxis vorsah, konnte demnach nicht in der ursprünglich geplanten Form erreicht werden. Vielmehr kamen alle Beteiligten auf dem Workshop gemeinsam zu dem Schluss, dass die Ergebnisse aus PartFam hier eher den Ausgangspunkt für weitere Ergänzungen bzw. Konkretisierungen darstellen sollten. Für weitere Konkretisierungen werden weitere systematische Erkenntnisse aus der Praxis benötigt. Solche Erkenntnisse werden z.T. in den Praxisprojekten sowie dem Evaluationsprojekt erarbeitet. Eine endgültige Fassung benötigt Rückmeldungen von Praktikern und Praktikerinnen als Zielgruppe der Empfehlungen, um diese praxisgerecht aufzubereiten. Diese Kenntnisse konnten auch von den Teilnehmenden der Delphi-Befragung nicht gewonnen werden und erfordern weitere Untersuchungen.

**Tabelle 2: Überblick der Projektaktivitäten und Meilensteine**

	Quartal					
	1.	2.	3.	4.	1.	2.
	Im Jahr 1				Im Jahr 2	
Phase 1: Literaturrecherche und -auswertung						
Phase 2: Vorbereitung Delphi-Studie						
Phase 3: Durchführung Delphi-Studie						
Phase 4: Erstellung Handreichung 1. Fassung						
Phase 5: Beratung und Austausch mit Projekten, Überarbeitung der Handreichung						

  
M 1

  
M 2

  
M 3

  
M 4

  
M 5

**Legende:**

Meilenstein 1 (M 1): Erkenntnisse zum Forschungsstand zu den Teilfragestellungen liegen vor

Meilenstein 2 (M 2): Delphi-Befragung 2. Runde abgeschlossen (Ziel: Minimum 30 Teilnehmer/innen)

Meilenstein 3 (M 3): Handreichung mit Empfehlungen zum Einbezug von Familien in der Prävention kindlichen Übergewichts liegt in erster Fassung vor

Meilenstein 4 (M 4): Kick-off-Workshop mit Vorstellung der Handreichung und Organisation der Beratungs- und Austauschphase hat stattgefunden

Meilenstein 5 (M 5): Handreichung mit Empfehlungen liegt in Endfassung zur Nutzung und weiteren Verbreitung vor

## 6 Ergebnisse

### 6.1 Ergebnisse der systematischen, datenbankbasierten Literatur-Recherche

Nach der Entwicklung und Anpassung der Suchstrategie wurde ab April 2019 eine die Literaturrecherche in mehreren elektronischen Fachdatenbanken durchgeführt. Abbildung 2 stellt den Auswahlprozess schematisch dar.

Insgesamt 8102 Studien wurden anhand von Titel und Abstract geprüft. Im Anschluss wurden 445 Volltexte der Studien gesichtet. Darunter befanden sich 178 potenziell relevante Primärstudien und 47 (systematische und narrative) Reviews, welche weiter überprüft wurden.

Im Rahmen der identifizierten Reviews beschäftigten sich lediglich 30 Reviews mit den zentralen Aspekten der Studien-Fragestellung (Erreichbarkeit und Ansprache). Die restlichen Reviews thematisierten die Wirksamkeit der eingeschlossenen Interventionsstudien. Innerhalb der identifizierten Primärstudien befassten sich lediglich 37 mit dem Themen Erreichbarkeit und Ansprache der Familien, die restlichen Studien lieferten ausschließlich die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Interventionen. Da zu diesem Themenbereich eine Vielzahl an Übersichtsarbeiten vorliegt, wurden hinsichtlich der Wirksamkeit nur solche ausgewertet.

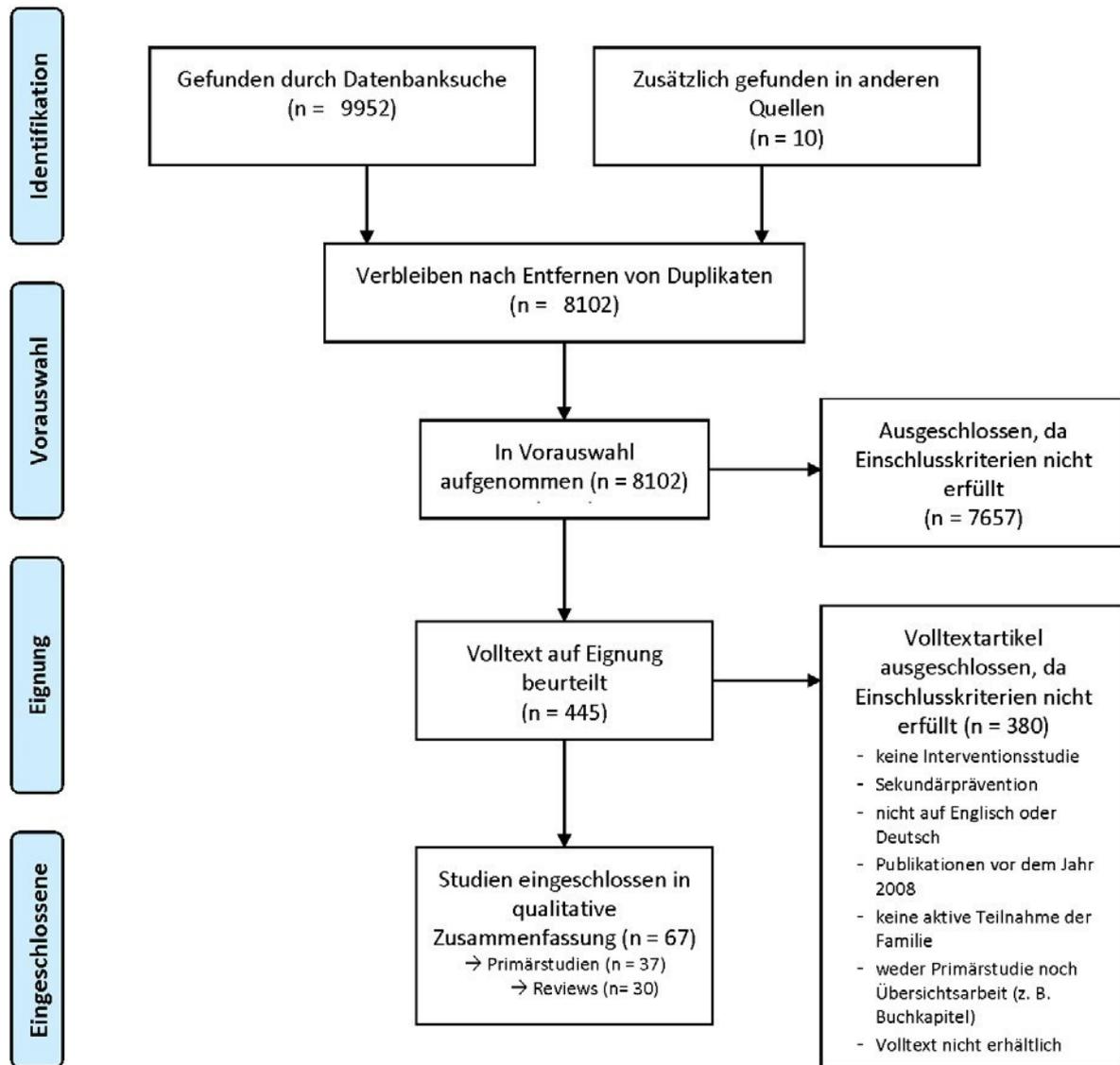
Im nächsten Schritt wurden relevante Informationen aus den eingeschlossenen Studien in ein Kategoriensystem übertragen. Eine Kategorie beinhaltete alle Nennungen im Text, die sich in der Regel auf eine (Teil)Fragestellung des Projekts beziehen (differenziert wurden z. Bsp. die Kategorien „Erfolgsfaktoren“, „Barrieren“, „Lebenslage“). Eine qualitative Synthese der Ergebnisse wurde am Ende des Prozesses durchgeführt.

Die eingeschlossenen Reviews wurden im Zeitraum von 2008 bis 2019 publiziert. Die meisten schlossen primäre Studien aus unterschiedlichen Regionen der Welt ein. Die meisten Interventionen fanden in den USA, EU (Schweiz, Frankreich, Deutschland, Belgien, etc.), Australien und Kanada statt. Asien, Karibik, Süd- und Zentralamerika und Afrika sind mit der Anzahl der eingeschlossenen Interventionen deutlich unterrepräsentiert. 21 der 30 Reviews, die Informationen zur Ansprache bzw. Erreichbarkeit liefern, sind systematisch d. h. sie zeichnen sich durch eine a priori festgelegte Suchstrategie aus. Neben der Zusammenfassung der Ergebnisse aus der Literatur, beschreiben zwei weitere Reviews jeweils eine Intervention (Cinelli & O'Dea, 2016; Davison et al., 2019). In einem Review wird zusätzlich ein theoretisches Modell für die Interventionsentwicklung, -durchführung und -evaluation von präventiven Maßnahmen für Kinder und Jugendliche vorgestellt (Davison et al., 2012). Eine eingeschlossene Studie gehört nicht zur sekundären Literatur im engeren Sinne. Die Interventionsstudie wurde dennoch als Übersichtsarbeit ausgewertet, da sie die Handlungsempfehlungen aus den Fokusgruppen von Forschenden und Praktizierenden beinhaltet, die an unterschiedlichen, für das Thema relevanten Projekte aus der Europäischen Union (EU) gearbeitet haben (Kornet-van der Aa, Altenburg, van Randerad-van der Zee & Chinapaw, 2017).

Tabelle 2 im Anhang A dieses Berichtes fasst die zentralen Informationen bzw. Erkenntnisse zum Aspekt „Erreichbarkeit“ der als relevant identifizierten Reviews (n=30) zusammen.



## Flow Diagram - Literaturrecherche



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).

Abbildung 2: Flowchart zum Auswahlprozess der systematischen Literaturrecherche

Innerhalb der als relevant identifizierten Primärstudien, welche die Einschlusskriterien erfüllten, befassten sich 37 mit den Themen „Erreichbarkeit“ und „Ansprache der Familien“, die restlichen Studien lieferten ausschließlich die Ergebnisse zur Wirksamkeit von Interventionen. Tabelle 1 im Anhang dieses Berichtes fasst die wesentlichen Erkenntnisse dieser Studien zusammen.

Zusammenfassend lässt sich mit Bezug auf die Literaturrecherche konstatieren, dass die erzielten Ergebnisse und gewonnenen Erkenntnisse nicht in zufriedenstellendem Ausmaß zur Klärung der zentralen Teilfragestellungen der PartFam-Studie beitragen konnten. Das betrifft z.B. Aspekte wie die Rolle familiärer Ressourcen bei der Erreichbarkeit oder Faktoren, die die Ansprache und Erreichbarkeit anderer Familienmitglieder neben den Eltern begünstigen. Entsprechende Aspekte werden in der wissenschaftlichen Fachliteratur selten in der benötigten Tiefe und Differenzierung behandelt.

Die inhaltliche Ausbeute in Bezug auf die Eruierung praxisrelevanter Erkenntnisse und Empfehlungen für die Klärung unserer Fragestellung aus der internationalen wissenschaftlichen Fachliteratur ist somit relativ gering. Es konnten eher einzelne Erkenntnisse und Erfahrungen gefunden und dokumentiert werden, deren Generalisierbarkeit jedoch oft fraglich ist.

Diese Erkenntnis zeigt, dass in der (nationalen und internationalen) Präventionsforschung bislang eine differenzierte Auseinandersetzung mit den zentralen Fragen unserer Studie noch die Ausnahme ist, wodurch PartFam an dieser Stelle offensichtlich einen eindeutigen Forschungs- und Handlungsbedarf adressiert. Es hat sich zum Beispiel gezeigt, dass viele der psychosozialen Faktoren und familienbezogenen Merkmale, die in ihrer Einwirkung auf die Erreichbarkeit, die Ansprache und den Einbezug der Familien betrachtet werden sollten, bislang gar nicht oder zumindest nicht ausreichend im Rahmen von Studien berücksichtigt worden sind.

## 6.2. Ergänzende Handsuche

Da es sich bereits während der Suche, trotz der großen gesichteten Trefferanzahl, als schwierig erwies, Ergebnisse zu finden, welche die Erreichbarkeit von Familien in der gewünschten Tiefe und Spezifität behandeln und auf den nationalen Kontext hinreichend übertragbar sind, wurde die Recherche um eine selektive Suche nach Dokumenten zum Thema Erreichbarkeit von Eltern bzw. von Familien ergänzt. Entsprechende Veröffentlichungen mussten sich dabei nicht auf das Thema kindliches Übergewicht beschränken. Zudem wurden die entsprechenden Jahrgänge der deutschsprachigen Fachzeitschrift *Prävention und Gesundheitsförderung* nach relevanten Beiträgen durchgesehen.

Die Handsuche umfasste außerdem existierende Leitlinien und Handlungsempfehlungen, welche sich mit der Prävention kindlichen Übergewichts oder aber der Erreichbarkeit von relevanten Zielgruppen der Prävention befassen.

Diese ergänzende Suche ergab weitere systematische Reviews, die zwar nicht alle Einschlusskriterien aus der systematischen Literaturrecherche erfüllten (z. B. keine Interventionsstudien, Beschäftigung ausschließlich mit der Wirksamkeit von eingeschlossenen Interventionen, usw.), aber wertvolle Informationen über unseren Forschungsgegenstand lieferten. Es wurden weitere Artikel aus dem deutschsprachigen Raum identifiziert, die keine bestimmten Interventionen beschreiben, sondern Erfahrungen und Empfehlungen bezüglich der kindlichen Übergewichtsprävention im Allgemeinen wiedergeben. Zudem wurden Ergebnisberichte bereits abgeschlossener größerer Forschungs- und Evaluationsprojekte sowie bereits vorliegende Handlungsempfehlungen, welche im Kontext Erreichbarkeit von Familien sowie Prävention von Kinderübergewicht relevant erschienen (Empfehlungen, konsensbasierte Leitlinien, Qualitätskriterien etc.), ebenfalls gesichtet und als eine weitere Grundlage für die Formulierung von Handlungsempfehlungen herangezogen. Darunter waren auch Berichte und Empfehlungen, die sich nicht explizit auf die kindliche Übergewichtsprävention beziehen, weil sie

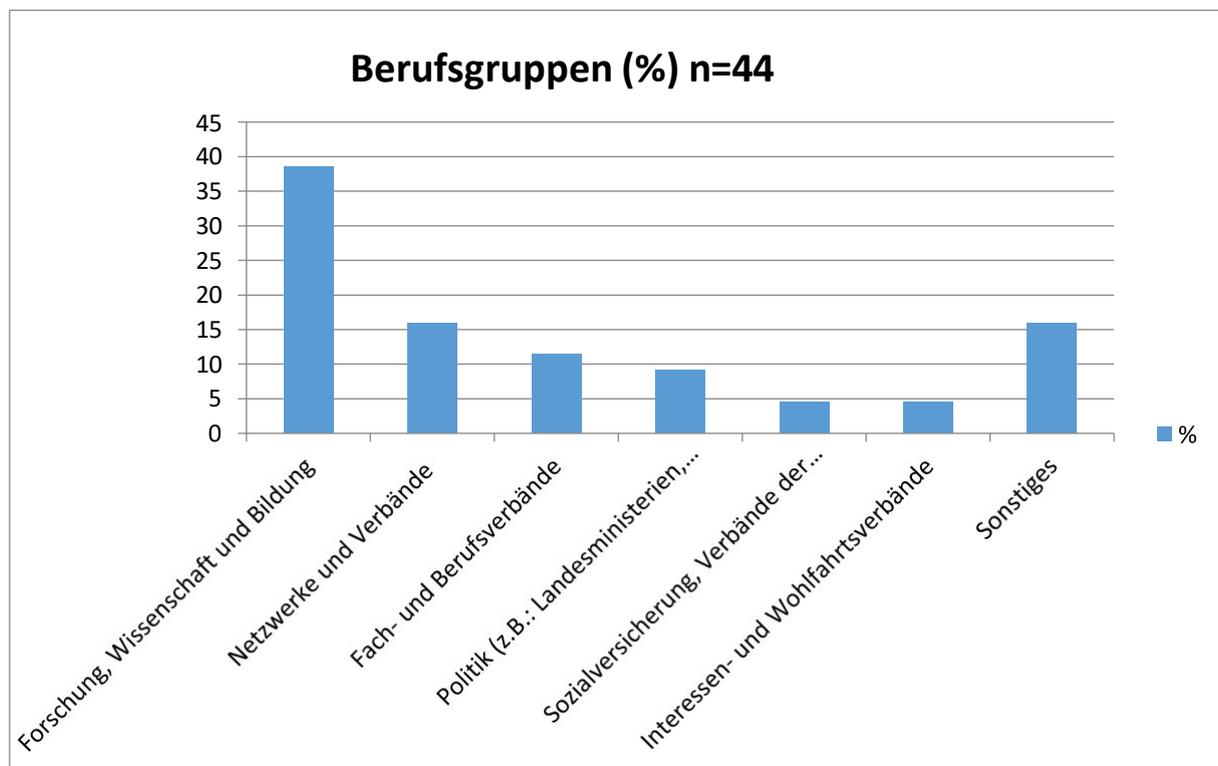
relevante und auf den Forschungsgegenstand von PartFam übertragbare interessante Erkenntnisse lieferten (z. B. Berichte zur Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen in der Prävention, von Eltern in der Elternbildung oder in Frühen Hilfen).

### 6.3 Ergebnisse der Recherche nach Praxisprojekten / Interventionen

Im Hinblick auf eine Konkretisierung von Aussagen, Hinweisen und Ansätzen für eine effektivere Erreichung und Involvierung von Familien im Rahmen der Primärprävention von Kinderübergewicht, wurden die eingeschlossenen 62 Projekte aus dem deutschsprachigen Raum (siehe Tabelle 3 im Anhang A) anhand eines einheitlichen Analyserasters mit dem Ziel untersucht, praxis- und fragestellungsrelevante Informationen bzw. Erfahrungen zu extrahieren. Ausgewertet wurden Informationen zu Zielgruppe bzw. adressierter Lebensphase, Setting, Handlungsbereich und Vorgehen der Intervention, Hinweise auf erfolgreiche Ansätze zur Erreichbarkeit von Familien, Hinweise auf Möglichkeiten, Zugangsbarrieren zu überwinden, sowie zum Ausmaß der Partizipation von Familien.

### 6.4 Delphi-Befragung

Nach der Datensatzbereinigung (Inspektion der Daten, Ausschluss der unvollständigen Fälle, die keine Angabe gemacht haben) nahmen 44 Personen an der ersten Befragungswelle teil. Die meisten von ihnen (40 %) waren im Berufsfeld Forschung, Wissenschaft und Bildung tätig. Ein Viertel davon vertreten Fach- und Berufsverbände, bzw. Netzwerke und Verbände. Weitere 20 % kamen aus den Bereichen Sozialversicherung, Verbände der gesetzlichen Krankenkassen, Politik (z.B. Landesministerien, Bundesbehörden etc.) oder Interessen- und Wohlfahrtsverbände. 15 % konnten keiner der Kategorien zugeordnet werden. Abbildung 3 zeigt die Berufsfeldzugehörigkeit der Teilnehmenden.



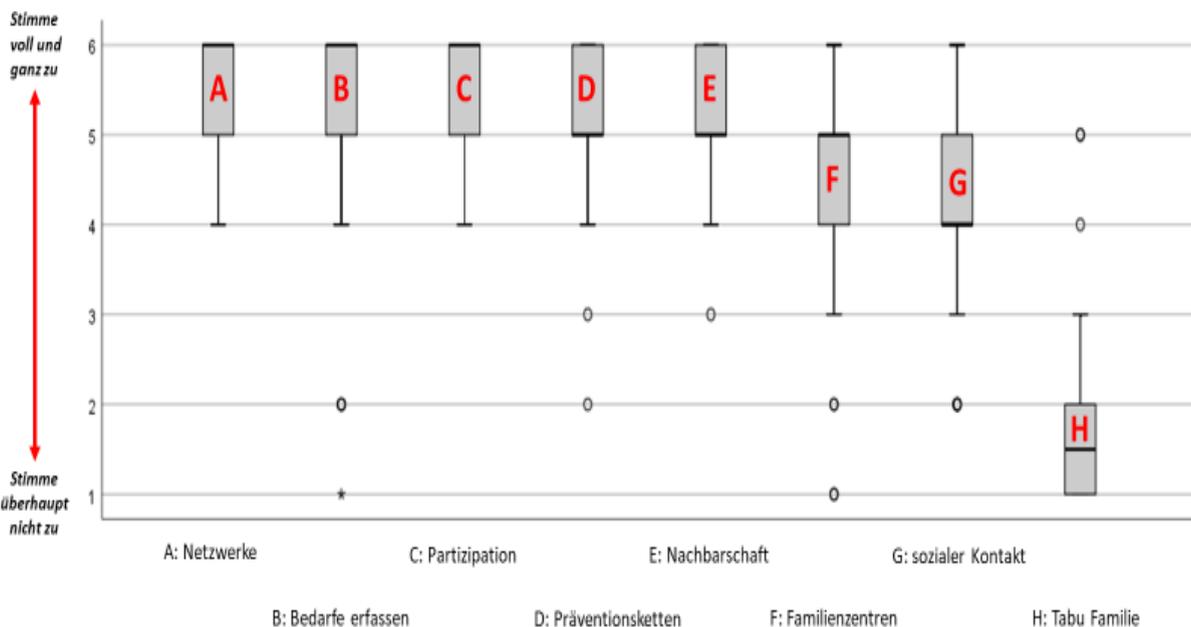
**Abbildung 3: Berufsfeld der Teilnehmenden der ersten Befragungsrunde (n= 44)**

Ein Großteil (über 90 %) schätzt ihre Kompetenzen in der Arbeit mit Familien als gut ein. Zudem geben 80 % der Befragten an, sich mit dem Thema Übergewicht gut auszukennen.

**Ergebnisse Runde 1:** Die Teilnehmenden konnten in der ersten Runde die 16 Thesen auf einer Likert-Skala von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis zu 6 = „stimme voll und ganz zu“ bewerten.

Die individuellen Antworten wurden durch den Mittelwert der subjektiven Einschätzung der Kompetenzen zur Arbeit mit Familien und dem Fachwissen im Feld der Übergewichtsprävention gewichtet. Die Thesen wurden der Kategorie Konsens zugeteilt, wenn nur eine geringe Schwankungsbreite der Antworten vorlag, d.h. dass mindestens 50 % aller Antworten in einem Bereich von einem Skalenpunkt um den mittleren Wert lagen.

Die folgende Abbildung 4 zeigt die Thesen, bei denen bereits in Runde 1 ein Konsens bei der Bewertung der Teilnehmenden festgestellt werden konnte.



**Abbildung 4: Konsentierete Thesen in der ersten Befragungsrunde**

*Erläuterung:*

*A: Netzwerke- Die Zusammenarbeit in fach- und sektorübergreifenden Netzwerken ist unerlässlich, um Familien bedarfsgerecht und Ihren Erwartungen entsprechend erreichen zu können.*

*B: Bedarfe erfassen- Es besteht ein hoher Handlungsbedarf in Bezug auf die Erfassung von Bedarfen, Erwartungen und Potenzialen der Familien im Vorfeld einer geplanten Intervention.*

*C: Partizipation- Ein Angebot, das ohne Partizipation der Familien entwickelt und umgesetzt wird, kann nicht nachhaltig wirksam sein.*

*D: Präventionsketten- Die Gestaltung kommunaler Präventionsketten mit Hilfe von Gesundheitskonferenzen muss stärker genutzt werden.*

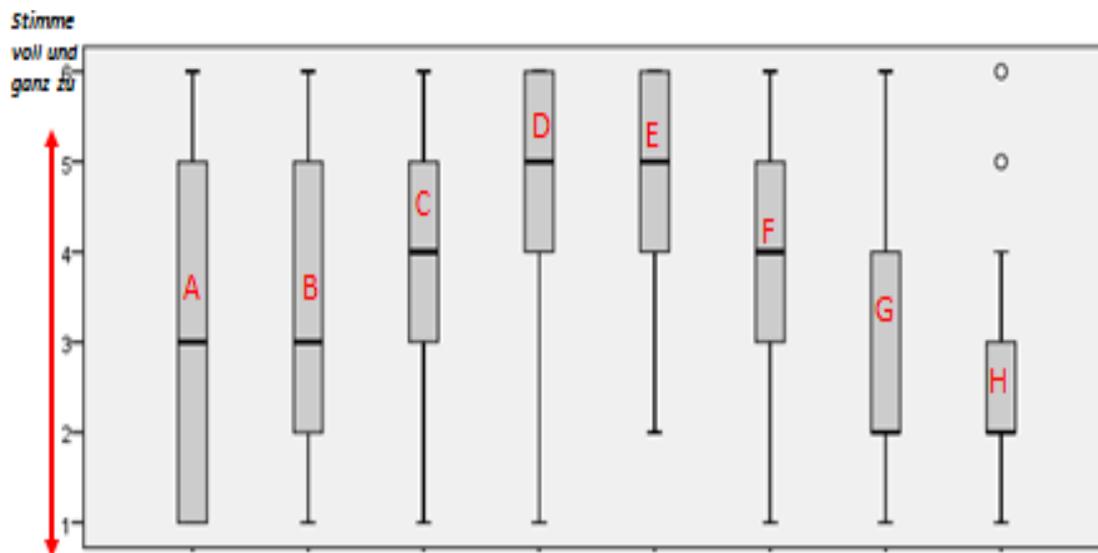
*E: Nachbarschaft- Eine wohnortnahe Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention oder Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Eltern sich als „Problemfamilie“ wahrgenommen fühlen (Stigmatisierungsgefahr). Darunter leidet die Teilnahmebereitschaft.*

*F: Familienzentren- Familienzentren kommt bei der Primärprävention von Kinderübergewicht eine Schlüsselrolle zu.*

*G: Sozialer Kontakt- Für die Entscheidung zur Teilnahme sind Aspekte wie der Wunsch nach sozialem Kontakt und Austausch oder die gemeinsame Teilnahme mit dem Kind wichtigere Kriterien als Gesundheit oder Prävention von Übergewicht.*

*H: Tabu Familie- Die Familie als geschützter Raum sollte als Interventionsort für Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht tabu sein.*

Abbildung 5 zeigt die Boxplots zu den 8 Variablen, bei denen kein Konsens erreicht werden konnte.



**Stimme überhaupt nicht zu**

**A:** Eine wohnortnahe Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention oder Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Eltern sich als „Problemfamilie“ wahrgenommen fühlen (Stigmatisierungsgefahr). Darunter leidet die Teilnahmebereitschaft. **B:** Wir brauchen keine Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht, sondern solche zum Abbau sozialer Ungleichheiten. **C:** Maßnahmen, die ihre Wirksamkeit eindeutig nachweisen können, wirken überzeugender auf potentiell teilnehmende Familien und werden dadurch besser angenommen. **D:** Interventionen, die „Übergewicht“ und dessen negativen Folgen explizit benennen, bergen ein großes Stigmatisierungspotenzial. **E:** Die Wirksamkeit von Angeboten ließe sich deutlich verbessern, wenn auch andere Familien einbezogen würden und nicht nur Eltern. **F:** Eine wohnortnahe Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention oder Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Eltern sich als „Problemfamilie“ wahrgenommen fühlen (Stigmatisierungsgefahr). Darunter leidet die Teilnahmebereitschaft. **G:** Die Ansprache anderer Familienmitglieder als der Eltern (z. B. Großeltern oder Geschwister) ist in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung nicht realistisch möglich. **H:** Übergewichtige Familienmitglieder lassen sich besonders leicht für die Teilnahme an Präventionsprogrammen für Kinderübergewicht gewinnen.

**Abbildung 5: Thesen, bei denen kein Konsens erzielt werden konnte**

Betrachtet man die Bewertung der Thesen nach Berufsgruppe, lassen sich keine deutlichen Unterschiede feststellen. Dasselbe gilt bei einem Vergleich der größeren Kategorien „Wissenschaft“ versus „Praxis“.

**Qualitative Auswertung von Freitextäußerungen:** Die Auswertung der Kommentare und Ergänzungen in Freitextform, die in Runde 1 insgesamt an 4 Stellen möglich waren, erfolgte in Anlehnung an das Vorgehen bei einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung; Mayring, 1983, 53ff.).

13 Freitexte bezogen sich auf Ergänzungen zu „weiteren fördernden Faktoren“ und ließen sich den 3 Kategorien

- Anbindung an Einrichtungen der Lebenswelten
- Integration in lokale/regionale Netzwerke
- Niedrigschwellige, multiplikatorenbasierte Angebote zuordnen.

Zu sonstigen Barrieren wurden insgesamt 8 Kommentare bzw. Ergänzungen gemacht, wobei es sich in zwei Fällen um allgemeine Äußerungen bzw. Verständnisfragen handelte. Die restlichen 6 Aussagen ließen sich inhaltsanalytisch zu folgenden Oberthemen bzw. Kategorien zuordnen:

- Nicht-Angemessenheit der Ansprache und Bewerbung
- Divergierende Wahrnehmung bezüglich Risiken und Handlungsbedarf zwischen Anbietenden und Zielgruppe von Präventionsmaßnahmen

Zu sonstigen Lebenslagen wurden nur 3 Äußerungen gemacht, welche sich nicht sinnvoll kategorisieren ließen.

Zwanzig Befragte haben im letzten Abschnitt des Fragebogens (Feedback) im Freitext einen Kommentar bzw. ein Statement formuliert. Acht dieser Beiträge konnten weitestgehend als „sonstige fördernde Faktoren“ klassifiziert werden.

Bei den restlichen 12 Aussagen geht es entweder um allgemeine Hinweise auf einige Fragen und Thesen sowie auf semantische Unklarheiten im Erhebungsinstrument (z.B. Definition vom Übergewicht, Unterscheidung zwischen Prävention, Sekundärprävention und Gesundheitsförderung etc.) oder um allgemeine Forderungen (stärkere Lebensweltbezogenheit der Maßnahmen, stärkere Ressourcenorientierung der Maßnahmen, konsequente Änderung der Lebensverhältnisse etc.). Diese Aussagen wurden bei der Erstellung von Handlungsempfehlungen zur Kenntnis genommen, sie ließen sich jedoch aufgrund ihrer geringen Anzahl und Vielfalt inhaltsanalytisch nicht kategorisieren.

*Zusammenfassung Runde 1:* Die relativ niedrige Anzahl an in Freitextform gemachten Angaben durch die Teilnehmenden spricht dafür, dass die in den Rankingfragen vorgegebenen Faktoren zu fördernden Faktoren, Barrieren und Lebenslagen mit besonderem Bedarf als weitgehend ausreichend betrachtet werden kann. Inhaltlich auffällig ist die relativ hohe Anzahl an Statements bzw. Faktoren zu sehen, die nochmals fördernde und/oder hemmende Faktoren betonen, die in den Fragen bereits vorgegeben waren. Zudem werden Strategien erwähnt und angefordert, die auch in der einschlägigen Literatur als unerlässlich für eine bessere Erreichbarkeit von Familien genannt werden (Lebensweltbezogenheit, sektorübergreifende Vernetzung, Integration in bestehende Einrichtungen und etablierte Angebote, konsequente Umsetzung eines Multiplikatorenansatzes etc.).

**Ergebnisse Runde 2:** Insgesamt haben 39 Befragte die zweite Runde begonnen. Sieben haben allerdings die Befragung nicht zu Ende geführt und i.d.R. nach wenigen Fragen abgebrochen. Zu den Dissensthesen liegen von keiner dieser Personen Angaben vor, so dass dieser Fragebogenteil nur von insgesamt 32 Personen bearbeitet wurde. Da nicht jede Person alle Fragen beantwortete, ist die Anzahl gültiger Antworten jedoch i.d.R. geringer als  $n=32$ . Nach der Verteilung auf die Berufsfelder unterschieden sich die Teilnehmenden nicht bedeutsam von denen der ersten Runde.

In Bezug auf Fachkompetenzen im Bereich des kindlichen Übergewichts gab es keine Unterschiede zwischen Teilnehmenden, die nur an der ersten Welle teilnahmen, und denjenigen, die an den beiden Wellen teilnahmen. Allerdings nahmen in Runde 2 weniger Befragte teil, welche sich als besonders kompetent im Umgang mit Familien ansahen.

Die Befragten hatten die Möglichkeit die Thesen, zu denen in der ersten Runde kein Konsens erreicht wurde, neu zu bewerten. In der zweiten Runde wurde bei keiner der Dissens-Thesen Konsens erreicht. Es gab jedoch viele Thesen, bei denen die Antwortverteilung gleichblieb. Bei wenigen wurde eine Annäherung der Meinung beobachtet (ohne Konsens zu erreichen), und seltener gingen die Meinungen noch weiter auseinander als in Runde 1.

Unverändert uneinig waren die Teilnehmenden bei den Thesen

- *Maßnahmen, die ihre Wirksamkeit eindeutig nachweisen können, wirken überzeugender auf potenziell teilnehmende Familien und werden dadurch besser angenommen. Sowie*
- *Die Wirksamkeit von Angeboten ließe sich deutlich verbessern, wenn auch andere Familienmitglieder einbezogen würden und nicht nur Eltern.*

Etwas stärker als in der ersten Runde gingen die Meinungen hinsichtlich der folgenden These auseinander:

- *Die Ansprache anderer Familienmitglieder als der Eltern (z.B. Großeltern oder Geschwister) ist in der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung nicht realistisch möglich.*

Bei 4 Thesen glichen sich die Teilnehmenden in ihrer Meinung leicht an, sodass die Streuungen der Verteilungen kleiner wurden, ohne allerdings der Definition eines Konsens zu entsprechen. Es handelt sich hierbei um folgende Thesen:

- *Wir brauchen keine Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht, sondern solche zum Abbau sozialer Ungleichheiten.*
- *Für die Teilnahmeentscheidung sind vor allem Einstellungen zu Körnernormen und gesundheitsbezogenem Lebensstil ausschlaggebend (weniger die Art des Angebots oder der Ansprache).*
- *Eine wohnortnahe Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention oder Gesundheitsförderung birgt die Gefahr, dass Eltern sich als „Problemfamilie“ wahrgenommen fühlen (Stigmatisierungsgefahr). Darunter leidet die Teilnahmebereitschaft.*
- *Übergewichtige Familienmitglieder lassen sich besonders leicht für die Teilnahme an Präventionsprogrammen für Kinderübergewicht gewinnen.*

Im Durchschnitt hat sich die Bewertung für keine der Thesen statistisch signifikant verändert (t-Tests für verbundene Stichproben mit Bootstrapping-Konfidenzintervallen).

*Qualitative Auswertungen:* Entsprechend der Rationale einer Delphi-Befragung diente die zweite Befragungswelle in erster Linie dazu,

1. die Ergebnisse aus der ersten Befragungswelle, die als konsentiert betrachtet werden konnten, weiter zu konsolidieren und zu erweitern und
2. um da, wo die Auswertung divergierende Meinungen und Einschätzungen (Dissens) aufzeigte, eine erneute Bewertung der entsprechenden Thesen vornehmen zu lassen.

Es wurden zunächst diejenigen Thesen präsentiert und erläutert, die als konsentiert eingestuft wurden. Über offene Nachfragen wurden die Teilnehmenden angehalten, die Aussagen zu konkretisieren (z.B. durch Beispiele), um weitere Anhaltspunkte für praxisrelevante Handlungsempfehlungen zu erhalten.

Im zweiten Teil des Fragbogens wurden den Befragten die Thesen erneut vorgegeben, die in der ersten Welle als nicht konsentiert eingestuft worden waren. Dabei wurde für jede These zunächst die Antwortverteilung aus der ersten Runde in Form eines Boxplots dargestellt, in dem die eigene Bewertung als rotes Kreuz markiert war. Daraufhin wurden die Befragten gebeten, die These erneut auf der gleichen Ratingskala wie in Runde 1 zu bewerten und im Anschluss daran ihre aktuelle Einschätzung als Freitext zu begründen.

*Konsensthesen:* Im Hinblick auf die Eruierung praxisrelevanter Hinweise und Handlungswissen, wurde in diesem Block vertiefend gefragt, wie erfolgreiche Strategien der Ansprache bei zukünftigen Maßnahmen häufiger gelingen könnten und worauf bei der Planung und Ausgestaltung von Maßnahmen konkret geachtet werden müsse.

In Bezug auf die Dissens-Thesen wurde jeweils um eine Begründung der eigenen Bewertung bzw. einer veränderten Bewertung gebeten.

Zu jeder These wurden die Freitextäußerungen bzw. Begründungen thematisch kategorisiert, zusammengefasst und bei der Ableitung von Handlungsempfehlungen einbezogen.

## 6.5 Integration der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen

In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse der einzelnen Recherchebestandteile sowie der Expertenbefragung zu den einzelnen Teilfragestellungen entlang der unterschiedlichen vorgesehenen Gliederungspunkte der Handlungsempfehlungen (z.B. nach Lebensalter bzw. Entwicklungsphase, spezifischer Lebenslage, nach Handlungsbereich der Maßnahme etc.) zusammengetragen, verschriftlicht und als Grundlage für die Formulierung von Handlungsempfehlungen herangezogen.

Da oftmals kein breites gesichertes Wissen verfügbar war (im Sinne belastbarer wissenschaftlicher Studienergebnisse bzw. Evidenzen), wurden zur Illustration erfolgversprechender Vorgehensweisen einzelne in diesen Punkten positiv auffallende Praxisprojekte kurz beschrieben. Dabei handelt es sich jedoch ausdrücklich um einzelne Erfahrungen, deren Übertragbarkeit auf andere Kontexte zunächst einmal unklar bleibt. Zudem basiert die Einstufung als Positivbeispiel oftmals auf der ggf. nicht ganz objektiven Beschreibung der Projekte durch Mitarbeitende.

Im Folgenden werden die zusammengefassten Ergebnisse und abgeleiteten Handlungsempfehlungen entlang der vorgesehenen Differenzierungsmerkmale dargestellt.

### 6.5.1 Übergeordnete Empfehlungen zur Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung

#### 6.5.1.1 Zu berücksichtigende Rahmenbedingungen und Informationsquellen

Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht sollten gültigen Qualitätsstandards gerecht werden, um zum einen Erfolgsaussichten hinsichtlich der Erreichbarkeit von Zielgruppen und der Wirksamkeit der entsprechenden Programme zu erhöhen. Zum anderen kann die Einhaltung von Qualitätsstandards dazu beitragen, dass die Voraussetzungen erfüllt werden, als Präventionsmaßnahme nach SGB V aus Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse gefördert zu werden.

Auch wenn die entsprechenden Leitlinien nicht auf die Erreichbarkeit von Familien eingehen, soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden.

#### *Qualität*

Maßnahmen der Primärprävention von Kinderübergewicht sollten den „Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Cremer, 2010) entsprechen sowie ergänzenden Empfehlungen für die Präventionsarbeit in Deutschland Rechnung tragen.

Die Qualitätskriterien der BZgA sollen generell die Qualität von Maßnahmen von der Planung über die Durchführung bis zur Verstetigung sichern. Sie ermöglichen es, Maßnahmenplanenden und - anbietenden sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, qualitativ hochwertige Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Voraussetzung dafür ist, dass die Akteure die Qualitätskriterien systematisch und wiederkehrend im Sinne eines lernenden Systems auf die jeweilige Maßnahme anwenden. Dabei sollte die sukzessive und konsequente Berücksichtigung aller Kriterien angestrebt werden. Die Qualitätskriterien sind verfügbar unter: <https://shop.bzga.de/pdf/60649130.pdf> .

Über diese Qualitätskriterien hinaus existieren weitere Instrumente, Tools und Planungshilfen, die konkrete Empfehlungen zur Qualitätssicherung im Rahmen einer settingorientierten Gesundheitsförderung vorhalten. Beispielfhaft seien hier die überarbeiteten Good-Practice-Krite-

rien des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit als nützliche Planungshilfe in der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung genannt werden. Sie finden sich unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>.

Diese Kriterien sollten – ggf. zusätzlich zur Inanspruchnahme von Beratungsleistungen der Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit – herangezogen werden, um die Erfahrungen anderer, erfolgreicher Interventionen zu berücksichtigen, und dadurch effizient mit zeitlichen und finanziellen Ressourcen umzugehen.

Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit unterstützen auf kommunaler Ebene dabei, die Gesundheit der Menschen unabhängig von sozialem Status, Nationalität, Alter und Geschlecht zu fördern. Zu ihren Aufgaben gehört die Beratung von Kommunen zum Thema Gesundheitsförderung, Netzwerkaktivitäten und die Verbreitung von „Good Practice“. Da die Koordinierungsstellen in den Ländern angesiedelt sind, unterscheiden sich ihre Aufgaben und Schwerpunkte je nach Bundesland etwas. Die Koordinierungsstellen werden anteilig durch die GKV und die Länder finanziert. Seit 2016 werden sie kontinuierlich qualitätsgesichert weiterentwickelt.

Weiterführende Informationen über die Arbeit des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit finden sich unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>.

Des Weiteren finden sich auf der Seite <http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de> weitere Informationen zu den Methoden S.M.A.R.T, ZiWi und Blitzbefragung sowie zum Qualitätssystem Quint-Essenz. Diese Methoden können zur inhaltlichen Vorbereitung und zur Strukturierung des Planungsprozesses herangezogen werden.

#### *Förderrichtlinien der GKV*

Förderrichtlinien des GKV-Bundesverband sind im GKV-Leitfaden Prävention (GKV-Spitzenverband, 2018) festgelegt, der vom GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene die inhaltlichen Handlungsfelder und qualitativen Kriterien für die Leistungen der Krankenkassen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenfasst. Die von diesem Leitfaden abgedeckten Leistungsarten umfassen die individuelle verhaltensbezogene Prävention nach § 20 Abs. 4 Nr. 1 und Abs. 5 SGB V, die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten nach § 20a SGB V sowie die betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20b und 20c SGB V.

Für die nachhaltige Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der Primärprävention von Kinderübergewicht gilt demnach:

„Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden“ (S. 6). Zu beachten sind insbesondere die Förderkriterien für an Familien gerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, die auf Seite 36 des Leitfadens Prävention aufgelistet werden.“ (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 36).

#### **6.5.1.2 Systematische Bedarfsermittlung und Maßnahmenplanung**

Um Präventionsangebote bedarfs- und bedürfnisgerecht zu planen, ist ein systematisches Vorgehen erforderlich, bei dem die Maßnahmenplanung auf einer systematischen Bedarfserhebung beruht.

Nur so können Ressourcen dort eingesetzt werden, wo sie am meisten nützen können und Maßnahmen dazu beitragen, gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen.

Bezugnehmend auf den Public-Health-Action-Cycle, aber auch differenzierte Ansätze der systematischen Interventionsplanung (z.B. Intervention Mapping) steht am Anfang einer Maßnahmenplanung die Definition und Ausleuchtung des Problems in seinen verschiedenen Aspekten

und die Erhebung bzw. Berücksichtigung entsprechender Daten. Dies ist Voraussetzung für die Planungsqualität eines Vorhabens (Wartha, Kobel, Lämmle, Mosler & Steinacker, 2016).

Ziel der Diagnosephase ist die Ermittlung des Handlungsbedarfs durch Erhebung der gesundheitlichen und sozialen Situation im Setting, einschließlich Risiken und Potenzialen. Für die einzelnen Bereiche und Zielgruppen sollen die gesundheitliche Situation, Bedarfe, Veränderungspotenziale und Belastungsschwerpunkte möglichst systematisch ermittelt werden. Dies kann auch durch Nutzung bereits vorhandener Daten und Erkenntnisse über die gesundheitlichen Bedingungen oder durch die Erhebung spezifischer Daten mit geeigneten Methoden erfolgen (Graf, 2010).

„In Bezug auf kindliche Adipositas könnten z.B. folgende Fragen relevant sein:

1. Wie viele Kinder und Jugendliche sind in welchem Alter betroffen?
2. Gibt es spezifische Gruppen (zum Beispiel nach Geschlecht oder Bildungshintergrund), die besonders betroffen sind?
3. Lassen sich Stadtviertel/Nachbarschaften identifizieren, in denen besonders hohe Prävalenzraten zu beobachten sind (zum Beispiel auf der Basis der Daten der Schuleingangsuntersuchung)?
4. Welche Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas sind bekannt?
5. Gibt es theoretische Erklärungsmodelle für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas?

Grundlage für die Problemanalyse sind Literaturrecherchen zu den theoretischen Hintergründen und den Einflussfaktoren auf Übergewicht und Adipositas.“ (Kolip, 2016, S. 14).

Ergänzen lässt sich dies durch eine Erhebung der subjektiven Bedürfnisse und Erwartungen der Zielgruppe.

Außerdem sollte bei der Erhebung auch berücksichtigt werden, welche Strukturen und Angebote bereits bestehen, um Dopplungen und Parallelstrukturen zu vermeiden (s.a. Vernetzung).

### **Empfehlung:**

***Für die Planung von Präventionsmaßnahmen lässt sich daher allgemein die Durchführung einer Situations- und Bedarfsanalyse empfehlen. Dabei soll eine Beschreibung und Bewertung der gesundheitlichen und sozialen Situation im fokussierten Interventionskontext anhand von vorliegenden Daten und ergänzenden Erhebungen bei der Zielgruppe erfolgen.***

In der Expertenbefragung wurde bei der Erfassung von Bedarfen, Erwartungen und Potenzialen der Familien im Vorfeld einer Intervention durchaus Handlungsbedarf gesehen. Da hier große Einigkeit unter den Befragten bestand, haben wir dazu in der zweiten Runde darum gebeten anzugeben, wie genau im Vorfeld der Planung von Maßnahmen konkret vorgegangen werden sollte, um diese Informationen besser zu erfassen. Die Expertenmeinungen gehen in die folgenden Datenquellen und Vorgehensweisen ein.

Mit dem Ziel, den Kenntnistand über die gesundheitliche Lage der fokussierten Bevölkerungsgruppen möglichst umfassend und differenziert abzubilden, sollten im Kontext kindlichen Übergewichts z.B. folgende Quellen quantitativer Daten systematisch herangezogen werden:

- Daten der kommunalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung
- Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen, nach Möglichkeit eine kleinräumige Auswertung der vorliegenden Ergebnisse unter Berücksichtigung des Indikators Übergewicht und relevanter soziodemographischer Daten (z.B. Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern; Erstsprache des Kindes; Erwerbsstatus der Eltern; Haushaltsstruktur etc.)
- Ggf. Daten aus schulzahnärztlichen Reihenuntersuchungen (z.B. Anteil der Kinder mit

Kariesrisiko als möglicher Indikator für Mundhygiene, Zuckerkonsum; Gesundheitsverhalten in der Familie etc.)

- Ggf. Einbezug von Daten aus Beratungsstellen
- Statistiken/ Berichte abgeschlossener Projekte im Themenbereich Kinderübergewicht oder Adipositas mit Bezug auf den betrachteten Sozialraum und die fokussierten Zielgruppen
- Sozialraumanalysen vom Amt für Stadtentwicklung und Statistik
- Regionale Statistiken z.B. zu Arbeitslosigkeit, Leistungsbezügen nach SGB II etc. im fokussierten Sozialraum
- Sofern die Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertretende der ambulanten Kinderärzte und -ärztinnen Kooperierende der geplanten Interventionen sind, können ggf. Statistiken zu den Versorgungszahlen der vor Ort ansässigen Kinderarztpraxen berücksichtigt sowie evtl. durch Befragungen ergänzt werden.

Des Weiteren und ergänzend können weitere Verfahren insbesondere zur Erhebung subjektiver Bedarfe und Bedürfnisse angewandt werden. Zum Beispiel:

- Quartiersbegehungen
- Gruppendiskussionen und Fokusgruppen dort, wo sich Eltern/Familien regelmäßig aufhalten (Kitas, Spielplätze, Cafés etc.)
- Qualitative Interviews mit ausgesuchten Familien
- Auskünfte von Selbsthilfegruppen und Beratungseinrichtungen
- Informationen von den Fachausschüssen der Kommune
- Open Space Formate, Zukunftswerkstätten
- Durchführung von Pilotprojekten mit der Zielgruppe

Durch die Befragten wurden darüber hinaus mehrfach Fachkräfte der Frühen Hilfen

benannt, die nach spezieller Schulung bei ihren Hausbesuchen relevante Informationen der Familien erfassen könnten. Insbesondere die Berufsgruppe der (Familien-)Hebammen wird dabei als geeignet benannt, Bedarfe, Erwartungen und Potenziale bereits vor der Geburt, in der Wochenbettbetreuung und darüber hinaus zu erfassen.

Als Praxisbeispiele, die sich durch eine systematisch gestaltete Assessment-Phase auszeichnen und ein oder mehrere der oben genannten Verfahren eingesetzt haben, lässt sich folgendes Projekt anführen:

➔ **Praxisbeispiel:** *Projekt BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier*

Um Maßnahmen zu planen, die für die Zielgruppe relevant sind, ist ein umfangreiches Verständnis der Lebenssituation der Familien, ihrer Voraussetzungen, Barrieren, Motive und Wünsche erforderlich. Dies lässt sich am ehesten über eine Partizipation der Zielgruppe bereits in der Phase der Bedarfserhebung erreichen (s.u. Partizipation).

Dazu ist stets auch zu erfassen, welche individuellen Funktionen ein gesundheitlich ungünstiger Lebensstil in den Familien erfüllt. Auf diese Notwendigkeit des *individual-psychologischen Verstehens der Lebenssituation* wurde in der Expertenbefragung folgendermaßen hingewiesen (Zitat): „Der Speckmantel ist ein individuelles Isolierpolster. Vor dessen Entfernung müssen die Stressoren erkannt und gemindert sein“.

### 6.5.1.3 Partizipation der Zielgruppen

Als eine erfolgversprechende Strategie der niedrighschwelligen Ausgestaltung von Maßnahmen gilt die direkte Partizipation der Zielgruppe, d.h. in Bezug auf unsere Fragestellung die Partizipation der angesprochenen Familienmitglieder bzw. idealerweise der ganzen Familie.

Partizipation gilt als grundlegendes Prinzip der Gesundheitsförderung, und auch im Leitfadens Prävention wird gefordert, Prozesse zu initiieren, die unter aktiver Mitwirkung aller Beteiligten zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen (GKV-Spitzenverband, 2018). Durch Partizipation können Maßnahmen besonders bedürfnisgerecht konzipiert und an die spezifischen Lebensumstände der Zielgruppe angepasst werden. Dadurch erreichen sie potenziell eine besondere Relevanz für die Zielgruppe, was auch die Akzeptanz steigern sollte. Zudem können durch eine Partizipation der Zielgruppe Teilnahmeharrieren antizipiert werden.

Eine möglichst breite Partizipation der Familien ist daher bereits bei der Planung einer Maßnahme anzustreben. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass auch hier die Erreichbarkeit eine Rolle spielt und es schwierig sein kann, bestimmte Zielgruppen für einen partizipativen Prozess zu gewinnen (Kolip, Schaefer & Funk, 2014).

Bezüglich der Partizipation der Zielgruppe lassen sich nach einem Modell von Wright, Block und Unger (2007) verschiedene Stufen unterscheiden. Während bei den untersten beiden Stufen keine Partizipation stattfindet, stellen Stufe 3 bis 5 Vorstufen der Partizipation dar, bei denen die Zielgruppe informiert, angehört oder einbezogen wird. Bei den Stufen 6 bis 8 wird von Partizipation gesprochen, nämlich wenn die Zielgruppe Möglichkeiten zur Mitbestimmung besitzt, ihr teilweise Entscheidungskompetenz zugesprochen wird oder sie sogar Entscheidungsmacht besitzt. Die neunte Stufe der ‚Selbstorganisation‘ geht bereits über die Partizipation hinaus.

In Bezug auf verfügbare Beschreibungen von Projekten zur Prävention von Kinderübergewicht aus verschiedenen Projektdatenbanken wurde der Grad der Partizipation häufig nicht deutlich. Nach den Informationen, die den Beschreibungen und Berichten zu entnehmen waren, erreichen viele Projekte nur Vorstufen der Partizipation. Projekte, die eine Partizipation ermöglichten, erreichten i.d.R. die Stufe der Mitbestimmung, seltener der teilweisen Entscheidungskompetenz.

Einige klar partizipativ angelegte Projekte berichten dabei ausdrücklich von Schwierigkeiten, ausreichend Vertreter und Vertreterinnen der Zielgruppen für einen partizipativen Prozess zu gewinnen. Häufig sind dies die gleichen Zielgruppen, die auch eine geringe Teilnahmbereitschaft an Maßnahmen selbst zeigen. Beispielsweise wurden bei der Langzeitevaluation des Präventionsprogramms Lenzgesund in Hamburg große Schwierigkeiten festgestellt, Männer/Väter einzubeziehen, während die Projektaktivitäten erreichten, dass Frauen sich vermehrt aktiv einbrachten.

Hinsichtlich des Einbezugs von Schülern und Schülerinnen und ihren Eltern im Setting Schule berichtet das Kölner Bündnis für gesunde Lebenswelten bei beiden Gruppen, aber v.a. in Bezug auf die Eltern, von sehr großen Schwierigkeiten, diese für eine Beteiligung zu gewinnen. Sofern sie gelang, wurde die Beteiligung der Schüler und Schülerinnen dabei als Erfolgsfaktor für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Schule identifiziert: Je besser die Beteiligung funktionierte, desto erfolgreicher zeigten sich Schulen und setzten gesundheitsförderliche Maßnahmen um.

In der Evaluation der Kinderleicht-Regionen bestätigte sich, dass das Ausmaß des Einbezugs der Eltern bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht mit dem Ausmaß der Akzeptanz und Motivation zur Teilnahme zusammenhing (Ehnl-

Lossos et al., 2013). Hingegen wurden vorgefertigte, unflexible Angebote häufig nicht angenommen. Die Mitbestimmung in den evaluierten Modellprojekten bestand dabei z.B. in der Entscheidung über Inhalte und Themen von Angeboten oder auch Terminen, bei denen Eltern in die Planung direkt eingebunden wurden. Betont wird, dass ein partizipatives Vorgehen ein flexibles Konzept und Kompetenz der Akteure erfordert, genauso wie es einen nicht zu unterschätzenden Zeitaufwand bedeutet, der bei der Planung von Angeboten berücksichtigt werden muss. Allerdings zeigen einzelne Studien auch, dass eine Partizipation bei der Planung kein Garant für eine hohe Teilnahmebereitschaft darstellt (Garcia-Dominic et al., 2010).

Auch in Reviews zur Prävention von Kinderübergewicht zeigt sich eine Partizipation der Kinder und Eltern (aber auch anderer Stakeholder, wie z. B. Lehrende) in der Entwicklung und Implementation der Programme als förderlich hinsichtlich des Rekrutierungserfolges (Byrd-Bredbenner, Delaney, Martin-Biggers, Koenings & Quick, 2017; Jurkowski et al., 2013; Kornet-van der Aa, van Randraad-van der Zee, C H, Mayer, Borys & Chinapaw, 2018; Morgan et al., 2016; Morris, Skouteris, Edwards & Rutherford, 2015).

In Bezug auf kommunale Angebote für vulnerable Zielgruppen wird die Partizipation (der gesamten Kommune oder einer bestimmten Zielgruppe) ebenfalls als Erfolgsfaktor für eine hohe Akzeptanz einer Maßnahme identifiziert (IGES Institut, 2018). Dabei wird in Bezug auf die Beteiligung bei kommunalen Angeboten die Gründung eines Runden Tisches empfohlen, an dem Bürgerinnen und Bürger sowie kommunale Akteure gemeinsam teilnehmen.

Ein Umsetzungsbeispiel liefert das kommunale Präventionskonzept der Stadt Kamen (Stadt Kamen, 2018), welches auf ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen (nicht speziell in Bezug auf Übergewicht) abzielt und dabei Kinder, Jugendliche und Eltern in die Konzeptentwicklung einband, z.B. über den Jugendamtselternbeirat, Mitglieder der Schülerversammlung oder Kinder und Jugendliche in Freizeiteinrichtungen. Ihre Beiträge wurden dabei als bereichernd beschrieben und lieferten z.T. neuartige Ideen, welche über bisherige Ansätze aus Politik und Praxis hinausgingen. Partizipation wird auch hier als ein wichtiger Faktor beschrieben, um die Akzeptanz von Präventionsmaßnahmen zu erhöhen.

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen vertreten die an der Delphi-Befragung in unserer Studie Teilnehmenden mehrheitlich die Meinung, dass eine Intervention, die ohne die Partizipation der Familien entwickelt und umgesetzt worden ist, nicht nachhaltig wirksam sein kann. Da der Einbezug von Familien eine wesentliche Kernfrage unserer Studie darstellte, wurde zu diesem Punkt in der zweiten Befragungsrunde gezielt nachgefasst, und die Befragten wurden gebeten, zu konkretisieren, wie in Maßnahmen konkret

vorgegangen werden sollte, damit die Partizipation von Familien gelingt. Darüber hinaus wurde nach Erfolgsfaktoren unter Berücksichtigung bekannter Praxisbeispiele gefragt.

Betont wurde in den Antworten, dass die Partizipation kontinuierlich über alle Projektphasen erfolgen sollte. Zudem sollten alle Familienmitglieder sowie Familien in unterschiedlichen Lebenslagen einbezogen werden. Um es teilnehmenden Familien zu erleichtern, ihre Bedürfnisse und Wünsche zu artikulieren, wurden kreative Moderationstechniken vorgeschlagen. Professionelle des Gesundheits- und Beratungssystems sollen Familien außerdem ermutigen, ihre Bedürfnisse und Erwartungen mitzuteilen.

Weitere Empfehlungen bezogen sich darauf, wie die Familien für eine Partizipation gewonnen werden können. Hier wird ein ähnliches Vorgehen vorgeschlagen wie bei der Ansprache zur Teilnahme an den Maßnahmen: Eine niedrigschwellige, persönliche Ansprache durch geeignete Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wurde mehrfach betont. Die meisten Vorschläge bezogen sich dabei auf das Kindergartenalter bzw. den Betreuungskontext: Neben Fachkräften in Kitas und Familienzentren wurden muttersprachliche Eltern als geeignete Peers vorgeschlagen, um Familien über Tür-und-Angel-Gespräche in der Kita für

eine Partizipation zu gewinnen. Auch Professionelle im Gesundheits- und Betreuungssystem vor Ort wurden genannt, die Familien informieren und zur Mitwirkung animieren sollten.

#### **Empfehlungen:**

***Der Einbezug von Familien der anvisierten Zielgruppen sollte bereits bei der Planung von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht erfolgen und sich dann über alle Phasen der Umsetzung fortsetzen, um relevante und bedürfnisgerechte Maßnahmen zu entwickeln.***

***Dabei sollte angestrebt werden, verschiedene Familienmitglieder aus Familien in unterschiedlichen Lebenssituationen einzubeziehen.***

***Diese sollten in gemeinsame Beratungen mit (kommunalen) Akteuren einbezogen und ermutigt werden, frei ihre Bedürfnisse und Ideen zu äußern.***

***Es bieten sich strukturierte Gesprächstechniken an, um es Zugehörigen der Zielgruppe zu erleichtern, ihre Wünsche und Erwartungen zu formulieren.***

***Dabei ist einzukalkulieren, dass gerade diejenigen Gruppen, die auch durch Maßnahmen der Übergewichtsprävention selbst schwer zu erreichen sind, oft eine geringe Bereitschaft bei der Mitwirkung zeigen.***

***Zur Ansprache potenziell an der Planung mitwirkender Familien(mitglieder) sind im Prinzip ähnlich niedrigschwellige Ansätze geeignet wie bei der Ansprache von potenziell an der Intervention Teilnehmenden.***

***In jedem Fall sollte dabei ausreichend Zeit eingeplant werden, um entsprechende Mitglieder der Ziel-Familien einzubeziehen und ihnen Raum zur Mitgestaltung von Interventionen zu geben.***

➔ **Praxisbeispiel: Projekt Marburger Gesundheitsnetzwerk mittendrin.** Das Projekt erreichte eine bemerkenswert hohe Beteiligung der Zielgruppe auf der Stufe der Mitentscheidung. Zudem ist es gelungen, eines im Bewegungsbereich durchdachtes Konzept umzusetzen, das bedarfsorientiert war und sowohl die Verhältnis- als auch die Verhaltensebene adressierte. Die Projektverantwortlichen führen diese Erfolge auf eine konsequent niedrigschwellige Ansprache unter Einsatz muttersprachlicher Mittlerpersonen auf Quartiersebene zurück.

### **6.5.2 Allgemeine Empfehlungen zur Ansprache von Familien**

Die Prävention kindlichen Übergewichts kann sehr unterschiedlich ausgestaltet sein, je nach adressierter Zielgruppe, Handlungsbereich oder Setting. Im Folgenden werden zunächst einige allgemeine Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit von Familien oder Eltern formuliert, welche sich v.a. auf Erfahrungen hinsichtlich der Ansprache sogenannter „schwer erreichbarer“ Gruppen stützen. Dies sind häufig Zielgruppen mit geringem Sozialstatus, geringem Bildungsgrad und/oder einem Migrationshintergrund.

Aufgrund größerer Belastungen und gesundheitlicher Risiken stellen diese i.d.R. die Zielgruppen dar, deren Einbezug im Sinne der Herstellung von bzw. Annäherung an eine größere gesundheitliche Chancengleichheit besondere Aufmerksamkeit verdient. Die Empfehlungen basieren zum einen auf Erfahrungen hinsichtlich der Ansprache „schwer erreichbarer“ Gruppen in der Prävention, Familien- oder Elternbildung allgemein, sie wurden aber insbesondere auch in der Evaluation der Kinderleicht-Regionen im Bereich der Prävention kindlichen Übergewichts u.a. hinsichtlich der Lebenswelt Familie hervorgehoben (Ehnle-Lossos et al., 2013; Schack, Ehnle-Lossos, Hanssen-Dosse & Willhöft, 2014).

Weitere Ausdifferenzierungen der allgemeinen Empfehlungen werden, wo es möglich ist, weiter unten vorgenommen, wenn es um die Adressierung spezifischer Altersgruppen, Zielgruppen, und Handlungsbereiche geht.

### **6.5.2.1 Multiplikatorenansatz**

Unter Multiplikatoren und Multiplikatorinnen versteht man Professionelle oder Laien (Peers), welche bereits im Kontakt mit der anzusprechenden Zielgruppe sind, i.d.R. als Mitglieder der gleichen Community oder in dieser tätige Professionelle, z.B. aus dem Gesundheitswesen, Schulkontext, der Sozialarbeit oder auch in religiösen Gemeinden Tätige. Diese werden für die Umsetzung eines Präventionsprogramms speziell geschult und übermitteln die Inhalte an die Zielgruppe. Personen in dieser Funktion eignen sich aber auch besonders, um Teilnehmende für Präventionsangebote zu gewinnen.

Durch den bereits bestehenden Kontakt und ein Vertrauensverhältnis soll so ein besserer Zugang zur Zielgruppe erreicht werden, sowohl was die Rekrutierung zur Teilnahme als auch die Offenheit für die vermittelten Inhalte angeht. Dadurch, dass sich Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren bereits in der Lebenswelt der adressierten Gruppen bewegen, können sie zudem besonders gut einschätzen, wie die Zielgruppe angesprochen werden kann. In Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund lassen sich sowohl sprachliche als auch kulturelle Zugangs- und Vermittlungsbarrieren besser überwinden, wenn Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen aus dem gleichen Sprach- und Kulturraum eingesetzt werden.

Ein Multiplikatorenansatz gilt allgemein als Good Practice in der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015). Entsprechend bestätigt wird diese Empfehlung auch durch aktuelle Handlungsempfehlungen zur Erreichung vulnerabler Gruppen in der Kommune aufgrund von Studienergebnissen zur Erreichbarkeit (IGES Institut, 2018) – insbesondere zur Erreichung von Personengruppen mit geringem sozioökonomischem Status. Im Rahmen der Erreichbarkeit der Zielgruppen Früher Hilfen wird ebenfalls auf die Arbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren hingewiesen, um Familien in belasteten Lebenslagen und solche mit Migrationshintergrund zu erreichen (Knaller, 2013; Kurtz, Brand, Maier-Pfeiffer, Hartmann & Jungmann, 2012).

Auch die von uns befragten Fachleute bestätigten einen Multiplikatorenansatz als fördernden Faktor hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien.

Die Evaluation der Kinderleicht-Regionen identifizierte in Bezug auf die Prävention von Kinderübergewicht den Einsatz von Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen entsprechend als einen Erfolgsfaktor bezüglich der Erreichbarkeit. Dabei wurden in den untersuchten Maßnahmen i.d.R. professionelle, seltener Laienmultiplikatoren bzw. -multiplikatorinnen eingesetzt (Ehnle- Lossos et al., 2013).

Beim Einsatz von Laien ließen sich aus dieser Evaluation weiterhin als Empfehlungen konkretisieren (Schack et al., 2014):

- Auch die Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen selbst über persönliche Ansprache zu gewinnen
- Ihnen ausreichend Fachwissen sowie Methodenkompetenz zu vermitteln
- Eine Praxisbegleitung durchzuführen
- Konkrete, abgegrenzte Aufgaben für Laienmultiplikatorinnen oder -multiplikatoren im Vorfeld festzulegen
- Teamwork von zwei Laienmultiplikatoren bzw. -multiplikatoren zu ermöglichen.

Letztere Empfehlung findet sich auch hinsichtlich der Ansprache für familienzentrierte Maßnahmen allgemein in der internationalen Literatur (Harachi, Catalano & Hawkins, 1997).

Hinsichtlich professioneller Multiplikatoren und Multiplikatorinnen lieferte die Evaluation der Kinderleicht-Regionen folgende Erkenntnisse:

- Zur Gewinnung von Multiplikatorinnen oder Multiplikatoren im Gemeinwesen (z.B. Tätige in der Sozialarbeit) zu empfehlen sind der Zugang über die jeweiligen Beratungs- bzw. Bildungsinstitutionen bzw. deren Leitung, sowie andererseits der persönliche Zugang über eine Vorstellung des Präventionsprojekts beispielsweise bei Arbeitskreissitzungen und Fortbildungen.
- Zur Gewinnung von Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen aus dem Gesundheitswesen förderlich erwies sich, wenn entsprechende Verbände bzw. regionale Berufsgruppenvertretungen mit dem Präventionsprojekt vernetzt wurden.
- Zur Ausbildung: Je nach vorhandenen Fachkenntnissen der Professionellen, sollte sich die Schulung stärker auf übergewichtsrelevante Inhalte oder aber auf methodische Kompetenzen hinsichtlich Gesprächsführung bzw. Vermittlung von Inhalten konzentrieren (Schack et al., 2014).

Ergebnisse zeigen zudem auf, dass Laien sich besser für das Sensibilisieren und Vermitteln von gesundheitsförderlichem Alltagswissen eignen, professionelle Multiplikatorinnen und multiplikatoren hingegen für eine längerfristige Begleitung von Familien und zur Unterstützung in Problemlagen (Willhöft et al., 2013).

Mit dem Präventionsgesetz sind Gynäkologinnen und Gynäkologen, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen nunmehr aufgefordert, Schwangere und Eltern über regionale Unterstützungsangebote zu informieren. Basis hierfür ist das Instrument der ärztlichen Präventionsempfehlungen („PrävE“), mit dem Versicherten Maßnahmen der individuellen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V empfohlen werden können (Geene, Thyen, Quilling & Bacchetta, 2016). Damit kommt ihnen zukünftig vermutlich eine größere Bedeutung als Lotsen in der Zusammenarbeit mit Präventionsprojekten zu.

Dies könnte sich positiv auf die Bereitschaft von Familien zur Teilnahme an Präventionsprogrammen auswirken (Ling, Robbins & Wen, 2016b; Ling, Robbins, Hines-Martin & B Robbins, 2016a). Wie die Befragung von Eltern im Rahmen der Begleitforschung der Initiative „Kein Kind zurücklassen! Kommunen schaffen Chancen (KeKiz)“ zeigt, schenken diese insbesondere Kinderärzten und -ärztinnen ein großes Vertrauen und orientieren sich an ihren Empfehlungen (Franzke, Schmitt & Schultz, 2017).

### **Empfehlungen:**

***Insgesamt lassen sich Multiplikatoren und Multiplikatorinnen sowohl für die Ansprache von Familien als auch für die Interventionsübermittlung in der Prävention von Kinderübergewicht als erfolgversprechender Ansatz empfehlen.***

***Laienmultiplikatoren oder -multiplikatorinnen sollten dabei v.a. in Bezug auf die Vermittlung gesundheitsbezogenem Alltagswissens (z.B. zur praktischen Umsetzung der Kinderernährung) eingesetzt werden. Entscheidend sind dabei bei Laien ein klarer Auftrag, eine ausreichende Schulung bzw. Kenntnisse über die Intervention und fachliche Begleitung bei der Umsetzung von Maßnahmen. Multiplikatoren- bzw. Multiplikatorinnen-Tandems sind anzuraten.***

***Hinsichtlich professioneller Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen scheint ein Zugang zu diesen über berufliche Institutionen und Verbände aussichtsreich. Professionelle eignen sich zur längerfristigen Begleitung von Familien. Entsprechende finanzielle Ressourcen müssen jedoch verfügbar sein.***

***Zur Ansprache von Zielgruppen mit Migrationshintergrund sollten Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus dem jeweiligen Sprach- und Kulturkreis gewonnen werden.***

**→ Praxisbeispiele:** Projekte „AGIL- aktiver gesünder is(s)t leichter“ und „Kinderleicht-Quartier Horst“

### 6.5.2.2 *Niedrigschwelligkeit der Angebote*

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

Zu den Merkmalen niedrigschwelliger Angebote gehören im Allgemeinen

- Geringe bzw. angemessene Kosten
- Eine gute Erreichbarkeit von Angeboten
- Eine günstige Termingestaltung
- Angebot von Kinderbetreuung
- Muttersprachliche und kultursensible Angebote

Im Rahmen der Forschung zu KeKiz betonten die befragten Eltern mehrheitlich hinsichtlich ihrer Wünsche an Präventionsangebote allgemein, dass sie sich Angebote mit einem einfachen Zugang wünschen, welche sich leicht in ihren Lebensalltag integrieren lassen, ohne einen größeren Aufwand sowohl an Zeit, Organisation als auch an Kosten zu bedeuten. Angebote sollten in der Nähe des Wohnortes oder Arbeitsplatzes liegen und zu flexiblen Zeiten nutzbar sein (Franzke & Schultz, 2016; Franzke et al., 2017). Diese Aspekte der Niedrigschwelligkeit wurden allgemein betont, von Befragten in Risikolebenslagen (z.B. geringer Sozialstatus, Migrationshintergrund) und solchen in subjektiv belasteten Lebenslagen jedoch als besonders wichtig hervorgehoben.

Die Niedrigschwelligkeit von Angeboten wurde in unserer Expertenbefragung als wichtigster fördernder Faktor hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien benannt. Vorschläge für die konkrete Ausgestaltung niedrigschwelliger Angebote, um Familien mit Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht zu erreichen, die auf unsere Nachfrage in der zweiten Runde gemacht wurden, decken sich weitestgehend mit den Aspekten, die sich auch in der nationalen und internationalen Literatur sowohl in Bezug auf die Prävention von Übergewicht als auch in Bezug auf Angebote der Frühen Hilfen oder der Elternbildung finden (Bucheberner-Ferstl, Baierl, Kapella & Schipfer, 2011; Ehnle-Lossos et al., 2013; Garcia-Dominic et al., 2010; IGES Institut, 2018; Landhäußer, Faas & Treptow, 2012; Ling et al., 2016a; Neumann & Renner, 2016; Schack et al., 2014; van Staa, 2018).

**Kosten:** Hier wurden sowohl kostenlose als auch günstige, jedoch ausdrücklich nicht ganz kostenfreie Angebote von den Befragten gefordert. Zum einen sollen geringe Kosten auch Familien mit geringen finanziellen Ressourcen eine Teilnahme ermöglichen. Zum anderen kann ein gänzlich kostenloses Angebot jedoch ggf. dazu führen, dass das Angebot weniger wertgeschätzt und als weniger verbindlich wahrgenommen wird.

**Veranstaltungsorte:** Insbesondere bei Zielgruppen mit geringem sozioökonomischen Status sollte der Veranstaltungsort gut erreichbar und vertraut sein. Es sollten Orte gewählt werden, an denen die Zielgruppe bereits anzutreffen ist. In unserer Expertenbefragung bestand Einigkeit darüber, dass die Teilnahmebereitschaft von Familien höher ist, wenn Maßnahmen in der Nachbarschaft angeboten werden.

**Termingestaltung:** Teilnahmezeiten sollen möglichst flexibel sein und sich auch mit der Berufstätigkeit teilnehmender Familienmitglieder vereinbaren lassen. Hinsichtlich der Verbindlichkeit werden Angebote mit hoher Offenheit und geringem Verbindlichkeitscharakter von sozial benachteiligten Familien oft besser angenommen.

**Kinderbetreuung:** Fehlende Kinderbetreuung kann eine Teilnahmebarriere darstellen, insbesondere für Alleinerziehende. Daher sollten Präventionsmaßnahmen, die sich an die Eltern richten, bei Bedarf Kinderbetreuung anbieten oder Angebote für die Kinder parallel bereitstellen.

**Dolmetscher bzw.** Dolmetscherinnen oder muttersprachliche Elternbegleiter oder -begleiterinnen als Peers sollen zur Verfügung stehen, sofern Teilnehmende mit Migrationshintergrund über keine oder nur geringe Deutschkenntnisse verfügen; ebenso professionelle Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen mit entsprechendem Sprachhintergrund sowie mehrsprachige Veranstaltungen.

**Zugehende Angebote:** Angebote sollten gerade in der Lebensphase nach der Geburt und in der Kleinkindphase oder bei besonders schwer erreichbaren Familien zugehend konzipiert werden (z.B. durch Fachkräfte der Frühen Hilfen, Hebammen oder Familienassistenz).

Insbesondere in internationalen Studien werden auch **telefonische Beratungen oder Textnachrichten** aufgrund des geringen Aufwands an Zeit als niedrigschwellige Angebote diskutiert, und die bequeme Teilnahme scheint z.T. die Akzeptanz zu fördern (Ekambareshwar et al., 2018). Inwiefern sich solche Ansätze übertragen lassen, für welche Zielgruppen und Inhalte sie geeignet sind, lässt sich hier nicht beantworten. Das Vorgehen scheint eher wenig kompatibel mit den beschriebenen Empfehlungen zur Ansprache „schwer erreichbarer“ Familien.

Allerdings wird das **Internet** als Zugangsweg auch hierzulande, z.B. im Zusammenhang mit Frühen Hilfen und der Übergewichtsprävention, u.a. durch die befragten Fachleute diskutiert. Ein Vorteil ist, dass Informationen zu Unterstützungsangeboten und Erziehungsproblemen hier zunächst anonym eingeholt werden können (Knaller, 2013) und dadurch eine geringe Stigmatisierungsgefahr besteht (Wabitsch & Kunze, 2015). In der Expertenbefragung wurden Online-Angebote aufgrund der flexiblen Zeitgestaltung und Nutzung von Zuhause als geeignetes Angebot gerade für Alleinerziehende vorgeschlagen.

Internetgestützte Angebote werden als zukunftssträchtige Interventionsform zur allgemeinen und individualisierten Adipositas-Prävention eingeschätzt, wobei bisherige Online-Programme sich häufig direkt an Kinder und Jugendliche richten. Erfahrungen mit onlinebasierten Familieninterventionen liegen aus unserer Recherche nicht vor. Ergebnisse einiger Studien zeigen positive Effekte telefonischer Familienberatungen (Wabitsch & Kunze, 2015). Zusammenfassend kann ein Vorteil telefonischer und Online-Interventionen darin bestehen, dass sie verschiedene klassische Teilnahmebarrieren wie Kosten, Zeitdruck, Transport und auch Stigmatisierung verringern.

Demnach ist in jedem Fall zu empfehlen, Informationen über regionale Angebote und Anlaufstellen gut auffindbar (auch) online zur Verfügung zu stellen. Eine aktive Suche nach Informationen, z.B. zu gesunder Ernährung und Bewegung oder anderen Präventionsangeboten für Familien, werden jedoch vermutlich gerade die primären Zielgruppen der Präventionsangebote seltener in Anspruch nehmen als diejenigen Familien, welche weniger Bedarf an Präventionsprogrammen haben.

### **6.5.2.3 Persönliche Ansprache**

Bei Familien mit insgesamt gesundheitsförderlichem Gesundheitsverhalten und Interesse am Thema stellt die Erreichbarkeit i.d.R. ein geringes Problem dar (Schack et al., 2014). Sie sind

gut über schriftliche Informationsmaterialien wie Flyer, Broschüren oder Aushänge, über Informationsveranstaltungen und Elternabende erreichbar und nehmen eigenständig an Kursangeboten zu Themen der Prävention und Gesundheitsförderung teil.

Hingegen zeigt sich, dass die Ansprache der ‚schwer erreichbaren‘ Zielgruppen mit erhöhtem Bedarf an Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten i.d.R. über schriftliche Informationen nicht erfolgversprechend ist. Hier sind ein aktives Zugehen und eine persönliche Ansprache anzuraten (Ehnle-Lossos et al., 2013; Norman, Nyberg, Elinder & Berlin, 2016).

In Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund gelingt der Zugang zu Eltern, die kein oder nur wenig Deutsch sprechen, oft nur über Dolmetscher und Dolmetscherinnen und/oder durch den Einsatz von mehrsprachigen Mittlerpersonen. Eine Übersetzung von Flyern, Postern und sonstigen schriftlichen Informationen reicht i.d.R. nicht aus, um diese Gruppe zu erreichen (Cyril, Green, Nicholson, Agho & Renzaho, 2016; Ehnle-Lossos et al., 2013).

#### **Empfehlungen:**

***Die persönliche Ansprache ist der wichtigste Zugangsweg, um „schwer erreichbare“ Familien (i.d.R. mit geringem Einkommen, geringem Bildungsstatus, Migrationshintergrund) für die Teilnahme an Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht zu gewinnen. Diese sollte durch die Maßnahmendurchführenden selbst oder durch Multiplikatoren und Multiplikatorinnen, die bereits in Kontakt mit der Zielgruppe stehen, etwa Erzieherinnen bzw. Erzieher und Lehrpersonal, erfolgen.***

***Die persönliche Ansprache erfordert zeitliche und personelle Ressourcen, die bei der Planung einer Intervention bedacht werden müssen. U.a. gelingt eine Teilnahme oft erst nach einer Zeit des Vertrauensaufbaus und der Beziehungsgestaltung.***

***Bei der Ansprache von Familien mit geringen Deutschkenntnissen ist eine persönliche Ansprache durch Muttersprachler oder Muttersprachlerinnen anzuraten.***

#### **6.5.2.4 Vernetzung von Angeboten und Lebenswelten**

Angebote der Übergewichtsprävention sollten eng in kommunal bestehende Strukturen eingebunden werden und mit relevanten Akteuren abgestimmt zusammenarbeiten. Als Ansatz, dies zu erreichen und insbesondere Übergänge zwischen Lebensphasen zu begleiten (z.B. den Übergang zur Fremdbetreuung, Einschulung etc.), gewinnen integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung (Ehlen, Dreiskämper, Utesch & Rehaag, 2018). Ziel ist es, Kindern, Jugendlichen und Eltern exakt jene Unterstützung zukommen zu lassen, die sie gerade benötigen, indem Angebote der Gesundheitsförderung, der frühkindlichen, schulischen und beruflichen Bildung, der Kinder-, Jugend- und Sozialhilfe sowie Angebote aus den Bereichen Sport und Kultur intensiver verknüpft werden (Boos, 2018). Dazu arbeiten kommunale Politik- und Verwaltungsebenen unter Einbeziehung relevanter Schlüsselakteure (etwa Jugendhilfeträger, Sportvereine, Ärzte) zusammen, und es wird eine gemeinsame Gesamtstrategie entwickelt (Ehlen et al., 2018).

Die Ergebnisse unserer Expertenbefragung unterstreichen die wahrgenommene Wichtigkeit des Aufbaus von kommunalen Netzwerken und Präventionsketten auch im Bereich der Übergewichtsprävention. So bestand eine hohe Zustimmung und Konsens bei den Thesen

***„Die Zusammenarbeit in fach- und sektorübergreifenden Netzwerken ist unerlässlich, um Familien bedarfsgerecht und Ihren Erwartungen entsprechend erreichen zu können.“***

sowie

***„Die Gestaltung kommunaler Präventionsketten mit Hilfe von Gesundheitskonferenzen muss stärker genutzt werden.“***

Integrierte kommunale Gesamtstrategien sind erst im Aufbau begriffen und belastbare Aussagen zu Voraussetzungen des Gelingens noch nicht möglich. Weitere Informationen, Praxisbeispiele und die Möglichkeit der Mitwirkung an kommunenübergreifenden thematischen Austauschformaten finden sich über folgende Website: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/?artikel2=1124> .

In der 2. Runde der Expertenbefragung wurde um Anregungen gebeten, wie eine bessere Vernetzung und Integration in eine kommunale Strategie zukünftig bei Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht besser gelingen könnte und worauf bei der Planung und Ausgestaltung von Maßnahmen konkret geachtet werden sollte.

Die genannten Vorschläge lassen sich im Wesentlichen folgendermaßen zusammenfassen:

- Es sollte eine zuständigkeitsübergreifende Begleitung von Familien von Anfang an geben, wobei je nach Lebensphase unterschiedliche Stellen die Koordination übernehmen (z.B. Familienhebammen – Familienzentren – Schulen).
- Es muss eine federführende Koordination der Gesamtstrategie geben, z.B. beim Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) oder beim Jugendamt, bei denen die Fäden zusammenlaufen, Einzelinitiativen sind zu vermeiden.
- Dafür benötigt werden neben politischer Priorisierung ausreichende Mittel; zu prüfen ist zudem, inwiefern das Präventionsgesetz hier die Anforderung von Krankenkassenmitteln ermöglicht.
- Gezielte Ansprache von Fachakteuren, um sie zur Mitwirkung zu gewinnen; Stärkung des Bewusstseins dafür, sich als Teil einer Präventionskette zu sehen und nicht als isoliert Handelnde; Nutzen der Vernetzung muss deutlich werden für Beteiligte.
- Sensibilisierung der verschiedenen Bereiche für Gesundheit als Querschnittsthema.

#### *Schlussfolgerungen:*

Eine kommunale Präventionskette zu schaffen, kann kaum das Ziel eines einzelnen Präventionsprojektes sein. Jedoch sollten Angebote mit bestehenden Initiativen oder Netzwerken kooperieren.

Wichtig für eine Einbindung von Präventionsangeboten in kommunale Strukturen scheint es zudem, zunächst einen Überblick über bestehende Angebote und Strukturen zu erlangen. Zusammen mit einer systematischen Bedarfserhebung (vgl. Systematische Bedarfsermittlung) ermöglicht dies, Angebotslücken zu identifizieren und gezielt zu schließen.

Im Evaluationsbericht der Initiative Kommunale Präventionsketten NRW wird entsprechend betont, insbesondere bestehende Präventionsangebote in den Regelstrukturen zu identifizieren, sie mit den Bedarfen abzugleichen und Strukturen effizient zu bündeln (Ramboll Management Consulting [RMC], 2018). Dies impliziert allerdings, dass für die Planung einer bedarfsgerechten Intervention einiges an Vorbereitungszeit für die Erfassung des Bedarfs und der bestehenden Strukturen, aber auch der Vernetzung mit aktiven Akteuren einzuplanen ist.

Durch Kindertageseinrichtungen, Familienzentren und die Schule werden fast alle Kinder erreicht. Daher wird der Zusammenarbeit mit ihnen in der Präventionskette besondere Bedeutung beigemessen. Gerade Familienzentren könnten in einer Lotsenfunktion eine wichtige Rolle in den Präventionsketten einnehmen und Zugänge schaffen. Ebenso kann mit der Schulsozialarbeit und der Ganztags-Schule eine kooperierende Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen dem System Schule und der Kinder- und Jugendhilfe nachhaltig etabliert werden (RMC, 2018). Die zentrale Rolle von Familienzentren in der Primärprävention von Kinderübergewicht wurde durch die von uns befragten Expertinnen und Experten mehrheitlich bestätigt. Da diese sich als Anlaufstelle an alle Familien im Quartier richten, können sie zudem das Stigmatisierungspotenzial selektiver Maßnahmen senken (Knaller, 2013).

Als Positivbeispiel für eine integrierte kommunale Strategie wurde in der Expertenbefragung das Vorgehen im Landkreis Marburg Biedenkopf unter Leitung des Gesundheitsamtes hervorgehoben.

→ **Praxisbeispiel: Projekt Gemeinsam für Gesundheit und Lebensqualität im Landkreis Marburg Biedenkopf**

Eine umfangreiche Strategie liegt auch für die Stadt Kamen vor. Die Entwicklung dieses Konzeptes wurde zur „Chefsache“ erklärt und direkt bei der Jugenddezernentin angesiedelt. „Diese Verortung verleiht dem Präventionskonzept sowohl innerhalb der Stadtverwaltung als auch bei den unterschiedlichen Kooperationspartnern einen hohen Stellenwert. Dies erweist sich nicht zuletzt als wichtiger Türöffner und große Erleichterung für die operative Entwicklung des Präventionskonzeptes“ (Stadt Kamen, 2018, S. 16).

Auch ohne vorliegendes integriertes kommunales Gesamtkonzept wurden Aspekte der Vernetzung sowohl verschiedener Maßnahmen und Inhalte als auch Institutionen und Lebenswelten in der Evaluation der Kinderleicht-Regionen als Erfolgsfaktor bei der Prävention von Kinderübergewicht identifiziert. Dies bezog sich neben der Verbindung von Angeboten für verschiedene Lebensphasen u.a. auf die Vernetzung von Kitas/Grundschulen und Familien, indem über Kindertageseinrichtungen und Grundschulen Maßnahmen für Eltern angeboten wurden. Beispiele hierfür waren Familien- oder Sportfeste sowie Eltern-Kind-Aktionen wie Wandertage, Radtouren, Spielenachmittage oder Kinderrestaurants (Kinder kochen für ihre Eltern) sowie Sprechstunden einer Familienhebamme oder Bewegungsangebote für Mütter über Kitas. Betont wird, dass lebensweltübergreifende Angebote sich klar auf eine Zielgruppe oder einen begrenzten Sozialraum fokussieren sollten. Bewährt haben sich interdisziplinäre Netzwerke mit Koordination und Moderation durch eine Netzwerkleitung, in welchen die Beteiligten gleichberechtigt kommunizierten (Ehnle-Lossos et al., 2013; Willhöft et al., 2013).

Von den durch uns Befragten wurden – orientiert am Lebensalter – verschiedene Stellen mit zentraler Lotsenfunktion für die Koordination von Präventionsangeboten gesehen: In der ersten Zeit vor allem (Familien-)Hebammen, abgelöst durch Kitas/Familienzentren und später die Schule.

#### **Empfehlungen:**

***Vor der Planung eines konkreten Präventionsangebotes sollte eine Übersicht über bestehende kommunale Angebote, Akteure und Zuständigkeiten gewonnen werden. In einem weiteren Schritt sollten Verantwortliche sich mit diesen durch die Teilnahme z.B. an Gesundheitskonferenzen oder Planungsgruppen vernetzen. Dabei sollte über einen gemeinsamen Austausch gemeinsame Ziele verfolgt werden.***

***Bei der Planung von Angeboten sollte darauf geachtet werden, dass diese sinnvoll an bestehende Strukturen anknüpfen, d.h. vorhandene Strukturen und Zugänge sollten genutzt werden.***

***Abhängig von der Lebensphase der Kinder sind als Zugänge zu Familien insbesondere zu berücksichtigen: Strukturen der Frühen Hilfen, Regelstrukturen wie Kindertagesstätten und Familienzentren sowie Schulen.***

***Es sollte geprüft werden, inwiefern das Thema Prävention kindlichen Übergewichts sinnvoll mit bestehenden Angeboten für Familien verknüpft werden kann.***

### 6.5.3 Fördernde und hemmende Faktoren der Ansprache und Teilnahme

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass gerade Familien mit einem hohen Bedarf an Präventionsmaßnahmen, u.a. solche mit einem erhöhten Risiko für Kinderübergewicht, nicht aktiv Präventionsprogramme aufsuchen (Bauer, 2005). Während gut informierte Familien, welche sich jedoch oft bereits gesundheitsförderlich verhalten, i.d.R. recht gut über schriftliche Informationsmaterialien oder auch Informationsveranstaltungen erreichbar sind und oft eine große Bereitschaft zur Teilnahme z.B. an Kursangeboten zeigen, bedürfen die bevorzugten Zielgruppen der Gesundheitsförderung und Prävention oft einer gezielteren Ansprache (Franzke et al., 2017; Kohlscheen & Nagy, 2016).

#### 6.5.3.1 Ausgestaltung von Informations- und Interventionsmaterialien

Wie (unter Persönliche Ansprache) bereits angesprochen, sind schriftliche Informationen allein häufig nicht ausreichend, um bestimmte Zielgruppen zu erreichen. Dennoch sind schriftliche Informationen oft unverzichtbar, um Maßnahmen bekanntzumachen. Auch die Präventionsmaßnahmen selbst enthalten häufig schriftliche Materialien. Dabei können bestimmte Gestaltungsmerkmale oder Logos einen positiven Eindruck verstärken und den Wiedererkennungswert befördern.

Insgesamt wird der Gestaltung von Materialien unter dem Stichwort Prävention kindlichen Übergewichts recht wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Die Empfehlungen decken sich jedoch mit Empfehlungen zur Erreichbarkeit aus anderen Bereichen wie der Elternbildung, Früher Hilfen oder der Unfallprävention:

- Aus der Literatur lässt sich entnehmen, dass für eine erfolgreiche Ansprache gedruckte Materialien dort verteilt werden sollten, wo Eltern der Zielgruppe sich aufhalten (Byrd-Bredbenner et al., 2017), je nach Lebensphase und Kontext kann es sich dabei z.B. um Wartezimmer von Kinderärzten, Familienzentren, Elterncafés, Gemeindezentren etc. handeln.
- Zudem wird empfohlen, Materialien parallel über verschiedene Kanäle und Medien zu verbreiten (Bucksch, Kolip & Alfes, 2016; Reifegerste, 2015), auch ergänzend zu persönlicher Ansprache
- Es empfiehlt sich, Materialien farbenfroh und ansprechend zu gestalten (Byrd-Bredbenner et al., 2017; Knaller, 2013)
- Materialien sollten wenig textlastig sein und entsprechend zahlreiche optische Elemente enthalten (Reifegerste, 2015)
- Enthaltene Informationen müssen schnell und leicht verständlich sein (Reifegerste, 2015)
- Informations- und Interventionsmaterialien sollten alle Familienmitglieder ansprechen, z.B. indem nicht nur Mütter, sondern Familien in verschiedenen Konstellationen und unterschiedlicher ethnischer Herkunft abgebildet sind. Nur so können sich Familien aus diversen Milieus und unterschiedliche Familienmitglieder angesprochen fühlen (z.B. auch Väter) (Byrd-Bredbenner et al., 2017; Neumann & Renner, 2016).
- Um Familien mit geringen Deutschkenntnissen zu erreichen, sollten Materialien in der Muttersprache zur Verfügung stehen (Neumann & Renner, 2016).
- Auch wenn sich für Familien mit Migrationshintergrund eine persönliche Ansprache bewährt, erweisen sich hier z.T. gerade schriftliche Interventionsmaterialien als günstig (Byrd-Bredbenner et al., 2017).

Ergänzend sollte jedoch darauf geachtet werden, dass Wörter wie *Übergewicht* oder *dick* im Titel von Maßnahmen vermieden werden. Auch Bilder adipöser Kinder oder Familien zur „Abschreckung“ können selbst abschreckend wirken und sollten daher vermieden werden (vgl. Betonung positiver Aspekte).

### **6.5.3.2 Praxisorientierte Ausgestaltung, Mitmach- und geselliger Charakter**

Die Wahrscheinlichkeit für eine hohe Akzeptanz und Mitwirkung scheint größer zu sein, wenn Interventionsformate eingesetzt werden, die „Mitmachelemente“ und „Eventcharakter“ beinhalten. Diese können den Familien auch dazu dienen, andere Familien kennenzulernen und sich auszutauschen.

Praxisorientierte Angebote wie Kochkurse oder gemeinsame Bewegungsaktivitäten knüpfen an vorhandene Ressourcen an und ermöglichen es, neue Kenntnisse und Fertigkeiten direkt zu erlernen und zu erproben. Dabei ermöglichen Angebote im Bereich Ernährung und Bewegung, aber auch z.B. Sitzzeitreduzierung (Bucksch et al., 2016), prinzipiell den Einbezug der ganzen Familie.

Entsprechend praxisorientierte Angebote werden in Bezug auf Präventionsangebote im Kontext der Prävention von Kinderübergewicht von schwer erreichbaren Familien, vor allem solchen mit Migrationshintergrund, i.d.R. solchen Formaten vorgezogen, in denen vorwiegend Informationen vermittelt werden, z.B. über Vorträge oder Ratgeber (Ehnle-Lossos et al., 2013; Schack et al., 2014).

In unserer Expertenbefragung wurden „Mitmach-Elemente“ und eine geringe Theorielastigkeit als wichtige Merkmale niedrigschwelliger Angebote beschrieben.

Auch bezüglich der Erreichbarkeit in der Elternbildung werden Erlebnis-, Aktions- und Mitmachelemente anstelle theoretischer und sprachlicher Bildungselemente hervorgehoben (Buehner-Ferstl et al., 2011).

Internationale Studien bestätigen dies ebenfalls (z.B. Ickes, Mahoney, Roberts & Dolan, 2016). Allein die Befürchtung, Präventionsprogramme könnten zu viel Theorie und zu wenig praktische Elemente enthalten, scheint dabei Familien von der Teilnahme abzuhalten (Garcia-Dominic et al., 2010), so dass es sich anbietet, den praktischen Charakter entsprechender Angebote bei der Ansprache hervorzuheben.

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

Die gemeinsame Aktivität ist zudem dazu geeignet, mit anderen Familien in Kontakt zu kommen, den Austausch und das Gemeinschaftsgefühl zu fördern, was bei der Ansprache vulnerabler Gruppen als fördernder Faktor identifiziert wurde (IGES Institut, 2018).

Gespräche während gemeinsamer Aktivitäten können auch den Programmmitarbeitenden das Kennenlernen der Zielgruppe erleichtern. Sie bieten außerdem Gelegenheit für weiterführende Gespräche (Schack et al. 2014), wodurch u.U. auch weitergehender Unterstützungsbedarf erkannt werden kann. Eine Mitgestaltung der Aktivitäten durch die Familien kann zudem dabei helfen, diese besonders ansprechend und den Interessen und Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend zu gestalten (s. Partizipation).

### **Empfehlungen:**

**Wo immer dies möglich ist, sollten Präventionsinhalte so wenig theoretisch wie möglich und über praktisches (Gemeinsam-)Tun vermittelt werden. Gruppenangebote sind besonders geeignet.**

**Dabei sollten die Familien ihre vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen einbringen können.**

**Als praktische Elemente eignen sich im Themenfeld Ernährung z.B. Kochtreffs und -kurse, gemeinsames Einkaufen oder ggf. Beteiligung bei der Mahlzeitenplanung in der Kita.**

**Im Bereich Bewegung eignen sich die meisten Bewegungsformen. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass diese altersgerecht und mit den körperlichen Voraussetzungen aller Familienmitglieder sowie mit kulturell-religiösen Vorgaben vereinbar sind (bspw. könnten Fahrradfahren oder Schwimmen problematisch sein). Hinsichtlich der Kosten sollte keine bestimmte Ausrüstung benötigt oder aber bei Bedarf leihweise zur Verfügung gestellt werden.**

**Praxisorientierte Interventionselemente sollten ausreichend Raum für Geselligkeit und zwanglose Gespräche bieten, sowohl für die Teilnehmenden untereinander als auch für den Austausch mit Programmmitarbeitenden.**

**Praktische Aktivitäten lassen sich auch als „Aufgaben“ für die gesamte Familie als Bestandteil von Interventionen gestalten und fördern so neben Präventionsinhalten hinsichtlich Bewegung und Ernährung den familiären Zusammenhalt.**

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

Auf besonders hohe Akzeptanz von Gruppenangeboten mit einem gemeinschaftsstiftenden, geselligen Aspekt verweist das Projekt „OptiStart“. Hier zeigte sich, dass nur der niedrigschwellige Zugang über Feste in Kitas alle Eltern erreichen konnte: „An diesen Festen nahmen in der Regel alle Familien teil, so dass auch bildungsferne Eltern angesprochen werden konnten. Gemeinsame Bewegungsspiele und Aktivitäten erlaubten z. B. den augenscheinlichen Vergleich mit den motorischen Fähigkeiten anderer Kinder und boten vielfältige Gesprächsanlässe“ (Stadt Leipzig Gesundheitsamt, 2009, S. 14).

#### **6.5.3.3 Betonung positiver Aspekte und Ressourcen statt Problemorientierung**

Die Betonung von Problemen oder Defiziten kann bei den anzusprechenden Familien Reaktanz hervorrufen. Insbesondere die direkte Thematisierung des Themas „Übergewicht“ scheint die Zielgruppe eher abzuschrecken. Daher sollten Präventionsmaßnahmen nicht negative Aspekte wie die Vermeidung von Übergewicht und damit assoziierter gesundheitlicher Risiken in den Vordergrund stellen, sondern positive Aspekte wie Wohlbefinden, gesunde Ernährung und Fitness. Spaß und Genuss sollten im Gegensatz zu Risiken und Verboten im Vordergrund stehen.

V.a. zeigte sich, dass Worte wie *Übergewicht* oder *Adipositas* im Titel eines Programms dazu führen, dass Familien diese wenig in Anspruch nehmen (Ehnle-Lossos et al., 2013; Schack et al., 2014). Primärprävention richtet sich an alle Familien. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass einige Familienmitglieder übergewichtig sind, gegebenenfalls auch die Kinder. Die von uns befragten Experten und Expertinnen waren sich überwiegend – wenn auch nicht einstimmig – einig, dass Interventionen, die Übergewicht und dessen negative Folgen explizit benennen, ein großes Stigmatisierungspotenzial bergen (vgl. Stigmatisierungspotenzial).

Die Sorge, dass übergewichtige Kinder stigmatisiert werden könnten, stellt eine potenzielle Teilnahmebarriere dar (Berger-Jenkins et al., 2017), die Mitteilung, dass das eigene Kind übergewichtig ist, verursacht u.U. Schamgefühle (Avis et al., 2016). Scham oder empfundene

Stigmatisierung könnten auch ein Grund sein, warum selbst übergewichtige Mütter weniger häufig an Präventionsprogrammen für Kleinkinder teilnehmen (Ekambareshwar et al., 2018). Da das Ziel primärer Prävention in Bezug auf Kinderübergewicht nicht auf Diätmaßnahmen abstellt, sondern vielmehr darin besteht, eine gesunde und ausgewogene Ernährung sowie die Freude an Bewegung (neben ggf. anderen förderlichen Bedingungen) zu fördern, scheint es im Prinzip nicht notwendig, dass entsprechende Maßnahmen Übergewicht explizit thematisieren. Zudem wurde die geringe wahrgenommene Relevanz des Themas Übergewichtsprävention durch die Familien in der Expertenbefragung als besonders häufige Teilnahmebarriere benannt. Auch daraus lässt sich schließen, dass eine Ansprache über die Benennung dieses Zwecks nicht erfolgsversprechend ist.

Um die Teilnahmebarriere geringer wahrgenommener Relevanz zu überwinden, wurde von den Befragten häufig ebenfalls eine positive Ansprache und die Vermeidung von Stigmatisierung betont. Die Ansprache sollte nicht auf Furchtappelle (*loss frame*) setzen, sondern die positiven Folgen angestrebter Verhaltensänderungen hervorheben (*gain frame*) und statt von Übergewichtsvermeidung von Fitnesssteigerung und der Förderung eines gesunden Lebensstils sprechen. Die Bewerbung der Angebote sollte dabei den Blick auf „Gelingendes“, „Machbares“ und auf die individuellen Ressourcen und Potenziale setzen statt auf Defizite. Zudem wurde vorgeschlagen, besonders gesundheitsförderliche und gesundheitsschädliche Verhältnisse (Werbung, Umweltbedingungen etc.) hervorzuheben, die sich auf z.B. das Ess- und Bewegungsverhalten auswirken.

Auch internationale Studien (Avis et al., 2016; Cinelli & O'Dea, 2016; Morgan et al., 2016; Morgan & Young, 2017) deuten darauf hin, dass bei der Ansprache stets die Konzentration auf das Positive beachtet werden sollte. Vor allem sollten die Handlungsziele positiv dargestellt werden.

**Zitat aus der Expertenbefragung:**

*„Maßnahmen müssen immer für die Eltern Freud- und Lustvoll sein. Nur wenn solche präventiv ausgerichteten Maßnahmen freudvoll sind, können darin auch mühsame Anteile eingebaut werden. Kindererziehung ist Mühe, macht aber auch Freude. Die Mühe, Verbote oder Zeigefinger sollten niemals im Mittelpunkt oder als Logo oder Eyecatcher der Maßnahme dienen.“*

Neben der Vermeidung einer direkten Thematisierung von Übergewicht als Problem sollten unterstützende Maßnahmen, um Familien besser zu erreichen generell wertschätzend und akzeptierend gegenüber den Familien gestaltet sein und an vorhandene Ressourcen anknüpfen. Keinesfalls sollten sie Defizite in den Vordergrund stellen. Eine Kommunikation sollte auf Augenhöhe stattfinden, um einen Vertrauensaufbau zu fördern (Ehnle-Lossos et al., 2013; van Staa, 2018).

**Empfehlungen:**

***Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht sollten mindestens im Programmtitel auf Begriffe wie „Übergewicht“, „Adipositas“ oder „dick“ verzichten und bei der Thematisierung des Themas, sofern sie nötig ist, sehr sensibel vorgehen, um Stigmatisierung und Schamgefühle zu vermeiden.***

***Anstelle der Vermeidung von Übergewicht und negativen gesundheitliche Folgen sollten Gewinne hinsichtlich des Wohlbefindens durch die Maßnahme in den Vordergrund gestellt werden. Spaß, Genuss und die „Machbarkeit“ von Veränderungen sollten besonders betont werden.***

***Generell ist es ratsam, den Familien mit einer wertschätzenden und akzeptierenden Haltung zu begegnen; es empfiehlt sich, an Ressourcen anzuknüpfen.***

**Ein geringeres Potenzial an (empfundenen) Schuldzuweisungen kann eine stärkere Konzentration auf die gesundheitsrelevanten Einflüsse der Verhältnisse, z.B. der Werbung, liefern.**

→ **Praxisbeispiel:** Lernen durch Genießen – Gesunde Ernährung aus Sehpferdchens Küche

## **6.5.4 Empfehlungen nach Lebensalter**

### **6.5.4.1 Schwangerschaft und Kleinkindalter (0 bis > 1 Jahr)**

Obwohl Übergewicht bereits vorgeburtlich und in der ersten Lebensphase geprägt wird (Aue & Korsten-Reck, 2013), beziehen Präventionsprogramme mit dem Ziel der Vermeidung von kindlichem Übergewicht diese Zeit vergleichsweise selten ein. Z.B. zeigt das Review von Ash (Ash et al., 2017) zu familienbasierter Prävention, dass nur 8% der Interventionen die pränatale Phase adressierten. Circa ein Viertel der im Cochrane-Review zur Prävention von kindlichem Übergewicht untersuchten Programme bezieht sich auf das Alter von 0-5 Jahren, nur ein kleiner Teil adressiert die erste Lebenszeit, obwohl sich hinsichtlich der Wirksamkeit in diesem Lebensabschnitt die besten Ergebnisse bei Kombination der Bereiche Ernährung und Bewegung erreichen ließen (Brown et al., 2019). Auch die Projektrecherche bestätigt, dass Projekte zur Prävention von Kinderübergewicht nur selten die Phase um Schwangerschaft und Geburt adressieren. In den von uns ausgewerteten Projekten waren es nur 3 Projekte.

Im Rahmen des SkaP-Vorhabens (Babitsch & Dadaczynski, 2018) wurde desgleichen festgestellt, dass Zugangswege zu jungen und werdenden Familien im Kontext der Prävention von Kinderübergewicht bislang wenig systematisiert sind und insbesondere zugehende Angebote weiter erprobt werden sollten.

Auf der anderen Seite wird die Erreichbarkeit von Familien – unabhängig vom Thema Übergewicht – in den Altersgruppen Schwangerschaft bis Kleinkindalter umfangreich im Zusammenhang mit Angeboten der Frühen Hilfen thematisiert. Hier liegen mehrere Studien und Berichte vor, deren Empfehlungen sich auf den Bereich Übergewichtsprävention erweitern lassen.

Auch unsere Expertenbefragung zeigte, dass sich Teilnehmende der Bedeutung der ersten Lebensphase durchaus bewusst sind. So wurde ein Beginn der Maßnahmen idealerweise bereits bei schwangeren Frauen und deren Familien als förderlicher Faktor benannt, Frühe Hilfen wurden wiederholt als Anknüpfungspunkt genannt, z.B. Beratung zu frühkindlicher Ernährung als Bestandteil Früher Hilfen.

Darüber hinaus ließen sich ggf. weitere Schlussfolgerungen aus internationalen Übersichtsarbeiten ziehen, die Einflussfaktoren des Kinderübergewichts adressierten, wie z.B. die Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, Vermeidung von Schwangerschaftsdiabetes sowie Förderung des Stillens. Unter dem Stichwort kindliches Übergewicht werden diese Bereiche jedoch praktisch nicht thematisiert.

#### **Zugangswege:**

Schwangere befinden sich i.d.R. in regelmäßigem Kontakt zum Gesundheitswesen. Ein Zugang ist demnach neben Hebammen u.a. durch Gynäkologen und Gynäkologinnen gegeben. In einer deutschen Studie zur Erreichbarkeit von Familien während der Schwangerschaft wurden unterschiedliche Akteure des Gesundheitssystems als geeignete Zugangswege für Familien in belasteten Lebenslagen identifiziert (Renner, 2010). Alle Befragten nannten Professionelle des Gesundheitssystems (Ärztinnen und Ärzte, Hebammen) als die wichtigsten Personen für das Erreichen vor allem vulnerabler Gruppen (bzgl. Migration und/oder sozialem Status). Diese Professionellen haben sehr früh Kontakt zu Schwangeren und stehen zu diesen in einem besonderen Vertrauensverhältnis (Knaller, 2013). Dabei zeigt sich bei Frauen mit geringem

sozioökonomischen Status ein höherer Informationsbedarf zur Neugeborenenpflege, postpartaler Veränderungen im Familiensystem und verfügbaren Unterstützungsangeboten (Tegethoff, Bacchetta, Streffing & Grieshop, 2018).

Übersichtsarbeiten, welche direkt an Schwangere gerichtete Präventionsmaßnahmen untersuchten, weisen darauf hin, dass eine Kombination von Bewegung und Ernährungsberatung während der Schwangerschaft zur Vorbeugung von Diabetes Typ 2 und einer geringeren Gewichtszunahme während der Schwangerschaft führen (Shepherd et al., 2017; Tieu, Shepherd, Middleton & Crowther, 2017).

Allerdings zeigte eine Studie zum Umgang von Hebammen und Gynäkologinnen bzw. Gynäkologen mit adipösen Schwangeren, dass gesundheitsförderliche Potenziale von Ernährung und Bewegung während der Schwangerschaft und die günstige Wirkung auf das Gewicht des Kindes im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge kaum thematisiert wurden. Ebenso trat die Ernährung des Kindes gegenüber medizinischen Aspekten der Vermeidung von Schwangerschaftskomplikationen eher in den Hintergrund (Makowsky & Schücking, 2012).

Fachkräfte der Frühe Hilfen besitzen einen Zugang zu Schwangeren und jungen Müttern bzw. Eltern in schwierigen Lebenssituationen, zu denen andere Berufsgruppen oft keinen Zugang finden. Ein Zugang zu Familien über Fachkräfte des Bildungs- und Sozialsystems (z.B. Familienhebammen) wurde auch in einem österreichischen Bericht zur Erreichbarkeit der Zielgruppen durch Frühe Hilfen als sinnvoll und erfolgreich identifiziert (Knaller, 2013). Fachkräfte der Frühen Hilfen arbeiten gemeinsam mit anderen Berufsgruppen (Sozialarbeiter und -arbeiterinnen, Ärztinnen und Ärzte) an der Beseitigung von Risikofaktoren. Zusätzlich stellen Fachkräfte für Frühe Hilfen eine Verbindung zu den vielfältigen Angeboten der Jugend- und Gesundheitsämter her. Sie sind damit ein optimaler Link zwischen sozialer und gesundheitlicher Hilfe, um die Vernetzung zu fördern (Nationales Zentrum Frühe Hilfen [NZFH], 2014).

Eine besondere Bedeutung kommt der Berufsgruppe der (Familien-)Hebammen zu. Hebammen sind in der Phase vor der Familiengründung die einzige Berufsgruppe im Gesundheitswesen, die im Rahmen der Regelversorgung nach SGB V im Zeitraum vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit im häuslichen Umfeld der Familie tätig ist. Ihre Aufgaben umfassen beispielsweise die alltagspraktische und psychosoziale Unterstützung von Familien, die Förderung von Kompetenzen der Eltern in der Versorgung ihrer Kinder sowie die Beratung und Betreuung von Müttern und Vätern. Familienhebammen werden dann eingesetzt, wenn ein über die Regelversorgung der Hebammenhilfe hinausgehender Bedarf an Unterstützung festgestellt wird oder von den Eltern kommuniziert und (auf freiwilliger Basis) in Anspruch genommen wird (Bacchetta, 2018). Daraus entsteht die Chance, kontextbezogen verhaltenspräventive Arbeit anzubieten, die sowohl das individuelle Wissen und die Bedürfnisse als auch den kulturellen Hintergrund und das spezifische Lebensumfeld einer Familie berücksichtigen und auf weitere Unterstützungsangebote in der Umgebung verweisen kann (Quilling & Müller, 2018).

#### *Fördernde Faktoren:*

Auch in Bezug auf die Phase um Schwangerschaft und Geburt wird eine persönliche Ansprache schwer erreichbarer Gruppen über Multiplikatoren und Multiplikatorinnen empfohlen. Neben Professionellen des Gesundheitswesens und des Systems Früher Hilfen werden Laienmultiplikatoren und -multiplikatorinnen benannt. In Bezug auf die Ansprache durch Professionelle wird auch in diesem Kontext betont, dass diese gut über eine Maßnahme informiert und von dieser überzeugt sein müssen. Erfolgt die Ansprache über Laien, müssen diese gut geschult und ebenfalls mit der Intervention gut vertraut sein, um Familien für die Teilnahme zu gewinnen. Familien der Zielgruppe sollten sich mit ihnen gut identifizieren können (Daniels et al., 2012; Ekambareshwar et al., 2018; Renner, 2010).

Als fördernde Faktoren werden ein Vertrauensverhältnis zu den Fachkräften sowie eine wertschätzende, akzeptierende Haltung im Kontext Früher Hilfen besonders betont (Adamaszek & Schneider, 2010; Knaller, 2013). Des Weiteren werden für diese Lebensphase Faktoren niedrigschwelliger Angebote mit geringen Kosten, guter Erreichbarkeit und Angebote zur Kinderbetreuung hervorgehoben (Daniels et al., 2012; Ekambareshwar et al., 2018). Bei Familienhebammen oder Familienassistenten oder -assistentinnen handelt es sich dabei um aufsuchende Angebote, die i.d.R. in der häuslichen Umgebung der Familie stattfinden.

Als weiterer potenziell niedrigschwelliger Weg, um über Angebote zu informieren, wird im Kontext Früher Hilfen das Internet vorgeschlagen. Hier ist die Hemmschwelle besonders gering, sich nach Unterstützungsangeboten umzusehen. Daher sollten Informationen zu Angeboten über Online-Plattformen in den Sprachen der Zielgruppen zugänglich gemacht werden (Knaller, 2013).

Ein in einigen Kommunen sehr erfolgreicher Weg, um den Kontakt mit Familien herzustellen, stellen sogenannte „Begrüßungsdienste“ in Kombination mit Willkommensgeschenken dar.

Um den Zugang zu weiteren gesundheitsfördernden und Unterstützungs-Angeboten zu erleichtern, werden z.B. in Projekten der Frühen Hilfen in verschiedenen Berliner Stadtbezirken Gutscheine im Rahmen von Begrüßungsdiensten vergeben (Tegethoff et al., 2018). Die Angebote reichen von Baby-Massagen bis zu Beratungen durch Hebammen und umfassen z.T. auch die Bereiche Ernährung und Bewegung. Die Gutscheine werden im Rahmen eines Programmes vergeben, bei dem Mitarbeitende des Jugendamtes, Gesundheitsamts, Familienhebammen oder besonders geschulte „Familienbesucher oder -besucherinnen“ Familien mit Neugeborenen zuhause aufsuchen (Tegethoff et al., 2018).

Solche Begrüßungsdienste konnten in einigen Kommunen eine sehr hohe Teilnahme- bzw. Kontaktrate erzielen und stellen somit ein Good-Practice-Beispiel dar.

#### **Barrieren:**

Die Phase der Familienwerdung wird als eine Phase gesehen, in der gerade Mütter besonders offen und ansprechbar für Informationen und Unterstützung sind, da sie bemüht sind, „alles richtig zu machen“ (Geene, 2018).

Bezüglich der Erreichbarkeit ist wichtig zu berücksichtigen, ob es sich bei der Zielgruppe „Schwangere“ um jüngere oder ältere schwangere Frauen, bzw. erstgebärende oder nicht-erstgebärende Frauen handelt (Daniels et al., 2012; Ekambareshwar et al., 2018; Knaller, 2013). Einige Studien weisen darauf hin, dass die beschriebene offene Haltung sich vorwiegend beim ersten Kind zeigt. Die Relevanz von Angeboten wird geringer eingeschätzt, wenn bereits Kinder da sind. Mütter sehen sich dann oft als hinreichend kompetent an und nehmen Unterstützung weniger bereitwillig an (Ekambareshwar et al., 2018). Zudem ist die zeitliche Flexibilität eingeschränkt, da die Aufmerksamkeit und verfügbare Zeit auf mehrere Kinder verteilt werden muss. Speziell mit Bezug auf stark übergewichtige Schwangere als Risikogruppe wird die Kommunikation über das Thema auch von Hebammen und Ärzten und Ärztinnen als schwierig empfunden (Makowsky & Schücking, 2012).

#### **Empfehlungen:**

***Die Möglichkeiten der vorgeburtlichen Prävention von Kinderübergewicht sind weiter auszuloten und systematisch auf Erfolg zu prüfen. Ansatzpunkte liegen in der Betreuung von Schwangeren hinsichtlich Ernährung und Bewegung, um übermäßige Gewichtszunahme und Schwangerschaftsdiabetes vorzubeugen. Entsprechende Beratungen oder Angebote könnten stärker in die Geburtsvorbereitung einbezogen werden und münden bei Bedarf idealerweise in die weitere Begleitung der Familie nach der Geburt.***

**Dabei sollte auf eine wertschätzende Haltung und die Betonung positiver Aspekte wie Wohlbefinden und gesunde Ernährung für alle werdenden Mütter geachtet werden, statt übergewichtige Mütter über das Thema Gewicht anzusprechen.**

**Nach der Geburt sollte die Förderung des Stillens als Schutzfaktor gegen Kinderübergewicht weiter systematisch erprobt werden. Stillberatungen können ebenfalls durch (Familien-)Hebammen oder Familienhelfer oder -helferinnen durchgeführt werden. Idealerweise sollten das Stillen sowie möglicherweise dabei auftretende Probleme jedoch bereits während der Schwangerschaft thematisiert werden.**

**Ein Zugang zu werdenden Familien während der Schwangerschaft kann über das Gesundheitssystem erfolgen, zu dem bei Vorsorgeuntersuchungen regelmäßiger Kontakt besteht; hier sollte dem Thema Übergewichtsprävention im Rahmen eines gesundheitsförderlichen Ansatzes mehr Aufmerksamkeit zukommen. Angebote der Geburtsvorbereitung könnten um Themen wie Ernährungs- und Bewegungsberatung und -angebote (Sportkurse/ Bewegungsgruppen, Kochkurse für Schwangere etc.) erweitert werden.**

**Als professionelle Multiplikatorinnen eignen sich insbesondere (Familien-)Hebammen; sie können neben der Kinderernährung auch Themen wie Stillförderung oder gesunden Schlaf abdecken und stehen potenziell mit Familien von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter in Kontakt.**

**Übergewichtsprävention im Säuglings- und frühen Kleinkindalter sollte, wo dies möglich ist, an Strukturen der Frühen Hilfen angebunden werden bzw. mit entsprechenden Angeboten kooperieren, v.a. wenn Familien in belasteten Lebenslagen adressiert werden. Fachkräfte der Frühen Hilfen sollten in Bezug auf Übergewichtsprävention geschult werden oder bei Bedarf an regionale Angebote weiterverweisen können.**

**Um Bedarf, Erwartungen und Ressourcen von Familien bereits vor der Schwangerschaft und in der Familiengründungsphase unmittelbar und differenziert erfassen zu können, ist zu prüfen, ob Fachkräfte der Frühen Hilfen – entsprechend geschult und mit adäquaten Erhebungsinstrumenten ausgestattet – in die Assessmentphase einer Intervention einbezogen werden können.**

**Kurz nach der Geburt kann ein breiter Zugang zu jungen Familien mit geringer Stigmatisierungsgefahr z.B. über Willkommensangebote und –dienste für alle Familien mit Neugeborenen zustande kommen. Begrüßungsdienste können genutzt werden, um auch über Angebote der Übergewichtsprävention bzw. Ernährungs- und Bewegungsförderung zu informieren und ggf. besondere Bedarfe festzustellen.**

**Eine Vernetzung von Angeboten des Gesundheitssystems mit auf Familien ausgerichteten Angeboten innerhalb der Gemeinde – z.B. von Familienbildungsstätten oder -zentren, an die Hebammen und Familienassistenten angebunden sein könnten – ermöglicht eine Verbindung zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem sowie eine kontinuierliche Betreuung von Schwangerschaft zu Säuglings- bis Kleinkindalter.**

**Um den Übergang in Fremdbetreuung zu gestalten, bietet sich dazu der verstärkte Ausbau von Kitas zu Familienzentren an, in denen neben der Betreuung der Kinder auch Angebote für Familien stattfinden. In diesem Setting könnten neben Müttern ggf. auch weitere Familienmitglieder besser erreicht werden.**

**Schulung relevanter Berufsgruppen (Hebammen, gynäkologische und Fachkräfte Frühe Hilfen), um Angebote um solche Themen wie Ernährungsberatung und Beratung zu Bewegung während der Schwangerschaft sowie Stillförderung zu erweitern.**

**➔ Praxisbeispiele: Projekte „9+12 Gemeinsam gesund in Schwangerschaft und erstem Lebensjahr“ und Präventionsprogramm „Lenzgesund“**

#### **6.5.4.2 Kleinkind- und Kitaalter (ca. 2-5 Jahre)**

Eine Betreuung von Familien durch Angebote Früher Hilfen ist bis zu einem Alter von 3 Jahren möglich. Prinzipiell gilt auch hier, dass ein Zugang zu Familien in besonders belasteten Lebenssituationen über Angebote Früher Hilfen erfolgen kann, Präventionsangebote sollten mit diesen sowie allgemein im Rahmen einer kommunalen Strategie abgestimmt werden. Besonders zu berücksichtigen ist dabei die Gestaltung des Überganges in die Fremdbetreuung, i.d.R. durch Kita oder Familienzentrum.

##### *Zugang über das Gesundheitssystem*

Ein Großteil der Familien mit Kindern dieser Altersgruppe nimmt regelmäßig an Früherkennungsuntersuchungen teil (Robert Koch-Institut (RKI) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA], 2008). Gerade Kinderärzte und -ärztinnen sind regelmäßig in Kontakt mit den meisten jungen Familien und haben damit als Vertretende des Gesundheitssystems die Gelegenheit, Familien anzusprechen, aber auch die Aufgabe, Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf zu identifizieren und u.U. an geeignete Angebote weiterzuvermitteln. Bei diesen Untersuchungen wird u.a. auch die körperliche Entwicklung der Kinder hinsichtlich z.B. Größe und Gewicht sowie motorischer Entwicklung festgestellt. Das Vertrauen von Eltern in Kinderärzte und -ärztinnen ist dabei als sehr hoch einzuschätzen (Franzke & Schultz, 2016; Franzke et al., 2017; Renner, 2010).

Mit dem Präventionsgesetz sind - wie bereits oben erwähnt - zusätzliche Anknüpfungspunkte an die Frühen Hilfen entstanden. So sind Frauen-, Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen gesetzlich befähigt, Schwangere und Eltern über regionale Unterstützungsangebote zu informieren („ärztliche Präventionsempfehlungen –PrävE“) (Geene et al., 2016). Es liegen jedoch noch zu wenig Erfahrungen vor, um einschätzen zu können, inwiefern es sich hier um einen geeigneten Zugangsweg zu Familien in unserem Themenfeld handelt.

In der internationalen Literatur finden sich Hinweise zu einer erfolgreichen Rekrutierung von Eltern für verschiedene Präventionsprogramme im Kontext von Kinderübergewicht über Ärzte und Kliniken (z.B. Blaine, Pbert, Geller, Powers & Mitchell, 2015). Allerdings ist aufgrund der Unterschiede im Gesundheitssystem nicht klar, inwiefern sich hier Befunde aus den USA oder Australien übertragen lassen.

*Fazit:* Über Kinderärzte und -ärztinnen sind Familien mit Kindern in dieser Altersgruppe aufgrund des regelmäßigen Kontaktes und großen Vertrauens in die Berufsgruppe potenziell zu erreichen und können an geeignete Präventionsangebote weitervermittelt werden. Von daher sollten diese über entsprechende Präventionsangebote informiert

werden. Es lassen sich jedoch keine Aussagen dazu machen, inwiefern Familien (und welche Zielgruppen) auf diesem Weg erfolgreich für die Teilnahme insbesondere an universellen Angeboten der Primärprävention gewonnen werden können.

Zu vermuten wäre, dass im Kontext eines Arztbesuches der Fokus stärker auf gesundheitlichen Problemen oder Risiken liegt, so dass dieser Zugang ggf. für universelle Präventionsangebote weniger geeignet ist. Jedoch können Familien in belasteten Lebenslagen an Angebote Früher Hilfen oder spezifische Präventionsmaßnahmen weitervermittelt werden.

##### *Zugang über das Betreuungssystem*

Die Nutzung existierender Zugänge im Betreuungssetting kann grundsätzlich als bewährt und empfehlenswert betrachtet werden, um Familien unabhängig von ihren Charakteristiken, ihrem sozialen und kulturellen Hintergrund sowie ihres sozioökonomischen Status, grundsätzlich erreichen zu können. Da durch die Regelstrukturen mit Kindertageseinrichtungen bzw. Familienzentren die meisten Kinder erreicht werden, kann hier ein flächendeckender Zugang zu Familien sichergestellt werden (RMC, 2018).

Zudem können die Professionellen im Betreuungssetting auch die Zuständigkeit für die Durchführung der Intervention übernehmen (z.B. Ling et al., 2016a; Ward, Vaughn, Burney & Østbye, 2016). Unabhängig davon, ob sie in den Rekrutierungsprozess oder in die Implementierung von Programmen einbezogen werden sollen, ist es notwendig, dass sie über die Intervention gut informiert und selbst von den angebotenen Maßnahmen überzeugt sind (McSweeney, Araujo-Soares, Rapley & Adamson, 2017).

Ein weiterer Vorteil des Betreuungssettings und der in diesem verankerten Betreuungs- und Beratungseinrichtungen ist der Umstand, dass Gruppenangebote mit einem gemeinschaftsstiftenden, geselligen Aspekt ohne einen zu großen, zusätzlichen strukturellen und/oder finanziellen Aufwand realisierbar sind (s. Praxisorientierung). Äußerungen der Teilnehmenden unserer Delphi-Befragung bestätigen, dass durch eine persönliche Ansprache der Familien über Tür-und-Angel-Gespräche in der Kita und über Veranstaltungen wie Kita- oder Schulfeste Eltern gut erreicht werden können.

Eine besondere Rolle kommt in der Prävention und bei der kommunalen Vernetzung allgemein Familienzentren zu. Diese dienen als erste Anlaufstelle und Lotsen, welche Familien an geeignete Stellen bzw. Angebote weiterleiten. Benötigt werden dafür neben geeigneten Angeboten, an die weitervermittelt werden kann, allerdings auch ausreichend Informationen über Angebote und Strukturen (RMC, 2018).

Auch unsere Expertenbefragung bestätigt die zentrale Rolle von Familienzentren: Der These „Familienzentren kommt bei der Primärprävention von Kinderübergewicht eine Schlüsselrolle zu“ wurde durchgehend zugestimmt. Zudem wurden Familienzentren auch hier wiederholt im Zusammenhang mit der Vernetzung und Koordination von Angeboten als zentrale Stelle im Kindergartenalter genannt und die koordinierende Rolle in dieser Lebensphase (die Funktion von Familienhebammen und -helfern bzw. -helferinnen ablösend) betont.

Zur Wirksamkeit von ernährungs- und bewegungsbezogenen Präventionsprogrammen im Setting Kita stellt eine Übersichtsarbeit fest, dass sich zwar keine gesicherten Effekte auf anthropometrische Maße wie den BMI feststellen lässt, die Mehrheit der Studien jedoch eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens erreicht. Bezüglich des Bewegungsverhaltens ließen sich Effekte nur vereinzelt nachweisen. Die Autoren und Autorinnen sehen darin erste Hinweise auf frühzeitige Verbesserungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten durch Präventionsprogramme in Kitas. In welchem Maße dabei Eltern bzw. Familien durch die Programme direkt adressiert wurden, lässt sich aus der Studie nicht ersehen, jedoch wurde die starke Einbeziehung von Eltern neben Informationen über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit für Eltern und die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen als Erfolgsfaktoren identifiziert (Steenbock, Pischke, Schönbach, Pöttgen & Brand, 2015).

### **Empfehlungen:**

**Eine Ansprache von Familien mit Kindern dieser Altersgruppe sollte über die Betreuungsanbieter (Kita, Familienzentrum, ggf. Tagesmütter) erfolgen, da auf diesem Wege fast alle Familien mit Kindern im entsprechenden Alter erreichbar sind.**

**Als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen eignen sich – neben Laien – vor allem Mitarbeitende dieser Institutionen.**

**Auch als geeignetes Setting für die Durchführung von Präventionsmaßnahmen können Kitas oder Familienzentren empfohlen werden.**

**Sofern vorhanden, ist eine Anbindung von Programmen an oder Kooperation mit Familienzentren zu empfehlen.**

**Besonders beachtet werden sollte die Abstimmung von Angeboten im Übergang zur Fremdbetreuung.**

Zur Gestaltung von familienbasierten Interventionen, um eine nachhaltige Wirksamkeit zu erreichen, lassen sich keine klaren Empfehlungen formulieren. Eine Übersichtsarbeit (Steenbock et al., 2015) zur Primärprävention von Kinderübergewicht über bewegungs- und ernährungsbasierte Interventionen im Setting Kita empfiehlt allgemein „dass die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen, ein starker Einbezug der Eltern und die Vermittlung von Gesundheitsinformationen an die Eltern wichtige Elemente darstellen. Forschungsbedarf besteht zu Dosis-Wirkungs-Zusammenhängen und Mehr-Ebenen-Interventionen. Zu klären wäre darüber hinaus, inwieweit es die internen Ressourcen der Kitas ermöglichen, eine richtliniengestützte Primärprävention im Kita- Alltag zu realisieren, und ob sich eine starke Elternbeteiligung in diversen Zielgruppen umsetzen lässt.“ (S. 617).

➔ **Praxisbeispiel:** Projekt „Birnen Bert und Süsse Susi - Gesunde Ernährung für Kinder“,

Eine hohe Teilnahmebereitschaft von Eltern an Maßnahmen im Setting Kita ist allerdings nicht garantiert. Das zeigt z.B. das Projekt „Immer Zirkus um das Essen!“ (Bühler, Kröhl, Bergmann & Shaw, 2008).

In diesem Projekt konnte ein kurzes universelles Präventionsangebot nicht erfolgreich genutzt werden, um Eltern anzusprechen. Auch bei der universellen Prävention selbst war die Bereitschaft von Eltern gering, an Aktivitäten wie Elternabenden teilzunehmen. Ein umfassenderes, selektives Angebot wurde kaum von den Eltern angenommen. Interviews mit nicht-teilnehmenden Familien sowie dem Kita-Personal wiesen darauf hin, dass eine geringe Problemwahrnehmung sowie eine hohe empfundene Präventionskompetenz entscheidende Gründe waren, die das geringe Interesse bedingten (Clarke, Fletcher, Lancashire, Pallan & Adab, 2013) (vgl. dazu mangelnde wahrgenommene Relevanz unter Betonung positiver Aspekte).

#### **6.5.4.3 Schulalter (6-12 Jahre)**

Möchte man Familien dort ansprechen, wo sie sich aufhalten, bieten sich in Bezug auf das (Grund-) Schulalter weiterhin zum einen das Gesundheitssystem (Kinderärzte und -ärztinnen) an, zum anderen wird die Kita als Setting von der Schule abgelöst.

Die Schule stellt insofern einen geeigneten Ort dar, sowohl für Präventionsmaßnahmen als auch zur Erreichbarkeit von Familien mit Kindern im Schulalter, als prinzipiell Familien aller sozialen Schichten erreicht werden können.

Eltern scheinen über Elternabende i.d.R. gut erreichbar. Zudem lässt sich die Zeit, in der die Eltern die Kinder zur Schule bringen und wieder abholen, nutzen, um Eltern persönlich anzusprechen (Clarke et al., 2013). Newsletter oder Flyer, die in der Schule verteilt werden, können als Informationsquellen für die Eltern fungieren (Berger-Jenkins et al., 2017; Kipping, Jago &

Lawlor, 2012; Olvera et al., 2010). In der Begleitforschung zum Modellprojekt „Kein Kind zurücklassen“ (KeKiz) gaben die Eltern ganz überwiegend an, regelmäßig an Elternabenden oder Elternsprechtagen (95-98%) teilzunehmen und zusätzliche Gespräche mit den Lehrpersonen wahrzunehmen (70%). Zudem signalisierten viele Eltern, sich z.B. bei der Vorbereitung von Festen o.Ä. unterstützend einbringen zu wollen (76%) (Franzke et al., 17). Lehrende wurden zudem nach Kinderärzten und -ärztinnen sowie engen Bekannten am häufigsten als Ansprechpersonen bei Fragen zur Entwicklung des Kindes benannt. Kinderärzte und -ärztinnen sowie Lehrpersonen wurden außerdem als entscheidende Orientierungshilfe bei der Wahl von Präventionsangeboten angegeben. Dieser Lotsenfunktion kam vor allem für Familien in Risikolebenslagen oder in subjektiv belasteten Familien eine hohe Bedeutung zu. Dagegen waren Angebote wie Kurse in Beratungsstellen, Volkshochschulen oder Familienbildungsstätten sowie städtische Angebote oft nicht bekannt, entsprechende Institutionen wurden seltener als Anlaufstellen genutzt.

Im Bericht zur kommunalen Präventionsstrategie der Stadt Kamen wurden darüber hinaus Schulsozialarbeiterinnen und -arbeiter in ihrer Bedeutung besonders betont. Kinder sahen diese als wichtige Ansprechpersonen für schulische oder persönliche Probleme. Eltern nahmen sie sowohl für sich selbst als auch für ihre Kinder als wichtige Gesprächsbeteiligte wahr und wünschten sich mehr Ressourcen für Schulsozialarbeit (Stadt Kamen, 2018).

Demnach scheint das Schulpersonal, insbesondere Lehrkräfte sowie Sozialarbeiter und -arbeiterinnen, in dieser Altersgruppe als Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen besonders geeignet.

Tatsächlich wird das Grundschulalter und dabei das Setting Schule am häufigsten für die Prävention von Übergewicht genutzt. Dies zeigen internationale Studien (z.B. Bergström et al., 2015; Brown et al., 2019; Fröschl, Wirl & Haas, 2009; Jago et al., 2012; Maynard, Baker, Rawlins, Anderson & Harding, 2009; Patino-Fernandez, Hernandez, Villa & Delamater, 2013) wie auch z.B. die Modellprojekte im Rahmen der Kinderleicht-Regionen (Ehnle-Lossos et al., 2013) und die im Rahmen der eigenen Projektrecherche ausgewerteten Angebote (über 56% der Projekte fanden im Setting Schule statt). Dabei handelt es sich allerdings i.d.R. nicht um familienzentrierte Interventionen, sondern oft um Programme, die vorwiegend mit den Kindern innerhalb des Settings Schule umgesetzt werden. Die Familie wird oft nur indirekt adressiert, z.B. über Elternbriefe oder Elternabende, wobei ein häufiges Ziel ist, dass die Kinder Erlerntes mit nach Hause in die Familie tragen (Ehnle-Lossos et al., 2013).

In Bezug auf die kommunale Vernetzung von Präventionsangeboten wird vor allem Ganztagschulen Potenzial zugesprochen, sofern eine Öffnung nach außen und eine Vernetzung im Stadtteil stattfindet (RMC, 2018).

In der Expertenbefragung wurde v.a. mit Bezug auf das Schulalter betont, dass man den Einbezug von Familien verbessern kann, indem:

- Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Auswahl von Projektinhalten aufgezeigt werden und Entscheidungsmacht übertragen wird
- Ein Steuerungsgremium mit allen Beteiligten gebildet wird
- Veranstaltungen wie Kita-/Schulfeste zur Beteiligung an der Planung von Maßnahmen genutzt werden
- Offene Kommunikationsräume geschaffen werden, die dazu dienen, voneinander zu lernen
- Auf kultursensible Angebote geachtet wird
- Die Umsetzbarkeit im Alltag berücksichtigt wird

Die AGA empfiehlt in ihrer Leitlinie zur Adipositasprävention mit Blick auf die Wirksamkeit für das frühe bis mittlere Schulalter Interventionen an Schulen, die gesundes Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität und das eigene Körper- und Selbstbild thematisieren. Dabei sollte der Sportunterricht erweitert werden sowie Qualität und Auswahl des Schulessens verbessert werden. Daneben werden die Reduktion der Fernsehzeit und insbesondere des Konsums zuckerhaltiger Getränke als entscheidend angesehen (Wabitsch & Kunze, 2015). Eltern sollten einbezogen werden und eine Vorbildrolle für die Kinder übernehmen.

Ein aktuelles Cochrane-Review zur Prävention von Kinderübergewicht bestätigt, dass eine Kombination aus Ernährung und Bewegung (nicht nur eine dieser Komponenten) in der Altersgruppe 6-12 Jahre geeignet ist, das relative Übergewicht – wenn auch im Schnitt nur geringfügig – zu reduzieren (Brown et al., 2019). Eine Auswertung von Längsschnittdaten der Kieler Obesity Prevention Study (KOPS) stellt fest, dass die Prävalenz von Kinderübergewicht v.a. zwischen einem Alter von 6 und 10 Jahren ansteigt. Als optimalen Zeitpunkt für die Prävention wird daher der Zeitpunkt um die Einschulung (ggf. bereits davor) angesehen (Plachta-Danielzik et al., 2012).

Der Einbezug der Eltern im Rahmen schulbasierter ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen wurde in einer systematischen Übersichtsarbeit (van Lippevelde et al., 2012) untersucht. Dabei scheint der Einbezug der Eltern zu einer verbesserten Wirkung hinsichtlich Verhalten oder Verhaltensdeterminanten bei den Kindern beizutragen. Die Autorinnen und Autoren schließen jedoch, dass eine abschließende Beurteilung nicht möglich sei, da zu wenige Studien diesen Aspekt gezielt untersuchen.

#### **Empfehlungen:**

***Da Kinderärztinnen und -ärzte ein großes Vertrauen bei Eltern genießen und bevorzugte Ansprechpersonen bzgl. der kindlichen Entwicklung sind, sollten sie hinsichtlich der Vermittlung an geeignete Angebote berücksichtigt werden.***

***Aufgrund der breiten potenziellen Erreichbarkeit stellt die Schule einen besonders geeigneten Ort dar, um Familien für die Prävention von Kinderübergewicht zu gewinnen. Für Schulkinder, v.a. zwischen 6 und ca. 12 Jahren, stellen Lehrpersonen und in der Sozialarbeit Tätige geeignete Kontaktpersonen für die Ansprache von Familien und die Umsetzung von Präventionsangeboten im Schulsetting dar.***

***Der Einbezug von Eltern scheint einen Erfolgsfaktor für die Übergewichtsprävention in dieser Altersgruppe darzustellen, jedoch richten sich schulbasierte Maßnahmen bislang eher an die Kinder als an die gesamte Familie. Eine stärkere Mitgestaltung von Angeboten durch Partizipation der ganzen Familie ist zu empfehlen.***

***Potenziale von Ganztagschulen hinsichtlich eines stärkeren Einbezugs der ganzen Familie z.B. durch die Öffnung von Nachmittagsangeboten sollten ausgelotet werden.***

➔ ***Praxisbeispiele: Projekt Adipositasprävention in Grundschulen der Region Hannover***

#### **6.5.4.4 Jugendalter (13 - 18 Jahre)**

Angebote zur Primärprävention von Übergewicht im Jugendalter sprechen i.d.R. die Jugendlichen direkt und nicht über die Familie an. Ein Einbezug von Jugendlichen als Teil der Familie wurde in der Literatur oder den gesichteten Projekten nicht thematisiert.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen der Übergewichtsprävention oder Bewegungsförderung im Jugendalter ist zudem bislang als gering bis ineffektiv einzuschätzen (Brown et al., 2019; Craike, Wiesner, Hilland & Bengoechea, 2018).

**Aus diesem Grund lassen sich keine spezifischen Empfehlungen ableiten.**

**Allgemein sollte auch Jugendlichen Möglichkeiten der Mitgestaltung von Präventionsmaßnahmen eingeräumt werden.**

**Bei einer Ansprache über die Familie sollten entsprechende Angebote deutlich machen, wenn auch Jugendliche gemeint sind.**

### **6.5.5 Empfehlungen nach Handlungsbereich**

Zur Prävention kindlichen Übergewicht kann im Prinzip an sämtlichen Risikofaktoren angesetzt werden. Dazu gehören insbesondere Ernährung und Bewegung, welche sich unmittelbar auf die körperliche Energiebilanz auswirken. Einfluss auf das kindliche Gewicht üben darüber hinaus jedoch bereits vorgeburtlich Gewicht und Rauchen der Mutter, Gewichtszunahme während der Schwangerschaft sowie Bewegungsausmaß der werdenden Mutter aus. Als Schutzfaktor gilt das Stillen des Neugeborenen, so dass auch die Stillförderung einen Aspekt der Übergewichtsprävention darstellen kann. Zudem sind ein hoher Medienkonsum oder, unabhängig von körperlichen und sportlichen Aktivitäten, das Ausmaß sitzender Tätigkeiten mit einem erhöhten Risiko für kindliches Übergewicht assoziiert, ebenso wie Schlafdauer und -qualität.

Auf Ernährung, Bewegung, Sitzen und Schlaf wiederum kann direkt über verhaltenspräventive Maßnahmen als auch indirekt über Maßnahmen der Verhältnisprävention eingewirkt werden. Letztere sollen die Bedingungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten schaffen. Zu diesen Bedingungen können auch Aspekte der Erziehung und des familiären Zusammenlebens gehören, die sich z.B. über Regeln bezüglich der Mahlzeitengestaltung oder über Stresseinwirkungen durch familiäre Konflikte auf das kindliche Gewicht auswirken.

Unsere Projektdatenbankrecherche zeigte, dass Medienkonsum (4 Projekte) und Schlaf besonders selten adressiert wurden. Die meisten Projekte umfassten eine Kombination der Themen Ernährung und Bewegung (25%) oder Ernährung, Bewegung und Stärkung psychischer Ressourcen (25%). Projekte, die nur einen einzigen Handlungsbereich umfassten, wählten am häufigsten Ernährung (20%). Andere als o.g. Themenkombinationen wählten nur 16,4% der analysierten Projekte. Die Themenwahl in den Projekten begründet sich neben der Bedeutung von Ernährung und Bewegung für das Gewicht auch darin, dass viele Projekte einbezogen wurden, die im Rahmen der IN FORM-Initiative gefördert wurden, deren Schwerpunkt auf diesen Bereichen liegt.

Auch eine internationale Übersichtsarbeit, die sich mit familienbasierter Prävention kindlichen Übergewichts befasst, stellt fest, dass Interventionen in den meisten Fällen Ernährung (90% der Maßnahmen) und Bewegung (82%) adressieren und viel weniger häufig den Medienkonsum (55%) oder Schlaf (20%) (Ash et al., 2017). Die von den durch uns befragten Expertinnen und Experten genannten Erfolgsfaktoren oder Positivbeispiele hinsichtlich eines Einbezugs der Familie schlossen ebenfalls stets zumindest die Bereiche Ernährung und Bewegung ein.

Studien zu Ernährung und Bewegung, welche in Übersichtsarbeiten einbezogen wurden, kommen hinsichtlich der Ansprache schwer erreichbarer Gruppen i.d.R. ebenfalls zu Empfehlungen, die Familien in die Maßnahmenentwicklung und -überbringung einzubeziehen, die Muttersprache der Teilnehmenden zu berücksichtigen oder kultursensible Angebote zu entwickeln (Brown et al., 2019).

Aus diesem Grund beruhen die Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit von Familien i.d.R. auf Erfahrungen aus den Handlungsbereichen Ernährung und Bewegung. Zu vermuten ist dennoch, dass grundlegende Prinzipien der Ansprache in anderen Handlungsbereichen ebenso Gültigkeit besitzen. Gerade in Bezug auf allgemeine Aspekte der Erreichbarkeit wie

eine niedrigschwellige Ansprache wird zudem deutlich, dass diese sich als Empfehlungen auch unabhängig von spezifischen Präventionsinhalten finden.

#### **6.5.5.1 Ernährung und Bewegung**

Die meisten Maßnahmen mit dem Ziel der Prävention kindlichen Übergewichts zielen vorwiegend auf die Bereiche Ernährung und Bewegung ab, oft in Kombination, so dass beide Handlungsbereiche hier gemeinsam besprochen werden. Da in Bezug auf die Wirksamkeit von Maßnahmen auf das kindliche Gewicht bzw. Übergewichtsrisiko nahezu ausschließlich diese Handlungsfelder betrachtet werden, soll hier vorrangig auf diesen Aspekt eingegangen werden.

##### *Wirksamkeit der Kombination von Ernährung und Bewegung*

In Bezug auf Ernährung und Bewegung weisen verschiedene Quellen darauf hin, dass eine Kombination dieser Handlungsbereiche hinsichtlich der Wirksamkeit von Übergewichtsprävention Programmen überlegen ist, welche nur einen dieser Bereiche adressieren. So zeigt ein Cochrane Review zur Prävention von Kinderübergewicht, dass eine geringe Reduktion im alters- und geschlechtsstandardisierten BMI v.a. bei Kombination von ernährungs- und bewegungsbezogenen Interventionen in den Altersgruppen 0-5 Jahre und 6-12 Jahre möglich ist, während insbesondere für Interventionen, welche nur die Ernährung adressierten, keine Wirksamkeit nachgewiesen werden konnte. Dabei wurden allerdings nur verhaltenspräventive Maßnahmen (in verschiedenen Settings) untersucht. Für Interventionen in der Altersgruppe 13-18 konnte keine Wirksamkeit der Maßnahmen auf das relative Übergewicht festgestellt werden (Brown et al., 2019). Familienbasierte Interventionen wurden in die Studie einbezogen, der Effekt eines Einbezugs der Familie wurde dabei allerdings nicht separat ausgewiesen.

Auf die Überlegenheit kombinierter Maßnahmen verweist auch ein Review zu Interventionen im Grundschulsetting aus den USA: Nur Programme, welche mehrere der Komponenten Bewegung, Ernährung und Gesundheitserziehung beinhalteten, konnten Erfolge hinsichtlich des Gewichts nachweisen (Shirley et al., 2015). Die Interventionen waren dabei nicht familienzentriert, jedoch ergaben sich auch hier Hinweise, dass Programme mit Einbezug der Eltern wirksamer waren. Ähnlich folgert eine kleine Metaanalyse (Katz, O'Connell, Njike, Yeh & Nawaz, 2008), dass in schulbasierten Programmen zur Prävention von Übergewicht die Kombination von Ernährungs- und Bewegungskomponenten mit Einbezug von Eltern oder Familie zu signifikanter Gewichtsreduktion führte. Dabei waren neben Studien zur Primärprävention auch solche mit bereits übergewichtigen Kindern eingeschlossen.

Entsprechend empfehlen die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter in ihrer Leitlinie zur Prävention und Therapie der Adipositas die Kombination gesteigerter Bewegung mit der Optimierung des Verpflegungsangebotes und des Ernährungsverhaltens (Wabitsch & Kunze, 2015). Auch sie empfehlen den Einbezug der Eltern, wobei diese eine „Vorbildrolle“ einnehmen sollten. Insgesamt als günstigste Vorgehensweisen bei der Adipositasprävention werden schulbasierte Interventionen gesehen, welche Ernährung, körperliche Aktivität und Körperbild adressieren. Dabei sollen Bewegung und Bewegungsfähigkeit im Schulalltag gefördert und die Schulverpflegung verbessert werden. In Bezug auf die Familie wird die Unterstützung der Eltern gefordert, ein familiäres Milieu zu schaffen, welches die Kinder ermutigt, sich mehr zu bewegen, weniger zu essen, weniger zuckerhaltige Getränke zu sich zu nehmen und weniger Zeit vor dem Bildschirm zu verbringen.

Auch die Evaluation der Kinderleicht-Regionen empfiehlt eine Verzahnung von Maßnahmen zu unterschiedlichen Inhalten, insbesondere der Handlungsbereiche Ernährung und Bewegung, aber auch Maßnahmen zur Verbesserung von Selbststeuerungskompetenzen, zur Stärkung der Selbstwirksamkeit oder Erziehungskompetenz (Ehnlé-Lossos et al., 2013; Schack et al., 2014).

Nicht zuletzt sind entsprechende Erkenntnisse zur Kombination von Bewegungs- und Ernährungsinhalten auch in die Förderrichtlinien der GKV von Präventionsmaßnahmen eingegangen:

„Maßnahmen, die sowohl Module zu einem bedarfsgerechten, gesundheitsfördernden Ernährungsverhalten als auch zu körperlicher Bewegung beinhalten, können eine nachhaltige Senkung des Körpergewichts bewirken.

Empfohlen werden spezifische Methoden der Verhaltensmodifikation. Bei Kindern und Jugendlichen hängt die langfristige Effektivität von Maßnahmen zur Stabilisierung bzw. Senkung des Körpergewichts auch davon ab, dass die Eltern der Kinder in die Durchführung einbezogen werden“ (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 72).

Wie bereits angedeutet, sind die erreichten Effekte der überwiegend betrachteten verhaltenspräventiven Maßnahmen im Hinblick auf das Körpergewicht der Kinder und Jugendlichen als eher gering einzuschätzen, die praktische Relevanz der gefundenen Effekte in Bezug auf die Prävention kindlichen Übergewichts wird dabei als unklar gesehen (Brown et al., 2019).

#### *Verhältnisprävention:*

Neben einer Kombination verschiedener Inhalte wird daher vor allem gefordert, auch verhältnispräventive Komponenten stärker umzusetzen und zu erproben (Brown et al., 2019; Fröschl et al., 2009). Ein HTA-Bericht zur Prävention kindlicher Adipositas konstatiert ein Fehlen guter Primärstudien zur Prävention insgesamt, v.a. aber hinsichtlich Verhältnisprävention und sozial benachteiligter Zielgruppen. Aufgrund der Tatsache, dass z.T. durch Interventionen erreichte Veränderungen im Kenntnisstand in dieser Zielgruppe weniger in Verhalten umgesetzt wurden und dass sich Familieninterventionen bei sozialer Benachteiligung z.T. sogar als kontraproduktiv erwiesen, wird eine Kombination verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen dennoch empfohlen (Fröschl et al., 2009).

Verhältnisprävention, also die positive Gestaltung der räumlichen und strukturellen Umwelt der Kinder in Bezug auf ernährungs-, bewegungs- und psychosoziale Gegebenheiten, scheint von zentraler Bedeutung auch für den Grad der Erreichbarkeit von Familien, da hierbei die Umwelt *aller* in ihr lebenden Menschen in Richtung gesundheitsförderlicher Effekte beeinflusst wird. Konkrete Maßnahmen einer solchen Strategie können (in Bezug auf die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung) z.B. die gesündere Gestaltung des Essens in einer Kita oder die Aufstellung von Wasserspendern in von Kindern genutzten Betreuungseinrichtungen, gemeinschaftlich genutzte Parks in benachteiligten Stadtteilen sowie insgesamt die gesundheitsförderliche Gestaltung von Quartieren sein. Der Einbezug verhältnispräventiver Elemente neben der Verhaltensprävention hat sich in der Evaluation der Kinderleicht-Regionen sowohl hinsichtlich einiger Ernährungsindikatoren und des Bewegungsverhaltens als ein wesentlicher Erfolgsfaktor bewährt, wobei das Angebot von Nahrung und Bewegungsangeboten v.a. in Betreuungseinrichtungen adressiert wurden (Ehnle-Lossos et al., 2013).

Der Abschlussbericht zur Evaluation des Nationalen Aktionsplans IN FORM – welcher neben verhaltens- auch verhältnispräventive Maßnahmen umfasst – stellt fest, dass die Projektevaluationen bislang selten geeignet seien festzustellen, in welchem Umfang die evaluierten Projekte wirksam sind. In Bezug auf körperliche Parameter wie den BMI ließen sich nur sehr vereinzelt Effekte nachweisen. Öfter hingegen konnte ein Kenntniszuwachs oder ein gesteigertes Bewusstsein für die Bedeutung von Ernährung und Bewegung sowie eine gesteigerte Veränderungsmotivation festgestellt werden, zum Teil auch Veränderungen in den adressierten Verhaltensweisen, die vereinzelt längerfristig sichtbar waren. Der Bericht kommt zu dem Schluss, dass aufgrund der vorliegenden Daten keine Aussagen dazu möglich sind, welche Präventionsmaßnahmen wirksam sind (Niestroj & Schmidt, 2019). Ebenso schloss der aufgeführte (ältere) HTA-Bericht, dass Interventionen nicht ausreichend differenziert beschrieben sind, um Erfolgsfaktoren herauszuarbeiten.

Bereits in diesem Bericht wurde empfohlen, zukünftige Interventionen mit ihren Merkmalen systematisch zu erfassen, um Schlussfolgerungen hinsichtlich Erfolgsfaktoren zu ermöglichen (Fröschl et al., 2009).

Hierzu lässt sich anmerken, dass inzwischen eine Vielzahl an Maßnahmen für sozial benachteiligte Zielgruppen existiert. Im Rahmen von Praxis-(Modell-)Projekten sind konkrete Aussagen zur Wirksamkeit, wie o.g. Evaluation von IN FORM zeigt, jedoch bislang schwierig. Insbesondere bleibt es schwierig, Aussagen zur konkreten Interventionsgestaltung sowie zum Erreichungsgrad der Zielgruppen zu extrahieren. Dies würde durch eine einheitlichere Dokumentation von Projekten hinsichtlich zentraler Merkmale z.B. in einer öffentlich zugänglichen Datenbank verbessert.

#### *Einbezug von Eltern bzw. Familien:*

Der Einbezug von Eltern bzw. Familien wird verschiedentlich empfohlen, um eine bessere Wirksamkeit hinsichtlich der Prävention von Kinderübergewicht zu erreichen (s.o.). Eindeutig sind die Ergebnisse zu einem positiven ‚Elterneffekt‘ dabei jedoch nicht. Ein Review zu europäischen Studien zeigt, dass der Einbezug der Eltern in Präventionsprogrammen im Vergleich zu Interventionen bei bestehendem Übergewicht insgesamt meist geringer ausfällt (van der Kruk, Kortekaas, Lucas & Jager-Wittenaar, 2013).

Studien, die unterschiedliche Interventionen zu Bewegung und/oder Ernährung einbezogen, weisen überwiegend darauf hin, dass Maßnahmen, welche die Eltern einbeziehen, eher erfolgversprechend sind, oder sie sehen dafür zumindest Hinweise. Dazu gehört z.B. eine Metaanalyse von Dellert und Johnson (2014) zu Interventionen mit dem Ziel einer Förderung von Bewegung oder Reduktion des BMI. Hier wurde eine Bewegungssteigerung in den Studien erreicht, an denen Kinder und Eltern bzw. Familie gemeinsam teilnahmen, nicht aber in solchen, an denen das Kind allein teilnahm. Hinsichtlich des BMIs unterschieden sich die Studien hingegen kaum. In Bezug auf Interventionen, die sich direkt an die Eltern richteten, fanden Golley et al. in ihrer Übersichtsarbeit, dass erfolgreiche Interventionen die Eltern stärker einbezogen und als Hauptverantwortliche für die Teilnahme adressierten (anstelle des Kindes) (Golley, Hendrie, Slater & Corsini, 2011). Andere Untersuchungen wiederum finden keinen besseren Erfolg bei Interventionen mit aktiver Einbindung der Eltern (Ling, Robbins, Wen & Zhang, 2017).

Ein Review von Hingle und Mitarbeitenden (Hingle et al., 2010), das den Effekt des Elterneinbezugs bei Interventionen zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens über das gesamte Kindes- und Jugendalter untersuchte, kommt zu dem Schluss, dass nicht ausreichend Studien vorliegen, die den Effekt eines elterlichen Einbezugs direkt untersucht haben, um die Frage nach der Wirksamkeit zu beantworten. Die Beteiligung der Eltern wurde dabei in direkte versus indirekte Strategien eingeteilt.

Zu den direkten Strategien gehörten solche, die die Teilnahme der Eltern vor Ort erforderten, z.B. an Schulungen oder Workshops oder aber Beratungen. Zu den indirekten Strategien gehörten Informationen in Form von Newslettern oder Infoblättern, Einladungen zu Familienveranstaltungen oder –festen im Rahmen der Studie (mit dem Ziel, Kontakte mit anderen Elternteilen zu knüpfen, Spaß mit der ganzen Familie zu haben) oder auch die indirekte Beteiligung von Eltern durch Botschaften oder Hausaufgaben, die durch ihre Kinder oder andere Kanäle übermittelt werden (Inhalte wie „Probiere dies einmal Zuhause!“). Die meisten in den Review eingeschlossenen Primärstudien hatten indirekte Strategien der Beteiligung gewählt. Im Ergebnis waren bei direkter Beteiligung häufiger positive oder gemischte Effekte auf das Ernährungsverhalten festzustellen als bei indirekten Strategien. Bessere Ergebnisse wurden aber auch in solchen Studien erzielt, die indirekte Strategien verwendeten, bei denen die Kinder ihre Eltern jedoch in Aktivitäten einbinden mussten.

Auch im Rahmen schulbasierter ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen schien der Einbezug der Eltern einer systematischen Übersichtsarbeit (van Lippevelde et al., 2012) zufolge zu einer verbesserten Wirkung hinsichtlich des Verhaltens oder entsprechender Verhaltensdeterminanten der Kinder zu führen. Auch diese Arbeit schließt jedoch, dass eine abschließende Beurteilung nicht möglich sei, da zu wenige Studien diesen Aspekt gezielt untersuchen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass vielfach Hinweise auf einen positiven Effekt des Einbezugs von Eltern gefunden werden, diese Effekte aber kaum im direkten Vergleich untersucht wurden. Zudem handelt es sich i.d.R. um Interventionen, welche vorrangig die Kinder adressieren und dabei Eltern in unterschiedlichem Maße hinzuziehen. Interventionen, welche sich tatsächlich an die gesamte Familie richten oder aber als familienzentriert gelten können (Davison et al., 2012), sind selten Bestandteil von Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit und werden, wenn sie es sind, i.d.R. mit anderen Studien zum Einbezug von Eltern zusammengefasst.

### *Gestaltung von Interventionen*

Verschiedene Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass es nicht möglich sei, über Wirksamkeit bzw. Erfolgspotenziale einzelner Interventionskomponenten Aussagen zu machen. Diese sind i.d.R. recht unzureichend und zumindest nicht auf vergleichbare Art beschrieben (Fröschl et al., 2009). Zudem sind sie in Bezug auf bisherige Projekte in Deutschland nicht in einer Weise evaluiert, die solche Aussagen ermöglicht (Niestroj & Schmidt, 2019). Diesem Eindruck können wir uns aufgrund der gesichteten Literatur und Praxisprojekte anschließen. Dabei ist hinsichtlich der Wirksamkeit anzumerken, dass Effekte bezüglich des Gewichts bei primärpräventiven Maßnahmen kaum kurz- bis mittelfristig zu erwarten sind und ein Wirksamkeitsnachweis gerade in Bezug auf komplexe Programme auf mehreren Ebenen nur schwer eindeutig zu erbringen ist.

Hinsichtlich des Zusammenhangs von Gestaltungsmerkmalen und Erreichbarkeit von Familien ist auf die allgemeinen Empfehlungen zu Niedrigschwelligkeit und fördernden Faktoren zu verweisen, die oben genannt wurden (allg. und übergeordnete Empfehlungen sowie fördernde Faktoren). Differenziertere Aussagen dazu, welche Interventionsinhalte im Bereich Ernährung und Bewegung die Erreichbarkeit der Familie fördern, lassen sich nicht ableiten.

#### **6.5.5.2 Sitzendes Verhalten / Medienkonsum**

Neben einer expliziten Bewegungsförderung wird in einigen Maßnahmen zur Übergewichtsprävention auch die Reduktion von Bildschirmzeiten oder insgesamt sitzend verbrachter Zeiten adressiert.

Bourdeaudhuij und Mitarbeitende (2015) berichten in Bezug auf die umfangreiche IDEFICS-Intervention, dass entsprechende Interventionskomponenten sowohl auf Kita- bzw. Schul- als auch auf Gemeindeebene die Eltern der adressierten Kinder im Alter von 2-9 Jahren deutlich seltener erreichten als Komponenten zu Bewegung und Ernährung. Dabei schätzt eine Übersichtsarbeit (Biddle, Petrolini & Pearson, 2014) das Engagement der Familie als wichtigen fördernden Faktor bei der Erreichung des Ziels einer Reduzierung sitzend verbrachter Zeit bei Kindern.

Auf Grundlage der Sichtung internationaler Studien mit dem Interventionsziel, die sitzend verbrachte Zeit von Kindern zu reduzieren, entwickelten Bucksch und Kolleginnen (Bucksch et al., 2016) Interventionsmaterialien zur Reduktion von Sitzzeiten 6-10-jähriger Kinder für das Setting Familie auf Basis erfolgversprechender internationaler Interventionen. Festgestellt wird auch hier, dass aufgrund der Heterogenität der Maßnahmen, welche häufig im Kontext der

Übergewichtsprävention stattfanden, eine Ableitung erfolgversprechender Vorgehensweisen kaum möglich war.

Entwickelt wurde ein Spiel für die gesamte Familie („Familienaufstand!“), in welchem alle Familienmitglieder aufgerufen sind, durch eine Unterbrechung von Sitzzeiten Punkte zu sammeln und sich Familienziele zu setzen, deren Umsetzung belohnt wird. Die Intervention kann hinsichtlich des spielerischen, aktivierenden Ansatzes und des Einbezugs der gesamten Familie als positives Beispiel angeführt werden.

Zur Bewertung der Pilotversion der Materialien wurde Familien interviewt. Eine Evaluation der Endversion steht aus.

Dabei maßen die Eltern für den Bereich gesundheitlicher Effekte Wissenselementen – anders als i.d.R. hinsichtlich Ernährung und Bewegung zu beobachten – einen großen Stellenwert bei, was auf die Neuigkeit des Themas zurückgeführt wird, welches unter gesundheitlichen Aspekten im Bewusstsein der Familien bis dato eine geringe Rolle spielte. Trotz einer sehr positiven Resonanz auf Thema und Materialien, beschränkte sich die Nutzung der Materialien jedoch häufig darauf, dass insbesondere Mütter sich die schriftlichen Informationen durchlasen und diese als interessant bewerteten, während eine tatsächliche Nutzung durch die Familien im Alltag weitestgehend ausblieb. Mehrere Familien regten an, neben der Familie das schulische Setting zur Reduzierung von Sitzzeiten von Kindern einzubeziehen. Durch die Behandlung in der Schule und durch die Bekräftigung des pädagogischen Personals würde dem Thema eine höhere Bedeutung beigemessen und die Kinder wären eher zur Umsetzung der Maßnahmen motiviert, als wenn das Thema ausschließlich im familiären Setting aufgegriffen würde (Bucksch et al., 2016).

Interventionen aus dem Themenbereich Medienkompetenz oder Medienkonsum von Kindern und Jugendlichen richten sich durchaus häufig an Eltern und ggf. Familien. Im Kontext der Übergewichtsprävention werden die Maßnahmen unseren Recherchen zufolge jedoch nicht thematisiert.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das Thema Sitzen im Kontext der Übergewichtsprävention weder Interventionsplanenden noch Familien in ähnlichem Maße präsent ist wie die Themen Ernährung und Bewegung. Da verschiedene gemeinsame Aktivitäten als Alternative zum Sitzen, respektive Medienkonsum in Frage kommen, lässt sich hier Potenzial hinsichtlich familiärer Interventionen feststellen, wobei sich zur Erreichbarkeit von Familien keine Aussagen treffen lassen.

#### **6.5.5.3 Schlaf**

Es wurde hier nur eine Arbeit im Kontext der Übergewichtsprävention identifiziert, die sich zur Erreichbarkeit von Eltern äußert: So stellen Bourdeaudhuij und Mitarbeitende (Bourdeaudhuij et al., 2015) im Kontext der IDEFICS-Intervention fest, dass die Eltern vorwiegend durch die Interventionskomponenten zu Bewegung und Ernährung, aber wesentlich seltener durch jene zum Thema Schlaf erreicht wurden.

Auch die analysierten Praxisprojekte machen keine expliziten Aussagen zum Thema Schlaf, das nur sehr vereinzelt in Projekten einbezogen wurde. Keine der Äußerungen in der Delphibefragung bezog sich auf dieses Thema.

Der Zusammenhang von Schlaf und Übergewicht scheint demnach Interventionsplanenden möglicherweise nicht ausreichend bewusst. Obwohl die Thematisierung von Schlaf gerade im Kontext familienzentrierter Interventionen möglich zu sein scheint, kann zu Effekten hinsichtlich der Übergewichtsprävention solcher Interventionen hier nichts ausgesagt werden.

#### **6.5.5.4 Erziehungskompetenz**

Ernährung und Bewegung von Kindern werden innerhalb der Familie, neben dem elterlichen Vorbildverhalten und dem Nahrungsangebot, auch z.B. durch Regeln bezüglich gemeinsamer Mahlzeiten, Süßigkeiten als Belohnungen, Fernsehen beim Essen etc. beeinflusst, die einen Teil des Erziehungsverhaltens darstellen. Der elterliche Erziehungsstil scheint zudem deutlich mit dem Essverhalten und Gewicht der Kinder zusammenzuhängen.

So erweist sich (wie auch bezüglich anderer Aspekte kindlicher Entwicklung) ein autoritativer Erziehungsstil, bei dem „partnerschaftliche und kooperative Aushandlungsprozesse den Erziehungsprozess bestimmen, ohne dass die elterliche Führung aufgegeben wird“ auch hinsichtlich der Übergewichtsprävention förderlich (Choi, 2012). Stärkere elterliche Kontrolle scheint hingegen den unerwünschten und unbeabsichtigten Effekt zu haben, dass Kinder sich weniger ausgewogen ernähren. So sind restriktive und autoritäre Erziehungsstile mit häufigerem kindlichem Übergewicht assoziiert (Brown et al., 2015; Platte et al., 2014).

Erziehungskompetenz als relevanten Inhaltsbereich bei der Prävention von Kinderübergewicht einzubeziehen empfiehlt die Evaluation der Kinderleicht-Regionen als Erfolgsfaktor (Schack et al., 2014). Im Evaluationsbericht wird dazu beschrieben, dass Fragen der Erziehung ein häufiges Thema mit hoher Dringlichkeit für die Eltern waren. Dabei ließ sich gerade das Thema Ernährung im Rahmen von Interventionen oft gut daran anknüpfen.

Interventionskomponenten, welche auf die Erziehungskompetenzen der Eltern (allgemein und in Bezug auf Essen und Bewegung) abzielten, konnten in einer Übersichtsarbeit europäischer Studien (van der Kruk et al., 2013) mit dem Erfolg von Interventionen hinsichtlich des kindlichen Gewichts in Zusammenhang gebracht werden, wobei hier allerdings auch Interventionen für bereits übergewichtige Kinder eingeschlossen wurden (welche i.d.R. einen größeren Effekt feststellen).

#### **6.5.5.5 Sonstiges**

Neben den Bereichen Ernährung und Bewegung, welche praktisch immer genannt wurden, bezogen die befragten Experten und Expertinnen Empfehlungen hinsichtlich der Partizipation von Familien vereinzelt auf „sonstige“ Bereiche. Dabei wurden in Einzelnennungen ergänzt: „Sozialverhalten“, „Kommunikation“, „Stressreduktion“, „psychische Gesundheit“ sowie „Selbstwirksamkeit und Handlungskompetenzen“.

#### **Empfehlungen:**

***Dazu, wie familienbasierte Interventionen ausgestaltet sein müssen, um (v.a. nachhaltig) in Bezug auf die Übergewichtsprävention wirksam zu sein, lassen sich keine konkreten Empfehlungen ableiten. Empfohlen werden kann eine Verbindung zumindest der beiden Handlungsbereiche Ernährung und Bewegung innerhalb von Präventionsmaßnahmen (ggf. mit weiteren Inhalten).***

***Die Erziehungskompetenz der Eltern stellt hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen wie auch als thematischer Anknüpfungspunkt im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung einen vielversprechenden Themenbereich mit großer Relevanz für die Eltern dar.***

***Interventionen sollten dazu beitragen, autoritative Erziehungsstile mit partnerschaftlichen und kooperativen Elementen bei den Eltern zu fördern, weil diese sich offensichtlich positiv auf die Primärprävention von Übergewicht auswirken.***

**Interventionen, die neben Ernährung und Bewegung als Verhaltensbereiche auch Medienkonsum und Schlaf adressieren, sollten stärker erprobt werden. Hier fehlen weitestgehend Erkenntnisse zur Erreichbarkeit von Familien. Beide Bereiche ließen sich gut mit dem Thema Erziehung verknüpfen.**

**Erfahrungen fehlen auch zu Interventionen, die nicht nur die Eltern oder andere Familienmitglieder einbeziehen, sondern als wirklich familienzentrierte Maßnahmen das gesamte System Familie adressieren; diese sollten stärker erprobt und hinsichtlich ihres Erfolgs bei Erreichbarkeit wie auch Wirksamkeit systematisch bewertet werden.**

**Auf besonders große Akzeptanz scheinen Maßnahmen zu stoßen, welche einen gemeinschaftsstiftenden, geselligen Aspekt beinhalten. Dies lässt sich im Bereich Ernährung und Bewegung z.B. über gemeinsame Bewegungsaktivitäten und -veranstaltungen, Kochkurse u.Ä. umsetzen. Im Bereich Sitzendes Verhalten/Medienkonsum können gesellige Aktivitäten als Alternative fungieren.**

**Verhaltens- und Verhältnisprävention sollten verbunden werden; letzteres scheint v.a. in Bezug auf die Reduktion sozialer Ungleichheiten erfolgversprechend (wenn auch hinsichtlich der Wirksamkeit im Rahmen einzelner Programme besonders schwer zu bewerten).**

**Verhältnisprävention an sich kann zudem als Strategie zur Erreichbarkeit von Zielgruppen gesehen werden, da diese die Personen erreicht, um deren Lebensverhältnisse es geht, ohne ein besonderes Interesse oder eine Bereitschaft zur Teilnahme vorauszusetzen.**

→ **Praxisbeispiele:**

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

## **6.5.6 Empfehlungen für spezifische Problemlagen und Zielgruppen**

### **6.5.6.1 Sozial benachteiligte Familien**

Familien mit geringem Sozialstatus und Bildungsstand sowie Familien mit Migrationshintergrund gelten im Allgemeinen als vulnerable und zugleich für die Prävention schwer erreichbare Gruppen (z.B. IGES Institut, 2018).

Die meisten Aussagen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien oder Eltern in den betrachteten Präventionsprojekten sowie der Literatur beziehen sich fast ausschließlich auf bildungsfernen Menschen mit niedrigem Sozialstatus und gegebenenfalls mit Migrationshintergrund. Etwa ein Drittel der betrachteten Projekte fokussiert Familien in der Lebenslagen-Konstellation geringer sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund und Wohnumfeld im sozialen Brennpunkt. Im Großteil der Projekte ist der Sozialstatus der Zielgruppe eher gering als hoch. Andere spezifische Problemlagen und Belastungen wurden in den von uns eingeschlossenen Interventionen nicht thematisiert.

Empfehlungen zur Erreichbarkeit konzentrieren sich auf diese schwer erreichbaren Gruppen und sind dabei wenig davon abhängig, was die konkreten Ziele von Präventionsmaßnahmen sind. Für die benannte Zielgruppe bewährt haben sich insbesondere die Strategien, welche unter den allgemeinen Empfehlungen dargestellt wurden. Zudem wird in der Literatur der Ausbau verhältnispräventiver Maßnahmen gerade für diese Zielgruppe gefordert (z.B. Fröschl et al., 2009).

Verhältnisprävention kann sich auf verschiedene Settings beziehen, in denen Familien sich aufhalten. Als übergeordnetes Setting für vulnerable Bevölkerungsgruppen, und damit für Familien in belastenden Lebenslagen und mit besonderen Risikofaktoren, eignet sich nach nationalen und internationalen Erfahrungen insbesondere die Kommune (Department of Health, Social Services and Public Safety, 2009; IGES Institut, 2018; Knaller, 2013). Die Kommune ist dabei als übergeordnete Einheit für Settings wie z.B. Kita, Schule, Sport- und Kulturvereine zu verstehen (Trojan, Reisig & Kuhn, 2016). Mit Quartier gemeint ist i.d.R. die direkte Nachbarschaft, in der die Familien leben. Wohnortnahe Angebote, dort wo die Menschen sich aufhalten, wurden bereits als niedrigschwellig benannt. Wichtig scheint dabei eine sinnvolle Vernetzung kommunaler Angebote, insbesondere innerhalb einer integrierten kommunalen Strategie (s.o. Vernetzung).

In der Expertenbefragung wurden als belastete Lebenslagen, in denen mehr Unterstützungsbedarf gegeben sei, deutlich am häufigsten Armut und alleinerziehende Elternteile genannt. In der zweiten Befragungsrunde haben wir zu diesen Punkten nachgefragt, welche konkrete Unterstützung in diesen Lebenslagen notwendig sei, damit entsprechende Familien an Angeboten zur Prävention von Kinderübergewicht teilnehmen können. Äußerungen zu Alleinerziehenden finden sich unter der entsprechenden Überschrift.

Hinsichtlich von Armut betroffener Familien wurden dabei zum einen bereits als Merkmale niedrigschwelliger Angebote identifizierte Aspekte wie kostenfreie oder bezuschusste Aufklärungs- und Präventionsangebote mit guter Erreichbarkeit (wohnortnah oder aufsuchende Angebote), persönliche und wertschätzende Ansprache, Vertrauensaufbau und ressourcenorientierte Haltung sowie Maßnahmen mit hohem Praxisbezug als Unterstützung benannt.

Weitere Vorschläge bezogen sich auf:

- Hilfe bei der Alltagsbewältigung; insbesondere Frühe Hilfen wurden auch hier mehrfach als Möglichkeit genannt, stigmatisierungsfrei solche Familien zu erreichen;
- Anreize durch Give-aways;
- leicht verständliche Shopping-Guides;
- gesunde Lebensmittelpakete („Care Pakete“) aufgrund des oftmals höheren Preises gesunder Lebensmittel;
- die Möglichkeit, Teilnahmegebühren durch Sachleistungen zu kompensieren, was gleichzeitig das Gefühl vermittelt, gebraucht zu werden;
- höhere Sozialleistungen, Absicherung essenzieller Bedürfnisse wie Wohnung, Nahrung und Aufenthaltsstatus mit geringerem Bürokratieaufwand;
- politische Maßnahmen zum Abbau sozialer Ungleichheiten;
- mehrfach wurde der Zusammenhang zwischen geringer Bildung und Armut betont. Insbesondere sollten Lebensmittelkennzeichnungen für die Zielgruppe leichter verständlich gestaltet werden;
- stärkere Verwendung onlinebasierter Angebote und Informationen, um die Erreichbarkeit zu verbessern;

### **Empfehlungen:**

**Da sich ein niedriger sozioökonomischer Status negativ auf die Erreichbarkeit und die Teilnahmebereitschaft von Familien auswirkt, sollten Primärpräventionsmaßnahmen im Themenfeld Kinderübergewicht (weiterhin) mit Priorität Bevölkerungsgruppen mit niedrigem Sozialstatus fokussieren und den hierbei bekannten Hindernissen/Barrieren Rechnung tragen.**

**Familien in sozioökonomischen Multiproblemlagen und spezifischen Lebenssituationen sollten vornehmlich auf kommunaler Ebene bzw. im Quartier angesprochen und beworben werden.**

**Hinsichtlich der Erreichbarkeit sind insbesondere bei dieser Zielgruppe die o.g. allgemeinen Empfehlungen zu berücksichtigen.**

#### **6.5.6.2 Familien mit Migrationshintergrund**

Familien mit Migrationshintergrund stellen eine der diskutierten vulnerablen und schwer erreichbaren Zielgruppen dar, welche im letzten Abschnitt bereits thematisiert wurden (IGES Institut, 2018; Plachta-Danielzik et al., 2012). Dabei fällt ein Migrationshintergrund häufig mit einem geringen sozioökonomischen Status zusammen.

Demnach gelten für diese Zielgruppe im Wesentlichen die gleichen Empfehlungen. Dabei ist ein Migrationshintergrund jedoch nicht gleichzusetzen mit einem Indikator für eine schlechtmögliche Erreichbarkeit. So wurden als Beispiel für Eltern mit Veränderungsbedarf hinsichtlich der Kinderernährung aber gleichzeitig gute Erreichbarkeit bei Willhöft et al. (2013) Mütter mit Migrationshintergrund benannt, welche sich an Gesundheitsthemen interessiert zeigten und gut über Gruppenangebote mit geselligem Charakter wie Kochkurse erreichbar waren.

Zwei Punkte können bei der Ansprache von Familien mit Migrationshintergrund besonders relevant sein: Zum einen sind sprachliche Barrieren zu beachten, die eine Anpassung der Ansprache erforderlich machen. Zum anderen müssen kulturelle Normen der Zielgruppe berücksichtigt werden. Der Zugang zu Familien oder Eltern, welche wenig oder kein Deutsch sprechen, erfordert Dolmetschende oder mehrsprachige Multiplikatoren bzw. Multiplikatorinnen. Präventionsinhalte können bei Veranstaltungen oder in persönlichen Gesprächen übersetzt werden. Besonders als Mittlerpersonen geeignet sind Menschen aus demselben Kulturkreis, da sie soziale Gepflogenheiten kennen und den Einfluss kultureller Normen und gegebenenfalls Barrieren einschätzen können (Ehnle-Lossos et al., 2013; Hilbig, Stahl, Avci, Dinter & Kersting, 2014). Dies bestätigen auch internationale Studien (Azevedo et al., 2013; Ekambareshwar et al., 2018; Harachi et al., 1997; Maynard et al., 2009). Dabei stellte sich die Übersetzung von Flyern, Postern und sonstigen schriftlichen Informationen als nicht ausreichend heraus, um Personen mit Migrationshintergrund zu erreichen (Cyril et al., 2016). Vielmehr scheint bei dieser Zielgruppe ein aktives persönliches Zugehen entscheidend. Empfohlen wird darüber hinaus die Rekrutierung über kulturelle Traditionen und Veranstaltungen sowie über religiöse Gemeinden (IGES Institut, 2018).

Dabei wird auch hinsichtlich der potenziellen Multiplikatoren und Multiplikatorinnen im Gesundheitssystem empfohlen, die interkulturelle Kompetenz zu erhöhen sowie möglichst bilinguale Professionelle vorzuhalten (Cyril et al., 2016; Department of Health, Social Services and Public Safety, 2009).

Barrieren können neben fehlenden Sprachkenntnissen in mangelnden Kenntnissen über Angebote und das deutsche Unterstützungssystem sowie in kulturspezifisch geprägten Vorstellungen über Ernährung, Bewegung und Erziehung liegen. Angebote müssen daher an Werte und Traditionen der Herkunftsländer angepasst werden, d.h. kultursensibel gestaltet werden (Böttcher & Jahn, 2014; Stutzer & Saleth, 2012). In zwei australischen Studien zu Zugangsbarrieren zur Übergewichtsprävention in kulturell und sprachlich diversen Gemeinden wurden

Maßnahmendurchführende und die Zielgruppe selbst zu Zugangsbarrieren befragt. Identifizierte Barrieren umfassten andere Prioritäten in der Einwanderungsphase sowie eine besondere Anfälligkeit für an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel. Weitere Barrieren waren kulturell geprägte Gewichtswahrnehmungen und Körnernormen sowie die weit verbreitete Meinung, dass das Übergewicht ausschließlich genetisch verursacht sei (Cyril et al., 2016; Cyril, Nicholson, Agho, Polonsky & Renzaho, 2017).

Erfahrungen der Kinderleicht-Regionen zeigen, dass beim Einsatz von mehrsprachigen Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen auf die Gefahr zu achten ist, dass in Gruppenveranstaltungen Personen anderer nationaler Herkunft von diesen ausgegrenzt werden können (Schack et al., 2014).

Cyril und Mitarbeitende (2016) haben 59 Professionelle (von der Frühhilfe bis hin zur Schule) befragt, die regelmäßig primärpräventiven Maßnahmen durchführen. Die Forschungsfrage richtete sich auf die Identifikation von Barrieren, die Familien mit Migrationshintergrund eine mögliche Teilnahme an präventiven Programmen zum kindlichen Übergewicht erheblich erschweren. Gründe warum Menschen mit Migrationshintergrund die Angebote häufig nicht in Anspruch nahmen, waren vielfältig: Die Professionellen glaubten, dass prinzipiell bei Menschen mit Migrationsgeschichte eine geringe Bereitschaft zur Veränderung herrsche. Stigmatisierungspotenzial eines Programms wurde ebenfalls als eine Barriere wahrgenommen. Die Eltern möchten nicht, dass andere es erfahren, wenn ihr Kind übergewichtig ist; dies führe zu Schuldgefühlen. Häufig käme es zu Auseinandersetzungen in den Familien, wer für das Übergewicht verantwortlich ist. Darunter leide das Familienklima. Dazu kommt als weitere Barriere: Eltern haben keine richtige Vorstellung darüber, was Prävention ist, was mit einer niedrigen Gesundheitskompetenz verbunden ist. Sie handeln erst, wenn das Kind schon übergewichtig ist.

#### **Empfehlungen:**

***Es gelten die allgemeinen Empfehlungen zu einer niedrigschwelligen Ansprache in besonderem Maße.***

***In Bezug auf die Erreichbarkeit von Familien mit geringen Deutschkenntnissen sind Dolmetschende oder mehrsprachige Multiplikatoren bzw. Muötiplikatorinnen aus dem gleichen Kulturkreis wie die Zielgruppe zu empfehlen.***

***Maßnahmen sollten kultursensibel gestaltet werden und spezifische Teilnahmebarrieren der jeweiligen Zielgruppe berücksichtigen. Dazu empfiehlt sich der Einbezug von Menschen aus dem Kulturkreis der Zielgruppe bereits bei der Planung einer Maßnahme, um zu beachtende kulturelle Besonderheiten herauszustellen.***

***Interkulturelle Kompetenzen von Professionellen im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem sollten gestärkt werden und mehrsprachige Mitarbeitende sind zu empfehlen.***

#### **6.5.6.3 Alleinerziehende Elternteile**

Obwohl Alleinerziehende als besonders belastete Zielgruppe in der Literatur wiederholt erwähnt werden und sie seltener an Präventionsmaßnahmen teilnehmen, insbesondere wenn sie berufstätig sind (Bergström et al., 2015; Ling et al., 2016a), wird ihre Ansprache weder in der Literatur noch in Praxisprojekten beschrieben. Es lassen sich daraus demnach keine Anhaltspunkte für spezifische Empfehlungen zu ihrer Ansprache entnehmen.

In der Begleitforschung zu KeKiz (ohne Bezug zu kindlichem Übergewicht) äußerten alleinerziehende Elternteile den größten Bedarf an kommunalen Beratungs- und Unterstützungsangeboten und nahmen besonders häufig solche Angebote von Familienzentren wahr (Franzke et al., 2017), so dass Familienzentren ein geeigneter Anspracheort sein könnten.

Die Lebenslage Alleinerziehender wurde neben Familien in Armut in unserer Expertenbefragung als besonders kritische Lebenslage mit hohen Teilnahmebarrieren benannt. In der zweiten Befragungsrunde baten wir daher um konkrete Vorschläge, welche Unterstützung alleinerziehende Elternteile benötigen, um an Angeboten zur Prävention von Kinderübergewicht teilnehmen zu können.

Genannt wurden dabei zum einen Aspekte, welche sich den unter Niedrigschwelligkeit (s.o.) benannten Punkten zuordnen lassen. Für Alleinerziehende besonders wichtig und unterstützend sind demnach:

- Wohnortnahe Angebote, gute Erreichbarkeit ggf. durch Fahrdienst (ggf. Bringdienst für Kinder während Arbeitszeit)
- Bereitstellung von Kinderbetreuung
- Einbindung in vorhandene Angebote bzw. Anbindung an vorhandene Orte, die sowieso aufgesucht werden (z.B. Schule, Kita), Angebote für Eltern und Kind gemeinsam
- Geringe Kosten
- Angebote mit geringem Zeitaufwand bzw. zeitlich flexibel
- Aufsuchende Angebote
- Ggf. Lieferangebote für frische, gesunde Nahrungsmittel.

Als zeitlich flexible Angebote wurden auch Online-Angebote vorgeschlagen, da diese besonders flexibel und von zuhause aus genutzt werden können.

Weiterhin wurden vor allem Vorschläge zu sozialer Unterstützung und Entlastung Alleinerziehender gemacht sowie eine wertschätzende Haltung betont:

- Unterstützung bei der Vernetzung mit anderen Eltern, um ein System gegenseitiger Unterstützung aufzubauen
- Professionelle, unbürokratische Patensysteme im Quartier, wo Wahlverwandtschaften und Nachbarschaften nicht ausreichen, um Alleinerziehende in ihren Aufgaben zu entlasten
- Wertschätzung und Verständnis, Vermittlung von Erfolgserlebnissen;
- Beratung und Vermittlung geeigneter Angebote.

#### **6.5.6.4 Einbezug von Vätern und weiteren Bezugspersonen**

Das gewichtsrelevante Verhalten von Kindern in der Familie wird v.a. durch ihre Eltern, ggf. aber auch durch andere Bezugspersonen beeinflusst.

Einige Studien berichten hierzu, dass nicht in die Prävention einbezogene Familienmitglieder wie Großeltern die Umsetzung v.a. einer gesunden Ernährung erschwerten oder „boykottierten“ (Pocock, Trivedi, Wills, Bunn & Magnusson, 2010).

##### *Väter:*

Die meisten von uns gesichteten Präventionsprogramme richten sich an die Eltern und adressieren prinzipiell beide Elternteile. Einzelne Angebote richteten sich speziell an Mütter, keines speziell an Väter. Insgesamt ist die Ansprache weiterer Familienmitglieder in den von uns gesichteten Projekten nicht intendiert gewesen oder nicht thematisiert worden. Folglich finden sich in den gesichteten Projekten keine Ausführungen, die das Erreichen von Vätern (als Alleinerziehende oder in Partnerschaft lebend) thematisieren und entsprechende Hinweise und Empfehlungen zu deren Ansprache und Erreichung formulieren.

Väter stellen einen wichtigen Einfluss auf das Übergewichtsrisiko und gewichtsrelevante Verhalten ihrer Kinder dar (Morgan et al., 2016). Einflüsse unterscheiden sich dabei möglicher-

weise je nach Geschlecht des Kindes. So stellte eine große US-Studie fest, dass Väter häufiger mit ihren jugendlichen Söhnen über gesunde Ernährung und Bewegung kommunizierten, während Mütter mehr gewichtsbezogene Gespräche mit ihren Töchtern führten, wobei das Gewicht fokussierende Gespräche von den Autoren und Autorinnen kritisch gesehen werden (Berge et al., 2015).

In der internationalen Literatur werden Väter inzwischen häufiger thematisiert, überwiegend jedoch von einer Forschergruppe. Übersichtsarbeiten stellen dabei fest, dass Väter in Studien und hinsichtlich Präventionsprogrammen bezüglich Kinderübergewicht deutlich unterrepräsentiert sind: über alle untersuchten Präventionsmaßnahmen (im Zeitraum zwischen 2008 und 2015) handelte es sich nur bei 6% der teilnehmenden Elternteile um Väter. Am häufigsten nahmen diese an Interventionen für Kinder im Alter von 6-10 Jahren, besonders selten für Kinder von 0-1 Jahr teil (Davison et al., 2018). In Studien zu Zusammenhängen zwischen Erziehung und Übergewicht waren 17% aller Teilnehmenden Väter (Davison et al., 2016). Gerade Väter mit geringem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund waren dabei unterrepräsentiert (Davison et al., 2019).

Befragt nach den Gründen ihrer Nicht-Teilnahme an Studien zur Kindergesundheit gaben 80% der befragten Väter an, dass sie nicht um eine Teilnahme gebeten wurden. Als geeignete Zugangswege, um die Teilnahme von Vätern zu steigern, empfahlen die Väter v.a. Sport- und andere Freizeitveranstaltungen, soziale Programme sowie das Internet. Bevorzugte Zugangswege unterschieden sich in Abhängigkeit von Migrationshintergrund und ob Väter mit den Kindern gemeinsam lebten (Davison et al., 2017; O'Connor, Perez, Garcia & Gallagher, 2018). In Fokusgruppengesprächen mit in der Kindererziehung engagierten Vätern verschiedener ethnischer Gruppen in den USA äußerten die Väter, dass sie sich bei Kinderarztbesuchen oft etwas ausgeschlossen oder gar negativ wahrgenommen fühlten, da Ärzte und Ärztinnen vorwiegend mit den Müttern sprechen würden. Vertrauen und Respekt waren Punkte, die die Väter als entscheidend im Kontakt angaben. Kinderärzte und -ärztinnen wurden eher als Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen des Kindes gesehen, um diese Probleme zu beheben. Ernährung und Bewegung wurden hier weniger als Gesundheitsthemen wahrgenommen und Ärzte und Ärztinnen daher nicht als Experten bzw. Expertinnen gesehen. Die Thematisierung von Ernährungs-, Bewegungs- oder Fernsehverhalten durch diese führte eher dazu, dass Väter sich in ihrem Erziehungsverhalten kritisiert fühlten (Lowenstein et al., 2013).

Der Einfluss von Vätern auf das Gewicht scheint gerade zu Beginn des Lebens hoch zu sein. Väter können dabei bereits während der Schwangerschaft in Präventionsmaßnahmen einbezogen werden.

Eine Übersichtsarbeit benennt im Rahmen der Schwangerschaft v.a. den ersten Ultraschalltermin als Gelegenheit, Väter zu erreichen, da diese dabei besonders häufig anwesend sind. Auch im Rahmen aufsuchender Angebote wie Begrüßungsdiensten und im Rahmen Früher Hilfen ergeben sich Gelegenheiten, Väter potenziell zu erreichen; genauso bei Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte und -ärztinnen oder wenn Väter ihre Kinder in Betreuungseinrichtungen abgeben oder abholen.

Als Teilnahmebarrieren für Väter identifiziert wurden ungünstige Angebotszeiten, welche mit der Arbeitszeit kollidieren, sowie fehlende Materialien und Ressourcen innerhalb der Programme, die spezifisch auf Väter zugeschnitten sind. Letzteres können z.B. Broschüren sein, die neben Müttern und Kindern auch Väter zeigen oder aber speziell an Väter gerichtete Materialien (z.B. zum Thema „Wie kann ich meine Partnerin beim Stillen unterstützen?“). Auch die Materialien, die zu einer Teilnahme an Programmen für die erste Lebenszeit auffordern, richten sich oft nicht an Väter und erwecken damit für sie den Eindruck, dass sie als Teilnehmende nicht gemeint oder erwünscht sind. Dies kann sich auch auf Programmtitel beziehen (wenn diese z.B. direkt „Mütter“ beinhalten). Auch die Tatsache, dass überwiegend Frauen

die Interventionen übermitteln sowie dass Väter-spezifische Programmkomponenten fehlen, können Barrieren darstellen. Weitere identifizierte Barriere waren struktureller Natur, indem z.B. kaum Ressourcen in die Forschung zu Vätern investiert würden und Good-Practice-Beispiele fehlten (Davison et al., 2019).

#### *Andere Familienmitglieder:*

Obwohl Großeltern in einigen Programmen zur Übergewichtsprävention einbezogen wurden, wie Übersichtsarbeiten zeigen (Hearn, Miller & Campbell-Pope, 2008; Pocock et al., 2010), werden sie in der Literatur kaum thematisiert. Nur zwei identifizierte Studien thematisieren Großeltern explizit:

Eine englische Studie wurde im Kontext der Entwicklung einer Intervention zur Prävention von Übergewicht bei Kindern ethnischer Minderheiten im Rahmen einer Machbarkeitsstudie durchgeführt und untersuchte die Erreichbarkeit dieser Zielgruppe über die Schule und religiöse Zentren (Maynard et al., 2009). In Bezug auf Familien mit asiatischem Hintergrund stellte sich heraus, dass insbesondere Großmütter und Schwiegermütter einen entscheidenden Einfluss auf die Kinderernährung ausübten. Religiöse Settings wie Kirchen oder Moscheen schienen geeignet, um neben den Eltern weitere Familienmitglieder (v.a. Großeltern) zu erreichen und kultursensible Unterstützung bei der Umsetzung von Interventionsinhalten zu bieten. Der Rekrutierungsaufwand war allerdings hoch. Großeltern mit Migrationshintergrund zu erreichen, stellte sich als Schwierigkeit heraus, da diese häufiger nicht lesen und schreiben konnten, auch nicht in ihrer Muttersprache. Schriftliche Informationen eignen sich demnach nicht für die Ansprache.

Eine US-Studie widmete sich Familien, bei denen die Kinder von ihren Großeltern aufgezogen wurden. Es wurde eine generationsübergreifende Bewegungsintervention mit Beteiligung der Großeltern entwickelt. Das Ziel war dabei allerdings nicht die Prävention von Kinderübergewicht. Die Rekrutierung für die Studie fand über die Gemeinde statt und schien dabei recht aufwändig.

In der Prozessevaluation nannten die Großeltern als Hauptanreiz für eine Teilnahme die Möglichkeit, gemeinsam mit den Enkelkindern Aktivitäten auszuüben und dabei keine Kinderbetreuung organisieren zu müssen. Barrieren waren v.a. gesundheitlicher Natur oder anderweitige Verpflichtungen. Insgesamt waren die Großeltern mehr an Teilnahme interessiert als die Enkelkinder (Young & Sharpe, 2016).

Weitere Familienmitglieder, z.B. Geschwister, werden auch in der gefundenen Literatur nicht thematisiert.

In unserer Expertenbefragung erreichte die Aussage „Die Wirksamkeit von Angeboten ließe sich deutlich verbessern, wenn auch andere Familienmitglieder einbezogen würden und nicht nur die Eltern“ zwar im Mittel eine hohe Zustimmung, jedoch waren sich die Befragten dabei nicht ganz einig.

Zusammenfassend wurde zum einen der Standpunkt vertreten, dass nur der Einbezug der gesamten Familie sinnvoll sei, da nur so die familiären Verhältnisse angesprochen werden und Veränderungen immer von allen Beteiligten mitgetragen werden müssten. Betont wurde jedoch auch, dass immer die individuelle Konstellation der Familie zu beachten sei. Andere Befragte vertraten eher die Ansicht, dass eine Konzentration auf die Eltern oder Kernfamilie entscheidend sei und Eltern mit der entsprechenden Kompetenz Veränderungen von sich aus auch in die weitere Familie tragen könnten. In einigen Fällen wurden Peers als entscheidendere Einflüsse als die Familie gesehen.

Weiterhin waren die Befragten sich nicht einig, inwiefern die Ansprache anderer Familienmitglieder als der Eltern (z.B. Großeltern oder Geschwister) in der Praxis realistisch umsetzbar sei. Hier gingen die Meinungen in der zweiten Runde der Befragung sogar noch

weiter auseinander. Im Mittel bestand eine leichte Tendenz, dies als nicht umsetzbar zu beurteilen.

In den angegebenen Begründungen ließen sich folgende Argumentationen erkennen:

Die Ansprache weiterer Familienmitglieder erschiene zwar wünschenswert, sofern ausreichend Ressourcen dafür zur Verfügung stehen. Die Ansprache von Großeltern und Geschwistern wird aber als sehr aufwändig eingeschätzt. Die Erreichung hänge sehr stark von der Art der Maßnahme und dem Setting ab. Großeltern anzusprechen setze voraus, dass diese mit den Settings Kita und Schule regelmäßig in Kontakt kämen.

Weiterhin müssten verschiedene Familienmitglieder von ganz allein erreicht werden, wenn die Familie insgesamt angesprochen und erreicht wird.

Das SkaP-Projekt schließt, dass die direkte Ansprache der Familie als eigene Lebenswelt zudem geeignet ist, Eltern wie auch andere Familienmitglieder zu adressieren. „Derzeit erfolgt die Ansprache der Adressaten meist nur sekundär z. B. über Ärzte, Hebammen, die Kindertagesstätte oder Aushänge in Einrichtungen der Kommune. Je nach Intervention sollte die Ansprache der Adressaten über verschiedene Zugangswege erfolgen – wichtig ist dabei, die Familie als eigene Lebenswelt zu betrachten und nicht ausschließlich über andere Settings anzusprechen“ (Babitsch et al., 2017, S. 117). Auch internationale Publikationen betonen, dass Präventionsmaßnahmen zwar zunehmend versuchen, die Familie stärker einzubeziehen, sie jedoch bislang in den wenigsten Fällen als wirklich familienzentrierte Maßnahmen anzusehen sind, welche Veränderungen auf Ebene der Familie anstreben (Ash et al., 2017; Davison et al., 2012).

### **Empfehlungen:**

***Aufgrund der Bedeutung von Vätern für das kindliche Übergewicht, sollten Väter als Zielgruppe stärker in die Übergewichtsprävention einbezogen werden.***

***Dazu sollten sie gezielt und explizit angesprochen werden, indem Informations- und Interventionsmaterialien auch z.B. Bilder von Vätern zeigen und sich thematisch direkt an Väter richten. Es sollte bei der Ansprache deutlich gemacht werden, dass die Teilnahme von Vätern ausdrücklich erwünscht ist.***

***Gelegenheiten um Väter anzusprechen könnten während der Schwangerschaft (erste Ultraschalltermine sein. Bei Begrüßungsdiensten oder Hausbesuchen z.B. von Hebammen sollten Väter anwesend sein, sofern sie dies wünschen. Dazu sollte deutlich gemacht werden, dass ihre Teilnahme erwünscht ist. Dies lässt sich auch auf andere Altersgruppen übertragen.***

***Mehr Multiplikatoren sollten männlich sowie selbst Väter sein.***

***Um Teilnahmebarrieren abzubauen, sollte die Terminplanung von Maßnahmen die Bedürfnisse von Vätern gezielt berücksichtigen. Zudem sind ggf. traditionelle Rollenbilder verschiedener Kulturen bei der Maßnahmenplanung zu erkunden und zu berücksichtigen, mit denen weitere Barrieren einhergehen können (z.B. ist mit dem Ziel der Übergewichtsprävention nicht impliziert, traditionelle Rollenverteilungen aufzulösen, so dass ggf. in einigen Familien an Väter gerichtete Maßnahmen eher die Bewegungskomponenten von Programmen umfassen könnten, sofern die Ernährung in der Hand der Mutter liegt).***

**Zum Einbezug weiterer Familienmitglieder lassen ich keine spezifischen Empfehlungen aussprechen, die darüber hinaus gehen, die entsprechende Zielgruppe bereits bei der Planung von Maßnahmen einzubeziehen und über geeignete Multiplikatoren oder Multiplikatorinnen gezielt anzusprechen.**

**Inwiefern ein hoher Aufwand bei der gezielten Ansprache von z.B. Großeltern für die Übergewichtsprävention einen Gewinn darstellt, ließe sich nur durch systematische Untersuchungen klären.**

**Maßnahmen, welche die gesamte Familie als Lebenswelt adressieren, sind systematisch zu erproben und in Bezug auf die Erreichbarkeit und geeignete Ansprache zu untersuchen.**

#### **6.5.6.5 Bildungsferne Familien**

Lassen sich anhand der Literatur nicht von sog. „sozial benachteiligten“ Familien abgrenzen und sind dort mitgemeint.

#### **6.5.6.6 Familien mit chronisch kranken oder behinderten Kindern**

Keine Erkenntnisse.

#### **6.5.6.7 Sonstige Lebenslagen**

Keine Erkenntnisse.

### **6.5.7 Spezifische Einflussfaktoren auf Teilnahmebereitschaft/Barrieren**

#### **6.5.7.1 Erziehungsstil**

→ Der Erziehungsstil wird im Zusammenhang mit Interventionskomponenten zur Erziehungskompetenz oben thematisiert (s. unter Handlungsbereiche).

#### **6.5.7.2 Familiärer Zusammenhalt**

Die Familiendynamik scheint für die Übergewichtsprävention sehr wichtig zu sein. So wirken sich positive Interaktionen der Familienmitglieder während der gemeinsamen Mahlzeiten reduzierend auf Stress und positiv auf die Übergewichtsprävention aus (Branscum & Sharma, 2011). Familienzentrierte Programme können den familiären Zusammenhalt erhöhen (Azevedo et al., 2013). Aus der Literatur geht allerdings auch hervor, dass Interventionen in das familiäre System auch zur Unruhe und – etwa bei der Erkenntnis, dass bereits Übergewicht bei Kindern vorliegt – zu einer Verschlechterung des Familienklimas führen können (Cyril et al., 2016). Darüber hinaus scheint der Einbezug anderer Familienmitglieder, außer Eltern bzw. Mütter, sinnvoll für die Stärkung der Familienkohäsion zu sein, weil andere Familienmitglieder, die ursprünglich nicht an der Intervention teilnehmen, u.U. die Ziele der Präventionsmaßnahmen konterkarieren können. Mütter klagen z.B. oft darüber, dass Väter ihren Kindern Süßigkeiten als eine Art Belohnung für gutes Verhalten geben, auch wenn der Süßigkeitenkonsum im Zuge einer Präventionsmaßnahme eingeschränkt werden soll (Berger-Jenkins et al., 2017). In einer anderen Interventionsstudie klagen die Mütter über die Rolle von Vätern und Großeltern bei der Förderung des gesunden Essverhaltens. Väter und Großeltern seien oft kein Vorbild für die Kinder (Väter tendierten in dem betrachteten Kontext dazu, große Portionen zu essen und lange fern zu sehen). Großeltern verhielten sich nachgiebig gegenüber den Wünschen ihrer Enkelkinder (Pocock et al., 2010). Dies spricht dafür, die gesamte Familie in Interventionen zu involvieren, um ein konsistentes Vorgehen innerhalb der Familie herzustellen. Berücksichtigt man die Äußerungen der Befragten zur Erreichbarkeit von

anderen Familienmitgliedern, welche als sehr aufwändig und z.T. von fraglichem Wert angesehen wurde (vgl. oben zu Einbezug anderer Familienmitglieder), ergibt sich die Forderung, Präventionsmaßnahmen stärker auf die Familie als Gesamtsystem auszurichten. D.h. anstelle von Interventionen, welche weitere Familienmitglieder neben dem Kind einbeziehen, tatsächlich familienzentrierte Programme zu erproben.

#### **Empfehlungen:**

**Präventionsprogramme im Bereich Kinderübergewicht sollten dazu beitragen, den familiären Zusammenhalt zu stärken.**

**Wie oben bereits beschrieben, sollten dazu Maßnahmen in der Lebenswelt Familie erprobt und systematisch hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien überprüft werden.**

#### **6.5.7.3 Motivationale Faktoren**

*Allgemeine Anmerkung:* Hier ließen sich zahlreiche weitere Faktoren besprechen, welche als fördernde und hemmende Faktoren der Ansprache bereits angesprochen wurden. Eine Abgrenzung fällt schwer, und zu weiteren Faktoren liegen meist nur einzelne Studien vor.

Die Ermöglichung sozialer Kontakte scheint ein wichtiger motivationaler Faktor zu sein: In einem Review bezeichnen Väter die Interaktion mit anderen Vätern wie auch die Steigerung der „Qualitätszeiten“ (*Quality time*) mit ihren Kindern als sehr positiv. Deshalb sind Angebote, die eine Gruppenberatung oder Schulung einschließen, in der Regel besser von Vätern besucht (O'Connor et al., 2018). Auch andere Studien identifizieren gemeinsame Aktivitäten als Erfolgsfaktor hinsichtlich der Erreichbarkeit durch familienzentrierte Interventionen (Ickes et al., 2016).

Unklar ist, wie sich der elterliche Gewichtsstatus auf die Teilnahmemotivation auswirkt. In einigen Studien nehmen selbst Übergewichtige eher an Präventionsmaßnahmen für ihr Kind teil (z.B. Blaine et al., 2015), in anderen ist es genau umgekehrt (z.B. Ekambareshwar et al., 2018).

Die von uns befragte Experten und Expertinnen waren bis auf Ausnahmen der Meinung, dass übergewichtige Familienmitglieder eher nicht leicht für die Teilnahme an Maßnahmen zur Kinderübergewichtsprävention zu gewinnen seien. Diese Bewertung wurde recht selten begründet. Am häufigsten wurde dabei angegeben, dass befürchtete Stigmatisierung die Eltern von einer Teilnahme abhält. Ein weiterer angegebener Grund war ein allgemein geringes Bewusstsein dafür, ab wann Übergewicht besteht.

#### **6.5.7.4 Körpernormen**

Körpernormen, d.h. Vorstellungen darüber, welche Körperform oder welches Gewicht als gesund oder attraktiv anzusehen sind, sind kulturspezifisch. Amerikanische Studien zeigen z.B. auf, dass lateinamerikanische Eltern im Vergleich zu anderen Gruppen ihre Kinder signifikant seltener als übergewichtig einschätzen, was in der Folge die Teilnahmebereitschaft an Interventionen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas (negativ) beeinflussen kann. Die meisten Eltern sind eher besorgt, dass ihre Kinder unterernährt sein könnten. Sorge bzgl. des Übergewichts äußern die Eltern seltener (Branscum & Sharma, 2011). Dies wird auch in Bezug auf in Deutschland lebende Menschen aus Südeuropa vermutet. Zudem sind Körpernormen stark geschlechtsspezifisch geprägt (Schiek, 2011). Ergebnisse epidemiologischer Studien zeigen darüber hinaus, dass türkeistämmige Kinder unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status einem signifikant höheren Übergewichtsrisiko ausgesetzt sind als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund (Sonnberger, Deutsche & Fiebig, 2011). Zu vermuten sind hier neben unterschiedlichen Ernährungstraditionen und möglicher genetischer Faktoren auch unterschiedliche Vorstellungen idealer Körperbilder.

Hinsichtlich der These „Für die Entscheidung zur Teilnahme sind vor allem Einstellungen zu Körpernormen und gesundheitsbezogenem Lebensstil ausschlaggebend (weniger die Art des Angebots oder der Ansprache)“ waren sich die Befragten nicht einig. Die Antworten fielen hier unterschiedlich aus, im Mittel ist eine leichte Tendenz zur Zustimmung festzustellen. Die Begründungen geben die unterschiedlichen Einstellungen zu diesem Thema wieder. Auf der einen Seite wurde die Meinung vertreten, dass die Attraktivität von Angeboten völlig unerheblich sei und Körpernormen und Problemwahrnehmung die Grundlage jeder Teilnahme wären. Es sei auch kein Anlass zur Teilnahme gegeben, wenn jemand sich mit seinem Übergewicht wohlfühle oder kein Gespür für Gesundheit habe und daher keinen Änderungsbedarf wahrnehme. Andere Befragte vertraten die Meinung, dass sowohl Angebot als auch Einstellungen für die Teilnahmeentscheidung eine Rolle spielten. Am anderen Pol wurde die Meinung vertreten, dass für primärpräventive Angebote, welche sich nicht speziell an Familien mit übergewichtigen Kindern richten, das Angebot in seiner Gestaltung selbst und die Niedrigschwelligkeit wichtiger seien. Hier seien Lust und Spaß und der Vorteil für die Teilnehmenden entscheidend und eine positive Einstellung zum Körper eher Inhalt des Programms. Insbesondere für sozial benachteiligte Zielgruppen spielten dabei die Art der Ansprache, der Bezug zur anbietenden Institution und ähnliche Aspekte eine besondere Rolle, da ein gesundheitsbezogener Lebensstil für die Zielgruppe kein Thema sei. Zu vermuten ist, dass den unterschiedlichen Meinungen z.T. verschiedene Auffassungen über Inhalt und Gestaltung von Programmen zugrunde liegen – mal als primär Übergewicht vermeidend, mal stärker am allgemeinen Wohlbefinden orientiert.

#### **Empfehlungen:**

***Maßnahmenentwickelnde sollten das Körperbild als potenziellen Einflussfaktor auf die Teilnahmebereitschaft im Blick haben und kultur- und geschlechtsspezifische Normen berücksichtigen.***

***Maßnahmen zur Übergewichtsprävention sollten ein positives Körperbild fördern.***

#### **6.5.7.5 Stigmatisierungspotenzial von Maßnahmen**

Das Stigmatisierungspotenzial von Präventionsmaßnahmen kam bereits unter dem Punkt Betonung positiver Aspekte zur Sprache und ist im Zusammenhang mit den Handlungsempfehlungen dort zu betrachten.

Wie bereits oben beschrieben, waren die von uns befragten Expertinnen und Experten überwiegend der Meinung, dass Interventionen, die Übergewicht und dessen negative Folgen explizit benennen, ein großes Stigmatisierungspotenzial bergen.

Dazu wurde angemerkt, dass sich in der Praxis dieser Effekt häufig beobachten lässt und es positiver Ziele mit Betonung von Gesundheit und Lebensqualität bedarf, um die Gefahr der Stigmatisierung zu verringern. Angemerkt wurde auch, dass eine wertschätzende Ansprache sowie die Art der Ausgestaltung einer Maßnahme dieser Gefahr entgegenwirken können. Hervorgehoben wurde außerdem der unterschiedliche Fokus von (Primär-)Prävention versus Gesundheitsförderung: Da Gesundheitsförderung sich per se auf die positiven Ziele Gesundheit und Wohlbefinden konzentriert, sei hier Stigmatisierung nicht zu befürchten.

In einer weiteren These sollte bewertet werden, inwiefern wohnortnahe Angebote die Stigmatisierungsgefahr erhöhen. Dieser Effekt wird in der Literatur im Zusammenhang mit Angeboten, welche gezielt in sozial benachteiligten Stadtteilen angeboten werden, angesprochen (Knaller, 2013). Obwohl sich die Befragten nicht einig waren, wurde überwiegend eine geringe Zustimmung angegeben. Die Begründungen dazu machen deutlich, dass die Befragten sich des Problems der Stigmatisierung in diesem Zusammenhang durchaus bewusst sind. Jedoch wurde insgesamt ein wohnortnahes Angebot an Maßnahmen in seinem fördernden Effekt höher gewichtet als das Potenzial der Stigmatisierung. Hervorgehoben wurde wiederum, dass

die Betonung positiver Aspekte wie Gesundheit und Spaß im Gegensatz zu Übergewicht und Risiken das Stigmatisierungspotenzial minimieren sollte. Außerdem sollten Maßnahmen sich tatsächlich an alle Familien richten und nicht speziell sozial Benachteiligte ansprechen.

Hier wird ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen Zielgruppenspezifität und Stigmatisierungspotenzial sichtbar, was den Befragten durchaus bewusst war.

Als Beispiel wie eine Ansprache aller Familien die Erreichbarkeit steigert, können hier nochmals „Begrüßungsdienste“ angeführt werden. Diese dienen einer Kontaktaufnahme mit allen Familien, verfolgen aber durchaus auch das Ziel, bei dieser Gelegenheit solche Familien mit besonderen Problemen oder Unterstützungsbedarf zu identifizieren und über weiterführende Angebote zu beraten. Als zentral für eine gute Erreichbarkeit wird dabei die Ansprache durchgehend *aller* Familien betont, welche eine Bedingung darstelle, gerade diejenigen Familien mit besonderen Bedarfen durch eine Vermeidung von Stigmatisierung zu erreichen.

#### **Empfehlungen:**

***Sowohl Maßnahmen, welche sich speziell an benachteiligte Gruppen richten als auch solche, welche einem negativ besetzten Merkmal wie Übergewicht vorbeugen, bergen aufgrund ihres Ziels ein unvermeidbares Stigmatisierungspotenzial. Um dem Gefühl oder der Befürchtung einer Stigmatisierung vorzubeugen, sollten Maßnahmen sich an alle Familien richten und nicht speziell an besondere Risikogruppen.***

***Es sollte absolut vermieden werden, der Zielgruppe das Gefühl zu vermitteln, sie sein in irgendeiner Hinsicht defizitär oder hilfebedürftig.***

***Vielmehr sollten positive Ziele und Ressourcen in den Vordergrund gestellt werden.***

#### **6.5.7.6 Stress und spezifische belastende Lebensereignisse**

Hier haben wir weder im Kontext der Übergewichtsprävention noch hinsichtlich der Erreichbarkeit von Eltern/Familien spezifische Hinweise gefunden.

#### **6.5.8 Offene Fragen**

Zu der Frage, wie Maßnahmen zur Primärprävention von Kinderübergewicht ausgestaltet sein müssen, um **nachhaltig** wirksam zu sein, lassen sich keine Aussagen machen. Zum einen fehlen Studien zur langfristigen Wirksamkeit oder Nachhaltigkeit von Primärprävention fast völlig. Zum anderen wird selbst die kurzfristige Wirksamkeit primärer Präventionsprogramme als schwer nachweisbar eingeschätzt. Nicht zuletzt konzentrieren sich die Ergebnisse entsprechender Übersichtsarbeiten bislang vorwiegend auf die Frage, inwiefern sich überhaupt Effekte erzielen lassen. Eine weitere Differenzierung nach Merkmalen der Interventionsgestaltung wird kaum vorgenommen (wenn dann nicht konsistent) und auch der Einbezug der Familie i.d.R. nicht separat ausgewiesen. Auch hinsichtlich des Nationalen Aktionsplans IN FORM kommt der Evaluationsbericht zu dem Schluss, dass es aktuell kaum möglich ist, datenbasiert zu beantworten, welches wirksame Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention sind (Niestroj & Schmidt, 2019). Noch weniger aussagen lässt sich zur nachhaltigen Wirksamkeit hinsichtlich der Handlungsbereiche Medien/Sitzen, Schlaf oder auch Erziehungskompetenz, da sich Evaluationen zu Programmen im Kontext der Übergewichtsprävention i.d.R. auf Ernährungs- und/oder Bewegungskomponenten konzentrieren.

## 7 Diskussion der Ergebnisse

Die Projektziele konnten im Wesentlichen erreicht werden, wenn auch der Zeitplan etwas angepasst werden musste, um Verzögerungen beim Projektbeginn aufzufangen. Die zeitliche Überschneidung zwischen einzelnen Arbeitspaketen war dadurch teilweise etwas größer als geplant und erforderte flexible Anpassungen der Zeitplanung im Verlauf. Auf die Zielerreichung wurde auch bereits im Absatz 5 (Durchführung) zum Projektablauf eingegangen.

Der Wissenschaft-Praxis-Transfer wurde – anders als ursprünglich geplant - gemeinsam mit dem BMG stärker auf einen Dialog bzw. Austausch mit gegenseitiger Bereicherung ausgelegt, nachdem sich der dokumentierte Kenntnisstand zu vielen praktisch relevanten Fragen als recht begrenzt herausstellte. Neben dieser Änderung in der Zielausrichtung wurde auf dem abschließenden Workshop gemeinsam mit dem BMG, Projektträger sowie den Mitarbeitenden der Praxisprojekte beschlossen, dass eine Veröffentlichung einer Endversion von Handlungsempfehlungen für Praktiker und Praktikerinnen bei dem begrenzten in schriftlicher Form existierenden Wissen (nur solches war neben der Delphibefragung Gegenstand von PartFam) nicht sinnvoll erscheint, da eine Praxistauglichkeit solcher Materialien nach Einschätzung der Beteiligten des Workshops einige Konkretisierungen erfordern würde, die aus den Erkenntnissen zum Einbezug von Eltern bzw. Familien derzeit nicht möglich sind. Statt einer unidirektionalen Beratung der Projekte fand daher ein Austausch mit Rückmeldungen zu dem Entwurf von Handlungsempfehlungen statt. Die Handlungsempfehlungen wurden überarbeitet, sind aber dennoch als „Work in Progress“ anzusehen, welche durch die im Verlauf der Praxisprojekte und deren Evaluation zu generierenden, praktisch relevanten Erkenntnisse zu ergänzen sind. Zudem sollte ein weiterer gezielter und strukturierter Austausch mit Praktikerinnen und Praktikern, welche Zielgruppen der Handreichung darstellen, erfolgen. Dabei relevant erscheint zum einen die Erhebung von bislang nicht schriftlich dokumentierten Erfahrungen zum Einbezug von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht. Zum anderen sollten potenzielle Anwendende der Handreichung (Planende und Durchführende von Maßnahmen – wie z.B. Familienhebammen oder Erzieherinnen und Erzieher, Kommunalpolitiker und -politikerinnen – gezielt zu einer praxistauglichen Ausgestaltung der Materialien befragt werden. Diese Arbeitsschritte gingen über die Projektziele von PartFam deutlich hinaus. Eine Möglichkeit der Projektverlängerung zur Umsetzung dieser nächsten Schritte wurde von allen Beteiligten des Workshops als wünschenswert angesehen. Aufgrund der Corona-Krise wurde von solchen Plänen jedoch vorerst Abstand genommen. Die folgende Tabelle 3 stellt die definierten Zielindikatoren und erreichten Teilziele dar.

**Tabelle 3: Soll- Ist-Vergleich bezüglich der PartFam-Teilziele**

<b>Projektziele (Soll):</b>	<b>Erreicht (Ist)</b>
<b>Systematische Literaturrecherche und -auswertung zu den Projekt- Fragestellungen:</b> Suchstrategien für Teilfragestellungen und Datenbanken liegen vor; Informationen aus Volltexten extrahiert; Berichte/Informationen ausgewertet	Suchstrategien für verschiedene Datenbanken wurden zu Beginn des Projektes entwickelt; Titel und Abstracts wurden gesichtet und Volltexte besorgt; Informationen aus Volltexten wurden extrahiert; Verfügbare Informationen aus relevanten deutschsprachigen Präventionsprojekten wurden ausgewertet
<b>Delphi-Befragung:</b> Thesen abgeleitet aus der Literatúrauswertung sind formuliert; Expertenpool ist in Abstimmung mit dem BMG zusammengestellt; Befragung durchgeführt (mind. 2 Runden); konsentierete Einschätzung durch mind. 30 Teilnehmende liegt vor;	Thesen beruhten auf potenziell kontroversen Aussagen, die sich aus der Literatur ableiten ließen, sowie dabei identifizierten Wissenslücken. Es wurden insgesamt 55 Fachleute rekrutiert, die zusagten, an der Befragung teilzunehmen. Die Befragung wurde jeweils als Online-Befragung anonymisiert durchgeführt. Es wurden für

Projektziele (Soll):	Erreicht (Ist)
	<p>die erste Runde 16 Thesen und 3 Ranking-Fragen formuliert. In der zweiten Runde wurden zu denjenigen Thesen offene Nachfragen formuliert, zu denen bereits Konsens bestand, bei den Dissensthesen wurde um eine erneute Bewertung mit Begründung gebeten. In Runde 1 nahmen 44 Personen teil, in Runde 2 haben insg. 39, bis zum Ende 32 teilgenommen. Zu etwa der Hälfte der Thesen lag von Anfang an Konsens vor. Bei den Thesen, zu denen Dissens bestand, konnte auch in Runde 2 kein Konsens erreicht werden. Hier gab es jeweils unterschiedliche Positionen.</p>
<p><b>Erarbeitung von Handlungsempfehlungen:</b>  Ergebnisse aus Literatursauswertung und Delphi- Befragung sind zu Handlungsrichtlinien verdichtet; Empfehlungen sind auf Workshop diskutiert und angepasst worden; Endfassung praxisrelevanter Richtlinien liegt zur Verbreitung vor (als Bericht oder Webseite);</p>	<p>Die Ergebnisse der Literatur- und Projektrecherche sowie der Delphibefragung wurden jeweils zunächst einzeln ausgewertet und dann entsprechend der vorgesehenen Gliederungspunkte zu Handlungsrichtlinien verdichtet; der Entwurf der Empfehlungen wurde auf dem Kick-off-Workshop vorgestellt und diskutiert; die Empfehlungen wurden anhand der Rückmeldungen aus Praxis- und Evaluationsprojekten überarbeitet zu einer vorläufigen Endfassung; gemeinsam wurde auf dem Workshop beschlossen, dass der Kenntnisstand derzeit nicht ausreichend ist, um diese als konkrete Praxisleitlinien zu verbreiten;</p>
<p><b>Wissenschaft-Praxis-Transfer:</b>  Workshop zur Vorstellung der Richtlinien durchgeführt; Vereinbarung zur weiteren Zusammenarbeit und geeigneter Form der Richtlinien erarbeitet; Beratung der Projekte hat stattgefunden</p>	<p>Ein eintägiger Kick-off-Workshop mit Beteiligten der beiden geförderten Praxisprojekte, des Evaluationsprojektes, des PartFam-Projektes, des BMG und des Projektträgers wurde in Bielefeld im Februar 2020 durchgeführt. Es wurde über die weitere Zusammenarbeit und das Vorgehen hinsichtlich der Handlungsrichtlinien beraten; abweichend vom ursprünglichen Ziel fand keine unilaterale Beratung der Praxisprojekte statt, sondern vielmehr ein bilateraler Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis. Rückmeldungen der Projekte gingen in eine Überarbeitung der Handlungsempfehlungen ein.</p>

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Arbeitspakete des PartFam-Projektes als Teilziele größtenteils erfolgreich umgesetzt werden konnten. Der Kenntnisstand zum Einbezug von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht wurde wie geplant aufbereitet, wobei alle vorgesehenen methodischen Bausteine zum Einsatz kamen.

Das übergeordnete Ziel, anhand dieses Kenntnisstandes differenzierte Handlungsempfehlungen für die Praxis zu formulieren, konnte hingegen nur teilweise erreicht werden. Dies war darin begründet, dass der vorliegende dokumentierte Kenntnisstand zu den meisten Aspekten nur recht allgemeine Empfehlungen erlaubte und längst nicht zu allen Teilfragestellungen ausreichendes Wissen zugänglich war. Dies war der Fall, obwohl die Recherchestrategie flexibel angepasst wurde und auch Dokumente und Ergebnisse aus angrenzenden Bereichen (z.B. Frühe Hilfen und Elternbildung) einbezogen wurden. Diese schienen relevant und ließen sich nutzen. Im Wesentlichen lassen sich hier jedoch nur sehr allgemeine Empfehlungen ableiten, welche sich aufgrund mangelnder dokumentierter Erfahrungen kaum hinsichtlich spezifischer Familienmitglieder oder familiären Lebenslagen im Kontext Kinderübergewicht konkretisieren

lassen. Das heißt, dass hier bislang sehr breite Umsetzungsspielräume recht allgemeiner Prinzipien für die Praxis bestehen, ohne dass klare Anleitungen dafür möglich sind, welches Vorgehen für welche Zielgruppe und Lebenslage besonders erfolgversprechend scheint. Konstatieren lässt sich hier insbesondere ein weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich wirklich familienzentrierter Interventionen, welche nicht nur versuchen, Kinder und Familienangehörige über Settings wie Schule und Kita anzusprechen, sondern welche umfassend das gesamte System Familie adressieren.

Inhaltlich konnte die internationale Literatur im Kontext der Prävention kindlichen Übergewichts sowie existierende Handlungsempfehlungen und Berichte zur Erreichbarkeit von Eltern aus anderen Interventionskontexten im Wesentlichen bestätigen, was bereits die Evaluation der Kinderleicht-Regionen hinsichtlich des Einbezugs von Eltern bzw. Familien nahelegte (Ehnl-Lossos et al., 2013). In dieser umfassenden Evaluation bezog sich eine Teilfragestellung direkt auf die Ansprache und Erreichbarkeit der Familien, und Erfahrungen dazu wurden u.a. über Interviews mit den Leitungen einzelner Projekte systematisch empirisch erhoben.

Manche Schlussfolgerungen aus diesen Ergebnissen lassen sich durch unsere Recherche sowohl durch Erfahrungen aus anderen Bereichen als der Prävention von Übergewicht als auch durch internationale Studien untermauern. Jedoch sind kaum darüber hinaus gehende spezifische Erkenntnisse verfügbar. Fragestellungen zur Erreichbarkeit von Familien stehen bislang nicht im Zentrum empirischer Studien oder Evaluationen – auch wenn „am Rande“ desöfteren Probleme bei der Erreichbarkeit konstatiert werden. Insbesondere sind die zu Praxisprojekten aus Deutschland verfügbaren Informationen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Familien sehr begrenzt. Hier ist zu vermuten, dass weitere relevante Erfahrungen in der Praxis existieren, diese liegen jedoch nicht in zugänglicher Form vor. Auch unsere Expertenbefragung stützt im Wesentlichen bereits existierende Empfehlungen, ohne jedoch darüberhinausgehende gewünschte Differenzierungen und Konkretisierungen zu ermöglichen.

Daraus lässt sich schließen, dass sich spezifischere und differenzierte Erkenntnisse hinsichtlich der Teilfragestellungen der PartFam-Studie vor allem dadurch beantworten ließen, dass weitere Praxisprojekte hinsichtlich dieser Fragestellungen untersucht werden. Ohne dass Fragestellungen der Erreichbarkeit Bestandteil gezielter Evaluationen sind, werden sie im Rahmen von Praxisprojekten wie auch wissenschaftlichen Studien selten detailliert genug beschrieben, um daraus klar und differenziert für verschiedene Familienkonstellationen oder Lebenslagen Erfolgsfaktoren ablesen zu können.

Demnach scheinen gezielte weitere Datenerhebungen bzw. empirische Untersuchungen notwendig, um das praxisrelevante Wissen zu erfassen und zu systematisieren, welches bislang nicht dokumentiert wurde.

Zudem ließen sich spezifischere Erkenntnisse zur Erreichbarkeit von Familien in verschiedenen Lebenslagen und zur Ausgestaltung von Maßnahmen gewinnen, indem verschiedene Zugänge und Vorgehensweisen systematisch erprobt, gründlich dokumentiert und hinsichtlich von Fragestellungen zum Einbezug von Familien evaluiert werden. Die notwendigen Merkmale dazu sind i.d.R. in Bezug auf die Beschreibung existierender Projekte nicht ausreichend verfügbar und damit auf Einzelprojektebene schwer systematisch zu bewerten.

Auch internationale Studienergebnisse zur Prävention von Kinderübergewicht ermöglichen meist keine differenzierten Aussagen zu Aspekten der Erreichbarkeit von Familien. Wenn dieses Thema gezielt angesprochen wird, dann ist oft entweder unklar, wie genau die entsprechende Intervention aussah, oder aber inwiefern die Übertragbarkeit auf die Verhältnisse hierzulande möglich ist und unter welchen Umständen.

Positiv anmerken lässt sich, dass existierende Handlungsempfehlungen, welche sich allgemein auf die Erreichbarkeit von Eltern oder aber vulnerablen Gruppen beziehen, anscheinend

weitestgehend auch auf den untersuchten Bereich der Prävention von Kinderübergewicht beziehen lassen. Hier unterscheiden sich die empfohlenen Herangehensweisen nicht wesentlich. Lediglich Konkretisierungen hinsichtlich der Differenzierung z.B. von Zielgruppen oder Interventionsbereichen lassen sich mit Bezug auf Kinderübergewicht kaum vornehmen. So bleibt die konkrete Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen, welche geeignet sind, die Zielgruppen gut zu erreichen, in vielen Punkten (z.B. Auswahl geeigneter Settings und Veranstaltungsorte, von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Kontexten der Ansprache, Gestaltungsprinzipien hinsichtlich von Interventionsmaterialien etc.) weiterhin sehr individuell und erfordert einiges an Vorbereitung.

Abschließend feststellen lässt sich jedoch auch, dass trotz der großen Übereinstimmung von Empfehlungen zur Erreichbarkeit von Familien aus verschiedenen Kontexten (neben Übergewichtsprävention auch Prävention allgemein, Frühe Hilfen und Elternbildung) diese Empfehlungen noch nicht durchgehend umgesetzt werden.

**Fazit:** Um den Kenntnisstand zur Erreichbarkeit von Familien weiter auszubauen, sollten neue Projekte zur Prävention von Kinderübergewicht Aspekte wie ihr Vorgehen bei der Ansprache von Familien (Ort und Art der Ansprache, Person die anspricht) genau dokumentieren und den Erfolg verschiedener Vorgehensweisen differenziert nach Zielgruppe (Familienkonstellation, Alter des Kindes, spezifische Lebenslagen, Handlungsbereiche und Setting der Maßnahme) evaluieren. Auch die Intervention sollte in ihren Bestandteilen übersichtlich beschrieben werden:

- Wer überbringt die Intervention, welche Qualifikation haben die Personen, die das tun?
- Was sind die vermittelten Inhalte?
- Anhand von welchen Materialien, und mit welchen didaktischen Elementen werden die Inhalte vermittelt?

Zudem sollten Datenbanken abgeschlossener Projekte bzw. Interventionen öffentlich zugänglich gemacht werden (der PartFam-Studie ist es z.B. nicht gelungen, an bereits existierende und abgeschlossene Studien, wie etwa die der SkAP-Studie, direkt anzuknüpfen, da entsprechende Daten nicht öffentlich bzw. zugänglich sind). Ein Austausch zwischen den verschiedenen Projekten würde eine systematische Erforschung von Zusammenhängen verschiedener Merkmale wie Zielgruppe, Intervention und Erreichbarkeit ermöglichen.

## 8 Gender Mainstreaming Aspekte

Genderaspekte wurden in der PartFam-Studie durchgängig berücksichtigt. Grundlage der folgenden Gliederung sind die Kriterien zu Gender Mainstreaming in der Durchführung von Forschungs- und Entwicklungsvorhaben von April 2017:

### **Titel, Abstract**

Im Titel des Projektes werden durch die Verwendung des Begriffs „Familie“ alle Geschlechter angesprochen.

### **Theoretischer Rahmen / Literaturreview**

Genderaspekte sind – soweit möglich – bei der Entwicklung des Forschungsdesigns und der Literaturrecherche (Differenzierung nach Geschlecht der Kinder sowie der Familienmitglieder) berücksichtigt worden. Bei der Projektrecherche wurde zudem u.a. gezielt nach Ansatzpunkten der familiären Übergewichtsprävention unter Beteiligung von Vätern sowie nach spezifischen Ansprache-Strategien gesucht, die eine (bessere) Erreichung von Vätern intendieren. Entsprechende Befunde wurden dokumentiert und ggf. als Good-Practice-Beispiele zitiert. Insgesamt wurden Genderaspekte allerdings in dem gesichteten Material kaum thematisiert, was sich, wie oben beschrieben, in den Ergebnissen widerspiegelt.

### ***Projektorganisation***

Im Projektteam ist neben weiblichen Mitarbeiterinnen inkl. der Projektleitung, auch ein männlicher Mitarbeiter tätig gewesen, der aufgrund seiner Qualifikation Einfluss auf das Forschungsdesign, auf die Interpretation der Befunde und die Formulierung der Handlungsempfehlungen ausüben konnte.

### ***Forschungsfrage***

Hinsichtlich familiärer Einflüsse spielt die Esskultur der Familie eine bedeutsame Rolle bei der Entwicklung oder aber Vorbeugung von Übergewicht. Für die Ernährung der Familie sind oft vorwiegend die Mütter verantwortlich. Deshalb werden bislang auch v.a. Mütter als Zielpersonen für familiäre Präventionsprogramme angesprochen und erforscht, während über den Beitrag und die Bedürfnisse von Vätern noch kaum systematisches Wissen vorliegt, obwohl Väter durchaus ebenfalls zu gewichtsrelevanten Einstellungen und Verhalten ihrer Kinder beitragen. Aus diesen Gründen wurden Genderaspekte – soweit möglich – sowohl bei der Literaturrecherche als auch bei der Delphi-Befragung (angemessene Repräsentation beider Geschlechter und Berücksichtigung von Gender in den Thesen) und der Erstellung der Handlungsempfehlungen berücksichtigt.

Allerdings stellte sich heraus, dass, mit Ausnahme einiger Publikationen zur Rolle von Vätern einer einzelnen Forschungsgruppe, Gender in den gesichteten Publikationen und Projekten eine sehr geringe Rolle einnahm und diese Genderaspekte kaum thematisierten. Aufgrund dieser Tatsache können auch die aus dem PartFam-Projekt resultierenden Ergebnisse und Empfehlungen die Bedeutung des sozialen Geschlechts zumeist nicht in angemessener Form reflektieren.

### ***Studiendesign/Stichprobe***

Bei der Rekrutierung von Experten und Expertinnen für die Delphi-Studie wurde auf eine angemessene Repräsentation beider Geschlechter geachtet. Genderaspekte wurden – sofern für das Erkenntnisinteresse relevant – auch bei der Entwicklung/Formulierung der Thesen für den Online-Fragebogen berücksichtigt, so etwa unter den Kriterien „Einfluss Geschlecht des Kindes auf die Teilnahme“, „Einfluss Geschlecht des Kindes auf die Wirksamkeit“ sowie „Einfluss adressiertes Familienmitglied auf die Teilnahme und Wirksamkeit“ (z.B. eine These betreffend Zugangswege zur Erreichung von Vätern).

### ***Forschungsmethoden / Instrumente / Maßnahmen***

Bei der Konzeption des Fragebogens für die Delphi-Befragung wurde sowohl bei der Adressierung / Begrüßung der Teilnehmenden als auch bei der Formulierung der Thesen auf eine gendersensible bzw. neutrale Anrede geachtet. Demnach waren die benutzten Methoden auf Personen aller Geschlechter gleichermaßen anwendbar.

### ***Datensammlung***

Eine geschlechtsspezifische Erhebung und Auswertung von Daten ist im Falle des Forschungsdesigns des Projektes PartFam nicht erforderlich gewesen, da a) Studien und Projekte (und nicht Einzelpersonen) als relevante Informationsquellen betrachtet worden sind, und b) weil bei der Delphi-Studie die Erhebung von Meinungen und Einschätzungen von Expertinnen und Experten allgemein intendiert war, ohne eine spezielle Berücksichtigung möglicher geschlechtsbedingter Unterschiede im Antwort-/ Bewertungsverhalten in den Mittelpunkt der Fragestellung zu stellen. Zudem war aus Datenschutzgründen nicht möglich, aus den Rückmeldungen zu den Thesen Rückschlüsse auf das Geschlecht der jeweils antwortenden Person zu ziehen.

### ***Datenanalyse und Datenpräsentation***

→ siehe „Datensammlung“

## **Sprache**

Im Titel des Projektes werden durch die Verwendung des Begriffs „Familie“ alle Geschlechter adressiert. Auch die entstandenen Dokumente sind soweit möglich in einer geschlechterneutralen bzw. gendergerechten Sprache verfasst. Lediglich bei einigen feststehenden zusammengesetzten Begriffen, mit denen meist ganze Personengruppen angesprochen sind (z.B. *Expertenbefragung*, *Multipikatorenansatz*), wurde teilweise das Geschlecht nicht berücksichtigt, um entsprechende Begrifflichkeiten nicht zu verzerren und sprachlich nicht übermäßig komplex zu gestalten.

## **Evaluation**

Nichtzutreffend, da keine Evaluation vorgesehen.

## **Schlussfolgerungen / Empfehlungen**

Sofern die im Forschungsprozess gezogenen Schlussfolgerungen und Empfehlungen Unterschiede und Besonderheiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf beispielsweise die Art der Ansprache, den Grad der Erreichbarkeit und Involvierung von Familienmitgliedern hinsichtlich von Präventionsvorhaben thematisieren, so werden diese Unterschiede mit Bezug auf die Praxisrelevanz diskutiert. Allerdings wurden Genderaspekte in den ausgewerteten Dokumenten wenig thematisiert. Gender nahm in den gesichteten Publikationen und Projekten eine sehr geringe Rolle ein. Damit stellt das soziale Geschlecht ein weiteres Differenzierungsmerkmal dar, zu dem sich hinsichtlich des Einbezugs von Familien bei der Prävention von Kinderübergewicht weiterer Forschungsbedarf feststellen lässt.

## 9 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Als Teil des Kick-off-Workshops wurde der erste Entwurf der Handlungsempfehlungen den Teilnehmenden der Praxisprojekte zur Verfügung gestellt. Gemeinsam mit diesem und dem BMG wurde allerdings entschieden, dass der Kenntnisstand derzeit zu unvollständig ist, um die Empfehlungen als fertige Anleitung unter praktisch Tätigen zum Gebrauch zu verbreiten. Vielmehr soll dieser Schritt erst erfolgen, nachdem die Ergebnisse der Praxisprojekte und der Evaluation in die Empfehlungen integriert worden sind. Die Arbeitsergebnisse werden zu diesem Zweck an das Evaluationsprojekt weitergegeben.

Der interessierten Fachöffentlichkeit können Ergebnisse wie dieser Abschlussbericht jederzeit zugänglich gemacht werden (z.B. über das Internet).

Im Berichtszeitraum sind keine Veröffentlichungen und / oder Beiträge zu Kongressen, Pressemitteilungen etc. entstanden. Eine Vorstellung auf Kongressen war für das Jahr 2020 vorgesehen, wurde jedoch aufgrund der Corona-Situation bislang verschoben. Geplant sind ein Beitrag auf dem Kongress Armut und Gesundheit und auf einer Übergewichts-spezifischen nationalen Tagung (z.B. DAG). Die Publikation der Ergebnisse des Literaturüberblicks in Form eines Scoping Reviews ist im Rahmen einer deutschsprachigen Fachzeitschrift geplant.

## 10 Verwertung der Projektergebnisse

Zentrales Ergebnis im Hinblick auf den Transfer in die Präventionspraxis sind die im Kapitel 6 dieses Berichts diskutierten Rechercheergebnisse und Handlungsempfehlungen zur Partizipation von Familien bei Maßnahmen zur Primärprävention von Kinderübergewicht. Zu letzteren wurde eine Handreichung erarbeitet, welche die Empfehlungen in Kurzform umfasst. Diese Fassung wurde in der letzten Projektphase anhand der Rückmeldungen aus den Praxisprojekten überarbeitet und um einige praxisrelevante Elemente (wie die Checklisten) ergänzt.

Die vorgelegten Handlungsempfehlungen richten sich an alle an der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Kinderübergewicht beteiligten Akteuren wie z.B. Kita- oder Schulpersonal, Leitungspersonal beteiligter Kinder-, Jugend- oder Familieneinrichtungen, Quartiersmanagement, Angehörige einschlägiger Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. Hebammen) oder auch Kommunal-/Regionalpolitikerinnen und -politiker und andere Multiplikatoren und Multiplikatorinnen.

Diese Stakeholder sollen durch Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen dabei unterstützt werden, eigene Maßnahmen zur Einbeziehung von Familien in der Prävention von Kinderübergewicht adäquat zu planen und umzusetzen.

Wir gehen hierbei davon aus, dass die Anwender der Handlungsempfehlungen nicht nur die identifizierten Wissenslücken und offene Fragen adressieren werden, sondern darüber hinaus die Handlungsempfehlungen selber vor dem Hintergrund der konkreten Projektarbeit weiterentwickeln und präzisieren sollten. Dazu werden sie in ihrer jetzigen Form zunächst an die Folgeprojekte des Förderschwerpunktes weitergegeben.

Zudem sollte ein weiterer gezielter und strukturierter Austausch mit Professionellen aus der Praxis, welche die Zielgruppen der Handreichung darstellen, erfolgen, die bisher ableitbare Handlungsempfehlungen einer kritischen Überprüfung in ihrer täglichen Arbeit unterziehen könnten. Dabei relevant erscheint zum einen die Erhebung von bislang nicht schriftlich dokumentierten Erfahrungen zum Einbezug von Familien (Was funktioniert in welchen Kontexten und bei wem?). Zum anderen sollten potenzielle Anwendende der Handreichung (Planende und Durchführende entsprechender Präventionsmaßnahmen) gezielt nach ihren Bedürfnissen an eine praxistaugliche Ausgestaltung der Materialien befragt werden. Diese Arbeitsschritte gingen über die Projektziele von PartFam deutlich hinaus. Eine Möglichkeit der Projektverlängerung bzw. eines Folgeprojektes zur Umsetzung dieser nächsten Schritte wurde von allen Beteiligten des Workshops als wünschenswert angesehen. Aufgrund der Corona-Krise wurde von solchen Plänen jedoch vorerst Abstand genommen.

Durch eine weitere Verfolgung dieser Ansätze kann der Forschungsstand bzw. das praxisrelevante Wissen nachhaltig ausgebaut werden und zu einer effizienteren und effektiveren Nutzung von Ressourcen bei der Prävention von Kinderübergewicht in Deutschland beitragen. Zudem kann eine solche Entwicklung bei der Weiterentwicklung gesetzlicher Grundlagen der Präventionsarbeit in Deutschland herangezogen werden.

## 11 Publikationsverzeichnis

Zum Zeitpunkt des Projektabschlusses sind im Rahmen des Projektes noch keine weiteren Publikationen entstanden.

## 12 Verwendete Literatur

- Adamaszek, K. & Schneider, R. (2010). Praxis der Begleitung im Modellprojekt „Pro Kind“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 5(4), 340–346. <https://doi.org/10.1007/s11553-010-0260-3>
- Alberdi, G., McNamara, A. E., Lindsay, K. L., Scully, H. A., Horan, M. H., Gibney, E. R. et al. (2016). The association between childcare and risk of childhood overweight and obesity in children aged 5 years and under: a systematic review. *Eur J Pediatr*, 175, 1277–1294. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2768-9>
- Arenz, S., Rückerl, R., Koletzko, B. & Kries, R. von. (2004). Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1247–1256. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802758>
- Ash, T., Agaronov, A., Young, T.'L., Aftosmes-Tobio, A. & Davison, K. K. (2017). Family-based childhood obesity prevention interventions: a systematic review and quantitative content analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2>
- Aue, K. & Korsten-Reck, U. (2013). Perinatale Programmierung und langfristiges Übergewichtsrisko. *peb-Transfer*, (03), 1–7.
- Avis, J. L. S., Holt, N. L., Maximova, K., van Mierlo, T., Fournier, R., Padwal, R. et al. (2016). The development and refinement of an e-health screening, brief intervention, and referral to treatment for parents to prevent childhood obesity in primary care. *Telemedicine Journal and E-Health*, 22(5), 385–394. <https://doi.org/10.1089/tmj.2015.0128>
- Azevedo, K. J., Mendoza, S., Fernández, M., Haydel, K. F., Fujimoto, M., Tirumalai, E. C. et al. (2013). Turn Off the TV and Dance! Participation in Culturally Tailored Health Interventions: Implications for Obesity Prevention among Mexican American Girls. *Ethnicity & Disease*, 23(4), 452–461.
- Babitsch, B., Brandes, I., Geene, R., Hassel, H., Kliche, T., Paulus, P. et al. (2017). *Systematisierung konzeptioneller Ansätze zur Prävention von Kinderübergewicht in Lebenswelten (SkAP). Abschlussbericht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Berichte/SkAP\\_Abschlussbericht\\_mit\\_Anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/SkAP_Abschlussbericht_mit_Anhang.pdf)
- Babitsch, B. & Dadaczynski, K. (2018). Konzeptionelle Ansätze in der Prävention von Kinderübergewicht: Umsetzung der Ziele, methodische Vorgehensweise und Ergebnisse im SKAP-Projekt. In K. Dadaczynski, E. Quilling, U. Walter & W. Ahrens (Hrsg.), *Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten* (1. Auflage, S. 257–264). Bern: Hogrefe.
- Bacchetta, B. (2018). Praxisbeispiel 1: Gesundheitsförderung und Prävention in Familien – die Rolle von Hebammen und Familienhebammen. In K. Dadaczynski, E. Quilling, U. Walter & W. Ahrens (Hrsg.), *Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten* (1. Auflage, S. 277–283). Bern: Hogrefe.
- Barlow, S. E. (2007). Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report. *Pediatrics*, 120(Supplement), S164-S192. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2329C>
- Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung* (1. Aufl.). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.
- Berheide, R. & Griebelmann, K. (2018). Prävention: Nachhaltige Strategien gesucht. *Deutsches Ärzteblatt*, 115(17), A815-816. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/197604/Praevention-Nachhaltige-Strategien-gesucht>
- Berge, J. M., MacLehose, R. F., Loth, K. A., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A. & Neumark-Sztainer, D. (2015). Parent-adolescent conversations about eating, physical activity and weight: prevalence across sociodemographic characteristics and associations with adolescent weight and weight-related behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(1), 122–135. <https://doi.org/10.1007/s10865-014-9584-3>

- Berger-Jenkins, E., Jarpe-Ratner, E., Giorgio, M., Squillaro, A., McCord, M. & Meyer, D. (2017). Engaging Caregivers in School-Based Obesity Prevention Initiatives in a Predominantly Latino Immigrant Community: A Qualitative Analysis. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 49(1), 53-59.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.004>
- Bergström, H., Haggård, U., Norman, Å., Sundblom, E., Schäfer Elinder, L. & Nyberg, G. (2015). Factors influencing the implementation of a school-based parental support programme to promote health-related behaviours—interviews with teachers and parents. *BMC Public Health*, 15, 541. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1896-x>
- Biddle, S. J. H., García Bengoechea, E. & Wiesner, G. (2017). Sedentary behaviour and adiposity in youth: a systematic review of reviews and analysis of causality. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0497-8>
- Biddle, S. J. H., Petrolini, I. & Pearson, N. (2014). Interventions designed to reduce sedentary behaviours in young people: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 182–186. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2013-093078>
- Biro, F. M. & Wien, M. (2010). Childhood obesity and adult morbidities. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91(5), 1499S-1505S. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.28701B>
- Blaine, R. E., Pbert, L., Geller, A. C., Powers, E. M. & Mitchell, K. (2015). Parent preferences for telephone coaching to prevent and manage childhood obesity. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1074), 206–211. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2014-132928>
- Boos, N. (2018). *Auf dem Weg: Erfahrungen und aktuelle Entwicklungen aus der Landesinitiative „Kommunale Präventionsketten Nordrhein-Westfalen“*. Zugriff am 06.01.2020. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/aktuelles/?artikel2=1124>
- Böttcher, S. & Jahn, I. (2014). Ernährungsalltag von Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(4), 247–252. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0459-9>
- Bourdeaudhuij, I. de, Verbestel, V., Henauw, S. de, Maes, L., Marild, S., Moreno, L. A. et al. (2015). Implementation of the IDEFICS intervention across European countries: perceptions of parents and relationship with BMI. *Obesity Reviews*, 16 Suppl 2, 78–88. <https://doi.org/10.1111/obr.12330>
- Branscum, P. & Sharma, M. (2011). A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade. *Obesity Reviews*, 12, e151–e158. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00809.x>
- Brown, C. L., Halvorson, E.E., Cohen, G. M., Lazorick, S. & Skelton, J. A. (2015). Addressing Childhood Obesity: Opportunities for Prevention. *Pediatric Clinics of North America*, 62(5), 1241–1261. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2015.05.013>
- Brown, T., Moore, T. H., Hooper, L., Gao, Y., Zayegh, A., Ijaz, S. et al. (2019). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD001871. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001871.pub4>
- Buchebner-Ferstl, S., Baierl, A., Kapella, O. & Schipfer, O. K. (2011). *Erreichbarkeit von Eltern in der Elternbildung*. Zugriff am 19.12.2019. Verfügbar unter: [https://www.eltern-bildung.at/fileadmin/user\\_upload/Downloads/FB\\_8\\_Erreichbarkeit\\_Elbi\\_24102011End.pdf](https://www.eltern-bildung.at/fileadmin/user_upload/Downloads/FB_8_Erreichbarkeit_Elbi_24102011End.pdf)
- Bucksch, J., Kolip, P. & Alfes, J. (2016). *Entwicklung prototypischer Interventionsmaterialien zur Reduzierung von Sitzzeiten von Kindern im Setting Familie. Abschlussbericht*. Bielefeld: Universität Bielefeld. Verfügbar unter: [https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Kinderuebergewicht\\_Sitzzeiten\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Kinderuebergewicht_Sitzzeiten_Abschlussbericht.pdf)
- Bühler, A., Kröhl, C., Bergmann, S. & Shaw, R. (2008). „Immer Zirkus ums Essen“ im Kindergarten - Entwicklung und Evaluation einer kindergartenbasierten Intervention zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. München. Verfügbar unter: <https://www.tib.eu/suchen/id/TIBKAT:589506951/> <https://doi.org/10.2314/GBV:589506951>
- Byrd-Bredbenner, C., Delaney, C., Martin-Biggers, J., Koenings, M. & Quick, V. (2017). The marketing plan and outcome indicators for recruiting and retaining parents in the Home-Styles randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 540. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2262-3>
- Choi, F. (2012). Elterliche Erziehungsstile in sozialen Milieus. In *Handbuch Bildungs- und Erziehungssoziologie* (S. 929–945). Wiesbaden: Springer VS.

- Cinelli, R. L. & O'Dea, J. A. (2016). Obesity Prevention Programs in Children: Impact on Weight, Shape and Food Concern. *Current Obesity Reports*, 5(1), 88–96. <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0195-x>
- Clarke, J., Fletcher, B., Lancashire, E., Pallan, M. & Adab, P. (2013). The views of stakeholders on the role of the primary school in preventing childhood obesity: a qualitative systematic review. *Obesity Reviews*, 14(12), 975–988. <https://doi.org/10.1111/obr.12058>
- Craike, M., Wiesner, G., Hilland, T. A. & Bengoechea, E. G. (2018). Interventions to improve physical activity among socioeconomically disadvantaged groups: an umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0676-2>
- Cremer, M. (2010). *Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen* (Gesundheitsförderung konkret, Bd. 13). Köln: BZgA.
- Cuhls, K. (2019). Die Delphi-Methode – eine Einführung. In M. Niederberger & O. Renn (Hrsg.), *Delphi-Verfahren in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Konzept, Varianten und Anwendungsbeispiele* (3-31). Springer VS. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21657-3\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21657-3_1)
- Cyril, S., Green, J., Nicholson, J. M., Agho, K. & Renzaho, A. M. N. (2016). Exploring Service Providers' Perspectives in Improving Childhood Obesity Prevention among CALD Communities in Victoria, Australia. *PLoS ONE*, 11(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162184>
- Cyril, S., Nicholson, J. M., Agho, K., Polonsky, M. & Renzaho, A. M. (2017). Barriers and facilitators to childhood obesity prevention among culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 41(3), 287–293. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12648>
- Daniels, L. A., Wilson, J. L., Mallan, K. M., Mhrshahi, S., Perry, R., Nicholson, J. M. et al. (2012). Recruiting and engaging new mothers in nutrition research studies: lessons from the Australian NOURISH randomised controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 129. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-129>
- Davison, K. K., Charles, J. N., Khandpur, N. & Nelson, T. J. (2017). Fathers' Perceived Reasons for Their Underrepresentation in Child Health Research and Strategies to Increase Their Involvement. *Maternal and Child Health Journal*, 21(2), 267–274. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2157-z>
- Davison, K. K., Gavarkovs, A., McBride, B., Kotelchuck, M., Levy, R. & Taveras, E. M. (2019). Engaging Fathers in Early Obesity Prevention during the First 1,000 Days: Policy, Systems, and Environmental Change Strategies. *Obesity*, 27(4), 525–533. <https://doi.org/10.1002/oby.22395>
- Davison, K. K., Gicevic, S., Aftosmes-Tobio, A., Ganter, C., Simon, C. L., Newlan, S. et al. (2016). Fathers' Representation in Observational Studies on Parenting and Childhood Obesity: A Systematic Review and Content Analysis. *American Journal of Public Health*, 106(11), e14–e21. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303391>
- Davison, K. K., Kitos, N., Aftosmes-Tobio, A., Ash, T., Agaronov, A., Sepulveda, M. et al. (2018). The forgotten parent: Fathers' representation in family interventions to prevent childhood obesity. *Preventive Medicine*, 111, 170–176. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.02.029>
- Davison, K. K., Lawson, H. A. & Coatsworth, J. D. (2012). The Family-centered Action Model of Intervention Layout and Implementation (FAMILI): the example of childhood obesity. *Health Promotion Practice*, 13(4), 454–461. <https://doi.org/10.1177/1524839910377966>
- Dellert, J. C. & Johnson, P. (2014). Interventions with children and parents to improve physical activity and body mass index: a meta-analysis. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 28(4), 259–267. <https://doi.org/10.4278/ajhp.120628-LIT-313>
- Department of Health, Social Services and Public Safety (2009). *Families Matter: Supporting Families in Northern Ireland. Regional Family and Parenting Strategy*. Zugriff am 19.12.2019. Verfügbar unter: <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/dhssps/families-matter-strategy.pdf>

- Dubois, L. & Girard, M. (2006). Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *International Journal of Obesity*, 30(4), 610–617. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803141>
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360(9331), 473–482. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09678-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09678-2)
- Ehlen, S., Dreiskämper, D., Utesch, T. & Rehaag, R. (2018). Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(3), 254–260. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0640-7>
- Ehnle-Lossos, M., Grillenberger, M., Hanssen-Doose, A., Heyer, A., Hose, A., Matthes-Stiebel, J. et al. (2013, April). *Evaluation des Modellvorhabens „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-Regionen“*. Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen für Entscheider, Projektförderer und Projektnehmer (Max Rubner-Institut (MRI), Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Hrsg.). Karlsruhe. Verfügbar unter: [https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Evaluationsabschlussbericht KINDERLEICHT-Regionen\\_01.pdf](https://www.inform.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Evaluationsabschlussbericht KINDERLEICHT-Regionen_01.pdf)
- Ekambareshwar, M., Mhrshahi, S., Wen, L. M., Taki, S., Bennett, G., Baur, L. A. et al. (2018). Facilitators and challenges in recruiting pregnant women to an infant obesity prevention programme delivered via telephone calls or text messages. *Trials*, 19. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2871-5>
- Finne, E. (2014). *Bewegung, Körpergewicht und Aspekte des Wohlbefindens im Jugendalter*. Dissertation. Universität Bielefeld, Bielefeld. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:361-26845824>
- Franzke, A., Schmitt, J. & Schultz, A. (2017). *Wenn „schwer erreichbar“ nicht nur Merkmal von Zielgruppen ist ... Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit sechsjährigen Kindern*. Materialien zur Prävention, Werkstattbericht (Bertelsmann Stiftung und Faktor Familie, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://www.bertelsmannstiftung.de/en/publications/publication/did/wenn-schwer-erreichbar-nicht-nur-merkmal-von-zielgruppen-ist/>
- Franzke, A. & Schultz, A. (2016). *Früh übt sich ... Bedingungen und Formen der Inanspruchnahme präventiver Angebote von Familien mit dreijährigen Kindern*. Materialien zur Prävention, Werkstattbericht (Bertelsmann Stiftung und Faktor Familie, Hrsg.). Verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/frueh-uebt-sich/>
- French, S. A., Story, M. & Jeffery, R. W. (2001). Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, 22, 309–335. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.22.1.309>
- Friedman, J. M. (2004). Modern science versus the stigma of obesity. *Nature Medicine*, 10(6), 563–569. <https://doi.org/10.1038/nm0604-563>
- Fröschl, B., Wirl, C. & Haas, S. (2009). *Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention)* (DIMDI, Hrsg.) (HTA-Bericht). Wien: ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH. <https://doi.org/10.3205/HTA000067L>
- Garcia-Dominic, O., Wray, L. A., Trevino, R. P., Hernandez, A. E., Yin, Z. & Ulbrecht, J. S. (2010). Identifying barriers that hinder onsite parental involvement in a school-based health promotion program. *Health Promotion Practice*, 11(5), 703–713. <https://doi.org/10.1177/1524839909331909>
- Geene, R. (2018). Familiäre Gesundheitsförderung: Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 61(10), 1289–1299. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z>
- Geene, R., Thyen, U., Quilling, E. & Bacchetta, B. (2016). Familiäre Gesundheitsförderung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 222–229. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0560-3>
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2018). *Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 1. Oktober 2018*. Berlin.

- Golley, R. K., Hendrie, G. A., Slater, A. & Corsini, N. (2011). Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? *Obesity Reviews*, 12(2), 114–130.
- Graf, C. (Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Hrsg.). (2010). *Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver bzw. gesundheitsfördernder Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen*. Zugriff am 19.12.2019. Verfügbar unter: [https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/gesundfoerd/qualitaet/planungshilfe\\_praevention\\_uebergewicht\\_liga\\_nrw\\_2010.pdf](https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/gesundfoerd/qualitaet/planungshilfe_praevention_uebergewicht_liga_nrw_2010.pdf)
- Harachi, T. W., Catalano, R. F. & Hawkins, J. D. (1997). Effective Recruitment for Parenting Programs within Ethnic Minority Communities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(1), 23–39. <https://doi.org/10.1023/A:1024540829739>
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C. & Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index, and eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 332–338. <https://doi.org/10.1002/eat.20612>
- Hearn, L. A., Miller, M. R. & Campbell-Pope, R. (2008). Review of evidence to guide primary health care policy and practice to prevent childhood obesity. *Medical Journal of Australia*, 188(8 Suppl), S87-91.
- Hebebrand, J., Bammann, K. & Hinney, A. (2010). Genetische Ursachen der Adipositas. Zum Stand der Forschung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(7), 674–680. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1078-z>
- Higgins Neyland, M. K., Shank, L. M., Burke, N. L., Schvey, N. A., Pine, A., Quattlebaum, M. et al. (2019). Parental deployment and distress, and adolescent disordered eating in prevention-seeking military dependents. *International Journal of Eating Disorders*. <https://doi.org/10.1002/eat.23180>
- Hilbig, A., Stahl, L., Avci, Ö., Dinter, J. & Kersting, M. (2014). Verständnis der bestehenden Ernährungsempfehlungen für Säuglinge bei Müttern deutscher und türkischer Herkunft. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(2), 99–103. <https://doi.org/10.1007/s11553-014-0430-9>
- Hill, J. O. (2006). Understanding and addressing the epidemic of obesity: an energy balance perspective. *Endocrine Reviews*, 27(7), 750–761. <https://doi.org/10.1210/er.2006-0032>
- Hingle, M. D., O'Connor, T. M., Dave, J. M. & Baranowski, T. (2010). Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: a systematic review. *Preventive Medicine*, 51(2), 103–111. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.04.014>
- Hoerr, S. L., Hughes, S. O., Fisher, J. O., Nicklas, T. A., Liu, Y. & Shewchuk, R. M. (2009). Associations among parental feeding styles and children's food intake in families with limited incomes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 55. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-55>
- Huber, G. & Baldus, A. (2009). *Normalgewicht - das Deltaprinzip. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen*. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Ickes, S., Mahoney, E., Roberts, A. & Dolan, C. (2016). Parental Involvement in a School-Based Child Physical Activity and Nutrition Program in Southeastern United States: A Qualitative Analysis of Parenting Capacities. *Health Promotion Practice*, 17(2), 285–296. <https://doi.org/10.1177/1524839915616363>
- IGES Institut. (2018). *Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. Handlungsempfehlungen für die Praxis* (GKV-Spitzenverband, Hrsg.). Berlin: IGES Institut. Zugriff am 11.09.2019. Verfügbar unter: [https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Ereichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf\\_VulnGruppen\\_BF.pdf](https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Handlungsempfehlungen-Praxis-Strategien-Ereichbarkeit-Vulnerable-Gruppen-Praevention-Gesundheitsfoerderung-Kommunen-HEmpf_VulnGruppen_BF.pdf)
- Jago, R., Steeds, J. K., Bentley, G. F., Sebire, S. J., Lucas, P. J., Fox, K. R. et al. (2012). Designing a physical activity parenting course: Parental views on recruitment, content and delivery. *BMC Public Health*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-356>
- Jurkowski, J. M., Mills, L. L. G., Lawson, H. A., Bovenzi, M. C., Quartimon, R. & Davison, K. K. (2013). Engaging Low-Income Parents in Childhood Obesity Prevention from Start to

- Finish: A Case Study. *Journal of Community Health*, 38(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10900-012-9573-9>
- Katz, D. L., O'Connell, M., Njike, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780–1789. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.158>
- Kipping, R. R., Jago, R. & Lawlor, D. A. (2012). Developing parent involvement in a school-based child obesity prevention intervention: a qualitative study and process evaluation. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 34(2), 236–244. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr076>
- Knaller, C. (2013). Evidenz zur Vernetzung von Frühen Hilfen und zur Erreichbarkeit der Zielgruppen. Verfügbar unter: [https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fruehe%20Hilfen\\_Literaturanalysen\\_Publikation.pdf](https://www.fruehehilfen.at/fxdata/fruehehilfen/prod/media/downloads/Berichte/Fruehe%20Hilfen_Literaturanalysen_Publikation.pdf)
- Kohlscheen, J. & Nagy, T. (2016, November). In *Typen denken - Muster der Inanspruchnahme präventiver Angebote* (Bertelsmann Stiftung & Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR), Hrsg.) (Schriftenreihe Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“ 9). Gütersloh.
- Kolip, P. (2016). *Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden zur Selbstevaluation für Praktikerinnen und Praktiker* (LZG.NRW, Hrsg.). Bielefeld. Verfügbar unter: [https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/service/Pub/2016\\_df/lzg-nrw\\_leitfaden\\_selbstevaluation\\_2016.pdf](https://www.lzg.nrw.de/php/login/dl.php?u=/media/pdf/service/Pub/2016_df/lzg-nrw_leitfaden_selbstevaluation_2016.pdf)
- Kolip, P., Schaefer, I. & Funk, S. (2014). *Nachhaltigkeit der Aktionsbündnisse für gesunde Lebensstile und Lebenswelte, Zentren für Bewegungsförderung und weiteren modellhaften Maßnahmen im Rahmen von IN FORM*. Abschlussbericht. Universität Bielefeld. Verfügbar unter: [https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Abschlussbericht\\_Nachhaltigkeit\\_Bewegungszentren.pdf](https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Projekte/Abschlussbericht_Nachhaltigkeit_Bewegungszentren.pdf)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2015). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung*. Zugriff am 20.11.2020. Verfügbar unter: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/>
- Kornet-van der Aa, D. A., Altenburg, T. M., van Randerad-van der Zee, C. H. & Chinapaw, M. J. M. (2017). The effectiveness and promising strategies of obesity prevention and treatment programmes among adolescents from disadvantaged backgrounds: a systematic review. *Obesity Reviews*, 18(5), 581–593. <https://doi.org/10.1111/obr.12519>
- Kornet-van der Aa, D. A., van Randerad-van der Zee, C. H., Mayer, J., Borys, J. M. & Chinapaw, M. J. M. (2018). Recommendations for obesity prevention among adolescents from disadvantaged backgrounds: a concept mapping study among scientific and professional experts. *Pediatric Obesity*, 13(6), 389–392. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12239>
- Kurtz, V., Brand, T., Maier-Pfeiffer, A., Hartmann, S. & Jungmann, T. (2012). Implementierung Früher Hilfen für Familien mit und ohne Migrationshintergrund. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(2), 135–141. <https://doi.org/10.1007/s11553-012-0331-8>
- Landhäuser, S., Faas, S. & Treptow, R. (2012, November). *Offene Bildungsangebote für Familien und Erreichbarkeit der Adressaten. Forschungsbericht. Universität Tübingen, Institut für Erziehungswissenschaft Abteilung Sozialpädagogik*. Zugriff am 20.12.2020. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/27097819-Offene-bildungsangebote-fuer-familien-und-erreichbarkeit-der-adressaten.html>
- Ling, J., Robbins, L. B., Hines-Martin, V. & B Robbins, L. (2016a). Perceived Parental Barriers to and Strategies for Supporting Physical Activity and Healthy Eating among Head Start Children. *Journal of Community Health*, 41(3), 593–602. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-0134-x>
- Ling, J., Robbins, L. B. & Wen, F. (2016b). Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 270–289. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.017>
- Ling, J., Robbins, L. B., Wen, F. & Zhang, N. (2017). Lifestyle Interventions in Preschool Children: A Meta-analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(1), 102–112. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.01.018>

- Lowenstein, L. M., Perrin, E. M., Berry, D., Vu, M. B., Pullen Davis, L., Cai, J. et al. (2013). Childhood obesity prevention: fathers' reflections with healthcare providers. *Childhood Obesity*, 9(2), 137–143. <https://doi.org/10.1089/chi.2012.0111>
- Makowsky, K. & Schücking, B. A. (2012). Professionelle Begleitung adipöser Schwangerer. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(2), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s11553-011-0324-z>
- Maynard, M. J., Baker, G., Rawlins, E., Anderson, A. & Harding, S. (2009). Developing obesity prevention interventions among minority ethnic children in schools and places of worship: The DEAL (DiEt and Active Living) study. *BMC Public Health*, 9, 480. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-480>
- Mayring, P. (1983). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Basel.
- McSweeney, L., Araujo-Soares, V., Rapley, T. & Adamson, A. (2017). A feasibility study with process evaluation of a preschool intervention to improve child and family lifestyle behaviours. *BMC Public Health*, 17(1), 248. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4167-1>
- Morandi, A., Meyre, D., Lobbens, S., Kleinman, K., Kaakinen, M., Rifas-Shiman, S. L. et al. (2012). Estimation of newborn risk for child or adolescent obesity: lessons from longitudinal birth cohorts. *PLoS ONE*, 7(11), e49919. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049919>
- Morgan, P. J., Jones, R. A., Collins, C. E., Hesketh, K. D., Young, M. D., Burrows, T. L. et al. (2016). Practicalities and Research Considerations for Conducting Childhood Obesity Prevention Interventions with Families. *Children*, 3(4). <https://doi.org/10.3390/children3040024>
- Morgan, P. J. & Young, M. D. (2017). The Influence of Fathers on Children's Physical Activity and Dietary Behaviors: Insights, Recommendations and Future Directions. *Current Obesity Reports*, 6(3), 324–333. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0275-6>
- Morris, H., Skouteris, H., Edwards, S. & Rutherford, L. (2015). Obesity prevention interventions in early childhood education and care settings with parental involvement: a systematic review. *Early Child Development and Care*, 185(8), 1283–1313. <https://doi.org/10.1080/03004430.2014.991723>
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2014). *LEITBILD FRÜHE HILFEN. BEITRAG DES NZFH-BEIRATS*. Verfügbar unter: [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation\\_NZFH\\_Kompakt\\_Beirat\\_Leitbild\\_fuer\\_Fruehe\\_Hilfen.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf)
- Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen: Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(10), 1281–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Nielsen, L. S., Danielsen, K. V. & Sørensen, T. I. A. (2011). Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of the epidemiological evidence. *Obesity Reviews*, 12(2), 78–92. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00724.x>
- Niestroj, M. & Schmidt, S. (2019, Oktober). *Abschlussbericht der Evaluation des Nationalen Aktionsplans IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten* (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Hrsg.). Bonn: Univention Institut für Evaluation Dr. Beywl & Associates GmbH. Verfügbar unter: [https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/PDF/01BMEL\\_IN\\_FORM\\_Abschlussbericht\\_Web-PDF\\_barrierefrei.pdf](https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/PDF/01BMEL_IN_FORM_Abschlussbericht_Web-PDF_barrierefrei.pdf)
- Norman, A., Nyberg, G., Elinder, L. S. & Berlin, A. (2016). One size does not fit all-qualitative process evaluation of the Healthy School Start parental support programme to prevent overweight and obesity among children in disadvantaged areas in Sweden. *BMC Public Health*, 16, 37. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2701-1>
- O'Connor, T., Perez, O., Garcia, I. C. & Gallagher, M. (2018). Engaging Latino Fathers in Children's Eating and Other Obesity-Related Behaviors: a Review. *Current Nutrition Reports*, 7(2), 29–38. <https://doi.org/10.1007/s13668-018-0225-2>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 307(5), 483–490. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.40>

- Olvera, N., Bush, J. A., Sharma, S. V., Knox, B. B., Scherer, R. L. & Butte, N. F. (2010). BOUNCE: A community-based mother-daughter healthy lifestyle intervention for low-income Latino families. *Obesity*, 18(Suppl 1), S102-S104. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.439>
- Park, M. H., Falconer, C., Viner, R. M. & Kinra, S. (2012). The impact of childhood obesity on morbidity and mortality in adulthood: a systematic review. *Obesity Reviews*, 13(11), 985–1000. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01015.x>
- Patino-Fernandez, A. M., Hernandez, J., Villa, M. & Delamater, A. (2013). School-based health promotion intervention: parent and school staff perspectives. *Journal of School Health*, 83(11), 763–770. <https://doi.org/10.1111/josh.12092>
- Pigeot, I. & Walter, U. (2016). Unsere Kinder: Die Zukunft ist fett: Verlieren wir den Kampf gegen den Speck? *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(11), 1369–1371. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2468-7>
- Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Seiberl, J., Gehrke, M. I., Gose, M., Kehden, B. et al. (2012). Longitudinal data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(6-7), 885–891. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1494-3>
- Plachta-Danielzik, S. & Müller, M. J. (2018). Determinanten des Übergewichts bei Kindern und Jugendlichen. In K. Dadaczynski, E. Quilling, U. Walter & W. Ahrens (Hrsg.), *Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten* (1. Auflage, S. 43–52). Bern: Hogrefe.
- Plagemann, A., Harder, T. & Rodekamp, E. (2010). Prävention der kindlichen Adipositas während der Schwangerschaft. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 158(6), 542–552. <https://doi.org/10.1007/s00112-009-2157-9>
- Platte, P., Vögele, C. & Meule, A. (2014). Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Risikofaktoren, Prävention und Behandlung. *Verhaltenstherapie*, 24(3), 182–192. <https://doi.org/10.1159/000363397>
- Pocock, M., Trivedi, D., Wills, W., Bunn, F. & Magnusson, J. 2010. *Parental perceptions regarding healthy behaviours for preventing overweight and obesity in young children: a systematic review of qualitative studies*. *Obesity Reviews*, 11(5). <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2009.00648.x>
- Puhl, R. M. & Schwartz, M. B. (2003). If you are good you can have a cookie: How memories of childhood food rules link to adult eating behaviors. *Eating Behaviors*, 4(3), 283–293. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(03\)00024-2](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(03)00024-2)
- Quilling, E. & Müller, M. (2018). Prävention von Übergewicht in der Lebenswelt Familie - Übersicht zu Interventionen und deren konzeptioneller Gestaltung. In K. Dadaczynski, E. Quilling, U. Walter & W. Ahrens (Hrsg.), *Übergewichtsprävention im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen, Strategien und Interventionskonzepte in Lebenswelten* (1. Auflage, S. 265–291). Bern: Hogrefe.
- Ramboll Management Consulting (RMC). (2018, Juli). *EVALUATION DES MODELLPROJEKTES „KOMMUNALE PRÄVENTIONSKETTEN“ II (EHEMALS „KEIN KIND ZURÜCKLASSEN“)*. Abschlussbericht. Im Auftrag des Ministeriums für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration. Hamburg.
- Reifegerste, D. (2015). Kommunikation und Zielgruppenansprache. Wie gelingen sie zur Kinderunfallprävention in den Lebenswelten junger Familien? *Prävention*, (4), 106–109.
- Reilly, J. J., Armstrong, J., Dorosty, A. R., Emmett, P. M., Ness, A., Rogers, I. et al. (2005). Early life risk factors for obesity in childhood: cohort study. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 330(7504), 1357. <https://doi.org/10.1136/bmj.38470.670903.E0>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Robert Koch-Institut (RKI) und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin.

- Rozin, P. (1996). The socio-cultural context of eating and food choice. In H. L. Meiselman & H. J. H. MacFie (Hrsg.), *Food Choice, Acceptance and Consumption* (Bd. 8, S. 83–104). Boston: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1221-5\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-1221-5_2)
- Schack, P. S., Ehnle-Lossos, M., Hanssen-Dosse, A. & Willhöft, C. (2014). *Besser essen. Mehr bewegen. Prävention von Übergewicht bei Kindern - Hilfestellung für Planende und Entscheidungsträger - das bringt Maßnahmen voran* (Max Rubner-Institut (MRI), Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel, Hrsg.). Karlsruhe. Verfügbar unter: <https://www.ble-medien-service.de/detail/index/sArticle/1209>
- Schiek, D. (2011). Körper von Gewicht. Zur Geschlechterdifferenz in den Ernährungs- und Körperrnormen. In M. M. Zwick, J. Deuschle & O. Renn (Hrsg.), *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen* (S. 203–218). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-93158-6\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-531-93158-6_1)
- Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Rosario, A. S. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16–22. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005.2>
- Schwartz, M. B. & Puhl, R. (2003). Childhood obesity: a societal problem to solve. *Obesity Reviews*, 4(1), 57–71. <https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2003.00093.x>
- Seyda, S. & Lampert, T. (2009). *Familienstruktur und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Verfügbar unter: <http://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/33527>
- Shepherd, E., Gomersall, J. C., Tieu, J., Han, S., Crowther, C. A. & Middleton, P. (2017). Combined diet and exercise interventions for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD010443. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010443.pub3>
- Shirley, K., Rutfield, R., Hall, N., Fedor, N., McCaughey, V. K. & Zajac, K. (2015). Combinations of obesity prevention strategies in US elementary schools: a critical review. *Journal of Primary Prevention*, 36(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/s10935-014-0370-3>
- Sonnberger, M., Deuschle, J. & Fiebig, J. (2011). *Übergewichtsprävention für Kinder aus stadttökologischer Perspektive*. *Soziale Probleme*, 22(1), 56–88. Verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-348614>
- Stadt Kamen, D. B. (Hrsg.). (2018, Juli). *Gemeinsam stark! Kommunales Präventionskonzept für die Stadt Kamen. Für ein gelingendes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen*. Kamen. Verfügbar unter: <https://www.lwl.org/lja-download/fobionline/anlage.php?urlID=14644>
- Stadt Leipzig Gesundheitsamt. (2009). *Abschlussbericht der Kinderleicht-Region Sachsen, Leipzig. optiSTART* (Stadt Leipzig Gesundheitsamt, Hrsg.). Leipzig. Verfügbar unter: <https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/PDF/Abschluss-Leipzig-1.pdf>
- Steenbock, B., Pischke, C. R., Schönbach, J., Pöttgen, S. & Brand, T. (2015). Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita? Ein Review von Reviews. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [The effectiveness of primary prevention interventions promoting physical activity and healthy eating in preschool children: A review of reviews], 58(6), 609–619. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2100-7>
- Stutzer, E. & Saleth, S. (2012). *Eltern- und Familienbildung: Aktuelle Entwicklungen – Interkulturelle Ausrichtung* (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung. Familien, Frauen und Senioren in Baden Württemberg, Hrsg.) (2). Verfügbar unter: [www.fafo-bw.de/Familien in BW](http://www.fafo-bw.de/Familien_in_BW)
- Tegethoff, D., Bacchetta, B., Streffing, J. & Grieshop, M. (2018). Strukturen und Qualität in Projekten der Frühen Hilfen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(2), 103–109. <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0629-7>
- Tieu, J., Shepherd, E., Middleton, P. & Crowther, C. A. (2017). Dietary advice interventions in pregnancy for preventing gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD006674. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006674.pub3>
- Trojan, A., Reisig, V. & Kuhn, J. (2016). Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 259–264. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0557-y>

- Van der Kruk, J. J., Kortekaas, F., Lucas, C. & Jager-Wittenaar, H. (2013). Obesity: a systematic review on parental involvement in long-term European childhood weight control interventions with a nutritional focus. *Obesity Reviews*, 14(9), 745–760. <https://doi.org/10.1111/obr.12046>
- Van Lippevelde, W., Verloigne, M., Bourdeaudhuij, I. de, Brug, J., Bjelland, M., Lien, N. et al. (2012). Does parental involvement make a difference in school-based nutrition and physical activity interventions? A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Public Health*, 57(4), 673–678. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0335-3>
- Van Staa, J. (2018, Mai). *Perspektiven aus der Zielgruppe junge Eltern mit psychosozialen Belastungen. Ergebnisse einer Fokusgruppe (Vortrag)*. Frühe Hilfen und Familien in Armutslagen, Köln.
- Vries, U., Koletzko, B. & Petermann, F. (2008). Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156(2), 177–186. <https://doi.org/10.1007/s00112-007-1644-0>
- Wabitsch, M. & Kunze, D. (2015). *Konsensbasierte (S2) Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. verabschiedet auf der Konsensus-Konferenz der AGA am 15.10.2015*. AGA. Verfügbar unter: [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de)
- Ward, D. S., Vaughn, A. E., Burney, R. V. & Østbye, T. (2016). Recruitment of Family Child Care Homes for an Obesity Prevention Intervention Study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 3, 131–138. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2016.05.001>
- Wartha, O., Kobel, S., Lämmle, O., Mosler, S. & Steinacker, J. M. (2016). Entwicklung eines settingspezifischen Gesundheitsförderprogramms durch die Verwendung des Intervention-Mapping-Ansatzes: „Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(2), 65–72. <https://doi.org/10.1007/s11553-016-0531-8>
- Willhöft, C., M. Ehnle-Lossos, M. Grillenberger, A. Hanssen-Doose, A. Heyer & A. Hose. (2013). „Besser essen. Mehr bewegen. KINDERLEICHT-REGIONEN“. Evaluation eines Modellvorhabens. *Adipositas*, (7), 75–83.
- Wright, M., Block, M. & Unger, H. von (2007). Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. In Gesundheit Berlin (Hrsg.), *Dokumentation 13. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit*. Berlin. Verfügbar unter: [http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx\\_gbb-kongressarchiv/Wright\\_M.pdf](http://www.armut-und-gesundheit.de/uploads/tx_gbb-kongressarchiv/Wright_M.pdf)
- Young, T. & Sharpe, C. (2016). Process Evaluation Results From an Intergenerational Physical Activity Intervention for Grandparents Raising Grandchildren. *Journal of Physical Activity & Health*, 13(5), 525–533. <https://doi.org/10.1123/jpah.2015-0345>