



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen

Strategien zur Erhöhung der Reichweite –
Ein Scoping Review

ERGEBNISBERICHT



Impressum

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen
Strategien zur Erhöhung der Reichweite – Ein Scoping Review
Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 31.05.2018–30.10.2018
Autorin und Autor: Regine Rehaag und Sebastian Ehlen
KATALYSE Institut, Beethovenstr. 6, 50674 Köln

Unter Mitarbeit von: Janika Fitschen, KATALYSE Institut, Köln
Orkan Okan, Dr. Paulo Pinheiro, Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI),
Universität Bielefeld

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der
gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

DOI: <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-GPvZKS-2021>

Diese Studie ist wie folgt zu zitieren:

Ehlen, S. & Rehaag, R. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen. Strategien zur Erhöhung der Reichweite – Ein Scoping Review. Ergebnisbericht.* Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Berlin, 2021

Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen

Strategien zur Erhöhung der Reichweite – Ein Scoping Review

Ergebnisbericht

Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

www.gkv-buendnis.de

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

Inhalt

Verzeichnisse	6
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
0 Abstract	8
1 Ausgangslage	11
2 Auftragshintergrund und Zielsetzung	13
3 Studiendesign	14
3.1 Primärer Untersuchungsgegenstand	14
3.2 Zielvariablen/Outcome-Parameter.....	14
3.3 Forschungsfragen	14
3.4 Ein- und Ausschlusskriterien.....	15
3.5 Recherchestrategie und Datenbanken	16
3.6 Vulnerabilität und vulnerable Bevölkerungsgruppen.....	17
4 Scoping-Review-Prozess	18
4.1 Identifikation von Treffern und Ausschluss von Duplikaten	18
4.2 Abstract Screening	18
4.3 Beschaffung und Prüfung der Volltexte	19
4.4 Grundlegende Unterscheidungskriterien für Strategien und Interventionen	20
5 Zusammenfassende Ergebnisse	22
5.1 Volltexte zu Evaluationsstudien	22
5.2 Reviews.....	23
5.3 Volltexte zu Beobachtungsstudien	24
6 Ergebnisse nach Forschungsfragen	26
6.1 Strategien zur Erhöhung der Reichweite	26
6.2 Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und zur inhaltlich-methodischen Konzeption	34
7 Übergreifende Qualitätsbewertung des Forschungsfeldes	40

8	Forschungsdesiderate	41
8.1	Standardisierung von Public-Health-Evaluations- und Interventionsstudien	41
8.2	Theoretische Fundierung der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten Zielgruppen	42
8.3	Elternrolle in Interventionsstudien systematisch berücksichtigen	43
8.4	Prozessevaluationen umsetzen	43
9	Schlussfolgerungen für den deutschen Gesundheitsförderungs- und Präventionskontext	44
10	Studiensteckbriefe der eingeschlossenen Volltexte	47
10.1	Agazzi et al., 2010	47
10.2	Azevedo & Robinson, 2015	50
10.3	Ball et al., 2015	53
10.4	Bastian et al., 2015	57
10.5	Bhatia et al., 2011	60
10.6	Bjelland et al., 2011	64
10.7	Buscemi et al., 2015	67
10.8	Bush et al., 2010	73
10.9	Cadzow et al., 2015	77
10.10	Carlson et al., 2014	80
10.11	Charlton et al., 2014	82
10.12	Cheadle et al., 2012	85
10.13	Cluss et al., 2014	95
10.14	Coleman et al., 2012	98
10.15	Correa et al., 2017	102
10.16	Dalma et al., 2018	106
10.17	Dubuy et al., 2014	109
10.18	Edwards et al., 2010	112
10.19	Gallois et al., 2011	116
10.20	Hjern et al., 2013	121
10.21	Hobin et al., 2012	124
10.22	Hofmann et al., 2014	126
10.23	Jepson et al., 2010	128
10.24	Keszyüs et al., 2010	132
10.25	Kirby et al., 2013	136
10.26	Martins et al., 2015	140
10.27	Mercken et al., 2012	143
10.28	Moore et al., 2015	146
10.29	Norman et al., 2016	152
10.30	Sharma et al., 2017	156
10.31	Steenbock et al., 2015	160
10.32	Villiers et al., 2012	164
11	Literaturverzeichnis	168

Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm für den Scoping-Review-Prozess	19
Abbildung 2: Stufenmodell der Partizipation nach Wright, 2010.....	30
Abbildung 3: Modell zur Verbesserung nach Langley et al. (2009).....	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017 nach Oberhausener Stadtquartieren	12
Tabelle 2: Sozial benachteiligte und gemischte Wohnquartiere in Oberhausen im Jahr 2017.....	12
Tabelle 3: Kombinierte Suchaufträge mit Eingrenzungen für Web of Science	16
Tabelle 4: Treffer pro Datenbank	18
Tabelle 5: Evaluationsstudien.....	22
Tabelle 6: Reviews	24
Tabelle 7: Beobachtungsstudien	24
Tabelle 8: Veränderungen der Kantinenumgebung in Pilotschulen	61
Tabelle 9: Verwendete Retentionsstrategien über drei Studien	68
Tabelle 10: CHI-Interventionen* in Nordkalifornien mit Beispielen.....	87
Tabelle 11: Reichweite und Stärke von HEAL-CHI-Interventionen.....	90
Tabelle 12: Definition/Operationalisierung der zwölf verwendeten Kovariate.....	113
Tabelle 13: Sechs Schlüsselbotschaften	118
Tabelle 14: Förder- und Hemmfaktoren aus Lehrerinnen- und Lehrersicht bzw. Elternsicht	154
Tabelle 15: Übersicht über die Bewertung der Evidenz	161
Tabelle 16: Barrieren für Gesundheitsförderungsprogramme an Schulen aus Perspektive von Schulleiterinnen und Schulleitern (Angaben in Prozent).....	166

0 Abstract

Im vorliegenden Abschlussbericht werden Ausgangslage, Studiendesign und Ergebnisse einer literaturbasierten Übersichtsarbeit in Form eines Scoping Reviews dargelegt, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V gefördert wurde. Ziel des Scoping Reviews war es, über eine datenbank-basierte Recherche-strategie Forschungsevidenz zu identifizieren. Im Fokus standen dabei:

- Strategien zur Erhöhung der Reichweite von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Kindern und Jugendlichen in den Settings Kita und Schule
- Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme solcher Interventionen

Die Erhöhung der Reichweite von Interventionen wurde im Sinne von Kenntnis, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme (Retention) operationalisiert. Es wurden Reviews und peer-reviewte Artikel eingeschlossen, die im Zeitraum von 2010 bis 2018 in englischer oder deutscher Sprache veröffentlicht wurden und formulierte inhaltliche Einschlusskriterien erfüllten. Mit einem eigens entwickelten Suchalgorithmus konnten in den sechs Datenbanken Cochrane Library, Database of Promoting Health Effectiveness Reviews (DoPHER), PubMed/Medline, PsychINFO, SCOPUS und Web of Science Core Collection nach dem Ausschluss von Duplikaten 545 Treffer generiert werden. Nach dem Screening von Abstract, Titel und Schlüsselwörtern sowie der Volltextanalyse wurden 32 Treffer eingeschlossen und in Studiensteckbriefen verdichtet. Unter den 32 Treffern sind 26 peer-reviewte Artikel und sechs Reviews. In 16 der 26 Artikel werden Ergebnisse, Forschungsmethodik und Konzeption von Interventionen bzw. mit Interventionen verbundenen Evaluationen berichtet (Evaluationsstudien). Zehn Artikel beschreiben Studien, die überwiegend als Zielgruppen- und Kontextanalysen bzw. Bedarfserhebung angelegt sind und Grundlagen für Interventionen schaffen (Beobachtungsstudien).

Die eingeschlossenen Volltexte wurden inhaltsanalytisch unter folgenden Forschungsfragen untersucht:

- Welche Strategien zur Erhöhung von Kenntnis, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch vulnerable Kinder und Jugendliche wurden bislang in den Settings Kita und Schule eingesetzt (national und international)?
- Welche Faktoren wirken fördernd bzw. hemmend auf Kenntnis und Inanspruchnahme sowie Retention von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen durch vulnerable Zielgruppen?

- Wie kann durch die (inhaltlich-methodische) Konzeption von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen die Inanspruchnahme durch vulnerable Zielgruppen erhöht und über größere Interventionszeiträume aufrechterhalten werden?

Im Rahmen der Volltextanalyse zur ersten Forschungsfrage wurden 17 Strategien identifiziert:

1. Kitas und Schulen in benachteiligten Gebieten adressieren
2. Interventionen universell zugänglich machen
3. Lebenswelten gesundheitsfördernd gestalten
4. Verhältnis- und verhaltenspräventive Strategien kombinieren
5. Setting-bezogene mit aufsuchenden Strategien kombinieren
6. Sozialräumliches Umfeld der Einrichtung einbeziehen
7. Kommunale Gesamtstrategien entwickeln
8. Vorstudien durchführen und Interventionen datengestützt umsetzen
9. Interventionen niedrigschwellig, diversitäts- und kultursensibel konzipieren
10. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden
11. Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ umsetzen
12. Kapazitäten, Kompetenzen und Fähigkeiten aufbauen (Capacity Building)
13. Incentives einsetzen und Anreize schaffen
14. Social-Marketing-Prinzipien anwenden
15. Rekrutierungs- und Retentionsstrategien entwickeln
16. Rahmenkonzepte, Theorien, Modelle und Kriterien guter Praxis verwenden
17. Diskriminierende und stigmatisierende Effekte reflektieren

Darüber hinaus konnten zahlreiche Erkenntnisse generiert werden – einerseits zu Merkmalen effektiver Interventionsstrategien und Anforderungen an die Konzeption von Interventionen, die vulnerable Zielgruppen adressieren, sowie andererseits zu Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und Reichweite. Dazu zählen:

- Merkmale effektiver Interventionen in Kitas und Schulen
- Merkmale effektiver gemeindeweiter Interventionen
- Einflussfaktoren auf das Engagement von Eltern, Schülerinnen und Schülern sowie Lehrerinnen und Lehrern
- Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen
- Konzeption ungleichheitsreduzierender Interventionen zu körperlicher Aktivität
- Konzeption von Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung unter ethnischen Minderheiten

Insgesamt variieren Qualität und Erkenntnisgehalt der identifizierten Studien und Reviews stark. Die Evidenzlage zu Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Inanspruchnahme bei vulnerablen Zielgruppen in den Settings Kita und Schule muss im Forschungsfeld als eher schwach beurteilt werden. Maßnahmen zur Erhöhung der Reichweite werden mehrheitlich nicht explizit als solche benannt, sondern sind lediglich implizit enthalten und mussten aus dem Zusammenhang oder der Beschreibung von Studienaufbau und Rekrutierung rekonstruiert werden. Entsprechend enthält die Mehrheit der Studien keine belastbaren Daten zur Wirksamkeit der verwendeten Maßnahmen. Insgesamt werden in den identifizierten Studien lediglich deskriptive Angaben zu Teilnahme bzw. Retention gemacht, Daten von Vergleichsgruppen, Subgruppenanalysen und vergleichbare Interventionen fehlen. Der Bezug zu vulnerablen Zielgruppen wird meist über die

Wahl eines benachteiligten Zielgebiets hergestellt (z. B. armutssegregierter Stadtteil). Dieser Bezug verliert sich jedoch auf Individual- und Outcome-Ebene, da unzureichend operationalisiert wurde. Ob Retention und Wirkung einem sozialen Gradienten unterliegen, bleibt damit überwiegend unreflektiert und unbeantwortet.

Auf Grundlage der vorliegenden Evidenz konnten jedoch erste Erkenntnisse und Hinweise zu Art, Wirkung und Wirksamkeit von Strategien zur Erhöhung von Inanspruchnahme und Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen in den Settings Kita und Schule zusammengefasst und Handlungsempfehlungen abgeleitet werden. Als zentrale Forschungslücke der untersuchten Evidenzbasis wurde identifiziert, dass Daten zu Retention und Interventionseffekten im Forschungsfeld nicht, nicht ausreichend und/oder uneinheitlich nach Statusgruppen differenziert werden. Angesichts der Bedeutung der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit ist es dringend erforderlich, einen wissenschaftlichen Konsens über die Verwendung zuverlässiger und gültiger Indikatoren des sozioökonomischen Status (SES) u. a. für die Stichprobenbeschreibung und die Auswertung und Ergebnisdarstellung sozialbedingter gesundheitlicher Ungleichheiten in Public-Health-Studien zu erzielen. Eine Einigung auf belastbare SES-Indikatoren und wissenschaftliche Leitlinien zu der je nach Studiendesign am besten geeigneten Methode zur Analyse und Berichterstattung von Subgruppeneffekten ist Voraussetzung, um studienübergreifende Auswertungen und ungleichheitsbezogene Aussagen zu Inanspruchnahmen und Interventionseffekten machen zu können. Zudem lassen die im Rahmen des Scoping Reviews eruierten Studien insgesamt einen erheblichen Mangel an theoretischer Reflexion und Fundierung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten Zielgruppen erkennen. Dieser Mangel zeigt sich auch in der unscharfen Verwendung von Fachbegriffen.

Die Ergebnisse des Scoping Reviews fügen sich nahtlos in die Debatte der deutschen Scientific Community und Praxisexpertinnen und -experten zu Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen ein. In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland zahlreiche Politik- und Interventionsansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt, die einen universellen und Settingübergreifenden Zugang mit zielgruppen- und milieuspezifischen Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei benachteiligten Familien kombinieren. Es zeigt sich, dass die durch das Scoping Review identifizierten Strategien in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention in weiten Teilen bereits erprobt und umgesetzt werden und zum Teil Gegenstand von Begleitforschung sind, bislang allerdings noch wenig systematisch. Es müssen jedoch Einschränkungen gemacht werden, denn präventive Politik- und Interventionsansätze können nur komplementär wirken und nicht grundlegend defizitäre Rahmenbedingungen lokaler Lebensverhältnisse und Bildungseinrichtungen kompensieren, wie sie sich zunehmend in Kitas und Schulen in armutssegregierten Sozialräumen darstellen. Forschungsergebnisse offenbaren gravierende lokale Unterschiede in den Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen, denen effektiv nur durch eine politikfeldübergreifende Agenda begegnet werden kann.

1 Ausgangslage

Systematische Unterschiede in Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern in Deutschland sind gut dokumentiert (Bilz et al., 2016; Elgar et al., 2015; Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters & Kroll, 2017; Reiss, 2013). Menschen, deren soziale Teilhabe prekär oder beeinträchtigt ist und die in Armut und/oder engen Wohnverhältnissen leben, sind stärker von gesundheitlichen Belastungen betroffen. Dies gilt insbesondere für Kinder. Es wird ein Statusgradient konstatiert: Je niedriger der soziale Status, desto geringer sind die Chancen für ein gesundes Aufwachsen.

Dies lässt sich besonders bei körperlichen und psychosozialen Entwicklungsstörungen wie Übergewicht, Defizite in motorischen Funktionen und bei Sprechen und Sprache sowie Verhaltensauffälligkeiten feststellen (Lampert, Hagen & Heizmann, 2010; Lampert et al., 2017). Kinder aus benachteiligten Familien sind nicht nur häufiger gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, sondern profitieren auch seltener von gesundheitsbezogenen Ressourcen. Forschungsergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen sozial selektiv ist und Risikogruppen, die am stärksten profitieren könnten, nur in geringem Umfang erreicht werden (Hartung, Kluwe & Sahrai, 2011; Hartung, 2014; Neumann & Renner, 2016). Die Ursachen dieses als „Präventionsdilemma“ (Bauer, 2005) bezeichneten Phänomens der mangelnden Erreichbarkeit von Personen mit dem höchsten Präventionsbedarf sind vielschichtig und betreffen in erster Linie eine mangelnde Passung zwischen Angeboten bzw. Interventionen und Zielgruppe. Die große Mehrheit von Familien nimmt zwar beispielsweise an den Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U1 bis U9) teil, es bestehen jedoch deutliche soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme. Der Sozialstatus der Kinder spielt ab U3 mit Fortschreiten der Frühuntersuchungen eine immer größere Rolle. Die Ergebnisse aus KiGGS (Studie zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland), Welle 1, zeigen, dass Kinder mit hohem Sozialstatus mit 87,3 % häufiger das gesamte Früherkennungsprogramm in Anspruch genommen haben, im Vergleich zu 74,1 % der Kinder aus der niedrigen Statusgruppe (Lampert et al., 2017). Die Einschulungsuntersuchungen der Bundesländer weisen ebenfalls konsistent darauf hin, dass Kinder aus sozial bessergestellten Familien häufiger an den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen als Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Mit zunehmendem Sozialstatus steigt zudem der Anteil der Mädchen und Jungen, die Sport treiben bzw. in einem Sportverein aktiv sind. Zudem verschärft sich insbesondere in Großstädten zunehmend die residentielle Segregation von sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen (Alisch, 2018). Die ungleiche Verteilung der Wohnbevölkerung über ein Stadtgebiet nach sozialem Status und/oder ethnischer Zugehörigkeit manifestiert sich kleinräumig, z. B. auf der Ebene von Quartieren (Häußermann & Kronauer, 2009). Segregation wird überwiegend mit den befürchteten Kontexteffekten (Volkman, 2012) benachteiligter Stadtteile auf die Bewohnerinnen und Bewohner in Verbindung gebracht. Kontexteffekte sind zusätzliche Beeinträchtigungen der Lebenschancen, die aus dem Wohnen in benachteiligten Quartieren resultieren, also unabhängig von Merkmalen des

Individuums oder des Elternhauses wirken (Masson, 2016). Benachteiligte Stadtquartiere sind von hohen Umwelt- bzw. Gesundheitsbelastungen betroffen. Sie sind oft ungenügend mit Spiel- und Sportplätzen, Grün- und Freiflächen, Treffpunkten sowie Ärztinnen und Ärzten ausgestattet (BMAS, 2017). Internationale Studien belegen, dass Merkmale benachteiligter, armutssegregierter Wohnquartiere signifikant mit geringeren Bildungschancen, schlechterer Kindergesundheit und Entwicklungsproblemen in Zusammenhang stehen (Christian et al., 2015; Minh, Muhajarine, Janus, Brownell & Guhn, 2017).

Tabelle 1:
Ausgewählte Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017 nach Oberhausener Stadtquartieren¹

	Gesamt	Innenstadt	Lirich-Süd	Sterkrade Mitte	Eisenheim Heide	Alsfeld
Anteil der Kinder ohne Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U8	22,4	67,1	56	25,6	15,7	14,5
Anteil der Kinder ohne Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung U9	26,5	59,8	62	41,9	23,5	21,8
Anteil der Kinder ohne Mitgliedschaft im Sportverein	40,9	61,1	58,5	46,9	41,2	41,8

(in Prozent; Quelle: eigene Darstellung; Stadt Oberhausen, 2019)

Am Beispiel ausgewählter Schuleingangsuntersuchungsdaten der Stadt Oberhausen lässt sich sehr deutlich zeigen, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien seltener präventive Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen und zudem wesentlich häufiger ohne Mitgliedschaft in einem Sportverein sind (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 2:
Sozial benachteiligte und gemischte Wohnquartiere in Oberhausen im Jahr 2017²

	Gesamt	Innenstadt	Lirich-Süd	Sterkrade Mitte	Eisenheim Heide	Alsfeld
Arbeitslosenquote	8,2	15	14	10,1	6,8	5,6
SGB II-Quote insgesamt	17,4	37,4	33,8	21,4	13,5	12
SGB II-Quote < 15-Jährige	29,6	57,3	53,9	36	22,7	20,4
SGB II-Quote < 7-Jährige	31,6	59,1	58,1	34,9	25	22,4

(in Prozent; Quelle: eigene Darstellung; Bundesagentur für Arbeit, 2018; Stadt Oberhausen, 2019)

Die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit von Gesundheitschancen manifestiert sich zudem kleinräumig, Unterschiede zeigen sich zwischen einzelnen Wohnquartieren (vgl. Tabelle 2). Gesundheitschancen sind zwischen armutssegregierten Wohnquartieren und sozial gemischten Wohnquartieren ungleich verteilt (Ehlen & Rehaag, 2018).

1 Grün markiert benachteiligte Wohnquartiere, blau sozial strukturell gemischte Wohnquartiere.

2 Grün markiert benachteiligte Wohnquartiere, blau sozial strukturell gemischte Wohnquartiere.

2 Auftragshintergrund und Zielsetzung

Die BZgA hat im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V die Bietergemeinschaft aus KATALYSE Institut und Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) der Universität Bielefeld, mit der Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit in Form eines Scoping Reviews beauftragt. Ziel dieses Scoping Reviews ist es, im Sinne eines Evidence Mapping vorhandene Forschungsevidenz zu eruieren (Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010; Peters et al., 2015; Tricco et al., 2016) und dabei eine möglichst große Spanne folgender Strategien und Faktoren zu identifizieren:

- Strategien zur Erhöhung der Reichweite von Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Kindern und Jugendlichen im Setting Kita und Schule
- Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme solcher Interventionen.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden von den Auftraggebenden zu einem späteren Zeitpunkt ggf. als Grundlage für gezielte systematische Übersichtsarbeiten genutzt, die wiederum in die Entwicklung neuer bzw. die Optimierung bestehender Konzepte und Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention einfließen können.

3 Studiendesign

Im Folgenden wird das wissenschaftliche Vorgehen zum Scoping Review dargelegt. Insbesondere werden der Untersuchungsgegenstand definiert, die Forschungsfragen formuliert sowie zentrale Prämissen für die Literaturrecherche und die Recherchestrategie beschrieben.

3.1 Primärer Untersuchungsgegenstand

Unter „Strategien der Erreichbarkeit“ bzw. „Strategien zur Verbesserung des Zugangs vulnerabler Kinder und Jugendlicher zu Gesundheitsförderung und Prävention in Kita und Schule“ versteht das Projektteam jegliche Ansätze zur Förderung und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme im Rahmen von Konzeption, Planung und Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Interventionen in den Settings Kita und Schule. Dies betrifft u. a. die Beteiligung von Eltern oder Fachkräften aus dem Setting und die Berücksichtigung von Diversity, z. B. Verschiedenheit in Bezug auf Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Religion oder ethnische Zugehörigkeit (Geiger, 2014).

3.2 Zielvariablen/Outcome-Parameter

In enger Abstimmung mit den Auftraggebern wurde die Erhöhung der Erreichbarkeit vulnerabler Zielgruppen im Rahmen des Scoping Reviews über die Erhöhung der Reichweite von Interventionen im Sinne von Kenntnis, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme (Retention) operationalisiert. Einflussfaktoren auf Kenntnis, Inanspruchnahme und Retention werden inhaltsanalytisch aus dem Material bzw. den eingeschlossenen Volltexten gewonnen.

3.3 Forschungsfragen

Den Zielvariablen entsprechend wurden in Anlehnung an den Stand der methodologischen Entwicklung zum Scoping Review, beispielsweise zur Formulierung erkenntnisleitender Fragestellungen für den Scoping-Prozess (Arksey & O'Malley, 2005; Levac et al., 2010; Tricco et al., 2016), die von den Auftraggebern formulierten Fragestellungen folgendermaßen weitergeführt:

- Welche Strategien zur Erhöhung von Kenntnis, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch vulnerable Kinder und Jugendliche wurden bislang in den Settings Kita und Schule eingesetzt (national und international)?

- Welche Faktoren wirken fördernd bzw. hemmend auf Kenntnis und Inanspruchnahme von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen durch vulnerable Zielgruppen?
- Wie kann durch die (inhaltlich-methodische) Konzeption von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen die Inanspruchnahme durch vulnerable Zielgruppen erhöht und über größere Interventionszeiträume aufrechterhalten werden?

3.4 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Beantwortung der formulierten Fragestellungen berücksichtigte das Projektteam im systematischen Recherche- und Analyseprozess unterschiedliche Review-Typen (Grant & Booth, 2009) und Interventionsstudien im Hinblick auf spezifische Zugangsstrategien und deren Reichweite, nach Möglichkeit im Vergleich mit Alternativzugängen und/oder Interventionen ohne Zugangsstrategien. Zudem wurden qualitative Untersuchungen einbezogen, in denen beispielsweise fördernde und hemmende Faktoren der Inanspruchnahme von Maßnahmen exploriert werden.

Es wurden Veröffentlichungen eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllen:

- Veröffentlichungszeitraum 2010–2018³
- Peer-reviewte Artikel oder Reviews, Einschluss mindestens einer Primärstudie im Setting Kita oder Schule
- In englischer oder deutscher Sprache verfasst
- Studien der Gesundheitsförderung⁴ und Primärprävention in Kindertagesstätten und Schulen
- Primäre Zielgruppe: Kinder und Jugendliche (zwei bis ca. 17 Jahre alt)⁵
- Sekundäre Zielgruppe: u. a. Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer
- Stichprobenbeschreibung und/oder Ergebnisdarstellung enthalten Angaben zum sozioökonomischen Status (SES) bzw. zur benachteiligenden sozialen, ökonomischen oder gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen

3.5 Recherchestrategie und Datenbanken

Für das Scoping Review wurde eine basale Recherchestrategie entwickelt und fortlaufend an die verschiedenen Datenbanken und ihre Suchfunktionalitäten (z. B. Boolesche Operatoren, Eingrenzungsmöglichkeiten) angepasst. Die Entwicklung der Basisstrategie und die Kombination von Suchbegriffen erfolgte auf der Grundlage konzeptioneller Überlegungen, unter Berücksichtigung des Zielmaterials aus einer initialen Recherche sowie der darin verwendeten Konzepte, Begriffe und Schlüsselwörter sowie im engen Austausch mit unseren Kooperationspartnern Orkan Okan und Dr. Paulo Pinheiro vom ZPI, Universität Bielefeld. Zudem erfolgte eine fortlaufende Abstimmung der Basisstrategie und damit verbundener Erkenntnisse mit den Auftraggebenden.

3 Die Literaturrecherche wurde auf den Suchzeitraum 2010–2018 beschränkt, da der Fokus auf aktuellen Untersuchungen lag und über die Methode des Reviews von Reviews auch vor 2010 publizierte Primärstudien eingeschlossen wurden.

4 Veröffentlichungen mit medizinischer oder kurativer Relevanz wurden lediglich in Fällen, in denen sich ein relevantes Übertragungspotenzial ableiten ließ, berücksichtigt.

5 Aufgrund der Tatsache, dass national wie international Kinder häufig bereits vor dem dritten Lebensjahr eine Kindertagesstätte besuchen, wurde der Altersbereich erweitert.

Folgende Datenbanken wurden für die Literaturrecherche verwendet:

- Cochrane Library
- DoPHER – Database of Promoting Health Effectiveness Reviews
- PubMed/Medline
- PsychINFO – American Psychological Association
- SCOPUS
- Web of Science, Core Collection.

3.5.1 Datenbankspezifische Suchalgorithmen

Im Folgenden werden die finalen datenbankspezifischen Suchalgorithmen dargestellt. Die Basisstrategie (#1) wurde mit einer vertiefenden Suchstrategie (#2) kombiniert und dann je nach Datenbank weiter eingegrenzt (#1 AND #2; vgl. Tabelle 3). Die vertiefende Suchstrategie zielte über präventionsbezogene Schlüsselbegriffe bzw. Zielvariablen auf die Dimensionen Ernährung, körperliche und seelische Gesundheit. In den Datenbanken Cochrane Library, DoPHER, PsychINFO, Pubmed, Scopus und Web of Science konnte weitgehend derselbe Suchalgorithmus verwendet werden, es waren nur geringe Anpassungen notwendig. Lediglich die Eingrenzungsmöglichkeiten dieser Datenbanken waren unterschiedlich ausgeprägt, z. B. hinsichtlich Forschungsbereichen und Artikeltypen. Der Suchalgorithmus schließt sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Interventionen ein, welche in den Settings Kita bzw. Vorschule und Schule durchgeführt wurden.

Im anglo-amerikanischen Sprachraum ist eine begriffliche Unterscheidung zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unüblich und würde im Rahmen der Suchstrategie zum Ausschluss von potenziell passenden Treffern führen.

Tabelle 3:
Kombinierte Suchaufträge mit Eingrenzungen für Web of Science

#1 (((TS=(((„health promotion“ OR „prevention“ OR „preventive“ OR „prevent“)) AND („school“ OR „schools“ OR „pre-school“ OR „kindergarten“ OR „daycare“ OR „nursery“ OR „nurseries“)) AND („vulnerable“ OR „disadvantaged“ OR „deprived“ OR „vulnerability“ OR „socioeconomic“ OR „socio-economic“ OR „equity“ OR „inequality“ OR „poverty“ OR „poor“ OR „hard-to-reach“)) AND („utilization“ OR „use“ OR „participation“ OR „access“ OR „reach“ OR „attendance“ OR „utilisation“ OR „awareness“ OR „engagement“ OR „barriers“ OR „facilitators“ OR „adherence“ OR „compliance“ OR „Retention“)) AND („intervention“)))))) AND LANGUAGE: (English OR German) AND DOCUMENT TYPES: (Article OR Review)

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2010-2018

#2 ((TS= („obesity“ OR „physical activity“ OR „nutrition“ OR „fitness“ OR „overweight“ OR „body mass index“ OR „healthy eating“ OR „motor activity“ OR „fruit“ OR „vegetable“ OR „sedentary behavior“ OR „mental health“ OR „psychological health“ OR „emotional health“))) AND LANGUAGE: (English OR German) AND DOCUMENT TYPES: (Article OR Review)

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2010-2018

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2010-2018

#2 AND #1 Refined by: [excluding] DOCUMENT TYPES: (BOOK CHAPTER OR PROCEEDINGS PAPER) AND [excluding] WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (MEDICINE RESEARCH EXPERIMENTAL OR BIOCHEMISTRY MOLECULAR BIOLOGY OR NURSING OR CLINICAL NEUROLOGY OR REHABILITATION OR GERONTOLOGY OR INFECTIOUS DISEASES OR CARDIAC CARDIOVASCULAR SYSTEMS OR OBSTETRICS GYNECOLOGY OR DENTISTRY ORAL SURGERY MEDICINE OR PERIPHERAL VASCULAR DISEASE OR ENDOCRINOLOGY METABOLISM OR PHARMACOLOGY PHARMACY OR MEDICAL INFORMATICS OR SOCIAL SCIENCES BIOMEDICAL OR PHYSIOLOGY OR SUBSTANCE ABUSE)

Indexes=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI Timespan=2010-2018

3.6 Vulnerabilität und vulnerable Bevölkerungsgruppen

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschreibt Vulnerabilität als die erhöhte Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeit, die sich besonders häufig dort findet, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren soziale Teilhabe prekär oder beeinträchtigt ist (z. B. Kinder psychisch kranker oder armutsgefährdeter Eltern, Kinder mit Zuwanderungsgeschichte), mit engen Wohnverhältnissen und/oder Armut zusammentrifft. Vulnerabel zu sein besagt dabei zunächst, gesundheitlich relevanten Belastungen ausgesetzt zu sein (externe Dimension) und diese ggf. nicht bewältigen zu können (interne Dimension) (SVR Gesundheit, 2008). Vulnerabilität bezeichnet damit die erhöhte Eintrittswahrscheinlichkeit einer bestimmten Krankheit oder von Krankheit überhaupt. Das Projektteam teilt das Verständnis des Sachverständigenrates und definiert Vulnerabilität vor dem Hintergrund multidisziplinärer Forschungszugänge (Christmann & Ibert, 2016) im Zusammenhang mit dem Scoping Review als die aufgrund sozial bedingter Ungleichheit von Lebens- und Gesundheitschancen verringerten Ressourcen, mit gesundheitlichen Gefährdungen umzugehen, verbunden mit einem im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöhten Erkrankungsrisiko. Es müssen jedoch Lücken in der wissenschaftlichen Debatte zum Fachbegriff Vulnerabilität und seiner theoretischen Fundierung konstatiert werden, einhergehend mit einer Unschärfe (Fuzziness) in seiner begrifflichen Verwendung. Das Projektteam sieht hierin aktuellen Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

In Abstimmung mit den Auftraggebern wurden im Rahmen des Scoping Reviews die folgenden Aspekte von Vulnerabilität unterschieden:

- Sozialer Gradient/sozioökonomischer Status, z. B. arme Kinder und Familien
- Gesundheitsrisiken, z. B. Übergewicht und Adipositas
- Zugehörigkeit zu sozialen/ethnischen Minderheiten

4 Scoping-Review-Prozess

4.1 Identifikation von Treffern und Ausschluss von Duplikaten

Mit dem entwickelten Suchalgorithmus wurden in fünf Datenbanken insgesamt 649 Treffer erzielt. In der DoPHER Datenbank konnte kein Treffer erzielt werden. Die Treffer wurden aus den Datenbanken exportiert und danach in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote importiert. Über eine automatisierte Selektionsfunktion konnten 80 Duplikate über EndNote, über händische Selektion weitere zwei Duplikate ausgeschlossen werden. Nach Ausschluss von 104 Duplikaten konnten 545 Treffer generiert und in die vertiefende Auswertung aufgenommen werden. Die Trefferzahlen pro Datenbank lauten wie folgt:

Tabelle 4:
Treffer pro Datenbank

SCOPUS	311
Web of Science	150
PsychINFO	124
Cochrane Library	45
PubMed/Medline	19
DoPHER	0
Zwischenstand	649
Duplikate	104
Treffer bereinigt	545

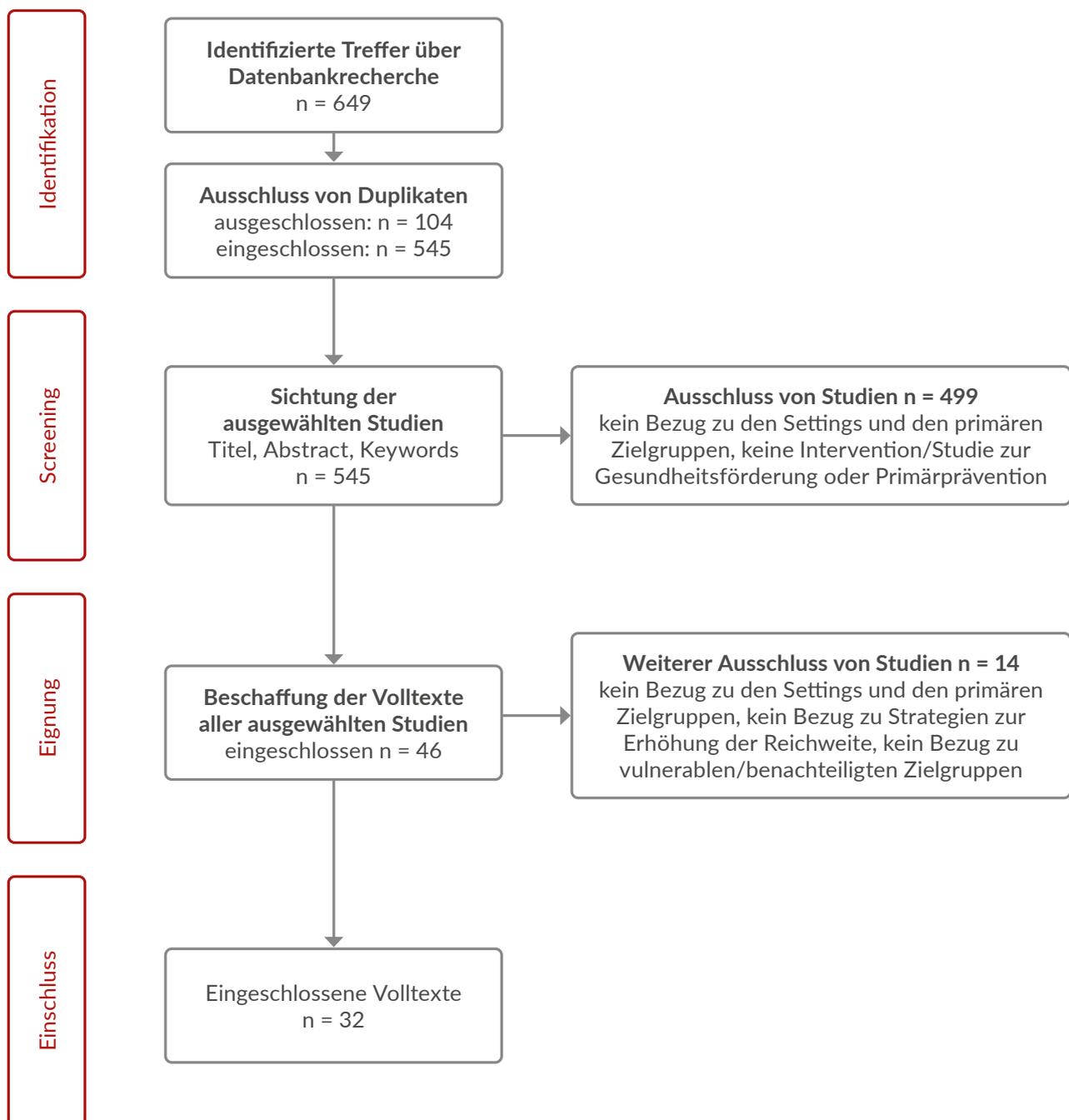
4.2 Abstract Screening

Nach dem Ausschluss von Duplikaten wurden von 545 Treffern Titel, Abstracts und Keywords gesichtet und hinsichtlich ihrer Eignung geprüft. Zunächst sichtetten zwei Reviewende unabhängig voneinander die Treffer. Die Ergebnisse wurden verglichen, Abweichungen im Team diskutiert und im Konsens entschieden. Kritische Auswahlentscheidungen wurden zudem von einer dritten Person geprüft. Durch dieses Vorgehen konnten 499 Treffer mangels Passung ausgeschlossen werden. Dementsprechend wurden 46 Volltexte hinsichtlich der Forschungsfragen vertiefend analysiert.

4.3 Beschaffung und Prüfung der Volltexte

Die 46 Volltexte wurden von zwei Reviewenden unabhängig voneinander hinsichtlich der Einschlusskriterien geprüft und das Ergebnis verglichen. Auf diesem Wege wurden weitere 14 Volltexte mangels Passung ausgeschlossen. Somit wurden 32 Volltexte in die vertiefende Analyse des Scoping Reviews eingeschlossen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1:
Flussdiagramm für den Scoping-Review-Prozess



4.4 Grundlegende Unterscheidungskriterien für Strategien und Interventionen

Im Folgenden werden zentrale theoretische und methodische Grundlagen zur groben Charakterisierung und Unterscheidung von gesundheitsfördernden und primärpräventiven Interventionen gegeben. Strategien und Interventionen zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit bzw. zur Gesundheitsförderung bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen können anhand ihrer Handlungsansätze und -ebenen charakterisiert werden. Whitehead (2007) beschreibt vier Handlungsebenen, um Ungleichheiten zu bewältigen:

1. „Strengthening Individuals“: Personenzentrierte Strategien, um die Gesundheit von sozial Benachteiligten zu verbessern
2. „Strengthening Communities“: Bevölkerungsgruppen- und gebietsbezogene Strategien, um die Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen und/oder Regionen zu verbessern
3. „Improving Living and Working Environments“: Strategien zur Minderung von Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz und im Lebensumfeld der Gesamtbevölkerung
4. „Promoting Healthy Macro Policy“: Strategien zur Verbesserung von kulturellen, gesamtwirtschaftlichen und Umweltbedingungen der Gesamtbevölkerung

Graham und Kelly (2004) unterscheiden zudem drei Handlungsansätze, denen Interventionen zur Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zugrunde liegen.

Der Fokus liegt darauf,

1. die absolute Position der am stärksten benachteiligten Gruppen zu verbessern,
2. die relative Lücke zwischen der am besten und der am schlechtesten gestellten Statusgruppe zu verringern und/oder
3. den sozialen Gradienten⁶ zu mindern.

Interventionen sind somit gezielt (targeted) oder universell, adressieren gezielt sozial Benachteiligte oder aber die Gesamtbevölkerung und damit den sozialen Gradienten.

Marmot (2008, 2010) hat mit dem „proportionate universalism“ einen kombinierten Handlungsansatz entworfen, der die Ansätze 1 und 3 verbindet. Politiken und Interventionen, die auf gesundheitliche Chancengleichheit (Health Equity) abzielen, sollten universell, aber mit einer Skalierung und Intensität proportional zum Grad der Benachteiligung der Bevölkerungsgruppe sein. Beispielsweise werden Finanz- und Personalressourcen an Schulen und Kindertagesstätten auf Basis von Sozialstruktur- und Gesundheitsdaten vergeben und Interventionen bedarfsorientiert implementiert. Darüber hinaus haben insbesondere Dooris (2009) und Poland (2009) in den vergangenen Jahren sowohl die theoretischen Grundlagen als auch die Rahmenbedingungen für die Implementation von Setting-basierten Interventionen der Gesundheitsförderung weiterentwickelt.

6 „Reducing the entire social gradient, defined as ‚the higher the social position, the better the health‘“ (Marmot & Wilkinson, 2006).

Die Kategorisierung von Interventionen im Rahmen der Auswertung für das Scoping Review orientiert sich an folgender Einteilung:

- a. selektiv/targeted, z. B. Schüler/-innen mit einem bestimmten Migrationshintergrund
- b. universell, z. B. alle Schüler/-innen einer Schule/eines Schulbezirks
- c. kombiniert, u. a. im Sinne des „proportionate universalism“ (Carey, Crammond & Leeuw, 2015; Egan et al., 2016) oder „settings approach“ (Hartung et al., 2011; Quilling, Dadaczynski & M. Müller, 2016)

Die im deutschsprachigen Sprachraum verwendete Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention ist im anglo-amerikanischen Sprachraum nicht üblich. Die Treffer zeigen, dass viele Interventionen Veränderungen/Wirkungen sowohl auf Verhaltens- als auch auf Umwelt- bzw. Verhältnisebene adressieren, z. B. „environmental interventions“, „settings-based interventions“. Die Einteilung der Interventionen wird in den Studiensteckbriefen unter dem Label „Interventionsform“ aufgeführt.

5 Zusammenfassende Ergebnisse

In diesem Kapitel werden zunächst die inhaltlichen und methodischen Schwerpunkte der eingeschlossenen 32 Volltexte bzw. Fachartikel vorgestellt. Es zeigen sich drei wesentliche Unterscheidungsmerkmale der Fachartikel. 16 sind Evaluationsstudien (vgl. 5.1), elf Beobachtungsstudien (vgl. 5.2) und sechs Übersichtsarbeiten bzw. Reviews (vgl. 5.3). Eine ausführliche Darstellung der 32 Fachartikel findet sich in Kapitel 10 Studiensteckbriefe der eingeschlossenen Volltexte.

5.1 Volltexte zu Evaluationsstudien

16 der 32 Volltexte sind Artikel, in denen Ergebnisse, Forschungsmethodik und Konzeption zu Interventionen bzw. mit Interventionen verbundenen Evaluationen berichtet werden. Die in diesen Volltexten beschriebenen Interventionen sind insgesamt sehr heterogen (vgl. Tabelle 5). Bei den Artikeln von Buscemi et al. (2015) und Mercken et al. (2012) handelt es sich um Sekundärdatenanalysen zu jeweils drei Interventionen.

Tabelle 5:
Evaluationsstudien

Autorinnen/Autoren	Kurzbeschreibung
Azevedo & Robinson, 2015	Intervention zur Übergewichtsprävention
Bastian, Maximova, McGavock & Veugeler, 2015	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit durch Bewegungsförderung
Bhatia, Jones & Reicker, 2011	Veränderung des Essensangebotes in Schulkantinen
Bjelland et al., 2011	Intervention mit Elterneinbindung zur Veränderung des kindlichen Bewegungs- und Ernährungsverhaltens
Buscemi et al., 2015	Interventionen zur Übergewichtsprävention im Kindesalter
Bush, Laberge & Laforest, 2010	Bewegungsförderung mit Social-Marketing-Prinzipien
Cadzow, Chambers & Sandell, 2015	Intervention mit Personalschulung zur Übergewichtsprävention
Cheadle et al., 2012	Kommunale Gesamtinitiative zur Übergewichtsprävention
Cluss, Fee, Culyba, Bhat & Owen, 2014	Bezirkswerte Veränderung des Mittagmenüs an Grundschulen
Coleman, Shordon, Caparosa, Pomicowski & Dziewaltowski, 2012	Partizipative Intervention zur Förderung gesunder Ernährung
Dalma et al., 2018	Verbesserung der schulischen Lebensmittelversorgung

Autorinnen/Autoren	Kurzbeschreibung
Dubuy et al., 2014	Profifußballer als Rollenvorbilder für Gesundheitsverhalten
Gallois et al., 2011	Gemeindeweite Intervention zur Übergewichtsprävention
Mercken et al., 2012	Differenzielle Wirksamkeit schulbasierter Rauchprävention
Norman, Nyberg, Elinder & Berlin, 2016	Förderung des Konsums gesunder Lebensmittel
Sharma et al., 2017	Verbesserung des Zugangs zu gesunden Lebensmitteln

13 von den genannten 16 Interventionen zielten auf das Setting Schule, lediglich zwei auf das Setting Kita/Vorschule, eine Intervention auf beide Settings und Zielgruppen. Als sekundäre Zielgruppen von Interventionen wurden Lehrkräfte, Schulleiterinnen und Schulleiter sowie anderes Schulpersonal (11 Nennungen) genannt, gefolgt von Eltern (9) sowie Erzieherinnen und Erziehern (2). Der in den Evaluationsstudien beschriebene Bezug zur Vulnerabilität der Zielgruppen betraf überwiegend soziale und ökonomische Benachteiligung (14 Nennungen), Gesundheitsrisiken in Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas (10) und ethnische Minderheiten (7). 15 von 16 Studien geben als Zielvariablen ernährungs- und bewegungsbezogene Outcomes an wie Obst- und Gemüseverzehr, Sportbeteiligung, BMI, Gewicht, körperliche Aktivität oder Fitnessparameter, eine das jugendliche Rauchverhalten. Demnach findet sich unter den eingeschlossenen Studien keine Intervention zur Förderung seelischer Gesundheit.

Die Studie von Buscemi et. al (2015) behandelt explizit Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Inanspruchnahme bei vulnerablen Familien. Im Rahmen dieser Studie werden über drei Interventionen gesammelte Ergebnisse und Erfahrungen zu verwendeten Rekrutierungs- und Retentionsstrategien bei sozioökonomisch benachteiligten Familien beschrieben. Von den 16 Evaluationsstudien kommen zehn aus Nordamerika und sechs aus Europa.

5.2 Reviews

Es konnten sechs Reviews in die vertiefende Analyse eingeschlossen werden. Die Reviews analysieren überwiegend Maßnahmen im Setting Schule (4), ein Review adressiert das Setting Kita/Vorschule und ein Review beide Settings. Vier Reviews analysieren Interventionen bzw. Evaluationsstudien hinsichtlich der Effekte auf unterschiedliche gesundheitsbezogene Outcomes und ihre sozial differenzielle Wirksamkeit (Reduktion oder Erhöhung gesundheitlicher Ungleichheit) (vgl. Tabelle 6). Martins, Marques, Sarmento & Carreiro da Costa (2015) untersuchen in einer systematischen Übersichtsarbeit qualitativer Studien hemmende und fördernde Faktoren für die Teilnahme an körperlicher Aktivität unter Jugendlichen. Steenbock, Pischke, Schönbach, Pöttgen & Brand (2015) untersuchen die Wirksamkeit bewegungs- und ernährungsbezogener Interventionen im Setting Kita.

**Tabelle 6:
Reviews**

Autorinnen/Autoren	Kurzbeschreibung
Ball, Carver, Downing, Jackson & O'Rourke, 2015	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit in körperlicher Aktivität
Hofmann, Flaschberger & Felder-Puig, 2014	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit über schulbasierte Interventionen
Jepson, Harris, Platt & Tannahill, 2010	Selektivität und Wirkung schulbasierter Interventionen
Martins et al., 2015	Hemmende und fördernde Faktoren für Bewegung bei Jugendlichen
Moore, Littlecott, Turley, Waters & Murphy, 2015	Sozialer Gradient in Effekten universeller schulbasierter Interventionen
Steenbock et al., 2015	Wirksamkeit ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen in Kitas

5.3 Volltexte zu Beobachtungsstudien

Als Beobachtungsstudien werden im Rahmen des Scoping Reviews Untersuchungen bezeichnet, die grundlegende Erkenntnisse beispielsweise zu vulnerablen Zielgruppen, Gesundheitsverhalten oder Kontext liefern. Diese Studien sind überwiegend explorativ angelegt u. a. als Zielgruppen- oder Kontextanalyse und dienen i. d. R. als initialer Untersuchungsschritt für eine nachfolgende Intervention. Zehn der 32 Studien sind Beobachtungsstudien. Alle zehn behandeln das Setting Schule bzw. die primäre Zielgruppe Schülerinnen und Schüler, eine davon außerdem das Kita-/Vorschul-Setting (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7:
Beobachtungsstudien**

Autorinnen/Autoren	Kurzbeschreibung
Agazzi, Armstrong & Bradley-Klug, 2010	BMI und körperliche Aktivität bei vulnerablen Jugendlichen
Carlson et al., 2014	Soziale Ungleichheit an Grundschulen in Sportunterricht und kindlichem Bewegungsverhalten
Charlton et al., 2014	Einflussfaktoren auf die körperliche Fitness von Jugendlichen
Correa et al., 2017	Wahrnehmung gesunder Ernährung unter indischen Jugendlichen
Edwards, Clarke, Ransley & Cade, 2010	Kleinräumige Datenanalyse für die Übergewichtsprävention
Hjern et al., 2013	Einfluss der schulischen Migrantendichte auf das Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern
Hobin et al., 2012	Untersuchung von Geschlechtsunterschieden in Bewegungszeiten
Kesztyüs, Traub, Lauer, Kesztyüs & Steinacker, 2017	Frühstückverhalten von Grundschülerinnen und Grundschülern in Baden-Württemberg
Kirby, Levin & Inchley, 2013	Sozialräumliche Einflussfaktoren auf jugendliches Aktivitätsverhalten
Villiers et al., 2012	Gesundheitsbezogene Situationsanalyse zu Schule und Umfeld

Zu den Beobachtungsstudien zählen fünf europäische, drei nordamerikanische, eine indisch-kanadische und eine südafrikanische Studie. Neun von zehn Studien geben als Zielvariablen ernährungs- und bewegungsbezogene Outcomes wie körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten, BMI oder Gewicht an, lediglich eine Studie seelisches Wohlbefinden (Hjern et al., 2013).

6 Ergebnisse nach Forschungsfragen

6.1 Strategien zur Erhöhung der Reichweite

Forschungsfrage 1:

Welche Strategien zur Erhöhung von Kenntnis, Inanspruchnahme und Aufrechterhaltung der Inanspruchnahme verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention durch vulnerable Kinder und Jugendliche wurden bislang in den Settings Kita und Schule eingesetzt (national und international)?

Im Rahmen des Scoping Reviews konnten die in den folgenden Unterkapiteln (6.1.1 bis 6.1.17) dargelegten Strategien für die Erhöhung von Inanspruchnahme und Reichweite in der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen in Kitas und Schulen identifiziert werden. Eine ausführliche Darstellung der 32 Fachartikel anhand von Studiensteckbriefen findet sich in Kapitel 10.

6.1.1 Kitas und Schulen in benachteiligten Gebieten adressieren

Die im Rahmen der untersuchten Studien am häufigsten gewählte Strategie ist die Wahl eines benachteiligten Zielgebietes für die Intervention. Auf Grundlage unterschiedlich differenzierter Sozial- und Gesundheitsindikatoren adressierten Interventionen Kitas und Schulen in sozial benachteiligten Landkreisen, Städten, Wohnquartieren oder Schulbezirken.

6.1.2 Interventionen universell zugänglich machen

Die Auswahl eines benachteiligten Sozialraums für die Intervention wurde i. d. R. mit einem universellen Zugang kombiniert, d. h. jede Kita oder Schule eines Zielgebietes, alle Kinder einer Kita bzw. alle Schülerinnen und Schüler einer Schule oder zumindest eine gesamte Altersgruppe konnten an der Intervention teilnehmen.

6.1.3 Lebenswelten gesundheitsfördernd gestalten

Im Rahmen des Scoping Reviews haben sich unterschiedliche Wege im Sinne einer Setting-basierten Gesundheitsförderung gezeigt, um die Nachhaltigkeit von Interventionen zu sichern und Synergien zu schaffen. Interventionskomponenten wurden nach Möglichkeit in schulische Abläufe und Strukturen integriert oder zumindest mit ihnen verknüpft, beispielsweise wurden Bewegungsangebote in die Pausenzeiten

gelegt, die Sportstunden insgesamt erhöht, Lehrpläne für unterschiedliche Fächer aktualisiert und verbessert (u. a. Sport und Ernährungsbildung) oder das Mahlzeitenangebot in Schulmensen verändert.

Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass schulische Lebenswelten am effektivsten und nachhaltigsten verändert werden können, wenn gesundheitsfördernde Interventionen Anschluss finden an kommunal-, landes- und bundespolitische Richtlinien und Förderstrukturen bzw. vom politischen Mehr-Ebenen-System gemeinsam getragen werden. Auf diese Weise werden die Nachhaltigkeit von Interventionen gewährleistet und die Chance erhöht, Schülerinnen und Schüler aus allen sozialen Milieus zu erreichen.

6.1.4 Verhältnis- und verhaltenspräventive Strategien kombinieren

Die überwiegende Anzahl der Interventionen kombiniert, um Wirkung und Reichweite zu erhöhen, verhältnis- mit verhaltenspräventiven Komponenten (11 von 15), beispielsweise werden Veränderung und Aufwertung des Schulgeländes und/oder gesundheitsfördernde Schulmahlzeiten mit Bewegungsangeboten in der Pause kombiniert. Es wurde zudem deutlich, dass i. d. R. verschiedene gesundheitsrelevante Handlungsbereiche gemeinsam und nicht solitär adressiert werden, z. B. Bewegung und Ernährung.

6.1.5 Setting-bezogene mit aufsuchenden Strategien kombinieren

Eine weitere Möglichkeit, um die Reichweite von präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen bei vulnerablen Zielgruppen zu erhöhen, ist eine aufsuchende Interventionsstrategie. Neben gesundheitsfördernden Aktivitäten und Veränderungen in den Lebenswelten Kita und Schule werden Unterstützungsangebote zu Hause bzw. im familiären Umfeld der Kinder unterbreitet. Sozial benachteiligte Eltern können besser über aufsuchende Maßnahmen erreicht werden. Eine Strategie, um beispielsweise Adipositas bei Kindern effektiv zu reduzieren, ist die Unterstützung gesundheitsfördernder Gewohnheiten in der ganzen Familie. Über den Einbezug der Familien gelingt es, das häusliche Umfeld zu beeinflussen.

6.1.6 Sozialräumliches Umfeld der Einrichtung einbeziehen

Neben aufsuchenden Strategien, die das familiäre Umfeld stärker involvieren, wurden zahlreiche Strategien beschrieben, die den Sozialraum bzw. die Umwelt einer Kita oder Schule in die Intervention einbeziehen (Environmental Strategies). Beispielsweise wurden die Grün- und Freiflächen im Sozialraum einbezogen, das Ernährungsangebot von Kiosken oder kleinen Lebensmittelläden im Schulumfeld verändert oder einzelne Maßnahmen in Kooperation mit gemeinnützigen lokalen Organisationen durchgeführt, u. a. Frühstücks- und Nahrungsmittelpakete oder Eltern-Kind-Kochkurse für bedürftige Familien.

6.1.7 Kommunale Gesamtstrategien entwickeln

Der umfangreichste Ansatz zur Erhöhung der Nachhaltigkeit, Reichweite und Wirkung von Interventionen ist eine kommunale, bezirks- oder stadtteilbezogene Gesundheitsstrategie mit universellem Zugang. Die analysierten Studien nutzten insbesondere im Bereich der Adipositas-Prävention gebietsbezogene Interventionsansätze. Kommunale Steuerungsverantwortliche beispielsweise aus den Ressorts Ernährung, öffentliche Gesundheit, Schule, Sport und Stadtentwicklung entwickeln in intersektoraler Kooperation gemeinsam mit lokalen Organisationen, Stakeholdern sowie Setting-Verantwortlichen und unter Einbezug von Bürgerinnen und Bürgern (Partizipation) eine kommunale Gesamtstrategie. Externe Forschungs- und Wissenschaftspartnerinnen und -partner werden nach Bedarf unterstützend und beratend eingebunden.

Lokale Vernetzungs- und Steuerungsstrukturen für Gesundheitsförderung und Prävention werden aufgebaut (Kapazitätsentwicklung), kommunale, sozialraum- und einrichtungsbezogene Handlungsziele formuliert und nach Möglichkeit evidenzbasierte Maßnahmen implementiert. Ziele und Maßnahmen werden bedarfsorientiert und datengestützt entwickelt, möglichst auf Grundlage kleinräumiger Sozial- und Gesundheitsdaten. Darüber hinaus werden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Lehrkräfte) geschult und damit ihre Kompetenzen und ihr Wissen zu Gesundheitsförderung und Prävention gestärkt.

Exemplarisch werden im Folgenden Aktivitäten und Handlungsebenen des in drei nordamerikanischen Kommunen umgesetzten Interventionsansatzes von Cheadle et al. (2012) wiedergegeben:

- Organisationale Aktivitäten: Ernährungsumgebung in Schulkantinen verändern und standardisierte Sport- und Bewegungsprogramme implementieren
- Umweltbezogene Strategien: bauliche Umgebung verbessern (z. B. Anlage eines Spazierweges), Verfügbarkeit von Obst und Gemüse erhöhen
- Kommunalpolitische Strategien: gesundheitsfördernde Gestaltungsaspekte wie Begehbarkeit (Walkability) in die städtebauliche Planung einbringen
- Aktivitäten zur Kapazitätsentwicklung (Capacity Building): kommunale Basis mobilisieren und Kooperationen zwischen gemeindenahen Organisationen aufbauen bzw. stärken

In der Zusammenschau wird deutlich, dass im Rahmen von kommunalen Gesamtansätzen grundlegende Ansätze der Gesundheitsförderung und Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Wirkung von Interventionen kombiniert werden (z. B. intersektorale Kooperation und Kapazitätsentwicklung für Gesundheit, Partizipation und Empowerment).

6.1.8 Vorstudien durchführen und Interventionen datengestützt umsetzen

Die meisten der analysierten Interventionsstudien nennen als initialen Schritt die Durchführung einer Voruntersuchung. Auch einige der identifizierten Grundlagenstudien sind als explorierende Vorstudien konzipiert, auf deren Ergebnissen eine nachfolgende Intervention aufbauen wird.

Eine adäquate Datenbasis für die Konzeption von Interventionen wird i. d. R. durch Sekundärdatenanalysen, gezielte qualitative und/oder quantitative Erhebungen geschaffen. Es erfolgt eine Bestandsaufnahme bereits vorliegender Daten wie Sozial- und Gesundheitsdaten aus schulärztlichen Untersuchungen oder Daten der kommunalen Berichterstattung. Oder es werden Daten der Verkaufs- und Verzehrstatistik von Schülern herangezogen. Diese Daten werden hinsichtlich möglicher Interventionsbedarfe analysiert. Häufig werden Sekundärdatenanalysen durch vertiefende qualitative und/oder quantitative Erhebungen ergänzt, beispielsweise Schülerinnen und Schüler zu ihrem Ernährungs- oder Bewegungsverhalten per Fragebogen befragt, ihre physischen Gesundheitsparameter (u. a. BMI) erhoben sowie Lehrkräfte zu Entwicklungspotenzialen im Sportunterricht und Veränderungsbedarf am Schulgelände befragt. Ziel ist es, auf Grundlage von Kontext-, Bedarfs- und Zielgruppenanalysen eine möglichst passgenaue Intervention zu entwickeln. Die Durchführung einer Voruntersuchung kann als grundlegende Voraussetzung für Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kita und Schule angesehen werden. Für die Erhöhung der Inanspruchnahme und Reichweite von vulnerablen bzw. schwer erreichbaren Zielgruppen (hard-to-reach target groups) sind sie unerlässlich, um Teilnahmhindernisse wie sprachliche Barrieren und kulturelle Besonderheiten zu identifizieren und Stigmatisierungspotenziale zu erkennen und zu reflektieren.

6.1.9 Interventionen niedrigschwellig, diversitäts- und kultursensibel konzipieren

Zur Erhöhung der Reichweite bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen und ethnischen Minderheiten müssen Interventionen niedrigschwellig konzipiert, kulturelle Besonderheiten (u. a. Ernährungsgewohnheiten) in der Ansprache berücksichtigt und Sprachbarrieren minimiert werden (u. a. einfache Sprache). Darüber hinaus müssen Interventionskomponenten auf einen tatsächlichen Bedarf treffen und für die Zielgruppe attraktiv sein. Um dies zu erreichen, können beispielsweise Informationen und Inhalte mehrsprachig erstellt, Muttersprachlerinnen und -sprachler bei der Konzeption hinzugezogen oder in die Durchführung Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler eingebunden werden. Adäquate Zielgruppenanalysen sind für eine passgenaue Interventionsgestaltung grundlegend.

6.1.10 Multiplikatorinnen und Multiplikatoren einbinden

In den untersuchten Studien werden unterschiedliche Multiplikator-Strategien beschrieben. Die Einbindung von Eltern wird als besonders fördernd für die Erhöhung der Reichweite und Wirkung von Interventionen im Setting Kita/Vorschule eingeschätzt (Steenbock et al., 2015). Darüber hinaus werden Bürgerinnen und Bürger, Gleichaltrige, Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte, Mensapersonal, kommunale Steuerungsverantwortliche, Trainerinnen und Trainer, professionelle Fußballspielerinnen und -spieler sowie verschiedene lokale Stakeholdergruppen eingebunden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden in sehr verschiedenen Funktionen eingebunden. Beispielsweise geht es bei der Einbindung von professionellen Fußballspielerinnen und -spielern hauptsächlich darum, die Teilnahme für vulnerable Kinder und Jugendliche attraktiver zu machen und ihnen positive Rollenvorbilder für ihr Gesundheitsverhalten anzubieten (Dubuy et al., 2014). Im überwiegenden Teil der Interventionen wurden Erzieherinnen und Erzieher und/oder Lehrkräfte mit ihrem Expertenwissen beispielsweise zu gesundheitlichen Entwicklungsbedarfen ihrer Schülerinnen und Schüler, zu schulischen Rahmenbedingungen oder curricularen Vorgaben einbezogen. Darüber hinaus wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Sportlehrerinnen und -lehrer durch Schulungen für gesundheitsfördernde Aktivitäten qualifiziert und/oder setzten einzelne Interventionskomponenten um (u. a. Cadzow et al., 2015). Zudem wurden in einigen Interventionen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren unmittelbar in die Planung, Steuerung und Durchführung von Aktivitäten eingebunden, sie konnten beispielsweise Schwerpunkte und Handlungsziele mitbestimmen (u. a. Cheadle et al., 2012; Coleman et al., 2012).

6.1.11 Gesundheitsförderung und Prävention partizipativ umsetzen

In den analysierten Studien konnten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in unterschiedlicher Ausprägung Einfluss auf Steuerung, inhaltliche Schwerpunkte oder Durchführung der Interventionen nehmen. Nach dem Stufenmodell der Partizipation von Wright (2010) bewegten sich die meisten Studien in den Bereichen der Anhörung und Einbeziehung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Zielgruppen (Eltern, Jugendliche, Kinder) und entsprachen damit den Vorstufen der Partizipation (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2:
Stufenmodell der Partizipation nach Wright, 2010



In einigen Studien konnten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Zielgruppen mitbestimmen oder erhielten Entscheidungskompetenzen. Über eine partizipative Gestaltung können Interventionen bei Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Zielgruppen Akzeptanz, Teilnahmebereitschaft und Empowerment bzw. Prozesse von Selbstorganisation und Reflexion fördern. Zudem kann die Passgenauigkeit der Intervention durch partizipative Prozesse erhöht werden. In der Interventionsstudie von Coleman et al. (2012) wurden u. a. Prinzipien der gemeinschaftsbasierten partizipativen Forschung angewendet (Community-based Participatory Research, CBPR).

6.1.12 Kapazitäten, Kompetenzen und Fähigkeiten aufbauen (Capacity Building)

Kapazitätsentwicklung zielt auf einen Aufbauprozess, in dem Einzelpersonen, Teams, Organisationen oder Netzwerke Fähigkeiten, Kenntnisse, Führungsqualitäten, Werkzeuge und andere notwendige Ressourcen erwerben oder verbessern, die erforderlich sind, um ihre Aufgaben kompetent und effektiv umzusetzen. Kapazitätsentwicklung umfasst Aktivitäten zur Verbesserung der Gesundheit auf drei Ebenen (Smith, Tang & Nutbeam, 2006):

1. Erwerb bzw. Weiterentwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Umsetzung gesundheitsfördernder Tätigkeiten
2. Steigerung der Akzeptanz und Ausbau der Infrastruktur für Gesundheitsförderung in Organisationen
3. Förderung des Zusammenhalts und Entwicklung von Partnerschaften und Kooperationen für Gesundheit in lokalen Gemeinschaften

Im Zentrum der Strategie steht die Förderung der Gesundheit in Kita und Schule über Organisationsentwicklung, Personalschulung und die Umsetzung von bedarfsorientierten Maßnahmen (Grossmann & Scala, 2011). Erzieherinnen und Erzieher sowie Lehrkräfte gestalten einen gesundheitsfördernden Organisationsentwicklungsprozess, erwerben in Schulungen beispielsweise Kompetenzen, um gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten umzusetzen, sowie Wissen über Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Erziehungsverhalten und Sozialstatus (Coleman et al., 2012). In der Regel geht es um eine sinnvolle Kombination von Veränderungen der Umwelt (z. B. Schulhofgestaltung), Veränderungen der organisationalen Richtlinien (z. B. Ernährungsrichtlinien), Änderungen in der pädagogischen Alltagspraxis und dem Umsetzen von gezielten bedarfsorientierten Aktivitäten (Verhältnis- und Verhaltensprävention).

6.1.13 Incentives einsetzen und Anreize schaffen

Die Teilnahmebereitschaft, Inanspruchnahme und Retention⁷ von sozial benachteiligten Familien und Familien mit Zuwanderungsgeschichte kann durch materielle, finanzielle und nicht-materielle Entscheidungsanreize (Incentives) erhöht werden. Hierzu zählen beispielsweise Lebensmittel- oder Kleidungspakete/-gutscheine, kultursensible Kochkurse inklusive gemeinsamem Essen, kostenlose Kinderbetreuung während der Aktivitäten oder sich steigernde Geldbeträge für die Teilnahme an Folgeterminen. In der Kombination mit einer diversitätssensiblen Ansprache und Konzeption kann der Einsatz von Incentives die Inanspruchnahme und Retention von vulnerablen Zielgruppen wirksam erhöhen (u. a. Azevedo et al., 2015).

6.1.14 Social-Marketing-Prinzipien anwenden

Die Inanspruchnahme von Programmen in Kita und Schule durch vulnerable Zielgruppen kann über Social-Marketing-Prinzipien erhöht werden. Social-Marketing-Prinzipien sind seit Längerem wichtiger Bestandteil gesundheitsfördernder und präventiver Programme (Smith et al., 2006). Interventionen, die einem Social-Marketing-Ansatz folgen, legen eine vorrangige Zielgruppe fest (z. B. übergewichtige Kinder) und stimmen ihr Design auf deren Wünsche und Bedürfnisse ab (Prinzip 1). Es werden Vorteile, die die Zielgruppe mit der Übernahme eines Gesundheitsverhaltens verbindet, identifiziert und hervorgehoben, Barrieren werden abgebaut. Entscheidend ist, dass die wahrgenommenen Vorteile die wahrgenommenen Hindernisse überwiegen (Prinzip 2). Die Vielfalt in der Zusammensetzung einer Zielgruppe wird dadurch berücksichtigt, dass besondere Wünsche und Bedürfnisse von Teilgruppen (z. B. Kinder mit Migrationshintergrund) erfasst und Aktivitäten angepasst werden (Prinzip 3). Es werden zielgruppengerechte Kommunikationskanäle (Prinzip 4), attraktive Anreize (Incentives) und anschlussfähige Inhalte identifiziert (Prinzip 5), um Reichweite und Inanspruchnahme zu erhöhen. Die erfolgreiche Anwendung der Prinzipien basiert auf einer vorherigen Zielgruppenanalyse und kontinuierlichen Feedback-Prozessen zwischen Zielgruppe, relevanten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Programmverantwortlichen (Bush et al., 2010; Cheadle et al., 2012; Cluss et al., 2014).

6.1.15 Rekrutierungs- und Retentionsstrategien entwickeln

Rekrutierungs- und Retentionsstrategien werden i. d. R. auf Setting, Zielgruppe und Studiendesign abgestimmt und idealerweise im Laufe der Intervention weiterentwickelt. Es hat sich gezeigt, dass im Zuge der identifizierten Interventionsstudien entwickelte Rekrutierungs- und Retentionsstrategien Reichweite und Inanspruchnahme bei vulnerablen Zielgruppen erhöhen.

⁷ Retention bedeutet, dass die Teilnahme über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten wird.

Exemplarisch wird im Folgenden eine Kurzzusammenfassung der Strategien von Buscemi et al. (2015) zur Erhöhung der Inanspruchnahme von schwer erreichbaren Zielgruppen (traditionally hard to reach participants) gegeben, die im Verlauf von drei Interventionen zur Adipositas-Prävention im Kindesalter entwickelt wurden. Die eingesetzten Schlüsselstrategien haben sich fördernd auf die Teilnahme und Retention sozial benachteiligter Familien ausgewirkt:

- Zusammenarbeit mit kommunalen/gemeinnützigen Organisationen, um die Glaubwürdigkeit von Programmen zu erhöhen
Studien belegen, dass Partnerschaften mit kommunalen Organisationen dazu beitragen, die Retentionsrate bei Minderheitengruppen zu verbessern (Levkoff & Sanchez, 2003; Yancey, Ortega & Kumanyika, 2006).
- Kontinuität der Erhebungsstandorte
Bei Interventionsstudien, die auf mehrere Jahre angelegt sind, ist die Kontinuität der Erhebungsstandorte für Eltern, Kinder, Mitarbeitende und Forschende eine besonders effektive Strategie. Durch die regelmäßigen Vor-Ort-Termine sind beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an Schulen stärker involviert und stehen häufiger zur Verfügung, um mit Eltern zu kommunizieren oder den Forscherinnen und Forschern Informationen zu schwer erreichbaren Teilnehmenden zu geben.
- Sammlung von detaillierten Kontaktinformationen
- Bereitstellung von monetären Entschädigungen
- Entwicklung eines detaillierten Protokolls zur Teilnehmernachverfolgung
- Personalkontinuität
- Strategische Einstellung von Datenerhebungspersonal
Das Personal für die Datenerhebung muss Erfahrungen mit Beziehungsarbeit und ausgeprägte soziale Kompetenzen für den Umgang mit benachteiligten Zielgruppen sowie Akteurinnen und Akteuren mitbringen.
- Entwicklung eines Protokolls für die Datenerhebung in der häuslichen Umgebung
Für schwer erreichbare Teilnehmende kann eine aufsuchende Datenerhebung zu Hause erfolgen.
- Verstärkter Fokus auf Diversity-Training für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
Es muss besonders auf die sprachliche und kulturelle Passung des Angebots mit der Herkunftskultur der Teilnehmenden und die entsprechende Ausgestaltung geachtet werden, z. B. bei der Formulierung von Einverständniserklärungen und weiteren Texten. Fragebögen werden unter Hinzuziehung von Muttersprachlerinnen und -sprachlern erstellt, um sicherzustellen, dass sie für Familien anderer Herkunftskulturen verständlich sind, und es wird zweisprachiges Datenerhebungspersonal eingesetzt. Darüber hinaus wird ein kulturelles Kompetenz-Curriculum als Teil der Schulung der Erhebenden aufgenommen.

6.1.16 Rahmenkonzepte, Theorien, evidenzbasierte Modelle und Kriterien guter Praxis verwenden

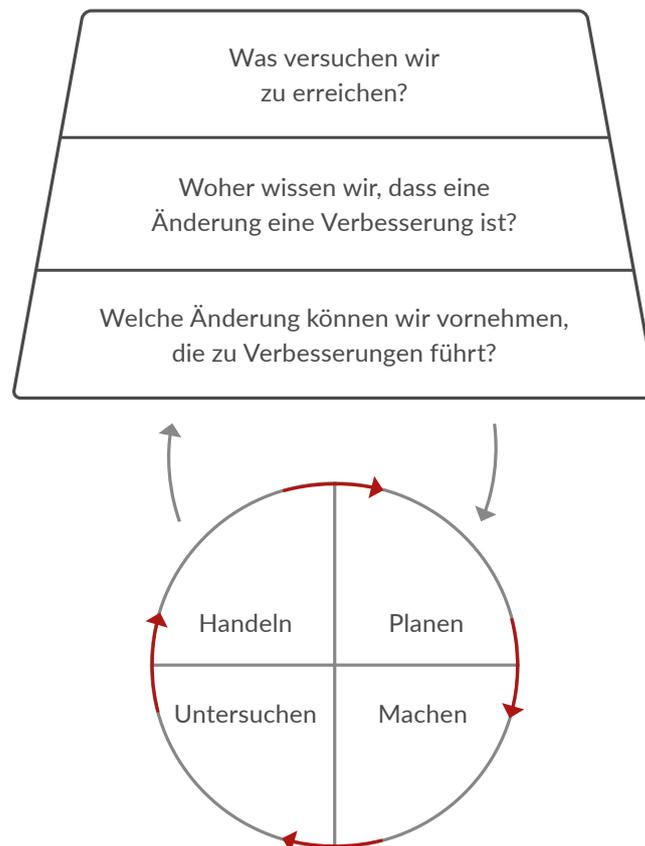
Die Verwendung von Rahmenkonzepten, Theorien und evidenzbasierten Modellen wirkt positiv auf die Qualität von bedarfs- und zielgruppengerechten Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Ihre Anwendung kann u. a. dazu beitragen, die Passgenauigkeit zu steigern und damit auch Reichweite und Wirkung erhöhen.

Im Anschluss werden exemplarisch ein Rahmenkonzept und ein Modell zur Entwicklung, Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Programmen sowie die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit vorgestellt.

Gallois et al. (2011) haben den Intervention-Mapping-Ansatz (Bartholomew et al., 2016) verwendet, durch den in einem iterativen Prozess theorie- und evidenzbasiert Interventionsprogramme entwickelt und implementiert werden. Der Prozess gliedert sich in sechs Schritte: 1) Bedarfsermittlung über Literatursuche und Fokusgruppengespräche (Needs Assessment), 2) Entwicklung einer Ziel-Matrix (Preparing Matrices of Change Objectives), 3) Auswahl theoretisch ausgewiesener Interventionsmethoden und Praxisstrategien (Selecting theory-informed Intervention Methods and practical Strategies), 4) Design eines Programmplans inkl. Komponenten und Materialien (Producing Program Components and Materials), 5) Planung von Einsatz, Implementierung und Nachhaltigkeit des Programms (Planning Program Adoption, Implementation and Sustainability) und 6) Evaluationsplanung (Planning for Evaluation).

Coleman et al. (2012) haben u. a. das „Rapid Improvement Process Model“ (Langley, Moen, K. M. Nolan, T. W. Nolan & Norman, 2009) des Institute for Healthcare Improvement (www.ihl.org) mit den Plan-Do-Study-Act-Zyklen (PDSA) verwendet (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3:
Modell zur Verbesserung nach Langley et al. (2009)



Aufgrund der Tatsache, dass die Evidenzlage zu wirksamen Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen sehr heterogen ist, liefern neben Rahmenkonzepten und Theorien auch Kriterien guter Praxis (Good Practice) eine orientierende Hilfestellung. Illustriert mit entsprechenden Fallbeispielen bieten sie für Praktikerinnen und Praktiker der Gesundheitsförderung und Prävention eine

bewährte und niedrighschwellige Grundlage, um Interventionen für vulnerable Zielgruppen zu entwickeln, umzusetzen oder bestehende Konzepte und Aktivitäten einzuschätzen und zu bewerten. Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit hat zwölf Good-Practice-Steckbriefe veröffentlicht, die Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen mit inhaltlich-methodischen Aspekten zur Konzeption verbinden, z. B. Zielgruppenbezug, Setting-Ansatz und Multiplikatorenkonzept (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015).

6.1.17 Diskriminierende und stigmatisierende Effekte reflektieren

Diskriminierende und stigmatisierende Effekte können Reichweite und Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Maßnahmen reduzieren bzw. als Teilnahmebarrieren wirken (Bhatia et al., 2011; Hjern et al., 2013; Dalma et al., 2018). Daher ist es bedeutsam, bei Planung und Durchführung von Interventionen, die auf benachteiligte und von Armut betroffene Bevölkerungsgruppen sowie ethnische Minderheiten abzielen, solche nicht-intendierten Effekte zu reflektieren. In einem nordamerikanischen Bundesstaat konnte über die Ausgabepaxis in der Schulmensa identifiziert werden, welches Kind eine geförderte Schulmahlzeit erhält, mit der Folge, dass die vom Nationalen Schulesenprogramm geförderten Mahlzeiten weit weniger in Anspruch genommen wurden, als es anspruchsberechtigte Schülerinnen und Schüler gab. Dies veränderte sich erst, als im Rahmen einer Intervention Ausgabepaxis und Menüauswahl in den Schulmensen angepasst wurden.

6.2 Erkenntnisse zu Einflussfaktoren und zur inhaltlich-methodischen Konzeption

Forschungsfrage 2:

Welche Faktoren wirken fördernd bzw. hemmend auf Kenntnis und Inanspruchnahme von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen durch vulnerable Zielgruppen?

Forschungsfrage 3:

Wie kann durch die (inhaltlich-methodische) Konzeption von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Schulen die Inanspruchnahme durch vulnerable Zielgruppen erhöht und über größere Interventionszeiträume aufrechterhalten werden?

Im folgenden Abschnitt werden die aus den untersuchten Studien extrahierten Einflussfaktoren auf Inanspruchnahme und Reichweite sowie inhaltlich-methodische Aspekte von Interventionen vorgestellt. Da Einflussfaktoren bzw. inhaltlich-methodische Aspekte stark mit dem jeweiligen Untersuchungs- bzw. Interventionsdesign zusammenhängen, werden sie studienbezogen dargestellt. Erwartungsgemäß gibt es zahlreiche Überschneidungen zwischen Einflussfaktoren auf Reichweite, inhaltlich-methodischen Aspekten von Interventionen und den identifizierten Strategien zur Erhöhung von Inanspruchnahme und Reichweite unter vulnerablen Zielgruppen in den Settings Kita und Schule.

6.2.1 Merkmale effektiver Interventionen in Kita und Schule

In einer Reihe von Studien und Reviews wurden Empfehlungen für die Interventionsgestaltung gegeben, die allerdings nicht hinreichend mit Evidenz belegt wurden. Merkmale effektiver Interventionen sind (Gallois et al., 2011; Jepson et al., 2010; Hofmann et al., 2014; Bastian et al., 2015; Cadzow et al., 2015; Moore et al., 2015; Steenbock et al., 2015):

- **Lokale und kulturelle Angemessenheit**
Interventionen werden den lokalen und kulturellen Besonderheiten angepasst, berücksichtigen beispielsweise die Lese- und Schreibfähigkeiten sowie die Lebensumwelt benachteiligter Familien.
- **Kombinierte Intervention/Mehr-Komponenten-Strategie**
Signifikante Verbesserungen von zwei oder mehr Zielparametern wurden meist von kombinierten Interventionen erzielt, beispielsweise in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung.
- **Theoretische Fundierung**
Die Maßnahmenplanung basiert auf einem theoretischen Modell. Es werden Theorien (z. B. Banduras sozialkognitive Lerntheorie) zugrunde gelegt, in denen es um die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen, die Steigerung der Selbstwirksamkeit sowie Prompting, Lernen durch Verhaltenskonsequenzen (z. B. positives Feedback und Verstärkung) geht.
- **Verpflichtende Einheiten**
Verpflichtende Einheiten sind beispielsweise in Bewegungsinterventionen (durch Integration in Lehrpläne und Schulstruktur) effektiver als freiwillige.
- **Elternpartizipation**
Es scheint einen Zusammenhang zwischen dem Grad der Elternbeteiligung und der Wirksamkeit von Interventionen zu geben. Bei Kindern in der Altersgruppe unter fünf Jahren ist dieser Effekt besonders deutlich.
- **Wissensvermittlung und Kompetenzentwicklung bei Eltern**
Es erhöht Retention und Wirkung von Interventionen, Eltern Wissen über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit (z. B. Beratungseinheiten) zu vermitteln und ihre Kompetenzen, Erziehungsfähigkeit und Vorbildfunktion im Rahmen der Intervention zu stärken.
- **Schwerpunkt Verhältnisprävention und Umweltveränderungen**
Interventionen, die einen Schwerpunkt auf verhaltenspräventive Komponenten mit bildendem bzw. erzieherischem Charakter legen, erhöhen gesundheitliche Ungleichheiten eher, während ein verhältnispräventiver Schwerpunkt und Umweltveränderungen sie eher reduzieren. Daher liegt in den meisten eruierten Interventionen der Schwerpunkt auf gesundheitsfördernder Veränderung des Settings, Politikgestaltung und Organisationsentwicklung, kombiniert mit verhaltenspräventiven Maßnahmen.
- **Settings Kita und Schule gemeinsam einbeziehen (Lebenslauforientierung)**
Es hat sich bewährt, die für das gesunde Aufwachsen von Kindern zentralen Lebenswelten in Präventionsprogramme einzubeziehen und sich nicht nur auf ein einzelnes Setting zu konzentrieren.
- **Universeller Zugang**
Universeller Zugang kann beispielsweise bedeuten, dass alle Schülerinnen und Schüler einer Schule/ eines Bezirks an einer Intervention teilnehmen können.
- **Gemeindeweite Präventionsansätze**
Gemeindeweite Präventionsansätze beziehen das gesamte Kita- und Schulumfeld sowie lokale Schlüsselpersonen wie z. B. Sportvereine ein. Verhaltensänderungen bei den Kindern können durch den Ein-

bezug von Eltern, Schulpersonal und kommunalen Akteuren unterstützt werden. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie lokale Schlüsselakteure sind bei der Etablierung eines Unterstützungsnetzwerks für Kinder hilfreich und können die Effektivität und Reichweite von Interventionen verstärken.

6.2.2 Merkmale effektiver gemeindeweiter Interventionen

In Hinblick auf die Konzeption effektiver gemeindeweiter Interventionsstrategien, die die Settings Kita und Schule umfassen, werden neben den bereits erwähnten zudem folgende Faktoren genannt (Cheadle et al., 2012; Cluss et al., 2014):

- **Intersektorale Kooperation**
Strategien werden auf Basis intersektoraler Kooperation zwischen Verwaltungsbereichen und kommunalen Schlüsselakteuren umgesetzt (z. B. Bildung, Gesundheit, Jugend und Stadtentwicklung).
- **Evidenzbasierte Aktivitäten umsetzen**
Es werden für die jeweiligen Aktivitäten bewährte evidenzbasierte Konzepte ausgewählt und umgesetzt.
- **Kapazitätsentwicklung**
Der Aufbau von lokalen Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung wird vorangetrieben.
- **Partizipation und lokales Ownership**
Gemeinsam mit Akteuren öffentlicher Verwaltung und Wohlfahrtspflege, lokalen Organisationen sowie Bürgerinnen und Bürgern werden in einem partizipativen Prozess kommunale Aktionspläne entwickelt und umgesetzt.
- **Advocacy**
Eintreten für politische Teilhabe und für gesundheitliche Chancengleichheit.
- **Nachhaltigkeit**
Der Ansatz zielt auf lokale Veränderungen und Strategien, die auch nach der Intervention weitergeführt werden und Bestand haben.

6.2.3 Konzeption ungleichheitsreduzierender Interventionen zu körperlicher Aktivität

Ball et al. (2015) geben auf Grundlage ihres Reviews Empfehlungen zur inhaltlich-methodischen Konzeption von ungleichheitsreduzierenden Interventionen zu körperlicher Aktivität. Es werden im Folgenden Empfehlungen zusammengefasst, die zuvor nicht genannt wurden:

- **Support/Incentives geben**
Unterstützung und finanzielle Anreize für lokale Verwaltungen und gemeindenahe Organisationen in sozioökonomisch benachteiligten Kommunen schaffen, um lebenslauforientierte bewegungsfördernde Strategien entwickeln zu können
- **Bewegungsfördernde Nachbarschaftskonzepte**
Zugang zu körperlicher Aktivität schaffen oder verbessern, beispielsweise zu entsprechender Infrastruktur
- **Parks und Grünflächen einbeziehen**
Einrichtung, Sanierung und Instandhaltung von Parks und Grünflächen in benachteiligten Quartieren
- **Schulische und außerschulische Bewegungsförderung**
Schulbasierte Programme sollten Bewegungsaktivitäten während und außerhalb der Schulzeit beinhalten. Eine Reihe von Strategien, wie z. B. mehr Sportunterricht, Bewegungsaktivitäten im Klassenraum, außerunterrichtliche Sportangebote und aktive Gestaltung des Schulweges, haben sich bei der Erhöhung der körperlichen Aktivität von Schülerinnen und Schülern als wirksam erwiesen.
- **Investitionen in den Sportunterricht**
Es muss sichergestellt werden, dass alle Schulen, insbesondere die in benachteiligten Gebieten, Schülerinnen und Schülern ein vorgeschriebenes Mindestniveau an qualifiziertem Sportunterricht erteilen können.

6.2.4 Einflussfaktoren auf das Engagement von Eltern, Schülerinnen und Schüler sowie Lehrenden

Bei einkommensschwachen und minderjährigen Bevölkerungsgruppen sind fehlende Transportmöglichkeiten (z. B. öffentlicher Nahverkehr), prekäre und wechselnde Lebensumstände, Misstrauen gegenüber der Forschung, inkonsistente Kontaktinformationen und Sprachbarrieren die größten Hemmnisse für die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen. Entsprechend sind Aufbau und Pflege von Beziehungen sowie regelmäßige Kommunikation mit den wichtigsten Interessengruppen sowie mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von zentraler Bedeutung für den Erfolg einer Intervention. Interventionsmitarbeitende sollten einschlägige Vorerfahrung in der Arbeit mit Menschen mitbringen und darin geschult werden, Beziehungen zu unterschiedlichen Interessengruppen pflegen und angemessen mit lokalen Organisationen und anderen Schlüsselakteuren kommunizieren zu können. Zudem sollten wichtige Stakeholder frühestmöglich in die Planung der Intervention eingebunden werden, um Erwartungen und Anforderungen einbringen zu können (Buscemi et al., 2015). Beispielsweise hat die Schulleitung großen Einfluss auf den Erfolg einer Intervention. Sie ist Gatekeeper, ihr Engagement und ihre Mehrarbeit sind wesentlich für das Zustandekommen von Programmen. Als wichtigste Barrieren für Programme an benachteiligten Schulen wurden Ressourcenmangel (Zeit, Finanzen, Personal), unzureichende Ausstattung und konkurrierende Aufgaben (Villiers et al., 2012) genannt.

Darüber hinaus ist für den Grad des Engagements von Lehrenden ausschlaggebend, ob die Intervention mit ausreichendem Vorlauf eingeführt wurde und die Einführung sowie das Unterrichtsmaterial als nützlich wahrgenommen werden. Erfolgsrelevant für das Engagement von Schülerinnen und Schülern sowie Eltern ist in erster Linie die Qualität der Beziehung zwischen Schule und Elternhaus. Darüber hinaus ist es wichtig, dass Eltern sowie Schülerinnen und Schüler Interventionsaktivitäten als relevant und nützlich wahrnehmen und dass diese an deren Lebenswirklichkeit und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen angeschlossen sind (Norman et al., 2016).

6.2.5 Einflussfaktoren auf das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen

Aus der Perspektive von Jugendlichen, insbesondere von Mädchen, sind die wichtigsten vermittelnden Faktoren bzw. Barrieren für körperliche Aktivität die Einstellung zu körperlicher Aktivität, Motivation bzw. Freude an Bewegung, Erleben von Selbstwirksamkeit, das eigene Körperbild, Möglichkeiten für körperliche Aktivität im Lebensumfeld sowie der Einfluss von Freundinnen und Freunden, Familie sowie Sportlehrerinnen und Sportlehrern. Bestimmte Lebensphasen (z. B. biografische Übergänge) wurden ausschließlich als Barriere für körperliche Aktivität benannt. Zudem zeigt sich, dass die Beteiligung an Sport und Bewegung von Jugendlichen mit niedrigem SES geringer ist, insbesondere aufgrund sozialer Faktoren (z. B. finanzielle Unterstützung, Ermutigung/Unterstützung durch Familie und Freundeskreis) und umweltbezogener Faktoren (z. B. Zugang zu Bewegung und Sport, Möglichkeiten am Wohnort). Jugendliche, deren körperliche Aktivität mit der Zeit abnimmt, nennen Faktoren wie Zeitmangel, Zunahme in der Arbeitsbelastung und Präferenz für andere Freizeitaktivitäten (Bush et al., 2010; Martins et al., 2015).

Weitere vermittelnde Faktoren für das Bewegungsverhalten von Schülerinnen und Schülern sind ein leichter Zugang und eine geringe Entfernung zu Einrichtungen. Schülerinnen und Schüler aus Schulen in Einzugsgebieten mit hohem SES berichten über einen ausreichenden Zugang zu Bewegungsmöglichkeiten, Jugendliche aus Schulen in Einzugsgebieten mit niedrigem/mittlerem SES berichteten seltener über einen leichten Zugang zu einem breiten Spektrum von Einrichtungen. Eine von Schülerinnen und Schülern berichtete Hauptbarriere, um in der lokalen Umgebung aktiv zu sein, waren die damit verbundenen Kosten. Andere Barrieren waren zu spät stattfindende Aktivitäten und die erhebliche Reduktion der lehrplanmäßigen Bewegungszeiten aufgrund langer Wegezeiten zu Sportstätten (Kirby et al., 2013). Darüber hinaus haben bessergestellte Schulen (Eltern-/Schülerschaft mit hohem sozioökonomischem Status) sehr viel häufiger qualifizierte Sportlehrerinnen und Sportlehrer als benachteiligte Schulen (Eltern-/Schülerschaft mit niedrigem sozioökonomischem Status), was sich auf Quantität und Qualität des angebotenen Sportunterrichts auswirkt. Benachteiligte Schulen müssen daher bei der Finanzierung von Ausrüstung und Räumlichkeiten sowie bei der Einstellung von Sportlehrerinnen und Sportlehrern unterstützt werden (Carlson et al., 2014).

6.2.6 Konzeption von Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung unter ethnischen Minderheiten

Interventionen, die Hindernisse zu gesunder Ernährung adressieren, können bei Jugendlichen ethnischer Minderheiten effektiv zur Veränderung von Ernährungsweisen beitragen. Insgesamt zeigen sich drei inhaltlich-methodische Bereiche für Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung:

1. Kultursensible Ernährungsbildung und Ernährungsleitlinien, die sowohl kulturspezifische bzw. traditionelle als auch westliche Nahrungsmittel und Essgewohnheiten adressieren, beispielsweise Hinweise zu Fleischkonsum und Vegetarismus
2. Berücksichtigung der Auswirkungen von schulischem Stress und Zeitknappheit auf Ernährungsgewohnheiten
3. Berücksichtigung der Auswirkungen des Lebensmittel-Umfeldes in der Schule und am Wohnort auf Essensentscheidungen bei der Konzeption (Correa et al., 2017)

7 Übergreifende Qualitätsbewertung des Forschungsfeldes

Die Evidenzlage zu Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Inanspruchnahme bei vulnerablen Zielgruppen im Setting Kita und Schule muss als eher schwach beurteilt werden. Obwohl eine Reihe von Studien mit belastbaren Forschungsdesigns vorliegt (z. B. randomisierte kontrollierte Studien), fehlen mehrheitlich verwertbare Daten und Auswertungen zur sozial differenziellen Reichweite und Wirksamkeit. Maßnahmen zur Erhöhung der Reichweite werden mehrheitlich nicht explizit als solche benannt, sondern sind lediglich implizit enthalten und mussten aus der Beschreibung des Studienaufbaus oder der Rekrutierung rekonstruiert werden. Auch wenn Strategien zur Erhöhung der Reichweite benannt werden, werden diese i. d. R. nicht tiefgehend methodisch-theoretisch reflektiert oder begründet. Entsprechend enthalten Studien keine belastbaren Daten zu Effekten von Reichweite erhöhenden Maßnahmen. Es werden überwiegend deskriptive Angaben zu Teilnahme oder Retention gemacht, Daten von Vergleichsgruppen oder vergleichbaren Interventionen sowie Subgruppen-Analysen fehlen. Zudem werden Daten zu Teilnahme und Retention i. d. R. nicht hinsichtlich soziodemografischer, sozioökonomischer oder soziokultureller Merkmale der Teilnehmenden differenziert. Diese Differenzierung fehlt entsprechend bei den Ergebnissen und der Darstellung von Interventionseffekten. Der Bezug zu vulnerablen Zielgruppen wird meist über die Wahl eines benachteiligten Zielgebiets hergestellt (z. B. armutssegregierter Stadtteil), verliert sich jedoch auf Individual- und Outcome-Ebene bzw. wird nicht, nicht einheitlich oder unzureichend operationalisiert. Bei der Mehrzahl der universellen Interventionen scheint die Prämisse zu sein (Jepson et al., 2010; Moore et al., 2015), dass ein universeller Zugang automatisch universelle Retention und Wirkung zur Folge hat, d. h. Bevölkerungsgruppen (unabhängig von soziodemografischen Merkmalen) in gleichem Maße die Interventionskomponenten in Anspruch nehmen und von ihnen profitieren. Ob Retention und Wirkung einem sozialen Gradienten unterliegen, bleibt damit überwiegend unreflektiert und unbeantwortet (vgl. 8.1).

Es lassen sich auf Grundlage der vorliegenden Evidenz erste Erkenntnisse und Hinweise zu Art und Wirkweise von Strategien zur Erhöhung der Inanspruchnahme und Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen im Setting Kita und Schule zusammenfassen. Belastbare Aussagen zur Effektivität einzelner Maßnahmen sind jedoch nicht möglich. Es wurden allerdings eine Reihe von konzeptionellen Interventionsmerkmalen identifiziert, die besonders stark mit einer höheren Reichweite und Wirksamkeit bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern und Jugendlichen assoziiert werden.

8 Forschungsdesiderate

8.1 Standardisierung von Public-Health-Evaluations- und Interventionsstudien

Im Rahmen des Scoping Reviews wurde als eine der bedeutendsten Forschungslücken der untersuchten Evidenzbasis identifiziert, dass Daten zu Inanspruchnahme und Interventionseffekten im Forschungsfeld nicht, nicht ausreichend und uneinheitlich nach Statusgruppen differenziert werden. Angesichts der Bedeutung der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit ist es dringend erforderlich, einen wissenschaftlichen Konsens über die Verwendung zuverlässiger und gültiger SES-Indikatoren im Kindes- und Jugendalter zu erzielen. Eine Standardisierung von Evaluations- und Interventionsstudien im Sinne eines Kanons von SES-Merkmalen, der bei Stichprobenbeschreibung und Ergebnisauswertung grundlegend ist, ist die Voraussetzung, um zukünftig belastbare Subgruppen-Analysen und ungleichheitsbezogene Aussagen zu Inanspruchnahme und Interventionseffekten machen zu können (insbesondere Jepson et al., 2010; Mercken et al., 2012; Moore et al., 2015). Entsprechend ist in Public-Health-Interventionen eine routinemäßige Evaluation von Ungleichheitseffekten anzustreben. Eine Einigung auf belastbare SES-Indikatoren und wissenschaftliche Leitlinien zu der, je nach Studiendesign, am besten geeigneten Methode zur Analyse und Berichterstattung von Subgruppen-Effekten, ist Voraussetzung für studienübergreifende Auswertungen. Ferner sollte bei der Konzeption von Evaluationsstudien die Operationalisierung des SES begründet und der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die Dimensionen des SES sich in unterschiedlichen Kontexten möglicherweise hinsichtlich der Gesundheitseffekte unterscheiden. Die Kumulation konsistent angewandter Methoden zur Bewertung von Interventionen auf Ungleichheit könnten es zukünftiger Forschung ermöglichen, Methoden wie Meta-Regression oder qualitative komparative Analyse zu verwenden, um tiefgehend untersuchen zu können, welche Interventionsmerkmale mit positiven, negativen oder neutralen Effekten auf gesundheitliche Ungleichheiten assoziiert sind, in welchen Kontexten (Moore et al., 2015).

Jepson et al. (2010) haben exemplarisch fünf leitende Forschungsfragen für zukünftige Übersichtsarbeiten, Interventionen und Evaluationen formuliert:

1. Wie variiert die Wirksamkeit von Interventionen zur positiven Veränderung des Gesundheitsverhaltens je nach sozioökonomischen, kulturellen oder anderen Merkmalen der Teilnehmenden?
2. Wie wirksam sind Interventionen, die sich mit der Verknüpfung von negativen Gesundheitsverhaltensweisen befassen, bei unterschiedlichen Statusgruppen?
3. Wie ist das demografische Profil derjenigen, die Zugang zu Interventionen erhalten, und wie steht es in Verbindung zum bereits existierenden Wissen über gesundheitliche Ungleichheit?

4. Welche Herausforderungen bestehen bei der Rekrutierung von Interventionsteilnehmenden? Welche sind die effektivsten Wege, um schwer erreichbare Gruppen, wie ethnische Minderheiten oder sozial und ökonomisch Benachteiligte, zu rekrutieren?
5. Welcher Zusammenhang besteht zwischen den Ergebnissen von Interventionen und den sozialen, kulturellen und demografischen Merkmalen der Teilnehmenden?

8.2 Theoretische Fundierung der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten Zielgruppen

Die im Rahmen des Scoping Reviews identifizierten Studien lassen insgesamt einen erheblichen Mangel an theoretischer Reflexion und Fundierung in der Gesundheitsförderung und Prävention bei sozial benachteiligten Zielgruppen deutlich werden. Ein theoretischer Fluchtpunkt in der wissenschaftlichen Debatte zur Reduktion sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit und leitendes Handlungsmotiv in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten ist seit einigen Jahren der „Proportionate Universalism“ und die damit verbundene Adressierung der sozialen Determinanten von Gesundheit (Marmot et al., 2008; Wilkinson & Marmot, 2003). Dieser Ansatz baut auf der evidenzbasierten Erkenntnis auf, dass die Bevölkerungsgesundheit hauptsächlich von Faktoren determiniert wird, die außerhalb der Kontrolle des Gesundheitswesens liegen. Bei Kindern und Jugendlichen sind dies u. a. Bildung, Einkommen der Eltern, Kinder- und Jugendhilfestrukturen sowie Wohnumfeld. Sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche wachsen in prekären und armutssegregierten Verhältnissen auf. Entsprechend müssen vorbeugende Politik- und Interventionsansätze, die darauf abzielen, sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren, universell – für alle Kinder einer Schule oder eines Stadtteils – konzipiert sein. In der Intensität, wie sie die Bedingungen adressieren, unter denen Kinder leben, lernen und spielen, müssen sie wiederum auf den Grad und die Ausprägung der Benachteiligung einer Bevölkerungsgruppe abgestimmt sein. Damit werden sowohl die gesamte Bevölkerung als auch die vulnerabelsten sozialen Gruppen aus dem untersten sozioökonomischen Quintil adressiert (Graham & Kelly, 2004; Marmot et al., 2008).

8.2.1 Fundierung und Abgrenzung von Fachbegriffen

In Abstimmung mit den Auftraggebern wurden im Rahmen des Scoping Reviews die folgenden Aspekte von Vulnerabilität unterschieden (vgl. 3.6):

- Sozialer Gradient/sozioökonomischer Status, z. B. arme Kinder und Familien
- Gesundheitsrisiken, z. B. Übergewicht und Adipositas
- Zugehörigkeit zu sozialen/ethnischen Minderheiten

Im Rahmen der Volltextanalysen hat sich die Arbeitsversion des Begriffes Vulnerabilität als brauchbar erwiesen, vorab identifizierte Lücken in der wissenschaftlichen Debatte wurden jedoch bestätigt. Die Begriffe Vulnerabilität und soziale Benachteiligung werden in den Studien teilweise synonym und hauptsächlich als Label für bestimmte Zielgruppen verwendet, dies jedoch sehr unterschiedlich und ohne sie theoretisch zu reflektieren oder im Rahmen des Studiendesigns zu operationalisieren. Stichprobenbeschreibungen sind lückenhaft und Angaben zu Teilnahme und Retention werden i. d. R. nicht hinsichtlich soziodemografischer, sozioökonomischer oder soziokultureller Merkmale der Teilnehmenden differenziert. Diese Differenzierung fehlt entsprechend in der Darstellung von Ergebnissen und Interventionseffekten (vgl. 8.1). Der Begriff „vulnerable Zielgruppe“ bzw. „sozial benachteiligte Zielgruppe“ ist somit im Rahmen der 32 Volltexte ein Fuzzy Set (unscharfe Menge), eine eindeutige Verwendung und Operationalisierung fehlt. Hier bedarf es im

internationalen, aber insbesondere auch im deutschen Public-Health-Kontext einer eindeutigen Definition und Abgrenzung.

8.3 Elternrolle in Interventionsstudien systematisch berücksichtigen

Bei Interventionsstudien der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kita und Schule sollten zukünftig die Art und der Umfang der elterlichen Einbindung durchgängig erfasst und außerdem verstärkt Unterschiede bei der mütterlichen und väterlichen Unterstützung und Vorbildwirkung untersucht werden. Die Erkenntnis, dass die Einbindung von Eltern Retention und Wirkung von Interventionen in den Settings Kita und Schule grundsätzlich positiv beeinflusst, spiegelt sich zwar in einem Gros der identifizierten Studien wider, es fehlen jedoch eine systematische Operationalisierung und damit verbundene Erkenntnisse zu den vermittelnden Einflüssen auf Interventionseffekte. Ferner bestätigen insbesondere eruierte Prozessevaluationen und explorative Studien die herausragende Rolle von Eltern und Gleichaltrigen (Peers) bei der Unterstützung und Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen, z. B. in den Bereichen Bewegung und Ernährung.

8.4 Prozessevaluationen umsetzen

Im Rahmen des Scoping Reviews wurde deutlich, dass bei der Implementierung von Interventionen begleitende Prozessevaluationen wesentliche Impulse für die Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Zielgruppen generieren können. Sie erweitern das Verständnis, wie Interventionen von Kindern und Jugendlichen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen angenommen und erlebt werden, unterstützen Theorieentwicklung und geben Hinweise darauf, warum bestimmte Interventionen Ungleichheiten verschärfen, während andere sie reduzieren. Demnach können wichtige Erkenntnisse für die Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Zielgruppen über einen stärkeren Einsatz von Prozessevaluationen gewonnen werden.

9 Schlussfolgerungen für den deutschen Gesundheitsförderungs- und Präventionskontext

Trotz der insgesamt schwachen Evidenzlage zu Maßnahmen zur Erhöhung der Reichweite und Inanspruchnahme fügen sich die Ergebnisse des Scoping Reviews nahtlos in die Debatte der deutschen Scientific Community und von Praxisexpertinnen und -experten zu Gesundheitsförderung und Prävention bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen ein. In den vergangenen Jahren wurden in Deutschland, insbesondere auch angestoßen durch die Bundesinitiative Frühe Hilfe (seit 2018 Bundesstiftung Frühe Hilfen) mit ihrer gesetzlichen Grundlage im Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG), zahlreiche Politik- und Interventionsansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt, die einen universellen und Setting übergreifenden Zugang mit zielgruppen- und milieuspezifischen Strategien zur Erhöhung der Reichweite bei benachteiligten Familien kombinieren (Böhm & Gehne, 2018; Ehlen & Rehaag, 2018; Ehlen, Dreiskämper, Utesch & Rehaag, 2018; Fröhlich-Gildhoff, Böttinger, Rauh & Schickler, 2016; Hüls et al., 2015). Diese Ansätze adressieren nicht ein einzelnes Setting, sondern über einen gebiets- und sozialraumbezogenen Zugang ein Dach-Setting wie Kommune oder Landkreis und beziehen unter einer Lebenslaufperspektive die für das gesunde Aufwachsen von Kindern verantwortlichen Schlüssel-Settings (z. B. Kita, Schule, Sportverein), Steuerungsakteure sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein (vgl. 6.1.7).

Die Evaluation solcher komplexen gemeindeorientierten Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern, die i. d. R. auf mehreren, miteinander verknüpften Ebenen ansetzen, bringt zahlreiche Herausforderungen mit sich, da klassische experimentelle Designs wie randomisierte kontrollierte Studien nicht realisierbar sind (Fröhlich-Gildhoff & Trojan, 2018; Gerhardus, Rehfuess & Hajo Zeeb, 2015). Die Evidenzlage zu Wirkung, Wirksamkeit und Reichweite dieser Ansätze ist daher bislang ebenfalls schwach (Ehlen et al., 2018). Allerdings werden im Rahmen dieser vorbeugenden Politik- und Interventionsansätze zahlreiche Strategien verfolgt, die durch das vorliegende Scoping Review als handlungsleitend für die Erhöhung der Reichweite bei vulnerablen Familien identifiziert werden. Mit einer Bestandsaufnahme können sich kommunale Akteure einen Überblick zu Infrastruktur, Angeboten und Daten für Gesundheitsförderung und Prävention verschaffen. Die kommunale Berichterstattung wird weiterentwickelt und Gesundheits-, Sozial- und Umweltdaten werden ressortübergreifend verknüpft, um ein valides sozialräumliches Monitoring aufzubauen (Böhm & Sadowski, 2018).

Eine Herausforderung ist, dass die kommunale Datenlage und -qualität sehr stark variieren, beispielsweise liegen in kreisangehörigen Städten Sozial- und Gesundheitsdaten oft nur auf Kreisebene vor. Ein ressortübergreifendes kleinräumiges Monitoring macht es kommunalen Steuerungsverantwortlichen aus den Bereichen Kinder- und Jugendhilfe, Schule und Soziales möglich, benachteiligte Wohnquartiere und Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und liefert ihnen eine Entscheidungsgrundlage für lokale Setting-basierte und übergreifende Maßnahmen. Die Schuleingangsuntersuchung bietet als Teil der Gesundheits-

berichterstattung einen wichtigen Zugang zu sozial benachteiligten Familien und deren Förder- und Präventionsbedarf (Wahl et al., 2018). Tiefgehende Erkenntnisse zu Bedarf, Erlebens- und Erfahrungsmustern sowie Inanspruchnahme-Verhalten benachteiligter Familien können durch qualitativ-explorative Studien erschlossen werden (Kohlscheen, 2016; Kohlscheen & Nagy, 2016; Nagy, 2016; Neumann & Renner, 2016). Sie bieten zudem wichtige Anhaltspunkte für eine niedrigschwellige und diversitätssensible Konzeption von Aktivitäten. Partizipative Prozesse können benachteiligte Familien mobilisieren, sie in die Entwicklung und Ausgestaltung von gesundheitsfördernden Aktivitäten in Kita, Schule oder Quartier einbinden und in ihrer Erziehungs- und Gesundheitskompetenz stärken (Wright, Unger & Block, 2010). Entsprechend werden Maßnahmen präferiert, die verhaltens- mit verhältnispräventiven Komponenten in Bildungseinrichtungen und im sozialen Nahraum kombinieren und Eltern sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Quartiersmanagerinnen und -manager) einbinden.

Neben den skizzierten lokalen und regionalen Präventionsinitiativen sollten die umfangreichen Aktivitäten des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ und der auf Länderebene angesiedelten Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) einbezogen werden. Die KGC sensibilisieren, qualifizieren und beraten kommunale Akteure und Setting-Verantwortliche, erarbeiten Praxisleitfäden und geben mit den Kriterien guter Praxis für die sozialogenbezogene Gesundheitsförderung eine konzeptionelle Orientierung, die sich zu einem Großteil auch in den identifizierten Strategien wiederfindet (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2015).

Die Ergebnisse des Scoping Reviews können nur in exemplarischer Weise auf den deutschen Kontext bezogen werden. Es zeigt sich jedoch, dass die identifizierten Strategien in der Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention in weiten Teilen bereits erprobt und umgesetzt werden und zum Teil Gegenstand von Begleitforschung sind, bislang allerdings noch wenig systematisch. Es müssen jedoch Einschränkungen gemacht werden, denn die skizzierten präventiven Politik- und Interventionsansätze sind zwar vielversprechend, sie können jedoch nur komplementär wirken und nicht grundlegend defizitäre Rahmenbedingungen lokaler Lebensverhältnisse und Bildungseinrichtungen kompensieren.

Die Voraussetzungen für gesundes Aufwachsen variieren in deutschen Kitas und Schulen erheblich. Finanzielle, personelle und infrastrukturelle Ressourcen von Kitas und Schulen begrenzen oder erweitern nach Hurrelmann (2010) Gesundheits- und Bildungschancen von Kindern und deren Familien. In benachteiligten Wohnquartieren werden Kitas und Grundschulen oft zu Kristallisationspunkten sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit. Studien zeigen, dass in Kitas und Grundschulen armutssegrierter Wohnquartiere benachteiligte Kinder häufig unter sich bleiben (Fincke & Lange, 2012; Groos, 2016; Groos, Trappmann & Jehles, 2018). Zudem haben Groos und Kersting (2015) am Beispiel Mülheim an der Ruhr einen benachteiligenden und entwicklungshemmenden Effekt armutssegrierter Quartiere und Kitas auf die Kindergesundheit nachgewiesen.

In deutschen Ruhrgebietsstädten gibt es eine vergleichsweise starke räumliche Konzentration armer Kinder (im Sozialgeldbezug). Hierbei handelt es sich nicht um ein regionales Problem. Eine aktuelle Studie des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung zeigt, dass es in 36 von 74 untersuchten deutschen Städten mittlerweile Quartiere gibt, in denen mehr als 50 % der Kinder Leistungen nach SGB II erhalten (Helbig & Jähnen, 2018). Ein hoher Anteil benachteiligter Kinder in Kitas und Schulen bringt besondere Herausforderungen für dort tätige Lehr- und Fachkräfte mit sich und verändert den Einrichtungsalltag erheblich: Förder- und Präventionsbedarf sind hoch, die Elternarbeit nimmt viel Zeit in Anspruch und ist emotional belastend (Ehlen & Rehaag, 2018). Die soziale Infrastruktur in benachteiligten Quartieren ist oft mangelhaft, d. h. Fa-

milien aus armutsgeprägten, bildungsfernen und/oder migrantischen Milieus treffen mehrheitlich auf Kitas und Grundschulen, die bauliche Mängel haben, räumlich stark eingeschränkt sind und deren Umfeld kaum kindgerechte Infrastruktur wie Sportplätze oder Grünflächen bietet (Alisch, 2018; BMAS, 2017; Jurczok & Lauterbach, 2014; Masson & Klein, 2016).

Vor diesem Hintergrund werden gravierende lokale Unterschiede deutlich, die effektiv nur über eine politikfeld-übergreifende Agenda bewältigt werden können. Es ist unabdingbar, sozial bedingter Ungleichheit von Bildungs- und Gesundheitschancen bei Kindern mit Politik- und Interventionsansätzen zu begegnen, die universell konzipiert, aber in der Intensität, wie sie die Bedingungen adressieren, unter denen Kinder leben, lernen und spielen, auf den Grad und die Ausprägung ihrer Benachteiligung abgestimmt sind (Marmot et al., 2008; Marmot, 2010). Im Praxisslogan „Ungleiches ungleich behandeln“ steckt demnach eine Quintessenz von Marmots „Proportionate Universalism“ (vgl. 8.2), d. h. Kitas und Schulen sollten bedarfsorientiert mit Ressourcen ausgestattet werden (Hogrebe, 2014; Morris-Lange, 2016).

Eine Reihe der identifizierten Studien und Reviews zeigt zudem, dass Bildungseinrichtungen wie Kitas und Schulen am effektivsten und nachhaltigsten verändert werden können, wenn gesundheitsfördernde Politiken Anschluss finden an übergreifende kommunal-, landes- und bundespolitische Förderstrukturen und Richtlinien und vom politischen Mehr-Ebenen-System gemeinsam getragen werden. Auf diese Weise wird die Nachhaltigkeit von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen gewährleistet und die Chance erhöht, dass Kinder und Jugendliche mit dem höchsten Förder- und Präventionsbedarf auch am stärksten profitieren.

10 Studiensteckbriefe der eingeschlossenen Volltexte

Im Folgenden werden die 32 eingeschlossenen Volltexte anhand von Studiensteckbriefen vorgestellt. Im Rahmen der Studiensteckbriefe wurden die Volltexte hinsichtlich ihrer zentralen Erkenntnisse zu den im Scoping-Prozess leitenden Fragestellungen zusammengefasst. Die Studiensteckbriefe werden in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt.

10.1 Agazzi et al., 2010

Agazzi, H., Armstrong, K. & Bradley-Klug, K. L. (2010). BMI and physical activity among at-risk sixth- and ninth-grade students, Hillsborough County, Florida, 2005–2006. *Prev Chronic Dis*, 7(3), 1–9.

Kurzbeschreibung	BMI und körperliche Aktivität bei vulnerablen Jugendlichen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen
Setting	Schule (Mittel- und Oberstufe)
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomische Benachteiligung, ethnische Minderheiten
Studienform	Beobachtungsstudie Übergewichtsprävention, Bewegungsförderung
Studiendesign	Querschnitterhebung
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	Ernährungs- und Bewegungsverhalten, körperliche Aktivität, Studie Sportbeteiligung, Gewicht, Größe, BMI
Strategie	/
Studienzeitraum	2005–2006
Studienregion	Florida, USA

Kurzzusammenfassung

In den letzten drei Jahrzehnten hat die Anzahl übergewichtiger Jugendlicher zugenommen, während körperliche Aktivitäten von Jugendlichen zugleich rückläufig waren. Die vorliegende Studie untersuchte in einem Schulbezirk in Florida die Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) von Übergewicht im Zusammenhang mit körperlicher Aktivität bei ethnischen Minderheiten und sozioökonomisch benachteiligten Schülerinnen und Schülern der Mittel- und Oberstufe. Schülerinnen und Schüler in Florida sind aufgrund staatlicher Bildungspolitik weniger wahrscheinlich in den Sportunterricht eingeschrieben als Schülerinnen und Schüler auf nationaler Ebene. Daher haben sie ein höheres Risiko für verminderte körperliche Aktivität. Für Prävention und Interventionsplanung erforderliche Daten zu körperlicher Aktivität von Schülerinnen und Schülern der Mittelstufe liegen bislang nur in begrenztem Umfang vor. Es wurden Daten zur körperlichen Aktivität von 526 Schülerinnen und Schülern aus drei mittleren und zwei höheren Schulen in Südwest-Florida erhoben und mit multivariaten Methoden analysiert. Die Studie dokumentiert gesundheitliche Disparitäten unter Schülerinnen und Schülern aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen in einem städtischen Schulbezirk. Die tägliche Bewegungszeit (körperliche Aktivität) lag für alle Klassen unterhalb der empfohlenen Richtlinien. Es wurden zahlreiche Hindernisse für körperliche Aktivität identifiziert.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Hillsborough County liegt an der Südwestküste von Florida; ca. 191.000 Schülerinnen und Schüler sind dort an öffentlichen Schulen eingeschrieben. 41 % davon sind weiße Amerikanerinnen und Amerikaner, gefolgt von Lateinamerikanerinnen und -amerikanern (28 %) sowie Afroamerikanerinnen und -amerikanern (22 %). Ungefähr 50 % der Schülerinnen und Schüler hatten im Herbst 2007 Anspruch auf ein ermäßigtes oder kostenloses Mittagessen, eine Kennzahl, die oft als Indikator für den sozioökonomischen Status herangezogen wird. Drei Mittelschulen und zwei Gymnasien nahmen an dieser Studie teil, weil sie Pilotschulen für das Interventionsprogramm „Healthy Hillsborough“ waren.

535 Schülerinnen und Schüler der sechsten und neunten Klasse füllten einen Ernährungs- und Bewegungsfragebogen (Nutrition and Exercise Survey, NESS) aus und nahmen an einem Größen- und Gewichts-Screening teil.

Es wurden demografische Daten zu Nahrungsaufnahme und körperlicher Aktivität sowie Gewicht, Größe und Alter gesammelt. Die Schulen hatten einen hohen Anteil an Schülerinnen und Schülern aus ethnischen Minderheiten (71 %–89 %) und die meisten erhielten ein kostenloses oder reduziertes Mittagessen (51 %–82 %).

Insgesamt 312 Schülerinnen und Schüler beantworteten die Frage nach Barrieren für die tägliche körperliche Aktivität. Die Schülerinnen und Schüler konnten bei der Beantwortung mehr als eine Antwortoption wählen. Insgesamt wurde am häufigsten die Antwort „Ich habe keine Zeit“ als Barriere für die tägliche körperliche Aktivität gewählt. Die am zweithäufigsten genannte Antwort war „Sonstige“. Die Schülerinnen und Schüler beschrieben eine Barriere, die ihre persönliche Situation am besten wiedergab, darunter am häufigsten „Ich mag es nicht“ und „Ich bin nicht gut darin“. Als wichtigste Barriere für körperliche Aktivität wurde Zeitmangel angegeben. Angesichts der soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist diese Barriere nach Ansicht der Autorinnen und Autoren neben begrenzten Möglichkeiten zu körperlicher Aktivität während der Schulzeit vor allem auf konkurrierende Verantwortlichkeiten (Jobs, Aufpassen auf jüngere Geschwister oder andere häusliche Verpflichtungen) zurückzuführen. Zudem mochte ein relativ großer Anteil der Schülerinnen und Schüler (14 % in den sechsten und 16,5 % in den neunten Klassen) keine körperliche Aktivität.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Studienergebnisse haben Implikationen für lokale Bildungsträger. Auf Distriktebene könnten Sportlehrerinnen und -lehrer und Gesundheits- und Unterstützungsdienste für Schülerinnen und Schüler (z. B. Psychologie, Sozialarbeit) Richtlinien bezüglich der Bewegungsanforderungen und Möglichkeiten für Anpassungen überprüfen. Auf der Grundlage der Ergebnisse der vorliegenden Studie und der Literatur zur frühzeitigen Intervention könnten Schülerinnen und Schüler der sechsten Klasse gezielt von schulweiten Präventionsprogrammen adressiert werden, um ihre körperlichen Aktivitäten zu erhöhen.

Da Mädchen und ethnische Minderheiten ein höheres Risiko für Übergewicht und unzureichende körperliche Aktivität haben, sollten Präventionsstrategien auf diese Untergruppen abzielen.

10.2 Azevedo & Robinson, 2015

Azevedo, K. J. & Robinson, T. N. (2015). Anthropology in the design of preventive behavioral health programs for children and families living in disadvantaged neighborhoods. *Annals of Anthropological Practice*, 3(2), 176–191.

Kurzbeschreibung	Intervention zur Adipositas-Prävention
Primäre Zielgruppe	Schülerinnen
Sekundäre Zielgruppe	Geschwister, Eltern
Setting	Schule (Grundschule), Nachbarschaft
Impact (Strategie)	hohes Engagement der teilnehmenden Mädchen/Familien im Sinne von Teilnahme, Retention und Motivation
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomische Benachteiligung, Armut, ethnische Minderheiten, Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention Adipositas-Prävention selektiv, targeted
Studiendesign	randomisierte kontrollierte Studie mit ethnografischer Studie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Reduktion BMI, Reduktion Bildschirmzeit und Nachmittagssnack, Erhöhung körperlicher Aktivität
Strategie	Erhöhung von Teilnahme- und Retentionsraten
Studienzeitraum	2007–2009 (2 Jahre)
Studienregion	San Francisco Bay Area, USA

Kurzzusammenfassung

Die Zusammenarbeit von Anthropologinnen und Anthropologen, Gesundheitsforscherinnen und Gesundheitsforschern sowie Klinikerinnen und Klinikern kann zu wertvollen Synergien für die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Familien in benachteiligten Stadtvierteln führen. Die Kombination aus randomisierter kontrollierter und ethnografischer Studie war eine experimentelle Intervention mit aktiver Placebo-Vergleichsintervention: „Stanford ECHALE“⁸ zur Adipositas-Prävention bei sieben- bis elfjährigen Mädchen und ihren Familien lateinamerikanischer Abstammung aus benachteiligten einkommensschwachen Nachbarschaften. Die zweijährige schul- und familienbasierte (zu Hause stattfindende) Intervention beinhaltete 1) ein folkloristisches Tanzprogramm nach der Schule und 2) ein Curriculum zur Reduktion von Bildschirmzeiten. Die klinische Studie wurde durch eine ethnografische Studie ergänzt. Die neuartige Herausforderung, ein ethnografisches und klinisches Forschungsprojekt in sieben öffentlichen Grundschulen durchzuführen, erforderte die Zusammenarbeit des Forschungsteams mit kommunalen Stakeholdern und zahlreichen Kooperationspartnern. Teilnehmende Beobachtung und die Berücksichtigung politischer und ökonomischer Strukturen haben in Kombination mit ethnografischer und narrativer Analyse zu einem fundierten, kultursensiblen Interventionsdesign und hohen Teilnahme- und Retentionsraten beigetragen.

8 Großen Wert wurde auf die kultursensible Gestaltung des Acronyms ECHALE gelegt (Spanisch Échale, Imperativ von echar, auf Deutsch „Mach es!“).

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die beiden Interventionsstrategien „Erhöhung der physischen Aktivität durch Teilnahme an einem Tanzprogramm“ und „Reduktion von Bildschirmzeit“ wurden miteinander verknüpft.

Erhöhung der physischen Aktivität durch Teilnahme an einem Tanzprogramm

Die Mädchen konnten täglich bis zu drei Stunden an einem Tanzprogramm teilnehmen, das auf dem Konzept des „Ballet Folklórico de México“ basiert und regionale und traditionelle mexikanische Tänze aufgreift. Es gab 90 Minuten Stretching, Tanz und Choreografie und danach Unterstützung bei den Hausaufgaben und verschiedene künstlerische oder handwerkliche Aktivitäten.

Reduktion von Bildschirmzeit

Mädchen, Geschwister und Eltern wurden dabei unterstützt, darüber nachzudenken, warum sie so viel Zeit am Bildschirm verbringen, ein wöchentliches TV-Budget festzulegen (i. d. R. sieben bis zehn Stunden pro Woche), einen Plan mit Programmen höchster Priorität aufzustellen und mithilfe eines TV-Tagebuchs ein Monitoring ihrer Bildschirmzeit vorzunehmen. Jede Familie erhielt zudem einen elektronischen Fernsehzeitmanager, der es den Eltern erlaubt, ein wöchentliches TV-Budget für jedes Familienmitglied festzulegen. Jedes Familienmitglied konnte mit einem Code das Fernsehgerät im Rahmen dieses Budgets anschalten, wenn es verbraucht war, ging der Fernseher aus. Es erfolgten persönliche Beratungen über sechs Hausbesuche und sieben Telefonanrufe. Im Rahmen der Projektlaufzeit wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dabei unterstützt, Fähigkeiten aufzubauen und Selbstwirksamkeit bzw. Vertrauen in ihre Fähigkeiten zu erhöhen sowie ihre Bildschirmzeit zu reduzieren. Mädchen, denen es gelang, die Fernsehzeit zu verkürzen, erhielten kulturell bedeutsame Incentives (z. B. Belohnungsbänder, die sie während der Tanzaufführungen tragen konnten).

In der aktiven Placebo-Vergleichsintervention wurden ernährungs- oder bewegungsbezogene Verhaltensänderungen in Form eines extensiven zweijährigen bilingualen Gesundheitsbildungsprogramms für Mädchen lateinamerikanischer Abstammung und ihre Eltern adressiert. Das Curriculum bestand aus 24 Newslettern, die über zwei Jahre an teilnehmende Familien geschickt wurden, ergänzt durch Veranstaltungen in der Schule oder im Quartier mit dem Ziel, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Prozess einzubinden. Zudem wurde ein Team von Gesundheitserzieherinnen und -erziehern für die Arbeit mit diesen Kindern und ihren Familien qualifiziert. In „Family Fun Nights“ erhielten die Familien Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen wie Zahngesundheit, Ernährung und Diabetes.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Das Zusammenwirken der verschiedenen Interventionsstrategien wie die kultursensible Gestaltung und der Einbezug der Gemeinde über kommunale Stakeholder und Kooperationspartnerinnen und -partner führte zu hohen Teilnahme- und Retentionsraten.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Kultursensible Gestaltung (Culturally Tailoring)

Einstellungspraktiken, Mitarbeiterschulung und Lehrplanentwicklung wurden auf Basis der ethnografischen Daten aus der Feldarbeit konzipiert.

Verdeckte Intervention

Für Eltern und Kinder standen folgende Faktoren im Vordergrund:

- Teilnahme am Folkloretanz-Unterricht als kulturelle Aktivität in einer begleiteten, sicheren Umgebung
- Unterstützung bei Hausaufgaben und die Aussicht auf bessere Schulleistungen
- Verringerung von Konflikten durch verkürzte Bildschirmzeiten

Der von der Intervention anvisierte gesundheitliche Outcome – die Verhinderung übermäßiger Gewichtszunahme bei Kindern – spielte für sie keine Rolle.

Einbezug der lokalen Gemeinschaft

Lokale Kooperationen (Eltern, Mädchen- und Jungen-Klubs, „Police Activities League“ und lokale Park- und Erholungsämter) trugen u. a. Sorge dafür, dass die Mädchen zu ihren Aktivitäten begleitet, ein Sicherheitsnetz für die Teilnehmerinnen und das Forschungsteam ermöglicht und Kostüme für die Aufführungen genäht wurden.

Zusammenfassende Erfolgsfaktoren

Essenziell für hohes Engagement, starke Motivation und Teilnehmerbindung über zwei Jahre waren folgende Einflussfaktoren:

- Die Interventionen waren kostenlos.
- Der Tanzunterricht fand auf dem Schulcampus statt, sodass Transport- und Sicherheitsfragen gelöst waren.
- Die Bildschirmzeit-Intervention fand zu Hause in den Familien statt, sodass weder Transport noch Betreuung für Geschwister erforderlich waren.
- Die Mädchen waren Teil einer Gemeinschaft von Kindern und Familien, die ähnliche Veränderungen anstrebten.

10.3 Ball et al., 2015

Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promotion International*, 30 Suppl 2, ii8-ii19.

Kurzbeschreibung	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit in körperlicher Aktivität und Bewegungsarmut
Primäre Zielgruppe	Kitakinder, Vorschüler/-innen, Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen
Setting	Kita, Vorschule, Schule
Impact (Strategie)	Reduktion von sozialen Unterschieden in Gesundheits-Outcomes
Bezug zu Vulnerabilität	sozialer Gradient, sozioökonomischer Status, Gesundheitsrisiken, soziale Benachteiligung, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsformen	Interventionen zur Bewegungsförderung
Studiendesign	Rapid Review
Forschungsmethoden	Datenbankbasierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Erhöhung körperlicher Aktivität, Verminderung bewegungsarmen Verhaltens
Strategie	s. o.
Studienzeitraum	01.01.2008–31.10.2012
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Die körperliche Aktivität sowie das Ausmaß an bewegungsarmen/sitzenden Tätigkeiten folgen einem sozialen Gradienten. Sozial bessergestellte Bevölkerungsgruppen sind häufiger körperlich aktiv und verbringen weniger Zeit bewegungsarm/sitzend. Sie leiden daher weniger unter den negativen gesundheitlichen Folgen eines inaktiven Lebensstils als sozial schlechtergestellte Bevölkerungsgruppen. Ziel des Reviews ist es, einen Überblick über die aktuelle Evidenzbasis sowie vielversprechende Ansätze zur Förderung von körperlicher Aktivität und zur Reduzierung von sitzenden Verhaltensweisen zu geben. Rahmen der Ergebnisdarstellung bildet der „Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity/VicHealth Rahmenplan für Gesundheitsgerechtigkeit“. Von Februar bis April 2014 wurde ein Rapid Review in den Datenbanken Medline, PsychINFO, SportDISCUS, CINAHL, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, Global Health und Embase durchgeführt. Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien konzentriert sich auf Ansätze, die auf Verhaltensänderung abzielen, einige wenige auf Änderung der Verhältnisse und alltäglichen Lebensbedingungen oder sozioökonomische, politische und kulturelle Kontextveränderungen. Bei der Recherche wurden zahlreiche Lücken in der Evidenzbasis deutlich, insbesondere in Bezug auf die Reduzierung von bewegungsarmen Verhaltensweisen. Vielversprechende Ansätze zur chancengerechten Förderung körperlicher Aktivität über die drei Ebenen des Rahmenplans „Fair Foundations“ beinhalten u. a. gemeindeweite/kommunale Ansätze, Nachbarschaftskonzepte, frühkindliche Interventionen und Schulprogramme.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Erkenntnisse zu ihrer Wirksamkeit

Frühe Kindheit (Kita, Vorschule)

Kindertagesstätten, Spielgruppen und Elternedukationsgruppen sind soziale Zusammenhänge, die das kindliche Spiel- und Bewegungsverhalten beeinflussen. Institutionelle Settings früher Kindheit sind Schlüssel-Settings für die Bewegungsförderung, da sie einen Zugang zur überwiegenden Mehrheit von Kindern im Vorschulalter (drei bis fünf Jahre) ermöglichen. Eine systematische Übersichtsarbeit zu Interventionen der Adipositas-Prävention in der frühen Kindheit kommt zu dem Ergebnis, dass die meisten Interventionen in Vorschule, Kindertagesbetreuung oder zu Hause durchgeführt wurden. Die Hälfte (zwölf Studien) zielte auf sozioökonomisch benachteiligte Kinder. Trotz belastbarer Forschungsdesigns berichten viele Studien in Vorschulen/Kindertagesstätten kaum über Interventionseffekte auf mit Adipositas verbundene Verhaltensweisen. Den meisten Setting-basierten Interventionen fehlt die Einbindung von Eltern, die für Interventionen in dieser Altersgruppe essenziell ist.

Schule

Das Schul-Setting zeigt Potenzial für die Bekämpfung von sozialer Ungleichheit, die auch zu unterschiedlichen physischen Aktivitäten von Kindern führt. Sekundäranalysen von drei Interventionen zur Bewegungsförderung weisen darauf hin, dass europäische Schulprogramme zur Bewegungsförderung bestehende Ungleichheiten nicht verschärfen. Schulbasierte Interventionen zur Bewegungsförderung beinhalten i. d. R. die Veränderung von Richtlinien und Lehrplänen und zielen darauf ab, die Bewegungszeit von Kindern in der Schule insgesamt zu erhöhen, z. B. über zusätzliche Sportstunden. Die Ausweitung des Sportunterrichts fördert Bewegung und steigert die Fitness von Kindern über verschiedene Bevölkerungsgruppen und Schul-Settings hinweg und kann Ungleichheiten reduzieren.

Laut einer Literaturübersicht (Literature Review) gingen von insgesamt 57 Interventionen zur Bewegungsförderung lediglich drei, die gezielt sozioökonomisch benachteiligte Kinder adressieren, mit signifikanten Veränderungen der physischen Aktivität einher. Zu den Elementen dieser wirksamen Interventionen gehörten die Reduktion der Bildschirmzeiten, zusätzliche Sportstunden sowie ein Fokus auf Aktivitäten des Schulsports, Bewegung im Klassenraum, Projektwochen zu Bewegung und Elterninformation. Angesichts der geringen Anzahl identifizierter Studien besteht Bedarf an weiterer Forschung zu wirksamen Interventionen der Bewegungsförderung für sozioökonomisch benachteiligte Kinder.

Strategien, die das schulische Umfeld einbeziehen (Environmental Strategies), können auch außerschulische physische Aktivität erhöhen, z. B. über eine aktive Gestaltung des Schulweges. Ein Review berichtet über 14 Interventionen zur Förderung eines aktiven Schulweges, keine davon führte zu Veränderungen auf Ebene physischer Aktivität.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf die Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Auf Grundlage der analysierten Literatur werden Empfehlungen zur Erhöhung der Reichweite und inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen gegeben.

Empfehlungen mit Blick auf den sozioökonomischen, politischen und kulturellen Kontext

- Mehr-Komponenten-Interventionen, angemessen zugeschnittene (tailored) gesamtkommunale Kampagnen (whole-of-community campaigns) zur Förderung körperlicher Aktivität und Reduktion von Bewegungsmangel
- Support/Incentives für lokale Verwaltung und regionale Regierungen sowie für gemeindenahe Organisationen in sozioökonomisch benachteiligten Kommunen, um bewegungsfördernde und lebenslauforientierte Strategien und Praxen zu entwickeln, unter Nutzung der lokalen Infrastruktur, z. B. aktive Parkprogramme und Wandergruppen
- Bewegungsfördernde Nachbarschaftskonzepte beispielsweise hinsichtlich Walkability
- Bewegungsfördernde Verkehrspolitik, z. B. Investitionen in Fußgänger- und Fahrradwege, Straßensperren oder Fahrbeschränkungen

Empfehlungen mit Blick auf alltägliche Lebensbedingungen

- Mehr-Komponenten-Interventionen, zugeschnittene (tailored) und gemeindeweite Ansätze (s. o.)
- Schaffung oder Verbesserung des Zugangs zu körperlicher Aktivität bzw. entsprechender Infrastruktur, z. B. Wanderwege, Freizeiteinrichtungen, gemeinsame Nutzung von Bewegungsstätten durch Kommunen und Schulen
- Frühkindliche Interventionen, z. B. expertenbasierte Elternunterstützung in der Adipositas-Prävention
- Einrichtung, Sanierung und Instandhaltung von Parks und Grünflächen in benachteiligten Quartieren
- Schulbasierte Multi-Komponenten-Programme zur Bewegungsförderung während und außerhalb der Schulstunden
- Investitionen in den Sportunterricht, um sicherzustellen, dass alle Schulen, insbesondere diejenigen in benachteiligten Gebieten, Schülerinnen und Schülern ein vorgeschriebenes Mindestniveau an qualifiziertem Sportunterricht erteilen

Empfehlungen mit Blick auf individuelle gesundheitsbezogene Faktoren

- Motivationale, kognitiv-behaviorale bzw. verhaltensbezogene und/oder vermittelnde Ansätze auf Individualebene zur Bewegungsförderung sind erfolgversprechend, wenn sie auf die Zielgruppe zugeschnitten sind. Idealerweise werden sie in einen mehrstufigen Interventionsansatz einbezogen und ergänzt durch breitere soziale und ökologische Vorgaben.
- Auf unterschiedliche Bevölkerungsgruppen zugeschnittene, kultursensible Entscheidungsaufforderungen (Point-of-decision Prompts) zur Förderung der Treppennutzung in Arbeitsstätten/öffentlichen Einrichtungen

Anmerkungen zu Forschungsdesideraten

Das Review identifiziert einen Mangel an Evidenz für die Wirkung von Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität bzw. Prävention von Bewegungsarmut bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen. Es werden zahlreiche Forschungsdesiderate deutlich. Insbesondere ist es notwendig, in zukünftige Interventionsstudien sowie Programm-, Politik- und Strategieevaluationsanalysen zur Wirksamkeit bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen aufzunehmen. Zentral sind weitere Untersuchungen zur Identifikation wirksamer Ansätze für eine ungleichheitssensible Reduktion von Bewegungsarmut. Evidenz ließ sich haupt-

sächlich bei Interventionen für Einzelpersonen und Familien, aber nur bei einigen wenigen Setting-basierten Interventionen nachweisen.

10.4 Bastian et al., 2015

Bastian, K. A., Maximova, K., McGavock, J. & Veugeler, P. (2015). Does school-based health promotion affect physical activity on weekends? And, does it reach those students most in need of health promotion? *PLOS ONE*, 10(10), e0137987. 1–15.

Kurzbeschreibung	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit durch Bewegungsförderung
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen (10–11 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen, kommunale Akteure
Setting	Schule
Impact (Strategie)	Erhöhung körperlicher Aktivität
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, Gesundheitsrisiko Übergewicht und Adipositas, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention zur Bewegungsförderung universell
Studiendesign	quasi-experimentelles Pre-Post-Design mit Kontrollgruppe
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	tägliche Bewegungsaktivität außerhalb der Schule
Strategie	Reduktion von Unterschieden in der körperlichen Aktivität zwischen Statusgruppen
Studienzeitraum	2009 und 2011
Studienregion	Kanada

Kurzzusammenfassung

Ziel der Studie war es festzustellen, ob ein schulbasiertes Gesundheitsförderungsprogramm die Wochenendaktivitäten von Kindern beeinflusst und ob dieser Effekt je nach sozioökonomischem Status variiert. Die quasi-experimentelle Studie wurde in benachteiligten Stadtteilen in Alberta, Kanada umgesetzt. 2009 und 2011 wurden in Querschnittserhebungen jeweils über sieben Tage Pedometer-Daten von Schülerinnen und Schülern aus der fünften Klasse gesammelt und zwar aus zehn Schulen in sozioökonomisch benachteiligten Stadtteilen und 20 Schulen aus Stadtteilen mit einem mittleren sozioökonomischen Status. Mit Mehr-Ebenen-Analysen wurden die Unterschiede bei den erreichten Schrittzahlen in den Interventions- und Vergleichsgruppen bewertet. Im Jahr 2009 waren die Kinder an Interventionsschulen im Vergleich zu denen der Kontrollschulen an den Wochenenden weniger aktiv. Zwei Jahre später hatten sich die täglichen Schrittzahlen der Kinder aus den Interventionsschulen erhöht und an die der Schulen in mittleren sozialen Lagen angeglichen. Die Daten deuten darauf hin, dass schulbasierte Gesundheitsförderung effektiv zur Verringerung von gesundheitlicher Ungleichheit bzw. Unterschieden in der körperlichen Aktivität außerhalb der Schulzeit beiträgt und dass Investitionen in schulische Programme zu Verhaltensänderungen führen können, die über die schulische Umgebung hinausgehen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die Ziele der vorliegenden Studie bestanden darin zu eruieren, ob

- Ungleichheiten in der physischen Aktivität außerhalb der Schule bei Kindern (d. h. am Wochenende oder vor und nach Schulschluss), die ein niedriges körperliches Aktivitätsniveau aufweisen, verstärkt werden,
- schulische Gesundheitsförderungsprogramme Ungleichheiten der körperlichen Aktivität außerhalb der Schule evident reduzieren oder verstärken und
- die Effekte schulischer Gesundheitsförderungsprogramme nach Gewichtsstatus und sozioökonomischem Status verändert bzw. moderiert werden.

Zugrunde liegende Annahme war, dass die körperliche Aktivität bei Kindern der Interventionsschulen bzw. an Schulen, die ein „Comprehensive oder Coordinated School Health Program“ (CSH)⁹ durchführen, zunimmt und übergewichtige und sozioökonomisch benachteiligte Kinder größeren Nutzen aus der Intervention ziehen als ihre normalgewichtigen und ökonomisch bessergestellten Altersgenossen. Die Schülerinnen und Schüler der Interventionsschulen nahmen am Programm „Alberta Project Promoting active Living and healthy Eating in Schools“ (APPLE) teil, das von Januar 2008 bis Juni 2011 an Schulen in benachteiligten Stadtteilen durchgeführt wurde. Als CSH-Maßnahme basierte das APPLE-Programm auf den vier aufeinander bezogenen Säulen soziales und räumliches Umfeld, Lehren und Lernen, gesunde Schulstrategien sowie lokale Partnerschaften und Soziale Dienste. Schlüsselkomponente war eine Schulgesundheitsmanagerin oder -manager, die oder der die Umsetzung der Gesundheitsförderungsstrategie an den Interventionsschulen unterstützte und sicherstellte, dass die besonderen Bedarfe der Schule berücksichtigt wurden sowie Strategien mit den Kernprinzipien des CSH in Einklang standen. Ziel des APPLE-Programms war die Schaffung eines räumlichen und sozialen Umfeldes in Zusammenarbeit von Schülerinnen und Schülern, Eltern, Lehrerinnen und Lehrern und kommunalen Akteurinnen und Akteuren, das einen gesunden Lebensstil fördert. Um Kinder mit einem hohen Risiko der körperlichen Inaktivität zu erreichen, boten APPLE-Schulen täglich eine Vielzahl nicht wettbewerbsorientierter, spielerischer Aktivitäten während und nach dem Unterricht an, wie wöchentliche Tanzveranstaltungen, Yoga-Klubs, Laufinitiativen und Spielplatzprogramme. Weitere Schritte zur Förderung körperlicher Aktivität waren verbesserte Zugänge zu Einrichtungen und Programmen außerhalb der Schulzeit und die Organisation schulübergreifender Aktivitäten, an denen Schülerinnen und Schüler gemeinsam mit ihren Eltern teilnahmen. Eltern erhielten monatliche Newsletter, in denen über niedrigschwellige und bezahlbare Aktivitäten für Kinder informiert wurde.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Im Jahr 2009 waren Kinder in allen Einkommens- und Bildungsgruppen der Interventionsschulen weniger aktiv als an Vergleichsschulen. Die Ungleichheit in der körperlichen Aktivität zwischen Interventions- und Vergleichsschulen war an Wochenenden ausgeprägter, besonders bei Kindern, deren Eltern das niedrigste Bildungsniveau aufwiesen. Diese Kinder gingen 16,5 % weniger Schritte pro Tag als diejenigen von Vergleichsschulen, an Wochenenden waren es sogar 36,5 % weniger Schritte pro Tag. Bei dieser Gruppe von Kindern war auch der relative Unterschied in der körperlichen Aktivität zwischen Schulzeit und außerschulischer Zeit am größten. Die Intervention der APPLE-Schulen führte an Schul- und Wochenendtagen zu einem signifikant höheren Anstieg der täglichen Schrittzahl bei Kindern der niedrigsten Einkommens- und Bildungsgruppen von Interventionsschulen in Relation zu Kindern derselben Statusgruppen an Vergleichsschulen. Die vorgestellten Daten liefern Hinweise darauf, dass eine schulbasierte Gesundheitsförderung zu

9 International anerkanntes Rahmenwerk für einen integrierten Interventionsansatz, entspricht etwa dem „Health Promoting Schools“-Konzept der WHO in Europa.

einem aktiveren Lebensstil führen kann und dazu beiträgt, Ungleichheiten in der körperlichen Aktivität von Kindern zu verringern. Es zeigte sich, dass Disparitäten in der körperlichen Aktivität außerhalb der Schulzeit größer waren, die körperliche Aktivität der sozioökonomisch benachteiligten und übergewichtigen Kinder sich nach zwei Jahren erhöhte und das Level der ökonomisch bessergestellten und normalgewichtigen Kinder erreichte bzw. sogar darüber hinausging. Der relative Unterschied verringerte sich von 21,4 % auf 0,2 %. Durch die Maßnahmen des APPLE-Programms wurde eine Normalisierung des Aktivitätslevels von Kindern aus benachteiligten Familien erreicht und positive Veränderungen sogar außerhalb der Schulzeit, in Zeiten der zuvor geringsten Aktivität (am Wochenende) bewirkt. Die Teilnahme an einem vielseitigen schulischen Gesundheitsförderungsprogramm trägt zu einer Reduzierung von Aktivitätsunterschieden bei. Obwohl das Programm während der Schulzeit durchgeführt wurde, konnte es körperliche Aktivitätsunterschiede außerhalb der Schulzeit effektiv verringern.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Die Studie bestätigt die Hypothese, dass Kinder mit einem höheren Risiko für Bewegungsarmut zusätzliche Unterstützung brauchen, um auch außerhalb der Schule aktiv zu werden. Sozioökonomisch benachteiligte, übergewichtige Kinder sind in ihrer Freizeit inaktiver, möglicherweise da ihnen strukturierte, attraktive und kindgerechte Angebote fehlen. Zudem scheint es unwahrscheinlich, dass sie sich ohne Unterstützung alternative Freizeitaktivitäten suchen.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Das APPLE-Schulprogramm ist ein wirksamer Ansatz zur Steigerung der durchschnittlichen wöchentlichen körperlichen Aktivität von Kindern in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten. Zukünftige Strategien und Programme zur Gesundheitsförderung sollten innovative Zugänge in Betracht ziehen, um benachteiligte Kinder in körperliche Aktivitäten außerhalb der Schule einzubinden und damit gesundheitliche Benachteiligungen (Health Inequities) zu reduzieren. Das Autorenteam geht davon aus, dass die Effekte, die außerhalb der Schulzeit erzielt werden konnten, auf den Mehr-Komponenten-Ansatz des APPLE-Programms zurückzuführen sind. Verhaltensänderungen bei Kindern werden durch den Einbezug von Schlüsselakteurinnen und -akteuren wie Eltern, Schulpersonal und kommunalen Akteurinnen und Akteuren unterstützt. Reviews haben gezeigt, dass diese Schlüsselakteurinnen und -akteure bei der Etablierung eines Unterstützungsnetzwerks für Kinder helfen und die Effektivität der schulischen Interventionen verstärken können. Dieses Netzwerk ist entscheidend für den Erfolg, da im familiären und kommunalen Umfeld zahlreiche Barrieren für körperliche Aktivität vorhanden sind. Eltern und Gemeindevertreterinnen und -vertreter wurden daher in die Implementierung der Intervention involviert (z. B. Teilnahme am Schulkomitee und an den Planungstreffen). Gemeindevertreterinnen und -vertreter halfen dabei, Zugang zu und Bezahlbarkeit von Freizeiteinrichtungen in den Stadtteilen zu verbessern. Die hier vorgelegten Daten zeigen, dass die Einbeziehung von Interessengruppen außerhalb der Schule die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen in der Schule verbessern kann.

10.5 Bhatia et al., 2011

Bhatia, R., Jones, P. & Reicker, Z. (2011). Competitive foods, discrimination, and participation in the National School Lunch Program. *American Journal of Public Health* 101(8), 1380–1386.

Kurzbeschreibung	Veränderung des Essensangebotes in Schulkantinen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Schulverwaltung, Nationales Schulmittagessen-Programm
Setting	Schule (Middle and High School)
Impact (Strategie)	höhere Beteiligungsraten
Bezug zu Vulnerabilität	Gesundheitsrisiken durch Fehlernährung, sozioökonomische Benachteiligung, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen
Interventionsform	Pilotintervention zum Mittagessen an Schulen
Studiendesign	quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppe
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Ernährungsverhalten
Strategie	Beteiligungsrate am nationalen Schulessen-Programm
Studienzeitraum	Schuljahre 2009 und 2010
Studienregion	USA

Kurzzusammenfassung

Das nationale US-amerikanische Schulessen-Programm „National School Lunch Program“ (NSLP) bietet in über 96.000 öffentlichen und gemeinnützigen Schulen Mittagsmahlzeiten an. Für Kinder aus einkommensschwachen Familien sind die Mahlzeiten kostenlos oder kostenreduziert. Die über das NSLP ausgegebenen Mahlzeiten erfüllen strenge Ernährungsstandards, die vom US-Department für Landwirtschaft (USDA) laufend weiterentwickelt werden. Das NSLP kann damit einen signifikanten Beitrag zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie zur sozialen Gerechtigkeit leisten. Dieser Beitrag wird jedoch durch Teilnahmebarrieren eingeschränkt. Nicht subventionierte Mahlzeiten, die mit NSLP-Mahlzeiten konkurrieren, können die Inanspruchnahme durch anspruchsberechtigte Schülerinnen und Schüler verringern, beispielsweise über die Stigmatisierung durch die Klassifikation als bedürftig. Das San Francisco Department of Public Health (SFDPH) führte in den Jahren 2009 und 2010 gemeinsam mit dem San Francisco Unified School District (SFUSD) an drei Schulen in San Francisco eine Pilotintervention zum Abbau solcher Barrieren durch. Nachdem konkurrierende À-la-carte-Angebote ausgeschlossen wurden, konnte eine Erhöhung der Beteiligungsrate am NSLP verzeichnet werden. Die Beobachtungen im Rahmen der Intervention weisen Verwaltung, Forschung und Politik auf die Notwendigkeit hin, Diskriminierungs- bzw. Stigmatisierungseffekten bei der Durchführung des NSLP mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Hintergrund

Die Teilnahme am NSLP variiert substantiell zwischen Schulen und Altersgruppen. 54 % der Schülerinnen und Schüler im Schuldistrikt von San Francisco hatten 2007 einen Anspruch auf Zuschüsse zu den Schulmahlzeiten. Es nahmen jedoch nur 42 % in den mittleren bzw. 34 % in den höheren Jahrgangsstufen die Mahlzeiten des NSLP in Anspruch. In einer nationalen Studie aus dem Jahr 2009 hatte ein Viertel der höheren Schulen Beteiligungsraten von weniger als 32 %. Durch Feldbeobachtung identifizierte das SFDPH bei den Ausgabeschlangen in den Schulkantinen eine Art Zwei-Klassen-System, neben NSLP-Mahlzeiten wurden auch À-la-carte-Mahlzeiten angeboten.

Intervention und Maßnahmen

2008 änderten SFDPH und SFUSD in drei Schulen im Rahmen einer Pilotintervention die Ausgabesituation in den Kantinen. Das SFDPH stellte finanzielle und personelle Unterstützung bei der Planung, Durchführung und Evaluation der Initiative zur Verfügung, in der die konkurrierenden Essensangebote entfernt wurden, während gleichzeitig eine größere Menüauswahl im Rahmen des NSLP angeboten wurde. Die Intervention umfasste eine Reihe von Maßnahmen:

Tabelle 8:
Veränderungen der Kantineumgebung in Pilotschulen

Umfeld Schulverpflegung	Durchgeführte Veränderung
Essensauswahl	Entfernung der À-la-carte-Auswahl Ausweitung der erstattungsfähigen Menüoptionen
Ausstattung und Gestaltung der physischen Umgebung	Ergänzung von Salatbars und Kühltheken Neueinführung von Point-of-Service-Systemen Umgestaltete Cafeterien und À-la-carte-Stationen servieren nur noch NSLP-erstattungsfähige Mahlzeiten
Arbeitsweise und Ablauf	Sicherstellung von zusätzlichem Personal zur Kontrolle der Warteschlange Schulung des Personals in NSLP-Regularien
Kultur	Aufbau eines neuen, von Schülerinnen und Schülern gestalteten Wandbildes in einer Schule Entwicklung und Veröffentlichung neuer Menüs Umkennzeichnung ehemaliger À-la-carte-Bereiche

Zeitgleich wurde ein Point-of-Service-Zahlungssystem an allen Schulen eingeführt, auch zum Schutz einkommensschwacher Schülerinnen und Schüler. Weitere Interventionskomponenten beinhalteten Veränderungen in Service- und Lagerbereichen sowie der Ausrüstung zur Handhabung von Lebensmitteln, Fortbildung des Kantinepersonals und Partizipation der Schülerinnen und Schüler durch Geschmackstests und Umfragen.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Im Rahmen der Evaluation der Pilotintervention wurde die tägliche Teilnahme am NSLP ausgewertet. Sie wird regulär durch das Point-of-Service-System erfasst und zur Kostenerstattung an das kalifornische Bildungsdepartement gesendet.

Vor der Intervention variierte der Prozentsatz der anspruchsberechtigten Schülerinnen und Schüler, die NSLP-Mahlzeiten in Anspruch nehmen, an den Schulen erheblich und war im Vergleich zu den nationalen Beteiligungsraten niedrig. Beispielsweise rangierte der Prozentsatz der anspruchsberechtigten Schülerinnen und Schüler, die die kostenlosen Mahlzeiten nutzen, zwischen 31 % und 60 %. Nach der Intervention lag die Beteiligungsrate bei den kostenlosen Mahlzeiten zwischen 54 % und 73 % und bei den kostenreduzierten zwischen 48 % und 72 %. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler, die à la carte essen, variierte, war aber überall geringer als bei den NSLP-Mahlzeiten; da alle Schülerinnen und Schüler bar bezahlten, konnte die Anzahl der berechtigten Schülerinnen und Schüler nicht ermittelt werden. Von den nicht-berechtigten Schülerinnen und Schülern nutzten 3 % bis 30 %, hauptsächlich aus den mittleren Jahrgangsstufen, das Mahlzeitenangebot des NSLP-Programms. Nach dem Wegfall der À-la-carte-Option und der Integration aller Essensangebote im NSLP erhöhte sich die durchschnittliche tägliche Beteiligungsrate anspruchsberechtigter Schülerinnen und Schüler in allen drei Schulen. Unter Schülerinnen und Schülern mit Anspruch auf kostenlose Mahlzeiten erhöhte sich die Beteiligungsrate an den drei Schulen um 13 %, 41 % und 73 % und bei Schülerinnen und Schülern mit Anspruch auf kostenreduzierte Mahlzeiten um 23 %, 38 % und 154 %.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Aufgrund der erfolgreichen Intervention beschloss das SFUSD die Entfernung aller Konkurrenzangebote aus den Kantinen der mittleren und höheren Schulen. Die geplante Evaluation dieser systemweiten Veränderung kann für die Politikgestaltung als wichtige Fallstudie hinsichtlich der Auswirkungen von Konkurrenzangeboten dienen. Design und Reichweite der Studie erlauben keinen Rückschluss auf die Ursache der gestiegenen Beteiligungsraten. Die Effekte können durch mehrere Komponenten der Intervention erklärt werden: die Entfernung konkurrierender Auswahlmöglichkeiten, die Bemühungen zur Erhöhung von Qualität und Diversität des angebotenen Essens, das anonymisierte Zahlssystem und die Abschaffung der potenziell stigmatisierenden Unterscheidung in Service-Standards für unterstützungsberechtigte und nicht-unterstützungsberechtigte Schülerinnen und Schüler. Die Beobachtung, dass nur wenige der Schülerinnen und Schüler ohne Unterstützungsanspruch NSLP-Essen konsumieren, lässt darauf schließen, dass konkurrierende Essensangebote und Stigma-Wirkung des NSLP kumulativ zur Verringerung der Inanspruchnahme durch unterstützungsberechtigte Schülerinnen und Schüler beitragen. Die Gesamtteilnahme am Schulesse konnte durch die Intervention deutlich erhöht werden. Dies lässt vermuten, dass die À-la-carte-Angebote die Inanspruchnahme des NSLP nicht nur über kompetitive Effekte (Auswahl, Service) beeinflussen. Interviews im Vorfeld der Intervention ergaben Hinweise darauf, dass das NSLP nicht als „gesundheitsförderndes Ernährungsprogramm für alle“ wahrgenommen wurde, sondern als „Essen für Arme“. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden jedoch keine Erhebungen zur Teilnahmemotivation am NSLP durchgeführt, und auch in der Literatur gibt es bislang kaum Studien zur Wirkung von konkurrierenden Angeboten.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Bei Konzeption und Implementierung von Interventionen müssen Diskriminierungs- und Stigmatisierungspotenziale beachtet werden. Die Möglichkeit einer Identifikation als „bedürftig“ veranlasst Schülerinnen und Schüler beispielsweise dazu, das À-la-carte-Essen anstelle des kostenfreien Essens zu wählen. Durch die Vermeidung von separaten Essensausgaben (teilweise sogar in unterschiedlichen Räumlichkeiten), welche eine Identifikation von Schülerinnen und Schülern als „bedürftig“ ermöglichen, können Stigmatisierungspotenziale vermieden werden. Durch relativ einfache Maßnahmen konnte die Reichweite des NSLP besonders bei anspruchsberechtigten Schülerinnen und Schülern signifikant erhöht werden. Die Existenz von À-la-carte-Angeboten im Rahmen der Schulverpflegung, die für einkommensschwache Schülerinnen und Schüler nicht zugänglich sind, kann als diskriminierende Praxis betrachtet werden. Das Vorhandensein unterschiedlicher Servicestandards für unterstützte und nicht-unterstützte Schülerinnen und Schüler hat diskriminierendes Potenzial und schafft Teilnahmebarrieren. Konkurrenzangebote begünstigen nicht nur die Stigmatisierung von Schülerinnen und Schülern aus benachteiligten Familien, sondern auch des gesamten Ernährungsprogramms. Entfällt das Konkurrenzangebot und damit das Stigmatisierungspotenzial, bietet Schulessen sehr gute Möglichkeiten, um Schülerinnen und Schüler aus einkommensschwachen Familien zu erreichen.

10.6 Bjelland et al., 2011

Bjelland, M., Bergh, I. H., Grydeland, M., Klepp, K.-I., Andersen, L. F., Anderssen, S. A., Ommundsen, Y. & Lien, N. (2011). Changes in adolescents' intake of sugar-sweetened beverages and sedentary behaviour: Results at 8 month mid-way assessment of the HEIA study – A comprehensive, multi-component school-based randomized trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 63. 1–11.

Kurzbeschreibung	Intervention mit Elterneinbindung zur Veränderung des kindlichen Bewegungs- und Ernährungsverhaltens
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Sportlehrkräfte
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, sozioökonomischer Status, soziale Benachteiligung
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	randomisierte cluster-kontrollierte Pre-Post-Studie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Reduktion des Verzehrs gesüßter Getränke sowie der Fernseh- und Computerzeiten, Erhöhung körperlicher Aktivität sowie des Obst- und Gemüsekonsums
Strategie	/
Studienzeitraum	2007–2008 (8 Monate)
Studienregion	Norwegen

Kurzzusammenfassung

Kernziel der Studie „HEalth In Adolescents (HEIA)“ war es, ein umfassendes Interventionsprogramm zur Förderung gesunder Gewichtsentwicklung bei elf- bis dreizehnjährigen Schülerinnen und Schülern zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren. Die intendierten Verhaltensänderungen betrafen die Senkung des Verzehrs von gesüßten Getränken und von bewegungsarmen, sitzenden Verhaltensweisen sowie die Erhöhung körperlicher Aktivität und des Verzehrs von Obst und Gemüse. Im Rahmen der Studie sollte eruiert werden, ob

1. eine Mehr-Komponenten-Intervention zur Gesundheitsförderung bei Elf- bis Dreizehnjährigen den Verzehr von gesüßten Getränken und die Bildschirmzeiten (Fernseher und/oder Computer) beeinflusst,
2. Ergebnisse je nach Geschlecht, jugendlichem Gewichtsstatus oder Bildungsniveau der Eltern variieren,
3. sich die elterliche Einbindung je nach Bildungsniveau der Eltern, dem Geschlecht der Jugendlichen oder ihrem Gewichtsstatus unterscheidet.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Es wurden 37 Schulen im östlichen Teil von Norwegen ausgewählt, die mehr als 40 Schülerinnen und Schüler in der sechsten Klasse haben. Alle Sechstklässlerinnen und Sechstklässler dieser 37 Schulen (n = 2.165) sowie deren Eltern/Erziehungsberechtigte wurden eingeladen teilzunehmen. 1.580 Kinder gaben schließlich eine elterliche Einverständniserklärung ab. Damit die Wirksamkeit der Intervention bewertet werden konnte, wurde ein randomisiertes cluster-kontrolliertes Pre-Post-Studiendesign verwendet. Zwölf Schulen wurden per Zufallsprinzip der Interventionsgruppe, 25 der Kontrollgruppe zugewiesen.

Das Interventionsprogramm in der HEIA-Studie bestand aus einer Mischung von Strategien und Aktivitäten auf Individual-, Gruppen- und Umweltebene. Im Einzelnen wurden in der sechsten Klasse eingesetzt: Lektionen mit Schülerheft, Poster, wöchentliche Obst- und Gemüsepausen, Bewegungspausen im Klassenraum, Sportausrüstung für Pausenaktivitäten, aktive Gestaltung des Schulweges, Informationsblätter für Eltern und ein Kurs mit Anregungen für Sportlehrerinnen und Sportlehrer.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die Daten der Zwischenauswertung nach acht Monaten zeigen, dass Mädchen in der Interventionsgruppe im Vergleich zu den Mädchen der Kontrollgruppe signifikant weniger Zeit mit Fernsehen und Computernutzung verbracht haben. Mädchen der Interventionsgruppe verzehrten an Wochenendtagen signifikant weniger gesüßte Getränke. Bei den Jungen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich Bildschirmzeiten und Verzehr von gesüßten Getränken. Es zeigte sich jedoch ein moderierender Effekt des Gewichtsstatus auf die Bildschirmzeiten, übergewichtige Kinder verbrachten insgesamt mehr Zeit vor Fernseher oder Computer. Das elterliche Bildungsniveau hatte keinen Einfluss auf eine der drei Verhaltensweisen (Verzehr von gesüßten Getränken, Fernseh- und Computernutzung). Die Prozessevaluation zeigte, dass Wahrnehmung und Kenntnis von Inhalten der Intervention bei den Eltern von Mädchen höher waren, während Eltern von Jungen mit den Informationsblättern zufriedener waren. In der Prozessevaluation zur Elterneinbindung wurden keine weiteren Unterschiede gefunden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob die Effekte groß genug waren, um tatsächlich eine Public-Health-Wirkung zu entfalten.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und inhaltlich-methodische Konzeption von Interventionen

Interventionen zur Prävention ungesunder Gewichtszunahme zielen darauf ab, Verhaltensweisen zu ändern, die, wie der Konsum von gesüßten Getränken, Fernsehen und Computer, im Zusammenhang mit der Energiebilanz und einem erhöhten Adipositas-Risiko stehen. Der Mangel an wirksamen schulbasierten Interventionen zur Adipositas-Prävention hat eine Debatte über die besten Interventionsstrategien und Evaluationsdesigns ausgelöst. Um untersuchen zu können, für wen und warum Adipositas-Präventions-Programme wirken, werden Interventionsstrategien benötigt, die auf bestimmte soziale Subgruppen (z. B. nach Geschlecht) zugeschnitten sind, den Familienzusammenhang adressieren und von den Zielgruppen bewertet werden. Das Setting Schule bietet über ethnische und sozioökonomische Merkmale hinweg einen kontinuierlichen und intensiven Zugang zu allen Bevölkerungsgruppen und wird deshalb sehr häufig als Setting für die Umsetzung von Interventionen zur Adipositas-Prävention genutzt. Die Einbeziehung des häuslichen, familiären und schulischen Umfelds kann die Wirksamkeit schulbasierter Adipositas-Prävention erhöhen. Obwohl Eltern Schlüsselpersonen im sozialen Umfeld von Kindern und Jugendlichen sind, sind die Auswirkungen elterlicher Beteiligung an Programmen zur Adipositas-Prävention noch weitgehend ungeklärt. Pro-

zessevaluationsdaten können dazu dienen, Interventionseffekte besser zu verstehen. Bislang liegt jedoch nur eine begrenzte Anzahl veröffentlichter Evaluationsberichte vor, die Daten zu Implementationsqualität und Teilnehmeraten (im Sinne von erhaltener Dosis und Exposition) beinhalten. Die elterliche Einbindung kann in gesundheitsfördernden Programmen über ihre Wahrnehmung und Kenntnis von Interventionskomponenten und der erhaltenen Dosis (Exposition) sowie ihre Zufriedenheit mit den Inhalten erfasst werden. Die Durchführung einer Prozessevaluation ist bedeutsam, um die Reichweite der Intervention und die Dosis zu ermitteln, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten haben.

Anmerkungen zu Forschungsdesideraten

Die Ergebnisse der HEIA-Studie zeigen, dass Jungen und Mädchen unterschiedlich auf die Intervention zur Förderung gesunder Gewichtsentwicklung reagieren. Generell scheinen präventive Programme bei Mädchen eher zu greifen als bei Jungen. Zukünftig ist es wichtig, im Rahmen der Auswertung von Interventionsstudien routinemäßig Subgruppen-Analysen (u. a. nach Geschlecht oder Migrationshintergrund) durchzuführen, um potenziell positive bzw. negative Wirkungen von Interventionen untersuchen zu können. Zudem sollten zukünftig die elterliche Einbindung durchgängig erfasst sowie verstärkt Unterschiede mütterlicher und väterlicher Unterstützung und Vorbildwirkung untersucht werden. Ferner bedarf es weiterer Forschung zur moderierenden Wirkung von Gewichtsstatus und sozioökonomischem Status bei der Adipositas-Prävention.

10.7 Buscemi et al., 2015

Buscemi, J., Blumstein, L., Kong, A., Stolley, M. R., Schiffer, L., Odoms-Young, A., Bittner, C. & Fitzgibbon, M. L. (2015). Retaining traditionally hard to reach participants: Lessons learned from three childhood obesity studies. *Contemporary Clinical Trials* 42, 98–104.

Kurzbeschreibung	Interventionen zur Adipositas-Prävention im Kindesalter
Primäre Zielgruppe	Kitakinder, Vorschüler/-innen (2–5 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Erzieher/-innen, Lehrer/-innen
Setting	Kita/Vorschule
Impact (Strategie)	hohe Teilnahme- und Retentionsraten
Bezug zu Vulnerabilität	Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, ethnische Minderheiten, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention selektiv, targeted
Studiendesign	Sekundärdaten-Analyse
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	BMI (kg/m ²), BMI Z-Score, Erhöhung körperlicher Aktivität, Verbesserung von Ernährungsverhalten
Strategie	Erhöhung der Teilnahme- bzw. Retentionsraten
Studienzeitraum	Studie 1: 2005 (42 Wochen), Studie 2: 2011 (14 Wochen), Studie 3: 2008 (18 Monate)
Studienregion	USA

Kurzzusammenfassung

Benachteiligte Bevölkerungsgruppen, insbesondere einkommensschwache Personen und/oder soziale Minderheiten, in Forschungsprojekte einzubinden, bringt bestimmte Herausforderungen mit sich. In diesem Artikel werden initiale und im Verlauf von drei Studien verbesserte Strategien zur Bindung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Retention Strategies) in der Adipositas-Prävention bei Kindern beschrieben. Es werden Barrieren bei Rekrutierung und Bindung sozial benachteiligter Zielgruppen dargestellt sowie Ansätze für die Konzeption wirksamer Retentionsstrategien vorgestellt. Herausforderungen bestehen darin, die inhärenten Diskrepanzen zwischen den Erfordernissen eines hochstrukturierten Forschungsprotokolls und dem Mangel an Struktur und Vorhersagbarkeit im Leben vieler benachteiligter Bevölkerungs- und Minderheitengruppen in Einklang zu bringen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Tabelle 9:
Verwendete Retentionsstrategien über drei Studien

	HH	HH Effectiveness	WIC
Zusammenarbeit mit kommunalen/gemeindenahen Organisationen, um die Glaubwürdigkeit von Programmen zu erhöhen	X	X	X
Kontinuität der Datensammlungsstandorte	X	X	X
Sammlung von detaillierten Kontaktinformationen und Bereitstellung von monetären Entschädigungen	X	X	X
Entwicklung eines detaillierten Protokolls zur Teilnehmernachverfolgung/-suche	X	X	X
Personalkontinuität		X	X
Strategische Einstellung von Datenerhebungspersonal		X	X
Entwicklung eines Protokolls für die Datenerhebung in der häuslichen Umgebung			X
Fokus auf Diversity-Training für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter			X

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Studie 1:

HH war eine Studie zu einem schulbasierten Ernährungs- und Bewegungsprogramm zur Vorbeugung von Fettleibigkeit, das für eine überwiegend afroamerikanische Vorschulbevölkerung entwickelt wurde (81 % der Kinder waren Afroamerikanerinnen oder Afroamerikaner, 11 % stammten aus lateinamerikanischen oder anderen ethnischen Minderheiten). Das HH-Programm umfasst Komponenten, die sowohl an Kinder als auch an Eltern gerichtet waren. Die während der Schulzeit von geschulten Frühförderkräften durchgeführte Kinderkomponente beinhaltet eine 40-minütige Intervention, die dreimal wöchentlich über 14 Wochen durchgeführt wurde. Die Maßnahmen wurden durch wöchentliche Newsletter ergänzt. Die Intervention wurde durch den Vergleich von Veränderungen des BMI (kg/m²) und BMI Z-Scores bei drei- bis fünfjährigen Kindern evaluiert. Nachuntersuchungen nach einem und zwei Jahren zeigten, dass Kinder mit Intervention im Vergleich zu Kindern der Kontrollgruppe signifikant geringere BMI- und Z-Scores aufwiesen. HH war die erste Intervention, die positive Effekte auf den BMI bei einkommensschwachen Kindern im Vorschulalter nachweisen konnte. Zur Post-Intervention nach 14 Wochen konnten Größe und Gewicht von 362 der ursprünglich 409 randomisierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer (89 %) erfasst werden, nach einem Jahr konnten anthropometrische Daten von 71 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gesammelt werden und beim Zwei-Jahres-Follow-up erhöhte sich dieser Prozentsatz auf 73 %.

Studie 2:

Die HH-Effectiveness-Studie zur Verbesserung der Adipositas-Prävention war eine durch die National Institutes of Health (NIH) geförderte 14-wöchige Effektivitätsstudie, die von Klassenlehrerinnen und -lehrern durchgeführt wurde. 94 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten einen afroamerikanischen Hintergrund, die restlichen 6 % entweder einen lateinamerikanischen oder einen anderen ethnischen Minderheitenhintergrund. Nach 14 Wochen wurden Verbesserungen bei Bildschirmzeit und körperlicher Aktivität, ein Jahr nach der Intervention Verbesserungen beim Ernährungsverhalten beobachtet; zu beiden Zeitpunkten wurden jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen im BMI-Z-Score beobachtet. Nach 14 Wochen wurden Größe und Gewicht bei 589 der 618 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (95 %), ein Jahr nach der Intervention bei 543 von 618 Kindern (88 %) gemessen.

Studie 3:

Im Jahr 2009 wurde WIC hinsichtlich seiner Nahrungsmittelpakete überarbeitet, womit mehr Vollkornprodukte, Obst und Gemüse und weniger Nahrungsmittel mit hohem Gehalt an gesättigten Fettsäuren bereitgestellt wurden. Die Nahrungsaufnahme der WIC-Empfängerinnen und -Empfänger wurde vor der Umstellung sowie sechs, zwölf und 18 Monate danach bewertet. Insgesamt veränderten die Familien ihre Ernährungsgewohnheiten nur in geringem Umfang. Vor der Umstellung der WIC-Lebensmittelpakete wurden 398 Eltern von zwei- bis dreijährigen Kindern für eine Querschnittstudie rekrutiert, 298 davon nahmen auch an der Längsschnittstudie teil. Die Retention während der Studie war hoch; 295 Dyaden beendeten das Interview nach sechs Monaten, 272 Dyaden das Interview nach zwölf Monaten (91 % Retention) und 266 das Interview nach 18 Monaten (89 % Retention).

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Eine erfolgreiche Retention ist für den Erfolg von randomisierten kontrollierten und longitudinalen Studien von essenzieller Bedeutung. Der Verlust von Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Attrition, Drop-off) führt zu Verzerrungen und verringerter Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Insbesondere bei einkommensschwachen und minderjährigen Bevölkerungsgruppen stellen fehlende Transportmöglichkeiten (z. B. öffentlicher Nahverkehr), prekäre und wechselnde Lebensumstände, Misstrauen gegenüber der Forschung, inkonsistente Kontaktinformationen und Sprachbarrieren die größten Hemmnisse dar.

In den drei Studien wurden Retentionsstrategien entwickelt, ggf. modifiziert und verbessert und wertvolle Erkenntnisse über Zugangsstrategien gewonnen. Die Strategien wurden unter Berücksichtigung von Setting, Population und Studiendesign in der Konzeptionsphase geplant, um Personalbedarf und Incentives angemessen kalkulieren zu können. Die Bindung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern über einen längeren Interventionszeitraum erfordert einen hohen Personalaufwand, für den angemessene Ressourcen kalkuliert werden müssen. Im Laufe des fünfjährigen Studienzeitraums wurden im Durchschnitt rund 20 % des Gesamtbudgets für Gehälter (17 %) und Incentives (3 %) eingesetzt, mit steigenden Anteilen im zweiten (22 %) und dritten Jahr (25 %), wenn die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer gleichzeitig in der Studie aktiv waren. Der Prozentsatz des für eine erfolgreiche Retention vorgeschlagenen Budgets für Personal und Incentives kann je nach Stichprobenumfang, Anzahl und Rolle der Erhebenden, Dauer der Auswertung, Art der erhobenen Daten und Anzahl der Folgerhebungen variieren.

Aufbau und Pflege von Beziehungen zu den wichtigsten Interessengruppen und regelmäßige Kommunikation sind von zentraler Bedeutung. Wichtige Stakeholder wurden frühestmöglich in die Planung der Studie eingebunden und konnten eigene Richtlinien, Vorschriften und Lehrplananforderungen einbringen, die im Studiendesign berücksichtigt wurden. Die Autorinnen und Autoren empfehlen, Vollzeitstellen zu schaffen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einschlägiger Vorerfahrung zu rekrutieren und darin zu schulen, Beziehungen zu Organisationen und anderen Forschungsteilnehmerinnen und -teilnehmern aufzubauen und zu pflegen.

Eine vorherige Überprüfung des Forschungsstands (Literature Review) machte deutlich, dass in vielen Studien zur Adipositas-Prävention in der Kindheit relevante Informationen fehlen, beispielsweise zur ethnischen Zugehörigkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer oder zu eingesetzten Retentionsstrategien. In zukünftigen Studien sollten daher Retentionsstrategien expliziert und vor der Rekrutierung geplant werden, um die externe Validität der Forschungsergebnisse zu verbessern.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die in den Studien eingesetzten und weiterentwickelten Schlüsselstrategien haben sich fördernd auf Mitwirkung und Teilnahme sozial benachteiligter Familien ausgewirkt.

Zusammenarbeit mit kommunalen/gemeindenahen Organisationen, um die Glaubwürdigkeit von Programmen zu erhöhen:

Studien belegen, dass Partnerschaften mit kommunalen Organisationen dazu beitragen, die Retentionsraten von Minderheitengruppen zu verbessern. Die HH-Studie wurde für „Head Start“-Vorschulen entwickelt („Head Start“ wird seit 1967 in den USA als eins der weltweit ältesten Programme kompensatorischer Erziehungs- und Bildungsförderung umgesetzt). Es handelt sich um bekannte und vertrauenswürdige lokale Bildungsorganisationen. Die Partnerschaft mit „Head Start“-Zentren hat die Glaubwürdigkeit der Projekte in den Augen potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer nachhaltig erhöht. Aufgrund der Zusammenarbeit mit „Head Start“ und des daraus folgenden Vertrauensverhältnisses wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer besser erreicht.

Kontinuität der Erhebungsstandorte:

Rekrutierung, Basisinterviews sowie die Mehrheit der Follow-up-Interviews fanden am selben Ort, nämlich in den als Setting ausgewählten Vorschulen statt. Das Forschungsteam rekrutierte Eltern an jeder teilnehmenden Schule über einen Zeitraum von drei Wochen zu Hol- und Bringe-Zeiten. Während dieser Zeit konnten Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter Beziehungen zu Eltern, Lehrerinnen und Lehrern und weiterem Schulpersonal aufbauen. Face-to-Face-Interaktionen in den Schulen während der Rekrutierungs- und Baseline-Interview-Phasen waren hilfreich, um die Teilnahme für Folge-Interviews sicherzustellen. Die Beziehungspflege mit dem Schulpersonal war nach Durchführung der Interventionsphase von entscheidender Bedeutung: Schulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter waren stärker involviert und standen häufiger zur Verfügung, um mit Eltern zu kommunizieren und Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern Informationen zu schwer erreichbaren Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu geben.

Sammlung von detaillierten Kontaktinformationen und Bereitstellung von monetären Entschädigungen:

Um Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Verlauf der Studie zu halten, wurden sie im Basis- und Folgeinterview gebeten, Kontaktinformationen von zwei Personen aus dem engeren Freundes- oder Verwandtenkreis zur Verfügung zu stellen, welche nicht mit ihnen zusammenwohnen, aber ihren Aufenthaltsort kennen. Diese Informationen erwiesen sich oft als hilfreich, insbesondere um schwer erreichbare und unverbindliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu lokalisieren. Zusätzlich wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Beginn der Studie 25 US-Dollar als Incentive gezahlt und dieser Betrag bei jeder Nachuntersuchung um 5 US-Dollar erhöht.

Entwicklung eines detaillierten Protokolls zur Teilnehmernachverfolgung/-suche:

Es wurde ein Protokoll mit detaillierten Vorgehensweisen für die Nachverfolgung und Aufrechterhaltung des Kontakts mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie eine Tracking-Datenbank entwickelt. Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter konnten jederzeit auf die Datenbank zugreifen, um eine aktuelle Aufzeichnung der Kontaktversuche und -ergebnisse zu erhalten. Das Tracking-Protokoll umfasste Telefonanrufe und Mails in bestimmten Zeitintervallen zwischen den Erhebungszeitpunkten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden alle zwei Monate telefonisch kontaktiert, um die Kontaktinformationen zu überprüfen. Bei fehlendem Telefonkontakt wurde ein Brief gesendet, in dem um Rückruf gebeten wurde. Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten nach jedem Interview eine Dankeskarte per Mail sowie Karten zu Mutter-/Vatertag, Geburtstag des Kindes und Weihnachten. Für Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die während Tracking und Follow-up-Interviews nicht erreicht werden konnten, wurde ein Rechercheprotokoll entwickelt. Teil dieses Protokolls waren Anrufe und Briefe an die von Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Verfügung gestellten Kontaktinformationen sowie Online-Recherchen (z. B. in Adressportalen).

Personalkontinuität (Staff Continuity):

Während des gesamten Studienverlaufs wurden in der Datenerhebung soweit möglich die gleichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingesetzt. Im Laufe der HH-Studie wurde deutlich, dass Studentinnen und Studenten aufgrund häufiger Stundenplanänderungen nur unregelmäßig zur Verfügung stehen und keine idealen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind. Kleine Datenerfassungsteams von zwei bis drei Personen waren regelmäßig in den Schulen anwesend, sodass Schulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter möglichst auf ihnen bekannte Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter stießen. Aufgrund der Erfahrungen aus der HH-Studie wurden gezielt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingestellt, die sich für die gesamte Erhebungs- und Folgezeit verpflichteten. Gleichbleibende Personalausstattung ermöglichte ein Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und teilnehmenden Familien. Durch die Speicherung detaillierter Informationen über die teilnehmenden schwer erreichbaren Familien wurde die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Follow-up-Interviews geführt werden konnten.

Strategische Einstellung von Datenerhebungspersonal:

Das Datenerhebungspersonal der HH-Studie bestand in erster Linie aus Hochschulabsolventinnen und -absolventen mit begrenzter Forschungserfahrung. Für die HH-Effectiveness-Studie wurde angesichts der Erfahrung, dass Menschen aus der sozialen Arbeit (Social Service Background) mehr Erfahrung in Beziehungsarbeit mitbringen, die Einstellungspraxis verändert. Da die Beziehungen, die Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter in der Datenerhebung und -verfolgung mit Probandinnen und Probanden aufbauen konnten, sich in der HH-Studie als wesentlich erwiesen, wurden langfristige Vollzeitstellen geschaffen und damit die Mitarbeiterbindung für den Studienverlauf gestärkt. Die Veränderungen führten zu stimmigen Stellenprofilen, und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erlangten ein tiefgehendes Verständnis für die Studie. Wöchentliche Treffen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglichten es, Erfahrungen und Probleme mit Forscherinnen und Forschern, Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren sowie Erheberinnen und Erheberrinnen auszutauschen und adäquate Lösungen zu finden.

Entwicklung eines Protokolls für die Datenerhebung in der häuslichen Umgebung:

Im Rahmen der HH-Effectiveness-Studie wurde insbesondere für schwer erreichbare Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Datenerhebung zu Hause begonnen. Es war oft die letzte Option für Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die mehr als drei geplante Termine verpasst hatten oder durch eine Vielzahl von Formaten nicht erreicht werden konnten.

Verstärkter Fokus auf Diversity-Training für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

Diversity-Training war ein wichtiger Bestandteil der Schulung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Es gab in dieser Studie nicht die Möglichkeit, Beziehung und Vertrauen über Schulen oder andere Settings aufzubauen. Daher wurde die Aufmerksamkeit auf kulturelle Unterschiede in der Längsschnittstudie noch verstärkt. Die Bedeutung der sprachlichen und kulturellen Passung mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern lateinamerikanischer Herkunft und der präzisen Verwendung von Wörtern in Einverständniserklärungen und Maßnahmen war offensichtlich. Beispielsweise wurden in der Studie auch die von Latinas und Latinos häufig konsumierten Früchte Cherimoya und Guave oder Gemüsearten Tomatillos und Nopales (Kaktus) erwähnt. Es wurden zweisprachiges Datenerhebungspersonal eingesetzt und Fragebögen unter Hinzuziehung von Muttersprachlerinnen und Muttersprachlern erstellt, um sicherzustellen, dass sie für Latino-Familien verständlich sind. Darüber hinaus wurde ein kulturelles Kompetenz-Curriculum als Teil der Schulung der Erheberinnen und Erheber aufgenommen.

10.8 Bush et al., 2010

Bush, P. L., Laberge, S. & Laforest, S. (2010). Physical activity promotion among underserved adolescents: „Make it fun, easy, and popular“. *Health Promotion Practice*, 1(1), 79–87.

Kurzbeschreibung	Social-Marketing-Prinzipien zur Erhöhung der Teilnehmerate an nicht-curricularen Bewegungsangeboten
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule (Mittelstufe)
Impact (Strategie)	hohe Teilnehmeraten (63 % der Jungen, 78 % der Mädchen)
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, ethnische Minderheiten, benachteiligte Region
Interventionsform	Intervention zur Bewegungsförderung selektiv, targeted
Studiendesign	quasi-experimentelles Studiendesign mit Kontrollgruppe
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	körperliche Aktivität in der Freizeit (Leisure-Time Physical Activity, LTPA), Freude an körperlicher Aktivität (Physical Activity Enjoyment, PAE)
Strategie	Teilnehmerate
Studienzeitraum	2004–2005
Studienregion	Montreal, Kanada

Kurzzusammenfassung

Es gibt einen Mangel an Studien, die Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität bei Jugendlichen außerhalb der Unterrichtszeit (nicht-curricular) bzw. in der Freizeit untersuchen, insbesondere bei benachteiligten Jugendlichen. Der vorliegende Artikel beschreibt die Entwicklung und Implementierung eines nicht-curricularen, schulbasierten Programms zur Förderung körperlicher Aktivität, das besonders für multiethnische, benachteiligte Jugendpopulationen entwickelt wurde. Zudem werden die Auswirkungen des Programms auf die körperliche Aktivität in der Freizeit (LTPA) und die Freude an körperlicher Aktivität (PAE) vorgestellt. Das 16-wöchige Programm „FunAction“ nutzte Social-Marketing-Prinzipien zur Erhöhung der Akzeptanz und Teilnehmeraten von Schülerinnen und Schülern. Schülerinnen und Schüler der Kontroll- (n = 90) und Interventionsgruppe (n = 131) wurden vor und nach der Intervention anhand von LTPA- und PAE-Werten beurteilt. Es handelt sich um ein quasi-experimentelles Studiendesign mit Kontrollgruppe. Vor- und Nach-Interventions-Daten wurden im Dezember 2004 bzw. Juni 2005 mit Fragebögen erhoben.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

In der Design- und Implementierungsphase von „FunAction“ wurden einige Prinzipien des Social-Marketing-Ansatzes angewendet. Nach diesem Ansatz sollten sich die Intervention auf die primäre Zielgruppe konzentrieren und das Design auf ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmt werden (Prinzip 1). Ein zweiter Grundsatz besagt, dass Vorteile, die die Zielgruppe mit der Übernahme des Verhaltens verbindet, verstanden und hervorgehoben und Barrieren, denen sie gegenüberstehen, identifiziert und abgebaut

werden sollten. Es ist entscheidend, dass die wahrgenommenen Vorteile die wahrgenommenen Hindernisse überwiegen (Prinzip 2). Ein dritter Grundsatz betrifft die Segmentierung der Zielgruppe. Spezifische Wünsche und Bedürfnisse verschiedener Teilgruppen sollten bei der Anpassung des Programms berücksichtigt werden (Prinzip 3). Es müssen zielgruppengerechte Kommunikationskanäle identifiziert und für die Intervention genutzt (Prinzip 4) sowie attraktive Anreize (Incentives) und Kommunikationsthemen gewählt werden (Prinzip 5).

Die erfolgreiche Anwendung dieser Prinzipien basiert auf einer ersten Zielgruppenanalyse sowie kontinuierlichem Feedback der Zielgruppe und der relevanten Stakeholder.

Zielgruppenanalyse

Während der Intervention konnten Schülerinnen und Schüler Vorschläge machen und Wünsche äußern. Darüber hinaus wurden sie zu Beginn und in der Mitte des Interventionszeitraums hinsichtlich ihrer Bewegungspräferenzen befragt. Sportlehrerinnen und -lehrer wurden ebenfalls regelmäßig konsultiert. Sie identifizierten verschiedene ethnische und soziale Untergruppen innerhalb der Schülerschaft und machten kultursensible Vorschläge für Bewegungsaktivitäten. Die Konsultation von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrerinnen und Lehrern führte zur Identifikation zweier Haupthindernisse für die Teilnahme an Bewegungsaktivitäten:

- a. Die meisten Schülerinnen und Schüler waren entweder nicht für Aktivitäten nach der Schule verfügbar bzw. hatten keine Zeit oder sie waren nicht interessiert. Daher wurden alle „FunAction“-Aktivitäten während der ersten 45 Minuten der 75-minütigen Mittagspause geplant.
- b. Schülerinnen und Schüler benannten das Fehlen von Duschräumen in der Schule als Hindernis. Daher wurden Aktivitäten mit geringerer Intensität in das Programm aufgenommen.

Ziel war es Aktivitäten anzubieten, die Schülerinnen und Schülern Freude an Bewegung vermitteln. Daher wurden während der ersten Welle der 16-wöchigen Intervention u. a. afrikanischer Tanz, Cardio-Surprise (eine Mischung aus Aerobic und verschiedenen Tanzstilen), Abdominator (Bewegung mit Ball), Kung-Fu, Hip-Hop, Worldcup (Fußball- und Basketballturnier), Dance Revolution und Capoeira angeboten. Nach der Hälfte der Implementierungsphase wurden aufgrund der Beliebtheit von Aktivitäten, der Verfügbarkeit von Trainerinnen und Trainern, der Wünsche von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, der Befragungsergebnisse sowie des Beginns der wärmeren Jahreszeit Programmänderungen vorgenommen. Capoeira, Kung-Fu, Abdominator und Hip-Hop wurden beendet und stattdessen eine Outdoor-Walking-Running-Gruppe, Krafttraining und Fußball für Mädchen angeboten. Insgesamt umfasste „FunAction“ im Durchschnitt neun \pm zwei Aktivitäten pro Woche und insgesamt 152 Bewegungsangebote.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Das Programm hat bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Intervention zwar nicht zu einem Anstieg von LTPA oder PAE beigetragen, konnte jedoch eine hohe Teilnahme verzeichnen. 63 % der Jungen und 78 % der Mädchen nahmen an einer oder mehreren Aktivitäten teil. Unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gibt es einen signifikant größeren Anteil an Mädchen als Jungen, sie nahmen häufiger und öfter als Jungen teil. Das ist ein bemerkenswertes Ergebnis, da in der Forschungsliteratur immer wieder festgestellt wird, dass jugendliche Mädchen körperlich weniger aktiv sind als Jungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Intervention zur Bewegungsförderung, die Social-Marketing-Prinzipien verwendet, effektiv

ist, um multiethnische, benachteiligte Schülerinnen und Schüler an Programmen zur Förderung körperlicher Aktivität außerhalb der Unterrichtszeiten zu beteiligen. Die Beteiligungsdaten zeigen, dass mit dieser Methode sowie dem Einbezug der Setting-Akteurinnen und Akteure Jugendliche effektiv zur Teilnahme motiviert werden konnten.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

„FunAction“ beinhaltete viele Förderaktivitäten, darunter eine Kick-off-Veranstaltung, drei Unterhaltungsshows und eine Rallye. Während der gesamten Intervention wurde der tägliche Aktivitätenplan von Schülerinnen und Schülern über die Lautsprecheranlage angekündigt. In jedem Klassenzimmer wurden Termine und Programmaktivitäten veröffentlicht. Es wurden Fotos der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei den verschiedenen Aktivitäten gemacht und auf Transparenten mit dem „FunAction“-Logo veröffentlicht. Informationen zu Programmaktivitäten, kommenden Veranstaltungen und Preisen wurden ebenfalls auf Transparenten veröffentlicht. Lehrbroschüren, Turnierorganisation und Bewegungsaktivitäten wurden von Bewegungswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern durchgeführt und kostenlos angeboten. Es wurden bis zu drei verschiedene Aktivitäten pro Tag an drei bis fünf Tagen pro Woche angeboten. Alle Aktivitäten wurden während der ersten 45 Minuten der 75-minütigen Mittagspause angeboten. Da die Sporthalle klein und nur zwei bis drei Tage pro Woche verfügbar war, wurde der Worldcup auf dem Schulhof durchgeführt. Da der Schulhof gepflastert war, fanden alle anderen Aktivitäten in Klassenzimmern statt. In Klassenzimmern konnten sich keine großen Gruppen bewegen, daher wurden Aktivitäten für maximal zwölf Schülerinnen bzw. Schüler angeboten. Barrieren für körperliche Aktivität wurden durch die Konsultation von Schülerinnen und Schülern sowie Lehrkräften identifiziert und ausgeräumt. Ein Mangel an Zeit nach der Schule aufgrund von familiären und schulischen Verpflichtungen sowie Teilzeitarbeit wurde als Hindernis für die Teilnahme an körperlicher Aktivität identifiziert. Alle „FunAction“-Aktivitäten wurden entsprechend während der Mittagspause angeboten. Auch die weiteren von Jugendlichen identifizierten Hindernisse für körperliche Aktivität wie Wettbewerbsdenken und das Gefühl, nicht die erforderlichen Fähigkeiten für Aktivitäten zu haben, wurden berücksichtigt und Aktivitäten in den Vordergrund gestellt, die Teamgeist belohnen und Freude an Bewegung vermitteln.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Der Einbezug von Schülerinnen und Schülern sowie verschiedenen Schulakteurinnen und -akteuren in Entwicklung und Umsetzung der Intervention trägt dazu bei, ein bedarfsorientiertes und diversitätssensibles Bewegungsprogramm für Jugendliche entwickeln und implementieren zu können. Allerdings dauerte die „FunAction“-Intervention nur 16 Wochen und konnte ohne Anwesenheit von Forscherinnen und Forschern in der Schule nicht aufrechterhalten werden. Daher wird empfohlen, zukünftige Interventionen dieser Art über mindestens ein ganzes Schuljahr durchzuführen mit dem Ziel einer längerfristigen Verstärkung von Aktivitäten. Dies erscheint jedoch aufgrund fehlender Ressourcen an vielen Schulen eher unrealistisch. Zudem sollten Interventionen zur Förderung körperlicher Aktivität im Idealfall mehrere Strategien nutzen, um die Teilnahme von Schülerinnen und Schülern sowie deren Familien zu erhöhen und die Gemeinde einzubeziehen. Das kann die Nachhaltigkeit des Programms auch nach Interventionsende gewährleisten. Als weitere Gründe für ihre Nichtteilnahme an Aktivitäten führten Schülerinnen und Schüler an, dass sie schüchtern seien oder niemanden aus der Gruppe kennen würden. Gründe für Teilnahme oder Nichtteilnahme wurden jedoch im Rahmen der Studie nicht näher untersucht. Zukünftige Interventionsstudien dieser Art sollten

eine qualitative Komponente enthalten, um Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme beispielsweise in Fokusgruppen zu untersuchen und diese Einschränkungen zu überwinden.

10.9 Cadzow et al., 2015

Cadzow, R. B., Chambers, M. K. & Sandell, A. M. (2015). School-based obesity intervention associated with three year decrease in student weight status in a low-income school district. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 40(4), 709–713.

Kurzbeschreibung	Intervention mit Personalschulung zur Übergewichtsprävention
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen (ca. 8–17 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen
Setting	Schule, Schulbezirk
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, soziale Benachteiligung, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	Randomisierte Kohortenstudie ohne Kontrollgruppe
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	BMI
Strategie	/
Studienzeitraum	2007–2010 (3 Jahre)
Studienregion	New York, USA

Kurzzusammenfassung

Schulische Interventionen sind ein Weg, um auf die Zunahme von Adipositas bei Kindern zu reagieren. Ein einkommensschwacher Schulbezirk in West New York mit 5.000 Kindern zum Interventionszeitpunkt, davon ca. 4.000 Schülerinnen und Schülern der Zielgruppe (Klassen drei bis zwölf) erhielt eine Bundesförderung zur Verbesserung der schulischen Ausrüstung und des Lehrplans für den Sportunterricht, Gesundheitsbildung und Implementierung eines Schulessens sowie von Aktivitäten nach Schulschluss. Teil der Förderbedingungen war die Verpflichtung, Größe und Gewicht von Schülerinnen und Schülern zweimal jährlich über drei Jahre zu erfassen. Die Auswertung ergab eine evidente Gewichtsänderung bei den Schülerinnen und Schülern des Bezirks.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Interventionsraum und Koordination

Im untersuchten Schulbezirk Lockport City wohnen ca. 21.000 Menschen mit einem unterhalb des staatlichen Medians liegenden mittleren Jahreseinkommen von 35.000 US-Dollar. Nur 1 % der Bevölkerung hat eine High-School-Ausbildung und 39 % der Schülerinnen und Schüler haben Anspruch auf die Förderung durch das Mittagessen-Programm, was auf eine hohe Rate von Familien mit niedrigem Einkommen hinweist.

Programmleiterinnen und -leiter auf Distriktebene waren die Leiterinnen und Leiter des Amtes für Gesundheit, Sport und Leichtathletik, für Forschung und Entwicklung sowie für Technologie und Technologiebewertung. Die Programmleiterinnen und -leiter koordinierten Maßnahmen mit der Leitung des Schulgesundheitsdienstes sowie die Datenerhebung an Schulen und organisierten Mitarbeiterschulungen zu Datenerhebung und Berichterstattung. Der Bezirk beauftragte das Institut für Primärversorgungsforschung der Universität von Buffalo mit der Evaluation.

Interventionsdesign

Zwischen 2007 und 2010 nutzte der Bezirk Bundeszuschüsse zur Umsetzung von Veränderungen in Sportunterricht, Ausrüstung und Lehrplan und bot Zugang zu Ausrüstung und Aktivitäten außerhalb der Schulzeiten an. Zudem gab es Änderungen beim Lehrplan für Gesundheitsbildung und beim Schulessen. Vor dem Erhalt der Förderung identifizierten Bezirksmitarbeiterinnen und -mitarbeiter folgende Probleme:

- Wissensdefizite über Fitness und Ernährung bei Schülerinnen und Schülern
- Fehlende zeitliche Ressourcen im Lehrplan, um bundesstaatliche Vorgaben für körperliche Aktivität und Sport (Physical Education) erfüllen zu können
- Mangel an Motivation durch fehlende Ausstattung/Ausrüstung und das Fehlen eines auf bundesstaatliche Standards abgestimmten Lehrplans

Die Programmziele wurden vom Bezirkspersonal und den evaluierenden Personen auf die identifizierten Entwicklungspotenziale abgestimmt und eine dreijährige Mehr-Komponenten-Intervention entwickelt. Es wurden neue Fitnessgeräte angeschafft, die nicht wettbewerbsorientierte Aktivitäten erleichtern, ein Programm nach Schulschluss angeboten, Schulungen für Sportlehrerinnen und Sportlehrer durchgeführt und Anrechnungsstunden für Schulpersonal vorgesehen, das den Zugang zu Schulsportanlagen beaufsichtigt. Die Implementierung neuer Ausstattung (z. B. Kletterwände, Seilgarten) und Fitnessgeräte (z. B. Cardio- und Krafttrainingsgeräte) sowie Änderungen am Lehrplan wurden hauptsächlich während des ersten Jahres der dreijährigen Programmdauer umgesetzt und umfassten umfangreiche Schulungen für Sportlehrerinnen und Sportlehrer. Der Wellnessausschuss des Bezirks war für ernährungsphysiologische Aspekte des Förderprogramms verantwortlich. Durch eine Partnerschaft mit dem Lebensmitteldienst des Bezirks und die Hilfe von Diätassistentinnen und -assistenten der Universität in Buffalo wurden Nährstoffzusammensetzung und Kalorienwert der Lebensmittel und Getränke, die für Schülerinnen und Schüler bereitgestellt werden, verbessert und zu Beginn und am Ende des Programms bewertet.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die Datenanalyse umfasste längsschnittliche deskriptive und inferenzstatistische Analysen zum BMI sowie zu den BMI-Perzentilen von Schülerinnen und Schülern ($n = 2.259$). Insgesamt sank das mittlere BMI-Perzentil der Schülerinnen und Schüler signifikant von 70,4 % auf 65,7 % ($p < 0,001$). Dieser Wert übersteigt die Veränderung des BMI-Perzentils auf nationaler Ebene. Der Anteil an Schülerinnen und Schülern, die als übergewichtig oder adipös eingestuft werden ($p < 0,001$), wurde signifikant reduziert. Aufgrund des Fehlens einer Kontrollgruppe können jedoch nur begrenzt Schlussfolgerungen gezogen werden. Es zeigt sich, dass eine dreijährige schulbasierte Mehr-Komponenten-Intervention, die Veränderungen in körperlicher Aktivität und Ernährungsverhalten beinhaltet, mit einem verbesserten Gewichtsstatus der teilnehmenden Schulkinder korreliert. Verhaltensänderungen und Gewichtsverlust bzw. Stabilisierung bei gefährdeten Kindern können aber auch auf das konsistente Monitoring sowie die Diskussion über gesundes Gewicht und

des damit verbundenen Gesundheitsverhaltens zurückgeführt werden. Studien zur Adipositas-Prävention haben gezeigt, dass ein regelmäßiger Kontakt mit den Teilnehmenden mit einem höheren Gewichtsverlust bei Hochrisiko-Populationen verbunden ist.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Es handelt sich um eine universelle Intervention in einem sozioökonomisch benachteiligten Schulbezirk, die insbesondere durch Fördergelder des Bundesstaates finanziert werden konnte. Entsprechend wurden alle Schülerinnen und Schüler im Alter von acht bis ca. 17 Jahren (etwa 4.000) von der Intervention erreicht. Die umfangreichen Veränderungen an den Gegebenheiten der Schule wie Ausstattung, Ausrüstung, Personalschulungen und Schulessen waren nur möglich, weil es auf Bezirksebene eine breite Zustimmung zur Intervention und intersektoralen Kooperation sowie zur Koordinierung der Programmverantwortlichen gab.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Intervention wurde gemeinsam von Bezirksvertreterinnen und -vertretern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und professionellen Evaluiererinnen und Evaluierern entwickelt, geplant und umgesetzt. Dabei wurden die Praxiserfahrungen bzw. Entwicklungspotenziale des Bezirkspersonals an Schulen in die Programmentwicklung und -ziele aufgenommen.

10.10 Carlson et al., 2014

Carlson, J. A., Mignano, A. M., Norman, G. J., McKenzie, T. L., Kerr, J., Arredondo, E. M., Madanat, H., Cain, K. L., Elder, J. P., Saelens, B. E. & Sallis, J. F. (2014). Socioeconomic disparities in elementary school practices and children's physical activity during school. *American Journal of Health Promotion* 28 (3), 47–53.

Kurzbeschreibung	soziale Ungleichheit an Grundschulen in Sportunterricht und kindlichem Bewegungsverhalten
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung, sozioökonomischer Status, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, soziale Minderheiten, benachteiligte Nachbarschaften
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittserhebung
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	Minuten mäßiger bis starker körperlicher Aktivität (moderate to vigorous physical activity, MVPA)
Studienzeitraum	Frühling 2012
Studienregion	USA

Kurzzusammenfassung

Regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern kann die schulische Leistung, das aufgabenbezogene Verhalten, Gewichtskontrolle, Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Gesundheit fördern und die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter chronische Erkrankungen zu entwickeln, mindern. Angesichts der Zeit, die Kinder in der Schule verbringen, ist Schule ein wichtiges Setting für die Förderung körperlicher Aktivität. Es wird empfohlen, Kindern in der Schule täglich mindestens 30 Minuten mäßige bis starke körperliche Aktivität zu ermöglichen (MVPA). Eine aktuelle Studie hat jedoch ergeben, dass nur 45 % der Schulen in zwei Metropolregionen der USA diese Richtlinie erfüllen. Ökonomische Faktoren können die Möglichkeiten von Schulen beeinflussen, körperliche Aktivität und Bewegung besser in den Schulalltag zu integrieren. Allerdings sind ökonomische Unterschiede von Schulen, Richtlinien für Schulsport und Bewegungsförderung sowie die tatsächliche körperliche Aktivität von Kindern während der Schulzeit bislang nur in wenigen US-amerikanischen Studien untersucht worden. Diese Studien fanden heraus, dass Schulen in einkommensschwachen Gebieten weniger häufig Pausen und bewegungsfördernde Aktivitäten anboten als Schulen in einkommensstarken Gebieten, beispielsweise hatten sie keine zertifizierte Sportlehrerin bzw. keinen zertifizierten Sportlehrer und keine Bewegungsangebote nach Schulschluss. Eine neuere Studie an Grundschulen fand zudem heraus, dass Schulen mit überwiegend weißer, nicht-hispanischer (non-hispanic) Eltern-/Schülerschaft bessere Pausengestaltung und bessere Sport- und Spielstätten haben als Schulen mit überwiegend latein- und afroamerikanischer Eltern-/Schülerschaft. Die vorliegende Studie hat an 97 Schulen den Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status der Schule bzw. Eltern-/Schülerschaft und Bewegungspraxis

(körperliche Aktivität) in Form von Sportunterricht, Pausengestaltung, Unterrichtszeiten und Nachmittagsangeboten untersucht.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

In der vorliegenden Studie wurden Unterschiede in der Förderung körperlicher Aktivität im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Schulen bzw. Schülerinnen und Schüler festgestellt. Das wichtigste Ergebnis war, dass bessergestellte Schulen (Eltern-/Schülerschaft mit hohem sozioökonomischen Status) sehr viel häufiger eine qualifizierte Sportlehrerin bzw. einen qualifizierten Sportlehrer haben als benachteiligte Schulen (Eltern-/Schülerschaft mit niedrigem sozioökonomischen Status). Kinder in benachteiligten Schulen hatten fünf Minuten pro Tag weniger Bewegungszeit (Minuten mäßiger bis starker körperlicher Aktivität) als diejenigen an bessergestellten Schulen. Diese Ergebnisse unterstreichen die bedeutende Rolle von Sportlehrerinnen und Sportlehrern in der Förderung körperlicher Aktivität bei Kindern und die Notwendigkeit, benachteiligte Schulen beispielsweise bei Finanzierung und Einstellung von Sportlehrerinnen und Sportlehrern durch nationale Bildungspolitik zu unterstützen. Die Ausstattung mit entsprechend qualifiziertem Lehrpersonal, Ausrüstung und Räumlichkeiten für Bewegungsförderung und körperliche Aktivität ist eine Grundvoraussetzung, um sozial benachteiligten bzw. vulnerablen Schülerinnen und Schülern regelmäßige angeleitete Bewegungszeiten anbieten zu können und damit ihre Gesundheitschancen zu erhöhen.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Schulbasierte Interventionen müssen auf die teilweise erheblichen Unterschiede in den schulischen Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und Prävention abgestimmt werden. Auf Grundlage einer vorherigen Kontextklärung und Bestandsaufnahme in teilnehmenden Schulen können Entwicklungspotenziale identifiziert und auf dieser Basis sukzessiv schulbasierte Interventionen entwickelt und umgesetzt werden.

10.11 Charlton et al., 2014

Charlton, R., Gravenor, M. B., Rees, A., Knox, G., Hill, R., Rahman, M. A., Jones, K., Christian, D., Baker, J. S., Stratton, G. & Brophy, S. (2014). Factors associated with low fitness in adolescents – a mixed methods study. *BMC Public Health*, 14, 764. 1–10.

Kurzbeschreibung	Einflussfaktoren auf die körperliche Fitness von Jugendlichen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung, Gesundheitsrisiken, benachteiligte Nachbarschaften
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittserhebung
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Studie	Fitness, Blutdruck, Cholesterinspiegel, Nüchtern-Blutzucker, Entzündungsparameter (CRP), Nüchtern-Insulin, Anthropometrie
Studienzeitraum	Schuljahr 2009/2010
Studienregion	Großbritannien

Kurzzusammenfassung

Fitness und körperliche Aktivität sind wichtig für die kardiovaskuläre und psychische Gesundheit, Aktivität und Fitnessniveau sind jedoch bei Jugendlichen und unter Mädchen rückläufig. Die vorliegende Studie untersucht, mit welchen Faktoren geringe Fitness bei Jugendlichen in Verbindung gebracht wird, mit dem Ziel, Public-Health-Interventionen bestmöglich auf junge Menschen abzustimmen. 1.147 Kinder wurden hinsichtlich ihrer Fitness untersucht, gaben Blutproben ab und nahmen an anthropometrischen Messungen teil. Diese Daten wurden mit routinemäßig erhobenen Daten zu Bildungsleistungen, sozialem Status bzw. sozialer Benachteiligung und der Nutzung von Gesundheitsdiensten verknüpft. Zudem wurden Fokusgruppen mit Kindern an einer benachteiligten Schule durchgeführt, um Barrieren und Förderfaktoren für das Bewegungsverhalten von Kindern in benachteiligten Wohngebieten zu untersuchen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Die vorliegende Studie zeigt, dass mangelnde Fitness (being unfit) in der frühen Jugend (elf bis 13 Jahre) mit den Merkmalen soziale Benachteiligung, weibliches Geschlecht, Fällen von Adipositas in der Familie und geringem Bildungserfolg zusammenhängt. Während das weibliche Geschlecht besonders in nicht benachteiligten Gebieten einen starken Effekt auf jugendliche Fitness hat, hat Bildungserfolg generell einen starken Effekt. Zudem wurde eine Gruppe von Kindern als unsichtbare Risikogruppe identifiziert, welche zwar nicht übergewichtig, aber unsportlich bzw. unfit ist. Diese Kinder haben hohe Risikomarker für Bluthochdruck, hohe Cholesterinspiegel, hohe Nüchtern-Blutzucker-, hohe CRP- und Nüchtern-Insulinwerte. Darüber hinaus haben diese Kinder geringeren Schulerfolg als der Schuldurchschnitt. Diese Faktoren deuten darauf hin, dass diese Kinder zukünftig gesundheitliche Probleme und schlechtere Berufsaussichten haben.

Qualitative Ergebnisse legen nahe, dass nicht nur die Kosten von Aktivitäten und Angeboten eine Hürde für benachteiligte Kinder darstellen. Da Angebote i. d. R. in bessergestellten Gebieten lokalisiert sind, müssen sie außerdem den Hin- und Rückweg organisieren und ggf. Transportkosten tragen. Darüber hinaus haben sie einen Mangel an sportlichen Basisfertigkeiten und müssen zahlreiche Barrieren von Elternseite und Gleichaltrigen überwinden, die häufig eine negative Einstellung zu einem aktiven Lebensstil haben. Zahlreiche Studien haben eine positive Beziehung zwischen erhöhter körperlicher Fitness und Bildungserfolg nachgewiesen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen eine temporale Beziehung: Geringer Schulerfolg ist besonders für benachteiligte Kinder, und hier vor allem für Jungen, ein sehr starker Prädiktor für schlechte Fitnesswerte in der Zukunft.

Qualitative Ergebnisse

In der Analyse der Fokusgruppen wurden fünf Hauptthemen hinsichtlich des Engagements in Sport und Bewegung (körperliche Aktivität) unter benachteiligten Kindern identifiziert: Kosten, Zugänglichkeit, Selbstvertrauen, elterliche Unterstützung und eine allgemeine Apathie gegenüber physischer Aktivität.

Die Bereitstellung einer Grundausstattung wie einer Schuluniform oder anderer notwendiger Utensilien ist für benachteiligte Familien teilweise eine große Herausforderung. Das erschwert es den Kindern, nach zusätzlichen, eigentlich nicht unbedingt notwendigen Ausgaben zu fragen, z. B. für die Teilnahme an Aktivitäten. Die teilnehmenden Teenager in den Fokus-Gruppen hatten kein eigenes Einkommen, was bedeutete, dass ein gutes Preis-Leistungs-Verhältnis sehr wichtig war.

Aktivitäten und Angebote wie Skateboard-Park, Kletterwand und Freizeitzentrum liegen i. d. R. nicht in benachteiligten Gebieten. Neben dem Eintritt fallen somit Transportkosten für den Hin- und Rückweg an, sodass es für Kinder aus benachteiligten Familien keine Möglichkeit gibt, solche Angebote zu besuchen.

Zentraler Einflussfaktor auf die körperliche Aktivität der Kinder war die elterliche Unterstützung durch die Übernahme der Kosten und des Transports sowie die Akzeptanz und die Einwilligung zur Teilnahme. Bei den Teenagern fehlten grundlegende Fähigkeiten wie Schwimmen oder Fahrradfahren, was ein erhöhtes Gefühl von Gefahr und Unsicherheit auslöst und Sorgen um die eigene Sicherheit zur Folge hat. Das Kompetenzdefizit in grundlegenden sportlichen Fähigkeiten, kombiniert mit dem bekannten Problem des pubertären Selbstbildes während der Jugendjahre, führte zu einem insgesamt mangelnden Selbstvertrauen bezüglich sportlicher Aktivität und der Angst vor Mobbing durch Gleichaltrige.

Einige der Kinder hatten grundsätzlich keine Lust auf Aktivität. Interviews mit den Lehrerinnen und Lehrern weisen darauf hin, dass Eltern ihren Kindern negative Einstellungen zu Sport und körperlicher Aktivität als zyklische Generationenbarriere mitgeben. Die Nicht-Teilnahme an Sport oder körperlicher Aktivität war für die Kinder und ihre Familien Norm. Dies bestätigte sich auch in den Fokusgruppen mit Teenagern.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Kernergebnis dieser Studie ist, dass Kinder mit schlechter Fitness i. d. R. auf eine Schule in einem benachteiligten Einzugsgebiet gehen, eher geringe elterliche Unterstützung erfahren und ihnen positive Rollenbilder fehlen. Benachteiligte Schulen sind demnach ideale Settings für Interventionen, die auf Jugendgesundheit abzielen. Eine Reihe von Strategien wie Sportunterricht, Bewegungsaktivitäten im Klassenraum, außerunterrichtliche Sportangebote und aktive Gestaltung des Schulweges haben sich bei der Erhöhung der körperlichen Aktivität als wirksam erwiesen. Die qualitativen Erhebungen haben gezeigt, dass sozial-räumliche bzw. kommunenweite Kampagnen, soziale Unterstützung für körperliche Aktivität, Verbesserung des Zugangs zu Aktivitäten und Einbezug bestehender Frei- und Grünflächen in benachteiligten Gebieten wichtige Strategien sind und in zukünftigen Interventionsstrategien Berücksichtigung finden sollten.

10.12 Cheadle et al., 2012

Cheadle, A., Rauzon, S., Spring, R., Schwartz, P. M., Gee, S., Gonzalez, E., Ravel, J., Reilly, C., Taylor, A. & Williamson, D. (2012). Kaiser Permanente's community health initiative in northern California: Evaluation findings and lessons learned. *American Journal of Health Promotion*, 27(2), e59–68.

Kurzbeschreibung	kommunale Gesamtinitiative zur Adipositas-Prävention
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen, Bürger/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Lehrkräfte, lokale Stakeholder
Setting	Kommune, Quartier, Schule
Impact (Strategie)	hohe Reichweite und Stärke, hohe Nachhaltigkeit
Bezug zu Vulnerabilität	Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, ethnische Minderheiten, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	quasi-experimentelle Studie mit Kontrollgruppe
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	MVPA, Teilnahme an Bewegungsprogrammen nach Schulschluss, Bewegungsverhalten, Anzahl Schulkinder die zur Schule mit dem Fahrrad fahren/laufen, Fitnessparameter, BMI, Gemüse-, Obst- und Salatkonsum, Wahrnehmung kommunaler Maßnahmen aus Sicht von Bürgerinnen und Bürgern
Strategie	s. o.
Studienzeitraum	2006–2010
Studienregion	Kalifornien, USA

Kurzzusammenfassung

Die Umsetzung kommunalpolitischer und umwelt-/umgebungsbezogener Veränderungen erfordert das nachhaltige Engagement zahlreicher lokaler Akteure und Interessengruppen. Um solch eine nachhaltige und inklusive Vorgehensweise zu fördern, haben eine Reihe von Programmen zur Adipositas-Prävention den Ansatz kommunaler Gesamtinitiativen (CHI) übernommen. Kommunale Gesamtinitiativen müssen sich umfassend damit auseinandersetzen, was gemeinschaftsbezogene Gesundheit (Community Health) ausmacht, beispielsweise den Fokus auf soziale Determinanten der Gesundheit in einem Gesunde-Städte-und-Gemeinden-Netzwerk legen. Daher betonen diese Ansätze die Bedeutung der Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern sowie der Einbindung lokaler Basisorganisationen. Kaiser Permanente (KP), ein gemeinnütziger, integrierter Gesundheitsversorger mit Sitz in Kalifornien, hat 2003 das Konzept der kommunalen Gesamtinitiativen entwickelt, um Adipositas-Prävention und umweltbezogene Veränderungen in Kommunen zu fördern. CHI ist ein umfassender kommunaler Ansatz, der entwickelt wurde, um Verbesserungen auf Bevölkerungsebene über intermediäre Ergebnisse wie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung zu fördern sowie auch längerfristig damit verbundene Gesundheitsparameter zu verbessern. Der CHI-Ansatz wurde in drei Kommunen in Nordkalifornien evaluiert.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die KP-Abteilung für Förderprogramme wählte auf Grundlage von eingereichten Konzepten drei kommunale Kooperativen aus und förderte sie für fünf Jahre mit je anderthalb Millionen Dollar:

1. Modesto mit 38.400 Einwohnerinnen und Einwohnern, davon 54 % mit lateinamerikanischem Hintergrund
2. Richmond mit 52.900 Einwohnerinnen und Einwohnern, davon 45 % mit latein- und 29 % mit afroamerikanischem Hintergrund
3. Santa Rosa mit 37.960 Einwohnerinnen und Einwohnern, davon 41 % mit lateinamerikanischem Hintergrund

HEAL-CHI basiert auf dem KP-Modell-Interventionsansatz: ein ortsbezogener Ansatz mit einem Schwerpunkt auf Mehr-Ebenen-Veränderung über intersektorale Kooperation (beispielsweise von Gesundheitswesen, Nachbarschaftshilfe und Schulen) sowie gesellschaftlichem Engagement und sozialer Teilhabe. Die Fördermittel wurden genutzt, um eine Gemeindekoordinatorin bzw. einen Gemeindekoordinator einzustellen und Aktivitäten kommunaler Partner zu unterstützen. Im ersten Förderjahr startete die HEAL-CHI-Kooperation einen stadtweiten Planungsprozess und involvierte eine Reihe von gemeindenahen Organisationen, Institutionen sowie Einwohnerinnen und Einwohner. Es wurden kommunale Aktionspläne festgelegt (Community Action Plans, CAP) und Aktivitäten in vier kommunalen Bereichen geplant: Schule, Gesundheitsversorgung, Arbeitsstätten und Nachbarschaft. In jedem Bereich musste mindestens eine evidenzbasierte Interventionsstrategie umgesetzt werden. Die drei kommunalen Kooperationen übernahmen vorhandene Interventionen und/oder modifizierten sie im Hinblick auf kommunale Besonderheiten und kulturelle Angemessenheit. Die restlichen vier Jahre der Initiative (2007–2010) wurden genutzt, um die kommunalen Aktionspläne und neue Programme und Dienstleistungen umzusetzen, bestehende Programme zu fördern sowie Gesundheitsbildung und Social-Marketing-Aktivitäten zu initiieren. Im Einzelnen:

- Organisationale Aktivitäten beinhalteten die Veränderung der Ernährungsumgebung in Schulkantinen und die Implementierung standardisierter Sport- und Bewegungsprogramme.
- Umweltbezogene Strategien beinhalteten die Verbesserung der baulichen Umgebung (z. B. Anlage eines Spazierweges) und das Erhöhen der Verfügbarkeit von Obst und Gemüse.
- Kommunalpolitische Strategien beinhalteten das Einbringen gesundheitsrelevanter Überlegungen, wie Begehbarkeit (Walkability) in die städtebauliche Planung in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich für Stadtplanung.
- Aktivitäten zum Kapazitätsaufbau (Capacity Building) beinhalteten die Mobilisierung der kommunalen Basis und den Aufbau und die Stärkung von Bindungen zwischen gemeindenahen Organisationen.

Tabelle 10:
CHI-Interventionen* in Nordkalifornien mit Beispielen

Kategorie [†]	Politisches Ziel [‡]	Interventionsbeispiele
Programme (25 %; n = 19)		<p>Förderung von sportlichen Aktivitäten in Programmen nach Schulschluss</p> <p>Einführung von BMI-Messungen als Vitalwert bei ärztlichen Routineuntersuchungen und das Anbieten von Adipositas-Beratung und ggf. Überweisung an Spezialisten</p> <p>Förderung des auf gesunde Ernährung bezogenen Gemeinschaftsbewusstseins von Eltern und Schülerinnen und Schülern an ausgewählten Schulen</p>
Richtlinien: organisatorische Änderung (34 %; n = 26)	<p>Ernährungsumgebung (n = 8)</p> <p>Bewegungsumgebung (physical activity environment) (n = 2)</p> <p>Programme (n = 16)</p>	<p>Überarbeiten von Mensaregeln, um die Anzahl an gesunden Gerichten zu steigern</p> <p>Veränderungen in Bewegungsumgebungen an Arbeitsplätzen, einschließlich Bewegungsaufforderungen in Treppenhäusern</p> <p>Einführung von auf kalifornischen Standards basierenden Lehrplänen für körperliche Aktivität während Schulstunden in lokalen Grundschulen</p>
Umweltveränderung (16 %; n = 12)		<p>Anlegen eines beleuchteten Wanderwegs, um sichere körperliche Aktivität zu gewährleisten</p> <p>Beteiligung an sicheren Schulwegen, um die Sicherheit für Kinder, die zur Schule laufen oder mit dem Fahrrad fahren, zu erhöhen</p> <p>Vermehrung von Verkaufs- und Abgabestellen für frisches Obst und Gemüse in der Umgebung</p>
Öffentliche Ordnung (7 %; n = 5)	Bewegungsumgebung (physical activity environment) (n = 5)	<p>Zusammenarbeit mit der Stadt und dem Ordnungsamt, um bestehende Gesetze, die den Verkauf von Alkohol steuern, durchzusetzen, um dem Ärger mit Liquor Stores vorzubeugen</p> <p>Beeinflussung des Städtebaus durch Änderungen in den städtischen Entwicklungsplänen</p>
Kommunaler Kapazitätsaufbau (18 %; n = 14)		<p>Mobilisieren von Bewohnerinnen und Bewohnern, um eine Basis für gesundes Essen und körperliche Aktivität zu schaffen</p> <p>Ausbau von Führung und Infrastruktur am Arbeitsplatz</p> <p>Einbindung von Glaubensgemeinschaften in die Initiative</p>

* CHI steht für Community Health Initiatives; HEAL für Healthy Eating Active Living; und BMI für Body mass Index.

† Die Gesamtanzahl an Strategien von allen drei Kategorien war 76.

‡ Alle politischen Strategien wurden mit einem zweiten Code versehen, der das Ziel der Strategie kennzeichnet; z. B. um ein Programm umzusetzen oder um eine Veränderung in einer organisationalen Praxis oder der Gemeinschaftsumgebung zu machen.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die HEAL-CHI-Evaluation verwendete einen logischen Modellansatz, um Wirkungen zu bewerten, der Indikatoren intermediärer Outcomes (z. B. Änderungen in Umwelt und Politik der Gemeinde) mit konventioneller Pre-/Post-Bewertung von Maßnahmen zu körperlicher Aktivität und Ernährung auf Populationsniveau (z. B. Befragung von Jugendlichen und Erwachsenen) kombiniert. Die HEAL-CHI-Evaluation wurde vom Zentrum für Gemeindegeseundheit und Evaluation geleitet. Partner waren zudem das Atkins Zentrum für Gewicht und Gesundheit der Universität von Kalifornien, Berkeley, und die Kansas University Work Group für Gemeindegeseundheit und Entwicklung.

Strategieumsetzung und Nachhaltigkeit

Im Rahmen der kommunalen Aktionspläne wurden bis zum Ende der HEAL-CHI-Initiative in den drei Gemeinden 76 Strategien umgesetzt (ca. 25–26 pro Kommune). Tabelle 11 zeigt Beispiele für kommunale Strategien, strukturiert nach den Ebenen des ökologischen Modells für Gesundheitsförderung. Unmittelbarere, proximale Einflüsse auf individuelles Verhalten (z. B. Programme, Richtlinien auf Organisationsebene) werden zuerst aufgeführt und entferntere, distale (z. B. Kommunalpolitik, lokale Umwelt) sind weiter unten aufgeführt. Kommunale Kapazitätsentwicklungsstrategien können Veränderung auf allen Ebenen beeinflussen; beispielsweise Aufbau von Kapazität, um Programme zu implementieren und zu verstetigen. Von den 76 kommunalen Strategien waren 19 (25 %) programmatisch, 26 (34 %) hatten Änderungen organisationaler Richtlinien zum Ziel. 14 Strategien (18 %) fokussierten den Aufbau von lokaler Kapazität. Von 62 Strategien konnten 49 (79 %), ausgenommen Kapazitätsaufbau, bis zum Ende der Initiative im Dezember 2010 erfolgreich umgesetzt werden. 38 (78 %) wurden über den Förderzeitraum hinaus als potenziell nachhaltig beurteilt, u. a. weil sie aufgrund ihrer Ausgestaltung als Politik- oder Umweltveränderung Bestand haben oder weil Programme eine institutionelle Verankerung und gesicherte Finanzierung gefunden haben. 30 (79 %) davon waren Politik- oder Umweltstrategien, einschließlich 22, die Richtlinienänderungen in Schulen, Arbeitsstätten, Gesundheitseinrichtungen, Nahrungsmittelgeschäften oder Restaurants beinhalteten.

Einschätzungen zur Bevölkerungs dosis

Tabelle 11 fasst die Bevölkerungs dosis (Reichweite und Stärke) der Strategien für Jugendliche im Schulalter und Erwachsene bzw. Familien, gruppiert nach Kommune und Zielvariablen (Outcome Measure) zusammen. Einige Strategien wirken auf mehrere Zielvariablen, beispielsweise wirkt das Bewegungsprogramm nach Schulschluss in Kommune A sowohl auf die generelle Anzahl an Schülerinnen und Schülern, die nach Schulschluss trainieren, als auch auf die Zeiten körperlicher Aktivität (Minuten) pro Schülerin bzw. Schüler. Zudem können generische Strategien je nach Kommune und Art der Umsetzung unterschiedliche Stärkebewertungen aufweisen. Die Interventionen mit der höchsten Dosis-Bewertung zielten auf die Förderung körperlicher Aktivität im Schulalter ab. Zudem wurde in Kommune C die Dosis von Strategien zur Förderung gesunden Essverhaltens bzw. zur Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums als hoch bewertet. Obwohl es in den Kommunen eine Reihe von signifikanten Eingriffen in die Umwelt gab, einschließlich Infrastrukturveränderungen und Interventionen für einen gesunden Lebensmitteleinzelhandel, war keine Strategie stark genug, um eine hohe Dosis-Bewertung zu erhalten. Insgesamt waren die kommunalen Gesamtinitiativen bei der Umsetzung von Politik- und Umweltstrategien erfolgreich und der überwiegende Teil der Maßnahmen kann als nachhaltig bewertet werden.

Gemeinschaftsperspektive: Photovoice und Interviews mit Schlüsselpersonen

In jeder Gemeinde gab es eine Reihe von Leistungen, die von involvierten Bürgerinnen und Bürgern als besonders wichtig identifiziert wurden und in Interviews und Photovoice-Prozessen (qualitative und partizipative Erhebungsform) immer wieder hervorgehoben wurden. Folgende Leistungen wurden von mindestens drei Personen in jeder Gemeinde genannt:

Gemeinde A

- Wanderweg/-pfad eingerichtet
- Gemüse-/Obstgarten (growing garden) und Bauernmarkt, auf dem die Produkte verkauft wurden
- Programme nach Schulschluss (z. B. Kochkurse), Unterstützung eines Frühstücksangebots an Schulen
- Frische Früchte in Nachbarschaftsläden

Gemeinde B

- Möglichkeit, Gesundheitsaspekte in die allgemeine Stadtplanungspolitik einzubringen
- Erhöhte Nachfrage und besserer Zugang zu gesunden Lebensmitteln für Familien und Hilfebedürftige
- Jungendliches Engagement und Interessenvertretung
- Durchführung von 51 Umfragen in Parks und Ergebnispräsentation vor dem Stadtrat

Gemeinde C

- Neue und gesündere Schulmenüs, Salatbars und Lebensmittelrichtlinien, Schulen änderten ihre Ernährungspraxen bei Schulveranstaltungen
- Institutionalisiertes BMI-Screening mit Beratung in allen Gemeindegemeinden
- Kurse zu gesunder Ernährung und Bewegung für die Zielgruppe Familie

Bürgerinnen und Bürger bewerteten in den Photovoice-Prozessen folgenden Punkt als besonders wichtig:

- Neue Bürgersteige und weitere fußgängerfreundliche Verbesserungen in der Nähe von Schulen, u. a. zur Förderung eines aktiven Schulweges

Darüber hinaus wurden Photovoice-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer gebeten, die fünf aus ihrer Sicht wichtigsten kommunalen und gesundheitsrelevanten Veränderungen aufzulisten. Über alle drei Kommunen wurden folgende Veränderungen genannt:

- Besserer Zugang zu frischem, gesundem Essen in Nachbarschaften
- Erfolgreiche politische Interessenvertretung führte zu gesundheitlichen Aspekten in der städtischen Planung
- Erhöhte Fußgängerfreundlichkeit (Walkability)
- Verbesserte Ernährung an Schulen, Umsetzung der Ernährungsstandards des Bundesstaates Kalifornien, Angebot eines allgemeinen Schulfrühstücks
- Führungskräfteentwicklung
- Gesundheitsinformationen/-datenaustausch (Healthy Messaging)

Tabelle 11:
Reichweite und Stärke von HEAL-CHI-Interventionen

Interventionen bei schulpflichtigen Kindern

Gesundheitsziele	Kommune A	Kommune B	Kommune C
Körperliche Aktivität			
Sportunterricht Minuten körperlicher Aktivität†	Implementierung standardisierter Sportprogramme (48 %, niedrig)	Durchführung standardisierter Sportprogramme (100 %, hoch)	Durchführung standardisierter Sportprogramme (100 %, mittel)
Beteiligung an sportlichen Aktivitäten nach Schulschluss	SPARK* ³ Programm nach Schulschluss, Wanderprogramm, andere Aktivitäten (25 %, hoch)	Ausbau von sportlichen Aktivitäten in Programmen nach Schulschluss (19 %, niedrig)	Ausbau von sportlichen Aktivitäten in Programmen nach Schulschluss (19 %, niedrig)
zur Schule laufende/mit dem Fahrrad fahrende Kinder	SRTS* ⁴ Programm Walking School Bus (1 %, hoch)	SRTS-Erreichbarkeitsplan (1 %, mittel)	SRTS-Infrastrukturweiterung (50 %, niedrig)
Minuten [§] mäßiger oder starker körperlicher Aktivität†	Sportstandards [†] (48 %, niedrig), Programme nach Schulschluss (25 %, hoch)	Sportstandards (100 %, hoch), Programme nach Schulschluss (19 %, niedrig)	Sportstandards (100 %, hoch), Programme nach Schulschluss (19 %, niedrig)
	SRTS (1 %, hoch)	SRTS (1 %, mittel)	SRTS (50 %, niedrig)
	lokale Medien, Kampagne zu körperlicher Aktivität (20 %, niedrig)	Schulprogramme, plus: schulische Wahrnehmung	Sportunterricht und Programme nach Schulschluss, lokale Infrastruktur-Verbesserungen (7 %, niedrig)
	schulische Wahrnehmung	Aktivitäten (4 %, mittel)	

Gesundheitsziele	Kommune A	Kommune B	Kommune C
Essverhalten			
Süßigkeiten als Belohnung	alternatives Klassen-Belohnungs-Programm (100 %, mittel)	alternatives Klassen-Belohnungs-Programm (100 %, mittel)	alternatives Klassen-Belohnungs-Programm (100 %, mittel)
gesundes Schulfrühstück/ Mittagessen	Einführung nach Ernährungsrichtlinien in Schulen (100 %, hoch)	Einführung von Ernährungsrichtlinien in Schulen (100 %, mittel)	mehr gesundheitsfördernde Ernährungsoptionen, dazu zählt auch das Entfernen gesüßter Milch und das Hinzufügen von mehr Vollwerternährungsoptionen (100 %, mittel)
Salatkonsum	Aufstellen von Salatthecken (100 %, mittel)		Aufstellen von Salatthecken (100 %, mittel)
Gemüse- und Obstkonsum	Ernährungsrichtlinien (100 %, mittel)	Ernährungsrichtlinien (100 %, mittel)	Optionen für gesundes Essen (100 %, mittel), Salattheke (100 %, mittel)
			Gartenlehre (11 %, niedrig)
			Ernte-des-Monats-Programm (95 %, niedrig)
Adipositas/Übergewicht			
BMI	in Kliniken wird der BMI* ⁵ als Vitalwert eingeführt und es werden Programmempfehlungen gegeben (20 %, niedrig)		BMI-Überprüfung, Programmempfehlungen (4 %, niedrig) [‡]

* Die Daten in Klammern: Prozentsatz der Reichweite und der Stärkegewichtung. Stärke ist die Bewertung der Auswirkung auf jede erreichte (erfasste) Person: hoch, mittel, niedrig (siehe Textdefinition). Die Zeilen sind fettgedruckt, wenn Reichweite und Stärke für die aufgelisteten Strategien alleine oder kumulativ zu high dose zusammengefasst sind (z. B. unterschiedliche, kombinierte, schulbasierte Interventionen) – ungefähr größer als 20 % Reichweite und kumulativ große Stärke.

Strategien mit weniger als 1 % Reichweite sind nicht in der Tabelle aufgelistet.

*² HEAL-CHI bedeutet Healthy-Eating-Active-Living-Community Health Initiative.

*³ SPARK, physische Bildungsprogramme entwickelt für Schulen

*⁴ SRTS, Sichere Wege zur Schule

*⁵ BMI, Body Maß Index

† Interventionen, die mit mehr als einem Gesundheitsziel in Verbindung gebracht werden

‡ Erwachsene und Kinder sind in der BMI-Untersuchung enthalten, der Nenner besteht also nur aus Klinikpatientinnen und -patienten, Kindern und Erwachsenen.

§ Die empfohlene Dosis sind fünfmal 30 Minuten die Woche gemäßigte Bewegung oder dreimal die Woche 20 Minuten starke Bewegung.

Interventionen bei Eltern/Familien

Gesundheitsziele	Kommune A	Kommune B	Kommune C
Körperliche Aktivität			
Minuten [§] pro Woche an körperlicher Aktivität nach vorgegebenen Standards	Gesundheitsprogramme am Arbeitsplatz (10 %, mittel)	Parkerneuerungen (19 %, niedrig) Einführen und Fördern von Wander- und Radwegen (19 %, mittel)	Verbesserung der Infrastruktur (Parks, Wanderwege, Freiflächen) (7 %, niedrig), Gesundheitsprogramme am Arbeitsplatz (6 %, niedrig)
		HEAL-Elemente zu allgemeinem Entwicklungsplan hinzufügen (95 %, mittel)	von Bürgervertreterinnen und -vertretern entwickelte Trainingsprogramme (2 %, mittel)
		Wellness-Programme am Arbeitsplatz (5 %, niedrig)	
Essverhalten			
Gemüse- und Obstkonsum	Korb mit gesundem Essen in Läden (11 %, niedrig)	gesundes Angebot im Einzelhandel (13 %, mittel)	gesundes Angebot im Einzelhandel (50 %, niedrig), Gemeinschaftsgarten (1 %, mittel)
	Bauernmarkt (2 %, mittel)	Gesundheitsprogramme am Arbeitsplatz (5 %, niedrig)	Gesundheitsprogramme am Arbeitsplatz (6 %, niedrig)
	Gesundheitsprogramme am Arbeitsplatz (10 %, mittel)		Smart-Meal-Restaurant-Angebote (8 %, niedrig)
Programmbewusstsein/-teilnahme			
Kenntnis kommunaler HEAL-Angebote	Social-Marketing-Initiativen (44 %, niedrig)	lokale Medienkampagne (19 %, niedrig)	Media-Advocacy-Kampagne (11 %, niedrig), Resident-leader-Training und Interessenvertretung (12 %, niedrig)
	Kampagne zur Steigerung des Bewusstseins für körperliche Aktivität (20 %, niedrig)		
Adipositas/Übergewicht			
BMI			BMI-Screening, Programmempfehlungen (4 %, niedrig) [‡]

§ Die empfohlene Dosis sind fünfmal 30 Minuten die Woche gemäßigte Bewegung oder dreimal die Woche 20 Minuten starke Bewegung.

|| Die Reichweite der Wellness-Programme am Arbeitsplatz schließt Menschen ein, die nicht im Viertel wohnen.

‡ Erwachsene und Kinder sind in der BMI-Untersuchung enthalten, der Nenner besteht also nur aus Klinikpatientinnen und -patienten, Kindern und Erwachsenen.

Maßnahmen auf Bevölkerungsniveau

Die Ergebnisse auf Bevölkerungsniveau waren insgesamt nicht schlüssig. Es zeigten sich jedoch bei vier der neun vergleichenden Jugendbefragungen positive und signifikante Befunde zu den Hochdosis-Strategien (wenn mehr als 20 % der Population erreicht wurden, wurde die Stärke der Strategie als hoch bewertet), dies waren überwiegend Interventionen zur Erhöhung körperlicher Aktivität an Grund- und Mittelschulen. Die positiven Werte zu körperlicher Aktivität wurden durch Fitness-Parameter der aeroben Kapazität bei Fünftklässlerinnen und Fünftklässlern bestätigt. Die Hochdosis-Interventionen enthielten u. a. eine distriktweite Umsetzung eines evidenzbasierten Sport- und Bewegungs-Curriculums.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren finden sich unter allen vorherigen Punkten. Folgende Faktoren werden für die Reichweite von Interventionen als besonders bedeutsam betrachtet:

- **Universeller und gesamtkommunaler Interventionsansatz:**
Die gesamte Kommune und lokale Schlüssel-Settings wie Schule werden einbezogen.
- **Intersektorale Kooperation:**
Strategien werden auf Basis intersektoraler Kooperation zwischen Verwaltungsbereichen und kommunalen Schlüsselakteuren umgesetzt.
- **Evidenzbasierung:**
Es werden in den jeweiligen Handlungsbereichen bewährte evidenzbasierte Strategien ausgewählt.
- **Lokale Diversität und kulturelle Angemessenheit:**
Interventionen werden den lokalen und kulturellen Besonderheiten angepasst.
- **Kapazitätsentwicklung für Gesundheit:**
Der Aufbau von lokalen Vernetzungs- und Koordinationsstrukturen für Gesundheitsförderung wird vorangetrieben.
- **Partizipation und lokales Ownership:**
Gemeinsam mit Akteurinnen und Akteuren öffentlicher Verwaltung und Wohlfahrtspflege, lokalen Organisationen sowie Bürgerinnen und Bürgern werden in einem partizipativen Prozess kommunale Aktionspläne entwickelt und umgesetzt.
- **Theoretische Fundierung:**
Der Ansatz bemüht sich um eine theoretische Fundierung, beispielsweise über soziale Determinanten von Gesundheit und Ebenen der Gesundheitsförderung.
- **Advocacy:**
Politische Teilhabe und Interessenvertretung für Gesundheit wird gefördert.
- **Nachhaltigkeit:**
Der Ansatz zielt auf nachhaltige lokale Veränderungen und Strategien.
- **Schwerpunkt auf Verhältnisprävention:**
Umfangreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen der Politikgestaltung und Organisationsentwicklung werden mit verhaltenspräventiven Maßnahmen kombiniert.

Anmerkungen zu Forschungsdesideraten

Trotz des wachsenden Interesses an Adipositas-Präventions-Ansätzen auf kommunaler Ebene gibt es relativ wenige veröffentlichte Studien zu kommunalen Gesamtinitiativen, die HEAL-CHI ähnlich sind. Die meisten davon adressieren Kinder und beziehen nicht die Familien ein, sodass der BMI i. d. R. die einzige Zielvariable war, da die Kinder zu jung waren, um Daten auf Verhaltensebene zu erheben. Diese begrenzte Ergebnisbasis deutet darauf hin, dass mehr intensive Interventionen (Hochdosis) notwendig sind, um Ergebnisse auf Bevölkerungsebene erzielen zu können.

10.13 Cluss et al., 2014

Cluss, P. A., Fee, L., Culyba, R. J., Bhat, K. B. & Owen, K. (2014). Effect of Food Service Nutrition Improvements on Elementary School Cafeteria Lunch Purchase Patterns. *Journal of School Health, 84(6)*, 355–362.

Kurzbeschreibung	bezirksweite Veränderung des Mittagmenüs an Grundschulen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern
Setting	Schule (Grundschulen)
Impact (Strategie)	starke Reduktion des Verkaufs ungesunder und Erhöhung des Verkaufs gesunder Lebensmittel in Schulumensan
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung, Armut, ethnische Minderheiten, Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	retrospektive Längsschnittstudie
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Förderung gesunder Verhaltensweisen/Ernährungspraxen, BMI-Reduktion
Strategie	Veränderung des Kaufverhaltens von Schulkindern, höhere Verkaufszahlen von gesundem Mittagessen
Studienzeitraum	2010/2011
Studienregion	Pennsylvania, USA

Kurzzusammenfassung

Schulen können in der Adipositas-Prävention bei Kindern viel Wirkung entfalten. Im Rahmen einer regionalen Gesundheitsinitiative wurden ernährungsbezogene Verbesserungen in den Menüangeboten in Grundschulmensen umgesetzt. In einem Schulbezirk mit überwiegend armer ländlicher Schülerschaft mit hohen Adipositas-Raten wurden über sieben Jahre Daten zum Mittagessenverkauf in Grundschulen in bestimmten vorab festgelegten Studienwochen gesammelt, ausgewertet und kategorisiert. Die Verbesserung des Grundschulesens führte zu einer Änderung des Kaufverhaltens von Grundschulkindern. Im vorliegenden Beitrag werden die kreisweite „HEALTHY Armstrong“-Initiative (Akronym für Healthy Eating Active Lifestyles Together Helping Youth), realisierte Verbesserungen an Grundschulmenüs sowie daraus resultierende Veränderungen im Kaufverhalten von Grundschulkindern beschrieben. Folgende Forschungsfragen lagen der Post-hoc-Analyse der Daten zugrunde:

1. Kaufen Kinder gesündere Lebensmittel, wenn sie in Schulumensen angeboten werden?
2. Gibt es unerwartete negative Folgen von gesundheitsbezogenen Änderungen des Schulumensa-Menüs?
3. Erhöhen sich die Kosten, wenn Schulen ein gesünderes Mittagmenü einführen?

Strategien zur Erhöhung der Reichweite und Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Kreisweite Gesundheitsinitiative und Kooperation

Als Reaktion auf lokale Adipositas-Raten verabschiedete Pennsylvania einen gemeinschaftsweiten Ansatz zur Adipositas-Prävention bei Kindern. Im Jahr 2005 zeigte sich, dass mehr als ein Drittel (37 %) der Grundschülerinnen und -schüler in Armstrong County übergewichtig oder adipös waren. Im Jahr 2005 wurden Schulkrankenschwestern und -pfleger vom Bundesstaat dazu angehalten, den BMI von Schülerinnen und Schülern zu erfassen. Die „HEALTHY Armstrong“-Initiative (www.healthyarmstrong.com) adaptierte Elemente des nationalen „We can!“-Programms, um Kindern in der überwiegend ländlichen Region dabei zu unterstützen, ihr Ernährungsverhalten zu verbessern und ihre körperliche Aktivität zu erhöhen. Die Initiative hat ihren Sitz in einem Krankenhaus, das für die gesamte Region zuständig ist, und schließt Partner aus allen Bereichen des Kreislebens ein, u. a. den größten Schulbezirk, die größte pädiatrische Praxis, die Kreisverwaltung, lokale Sport- und Freizeiteinrichtungen und einen regionalen Krankenversicherer.

Die kreisweite Initiative beinhaltete das Sponsoring von lokalen Marketingaktivitäten, um gesunde Verhaltensweisen zu fördern, Unterstützung von Schulen bei gesundheitsbezogenen Lernsituationen und Projekten für Schulkinder und Eltern, Zusammenarbeit mit Lebensmittelgeschäften und gesundheitsbezogene Gemeinschaftsevents.

In den ersten fünf Jahren der Initiative unterstützte die kreisweite Kooperation die sieben Grundschulen des Bezirks bei der Förderung von gesunden Verhaltensweisen unter Schulkindern, nachfolgend wurden die fünf mittleren und höheren Schulen unterstützt (Middle and High Schools). Die Schulen erhielten einen Gesundheitsleitfaden, der allgemeine Informationen über Gesundheit und Wohlbefinden enthielt und Programme und Aktivitäten beschrieb, die leicht übernommen werden konnten, Praxisstrategien bewerteten und Umsetzungstipps gab. Die Gesundheitskoordinatorin oder der Gesundheitskoordinator arbeitete außerdem mit einer schulischen Vermittlerin bzw. einem schulischen Vermittler zusammen, normalerweise einer Lehrkraft, um spezifische gesundheitsfördernde Programme und Richtlinien in teilnehmenden Schulen zu implementieren.

Gesundheitsförderndes Mittagessen an Grundschulen

Ein frühes Ziel der Initiative war die Verbesserung des Mittagessens in Grundschulmensen. In den Schuljahren 2005/2006 bis 2011/2012 reduzierte die Bezirksabteilung Lebensmitteldienstleistungen mit Unterstützung der Schulverwaltung die Menge an Gesamtfett, gesättigtem Fett und Transfett in Mittagsmenüs. Es wurden u. a. Rezepte modifiziert, ungesunde Speisen von der Speisekarte genommen und täglich mindestens drei Arten von frischem Obst sowie Salate angeboten. In den Jahren 2010 und 2011 wurden Daten zum Verkauf von Grundschulmittagessen gesammelt und jeweils eine Woche pro Schuljahr in den Jahren 2005 bis 2011 analysiert. Die erste Oktoberwoche eines jeden Jahres wurde als standardisierte Studienwoche bestimmt. Das Menüangebot während dieser Studienwoche variierte zwar von Jahr zu Jahr, der leitende Lebensmitteldienstleister bestätigte jedoch, dass es ernährungsphysiologisch vergleichbar war. Tägliche Produktionsdatensätze, die von Mensaleiterinnen und -leitern zur Verfügung gestellt wurden, lieferten die Rohdaten, um die Anzahl der verkauften Menüartikel zu bestimmen. Während der Studienwochen wurden keine spezifischen Aktionen oder ernährungsbildenden Maßnahmen durchgeführt. Speisen auf dem Mensa-Menü wurden post hoc, gemäß dem „We Can! Go, Slow, and Whoa“-Kategoriensystem (WGSW) codiert.

Die Codes wurden analysiert, um den Einfluss von HEALTHY-Armstrongs ernährungsphysiologischen Interventionen auf das Kaufverhalten von Kindern beim Mittagessen zu eruieren. Lebensmittel wurden einer von zwei allgemeinen Ernährungskategorien des WGSW zugeordnet: nährstoffreichen und kalorienärmeren (Higher Nutrition Foods) sowie energiereichen und höherkalorischen Nahrungsmitteln (Lower Nutrition Foods). WGSW wurde angelehnt an die Tertile des Nutrient Rich Foods Index Scores zur Nährstoffprofilierung, um Kinder und Familien bei der Nahrungsmittelwahl zu unterstützen. Mithilfe einer Gruppe von Expertinnen und Experten wurden die wöchentlichen Menüelemente nach den entsprechenden Kategorien codiert. Urteile wurden im Konsens getroffen.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Der Anteil der Lebensmittel mit hohem Kalorien- und niedrigem Nährwert ging von 22 % aller Verkäufe im Jahr 2005 auf 0 % im Jahr 2011 zurück. Kalorienreiche Snacks wurden von 535 Artikeln auf 0 Artikel reduziert. Der Verkauf von frischen Früchten stieg um 12 %. Es gab einen leichten Rückgang des Anteils der Kinder, die im Laufe der Jahre Mensaessen kauften. Die Ergebnisse zeigen, dass Programme zur Verbesserung des Schulessens durch die Verringerung der Verfügbarkeit von weniger gesunden Lebensmitteln, die Erhöhung des Angebots gesünderer Speisen sowie Anpassungen bei der Nahrungsmittelzubereitung die Verhaltensmuster von Kindern an Grundschulen beim Kauf des Mittagessens verändern können. Im Studienzeitraum verbesserte sich der Nährstoffgehalt des von Kindern verzehrten Mittagessens stark; von 52 % hochkalorischen, ungesunden Lebensmitteln (Whoa-Kategoriensystem) im Jahr 2005 zu 0 % in den Jahren 2010 und 2011.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Die Gesundheitsinitiative wurde kreisweit in einem Bezirk mit überwiegend armer, ländlicher Bevölkerung durchgeführt. Durch diese universellen Interventionen konnten die Schulkinder aus allen sieben Grundschulen des Bezirks profitieren.

10.14 Coleman et al., 2012

Coleman, K. J., Shordon, M., Caparosa, S. L., Pomichowski, M. E. & Dzewaltowski, D. A. (2012). The healthy options for nutrition environments in schools (HEALTHY ONES) group randomized trial: Using implementation models to change nutrition policy and environments in low income schools. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 80. 1–16.

Kurzbeschreibung	evidenz- und theoriebasierte, partizipative Intervention zur Förderung gesunder Ernährung
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrkräfte, Schulpersonal
Setting	Schule (Grund- und Mittelschulen)
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung, Armut, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, ethnische Minderheiten, Gesundheitsrisiken, Adipositas, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	randomisierte kontrollierte Studie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Gewicht und Größe, BMI, Artikel pro Woche pro Kind von außerhalb des Schulcampus (Speisen/Getränke)
Strategie	/
Studienzeitraum	2008–2010
Studienregion	USA

Kurzzusammenfassung

Gesunde Auswahl in schulischen Ernährungsumwelten (HEALTHY ONES) war eine evidenzbasierte, randomisierte Public-Health-Kohortenstudie (EBPH), die das Rapid Improvement Process Model (RIP) des Institute for Healthcare Improvements (IHI) zur Implementierung schulischer Ernährungsrichtlinien und Umweltveränderungen adaptierte. Ein einkommensschwacher Schulbezirk meldete sich freiwillig zur Teilnahme an der Studie. Alle Schulen im Bezirk beteiligten sich (Grundschule = 6, Mittelschule = 2) und wurden nach einem Jahr der Bestandsaufnahme und schulischen Umweltprüfung per Zufallsprinzip einer Interventions- (n = 4) oder Kontrollgruppe (n = 4) zugeordnet. Interventionsziele waren 1) ungesunde Nahrungsmittel und Getränke vom Campus zu entfernen und 2) Lebensmitteldienstleistungen als Hauptfaktor für gesunde Ernährung (HE) auf dem Campus zu entwickeln. Die teilnehmenden Schulen wurden über ein Basisjahr und zwei Interventionsjahre begleitet. Mit Kindern der zweiten, dritten und sechsten Klasse wurden längsschnittliche Messungen von Größe und Gewicht durchgeführt. Zudem wurde das Verhalten der Ernährungsumgebung beobachtet, um die Menge an Speisen und Getränken zu eruieren, die von außerhalb auf den Schulcampus gelangen. Die Beobachtungen wurden monatlich in jeder teilnehmenden Schule bzw. im Schulumfeld durchgeführt und als Artikel pro Kind und pro Woche erfasst.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Beim Design der „HEALTHY ONES“-Studie handelt es sich um eine randomisierte Kohortenstudie, kombiniert mit formativen Evaluationsmethoden, die dazu dienen, im Projektverlauf kontinuierlich Daten zu erheben, um auf dieser Grundlage die Intervention anpassen zu können. Die Intervention basiert auf dem RIP-Modell des IHI, Erkenntnissen der Implementationsforschung und Prinzipien der gemeinschaftsbasierten partizipativen Forschung (Community-based Participatory Research, CBPR). Gemäß dem „Veterans Affairs Quality Enhancement Research Initiative Modell“ (VA QUERI-Modell) wurde dem Forschungsteam im Rahmen der EBPH eine begleitende und anleitende Funktion gegenüber den Praxisakteurinnen und -akteuren/Stakeholdern zugewiesen. Im ersten Schritt wurde versucht, Schlüsselakteurinnen und -akteure und Stakeholder für die Teilnahme zu gewinnen und ihnen einen vorläufigen Interventionsplan mit anvisierten Strategien, Lebenswelten und Verhaltensweisen vorzulegen. Die Elemente basieren auf a) evidenzbasierten Strategien anderer schulbasierter Umwelt- und Politikinterventionen, b) ökologischen und entwicklungsbezogenen Systemtheorien, Verhaltens- und Ökologiemodellen sowie der Erfahrung des Forschungsteams mit schulbasierten Interventionen zur Förderung von körperlicher Aktivität, Sport und gesunder Ernährung. Die Ziele bzw. Hypothesen der Intervention wurden auf Grundlage von Theorien zu Verhaltens- und Systemänderung entwickelt. Schon vor Beginn der Förderung wurde die Unterstützung des Interventionsplans durch Bezirksbürgermeisterinnen und -bürgermeister sowie Leiterinnen und Leiter der Ernährungsdienste gesichert. Der anvisierte einkommensschwache Schuldistrikt hatte sechs Grundschulen und zwei Mittelschulen mit insgesamt 4.033 Schülerinnen und Schülern mit einem Anteil von 42 % hispanischen bzw. lateinamerikanischen, 26 % afroamerikanischen, 21 % weißen, nicht-hispanischen und 11 % anderen ethnischen Hintergründen. Alle Kinder im Schulbezirk waren zum Studienzeitpunkt berechtigt, kostenfreie bzw. reduzierte Schulmahlzeiten in Anspruch zu nehmen. Alle Schulen stimmten einer Teilnahme zu. Einverständniserklärungen wurden den Eltern per Post nach Hause geschickt und in den Schulen eingesammelt.

Schritt 1: Stakeholder rekrutieren

Im ersten Studienjahr wurde ein Projektbeirat auf Bezirksebene gebildet. Das bestehende Bezirksgesundheitskomitee, in dem der Leiter für Ernährungsdienste und Eltern vertreten waren, fungierte als übergreifender Beirat für die Studie „HEALTHY ONES“. Als Teil der PDSA-Lern-Zyklen (Plan, Do, Study, Act) wurden an jeder Interventionsschule Change-Teams ins Leben gerufen. Abhängig vom anvisierten Ziel nahmen Sekretariats- bzw. Büroangestellte, Hausmeisterinnen bzw. Hausmeister, Pausen- und Mensa-Aufseherinnen und -Aufseher, Mensa-Leiterinnen und -Leiter sowie Mensa-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, Lehrerinnen und Lehrer, verschiedene Eltern-Interessengruppen sowie Schulleiterinnen und -leiter teil.

Schritt 2: Messung organisationaler Bereitschaft/Durchführung Umweltaudit

Ohne das Verständnis der Praxen und des Status quo der Kommune oder Schule ist es schwierig, die Ausgangsbedingungen angemessen zu adressieren, effektiv zu intervenieren und die Wirkung der Intervention zu messen. Daher wurden im Rahmen der Studie zunächst halbstrukturierte Interviews mit den Verwaltungsleiterinnen und -leitern des Schulbezirks sowie Schulleiterinnen und -leitern durchgeführt, um ihre Reaktion auf den Interventionsplan einzuschätzen. Darüber hinaus wurden Dokumente des Distrikts zur Gesundheitspolitik und gesundheitsbezogene Richtlinien analysiert. Zudem wurden Verhaltensbeobachtungen genutzt, um objektive Informationen über Ernährungspraxen in jeder Schule zu sammeln.

Schritt 3: Stakeholder involvieren, um eine Strategie für den Wandel zu gestalten

Der übergreifende Projektbeirat auf Bezirksebene verwendete am Ende des Basisjahres die Ergebnisse des Umweltaudits in Verbindung mit dem vorgeschlagenen Interventionsplan, um einen Veränderungsprozess (Rapid Improvement Process) zu initiieren. Zunächst wurde eine Gesamtstrategie entwickelt, die 1) spezifische und messbare Ziele, 2) zeitkritische Ergebnismessungen und nicht-intendierte Konsequenzen umfasste sowie 3) ein initiales Set an evidenzbasierten und zentralen Veränderungen (Key Changes), die am ehesten zu einer Verbesserung führen. Um die Veränderungen umzusetzen, wurden PDSA-Lernzyklen verwendet.

Schritt 4: PDSA-Lernzyklen

Der erste Schritt zur Umsetzung von Maßnahmen an Schulen war die Gründung eines kleinen Teams an jeder Schule, mit drei bis vier Schlüsselakteurinnen und -akteuren der anvisierten Verhaltens- oder Strategieänderung. Das wissenschaftliche Interventionsteam begleitete diese Schulteams durch einen Entscheidungsprozess, u. a. zu den Fragen, wer welche Änderung wo und in welchem Zeitraum implementiert. Der zweite Schritt war die tatsächliche Umsetzung. Im dritten Schritt wurde die Umsetzung mithilfe von Daten über den Prozess, das Ergebnis und unbeabsichtigte Konsequenzen untersucht. Abschließend wurden die Ergebnisse zusammengestellt und bewertet sowie nächste Schritte entschieden.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Von infrage kommenden 827 Zweit-, Dritt- und Sechstklässlerinnen und -klässlern konnten die Ausgangswerte für Größe und Gewicht von 444 Zweit- und Drittklässlerinnen und -klässlern sowie 135 Sechstklässlerinnen und -klässlern erfasst werden (51 % Reichweite). Für 73 % dieser Kinder waren nach drei Jahren vollständige Datensätze vorhanden. In den Schulen der Interventionsgruppe sank die Anzahl an ungesunden Speisen und Getränken von außerhalb pro Kind pro Woche im Studienzeitraum, in der Kontrollgruppe dagegen stieg sie an. Zudem stieg die Anzahl an gesunden Lebensmitteln bei der Mittagsmahlzeit an Interventionsschulen. Die Adipositas-Raten der Interventionsschulen (28 % Ausgangswert, 27 % erstes Jahr, 30 % zweites Jahr) bzw. Kontrollschulen (22 % Ausgangswert, 22 % erstes Jahr, 25 % zweites Jahr) blieben über drei Messzeitpunkte auf einem ähnlichen Niveau. Die Gründe dafür liegen wahrscheinlich an dem kurzen Interventionszeitraum, da erst nach einem Jahr mit der Implementation begonnen wurde. Zudem wurde lediglich die Ernährungsumgebung adressiert und nicht gleichzeitig die Bewegungsumgebung und körperliche Aktivität. Kombinierte Interventionen zu Ernährung und Bewegung können eine größere Wirkung entfalten.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Es gab bei der Studie eine Reihe von Einschränkungen. Die begrenzte Reichweite des Programms (51 %) war vor allem auf die relativ geringe Rücklaufquote der elterlichen Einverständniserklärungen zurückzuführen. Zur besseren Erreichbarkeit von Eltern aus überwiegend benachteiligten Populationen sind unterschiedliche Outreach-Methoden notwendig.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Der „HEALTHY ONES“-Studienansatz unterscheidet sich von klassischen Ansätzen (EBM) zur Schulgesundheit, da ein Vorgehen gewählt wurde, bei dem Schlüsselakteurinnen und -akteure der Bezirksebene und Stakeholder aus Schulen in Programmplanung und -evaluation eingebunden wurden. Hierdurch konnten organisatorische Hemmnisse, die die Effektivität von Interventionen beeinträchtigen können, wie finanzielle Bedenken, Personalverhalten und Bedenken der Eltern im Forschungsprozess, adressiert werden.

Das Studienprotokoll von „HEALTHY ONES“ hat auf die Förderung der Schulgesundheit und die Implementation von Maßnahmen abgezielt. Es wurden Kapazitäten, Kompetenzen und Fähigkeiten (Capacity Building) in den Schulen bzw. beim Schulpersonal aufgebaut, um Veränderungen zu bewirken und die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass Maßnahmen von den Schulen weitergeführt werden können bzw. nachhaltig sind. Der Studienansatz hat Schulen zu einem Prozess der Umwelt- und Strategieveränderung verholfen. Forscherinnen und Forscher haben mit dem Schulpersonal zusammengearbeitet. Anstatt neue Aktivitäten zu entwickeln, wurden vorhandene ersetzt oder verbessert. Der Fokus lag auf der Änderung von organisatorischen Richtlinien und der Praxen von Eltern, Ernährungsdienstleisterinnen und -dienstleistern, Lehrerinnen und Lehrern und anderem Schulpersonal sowie Schülerinnen und Schülern mit dem Ziel, die Ernährungsumgebung zu verbessern und die Umsetzung standortbezogener schulischer Gesundheitspolitiken zu unterstützen.

10.15 Correa et al., 2017

Correa, N., Rajaraman, D., Swaminathan, S., Vaz, M., Jayachitra, K. G., Lear, S. A. & Punthakee, Z. (2017). Perceptions of healthy eating amongst Indian adolescents in India and Canada. *Appetite*, 116, 471–479.

Kurzbeschreibung	Wahrnehmung gesunder Ernährung unter indischen Jugendlichen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrkräfte
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	Armut, sozioökonomischer Status, Minderheiten
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	qualitative Studie, Querschnittstudie
Forschungsmethoden	qualitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	Wahrnehmung und Einstellung indischstämmiger Jugendlicher in Indien und Kanada zu (gesunder) Ernährung, Barrieren und Förderfaktoren
Studienzeitraum	2012
Studienregion	Indien und Kanada

Kurzzusammenfassung

Veränderte Ernährungsverhaltensmuster haben zur steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas unter indischen Jugendlichen beigetragen. Es gibt bislang nur wenige Studien zu ihren Perspektiven auf gesunde Ernährung. Das Ziel dieser Studie war es, die Wahrnehmungen und Einstellungen indischer Heranwachsender in Indien und Kanada zu explorieren, um zu einem gesunden Essverhalten beitragen zu können. Es wurden 13 Fokusgruppendifkussionen (FGD) mit insgesamt 34 Jungen und 39 Mädchen (n = 73) zwischen elf und 18 Jahren mit unterschiedlichem Gewicht und sozioökonomischem Status (SES) durchgeführt. Die Teilnehmenden kamen aus ländlichen und städtischen Regionen Indiens und städtischen Regionen Kanadas. Alle Jugendlichen nahmen hausgemachte Lebensmittel und Lebensmittel mit vielen Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen als gesund wahr. Ländliche indische Jugendliche identifizierten auch kontaminationsfreie Nahrung als wichtig. In Bezug auf den gesundheitlichen Wert von Fleischkonsum unterschieden sich die Meinungen. Unter den kanadischen Jugendlichen gingen zudem die Ansichten zu gesundheitlichen Auswirkungen von westlichen gegenüber indischen Ernährungsweisen auseinander. Aus Sicht von Inderinnen und Indern waren die Vorteile gesunder Ernährung eine verbesserte Energiezufuhr, aus Sicht von Kanadierinnen und Kanadiern und städtischen Inderinnen und Indern war es hingegen Krankheitsprävention. Als Barrieren wurden über alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer hinweg Gleichaltrige (Peers) sowie Verfügbarkeit, Zugang und Erschwinglichkeit von ungesunden Lebensmitteln identifiziert.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Jugendliche unterschieden gesundes von ungesundem Essen nach Nahrungsmittelarten, Nährstoffen sowie Quelle und Herkunft der Nahrung. Jugendliche aus allen Gruppen empfanden Ausgewogenheit und Vielfalt als wichtige Aspekte einer gesunden Ernährungsweise. Obst, Gemüse und Lebensmittel mit vielen Vitaminen, Mineralstoffen und Ballaststoffen wurden als gesund bezeichnet, während Lebensmittel mit viel Zucker, Fett und Kalorien als ungesund betrachtet wurden. Kanadische Jugendliche verwiesen häufig auf den „Kanada Food Guide“, ein von „Health Canada“ entwickelter Ernährungsplan, der bei der Auswahl von gesunden Lebensmitteln unterstützt. Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichtete, hauptsächlich vegetarisch zu essen und Fleisch nur gelegentlich zu konsumieren. Indische und kanadische Jugendliche waren sich über den gesundheitlichen Wert von Fleisch unsicher und nahmen Lebensmittel von Restaurants oder Straßenhändlerinnen bzw. -händlern als weniger gesund wahr als hausgemachtes Essen, u. a. wegen Mikronährstoffmangel und Kalorienüberschuss. Die Inderinnen und Inder begründeten dies mit der Gefahr infektiöser Verunreinigungen.

Ein Teil der kanadischen Mädchen war der Meinung, dass eine überwiegend indische Ernährungsweise negative Gesundheitsfolgen wie Adipositas verhindern könne. Andere gaben an, dass indische Lebensmittel genauso schädlich für die Gesundheit seien, wenn sie mit Öl zubereitet wurden und einen hohen Fettanteil haben.

Wahrgenommene Vorteile gesunder Ernährung

Jugendliche sehen gute Gesundheit, erhöhtes Energieniveau und geistige Wachsamkeit als Vorteile einer gesunden Ernährung. Krankheiten und verminderte Energie wurden als Folgen einer ungesunden Ernährung genannt. Die Einschätzung der Krankheitsrisiken ungesunder Ernährungsweisen war geprägt durch das Lebensumfeld der Jugendlichen. Während für kanadische und städtische indische Jugendliche mit hohem SES ungesunde Ernährung mit einem erhöhten Risiko für chronische Erkrankungen assoziiert ist, brachten ländliche und städtische indische Jugendliche mit niedrigem SES ungesunde Ernährung mit einem erhöhten Risiko für Infektionskrankheiten in Zusammenhang.

Wahrgenommene Barrieren bei gesundem Essen

Städtische Jugendliche aus Indien und Kanada berichteten von zahlreichen Hindernissen bei dem Versuch, sich gesund zu ernähren. Diese kamen von Personen aus ihrem Lebensumfeld und durch schulbezogene Verantwortlichkeiten. Auf die Frage, wann und wo es schwierig sei, gesund zu essen, schwiegen ländliche indische Jugendliche. Kanadische Jugendliche und städtische indische Jugendliche berichteten, dass sie in Gesellschaft von Freundinnen und Freunden und Geschwistern ungesund essen. Andere dabei zu beobachten, wie sie ungesunde Lebensmittel essen, erhöhe den Heißhunger. Zudem mache es der Mangel an elterlicher Aufsicht leicht, ungesund zu essen. Kanadische Jugendliche sahen sich gezwungen, Fertigmahlzeiten zu essen, da ihren Eltern wegen der langen Arbeitszeiten die Zeit fehlte, Mahlzeiten zu Hause zuzubereiten. Das Lernen für Prüfungen und Hausaufgaben erschwerten es städtischen indischen Jugendlichen

und kanadischen normalgewichtigen Mädchen, gesund zu essen. Sie berichteten, dass sie Mahlzeiten auslassen würden, um nicht vom Lernen abgelenkt zu werden, oder dass sie Fertigmahlzeiten oder ungesunde Snacks essen. Städtische indische Jugendliche und kanadische Mädchen begründeten das Auslassen des Frühstücks mit dem frühen Unterrichtsbeginn. Begrenzte Essenszeiten in der Schule machten es schwierig, gesund zu essen. Übergewichtige Jugendliche aus Indien und Kanada berichteten, dass sie Mahlzeiten in der Schule auslassen würden, um andere Aufgaben zu erledigen, und dass sie ungesunde Snacks verzehrten, weil sie einfacher zu konsumieren seien. Die Jugendlichen gaben an, dass sie ungesunde Lebensmittel essen würden, wenn sie zu Hause, in der Schule und Nachbarschaft verfügbar und leicht zugänglich wären. Die Verfügbarkeit von Lebensmitteln bezeichnet das regelmäßige Zur-Verfügung-Stehen einer ausreichenden Menge an Nahrungsmitteln, der Nahrungsmittelzugang das Zur-Verfügung-Stehen von Ressourcen, um Nahrungsmittel zu erhalten (WHO). Kanadische Jugendliche und städtische indische Jugendliche berichteten von Fast-Food-Restaurants in unmittelbarer Nähe ihrer Wohnhäuser und Schulen und vom Verkauf ungesunder Lebensmittel in Schulen und lokalen Geschäften. Städtische indische Jugendliche mit niedrigem SES und kanadische Mädchen berichteten, dass die fehlende elterliche Aufsicht in der Schule sowie eigenes Geld und erschwingliche Preise es einfach machen würden, ungesunde Lebensmittel zu erwerben und zu konsumieren. Kanadische übergewichtige Mädchen gaben hingegen an, dass es wahrscheinlicher sei, zu Hause ungesunde Lebensmittel zu essen, wenn sie dort verfügbar wären.

Vermittelnde und fördernde Faktoren für gesunde Ernährung

Alle Jugendlichen berichteten, dass Eltern gesunde Lebensmittel gekauft und zubereitet sowie Mahlzeiten beaufsichtigt und zu gesunden Lebensmittelentscheidungen angeleitet und aufgeklärt hätten. Kanadische Mädchen erzählten, dass sie von Freundinnen und Freunden zum Essen gesunder Lebensmittel ermutigt würden und mit ihren Freundinnen und Freunden gesunde Snacks teilten. Kanadische Jungen mit normalem Gewicht und indische Jungen mit niedrigem SES erklärten, eine Vorliebe für gesunde Nahrungsmittel zu haben, weil sie wüssten, dass sie gut für sie seien.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die qualitative Studie liefert Einblicke in die Wahrnehmung gesunder Ernährungsweisen indischer und indo-kanadischer Jugendlicher. Die meisten Ergebnisse waren über alle Gruppen konsistent, lediglich einige Perspektiven variierten zwischen indischen und kanadischen Jugendlichen und zwischen ländlichen und städtischen Jugendlichen in Indien. Wahrnehmungen normalgewichtiger und übergewichtiger Gruppen sowie von Jungen und Mädchen waren konsistent. Darüber hinaus konnten Jugendliche eher Hindernisse als Vermittler- oder Förderfaktoren für eine gesunde Ernährung benennen. Das deutet darauf hin, dass Interventionen, die Hindernisse adressieren, unter Umständen effektiver zur Förderung gesunder Ernährungsweisen beitragen können. Insgesamt zeigen die Ergebnisse drei Bereiche für Programme und Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung bei Jugendlichen indischer Herkunft:

1. Verbesserung des Verständnisses für gesunde Ernährung durch kultursensible Ernährungsbildung und Ernährungsleitlinien, die traditionelle und westliche Nahrungsmittel adressieren und Hinweise zu Fleischkonsum und Vegetarismus enthalten
2. Auswirkungen von akademischem bzw. schulischem Stress bei Ernährungsgewohnheiten berücksichtigen
3. Auswirkung des Lebensmittelumfeldes bei Essensentscheidungen, einschließlich regionaler Fragen wie Lebensmittelsicherheit in ländlichen Gebieten Indiens berücksichtigen

Jugendliche in allen Settings hatten im Allgemeinen fundierte Kenntnisse über gesundes Essen. Dies ist wahrscheinlich ein Ergebnis der Ernährungsbildung an Schulen. In Ontario, Kanada, erhalten Grundschülerinnen und Grundschüler in jedem Schuljahr Pflichtstunden in Ernährungsbildung. Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen müssen mindestens einen Kurs zu Ernährungsbildung wählen.

Die meisten Ergebnisse der Studie stimmen mit Wahrnehmungen nicht-indischer Jugendlicher zu gesunder Ernährung überein. Einige Wahrnehmungen sind jedoch spezifisch für Inderinnen und Inder sowie Indo-Kanadierinnen und Indo-Kanadier.

Indo-Kanadierinnen und Indo-Kanadier sowie städtische Inderinnen und Inder mit hohem SES diskutierten über die gesundheitlichen Auswirkungen von Fleischkonsum im Vergleich zum Vegetarismus und von traditionell indischen Ernährungsweisen im Vergleich zu westlichen Ernährungsweisen. Hintergrund ist, dass die vegetarische Ernährung seit Jahrhunderten in der indischen Esskultur verankert ist, auch heute noch bezeichnen sich 40 % der Inderinnen und Inder als Vegetarierinnen oder Vegetarier.

Ernährungsbildung sollte kultursensibel und inklusiv abwechslungsreiche Ernährungsweisen fördern, um Jugendliche aus verschiedenen Herkunftskulturen zu erreichen. Eine weitere wichtige Erkenntnis dieser Studie ist der Zusammenhang zwischen akademischen bzw. schulischen Anforderungen und Ernährungsverhalten. Besonders Jugendliche im städtischen indischen Kontext und kanadische Mädchen berichten, in Lernphasen weniger Appetit zu haben, Mahlzeiten auszulassen oder auf Fertiggerichte zurückzugreifen.

10.16 Dalma et al., 2018

Dalma, A., Zota, D., Kastorini, C.-H., Veloudaki, A., Ellis-Montalban, P. & Petralias, A. (2018). Daily distribution of free healthy school meals or food-voucher intervention? Perceptions and attitudes of parents and educators. *Appetite*, 120, 627–635.

Kurzbeschreibung	Verbesserung der schulischen Lebensmittelversorgung
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen, Schulleiter/-innen
Setting	Schule (Grundschulen und weiterführende Schulen)
Impact (Strategie)	hohe Akzeptanz und Teilnahmerate
Bezug zu Vulnerabilität	einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, soziale Benachteiligung, sozioökonomischer Status, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Intervention zur Übergewichtsprävention universell
Studiendesign	randomisierte qualitative Studie
Forschungsmethoden	qualitativ
Zielvariable/Outcome	
Evaluation	Erfolgsfaktoren aus Sicht von Stakeholdern
Strategie	Reduktion von Ernährungsunsicherheit und Stigmatisierung, Förderung gesundheitsfördernden Essverhaltens
Studienzeitraum	Mai–Juni 2014
Studienregion	Griechenland

Kurzzusammenfassung

Das griechische „Program on Food Aid and Promotion of Healthy Nutrition“ (DIATROFI) unterstützt Schülerinnen und Schüler an öffentlichen Schulen in sozioökonomisch benachteiligten Gebieten in ganz Griechenland dabei, Ernährungsunsicherheit und Übergewicht zu bewältigen. Zu Beginn des Jahres 2012 wurde eine qualitative Evaluation von schulbasierten Interventionen (Essen-Gutschein-Ansatz versus freie tägliche Mahlzeit) durchgeführt, um die optimale Vorgehensweise zur Verringerung von Ernährungsunsicherheit bzw. Unterstützungsmöglichkeiten von gesundheitsförderndem Essen bei Schulkindern zu ermitteln. Nach dem Zufallsprinzip wurden 34 Schulen einer der beiden Interventionen zugewiesen: Die Schulkinder an 17 Schulen erhielten täglich eine Lunchbox und die Eltern in den anderen 17 Schulen bekamen einmal pro Monat einen gleichwertigen Essensgutschein. An den teilnehmenden Schulen wurden 30 Fokusgruppen durchgeführt (17 zu freier täglicher Mahlzeit; 13 zu Essensgutscheinen). Teilnahmeberechtigt waren Eltern (n = 106), Lehrerinnen und Lehrer (n = 66) sowie Schulleiterinnen und Schulleiter (n = 34). Es zeigten sich erhebliche Unterschiede und eine positivere Wahrnehmung des Lunchbox-Ansatzes (freie tägliche Mahlzeit), insbesondere weil das Stigmatisierungspotenzial durch die Essensteilnahme aller Kinder minimiert wird. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gutscheingruppe berichteten von Verlegenheitsgefühlen und Angst vor Stigmatisierung. Darüber hinaus intensivierte der pädagogische und experimentelle Charakter des Ansatzes gesundheitsfördernde Ernährungsweisen, während die Gutscheinvariante nur bei bereits sensibilisierten Eltern Effekte erzielte.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die teilnehmenden Schulen wurden u. a. anhand von Einkommensdaten des griechischen Finanzministeriums sowie qualitativer und quantitativer Bedarfseinschätzung ausgewählt. Die 34 Schulen wurden zufällig der einen oder der anderen Intervention zugeordnet. Schülerinnen und Schüler in 17 Schulen erhielten täglich eine kostenlose Lunchbox, in den anderen 17 Schulen erhielten die Eltern monatlich einen gleichwertigen Gutschein. Damit konnten sie in örtlichen Supermärkten Essen kaufen. Bestimmte Lebensmittel wie etwa Schokoriegel waren ausgenommen. Die Lunchbox wurde nach den nationalen Ernährungsleitlinien für die Altersgruppe abwechslungsreich zusammengestellt. Die Teilnahme stand allen Schülerinnen und Schülern offen. An alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurde Informationsmaterial ausgegeben, z. B. Broschüren über gesunde Ernährung.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Bei dem vorliegenden Artikel werden aus inhaltlichen Gründen Erkenntnisse zu Wirksamkeit und Einflussfaktoren gemeinsam bearbeitet.

Stigmatisierung

Viele Eltern, die an der Intervention mit Essensgutscheinen teilnahmen, nutzten die Maßnahme als finanzielle Unterstützung für die Familie. Zudem beeinflussten in vielen Fällen Vorurteile das Teilnahmeverhalten der Eltern. Einige Eltern erklärten, dass sie nicht gerne teilgenommen und sich unwohl gefühlt hätten, besonders dann, wenn sie den Gutschein abholten.

Lehrerinnen und Lehrer sowie Schulleiterinnen und Schulleiter erklärten, dass gerade Familien mit finanziellen Schwierigkeiten entweder dem Programm fernblieben oder andere Eltern die Gutscheine in ihrem Namen entgegennehmen ließen. Eltern der Interventionsgruppe mit kostenlosen Mahlzeiten äußerten seltener Gefühle von Stigmatisierung. Einige Eltern und Lehrerinnen und Lehrer sahen in der Intervention, gesunde Mahlzeiten täglich an alle Schülerinnen und Schüler auszugeben, vor allem eine Maßnahme zur Förderung gesunden Ernährungsverhaltens. Darüber hinaus wurde die freie Mahlzeit als finanzielle Unterstützung anerkannt, weil Eltern dadurch Geld sparen konnten. Allerdings weigerten sich anfangs einige Eltern aufgrund von Vorurteilen, ihre Kinder an der freien Mahlzeit teilnehmen zu lassen. Sie änderten jedoch auf Bitte ihrer Kinder ihre Meinung, da diese sich bei der Essensausgabe ausgeschlossen fühlten. Alle befragten Lehrerinnen und Lehrer sowie Schulleiterinnen und Schulleiter erklärten, dass die Verteilung der kostenlosen Schulmahlzeit die Solidarität und Kollegialität unter Schülerinnen und Schülern fördert und gleichzeitig das Stigmatisierungspotenzial senkt.

Ernährungsunsicherheit

Die Reduzierung von Ernährungsunsicherheit war eines der beiden Kernziele des Programms. Trotz der kurzen Dauer (Pilotphase) wurde es als wirksame Strategie zur Minderung von Ernährungsunsicherheit anerkannt. Beide Interventionen begegneten Ernährungsunsicherheit auf unterschiedliche Weise. Die Mehrheit der Eltern, Lehrkräfte sowie der Schulleiterinnen und Schulleiter berichtete, dass die Intervention mit der freien Mahlzeit dafür sorgte, dass Kinder in der Schule täglich eine gesundheitsfördernde Mahlzeit zu sich nehmen würden. Die Intervention mit dem Gutschein für die Eltern wurde von der Mehrheit der Teil-

nehmerinnen und Teilnehmer als eine finanzielle Ressource für die gesamte Familie und als ein Mittel, den Haushalt zu entlasten, anerkannt. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass Gutscheine zwar für den Familieneinkauf verwendet wurden, es aber trotzdem Kinder gab, die ohne Essen in die Schule kamen.

Förderung gesunden Essverhaltens

Die Mehrheit der Eltern, Lehrkräfte sowie Schulleiterinnen und Schulleiter war der Auffassung, dass die kostenlose Mahlzeit für die Förderung eines gesunden Essverhaltens effektiver sei. In den Fokusgruppen wurde berichtet, dass die Schülerinnen und Schüler durch die ausgegebene Mahlzeit ein Beispiel für gesundheitsförderndes Essen bekamen. Es wurden Veränderungen der Ernährungspräferenzen beobachtet. Kinder, die es nicht gewohnt waren, Obst oder Milch zu konsumieren, begannen diese Lebensmittel in ihre tägliche Ernährung einzubeziehen, auch weil die Freundinnen und Freunde das Gleiche aßen (positiver Gruppendruck).

Pädagogische Aspekte

Im Hinblick auf den sozialen und pädagogischen Charakter bevorzugten Lehrerinnen und Lehrer sowie Schulleiterinnen und Schulleiter die kostenlose Mahlzeit. Insbesondere Grundschullehrerinnen und -lehrer erklärten, dass das Programm die bestehende Ernährungserziehung bereichern würde. Sie beobachteten, dass die Einnahme von gesunden Mahlzeiten Kindern erlaubt, erlernte Inhalte in der Praxis zu erleben. Hauswirtschaftslehrerinnen und -lehrer weiterführender Schulen berichteten ebenfalls, dass das Programm das Verständnis von Jugendlichen für gesunde Ernährung verbessert. Die meisten Eltern erklärten, dass sie ihre Schule aufgrund der Unterstützung als einen sicheren und vertrauenswürdigen Ort wahrnehmen würden und dass ihre Schule große Anstrengungen unternehmen würde, um sie in Zeiten der Finanzkrise zu unterstützen.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Die Intervention zur Verteilung kostenloser Mahlzeiten zeigte signifikante Vorteile gegenüber den Essens-Gutscheinen. Das Konzept der Intervention mit kostenlosen Mahlzeiten hatte nicht nur pädagogische Vorteile, sondern verbesserte zudem Ernährungsgewohnheiten, verminderte Ernährungsunsicherheit und entkräftete durch universelle Beteiligung Stereotype von Eltern und Kindern. Die Identifikation von Best-Practice-Interventionen sind in Zeiten zunehmender Ernährungsunsicherheit von großer Bedeutung. Public-Health-Interventionen sollten sich auf schulbasierte Lebensmittelversorgung fokussieren, da es eine effektive, weniger stigmatisierende Strategie ist, bei der Schülerinnen und Schüler und Eltern sich während der Teilnahme wohlfühlen.

10.17 Dubuy et al., 2014

Dubuy, V., Cocker, K. de, Bourdeaudhuij, I. de, Maes, L., Seghers, J., Lefevre, J., Martelaer, K. de, Brooke, H. & Cardon, G. (2014). Evaluation of a real world intervention using professional football players to promote a healthy diet and physical activity in children and adolescents from a lower socio-economic background: A controlled pretest-posttest design. *BMC public health*, 14(1).

Kurzbeschreibung	Profifußballer/-innen als Rollenvorbilder für Gesundheitsverhalten
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen (10–14 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen, Eltern
Setting	Schule, Profifußballklubs
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, Gesundheitsrisiken, Übergewicht und Adipositas, benachteiligte Schulbezirke
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention selektiv, targeted
Studiendesign	nicht-randomisierte cluster-kontrollierte Studie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Erhöhung körperlicher Aktivität, Sportbeteiligung, Obst- und Gemüseverzehr, Frühstücksverzehr, Reduktion Erfrischungsgetränkeverzehr, Selbstwirksamkeit
Strategie	/
Studienzeitraum	2011–2012
Studienregion	Flandern, Belgien

Kurzzusammenfassung

Zunehmende Adipositas-Raten unter Kindern und Jugendlichen, insbesondere mit geringem sozioökonomischem Status, machen die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität deutlich. Die vorliegende Studie untersucht die Wirksamkeit des Programms „Health Scores!“, das professionelle Fußballspielerinnen und Fußballspieler als Rollenvorbilder mit einem schulbasierten Programm zur Förderung gesunder Ernährung und körperlicher Aktivität bei vulnerablen Kindern und Jugendlichen kombiniert. Die Intervention wurde in zwei Settings durchgeführt: Profifußballvereinen und Schulen. Sozial gefährdete Kinder und Jugendliche (n = 165 Interventionsgruppe, n = 440 Kontrollgruppe, Alter zehn bis 14 Jahre) machten Angaben zu Ernährungsgewohnheiten und körperlicher Aktivität vor und nach der viermonatigen Intervention. Die Effekte wurden unter Verwendung der Varianzanalyse wiederholter Messungen bewertet. Zusätzlich wurde eine Prozessevaluation durchgeführt.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die „Health Scores!“-Intervention wurde von einem regionalen Netzwerk für Prävention in Zusammenarbeit mit der Football Foundation entwickelt. Die Football Foundation bietet belgischen Profifußballvereinen

konzeptionelle und finanzielle Unterstützung bei der Beteiligung an sozialen Projekten. „Health-Scores!“ war inspiriert von der niederländischen Intervention „Scoring with Health“. Die zentrale Interventionsstrategie war der Einsatz von Profifußballspielerinnen und -spielern als glaubwürdige Quelle für die Förderung von Gesundheitsverhalten. Das Programm bestand aus drei Komponenten: 1) einer Auftaktveranstaltung (Start Clinic), 2) einem Schulprogramm und 3) einer Abschlussveranstaltung (End Clinic). Die Intervention hatte zwei Hauptthemen: gesunde Ernährung und körperliche Aktivität. Von September 2011 bis März 2012 implementierten lokale Praktikerinnen und Praktiker, insbesondere Gesundheitshelferinnen und -helfer sowie Lehrerinnen und Lehrer die Intervention in Fußballvereinen und Schulen.

Die Fußballvereine waren verantwortlich für die Organisation der Veranstaltungen, die in den dortigen Räumen stattfanden. In den Veranstaltungen wurden Kinder und Jugendlichen dazu ermutigt, sich gesund zu ernähren und körperlich aktiv zu sein (z. B. gesund zu frühstücken, sich mit den Profis aufzuwärmen und einen Lebensstilvertrag zu unterzeichnen, der von einem Profi überreicht wurde). Zwischen der Auftakt- und der Abschlussveranstaltung wurde ein viermonatiges Schulprogramm durchgeführt. Dieses umfasste Schul- und Klassenraumaktivitäten zu beiden Interventionsthemen (z. B. kostenloses Obst für Schülerinnen und Schüler, Obst-und-Gemüse-Quiz, Bewegungspausen während des Unterrichts). Um die Durchführung der Intervention zu erleichtern, erhielten Lehrerinnen und Lehrer ein Tutorium, bestehend aus einer Reihe von Aktivitäten zu gesunder Ernährung und Bewegung. Außerdem erhielten die Schülerinnen und Schüler im Verlauf der vier Monate zwei Videobotschaften (zu gesunden Ernährungsweisen und zu körperlicher Aktivität) und zwei Briefe der Profis, die an die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils erinnerten.

Rekrutierung und Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Intervention wurde jedem Profifußballverein in Flandern vorgestellt, dem flämischen Teil von Belgien (n = 8). Sieben Fußballvereine waren bereit teilzunehmen. Zusammen mit den Zentren für Schulberatung war jeder Fußballverein für die Auswahl der Schulen verantwortlich. Mögliche Schulen wurden basierend auf offiziellen Indikatoren zum Anteil sozial gefährdeter Schülerinnen und Schüler in eine Rangfolge gebracht. Die Schulen mit dem höchsten Anteil an sozial gefährdeten Schülerinnen und Schülern wurden kontaktiert und zur Teilnahme eingeladen. Die Fußballklubs konnten so viele Klassen bzw. Schülerinnen und Schüler einschließen, wie sie wollten, mit einem Minimum von 50 Schulkindern pro Klub. Teilnahmeberechtigt waren Schülerinnen und Schüler in den letzten beiden Jahren der Grundschule und in den beiden ersten Jahren an weiterführenden Schulen (zehn bis 14 Jahre alt). Ein ähnliches Auswahlverfahren wurde von Forscherinnen und Forschern verwendet, um eine Kontrollgruppe zusammenzustellen. Um die Vergleichbarkeit mit der Interventionsgruppe zu optimieren, wurden Vergleichsschulen auf Region, Schulbehörde (katholische oder öffentliche Schulen) und Schulklasse abgestimmt. Es wurde ein Verhältnis von einem Drittel Kontroll- und zwei Dritteln Interventions-schülerinnen und -schülern angestrebt.

Erhebungsinstrumente

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an zwei bestehende Fragebögen entwickelt. Demografische Daten wie Alter, Geschlecht und Beschäftigungsstatus beider Eltern wurden im ersten Teil erfasst. Der zweite Teil erfasste Ernährungsgewohnheiten und basierte auf dem validen und zuverlässigen Fragebogen zur Nahrungsmittelfrequenz (FFQ). Verbrauchsfrequenzen wurden für Obst, Gemüse, Wasser, Softdrinks sowie süße und herzhaft Snacks erhoben (Antwortkategorien: nie, weniger als einmal pro Woche, einmal pro Woche, 2-4 Tage/Woche, 5-6 Tage/Woche, einmal täglich/jeden Tag, jeden Tag/mehr als einmal). Frühstücksgewohnheiten und psychosoziale Korrelate der Frühstücksgewohnheiten wie Einstellung und Selbst-

wirksamkeit wurden ebenfalls bewertet. Die Schulkinder wurden gefragt, wie viele Tage in der Woche und am Wochenende sie gefrühstückt haben, und um ihre Meinung hierzu gebeten („Denkst du, dass du jeden Tag frühstücken solltest?“; „Jeden Tag zu frühstücken finde ich...“; Antwortkategorien: sehr schwierig, schwierig, einfach, leicht, sehr leicht). Im letzten Teil des Fragebogens wurde das Bewegungslevel anhand des Flämischen Fragebogens zur körperlichen Aktivität (FPAQ) erhoben. Zudem wurden Fragen zu den Aktivitätsgewohnheiten und zur Beteiligung in Sportvereinen gestellt. Die Daten wurden zweimal (Baseline und Follow-up) per Fragebogen erhoben.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die Ergebnisse zeigen keine signifikanten Interventionseffekte für folgende Verhaltensweisen: täglicher Frühstücksverzehr ($p = 0,49$), Konsum von Erfrischungsgetränken ($p = 0,22$), Fruchtkonsum ($p = 0,52$) und Verzehr von süßen und herzhaften Snacks ($p = 0,31$). Ein Trend zur Signifikanz ($F = 2,95$, $p = 0,07$) wurde bei der Sportbeteiligung gefunden; die durchschnittlichen Minuten der Sportbeteiligung erhöhten sich in beiden Gruppen signifikant. Die Ergebnisse zeigen, dass die Intervention hauptsächlich bei psychosozialen Korrelaten einer gesunden Ernährungsweise und Förderung körperlicher Aktivität erfolgreich war. Es wurden positive Effekte deutlich hinsichtlich der Selbstwirksamkeit, täglich zu frühstücken und die Vorgaben für körperliche Aktivität zu erreichen. Außerdem verbesserte das Programm die Einstellungen der Kinder zu geringerem Konsum von Softdrinks und zum Verzehr von mehr Gemüse.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

In der Interventions- wie in der Kontrollgruppe sprach ein großer Anteil der Schülerinnen und Schüler zu Hause kein Niederländisch. Daher erklärten Forscherinnen und Forscher sowie Lehrerinnen und Lehrer die Bedeutung der Fragen, wenn Unsicherheiten bei den Kindern entstanden. Die neben Belgien am häufigsten erfassten Geburtsländer waren Türkei, Marokko, Bulgarien, Niederlande, Albanien und Tschechische Republik. Die Eltern der Schülerinnen und Schüler gaben eine passive Einverständniserklärung ab, sie mussten ein Formular unterschreiben und zurücksenden, wenn ihre Kinder nicht teilnehmen sollten.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Studie legt nahe, dass ein schulbasiertes Programm zur Förderung eines gesunden Lebensstils in Kombination mit dem Einsatz von professionellen Fußballerinnen und Fußballern eine vielversprechende Strategie ist und insbesondere sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche anspricht.

10.18 Edwards et al., 2010

Edwards, K. L., Clarke, G. P., Ransley, J. K. & Cade, J. (2010). The neighbourhood matters: studying exposures relevant to childhood obesity and the policy implications in Leeds, UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 194-201.

Kurzbeschreibung	kleinräumige Datenanalyse für die Übergewichtsprävention
Primäre Zielgruppe	Kinder, Jugendliche (3-13 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	kommunale Steuerungsverantwortliche, Gesundheitsplanende
Setting	Kommune, Stadtteil, Kita, Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung, sozioökonomischer Status, Gesundheitsrisiken, Adipositas, benachteiligte Nachbarschaften
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittstudie
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	BMI
Strategie	/
Studienzeitraum	k. A.
Studienregion	Leeds, Großbritannien

Kurzzusammenfassung

Die Verringerung von Adipositas bei Kindern ist ein Schlüsselregierungsziel in Großbritannien. Adipogene (obesogenic) Umgebungen sind eine der wichtigsten Erklärungen für die steigende Prävalenz und daher ein Fokus für Präventionsstrategien. Räumliche Analysetechniken werden verwendet, um Informationen über Adipositas auf der Nachbarschaftsebene bereitzustellen und lokale Politiken zur Adipositas-Prävention zu gestalten. In der vorliegenden Studie wurde Adipositas bei Kindern über den BMI definiert, unter Verwendung von Querschnittsdaten zu Größe und Gewicht von Kindern im Alter von drei bis 13 Jahren (Adipositas > 98. Perzentil; britischer Referenzdatensatz). Es wurden Beziehungen zwischen kindlicher Adipositas und zwölf simulierten adipogenen Variablen mit geografisch gewichteter Regression untersucht. Die Ergebnisse wurden auf drei Bezirke mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen angewendet, um die lokale Politik zur Adipositas-Prävention anzupassen. Diese Studie zeigt die Bedeutung der kleinräumigen Datenanalyse, um Gesundheitsplanerinnen und Gesundheitsplaner mit detaillierten Informationen zu versorgen, die sie dabei unterstützen können, Interventionen zu priorisieren und maximalen Nutzen zu erzielen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

In Leeds wurden basierend auf dem durchschnittlichen Benachteiligungsindex drei Zensusbezirke (jeweils 20 bis 30 Tausend Einwohnerinnen und Einwohner) als Fallstudiengebiete ausgewählt. City & Holbeck (CH) ist ein stark benachteiligtes innerstädtisches Stadtgebiet (durchschnittlicher Benachteiligungswert 56,0) mit einem hohen multikulturellen Bevölkerungsanteil (40 %). Wetherby ist ein wohlhabendes Gebiet (durchschnittlicher Benachteiligungswert 9,1), dünn besiedelt und weitgehend ländlich. Morley South (MS) ist ein mittlerer Bezirk (durchschnittlicher Benachteiligungswert 23,2). Wohneigentum (85 % Wetherby, 75 % MS, 40 % CH) und Verfügbarkeit von Autos (86 %, 73 %, 40 %) sind in Wetherby am höchsten; umgekehrt sieht es bei der wirtschaftlichen Inaktivität (55 %, 50 %, 64 %) und dem Prozentsatz Erwachsener ohne Qualifikation aus (38 %, 48 %, 56 %). Die Prävalenz von Adipositas bei Kindern wurde mit Hilfe des BMI-SDS-Werts (BMI Standard Deviation Score) standardisiert für Geschlecht und Alter und unter Verwendung des britischen Referenzdatensatzes für das Jahr 1990 dargestellt. Die verwendeten BMI-Daten stammten aus drei Quellen: Leeds' Primärversorgungsaufzeichnungen routinemäßig gesammelter Daten (Drei- und Fünfjährige, Messungen von 1998 bis 2003); Daten der Trends-Studie in Leeds (Fünf-, Neun- und Dreizehnjährige, gemessen 2004 und 2005); Daten aus der Studie in Leeds (Elfjährige, gemessen 2005 und 2006). Alle Daten wurden anonymisiert. Zwölf adipogene Kovariate wurden in die Analysen einbezogen (Tabelle 12).

Tabelle 12:
Definition/Operationalisierung der zwölf verwendeten Kovariate

Variablen	Operationalisierung/Definition	Kategorien	Quellen Datensatz
Umweltbezogen			
Zugang zu Supermärkten	Wahrnehmung der Erreichbarkeit/des Weges zum Supermarkt	einfach; schwer	HSE ¹⁰
Zugang zu Freizeitanlagen	Wahrnehmung, ob es gute Freizeitmöglichkeiten in der Umgebung gibt	stimme zu; stimme nicht zu	HSE
Qualität der öffentlichen Verkehrsanbindungen	Wahrnehmung, ob es gute lokale Verkehrsmöglichkeiten in der Umgebung gibt	stimme zu; stimme nicht zu	HSE
Sicherheit der Nachbarschaft	Wahrnehmung von Problemen mit „herumhängenden“ Jugendlichen	Problem; kein Problem	HSE
Fernsehgerätebesitz	Fernsehgeräte in einem Haushalt	0 oder 1; 2 oder mehr	EFS ¹⁰
Medienzeit	Internetverbindung in einem Haushalt	ja; nein	EFS
Verhaltensbezogen			

¹⁰ EFS, Expenditure and Food Survey 2005; HSE, Health Survey of England 2002.

Variablen	Operationalisierung/Definition	Kategorien	Quellen Datensatz
Level körperlicher Aktivität von Kindern	Zeit, die in der letzten Woche mit physischer Aktivität verbracht wurde	keine; ≤ 3 Stunden (niedrig); 4–7 Stunden (gemäßigt); 7 Stunden oder mehr (hoch)	HSE
bewegungsarmes/sitzendes Verhalten von Kindern	Zeit, die in der letzten Woche für Unternehmungen physischer Aktivität aufgebracht wurde	bewegungsarm; einige wöchentliche Aktivitäten	HSE
bewegungsarmes/sitzendes Verhalten von Erwachsenen	Zahl der Tage pro Woche, an denen sie für mindestens 30 min aktiv waren	bewegungsarm; einige wöchentliche physische Aktivitäten	HSE
Obst- und Gemüseverzehr	Gesamtanzahl der Portionen an Obst und Gemüse, die gestern gegessen wurden	keine; 1 – 4 Portionen; 5 oder mehr Portionen	HSE
Nahrungsausgaben	Haushaltsbetrag, der in den letzten zwei Wochen für Essen ausgegeben wurde	< £60 (niedrig); > £60 (hoch)	EFS ¹¹
Schulmahlzeiten	Betrag, der in der letzten Woche für Schulmahlzeiten ausgegeben wurde	nichts; einiges	EFS

Die Studie hat einen lokalen Ansatz verwendet, um die Beziehung zwischen adipogenen Kovariaten und Adipositas bei Kindern zu untersuchen. Es wird gezeigt, dass Analysen auf Mikroebene für Gesundheitsplanerinnen und -planer von großem Wert sind und die Entwicklung von Gesundheitspolitiken ermöglichen, die auf lokaler Evidenz basiert. Die Prävalenz von Adipositas variierte in den drei Fallstudienbereichen: Adipositas war am höchsten in den am stärksten benachteiligten und in den wohlhabendsten Bezirken. Dies steht im Gegensatz zur Deprivationstheorie (Deprivation Theory), die vorhersagen würde, dass Wetherby die niedrigste Prävalenz hat. Diese Ergebnisse zeigen, dass sich Adipositas bei Kindern über sozioökonomische Gruppen verteilt und nicht auf benachteiligte Gebiete beschränkt. Es ist möglich, dass es verschiedene Mechanismen für Adipositas in benachteiligten gegenüber wohlhabenden Gebieten gibt. Der wahrgenommene schlechte Zugang zu Supermärkten war mit erhöhtem Risiko für Adipositas bei Kindern verbunden. Schwierigkeiten beim Zugang zu Supermärkten und der damit verbundene reduzierte Verzehr von Obst und Gemüse können zu höheren Adipositas-Raten führen, z. B. auch in Abhängigkeit von der Fahrzeugverfügbarkeit. Denn Menschen ohne Zugang zu einem Auto oder mit schlechten öffentlichen Verkehrsverbindungen müssen zahlreiche Hürden überwinden, um regelmäßig frische Lebensmittel einkaufen zu können. Ebenso erhöht der wahrgenommene schlechte Zugang zu Freizeiteinrichtungen das Adipositas-Risiko. Gebiete mit angemessenen kommunalen Freizeiteinrichtungen können zu höherer körperlicher Aktivität führen und auf diese Weise das Adipositas-Risiko reduzieren. Diese Studie zeigte ein erhöhtes Adipositas-Risiko, wenn in den wohlhabenden Bezirken ein Sicherheitsproblem wahrgenommen wurde, u. a. Probleme mit „herumhängenden“ Teenagern. Die elterliche Wahrnehmung der Sicherheit im Wohngebiet stand nach-

¹¹ EFS, Expenditure and Food Survey 2005; HSE, Health Survey of England 2002

weislich in Beziehung mit der Adipositas-Prävalenz bei Kindern. Dies kann daran liegen, dass das körperliche Aktivitätsniveau in der Freizeit mit Sicherheitsbedenken negativ assoziiert wird. Körperliche Aktivität bei Kindern war ein Schutzfaktor für Adipositas, besonders in den wohlhabendsten und am meisten benachteiligten Bezirken. Die Studie bezieht sich auf Übersichtsarbeiten, die unterstreichen, dass körperliche Aktivität obligatorisches Element des Schulprogramms sein muss, wenn Schulkinder fit und gesund sein sollen. Bewegungsarmes bzw. sitzendes Verhalten unter Kindern und Erwachsenen stand in den wohlhabendsten Bezirken in positiver Beziehung mit Adipositas. Ein Zusammenhang zwischen der Ausstattung mit mehr als einem Fernseher und Adipositas bestand besonders in benachteiligten Bezirken. Ein erhöhtes Risiko für Adipositas, wenn nicht täglich Obst und Gemüse verzehrt wurden, zeigte sich besonders im wohlhabenden Stadtteil Wetherby. Ausgaben für Nahrungsmittel waren in den stärker benachteiligten Bezirken ein signifikanter (inverser) Prädiktor für Adipositas bei Kindern. Geringes Einkommen/geringe Ausgaben für Lebensmittel sind mit einer schlechten Kindergesundheit verbunden. Schulmahlzeiten reduzierten das Adipositas-Risiko bei Kindern, besonders in den benachteiligten Bezirken.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Studie zeigt, dass sich die Schlüsselkovariate im Zusammenhang mit kindlicher Adipositas zwischen Fallstudiengebieten unterscheiden und verschiedene und lokal abgestimmte Interventionsansätze zur Verringerung der Prävalenz von Adipositas bei Kindern benötigt werden, um Wirkung zu erzielen. Strategien zur Adipositas-Prävention sollten auf die spezifische Daten- und Bedürfnislage jedes Mikrobereichs angepasst werden. Es reicht für Politiken der Adipositas-Prävention nicht aus, sich nur darauf zu konzentrieren, Menschen dazu zu bringen, weniger ungesund zu leben bzw. gesünder zu leben. Denn es zeigt sich, dass neben individuellen Verhaltensfaktoren bezüglich des Adipositas-Risikos Umweltfaktoren ebenso wichtig sind. In Public-Health-Interventionen müssen daher beide Ebenen, idealerweise mit einem setting-übergreifenden Ansatz, adressiert werden.

10.19 Gallois et al., 2011

Gallois, K. M., Henauw, S. de, Hassel, H., Hebestreit, A., Pigeot, I. & Zeeb, H. (2011). Standardisierte Entwicklung der IDEFICS-Intervention und Implementierung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 54(3), 330–338.

Kurzbeschreibung	gemeindeweite Intervention zur Übergewichtsprävention
Primäre Zielgruppe	Kitakinder, Schüler/-innen (ca. 2–9 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Gemeindevertreter/-innen, Lehrer/-innen, Erzieher/-innen
Setting	Kita, Grundschule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	soziale Benachteiligung
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention universell
Studiendesign	nicht-randomisierte kontrollierte Studie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ (Mixed-Method)
Zielvariable/Outcome	
Intervention	BMI, Übergewicht und Adipositas
Strategie	/
Studienzeitraum	2006–2011
Studienregion	Deutschland

Kurzzusammenfassung

Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter ist in den letzten Jahren in Deutschland stark angestiegen. Erfolgreiche Interventionsmaßnahmen zeichnen sich durch eine Maßnahmenplanung auf Grundlage eines theoretischen Modells, die Einbeziehung verschiedener Zielgruppen und Schulen bzw. Kindergärten als gesamte Einheit sowie die Evaluation ihrer Effizienz aus. Am Beispiel der Entwicklung und Implementierung der „IDEFICS“-Intervention (Akronym für Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health Effects In Children and infantS) werden deren zentrale Komponenten dargestellt. Die „IDEFICS“-Intervention wurde mithilfe des Intervention-Mapping-Protokolls (IM) entwickelt und zielt auf eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung und Entspannung. Zur Durchführung der „IDEFICS“-Intervention wurden zehn Module entwickelt, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen. Die Umsetzung der Module und damit verbundene Erfahrungen zu Förder- und Hemmfaktoren werden exemplarisch für Deutschland dargestellt.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die Intervention wurde in teilnehmenden Ländern regional begrenzt in einer Interventionsregion oder -stadt angeboten. In jedem Land gibt es eine Kontrollregion, in der keine Interventionsmaßnahmen stattgefunden haben. In beiden Regionen wurden die Kinder vor (t0) und nach der Intervention (t1, t2) untersucht und die Eltern befragt. Ein Vergleich von t0 zu t1 bzw. t2 erlaubt es, Aussagen über die Effektivität der Interventionsmaßnahmen zu machen. In Deutschland wurde die Stadt Delmenhorst als Interventions- und

die Stadt Wilhelmshaven als Kontrollgemeinde ausgewählt. Es beteiligten sich in Delmenhorst zwölf Grundschulen und 13 Kitas am Survey (t0). 19 dieser 25 Einrichtungen (elf Kitas und acht Schulen) haben die Intervention durchgeführt.

Entwicklung der Intervention

Die IM-Methode beschreibt einen iterativen Prozess zur theorie- und evidenzbasierten Entwicklung und Implementierung von Interventionsprogrammen. Der Prozess gliedert sich in sechs Schritte:

1. Bedarfsermittlung über eine Literatursuche und Fokusgruppengespräche (Needs Assessment)
2. Entwicklung einer Matrix zur Identifikation der Ziele (Preparing Matrices of Change Objectives)
3. Auswahl angemessener Methoden und praktischer Strategien (Selecting theory-informed Intervention Methods and practical Strategies)
4. Design eines Programmplans (Producing Program Components and Materials)
5. Einsatz und Implementierung des Plans (Planning Program Adoption, Implementation and Sustainability)
6. Evaluation (Planning for Evaluation)

Da die einzelnen Schritte fließend ineinander übergehen, ist ihre eindeutige Zuordnung während der Interventionsentwicklung nicht immer möglich.

Schritt 1: Bedarfsermittlung durch Literatursuche und Fokusgruppengespräche

Laut Bartholomew et al. (2016) sollten Interventionen nur für schwerwiegende und häufig vorkommende Gesundheitsprobleme entwickelt werden, um ressourcenschonend zu arbeiten. Zunächst werden die verhaltensbeeinflussenden Faktoren identifiziert. Um die Suche nach modifizierbaren Risikofaktoren zu komplettieren, werden individuelle und umfeldbedingte Faktoren ermittelt. Die Bedarfsermittlung im IM schließt mit der Definition eines Fernziels ab, z. B. mit der gewünschten (Verhaltens-)Veränderung.

Die Entwicklung einer Intervention für Kinder zur Prävention von Übergewicht/Adipositas (Fernziel der Intervention) ist eindeutig begründet. Die Bedarfsermittlung basierte auf Evidenz der vorhandenen Literatur, auf den Ergebnissen der durchgeführten Fokusgruppengespräche und einem Expertentreffen der „IDEFICS“-Partnerinnen und -Partner. Neben der Literaturrecherche wurden Fokusgruppengespräche mit Kindern, Erzieherinnen und Erziehern bzw. Lehrerinnen und Lehrern, Eltern sowie Gemeindevertreterinnen und -vertretern durchgeführt, um den Bedarf der Zielgruppen zu ermitteln. Die Ergebnisse der Fokusgruppengespräche flossen in die weitere Entwicklung der „IDEFICS“-Intervention ein.

Schritt 2: Entwicklung einer Matrix zur Identifikation der Ziele

Der zweite Schritt beinhaltet die detaillierte Beschreibung der Interventionsziele. Neben der inhaltlichen Zielbestimmung wird auch die Zielgruppe genauer definiert, um die Intervention entsprechend auszurichten. Als detaillierte Ziele wurden sechs Schlüsselbotschaften von Expertinnen und Experten herausgearbeitet.

Tabelle 13:
Sechs Schlüsselbotschaften

Ernährung	Bewegung	Entspannung
mehr Wasser	weniger TV	mehr Zeit mit der Familie
mehr Obst und Gemüse	mehr Bewegung	ausreichend Schlaf

Bei der Auswahl der Schlüsselbotschaften stand im Vordergrund, dass a) einfache Ziele und b) positive Botschaften für c) wesentliche Einflussfaktoren auf Übergewicht/Adipositas bei Kindern formuliert werden. Die „IDEFICS“-Intervention wurde für mehrere Ebenen konzipiert, da dieses Vorgehen am ehesten einen Erfolg verspricht. Somit wurden Schulen und Kitas (also Lehrerinnen und Lehrer, Erzieherinnen und Erzieher und Leitungspersonal), Gemeinden (politische Vertreterinnen und Vertreter), Familien/Eltern und Kinder als Interventionsebenen identifiziert.

Schritt 3: Auswahl angemessener Methoden und praktischer Strategien

Dieser Schritt umfasst die Auswahl angemessener Methoden zur Verhaltensänderung der Zielgruppen und deren Umsetzung in praktische Strategien.

Schritt 4: Design eines Programmplans

Die im dritten Schritt ausgewählten Methoden wurden im vierten Schritt in einen praktischen Interventionsplan umgesetzt und Materialien für die genannten Zielgruppen entwickelt. Außerdem wurde ein Zeitplan entwickelt, wann welche Materialien eingesetzt werden sollten.

Schritt 5: Einsatz und Implementierung des Plans

Der fünfte Schritt enthält einen Plan zur Implementierung des Interventionsprogramms. Die Implementierung der „IDEFICS“-Interventionsmodule wurde als Operationsprozess definiert, in einem Handbuch detailliert beschrieben und dem Interventionsteam als Fahrplan zur Verfügung gestellt. Die aktive Phase zur Implementierung der „IDEFICS“-Intervention fand in acht Ländern zeitgleich im Schul- bzw. Kindergartenjahr statt.

Schritt 6: Evaluation

Im letzten Schritt des IM-Protokolls wird ein Evaluationsplan erstellt. Dieser zielt auf die Struktur- und Prozessevaluation der Intervention in den einzelnen Zielgruppen. In der „IDEFICS“-Intervention umfasste die Strukturevaluation eine Kostenaufstellung, die Beurteilung des Zeitaufwands, die Erfassung praktischer Probleme und die Entwicklung möglicher Lösungen. Die Prozessevaluation beinhaltete eine qualitative Befragung der Zielgruppen zur Compliance, Wahrnehmung, Machbarkeit, Akzeptanz und Nachhaltigkeit. Sie wurde prozessbegleitend schriftlich und in Interviews durchgeführt. Eine Ergebnisevaluation erfolgte durch den Vergleich entsprechender Zielparameter wie etwa des BMIs und der Verhaltensweisen vor und nach der Intervention (t0, t1, t2).

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Beteiligung von Gemeindevertreterinnen und -vertretern („IDEFICS“-Gemeindeplattform)

Ziel der Gemeindeplattform war es, wichtige Vertreterinnen und Vertreter der Stadt Delmenhorst einzubeziehen und die Intervention auf diesem Weg in der Gemeinde zu implementieren. In Delmenhorst bestand sie aus Vertreterinnen und Vertretern der Politik, dem Gesundheits- und Sozialbereich, Migrantenorganisationen, Elternvertreterinnen und -vertretern sowie Vertreterinnen und Vertretern teilnehmender Schulen und Kindergärten. Zu ihren zentralen Tätigkeiten zählte die Organisation einer dreitägigen Auftaktveranstaltung zu Beginn der aktiven Interventionsphase. Darüber hinaus hat sich die Gemeindeplattform an der Durchführung eines Familientags beteiligt und einige Aktivitäten der teilnehmenden Schulen/Kitas finanziell unterstützt.

Partnerschaften bilden (Runde Tische)

Drei Schritte zum Aufbau von Partnerschaften zwischen „IDEFICS“-Team und den Schulen/Kitas: 1) Benachrichtigung der Lehrkräfte und Erzieherinnen und Erzieher über die Intervention, 2) Gründung einer Steuerungsgruppe für die Intervention, 3) Gründung einer Schulplattform auf Gemeindeebene. Ziel in Schulen und Kitas war es, pädagogisches Personal einzubeziehen und die Unterstützung des Projekts zu fördern. In Delmenhorst wurde an teilnehmenden Schulen und Kitas eine Steuerungsgruppe (Runder Tisch), bestehend aus Lehrerinnen und Lehrern, Eltern und anderen Schulvertreterinnen und -vertretern, eingerichtet. Im Laufe der Intervention hat sich eine Arbeitsgruppe aller Grundschulen herausgebildet, die sich monatlich trifft.

Gesundheitsförderung von Kindern

Die Schlüsselbotschaften wurden im Rahmen von neun Gesundheitswochen (GW) im Schuljahr 2008/2009 behandelt. Zu den GW erhielten Lehrerinnen und Lehrer und Erzieherinnen und Erzieher ein ausführliches Handbuch und ein Kartenspiel. Zudem wurde ein Lern- und Spielposter entwickelt und in allen Klassen/Gruppen verteilt. Im Handbuch und auf dem Poster wurden Spiele und Aktivitäten passend zu der jeweiligen Gesundheitswoche beschrieben. Zusätzlich zu den Materialien gab es in Delmenhorst ein von Studentinnen und Studenten durchgeführtes Angebot (IDEFICS-on-Tour).

Veränderung des Schulumfelds hin zu mehr Bewegung

In einigen Kitas wurde das Angebot an Spielmaterialien erneuert, in zwei Kitas sogar der gesamte Spielplatz neu angelegt. Zwei teilnehmende Schulen erneuerten die Hüpfkästchen mit Farbe auf dem Pausenhof.

Sport-Curriculum mit Gesundheitsbezug

Modul 7 richtete sich an Sportlehrerinnen und -lehrer bzw. an Verantwortliche für den Bereich Bewegung. Ziel dieses Moduls war es, möglichst alle Kinder während des Sportunterrichts aktiv zu halten, Wissen über sportliche Aktivität zu vermitteln sowie soziale Einstellungen und körperliche Fähigkeiten zu fördern. Mindestens 50 % des Sportunterrichts sollten laut derzeitigen Empfehlungen in moderater bis intensiver körperlicher Aktivität (MVPA) verbracht werden. Teilnehmenden Lehr- und Fachkräften wurde das Modul schriftlich ausgehändigt. Zur Umsetzung wurden zwei Workshops durchgeführt. Die Akzeptanz von Sport-

lehrerinnen und -lehrern war gering. Eine Veränderung von Inhalten oder Struktur des Sportunterrichts war nicht erwünscht, da das Curriculum dies nicht vorsieht. Einige Kita-Fachkräfte sahen das Handbuch als Bereicherung. Andere gaben an, dass es keine strukturierten Bewegungszeiten im Kindergarten gibt und das Modul nicht nützlich war.

Weiterbildung der Eltern

Es wurden mehrere Informationsblätter zu den Schlüsselbotschaften entwickelt und an Eltern weitergegeben. Zudem gab es in Delmenhorst diverse Elternangebote und -abende zu den Schlüsselbotschaften. Zusätzlich wurden zwei Elternabende mit Expertise zum Thema Medienkonsum von Kindern angeboten. An Elternsprechtagen hatten Eltern die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des „IDEFICS“-Teams über die Intervention zu befragen. Es wurden acht Kochabende für Eltern angeboten, in denen gesunde Ernährung und gesundes und einfaches Kochen praktisch thematisiert wurden.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Bislang liegen nur wenige Belege über die Effektivität von Programmen vor. Es können vier wesentliche Komponenten für eine erfolgreiche Interventionsstrategie identifiziert werden:

1. Maßnahmenplanung basierend auf einem theoretischen Modell
2. Einbeziehung des gesamten Schulumfelds, der Familien und der weiteren Gemeinde
3. Einbeziehung von Schulen und Kindergärten als Einheit
4. Evaluation des Interventionsprogramms zur Identifikation effektiver Programme

Die „IDEFICS“-Intervention wurde als gemeindeorientiertes Programm, basierend auf dem Setting-Ansatz, entwickelt und zielte auf eine größtenteils eigenständige Durchführung durch die teilnehmenden Einrichtungen mit Unterstützung des jeweiligen nationalen „IDEFICS“-Teams. Hier lagen die größten Schwierigkeiten bei der Implementierung. Bereits im Rahmen der Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Zielgruppen, auf die die Module zugeschnitten waren, sich oft nicht in der Verantwortung sahen, ihren Beitrag zur Prävention von Übergewicht zu leisten.

10.20 Hjern et al., 2013

Hjern, A., Rajmil, L., Bergström, M., Berlin, M., Gustafsson, P. A. & Modin, B. (2013). Migrant density and well-being—a national school survey of 15-year-olds in Sweden. *European Journal of Public Health, 23*(5), 823–828.

Kurzbeschreibung	Einfluss der Migrantendichte an Schulen auf das Wohlbefinden von Schüler/-innen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	ethnische Minderheiten
Interventionsform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittserhebung
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	Lebensqualität
Studienzeitraum	2009
Studienregion	Schweden

Kurzzusammenfassung

Ziel dieser Studie war es, den Einfluss der Migrantendichte an Schulen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund sowohl der ersten als auch der zweiten Generation zu untersuchen. Es zeigte sich, dass in Afrika oder Asien geborene Schülerinnen und Schüler einem hohen Risiko für Beeinträchtigung der Lebensqualität durch Mobbing ausgesetzt sind. Zur Erhöhung der Lebensqualität von nicht-europäischen Migrantenkinder sind schulische Interventionen zur Verbesserung der Beziehungen unter Gleichaltrigen und die Verhinderung von Mobbing notwendig.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Im Vorfeld dieser Studie lagen kaum Erkenntnisse über die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern aus Migrantenfamilien in nordeuropäischen Ländern vor. Der Schwerpunkt in der Literatur zur Flüchtlingsgesundheit lag auf Risikofaktoren, die schwer beeinflussbar sind, wie traumatische Erfahrungen im Herkunftsland. Zudem mangelt es an Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren im Aufnahmeland, die die Grundlage für eine wirksame Prävention bilden können. Darüber hinaus war in Nordeuropa eine gestiegene Anzahl von Krankenhauseinweisungen wegen psychotischer Störungen unter farbigen Einwandererinnen und Einwanderern zu beobachten. In diesem Zusammenhang wurde Diskriminierung als ein chronischer Stressfaktor diskutiert. Die schwedische Immigrationspolitik fußt auf der Annahme, dass residenzielle Segregation sich negativ auf die Gesundheit und die soziale Anpassung von Migrantinnen und Migranten auswirkt. Dieser Zusammenhang ist jedoch kaum aus der Perspektive der Lebensqualität untersucht worden.

Im vorliegenden Beitrag wird umfangreiches Datenmaterial aus einer nationalen Schulstudie ausgewertet, um Fragen nach den Konsequenzen der räumlichen Segregation für migrantische Kinder zu erforschen. Erkenntnisleitende Fragen:

- Haben Kinder mit Migrationshintergrund mehr Lebensqualität, wenn sie in Schulen integriert sind, die überwiegend von Kindern aus Familien der schwedischen Mehrheit besucht werden?
- Gibt es dabei Unterschiede zwischen Kindern, die selbst migriert sind und solchen, die in Schweden geboren sind und migrantische Eltern haben?

Die Daten von 76.229 Schülerinnen und Schülern aus 1.352 Schulen wurden in zweistufigen linearen Regressionsmodellen analysiert. Die Lebensqualität wurde anhand von sechs Dimensionen mit Relevanz für das Schul-Setting aus dem KIDSCREEN-52 Fragebogen erhoben:

1. Psychisches Wohlbefinden
2. Stimmungen und Emotionen
3. Gleichaltrige und soziale Unterstützung
4. Soziale Akzeptanz (Bullying)
5. Schulzufriedenheit
6. Allgemeiner Lebensqualitätsindex aus KIDSCREEN-10

Diese Fragebögen wurden im Rahmen eines EU-Forschungsprojektes für den Einsatz in der Gesundheitsforschung und Gesundheitsberichterstattung konzipiert mit dem Ziel, gefährdete Kinder und Jugendliche auf Grundlage ihrer subjektiven Gesundheit zu identifizieren und Vorschläge für geeignete Interventionen zu formulieren.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Die Erkenntnisse der Studie geben Hinweise für die Gestaltung von Interventionen zur Verbesserung von Lebensqualität und seelischer Gesundheit bei Kindern mit Migrationshintergrund und werden im Folgenden kurz dargestellt.

Schülerinnen bzw. Schüler mit einem oder zwei im Ausland geborenen Eltern lebten häufiger bei einem alleinerziehenden Elternteil. Der Prozentsatz derer, die nicht bei ihren Eltern lebten (mit anderen zusammenlebten), war bei den im Ausland geborenen Schülerinnen und Schülern am höchsten. Besonders hoch war er bei Jungen aus Afrika oder Asien, wo er bis zu 8 % betrug. Insgesamt besuchten 56,1 % der Schülerinnen und Schüler der Mehrheitsbevölkerung Schulen mit geringer Migrationsdichte. Nur 2 % der Bevölkerung mit schwedischer Herkunft besuchten Schulen mit hoher Migrationsdichte, im Vergleich zu 29,1 % und 35,9 % der Schülerinnen und Schüler mit afrikanischem oder asiatischem Hintergrund. Bei den im Ausland geborenen Schülerinnen und Schülern (Afrika oder Asien) fanden sich Werte auf den niedrigsten Leveln der Skalen zu psychischem Wohlbefinden, Stimmungen und Emotionen, Beziehungen zu Gleichaltrigen und sozialer Akzeptanz. 31,6 % der in Afrika oder Asien geborenen Jungen und 34,6 % der Mädchen, die eine Schule mit einer geringen Dichte von Migrantenkindern besuchten, gaben an, in der vergangenen Woche gemobbt worden zu sein. Dagegen war der Prozentsatz gemobbter Schülerinnen und Schüler aus Afrika und Asien in Schulen mit einer hohen Dichte von Migrantenkindern ähnlich wie bei anderen Kindern (11,2 % bzw. 13,3 % für Jungen und Mädchen).

Die Schulzufriedenheit wurde bei Mädchen mit Migrationshintergrund systematisch höher eingestuft als bei Jungen mit Migrationshintergrund, ansonsten war bei Mädchen und Jungen mit Migrationshintergrund das Muster der Lebensqualität ähnlich.

Die Studie analysierte die Interaktionseffekte des Migrationshintergrunds auf individueller Ebene mit dem Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund auf schulischer Ebene. Eine hohe Dichte (> 50 %) von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund in erster oder zweiter Generation stand in Verbindung mit positiver Lebensqualität auf allen sechs Skalen für im Ausland geborene, aus Asien oder Afrika stammende Schülerinnen und Schüler.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Diese Studie zeigt, dass schlechte Beziehungen zu Gleichaltrigen und Mobbing vor allem an Schulen mit wenigen Migrantenkindern bedeutende Risikofaktoren sind, die bei der Verbesserung der Lebensqualität für Migrantenkinder in den Blick zu nehmen sind. Die Bedeutung des Zugangs zu anderen Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund sollte bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt werden. Weitere Forschung ist nötig, um ein besseres Verständnis der Diskriminierung durch Gleichaltrige und deren Konsequenzen zu erlangen. Weiterhin ist zu untersuchen, wie dieser negative Einfluss auf die Lebensqualität durch Maßnahmen auf der strukturellen Ebene in der Gesellschaft ebenso wie in der jeweiligen Schule verhindert werden kann.

Schülerinnen und Schüler, die in Schweden in Familien mit afrikanischem oder asiatischem Hintergrund geboren wurden, berichteten von einem besseren Wohlbefinden als Kinder, die selbst in Afrika oder Asien geboren wurden. Dies steht im Einklang mit früheren Berichten, dass Flüchtlingskinder besonders durch psychische Gesundheitsprobleme und beeinträchtigtes Wohlbefinden gefährdet sind. Der Diskurs über das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit von Flüchtlingskindern konzentriert sich auf Determinanten im Herkunftsland, wie etwa die Exposition gegenüber politischer Gewalt. Diese Studie zeigt, dass die sozialen Beziehungen in der Gleichaltrigen-Gruppe im Aufnahmeland ebenso wichtig sind und in Präventionsstrategien und Präventionspolitik berücksichtigt werden müssen.

10.21 Hobin et al., 2012

Hobin, E. P., Leatherdale, S. T., Manske, S., Dubin, J. A., Elliott, S. & Veugelers, P. (2012). A multilevel examination of gender differences in the association between features of the school environment and physical activity among a sample of grades 9 to 12 students in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 12(1), 74. 1-14.

Kurzbeschreibung	Untersuchung von Geschlechtsunterschieden in Bewegungszeiten
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Lehrer/-innen, Schulleiter/-innen
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	gesundheitliche Ungleichheit, Genderdisparitäten
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittstudie
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	BMI, Minuten mäßiger bis starker körperlicher Aktivität (MVPA)
Strategie	/
Studienzeitraum	k. A.
Studienregion	Ontario, Kanada

Kurzzusammenfassung

Die Schaffung von Schulumgebungen, die die körperliche Aktivität von Schülerinnen und Schülern unterstützen, ist eine Schlüsselempfehlung politischer Entscheidungsträger zur Steigerung der Bewegungszeiten von Jugendlichen. Da Männer in jedem Alter aktiver sind als Frauen, wurde vorgeschlagen, die Auswirkungen von Umweltmerkmalen (z. B. schulisches Umfeld) auf geschlechtsspezifische Unterschiede zu untersuchen, die mit körperlicher Aktivität in Verbindung stehen, und damit zur Entwicklung geschlechtsspezifischer Interventionen und der Verringerung von Geschlechterdisparitäten beizutragen. Zweck der vorliegenden Querschnittstudie war es, geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen schulischem Umfeld und Bewegungszeit von Schülerinnen und Schülern zu eruieren.

Unter einer Stichprobe von 10.781 Schülerinnen und 10.973 Schülern der Klassen 9 bis 12 von 76 weiterführenden Schulen in Ontario, Kanada, wurden Umfragedaten zu körperlicher Aktivität auf Individual- und Schulebene gesammelt. Diese Daten wurden mit Geo-Informationen-Daten (GIS) zur physischen Umwelt der 76 Schulen in einem Umkreis von einem Kilometer verknüpft. Die Ergebnisse zeigen signifikante Unterschiede in den Bewegungszeiten von Schülerinnen und Schülern.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Die vorliegende Sekundärdaten-Analyse untersuchte querschnittliche Befragungsdaten von Schülerinnen und Schülern der Klassen 9 bis 12 und von Schulleiterinnen und Schulleitern aus 76 weiterführenden Schulen (High Schools). Zudem wurden Kennzahlen zur physischen Umgebung der 76 Schulen gesammelt.

Daten auf Schülerebene wurden unter Verwendung des „SHAPES“-Student-Level-Moduls mit validierten Maßzahlen für körperliche Aktivität und BMI sowie Daten auf Umweltebene über die 76 Schulleiterinnen und Schulleiter erhoben. Sie füllten einen Fragebogen zu Lifestyle, Fitness und Schulkapazität aus (Canadian Lifestyle and Fitness Research Institute's School Capacity Survey). Die Schulleiterinnen und -leiter machten Angaben zur Verfügbarkeit von 14 verschiedenen bewegungsbezogenen Einrichtungen und Ausstattungsmerkmalen in der Schule sowie zur geografischen Lage der Schule (d. h. städtisch, vorstädtisch, ländlich). Zudem wurden sieben physische Umweltmerkmale in der Nachbarschaft rund um die 76 Schulen mit GIS-Daten beurteilt, einschließlich der für Jugendliche interessanten Orte (z. B. Parks, Einkaufszentren). Der sozioökonomische Status der schulischen Nachbarschaft wurde über das „Canadian Census Tract Profile“ im Jahr 2006 durch die Postleitzahlen der Schulen bestimmt.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen signifikante Unterschiede in der Bewegungszeit von Männern und Frauen sowie Einflussfaktoren auf körperliche Aktivität auf Schul- und Schülerebene. Gemäß dem ökosystemischen Ansatz wurde festgestellt, dass die Unterschiede auf schulischer Ebene für einen signifikanten Anteil der Variabilität in den Zeiten körperlicher Aktivität bei Frauen (2,1 %) und Männern (2,8 %) verantwortlich sind. Dies deutet darauf hin, dass die Merkmale der Umgebung der besuchten Schule Einfluss auf die körperliche Aktivität haben. Die Höhe der Unterschiede zwischen der Variabilität auf Schulebene und zwischen der Bewegungszeit von Schülerinnen und Schülern erscheint in dieser Studie gering, doch bei vielen Personen haben kleine Änderungen spürbare Auswirkungen. Der schulische Faktor „Besuch an einer Schule mit einem zusätzlichen Bewegungsraum“ ist mit mehr Bewegungszeit sowohl bei Schülerinnen als auch bei Schülern assoziiert. Frühere Forschungsergebnisse legen nahe, dass Schülerinnen der Sekundarstufe individuelle und kooperative Aktivitäten wie Tanz und Yoga bevorzugen. Als Grund dafür, dass keine Sportkurse oder anderweitige bewegungsbezogene Programme angeboten werden, wird oft der Raummangel an Schulen angeführt. Daher kann ein weiterer Bewegungsraum innerhalb einer Schule den benötigten Rahmen bieten, um zusätzliche Sportkurse oder bewegungsbezogene Programme zu ermöglichen. Zudem zeigte sich bei den Jungen ein Zusammenhang zwischen dem Besuch einer Schule, die täglich Sportangebote macht und der Klassenstufe. Übereinstimmend mit früheren Untersuchungen gab es bei ihnen einen umgekehrten Zusammenhang zwischen Klassenstufe und Bewegungszeit, d. h. je höher die Klassenstufe, desto geringer wurde die Bewegungszeit. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass Schülerinnen und Schüler der Klassen 11 und 12 deutlich mehr Minuten mit körperlicher Aktivität verbringen, wenn sie eine Schule besuchen, die tägliche Sportangebote macht.

10.22 Hofmann et al., 2014

Hofmann, F., Flaschberger, E. & Felder-Puig, R. (2014). Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit. Systematischer Review. *Präv Gesundheitsf*, 9(1), 16–21.

Kurzbeschreibung	Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit über Interventionen in der Schule
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen (5–19 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule
Impact (Strategie)	Reduktion von Unterschieden in Gesundheits-Outcomes
Bezug zu Vulnerabilität	ethnische Minderheiten, Migrationshintergrund, Geschlecht, sozioökonomischer Status
Interventionsformen	schulbasierte Interventionen
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeit
Forschungsmethoden	datenbank-basierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Outcomes zu Gesundheitszustand, -verhalten, -wissen und Bildungserfolg
Strategie	/
Studienzeitraum	01.01.2008 –31.10.2012
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Ausgehend von der These, dass gesundheitsfördernde und gesundheitspolitische Interventionen bei privilegierten Gruppen besser wirken (Inverse-Equity-Hypothese), wurde untersucht, ob dies auch auf die schulische Gesundheitsförderung zutrifft. Auf Basis eines systematischen Reviews wurde beurteilt, ob einschlägige Interventionen die gesundheitliche Ungleichheit weiter vergrößern oder nicht. Zwei Reviewerinnen selektierten auf Basis definierter Inklusions- bzw. Exklusionskriterien unabhängig voneinander die Ergebnisse einer Datenbankrecherche (Scopus, DoPHER, TroPhi, Social Services Abstracts), 25 Arbeiten wurden ausgewählt. Die meisten gesundheitsfördernden Interventionen zu den Bereichen Ernährung und Bewegung erhöhten die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Auf ethnische und sozioökonomische Ungleichheit traf dies nur in Einzelfällen zu. Im Bereich Zahngesundheit fand sich keine Intervention, die die gesundheitliche Ungleichheit vergrößerte. In puncto psychische Gesundheit und Substanzkonsum zeigten sich gemischte Effekte, je nach Art der Intervention und gewählten Outcomes. Die Ausgangsthese lässt sich daher nur eingeschränkt auf die schulische Gesundheitsförderung übertragen. Insbesondere universelle Interventionen können eine Vergrößerung der Ungleichheit offenbar verhindern bzw. zu einer größeren gesundheitlichen Chancengleichheit im Setting Schule beitragen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Es wird insbesondere eine universelle schulbasierte Strategie hervorgehoben, die alle Schülerinnen und Schüler erreichen soll und zudem das gesamte schulische Umfeld bzw. weitere kommunale Lebenswelten über lokales Capacity Building einbezieht. Der Interventionsansatz beinhaltet verhaltens- und verhältnispräventive Komponenten.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die Autorin und die Autoren weisen darauf hin, dass Aussagen zu Wirkung und Wirksamkeit von Interventionen im Rahmen der Studie nur sehr eingeschränkt möglich sind. Sie führen dafür verschiedene Gründe an, u. a. dass nur 25 Volltexte die Studienbasis bildeten.

Gesundheitliche Ungleichheit kann mit universellen und Setting-basierten Interventionen reduziert werden, da Schülerinnen und Schüler von diesen Interventionen ohnehin erreicht werden und sie Routinehandlungen mit vertrauten Akteurinnen und Akteuren beeinflussen, ohne dabei aktives Bemühen oder Interesse voraussetzen. Aus dem Review geht zudem hervor, dass Schülerinnen und Schüler aus ethnischen Minderheiten von universellen Maßnahmen ebenso stark profitieren können wie jene aus der Mehrheitsbevölkerung. Auch untere soziale Schichten können erreicht werden, wenn es gelingt, Gesundheitsförderung konsequent in die Lebenswelt zu integrieren, ohne dass dazu bewusste Auswahlentscheidungen nötig sind. Schulische Gesundheitsförderung zeigt in einigen Situationen ungleichheitsreduzierende Kompensationseffekte, z. B. wenn sich privilegierte Gruppen bereits auf einem schwer zu übertreffenden Gesundheitsniveau befinden oder wenn armutsbedingte Defizite ausgeglichen werden müssen.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Aufgrund des universellen Charakters der Interventionen gibt es hierzu keine nennenswerten Erkenntnisse. Es bleibt allerdings offen, ob tatsächlich Schülerinnen und Schüler über alle sozialen Schichten hinweg von universellen Interventionen erreicht werden und wie stark sie profitieren.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die wichtigsten Erkenntnisse hierzu wurden bereits unter Wirksamkeit dargelegt.

10.23 Jepson et al., 2010

Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S. & Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC Public Health*, 10, 538. 1-16.

Kurzbeschreibung	Wirkung und soziale Selektivität schulbasierter Interventionen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen
Setting	Schule und Vorschule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit, sozialer Gradient
Interventionsformen	präventive Interventionen zu Alkoholmissbrauch, Ernährung, körperlicher Aktivität, Konsum illegaler Drogen, Promiskuität, Rauchen
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeit, Review of Reviews
Forschungsmethoden	datenbank-basierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Ernährungsverhalten, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkoholmissbrauch, sexuelle Risikobereitschaft junger Menschen, Konsum illegaler Drogen
Strategie	/
Studienzeitraum	1995-2008
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Zahlreiche Berichte der WHO haben in den letzten Jahren auf die hohe Inzidenz von chronischen Krankheiten wie Diabetes, koronare Herzkrankheit und Krebs hingewiesen. Zu beitragenden Faktoren gehören ungesunde Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum und eine bewegungsarme Lebensweise. Die vorliegende Studie berichtet über die Erkenntnisse einer literaturbasierten Bewertung von Übersichtsarbeiten (Review of Reviews) zu Interventionen mit dem Ziel, Verhaltensänderung zu bewirken, beispielsweise ungesunde Verhaltensweisen zu reduzieren oder gesundes Verhalten zu fördern. Es wurden sechs verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen in die Bewertung eingeschlossen:

1. Gesunde Ernährung
2. Körperliche Bewegung
3. Rauchen
4. Alkoholmissbrauch
5. Sexuelle Risikobereitschaft (bei jungen Menschen)
6. Illegaler Drogenkonsum

Weiteres Ziel der Studie war es, Effekte von Interventionen auf gesundheitliche Ungleichheiten zu untersuchen. Ausgeschlossen wurden Übersichtsarbeiten zu pharmakologischen Behandlungen oder Gesundheitsproblemen, die intensive Behandlungen erfordern (z. B. Drogen- oder Alkoholabhängigkeit). Es wurden die Datenbanken Cochrane Library, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE) und verschiedene Ovid-Datenbanken nach systematischen Übersichtsarbeiten zu Interventionen bezüglich der sechs

Verhaltensweisen durchsucht. Zwei Gutachter wendeten die Einschlusskriterien an, extrahierten Daten und bewerteten die Qualität der Übersichtsarbeiten. Die Ergebnisse wurden in einer narrativen Synthese diskutiert. Insgesamt wurden zwischen 1995 und 2008 103 Übersichtsarbeiten veröffentlicht, die den Einschlusskriterien entsprechen. Der Schwerpunkt der Interventionen variiert. Interventionen, die bestimmte Personengruppen adressieren, hatten im Allgemeinen die Prävention einer der Gesundheit abträglichen Verhaltensweisen zum Ziel, z. B. Rauchen oder Alkoholmissbrauch. Zur Förderung positiver Verhaltensweisen wie gesunde Ernährung wurden universelle Interventionen entworfen, die die ganze Bevölkerung oder ganze Bevölkerungsgruppen wie Schulkinder adressieren. Fast die Hälfte (n = 48) der Übersichtsarbeiten konzentrierten sich auf das Rauchen (entweder Prävention oder Entwöhnung). Bei einer Reihe von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen waren Interventionen am effektivsten, die ärztlichen Rat, individuelle Beratung und arbeitsplatz- sowie schulbasierte Maßnahmen beinhalteten.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Ergebnisse wurden nach drei Forschungsbereichen zusammengefasst:

1. Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen bei Prävention, Reduktion oder Förderung einer der sechs gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen
2. Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen über mehrere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen hinweg
3. Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen, die auf gesundheitliche Ungleichheiten abzielen

Körperliche Aktivität

24 systematische Reviews bewerteten Interventionen, die körperliche Aktivität erhöhen oder fördern. Sechs davon untersuchten die Wirksamkeit von Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität bei jungen Menschen. Es gibt moderate Evidenz für die Effektivität von lehrplanbasierten (curricularen) Aktivitäten an Schulen. Die effektivsten schulischen Interventionen sind gedruckte Lehrmaterialien und Lehrpläne, die Bewegung über den Schultag fördern (d. h. Pause, Mittagessen, Unterrichtszeit und Sportunterricht). Die effektivsten nicht-curricularen schulbasierten Interventionen umfassen a) Ausbildung zur Benutzung und Bereitstellung von Geräten zur Überwachung von Fernseh- oder Videospielzeiten, b) Eltern einbindung zur Unterstützung und Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Kinder und c) Maßnahmen, die während der Schulpausen durchgeführt werden (z. B. Schulhöfe und Spielplätze bemalen; Schulhof-Aufsichtspersonen, die ein Spiel-Curriculum umsetzen und Kindern Bewegungsspiele beibringen oder in Sportgeräte/-ausstattung einführen). Es gibt keine Wirkungshinweise für andere außerlehrplanmäßige Aktivitäten, wie aktiver Schulweg, extra-curriculare Bewegungsaktivitäten, Summerschools oder Camps.

Die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aktuellste Übersichtsarbeit liefert starke Evidenz dafür, dass schulbasierte Interventionen, die Eltern/Familien einbeziehen, gemeindeweit implementiert werden und Mehrkomponenten-Ansätze verfolgen, die körperliche Aktivität bei Jugendlichen erhöhen.

Alkoholmissbrauch

Zwei Reviews evaluierten schulbasierte Interventionen. Es gibt Evidenz für eine positive Wirkung von schulischen Unterrichtsprogrammen zur Reduzierung des Fahrens unter Einfluss von Alkohol. Es gibt nicht genügend Evidenz für die Wirksamkeit von Peer-Organisationen (z. B. Gruppen von Schülerinnen und Schülern oder Schulmitarbeiterinnen und -mitarbeiter, die andere ermutigen, Alkoholkonsum zu unterlassen) und sozialen Normierungskampagnen (i. d. R. öffentliche Informationsprogramme) auf die Reduktion des Alkoholkonsums.

Gesund essen

Es wurden 13 systematische Übersichtsarbeiten identifiziert, die verhaltensbezogene oder psychologische Interventionen zur Förderung einer gesunden Ernährungsweise bewerten. Insgesamt gibt es Evidenz dafür, dass Interventionen Essgewohnheiten zumindest kurzfristig ändern können. In vier Übersichtsarbeiten wurden Interventionen für Kinder oder junge Menschen evaluiert. Es gibt Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen zur Erhöhung des Obst- und Gemüseverzehrs von Kindern zwischen vier und zehn Jahren und für Jugendliche zwischen elf und 16 Jahren. Es gibt jedoch nur unzureichende Evidenz für eine Wirkung bei Vorschulkindern.

Konsum illegaler Drogen

Die Evidenzbasis zum Verhaltenskomplex Drogenkonsum ist begrenzt und es gibt erhebliche Wissenslücken. Eine positive Wirkung von kompetenz-basierten (skill-based) schulischen Programmen wird konstatiert. Es ist jedoch nicht möglich, die Wirksamkeit außerschulischer Programme zu beurteilen. Zudem gibt es Evidenz dafür, dass die Altersspanne zwischen elf und dreizehn Jahren eine entscheidende Phase (Crucial Period) für die Prävention des Konsums illegaler Drogen bei vulnerablen jungen Menschen ist.

Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen, die auf gesundheitliche Ungleichheiten abzielen

Trotz des weithin bestätigten Zusammenhangs zwischen sozialen und wirtschaftlichen Ungleichheiten und Gesundheit, fand die Übersichtsarbeit keine Evidenz für einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Ungleichheit hinsichtlich der folgenden Faktoren:

- Körperliche Aktivität, Alkoholmissbrauch, gesundes Essen, Konsum illegaler Drogen und sexuelle Risikobereitschaft bei jungen Menschen
- Zugang zu präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen
- Rekrutierung von schwer zu erreichenden Bevölkerungsgruppen für Interventionen
- Selektive Wirksamkeit von Interventionen bezüglich des Gesundheitsverhaltens

Eine Übersichtsarbeit evaluierte die mögliche Rolle von vermittelnden Variablen (z. B. Geschlecht, Alter und Einstellung) bei der Wirksamkeit von Interventionen zur Veränderung der Umwelt, die die Verbesserung von Ernährungsweisen und/oder körperlicher Aktivität bei Menschen im Alter von drei bis 18 Jahren zum Ziel hatten. Die Autorinnen und Autoren fanden heraus, dass nur 17 % der 41 eingeschlossenen Studien die Wirkung von modifizierenden Variablen untersuchten (Geschlecht wurde am häufigsten untersucht und getestet). Die Autorinnen und Autoren schlussfolgerten, dass Testungen zu Wirkungsmodifikatoren in der

verhaltensbezogenen Forschung zu Ernährung und körperlicher Aktivität eine gängige Praxis werden sollten, um zu verstehen, wie Verhaltensänderungen verbessert und Interventionen optimiert werden können. Die meisten systematischen Übersichtsarbeiten berücksichtigten sozioökonomische Unterschiede nicht bzw. führten keine Untergruppen-Analysen dahingehend durch, ob eine selektive Inanspruchnahme vorliegt und/oder die Wirksamkeit der Maßnahmen nach Variablen wie Geschlecht, Alter und Einkommen variiert.

Anmerkungen zu Forschungsdesideraten

Angesichts der Bedeutung der sozioökonomischen Determinanten von Gesundheit und Krankheit und ihrer Auswirkung auf Morbidität und Sterblichkeit ist es von entscheidender Bedeutung, dass Interventionen zur Gesundheitsförderung und Prävention diese Faktoren berücksichtigen, da sie positiven Ergebnissen entgegenwirken können. In der vorliegenden Studie wurde dies als eine der bedeutendsten Forschungslücken der untersuchten Evidenzbasis identifiziert. Daher haben die Autorinnen und Autoren fünf leitende Forschungsfragen für zukünftige Übersichtsarbeiten, Interventionen und Evaluationen formuliert.

1. Wie variiert die Wirksamkeit von Interventionen, die positive Veränderungen in Gesundheitsverhalten beeinflussen, je nach sozioökonomischen, kulturellen oder anderen Eigenschaften der Teilnehmerinnen und Teilnehmer? (z. B. Alter, Geschlecht, Ethnie, soziale Klasse und Ort)
2. Wie ist die Wirksamkeit von Interventionen, die die Verzahnung von negativen Gesundheitsverhaltensweisen adressieren?
(z. B. Übersichtsarbeit zu Effekten von kombinierten Interventionen zur Reduktion/Einstellung von Rauchen und Alkoholkonsum)
3. Wie ist das demografische Profil derjenigen, die Zugang zu Interventionen erhalten, und wie steht es in Verbindung zum bereits existierenden Wissen über gesundheitliche Ungleichheit?
(z. B. Untersuchung der sozioökonomischen Merkmale von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, um die Passung zwischen den am meisten gefährdeten Gruppen und den Auswirkungen des negativen Gesundheitsverhaltens zu eruieren)
4. Was sind Herausforderungen für die Rekrutierung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern an Interventionen? Welche sind die effektivsten Wege, um schwer erreichbare Gruppen wie ethnische Minderheiten oder sozial und ökonomisch Benachteiligte zu rekrutieren?
5. Wie ist die Beziehung zwischen den Ergebnissen der Interventionen und den sozialen, kulturellen und demografischen Merkmalen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer?
Es könnte untersucht werden, ob die Intervention über verschiedene Teilnehmergruppen hinweg, die sich u. a. in Bezug auf Geschlecht, Alter, Ethnie, ländliches oder städtisches Gebiet und Beschäftigungsstatus unterscheiden, gleich wirksam ist.

10.24 Kesztyüs et al., 2010

Kesztyüs, D., Traub, M., Lauer, R., Kesztyüs, T. & Steinacker, J. M. (2017). Skipping breakfast is detrimental for primary school children: Cross-sectional analysis of determinants for targeted prevention. *BMC Public Health*, 17(1), 258. 1–10.

Kurzbeschreibung	Frühstücksverhalten von Grundschülerinnen und -schülern in Baden-Württemberg
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen
Setting	Schule (Grundschule)
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, Gesundheitsrisiken, Adipositas, gesundheitliche Ungleichheit, Geschlechterdisparitäten
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	Querschnittstudie
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	BMI, gesundheitsbezogene Lebensqualität, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten
Strategie	/
Studienzeitraum	2010
Studienregion	Baden-Württemberg, Deutschland

Kurzzusammenfassung

Es wurde festgestellt, dass das Auslassen des Frühstücks bei Kindern im Grundschulalter mit abdominaler Adipositas in Verbindung steht. Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, sich die Faktoren anzuschauen, die mit dem Auslassen des Frühstücks bei Schülerinnen und Schülern in der Grundschule verbunden sind, um gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zu verbessern und entsprechende Mehr-Komponenten-Interventionen dabei zu unterstützen, ihr Ziel der Förderung eines gesunden Gewichts bei Kindern zu erreichen. Ausgangspunkt war die initiale Datenerhebung (2010) einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie zur Evaluation eines schulbasierten Gesundheitsförderungsprogramms für Grundschulkindern in Baden-Württemberg. Es wurden anthropometrische Daten von 1.943 Grundschulkindern im Alter von $7,1 \pm 0,6$ Jahren (51,2 % Jungen) durch geschultes Personal nach den ISAK-Standards (Internationaler Standard für anthropometrische Bewertung) erhoben. Weiterführende Informationen zu Gesundheit und Lebensbedingungen der Kinder und ihrer Eltern wurden durch Elternfragebögen erhoben.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Das Auslassen des Frühstücks war in einer vorhergehenden Studie als einer der modifizierbaren Einflussfaktoren für die Entwicklung abdominaler Adipositas bei Grundschulkindern identifiziert worden. Diese Erkenntnis wurde durch eine lateinamerikanische Studie unterstützt, die nachgewiesen hat, dass viszerale Adipositas mit dem Auslassen des Frühstücks bei übergewichtigen Jugendlichen in Verbindung steht. Es wurde zunehmend deutlich, dass es einen Zusammenhang zwischen abdominaler Adipositas und der Mehrheit der nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD) gibt und abdominale Adipositas die riskanteste Art von Adipositas darstellt. Eine Meta-Analyse zu Adipositas im Kindesalter ergab, dass durch die Berechnung des BMI bei einem Viertel der betroffenen Kinder übermäßige Adipositas nicht erkannt wird. Eine längsschnittliche Studie zum Vergleich von BMI und Taillenumfang bei Kindern schlussfolgert, dass Kinder dicker zu werden scheinen und zusätzliches Übergewicht im Körper zentral gespeichert wird, was mit dem BMI nicht erkannt wird. Kinder mit abdominaler Adipositas haben eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität, fehlen häufiger in der Schule und suchen öfter eine Ärztin oder einen Arzt auf. Laut Literatur nimmt die Häufigkeit des Frühstückens bei Kindern und Jugendlichen mit dem Alter ab. Systematische Reviews berichten Zusammenhänge zwischen dem Auslassen des Frühstücks in der Jugend mit niedrigerem sozioökonomischem Status, Mangel an körperlicher Aktivität, hohen Bildschirmzeiten, höherer Energieaufnahme, ungesunden Essgewohnheiten und weiteren ungesunden Lebensstil-Faktoren wie Rauchen und Alkoholkonsum. Mädchen lassen eher das Frühstück aus als Jungen.

Die vorliegende Studie war eingebettet in die Wirkungsevaluation des Gesundheitsförderungsprogramms „Komm mit in das gesunde Boot“. Dieses Programm beinhaltet Gesundheitsförderung in der ersten bis vierten Klasse der Grundschule und kombiniert Verhaltens- und Umweltkomponenten. Kinder werden befähigt, gesunde Entscheidungen in Bezug auf körperliche Aktivität, den Verzehr gesüßter Getränke und die Nutzung von Bildschirmmedien zu treffen. An der Wirkungsevaluation konnten alle Kinder teilnehmen, deren Klassenlehrerinnen oder -lehrer zustimmten (3.159 Schulkinder). Eltern von 1.968 Erst- und Zweitklässlerinnen und -klässlern in 84 Schulen (5,4–9,9 Jahre, 62 % aller infrage kommenden Kinder) gaben im Jahr 2010 ihre Zustimmung zur Teilnahme. Die Rücklaufquote der Elternfragebögen betrug 87 %. Daten aus Testungen in Schulen oder aus Elternfragebögen standen für 1.943 Kinder zur Verfügung. Eltern gaben Auskunft über ihr Gesundheitsverhalten, ihren sozioökonomischen Hintergrund sowie Gesundheit und Lebensstil-Eigenschaften ihrer Kinder.

Ergebnisse

In anthropometrischen Messungen wurden signifikante Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen deutlich. Jungen hatten einen etwas größeren Taillenumfang, lagen aber weniger häufig bei oder über dem 95. Perzentil für Körperfett. Jungen spielten öfter draußen und erreichten höhere Stufen physischer Aktivität. Mädchen ließen öfter als Jungen das Frühstück aus.

In der bivariaten Analyse zeigte sich, dass Kinder mit folgenden Merkmalen ein höheres Quotenverhältnis (Odds Ratio) für das Auslassen des Frühstücks haben:

- Weibliches Geschlecht
- Migrationshintergrund
- Übergewicht und Adipositas

- Alleinerziehende Eltern
- Geringes Haushaltseinkommen
- Elterliches Übergewicht/Adipositas und elterliches Rauchen
- Ein oder mehrere gesüßte Getränke pro Woche
- Bildschirmzeit über eine Stunde pro Tag

Demgegenüber wurden niedrigere Quoten für das Auslassen des Frühstücks bei Kindern mit folgenden Merkmalen erhoben:

- Höheres familiäres Bildungsniveau
- Elterliches Gesundheitsbewusstsein
- Mehr als 60 Minuten pro Tag draußen spielen
- Mehr als 60 Minuten an vier und mehr Tagen pro Woche körperlich aktiv sein

Die Studie zeigt eine positive Korrelation folgender Merkmale mit dem Auslassen des Frühstücks:

- Migrationshintergrund
- Einelternfamilie
- Weibliches Geschlecht
- Körperfettanteil auf oder über dem 95. Perzentil
- Konsum von Erfrischungsgetränken
- Hohe Bildschirmzeiten

Ein hohes Maß an körperlicher Aktivität und hohe familiäre Bildung (z. B. tertiäre bzw. akademische Bildung) korrelieren negativ mit dem Auslassen des Frühstücks. Dementsprechend sind Interventionen notwendig, die sowohl die identifizierten salutogenen Zielverhaltensweisen adressieren als auch auf die identifizierten vulnerablen Zielgruppen zugeschnitten sind. Verhaltensänderungen können über unterschiedliche Interventionsansätze auf mehreren Ebenen adressiert werden. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen sollten je nach Geschlechterverteilung in der adressierten Zielgruppe bei Entwicklung und Implementation von Interventionen berücksichtigt werden. In erster Linie müssen Eltern über die Wichtigkeit eines gesunden Lebensstils und über gesundheitsbewusste Verhaltensweisen, wie verantwortungsvoller Medienkonsum, ausreichend physische Aktivität, maßvoller oder kein Konsum gesüßter Getränke und die Bedeutung eines regelmäßigen Frühstücks, unterrichtet werden. Darüber hinaus müssen Eltern in ihrer Funktion als Rollenvorbilder für Kinder unterstützt werden. Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern müssen, um erfolgreich zu sein, Eltern einbeziehen. Lehrerinnen und Lehrer können Eltern beispielsweise an Elternabenden über die Notwendigkeit eines regelmäßigen und gesunden Frühstücks informieren.

Einige der identifizierten familienbezogenen Faktoren für das Auslassen des Frühstücks, wie Migrationshintergrund, familiäres Bildungsniveau und alleinerziehende Eltern, sind kaum oder nicht modifizierbar. Trotz schwieriger sozioökonomischer Umstände (z. B. schlechte Wohnsituation, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Sorgen, Unsicherheit), in denen Eltern ihre Kinder erziehen müssen, sind sich sicher viele der Bedeutung eines gesunden Lebensstils bewusst, aber es fehlen die notwendigen Ressourcen, dies umzusetzen. Der vielversprechendste Weg, um Kinder aus sozial benachteiligten Familien zu erreichen, geht über die Settings Kita und Schule. Deshalb sollte zu Beginn eines Schul- oder Kitatages ein Frühstück angeboten werden. Bei der Entwicklung von Maßnahmen zur gezielten Prävention sollte ein besonderes Augenmerk auf die Erfordernisse und Bedürfnisse der in dieser Studie identifizierten Zielgruppen gelegt werden. Familien in

schwierigen sozioökonomischen Umständen müssen bei der Zahlung des Frühstücks oder anderer gesunder Mahlzeiten finanziell unterstützt werden. Zudem müssen politische Entscheiderinnen und Entscheider sowie die Entwicklerinnen und Entwickler von Interventionen beachten, dass niedrighschwellige und leicht zugängliche Ansätze erforderlich sind, um benachteiligte Zielgruppen zu erreichen.

10.25 Kirby et al., 2013

Kirby, J., Levin, K. A. & Inchley, J. (2013). Socio-Environmental influences on physical activity among young people: A qualitative study. *Health Education Research*, 28(6), 954–969.

Kurzbeschreibung	sozialräumliche Einflussfaktoren auf die physische Aktivität von Jugendlichen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen (11–13 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status, soziale Benachteiligung, benachteiligte Nachbarschaften
Studienform	Beobachtungsstudie
Studiendesign	qualitative Studie, Querschnittstudie
Forschungsmethoden	qualitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	Teilnahme an körperlicher Aktivität, vermittelnde Faktoren und Barrieren für körperliche Aktivität
Strategie	/
Studienzeitraum	November 2010–März 2011
Studienregion	Edinburgh, Schottland

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende multi-methodische qualitative Studie zielte darauf ab, Umweltfaktoren zu identifizieren, die die Teilnahme an körperlicher Aktivität unter jungen Menschen in Edinburgh, Schottland, beeinflusst. Schülerinnen und Schüler im Alter von elf bis 13 Jahren erstellten fotografische Dokumentationen, Computer-Blogs sowie Landkarten und nahmen an Gruppendiskussionen teil. Es wurden elf Sitzungen am Computer (n = 131) und 14 Gruppendiskussionen (n = 63) durchgeführt. Die Studie ermittelte eine Vielzahl Faktoren, die begünstigend für die Teilnahme an körperlicher Aktivität wirken oder umgekehrt Barrieren darstellen. Das Bewegungsverhalten wird beispielsweise durch die Nähe von und den Zugang zu lokalen Einrichtungen, Familie und Gleichaltrigen und die Bewegungsmöglichkeiten in der Schulumgebung beeinflusst.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Studie wurde in sechs Sekundarschulen in Edinburgh durchgeführt. Der Prozentsatz an Schülerinnen und Schülern, die Anspruch auf ein freies Mittagessen haben, wurde als Indikator des sozioökonomischen Schulstatus (Schul-SES) verwendet. Basierend auf der Verteilung des Schul-SES wurden Sekundarschulen als hoch, mittel oder niedrig kategorisiert. Edinburgh ist die zweitgrößte Stadt Schottlands, 9,4 % der schottischen Bevölkerung leben hier. Alle sechs Schulen wurden als großstädtisch eingestuft. An den sechs Schulen haben 63 Schülerinnen und Schüler (32 Jungen, 31 Mädchen) an 14 Gruppendiskussionen teilgenommen. Es wurden elf Computersitzungen (über neun Klassen) mit 131 Schülerinnen und Schülern durchgeführt. Teilgenommen haben Schülerinnen und Schüler aus dem ersten (S1) und zweiten (S2) Sekundärjahr der Schule (elf bis 13 Jahre). Es wurden jeweils mindestens drei Besuche pro Schule durchgeführt, um a) die Studie einzuführen und die fotografische Dokumentation zu erstellen, b) den Computer-Blog anzuleiten und c) die Gruppendiskussionen durchzuführen.

Im Folgenden werden die Ansichten der Schülerinnen und Schüler in Beziehung zu den vier Schlüsselthemen beschrieben, die sich in Fotos, Blogs, Landkarten und Gruppendiskussionen gezeigt haben.

Orte und Einrichtungen, um physisch aktiv zu sein

Schülerinnen und Schüler benannten vielfältige Orte, die sie für körperliche Aktivitäten in ihrer lokalen Umgebung nutzen. Häufig genannt wurden Schwimmbäder und Fußballplätze sowie öffentliche Freizeitzentren, private Fitnessstudios, Gemeindezentren, Schulsportanlagen und Spielfelder, private und öffentliche Tennisplätze, Grünflächen, Kunstrasen, Basketballplätze, Parkplätze und lokale Straßen. Jungen und Mädchen berichteten, dass sie überwiegend Nahbereiche ihres Wohnhauses oder ihrer Schule für körperliche Aktivitäten nutzen, besonders wenn Freundinnen und Freunde in der Nähe wohnen. Besondere Einrichtungen wie ein Schwimmbad mit 50-Meter-Bahn, ein großes Sportzentrum und eine Trocken-Skipiste wurden von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus hohen/mittleren SES-Schulen als Bewegungsorte beschrieben, aber selten benutzt.

Von Schülerinnen und Schülern gezeichnete Landkarten machten deutlich, dass junge Leute eine Mischung aus Einrichtungen in der Nähe ihres Zuhauses und weiter weg liegenden Einrichtungen nutzen, je nach Aktivität. Nähe war ein Schlüsselthema, Möglichkeiten und Einrichtungen innerhalb des lokalen Umfelds zu haben, war für alle Schülerinnen und Schüler von Bedeutung. Lokale Grünflächen wurden über alle SES-Gruppen als Orte angegeben, an denen man aktiv sein oder einfach nur mit Freundinnen und Freunden abhängen kann. Fast immer wurde die jeweilige Grünfläche auch als Ort beschrieben, der ein Gefühl von lokaler Identität und sozialer Verbundenheit vermittelt. Die Verfügbarkeit von Möglichkeiten und Einrichtungen in der direkten Umgebung war für alle Schülerinnen und Schüler wichtig, die Art von Aktivitäten, die von Jungen und Mädchen durchgeführt werden, unterscheiden sich jedoch und entsprechen ihrer Zufriedenheit mit dem, was im Wohnquartier zur Verfügung steht. Jungen berichteten häufiger über Fußballspielen, Kampfsport und Radfahren, während Mädchen eher Basketball, Tanzen und Walking nannten. Schwimmen war bei beiden Geschlechtern beliebt. Die Verfügbarkeit lokaler Sportanlagen und Bewegungsmöglichkeiten unterscheidet sich nach SES-Gruppen, Schülerinnen und Schüler hoher/mittlerer SES-Schulen berichteten häufiger, dass Einrichtungen in ihrer Nähe sind, als Schülerinnen und Schüler niedriger SES-Schulen.

Soziale Einflüsse auf körperliche Aktivität

Familien sowie Freundinnen und Freunden wurden sowohl positive als auch negative Effekte auf körperliche Aktivität zugesprochen. Jugendliche berichteten häufig, dass sie mit einem Elternteil aktiv sind. Allerdings wurde Bewegung mit Eltern nicht ausschließlich positiv gesehen. Einige Jugendliche zogen es vor, mit Freundinnen und Freunden aktiv zu sein. Elterliche Sicherheitsbedenken wurden als ein Hemmnis für körperliche Aktivität berichtet. Einige Jugendliche erklärten, dass sie nicht allein bzw. nur mit älteren Geschwistern rausgehen dürfen. Mit Freundinnen und Freunden aktiv zu sein, wurde von beiden Geschlechtern sehr häufig berichtet, insbesondere bei Mannschaftsspielen wie Fußball (Jungen) oder Basketball (Mädchen). Jugendliche beschrieben, dass Freundinnen bzw. Freunde sie dazu ermutigen, zu wohnortnahen Freiflächen zu gehen und dort gemeinsam körperlich aktiv zu sein. Freundinnen und Freunde sind positive Vermittlerinnen und Vermittler sowie Begleiterinnen und Begleiter für körperliche Aktivitäten, können jedoch auch einen negativen Einfluss auf körperliche Aktivitäten ausüben. Oft waren es beliebte Mitglieder in der Gruppe Gleichaltriger, die entschieden, was unternommen wird.

Vermittler und Barrieren für körperliche Aktivität

Leichter Zugang und geringe Entfernung zu Einrichtungen waren die häufigsten positiven Vermittler, um körperlich aktiv zu sein. Es gab SES-spezifische Unterschiede bezüglich der Verfügbarkeit von Einrichtungen und Bewegungsmöglichkeiten. Schülerinnen und Schüler aus hohen SES-Schulen berichteten über einen ausreichenden Zugang zu Bewegungsmöglichkeiten. Jugendliche aus unteren/mittleren SES-Schulen berichteten dagegen seltener, einen leichten Zugang zu einem breiten Spektrum von Einrichtungen zu haben. Der Zugang zu Grünflächen wurde über alle Gruppen hinweg am häufigsten berichtet. Grünflächen wurden von Jungen meist zum Fußballspielen genutzt, von Mädchen, um mit Freundinnen und Freunden „abzuhängen“. Eine von Mädchen und Jungen berichtete Hauptbarriere, um in der lokalen Umgebung aktiv zu sein, waren damit verbundene Kosten. Einige Bewegungsmöglichkeiten, die in der Grundschule kostenlos waren (z. B. Schwimmbad), müssen nun bezahlt werden, was die Teilnahme weniger wahrscheinlich macht. Kosten als Barriere wurden häufiger von Schülerinnen und Schülern aus niedrigeren SES-Schulen berichtet. Andere Barrieren waren Zeitknappheit oder zu spät stattfindende Aktivitäten. Mädchen berichteten zudem, dass sie das Gefühl haben, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Sportzentren nicht willkommen zu sein und geringes Vertrauen entgegengebracht zu bekommen.

Bewegungsumwelt der Schule

Die schulische Bewegungsumgebung wurde in Hinblick auf die Verfügbarkeit von Einrichtung/Ausstattung (innen/außen), Sportunterricht (PE) und außerlehrplanmäßigen Bewegungsaktivitäten untersucht. Mit Ausnahme einer Schule wurden zwei Stunden Sportunterricht pro Woche angeboten, was mit aktuellen Empfehlungen übereinstimmt. Allerdings berichteten Schülerinnen und Schüler, dass die tatsächliche Bewegungszeit pro Woche eher 60 Minuten entspricht, da viel Zeit mit Umziehen und dem Weg bzw. Transport zu entfernteren Sportanlagen verloren geht. Mit Ausnahme einer Schule waren sich alle Schülerinnen und Schüler darin einig, dass sie sich mehr Sportunterricht wünschen. In einigen Fällen hatten Jungen und Mädchen getrennten Sportunterricht. Es gab unterschiedliche Meinungen darüber, ob dies gut oder schlecht ist. Insgesamt waren Schülerinnen und Schüler mit der Ausstattung ihrer Schule zufrieden. Einige Schulen hatten Sportanlagen vor Ort, andere nutzten entferntere öffentliche Einrichtungen. In Gebieten mit begrenzten öffentlichen Einrichtungen und Bewegungsmöglichkeiten erklärten Schülerinnen und Schüler, dass Schulen Bewegungsmöglichkeiten haben sollten, die sie auch außerhalb der Schulzeit nutzen können.

Außerlehrplanmäßige Sportarten/Klubs waren in allen Schulen vorhanden und Jugendliche berichteten über alle Gruppendiskussionen hinweg, dass sie Zugang haben.

Erkenntnisse für zukünftige Interventionen

Die Studie untersuchte sozial-ökologische Einflüsse auf die körperliche Aktivität junger Menschen. Derartige Erkenntnisse sind wichtig, um effektive Interventionen zu gestalten, die auf bestimmte Bevölkerungsgruppen und ihre Bedürfnisse abzielen. Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Möglichkeiten, körperlich aktiv zu sein, unterscheiden sich nach SES der Schulen, mit günstigeren Angaben von den Jugendlichen, die höhere SES-Schulen besuchen. Dies kann die Verfügbarkeit von Transport- und Finanzmitteln unter Kindern mit höherem SES widerspiegeln, die den Zugang zu kostspieligen oder entfernteren Bewegungsaktivitäten ermöglichen und die wahrgenommenen Grenzen des lokalen Gebiets bzw. der verfügbaren Möglichkeiten erweitern. Die Nutzung eines Autos, um Bewegungsmöglichkeiten zu erreichen – eigentlich kein Fokus im Interviewleitfaden – wurde im Rahmen der Gruppendiskussionen immer wieder als Grund benannt, warum bestimmte Einrichtungen (z. B. Skatepark) genutzt oder nicht genutzt werden können. Körperliche Aktivitäten von Jugendlichen schienen aber generell nicht vom Zugang zu Transportmöglichkeiten beeinträchtigt zu werden. Am wahrscheinlichsten nutzten Elf- bis 13-Jährige Möglichkeiten und Einrichtungen in ihrem direkten Lebensumfeld. Als Ideal wurden Einrichtungen und Freiflächen beschrieben, wo mehr als eine Aktivität stattfinden kann. Dies erklärt bei Jugendlichen der gesamten Stichprobe auch die Popularität von Grünflächen. Verfügbarkeit und Nutzung von Grünflächen wurden in allen SES-Gruppen diskutiert, auch wenn sie häufiger von Jugendlichen niedriger SES-Schulen als primäre Bewegungsräume benannt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Jugendlichen, die niedrigere SES-Schulen besuchen, am ehesten in Nahbereichen ihres Wohnhauses oder ihrer Schule körperlich aktiv ist. Dies wurde durch Landkarten und Blogs unterstützt, die oft von der Nutzung lokaler Grünflächen berichteten. Einige Jugendliche niedriger SES-Schulen erklärten, dass die Fahrt zu entfernteren Einrichtungen teuer ist, und betonten die Notwendigkeit erschwinglicher öffentlicher Verkehrsmittel sowie sicherer Geh- und Radwege.

10.26 Martins et al., 2015

Martins, J., Marques, A., Sarmiento, H. & Carreiro da Costa, F. (2015). Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: a systematic review of qualitative studies. *Health Education Research*, 30(5), 742–755.

Kurzbeschreibung	hemmende und fördernde Faktoren für körperliche Aktivität bei Jugendlichen
Primäre Zielgruppe	Jugendliche
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status
Studienformen	qualitativ-explorative Studien
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeit
Forschungsmethoden	datenbank-basierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Studie	Moderatoren und Barrieren für körperliche Aktivität bei Jugendlichen
Strategie	/
Studienzeitraum	2007–2014
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende systematische Übersichtsarbeit hat qualitative Studien zur Perspektive Jugendlicher auf vermittelnde Faktoren und Barrieren körperlicher Aktivität untersucht, die zwischen 2007 und 2014 veröffentlicht wurden. Dafür wurde zunächst eine systematische Datenbankrecherche in Web of Science, EBSCO (Anbieter von Informationsquellen und Managementlösungen für gedruckte und elektronische Zeitschriften, Periodika sowie E-Books), Psycinfo und ERIC (Educational Resources Information Center) durchgeführt. Es wurden die folgenden Schlüsselwörter verwendet: „Körperliche Aktivität“ und „Sportunterricht“, beide verbunden mit „Determinante“, „Vermittler“, „Barriere“, „Faktor“, „Einfluss“ und mit „qualitativ“, „Fokusgruppe“, „Interview“ und „Narration“. Von ursprünglich 3.815 Treffern wurden aufgrund von Einschluss- und Qualitätskriterien nur zwölf Studien vollständig geprüft. Studienergebnisse wurden anhand der thematischen Analyse untersucht.

Die Mehrheit der Artikel berichtete über Studien mit jugendlichen Mädchen. Nur wenige Studien berücksichtigten den Einfluss des sozioökonomischen Status.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Die Übersichtsarbeit kommt zu dem Ergebnis, dass aus Perspektive von Jugendlichen, insbesondere Mädchen, Einstellung zu körperlicher Aktivität, Motivation, Wahrnehmung der eigenen Kompetenz und des eigenen Körperbildes, Spaß, Einfluss von Freunden, Familie, Sportlehrerinnen und Sportlehrern sowie Möglichkeiten für körperliche Aktivität im Lebensumfeld die wichtigsten vermittelnden Faktoren und Barrieren sind. Bestimmte Lebensphasen (z. B. biografische Übergänge) wurden ausschließlich als Barriere für körperliche Aktivität betrachtet. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, in der Jugendzeit ein motivierendes und günstiges Bild und Profil von körperlicher Aktivität zu kultivieren. Sportfachkräfte (z. B. Lehrerinnen und Lehrer, Trainerinnen und Trainer) sollten Wahrnehmungen und Erfahrungen von Kompetenz (Selbstwirksamkeit), intrinsische Motivation und eine positive Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität fördern. Um dies zu tun, können Sportfachleute pädagogische Strategien der Selbstbestimmungstheorie anwenden, die die Erfüllung grundlegender psychischer Bedürfnisse von Jugendlichen erlauben, wie Kompetenz (z. B. herausfordernde Aktivitäten), Autonomie (z. B. Wahl von Aktivitäten) und zwischenmenschliche Beziehungen (z. B. Kooperationsaktivitäten). Zudem schätzen Jugendliche die Teilnahme an Aktivitäten, die vielfältig und nicht wettbewerbsorientiert, lustig und anregend sind und auch mit Freundinnen und Freunden durchgeführt werden können. Ein positives Klima und Umfeld, das mit regelmäßiger Teilnahme an körperlicher Aktivität in Zusammenhang steht, geben Jugendlichen ein sicheres Gefühl. Ihre Ideen werden in Aktivitäten einbezogen. Zusammenfassend schätzen Jugendliche Sport und Bewegung wert, wenn sie in einem motivierenden Klima stattfinden und mit kognitiven, affektiven und verhaltensbezogenen Vorteilen bzw. Gewinnen verbunden sind.

Fast die Hälfte der Studien ging nicht auf den sozioökonomischen Status (SES) der Teilnehmenden ein, nur eine Studie hat Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität von Jugendlichen und SES untersucht. Es zeigte sich, dass die Beteiligung an Sport und Bewegung von Jugendlichen mit niedrigem SES geringer war, insbesondere aufgrund sozialer Faktoren (z. B. finanzielle Unterstützung, Ermutigung/Unterstützung durch Familie sowie Freundinnen und Freunde) und Umweltfaktoren (z. B. Zugang zu Bewegung und Sport, Möglichkeiten, Wohnort). Angesichts des geringen Kenntnisstandes scheinen weitere Studien zum Einfluss des SES auf körperliche Aktivität von Jugendlichen wünschenswert.

Die Übersichtsarbeit stellt Analysen unterschiedlicher Merkmale (z. B. Geschlecht, Alter, Muster körperlicher Aktivität) dar sowie Erkenntnisse, warum Heranwachsende mit zunehmendem Alter ihr Aktivitäts-Level verändern. In Übereinstimmung mit vorherigen Forschungserkenntnissen bestätigt sich die Wichtigkeit von frühen und vielfältigen positiven Bewegungserfahrungen für die Übernahme und Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstils. Darüber hinaus werden drei Hauptmerkmale zur Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität in der Jugendphase identifiziert: Steigerung des Motivationsprofils (u. a. durch Bewegungspräferenzen, Bewegungsnutzen, Spaß, Kompetenzerfahrungen, Körperwahrnehmung und intrinsische Motivation), soziale Unterstützung (besonders durch Freundinnen und Freunde sowie Familie) und Bewegungsmöglichkeiten im Lebensumfeld (Zugang). Jugendliche, deren körperliche Aktivität mit der Zeit abnahm, nannten Faktoren wie Zeitmangel, Zunahme in der Arbeitsbelastung und Präferenz für andere Freizeitaktivitäten sowie umweltbezogene Zugangsmöglichkeiten (z. B. Bewegungsprogramme, Infrastruktur für Freizeit und Erholung, Sicherheit). Jugendliche nannten außerdem als Gründe persönliche Faktoren (z. B. Einstellung zu körperlicher Aktivität, negative Gefühle bei Aktivitäten, extrinsische Motivation) und eine schlechte soziale Unterstützung. Die identifizierten Faktoren können als Orientierung für die Entwicklung zukünftiger Interventionen zur Förderung und Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität unter Jugendlichen

über Altersgruppen hinweg dienen. Trotzdem sind weitere Forschungsprojekte sinnvoll, die erklären, wie und warum Bewegungsverhalten in bestimmten, für Jugendliche kritischen Zeitperioden variiert (z. B. zwölf bis 14 Jahre und ab 18 Jahren). Insbesondere längsschnittliche Studien können zu dieser Frage vertiefende Erkenntnisse liefern.

10.27 Mercken et al., 2012

Mercken, L., Moore, L., Crone, M. R., Vries, H. de, Bourdeaudhuij, I. de, Lien, N., Fagiano, F., Vitória, P. D. & Lenthe, F. J. van (2012). The effectiveness of school-based smoking prevention interventions among low- and high-SES European teenagers. *Health Education Research*, 27(3), 459–469.

Kurzbeschreibung	soziallagenbezogene Wirksamkeit schulbasierter Interventionen zur Rauchprävention
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozioökonomischer Status
Interventionsformen	schulbasierte europäische Mehr-Komponenten-Interventionen
Studiendesign	Sekundärdaten-Analyse
Forschungsmethoden	quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Reduktion bzw. Erhöhung der Ungleichheit im Rauchverhalten unter europäischen Jugendlichen
Strategie	/
Studienzeitraum	k. A.
Studienregion	Europa

Kurzzusammenfassung

Das Verhindern des Rauchens bei Jugendlichen aus vulnerablen Gruppen ist für die Verringerung sozio-ökonomischer Ungleichheiten in der Gesundheit wesentlich. Das Ziel der vorliegenden Studie war es, zu untersuchen, ob Interventionen zur Rauchprävention in Europa bei Jugendlichen mit niedrigem und hohem sozioökonomischem Status (SES) gleichermaßen wirksam sind. Im Rahmen des von der Europäischen Union (EU) geförderten „TEENAGE“-Projekts wurden drei europäische und schulbasierte Interventionsstudien zur Rauchprävention für Sekundär-Analysen ausgewählt: 1) eine niederländische Intervention zu schulischen Klassenwettbewerben, 2) die europäische Studie zum Rahmenwerk zur Rauchprävention (ESFA) und 3) die „A Stop Smoking in Schools Trial“-Intervention (ASSIST). Die drei Studien unterschieden sich in der SES-bezogenen Wirksamkeit. Die niederländische Klassenwettbewerbsstudie hatte nur eine signifikante Wirkung bei Jugendlichen mit höherem SES. Die Ergebnisse der „ESFA“-Studie und der „ASSIST“-Studie waren gemischt und abhängig davon, welcher SES-Indikator verwendet wurde.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Hauptziel dieser Studie war es, zu untersuchen, ob die Effekte wirksamer Interventionen in Europa sich für höhere und niedrigere sozioökonomische Gruppen unterscheiden. Da bekannt ist, dass Mädchen mit niedrigem SES ein höheres Risiko haben, später im Leben regelmäßige Raucherinnen zu werden, wird außerdem untersucht, ob sich Interventionseffekte bei Jungen und Mädchen höherer und niedrigerer sozioökonomischer Gruppen unterscheiden.

Im Rahmen des EU-finanzierten „TEENAGE“-Projekts wurden drei in Europa durchgeführte wirksame Interventionsstudien erneut analysiert. Zur Identifizierung von Interventionen wurde eine systematische Übersichtsarbeit zu hochwertigen europäischen Interventionsstudien mit eindeutigen Gesamteffekten durchgeführt. Die ausgewählten Studien wurden für eine Sekundär-Analyse ausgewählt.

Die Sekundär-Analysen stratifizierten (Einteilung einer Stichprobe in kleinere Statusgruppen) die Gesamtstichproben nach SES-Indikatoren dreier hochwertiger schulbasierter Interventionen mit signifikant positiven Interventionseffekten und lieferten gemischte Ergebnisse. Die systematische Übersichtsarbeit, auf der die Auswahl der drei Studien basierte, zeigte, dass die Mehrheit der Interventionen schulbasiert war und auf Wissen, Einstellungen und soziale Einflüsse fokussierte. Sie benutzten eine Kombination von Methoden (Informationen, Lektionen und informelle Gespräche) und wiesen zumindest kurzfristige positive Interventionseffekte in der Allgemeinbevölkerung nach. Allerdings zeigten sich in Abhängigkeit der jeweiligen Studien unterschiedliche Effekten bei höheren und niedrigeren SES-Gruppen. Die niederländische Klassenwettbewerbsstudie schien Ungleichheiten zu erweitern. Im Gegensatz zu den anderen Studien umfasste sie nur Primarschulen und war rein schulbasiert. Während Schulen ein wichtiges Setting für die Rauchprävention sind, finden sich wichtige Faktoren, die den Beginn des Rauchens beeinflussen, auch außerhalb der Schule, z. B. elterliches Rauchen. Solche Faktoren außerhalb des Schul-Settings können für Jugendliche niedriger sozioökonomischer Gruppen entscheidend sein. Die „ESFA“-Studie richtete sich an Schulen und intervenierte auf mehreren Ebenen in und außerhalb der schulischen Umwelt (Eltern, Apothekerinnen und Apotheker und Gemeinde). Die Ergebnisse unterschieden sich nach den verwendeten SES-Indikatoren. Basierend darauf, ob Jugendliche einen Vater hatten, der Vollzeit arbeitete, schien die Intervention Ungleichheiten im Rauchverhalten zu erweitern. Hatten sie eine Vollzeit arbeitende Mutter, wurden Ungleichheiten weder reduziert noch erweitert. Bei Verwendung der Haushaltsausgaben als SES-Indikator schien die Intervention Ungleichheiten im Rauchverhalten zu senken.

Die „ASSIST“-Studie zeigte die stärksten Ergebnisse für Jugendliche in Schulen in einem benachteiligten Gebiet. Diese Intervention wurde von den Jugendlichen selbst über ihre sozialen Netzwerke durchgeführt und verbreitet. Einflussreiche Schülerinnen und Schüler wurden gebeten, Mitschülerinnen und Mitschüler in informellen Gesprächen auf dem Schulweg, in Schulpausen, während des Mittagessens und in der Freizeit zu ermutigen, nicht zu rauchen. Auch wenn weitere Forschung erforderlich ist, um die Untersuchungsergebnisse zu bestätigen, scheint ein sozialer Netzwerkansatz, der Jugendlichen erlaubt, die Intervention selbst umzusetzen, vielversprechend zu sein, um die Aufnahme des Rauchens bei benachteiligten Jugendlichen zu verhindern. Interessanterweise zeigen die Ergebnisse, dass Interventionen bei Jugendlichen mit niedrigem SES, insbesondere bei Mädchen, wirksam sind. Dieses Ergebnis ist wichtig, da junge Frauen mit niedrigem SES bekanntermaßen ein höheres Risiko haben, regelmäßige Raucherinnen zu werden.

Frühere Studien haben argumentiert, dass Politiken und Gesetze sozioökonomische Ungleichheiten im Rauchverhalten wirksam reduzieren können. Eine umfangreiche Überprüfung der Forschungsliteratur hat gezeigt, dass Jugendliche preisempfindlich sind, und schlussfolgert, dass Preiserhöhungen bei Tabakprodukten das Rauchen Jugendlicher erheblich reduzieren würden. Allerdings ist bislang nicht geklärt, ob Preiserhöhungen sozioökonomische Ungleichheiten im Rauchverhalten speziell unter europäischen Jugendlichen tatsächlich verringern können. Es ist nachvollziehbar, dass Jugendliche mit niedrigem SES empfindlicher gegenüber Preiserhöhungen sind, da sie ein niedrigeres Taschengeld erhalten. Bei der Auswahl der „TEENAGE“-Interventionen erfüllte jedoch keine Studien zur Evaluation von Richtlinien oder Gesetzen die Einschlusskriterien.

Wenn zukünftig Daten verfügbar werden, wäre es allerdings sehr wertvoll, die Effekte von Politiken und Gesetzen, einschließlich Preiserhöhungen, auf die Raucherrate unter europäischen Jugendlichen mit niedrigem SES zu untersuchen. Die vorliegende Studie enthält Implikationen für zukünftige Forschung.

1. Ungleichheitsbezogene Subgruppen-Analysen bei zukünftigen Interventionen haben das Potenzial, unser Verständnis davon, welche Maßnahmen bei Statusgruppen mit niedrigem SES greifen, nachhaltig zu erweitern.
2. Die vorliegende Studie illustriert jedoch auch die Notwendigkeit, einen wissenschaftlichen Konsens über die Verwendung zuverlässiger und gültiger SES-Indikatoren im Jugendalter zu erzielen.

Das Forschungsfeld könnte sich bei der Verwendung von vergleichbaren Indikatoren in Interventionen schnell weiterentwickeln.

10.28 Moore et al., 2015

Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions. A systematic review of intervention studies. *BMC Public Health*, 15, 907. 1–15.

Kurzbeschreibung	sozialer Gradient in Effekten universeller schulbasierter Interventionen
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit, sozialer Gradient, sozioökonomischer Status
Interventionsformen	schulbasierte Interventionen universell
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeit
Forschungsmethoden	datenbank-basierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Studie	sozioökonomische Gradienten in Effekten schulbasierter Interventionen zum Gesundheitsverhalten
Strategie	/
Studienzeitraum	2008–2014
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Es ist wenig darüber bekannt, ob und welche Typen universeller schulbasierter Interventionen Ungleichheiten reduzieren oder erhöhen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden sieben Datenbanken unter Verwendung einer Reihe von Suchphrasen durchsucht, um Untersuchungen und quasi-experimentelle Evaluationen zu universellen schulbasierten Interventionen zu identifizieren, die sich auf Rauchen, Alkohol, Essverhalten und/oder körperliche Aktivität konzentrieren und zwischen 2008 und 2014 veröffentlicht wurden. Artikel, die unterschiedliche Effekte nach sozioökonomischem Status ($n = 20$) untersuchten, wurden extrahiert. Die Inhaltsanalyse von 98 Interventionsstudien untersuchte mögliche Gründe für Beachtung oder Nichtbeachtung von Effekten auf Ungleichheit. Die Suche ergab ca. 12.000 Treffer. 98 Evaluationen wurden identifiziert, darunter 90 abgeschlossene Studien, von denen 20 Effekte auf SES-Ungleichheit berichteten. Die Studien berichteten eine Reihe positiver, neutraler oder negativer SES-Gradienten in Interventionseffekten.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

entfällt

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Whitehead (2007) hatte dazu aufgerufen, alle Interventionen, die darauf abzielen, die Bevölkerungsgesundheit zu verbessern, hinsichtlich ihrer Effekte auf Ungleichheit zu evaluieren. Die vorliegende Übersichtsarbeit untersucht, in welchem Umfang und wie Effekte von universellen schulbasierten Interventionen hinsichtlich sozioökonomischer Ungleichheiten evaluiert wurden. Im Fokus stehen peer-reviewte Evaluationen von 2008 bis 2014. Die Autorinnen und Autoren haben den Fehlschluss hervorgehoben, alle SES-Maße als gleich anzunehmen, denn sozioökonomische Tendenzen unterscheiden sich je nach gewähltem Messinstrument (beispielsweise danach, ob Einkommen oder Bildungsniveau erfasst werden). Daher werden die Typen von gewählten SES-Markern ebenfalls zusammenfassend dargestellt. Ein sekundäres Ziel ist es, eine Synthese existierender Evidenz zu Interventionstypen zu erstellen, die Ungleichheiten eher erhöhen oder reduzieren.

Die Suchstrategie wurde in den Datenbanken Medline, Psycinfo, Embase, ASSIA, britischer Bildungsindex, soziologischen Abstracts und ERIC durchgeführt. Randomisierte kontrollierte Studien und quasi-experimentelle Studien (Studien mit einer nicht-zufällig zugeordneten Vergleichsgruppe) wurden einbezogen.

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden angewendet:

- **Bevölkerungsgruppe:**
Schulkinder von vier bis 18 Jahren. Die Übersichtsarbeit umfasst universelle Interventionen (d. h. eine ganze Schule oder ganzes Schuljahr) und schließt gezielte Interventionen auf spezielle Bevölkerungsgruppen aus (z. B. Kinder mit besonderen pädagogischen Bedarfen oder Gesundheitsbedingungen), die nicht an die allgemeine Schulpopulation gerichtet sind. Auch Schulen, die aufgrund eines demografischen Risikoprofils ausgewählt wurden (beispielsweise niedrige SES-Schulen), waren ausgeschlossen.
- **Interventionen:**
Interventionen, die teilweise oder ganz innerhalb der Schule durchgeführt wurden oder in Bezug zum Schulweg stehen.
- **Kontrolle:**
Studien, die sich auf die relative Wirksamkeit von zwei aktiven Interventionen ohne eine Kontrollgruppe konzentrierten, wurden ausgeschlossen.
- **Ergebnisse:**
Wirkungen auf Ernährungsweise, körperliche Aktivität (einschließlich körperlicher Fitness), Rauchen oder Alkohol; Studien wurden eingeschlossen, wenn sie eine oder mehrere dieser Verhaltensweisen untersuchten. Kleine Pilotstudien, Wirksamkeitsstudien (z. B. Studien mit Bewertung der Auswirkungen bestimmter Formen körperlicher Aktivität auf Fitnessparameter) oder Studien mit weniger als zehn Clustern (d. h. Schulen oder Klassen) wurden ausgeschlossen.
- **Setting:**
Schule

Die Forscherinnen und Forscher argumentieren, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der universelle Interventionen Ungleichheiten erhöhen oder reduzieren, davon abhängt, ob sie oberflächliche (d. h. Konzentration auf individuelle Handlungsfähigkeit) oder radikale Veränderungen (d. h. abzielend auf strukturelle Faktoren) umfassen. Es gibt einige Evidenz, dass Downstream-Interventionen (die auf pädagogische Komponenten und individuelle Faktoren fokussieren) Ungleichheiten eher vergrößern. Interventionen, die auf individuelle Faktoren wie Wissen abzielen, funktionieren, wenn es ausschließlich um Unwissenheit bei der Wahl gesün-

derer Handlungsoptionen geht, wenn es jedoch um größere strukturelle Hemmnisse geht, können sie wenig ausrichten. Darüber hinaus weisen Übersichtsarbeiten darauf hin, dass schulische Interventionen, die auf bildenden/erzieherischen Anteilen basieren, nicht effektiv sind und Mehr-Ebenen-Interventionen größere Effekte erzielen. Bislang haben Evaluationen jedoch üblicherweise Effekten auf Ungleichheiten wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

SES-Parameter und ihre Verwendung

Die meisten Studien erhoben einen SES-Parameter (71 von 98) und stellten ihn am häufigsten in der Stichprobenbeschreibung dar. Von den 90 abgeschlossenen Studien berichteten 19 über die Analyse von Effekten des SES. Zwei von acht Studien, die Ergebnisse ankündigten, berichteten, dass sie eine Effektanalyse planten. Differenzierte Effekte wurden in unterschiedlichen oder über mehrere Artikel berichtet. Insgesamt wurden 20 Studien in die abschließende Synthese aufgenommen.

Beschreibung der enthaltenen Studien

In der Recherche wurden 11.972 Treffer generiert, die nach Entfernung von Duplikaten auf 8.527 reduziert werden konnten. Nach Ausschluss unpassender Treffer wurden 472 Volltexte abgerufen, von denen 168 die Einschlusskriterien erfüllten. Über Vorwärts- und Rückwärts-Zitationssuche wurden 40 zusätzliche Artikel identifiziert. 90 Studien veröffentlichten Ergebnisanalysen. Außerdem kündigten acht Studienprotokolle Ergebnisse an. Die meisten Studien kamen aus Europa (n = 58) oder Nordamerika (n = 24), neun aus Australien, vier aus Südamerika und drei aus Asien. Die häufigsten Interventionstypen waren bildende/erzieherische Interventionen (n = 30), als Mehr-Ebenen-Interventionen (Multi Level), welche Bildungsarbeit mit Umwelt-/Ethos-Veränderungen (d. h. Veränderungen der physischen und sozialen Umwelt des Schul-Settings) und mit der Einbindung von Gemeinden und Familien (n = 27) kombinierten, sowie Interventionen, die auf Bildung und Umwelt-/Ethos-Veränderungen ausgerichtet waren (n = 16). 20 Studien konzentrierten sich ausschließlich auf körperliche Aktivität, 19 auf Ernährungsweisen und 21 auf beides. 15 Studien konzentrierten sich auf Tabak, zwölf auf Alkohol und elf auf beides.

Auswirkungen auf Ungleichheit

Die meisten Studien waren Multi-Level-Interventionen, davon nur vier reine Bildungsinterventionen („nur Bildung“), die Effekte auf Ungleichheit prüften. Die Studien waren von mäßiger (n = 12) und niedriger Qualität (n = 8), häufigste Schwäche war eine geringe Rücklaufquote auf Schulebene. Zwei Drittel der Studien gaben an, auf Grundlage eines oder mehrerer theoretischer Bezüge entwickelt worden zu sein. Diese stammten fast ausschließlich aus der Sozialpsychologie, am häufigsten genannt wurden die sozialkognitive Theorie (n = 5), die Theorie des geplanten Verhaltens (n = 3) und die Selbstwirksamkeitstheorie (n = 2). Keine Studie verband diese theoretischen Rahmenwerke mit Mechanismen zur Adressierung von Ungleichheit. Die Methoden zum Testen der Unterschiede von Effekten variierten, zwölf Studien testeten lediglich Interaktionseffekte, zwei machten Subgruppen-Analysen und sechs beides. Die meisten Studien berichteten eine nicht-signifikante Interaktion, ohne jedoch Test-Statistiken darzustellen. Während einige Studien unterschiedliche Effekte für alle Ergebnisse testeten, taten andere dies nur für ausgewählte Ergebnisse. Insgesamt berichteten zehn Studien, dass es keinen sozialen Gradienten in der Wirksamkeit gibt, sechs einen negativen Gradienten für mindestens ein Ergebnis und vier einen signifikant positiven Gradienten für mindestens ein Ergebnis. Die meisten Interventionen mit einem negativen Gradienten (5 von 6) konzentrierten sich auf Ernährungsweisen und körperliche Aktivität, vier berichteten, die Ungleichheit bei Adipositas zu ver-

stärken. Der Rest der Studien mit einem negativen Gradienten waren Interventionen zur Rauchprävention. Studien, die von einem positiven sozialen Gradienten berichteten, waren gleichmäßig verteilt, je eine Studie zu Ernährung und körperlicher Aktivität, Ernährung oder körperlicher Aktivität, Tabak und Alkohol, Tabak oder Alkohol. Bezüglich reiner Bildungsinterventionen gab eine Studie einen negativen sozialen Gradienten in der Wirksamkeit an, alle anderen ($n = 3$) berichteten neutrale soziale Gradienten. Bezüglich Interventionen zu Umweltveränderungen (ohne Bildung) nannte eine Studie einen positiven sozialen Gradienten, alle anderen ($n = 3$) neutrale Gradienten. Fünf Studien zu Interventionen, die Bildung mit Umweltveränderungen und/oder Familienbeteiligung kombinierten, berichteten einen negativen sozialen Gradienten in Effekten, drei einen positiven und vier einen neutralen Gradienten. Mehr-Ebenen-Interventionen hatten jedoch inkonsistente Effekte auf Ungleichheit. Studien, die einen positiven Gradienten zeigten, waren von mäßiger Qualität. Die Hälfte der Studien mit neutralem oder negativem Gradienten hatte eine geringe Qualität.

Verwendung von Prozessevaluations-Daten zur Erklärung oder Vorhersage der Effekte auf Ungleichheit

Von den 20 Studien, in denen die Autorinnen und Autoren Effekte auf Ungleichheit berichteten, waren sieben Peer-Review-Publikationen aus einer verknüpften Prozessevaluation verfügbar. Drei Prozessevaluationen diskutierten SES-Gradienten in den Interventionsmechanismen. Diese Diskussionen konzentrierten sich auf SES-Muster in der Wahrnehmung von Interventionsmaterialien. Keiner der Befunde zu einer positiveren Wahrnehmung von Bildungsmaterialien unter niedrigen SES-Gruppen führte in dieser Gruppe zu größeren Effekten.

Diskussion der Ungleichheit in den Interventionsstudien

In den veröffentlichten Artikeln zu 98 Studien gab es in der Begründung der Intervention oder der Interpretation von Befunden nur wenig Diskussion zu Ungleichheiten. Die Berichte (und drei Protokolle) zu 19 abgeschlossenen Studien nahmen Bezug auf sozioökonomische Ungleichheiten im jugendlichen Gesundheitsverhalten bei der Problemdefinition und den Interventionszielen. Zwölf Studien identifizierten schulbasierte Interventionen als probates Mittel, um Kinder mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen zu erreichen. In Artikeln, in denen mögliche Effekte auf Ungleichheiten diskutiert wurden, konzentrierte sich die Diskussion in erster Linie auf die Annahme, dass universelle Interventionen auch universelle Wirkungen gewährleisten würden. Explizite Überlegungen zu Mechanismen, durch welche die Intervention Ungleichheit beeinflussen könnte, fanden sich lediglich in drei Studien. Solchen Überlegungen lag typischerweise die Annahme zugrunde, dass die Beseitigung struktureller Barrieren und die Verbesserung des Zugangs zu gesunden Optionen ein wichtiges Mittel sei, um mit der Intervention niedrige SES-Gruppen zu erreichen. Bei der Interpretation der Gesamtergebnisse stützt sich eine kleine Anzahl von Autorinnen und Autoren auf die Annahme, dass Effekte durch die SES-Zusammensetzung der Stichprobe beeinflusst würden ($n = 5$), am häufigsten unter der Prämisse, dass universelle Interventionen bei ärmeren Gruppen am besten wirkten, da sie am meisten profitieren könnten.

Effekte auf Ungleichheit

Nur einer von fünf ab 2008 veröffentlichten peer-reviewten Beiträgen zu universellen schulbasierten Interventionen analysiert Effekte auf die Ungleichheit und zeigt, dass universelle schulbasierte Interventionen das Potenzial haben, Ungleichheiten zu reduzieren oder zu erhöhen. Schlussfolgerungen dazu, wie oder warum sie dies tun, werden sowohl durch einen Mangel an Routinetests zu Effekten auf Ungleichheit als

auch durch Verzerrungen in den Überlegungen zu Ungleichheit erschwert. Beispielsweise scheint es bei Evaluationen zu Interventionen, die sich ausschließlich auf Bildung konzentrieren, am wenigsten wahrscheinlich, dass Effekte auf Ungleichheit untersucht werden. In Studien, die differenzierte Effekte berichten, gibt es Inkonsistenzen bei der Messung des SES, und die Studien begründen i. d. R. kaum ihre getroffene Auswahl an SES-Parametern (z. B. Bildung, SES) oder ihre Gültigkeit. Außerdem gibt es Inkonsistenzen, wie Tests durchgeführt werden und wie über die Ergebnisse berichtet wird: Einige berichten Subgruppen-Effekte, einige Interaktionsbedingungen und andere beides. Zum Großteil werden keine signifikanten Unterschiedseffekte gezeigt, Test-Statistiken nicht berichtet und der Schluss gezogen, dass die Intervention über alle SES-Subgruppen hinweg gleichermaßen wirksam seien. Dieser Schluss wird trotz der Tatsache gezogen, dass diese Studien gewöhnlich nicht belastbar genug sind, um Zusammenhänge herzustellen. Daher ist es schwierig festzustellen, ob bestimmte Arten von Interventionen konsistent kleine bis mittlere Effekte auf Ungleichheit haben, da dies nicht in Einzelstudien nachgewiesen werden kann.

Dennoch bietet die vorliegende Übersichtsarbeit vorläufige Erkenntnisse dazu, welche Arten von Interventionen die Ungleichheit beeinflussen könnten. Keine Interventionen, die ausschließlich auf Bildung/ Erziehung basierten, verringerten Ungleichheit, während alle Interventionen, die Ungleichheit erhöhten, bildende/pädagogische Komponenten umfassten. Im Gegensatz dazu führten Interventionen, die Umweltveränderungen beinhalteten, zu einer Reduzierung von Ungleichheit. Dies bietet eine vorläufige Unterstützung der Annahme, dass Interventionen, die auf strukturelle Veränderungen abzielen, wahrscheinlicher Ungleichheit reduzieren können. Neben Interventionen zu Rauchverhalten wurden bei Interventionen zu Ernährung und körperlicher Aktivität Ungleichheitseffekte am häufigsten getestet.

Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Die Inhaltsanalyse der 98 veröffentlichten Evaluationen lieferte Schlüsselerkenntnisse zu den Gründen, warum Ungleichheitseffekte so wenig Aufmerksamkeit erhalten. Bemerkenswert ist, dass nur in einer Minderzahl an Studien sozioökonomische Muster bei der Beschreibung des Problems diskutiert werden, das mit der Intervention adressiert werden soll. Daher wird sozioökonomische Ungleichheit im Gesundheitsverhalten, trotz konsistenter Beweise für ihr Vorhandensein während der Pubertät, in den meisten Fällen nicht als Teil des Problems gesehen und davon ausgegangen, dass schulische Interventionen unweigerlich alle SES-Gruppen erreichen würden und universelle Effekte hätten. Diese Annahme wird dadurch konterkariert, dass viele universelle Interventionen Ungleichheit erhöhen oder reduzieren. Auf theoretische oder empirische Belege zu Effekten auf Ungleichheit wurde im Rahmen der Evaluationen nur selten Bezug genommen. Eine Minderzahl an Studien hob SES-Unterschiede in der Wahrnehmung der Intervention hervor, keine der Interventionen führte zu größeren Effekten bei Gruppen mit niedrigem SES. Keine Evaluation bot tiefgehende Erkenntnisse dazu, wie der schulische Kontext, in dem Kinder mit niedrigem oder hohem SES die Intervention erfahren, Wirksamkeit beeinflusst.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite und zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Eine Stärke dieser Übersichtsarbeit ist die Tatsache, dass die Suchstrategie sieben Datenbanken umfasste und damit eine hohe Abdeckung gewährleistete. Kernerkenntnis ist, dass universelle schulbasierte Interventionen Ungleichheiten reduzieren oder erhöhen können. Peer-Review-Berichte zu Evaluationsstudien weisen darauf hin, dass SES-Unterschiede selten als Teil des Problems gesehen werden, das mit der Intervention zu adressieren ist. Zudem werden Ungleichheitseffekte nur von einer Minderheit der Forscherinnen und Forscher in die Untersuchung einbezogen. Die Übersichtsarbeit stützt die Annahme, dass Interventionen, die auf Bildung/Erziehung basieren, eher Ungleichheiten erhöhen, während Umweltveränderungen diese eher reduzieren. Allerdings sind diese Schlussfolgerungen vorläufig und vorsichtig handzuhaben, denn die überwiegende Mehrheit relevanter Studien bot keine entsprechenden Analysen, und diejenigen, die es taten, schienen mit bestimmten regionalen Standorten und Interventionstypen verbunden zu sein. Aktuell gibt es derartige Analysen fast ausschließlich für europäische Studien. Durch die routinemäßige Evaluation von Ungleichheitseffekten könnten Erkenntnisse generiert werden. Es besteht zudem ein Bedarf an Leitlinien hinsichtlich der am besten geeigneten Methode zur Analyse und Berichterstattung von Subgruppeneffekten, die einen Vergleich über verschiedene Studien hinweg ermöglichen würden. In der Konzeption der Evaluation muss die verwendete Operationalisierung des SES begründet und der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Dimensionen des SES in unterschiedlichen Kontexten möglicherweise andere Effekte auf die Gesundheitsproduktion haben. Auch wenn es möglicherweise nicht angemessen ist, die SES-Messung für alle Studien zu standardisieren, sollten ausgewählte SES-Maße in Bezug zu ihrer Vermittlung auf die untersuchten gesundheitsbezogenen Ergebnisse gerechtfertigt werden. Es ist wichtig, dass Autorinnen und Autoren Interaktionseffekte und Subgruppenanalysen vollständig darstellen, unabhängig davon, ob die jeweilige Studie ausreichend belastbar war, um einen moderierenden Effekt zu identifizieren. Die Ansammlung konsistent angewandter Methoden zur Bewertung von Interventionseffekten auf Ungleichheit könnte zukünftiger Forschung ermöglichen, Methoden wie Meta-Regression oder qualitative komparative Analyse zu verwenden, um zu untersuchen, welche Interventionsmerkmale mit positiven, negativen oder neutralen Effekten auf gesundheitliche Ungleichheiten assoziiert sind und in welchen Kontexten. Die häufigere Umsetzung von Prozessevaluationen, die das Verständnis erweitern, wie Interventionen von jungen Menschen mit unterschiedlichen sozioökonomischen Hintergründen erlebt werden, können beim Aufbau von Theorie helfen und tiefere Einsichten dazu liefern, warum einige schulbasierte Interventionen Ungleichheiten verschärfen, während andere sie reduzieren.

10.29 Norman et al., 2016

Norman, Å., Nyberg, G., Schäfer Elinder, L. & 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. 1-11.

Kurzbeschreibung	Konsum gesunder Lebensmittel fördern durch Elternunterstützung
Primäre Zielgruppe	Vorschüler/-innen (5-7 Jahre)
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen
Setting	Kita/Vorschule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	Gesundheitsrisiken, Adipositas, sozioökonomischer Status, soziale Benachteiligung, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention selektiv, targeted
Studiendesign	qualitative Prozessevaluation
Forschungsmethoden	qualitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Reduzierung von BMI und Süßgetränkconsum
Strategie	Elternunterstützung
Studienzeitraum	2012-2013 (6 Monate)
Studienregion	Stockholm, Schweden

Kurzzusammenfassung

Das Programm „Healthy School Start“ (HSS) war ein schulbasiertes Adipositas-Präventions-Programm, das die Förderung gesunder Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten im Alltag von Vorschulkindern in benachteiligten Nachbarschaften durch elterliche Unterstützung zum Ziel hatte. Es konnte den Konsum ungesunder Nahrungsmittel sowie den BMI adipöser Kinder signifikant senken. Die vorliegende Studie zielt darauf ab, hemmende und fördernde Einflüsse auf die Durchführung des Programms aus der Perspektive von Lehrerinnen und Lehrern sowie Eltern zu beschreiben. Das Programm bestand aus drei Kernkomponenten. Die Art und Weise, wie diese Komponenten wahrgenommen wurden, hatte einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg. Um Beteiligung und Teilnahme bei Interventionen zu erhöhen, ist es wichtig, die Komponenten an Möglichkeiten und Fähigkeiten der Zielgruppe anzupassen.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Vorangegangene Interventionen zeigen die Wirksamkeit von Elternunterstützung und Erziehung zu gesundheitsfördernden Verhaltensweisen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas. Erziehungspraktiken und Eltern-Kind-Interaktionen prägen das gesundheitsbezogene Verhalten von Kindern. Interventionen erzielen daher stärkere Wirkung, wenn die Eltern eingebunden sind. Das „HSS“-Programm erreichte Kinder im Vorschulalter über ein Konzept zur Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus. Die Zielgruppe wurde zwar über die Schulen angesprochen, die Intervention zielte aber auf das Verhalten im häuslichen Umfeld ab. Das Programm wurde 2012 bis 2013 an 13 Schulen mit insgesamt 31 Vorschulklassen durchgeführt.

In 16 Klassen wurde die Intervention implementiert, 15 Klassen bildeten die Kontrollgruppe. Die Schulen lagen in Regionen mit mittlerem bis niedrigem sozioökonomischen Status (SES). In diesen Regionen ist in Schweden die Adipositas-Prävalenz gegenüber wohlhabenden Quartieren zehnfach erhöht (5 % versus 0,5 %). In dieser Studie wurden zwei Indikatoren für einen niedrigen SES verwendet: der Wohnort als Indikator auf Gruppenebene und der Bildungsstand der Eltern auf Individualebene.

Die Eltern von Vorschülerinnen und -Vorschülern wurden über Anschreiben, Gruppentreffen und persönliche Ansprache vor Ort durch Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zur Teilnahme eingeladen. Insgesamt 387 Eltern stimmten zu. Die Kernkomponenten des Programms waren 1) eine Elternbroschüre mit leicht verständlichen, evidenzbasierten Informationen, 2) Beratungsgespräche mit den Eltern nach dem Ansatz der „Motivierenden Gesprächsführung“, 3) ein Handbuch für Lehrerinnen und Lehrer mit Unterrichtsmaterial für zehn 30-minütige Unterrichtseinheiten, abgestimmt auf die Inhalte der Elternbroschüre, sowie ein dazugehöriges Arbeitsbuch, das Kinder zu Hause mit ihren Eltern bearbeiten sollten. Die Elterngespräche wurden von Beraterinnen und Beratern nach der Methode des „Motivational Interview“ durchgeführt, mit dem Ziel eine intrinsische Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen. Die 45-minütigen Einzelsitzungen konzentrierten sich auf einen von den Eltern ausgewählten Aspekt des kindlichen Ernährungs- oder Bewegungsverhaltens. Eltern wurde nach drei Monaten eine telefonische oder persönliche Nachsorgesitzung angeboten. Am ersten Beratungsgespräch nahmen 147 Eltern teil, 86 auch am zweiten. In den teilnehmenden Klassen wurden zwischen acht und zehn der 30-minütigen Unterrichtseinheiten durchgeführt. Zwölf der 16 Interventionsklassen absolvierten alle zehn geplanten Hausaufgaben, während der Rest zwischen einer und acht der Aufgaben absolvierte. Das „HSS“-Programm konnte weitgehend wie geplant durchgeführt werden. Die positiven Effekte der Intervention wie die Verbesserung des BMI der Kinder sind nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Zum Zeitpunkt der „HSS“-Intervention gab es wenig Evidenz zu fördernden oder hemmenden Einflussfaktoren auf die Durchführung von Eltern-Unterstützungsprogrammen in der Adipositas-Prävention. Die „HSS“-Intervention wurde qualitativ evaluiert, da diese Art von Design geeignet ist, Probleme und Fragestellungen breiter ausleuchten zu können. Daten wurden in Fokusgruppen erhoben und durch teilstrukturierte Interviews ergänzt. Aus den 185 an der „HSS“-Intervention teilnehmenden Familien wurde für die Evaluation eine aussagekräftige Stichprobe ausgewählt. Die Gewinnung von Eltern zur Teilnahme an der Studie gestaltete sich schwierig. An vier Eltern-Fokusgruppen nahmen 14 Eltern von sieben der 13 Interventionschulen teil. Von den 21 Lehrerinnen und Lehrern der Interventionsgruppe nahmen zehn an zwei Fokusgruppen bzw. zwei Interviews teil.

Die Evaluation erfolgte nach dem CFIR-Rahmenwerk (Consolidated Framework for Implementation Research), das auf die Merkmale und den Prozess der Intervention fokussiert. Als übergreifendes Leitthema für den Interventionserfolg erwies sich die passgenaue und zielgruppengerechte Gestaltung und Präsentation der Komponenten. Eine bedarfsorientierte bzw. auf die Bedarfe der Zielgruppen zugeschnittene Intervention erhöht die Teilnahme von Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrern und damit die Reichweite der Intervention bzw. die Anzahl an Kindern, die profitieren können. In der Befragung zu den Merkmalen der Intervention wurden folgende Unterthemen von den unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren angesprochen:

- Lehrerinnen und Lehrer: Anpassung der Interventionskomponenten an die Möglichkeiten und Fähigkeiten der Lehrenden, Eltern und Kinder
- Eltern: Eignung der Interventionskomponenten für Eltern und Kinder
- Eltern sowie Lehrerinnen und Lehrer: Grad des Engagements der Beteiligten bei Interventionsaktivitäten

Im Folgenden werden die Einflussfaktoren zu den Kategorien der Unterthemen aufgeführt.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Ausschlaggebend für den Grad des Engagements war bei den Lehrerinnen und Lehrern die Art und Weise, wie die Intervention eingeführt wurde, ob das Unterrichtsmaterial als nützlich wahrgenommen wurde, die Vorbereitung im Vorfeld der Intervention, die Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus und das aktive Engagement von Schülerinnen und Schülern sowie der Eltern in der Maßnahme.

Aufseiten der Eltern zeigte sich ebenfalls, dass sie die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus als erfolgsrelevant betrachteten. Weiterhin wurden die Wahrnehmung der Relevanz der Interventionsaktivitäten, die Brauchbarkeit des Materials, das Erleben der Beratungssitzungen (motivierende Gesprächsführung), die Fähigkeit der Eltern, Vorbild zu sein, und die Frage, welches Familienmitglied durch die Intervention angesprochen wird, als Schlüsselfaktoren identifiziert. Tabelle 14 zeigt, welche Wahrnehmungen seitens der Lehrerinnen und Lehrer bzw. der Eltern sich jeweils hemmend bzw. fördernd auf ihr Engagement und ihre Beteiligung auswirkten.

Tabelle 14:
Förder- und Hemmfaktoren aus Lehrerinnen- und Lehrersicht bzw. Elternsicht

Induktive Kategorie	Hemmend	Fördernd
Lehrerinnen- und Lehrersicht		
Einführung in die Intervention	nicht in die Entscheidung involviert	in die Entscheidung einbezogen
Nützlichkeit des Unterrichtsmaterials	zu kompliziert für die Kinder, schwierig anzupassen, zeitaufwendig	informativ, gebrauchsfertig, richtiges Niveau für die Kinder, leicht anzupassen
Vorbereitung im Vorfeld	späte Einführung	klare Anleitungen/Training
Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule in Bezug auf das Arbeitsbuch	fehlende Fähigkeit der Eltern, auf die Information zu reagieren; Mangel an klarer Information und Kommunikation durch Lehrerinnen und Lehrer	Fähigkeit in der Familie gegeben
aktives Engagement von Kindern und Eltern	Mangel an Eltern-Engagement	Engagement der Kinder

Induktive Kategorie	Hemmend	Fördernd
Elternsicht		
Relevanz der Intervention	keine aktive Entscheidung	sehr relevant, Bedarf
Brauchbarkeit des Materials	schon bekannte Information, zu viel Text, zu kompliziert für die Kinder	wichtige Erinnerung, nützliche Ratschläge, klare Bilder, gutes Niveau für die Kinder
Erleben der motivierenden Gesprächsführungssitzungen mit der Intervention bzw. der Information angesprochenes Familienmitglied: nur ein Elternteil, beide oder das Kind	telefonische Sitzungen, Mangel an Dialog, Struktur und Fokus	gute Beziehung zur Beraterin/zum Berater, Struktur und Fokus
Vorbildfunktion der Eltern	neu erworbene Kenntnisse der Kinder stehen im Konflikt mit den elterlichen Gewohnheiten	/
Verständnis und Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule in Bezug auf das Arbeitsbuch	Aufgaben werden in der Schule gemacht, Mangel an klarer Anleitung, Nachsorge und Kommunikation	Aufgaben werden gemeinsam in der Familie gelöst, klare Anleitung

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Elterngestützte Interventionen haben sich bei der Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten von Kindern als wirksam erwiesen. Engagement und Teilnahme von Eltern an erzieherischen Interventionen werden u. a. beeinflusst durch die Ressourcen und den Lebensstil der Eltern, den Zugang zu den Interventionskomponenten und die didaktische Aufbereitung. Interventionen sollten auf die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Zielgruppen zugeschnitten sein und als sinnvoll und nützlich wahrgenommen werden. Um eine engagierte Beteiligung der Eltern zu erreichen, ist eine gute Beziehung sowie klare Kommunikation mit den durchführenden Akteurinnen und Akteuren, wie z. B. Beraterinnen und Berater sowie Lehrerinnen und Lehrer, wichtig. Für Veränderungen im häuslichen Umfeld sind Aktivitäten, die auf die Vorbildfunktion der Eltern sowie die Zusammenarbeit und Absprache der Eltern untereinander zielen, hilfreich.

10.30 Sharma et al., 2017

Sharma, S. V., Chow, J., Pomeroy, M., Raber, M., Salako, D. & Markham, C. (2017). Lessons learned from the implementation of Brighter Bites: a food co-op to increase access to fruits and vegetables and nutrition education among low-income children and their families. *Journal of School Health, 87(4)*, 286–295.

Kurzbeschreibung	Verbesserung des Zugangs zu gesunden Lebensmitteln
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Familien, Schulpersonal
Setting	Grundschule
Impact (Strategie)	hohe Teilnahmeraten
Bezug zu Vulnerabilität	Armut, sozioökonomischer Status, soziale Benachteiligung, benachteiligte Nachbarschaften
Interventionsform	Mehr-Komponenten-Intervention selektiv, targeted
Studiendesign	Mixed-Method-Evaluationsstudie
Forschungsmethoden	qualitativ und quantitativ
Zielvariable/Outcome	
Intervention	Erhöhung des Verzehrs von Obst und Gemüse, gesunde Ernährungsweisen
Strategie	Teilnahmeraten, ausgegebene Portionen Obst und Gemüse pro Familie pro Woche
Studienzeitraum	Schuljahr 2013–2014
Studienregion	Texas, USA

Kurzzusammenfassung

Fehlender Zugang zu frischen und gesunden Nahrungsmitteln wie Obst und Gemüse ist ein signifikanter Hemmfaktor für gesunde Ernährung. Einwohnerinnen und Einwohner von Regionen mit niedrigem Durchschnittseinkommen sind oft abhängig von Mini-Märkten und Fast-Food-Restaurants, da Supermärkte nur schwer erreichbar sind. Darüber hinaus können sie sich gesunde Nahrungsmittel oft nur eingeschränkt leisten. „Brighter Bites“ ist eine gemeinnützige Organisation mit der Zielsetzung, Kindern und ihren Familien in benachteiligten Gebieten Zugang zu gesunden Lebensmitteln zu verschaffen. Da es in diesen Regionen zudem kaum Angebote zur Ernährungsbildung gibt, kombiniert das Konzept von „Brighter Bites“ den Ansatz der Lebensmittelkooperative (Food-Coop) mit pädagogischen Komponenten. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein schulbasiertes Lebensmittel-Kooperationsmodell vielversprechende Ergebnisse bei der Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten und der häuslichen Ernährungsumwelt von einkommensschwachen Familien zeigt.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Gegenstand der vorliegenden Studie war ein 16-wöchiges (acht Wochen im Herbst und acht Wochen im Frühjahr) schulbasiertes Multi-Komponenten-Programm, das kontinuierlichen Zugang zu frischem Obst und Gemüse mit Ernährungsbildung kombinierte, um die Nachfrage nach und den Verzehr von gesunden Lebensmitteln bei einkommensschwachen Familien zu erhöhen. Ziel der Evaluation war die Anpassung bzw. Verbesserung der Programmdurchführung für die weitere Arbeit von „Brighter Bites“. Die Interventions-

komponenten gründen auf der sozialkognitiven Lerntheorie (Modelllernen) und der Theorie des geplanten Verhaltens. Das 16-Wochen-Programm besteht aus drei Hauptkomponenten:

1. Wöchentliche Ausgabe von 50 bis 60 Portionen frischem, saisonalem Obst und Gemüse an teilnehmende Familien. Die Produkte stammen von städtischen Essensausgaben (Food Banks), die diese an die Schulen liefern. Jede Schule rekrutiert Eltern, um bei der wöchentlichen Verteilung der Lebensmittel zu helfen.
2. Essvergnügen (Fun Food Experience): Während der Lebensmittelübergabe werden kreative und gesundheitsfördernde Obst- und Gemüse-Rezepte für Eltern und Kinder präsentiert. Die vorgestellten Rezepte sind auf die Lebensmittel in den Beuteln abgestimmt.
3. Ernährungsbildung in der Schule und für die Eltern: Das Schulpersonal teilnehmender Schulen wird in der Umsetzung des koordinierten Ansatzes zur Kindergesundheit (Coordinated Approach To Child Health, CATCH) geschult, einem Programm mit nachgewiesenen Effekten in der Adipositas-Prävention bei Kindern. Die Eltern erhalten zwei bilinguale Ernährungshandbücher, die auf die Inhalte von „CATCH“ ausgerichtet sind, einschließlich Zubereitungs- und Aufbewahrungstechniken für Lebensmittel und wöchentlicher Rezepte.

Grundschulen müssen, um am „Brighter Bites“-Programm teilnehmen zu können, nachweisen, dass 1) mindestens 75 % der Schülerinnen und Schüler ein kostenloses oder ermäßigtes Mittagessen erhalten, 2) die Bereitschaft und Fähigkeit zur Umsetzung eines von der „Texas Education Agency“ genehmigten und koordinierten Schulgesundheitsprogramms besteht und 3) sie mindestens 150 Schülerinnen und Schüler haben. Die Schulen können ihre gesamte Schülerschaft zur Teilnahme an „Brighter Bites“ einladen oder das Programm nur in bestimmten Jahrgangsstufen anbieten. Die Programm-Organisation arbeitet bei der Beschaffung der Lebensmittel mit lokalen „Food Banks“, städtischen Essensausgaben, zusammen, deren Funktion in etwa mit den „Tafeln“ in Deutschland vergleichbar ist.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die vorliegende Analyse untersucht die Umsetzung der einzelnen Komponenten des „Brighter Bites“-Programms an neun teilnehmenden Schulen im Schuljahr 2013/2014. In dieser Zeit verteilte das Programm durchschnittlich 60,2 Portionen frisches Obst und Gemüse pro Familie pro Woche und erreichte insgesamt 1.530 überwiegend einkommensschwache Familien. Quantitative Daten wurden über Fragebögen für Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und „Brighter Bites“-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter erhoben. Mit dem Elternfragebogen wurde die Programm-Akzeptanz erfasst. Er enthielt u. a. Fragen zu Erhalt und Verwendung der Lebensmittel sowie zur Einschätzung der Programm-Effektivität bei der Veränderung des Obst- und Gemüseverzehr. Zur Bewertung des Programms hinsichtlich geplanter und realisierter Umsetzung (Fidelity) berichteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wöchentlich über Menge und Art der ausgegebenen Lebensmittel sowie über Häufigkeit der Ausgabe von Rezeptkarten und Kochdemonstrationen vor Ort. Außerdem wurden die Kosten der Lebensmittel pro Familie pro Woche auf Grundlage von Daten der Food Bank errechnet. Der Fragebogen für Lehrerinnen und Lehrer erfasste die durchgeführten „CATCH“-Aktivitäten. Für die qualitative Evaluation wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt 13 Eltern durchgeführt sowie eine Fokusgruppe mit „Brighter Bites“-Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Beteiligung

Die Teilnahmerate der Familien war mit 81,1 % im Herbst und 88 % im Frühjahr hoch. In der ersten Herbstwoche holten durchschnittlich 82,9 % der Familien ein Lebensmittelpaket ab. In den folgenden Wochen pendelte sich die aus den ausgegebenen Portionen hochgerechnete Retentionsrate zwischen 42,9 % und

57 % ein. Als Gründe für die Nichtteilnahme führten Eltern in den Fokusgruppen Zeitprobleme an, aber auch Unkenntnis; einige Eltern wussten nicht, dass sie Lebensmittel erhalten können. Die Familien erhielten zwar Erinnerungsschreiben, aber es wurde nicht erfasst, welche Familien ihre Ration nicht abholten. In späteren „Brighter Bites“-Maßnahmen wurde ein spezifischeres Tracking-System etabliert und die Familien wurden per SMS über anstehende Verteilungen informiert.

Eltern- und Schulengagement

Ein integraler Bestandteil des Konzepts ist das ehrenamtliche Eltern-Engagement bei der Lebensmittelauslieferung. Die großen Unterschiede bei der Elternbeteiligung zwischen den Schulen weisen nach Meinung der Projektmitarbeitenden darauf hin, dass Partnerschulen und Eltern stärker für die Bedeutung des Eltern- und Lehrer-Engagements sensibilisiert werden müssen. Dies soll den Schulen bereits beim Auswahlverfahren und den Eltern bei der Einschreibung für das Programm deutlich gemacht werden. Die Lehrerinnen und Lehrer sollen eingeladen werden, an der Lebensmittelkooperative mitzuwirken und die Lebensmittel als Lehrmittel zu nutzen, um mit Schülerinnen und Schülern sowie Eltern über gesunde Ernährung ins Gespräch zu kommen.

Wöchentliche Obst- und Gemüseausgabe

Die Menge der ausgegebenen Lebensmittel entsprach der Planung. Die Kosten beliefen sich auf durchschnittlich 2,01 US-Dollar (Herbst) bis 3,32 US-Dollar (Frühjahr) pro Familie wöchentlich. In den Fragebögen berichteten über 80 % der Eltern, dass sich ihre Verzehrgewohnheiten effektiv verändert hätten. Über 90 % der Familien, die Obst erhielten, sagten, dass sie alles oder fast alles davon gegessen hätten. Beim Gemüse waren es über 80 %. Die Eltern berichteten, aufgrund von „Brighter Bites“ und neuerworbenen Kochfähigkeiten auch unbekanntes Obst und Gemüse ausprobiert zu haben. Viele gaben an, jetzt öfter Obst und Gemüse zu kaufen und positive Auswirkungen auf die Kinder zu erkennen. Allerdings äußerten einige Eltern Unzufriedenheit mit der Qualität der Produkte. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass es sich um gespendete Produkte mit einer kurzen Haltbarkeit handelte. Die Ergebnisse zeigen, dass das Modell für Eltern und Schulen durchführbar ist und von ihnen akzeptiert wird sowie dass die Nachfrage nach gesunden Lebensmitteln steigt. Vor der Auslieferung an die Schulen sollten jedoch Qualitätskontrollen durchgeführt und bessere Absprachen über Obst- und Gemüsemengen getroffen werden, damit Familien weniger Ausschussware erhalten.

Ernährungshandbücher für Eltern und Rezeptkarten

Etwa 80 % der an der Befragung teilnehmenden Eltern gaben an, Ernährungshandbücher und Rezeptkarten erhalten und gelesen zu haben. In den Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Eltern Bedarf an mehr grundlegenden Informationen beispielsweise zur Zubereitung von Speisen und zur Lagerung von Lebensmitteln haben, um ihre Essensplanung und -vorbereitung zu unterstützen. Folglich wurden die Ernährungshandbücher überarbeitet, um grundlegende Informationen zu Kochprozessen und zur Lagerung von Lebensmitteln niedrigschwellig zu vermitteln. Außerdem wurde das Wissen auf einer zweisprachigen Internetseite online für PC und Smartphones verfügbar gemacht.

„CATCH“ – koordiniertes Schulgesundheitsprogramm

Mehr als die Hälfte der 16 an der Befragung teilnehmenden Lehrerinnen und Lehrer haben keine Unterrichtseinheiten mit „CATCH“ durchgeführt. Nur 6 % konnten Hauptfiguren aus dem Material erkennen. Vielen Eltern war das Programm nicht bekannt. Angesichts dieser Ergebnisse wurde beschlossen, die Einweisung der Lehrerinnen und Lehrer nach dem Train-the-Trainer-Modell zu optimieren und sie zukünftig stärker in die Vorgänge bei der Lebensmittel-Kooperative einzubinden.

Fun Food Experience

Die Kochveranstaltungen erreichten aus logistischen Gründen nicht überall das Planungsziel, wurden aber von Eltern und Kindern sehr gut nachgefragt. Eltern gaben an, insgesamt mehr Obst und Gemüse zu kaufen, auch solche Sorten, die sie vor der Teilnahme am Programm nicht verarbeiten konnten.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Zusammenfassend können die folgenden Einflussfaktoren genannt werden:

- Fördernd:
 - Möglichkeit, preisgünstig frische Lebensmittel zu erhalten
 - Interesse der Kinder und Familien, alltagspraktisch, zielgruppengerecht und mit Spaß, etwas über die Zubereitung, Verarbeitung und Lagerung von frischen Lebensmitteln zu erfahren
- Hemmend:
 - fehlendes Engagement von Eltern: aus Zeitgründen sowie aufgrund unzureichender Information
 - fehlende Mitwirkung der Schulen: der Großteil der Lehrkräfte verwendete das „CATCH“-Unterrichtsmaterial nicht; große Unterschiede, wie Schulen obligatorisches Eltern-Engagement kommunizierten

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Eine wesentliche Strategie, um Adipositas bei Kindern effektiv zu reduzieren, ist die Stärkung gesundheitsfördernder Gewohnheiten in der ganzen Familie. Über den Einbezug der Familien gelingt es, das häusliche Umfeld zu beeinflussen. Zudem gilt es, durch kontinuierliche Bemühungen des Nachverfolgens (Tracking) die Bindung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erhöhen. Wenn Programme eine aktive Beteiligung der Gemeinde vorsehen, müssen vor der Umsetzung des Programms tragfähige Grundlagen dafür geschaffen werden. Nahrungsmittel-Kooperativen und gemeinwesenorientierte Landwirtschaft (Community Supported Agriculture, CSA) haben in den letzten Jahren als Quelle für erschwingliche, qualitativ hochwertige Produkte an Popularität gewonnen. Sie sind ein optimales Setting, um Food-Coop-Modelle umzusetzen, die Verbindung zwischen Schule und Gemeinde zu stärken, Kinder und Familien zu beteiligen und sie zu gesunder Ernährung zu befähigen.

10.31 Steenbock et al., 2015

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*, 58(6), 609–619.

Kurzbeschreibung	Wirksamkeit ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen in Kitas
Primäre Zielgruppe	Kitakinder (frühe Kindheit)
Sekundäre Zielgruppe	/
Setting	Kita
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	ethnische Minderheiten, sozioökonomischer Status
Interventionsformen	ernährungs- und bewegungsbezogene Interventionen in Kitas
Studiendesign	systematische Übersichtsarbeit, Review of Reviews
Forschungsmethoden	datenbank-basierte Literaturanalyse
Zielvariable/Outcome	
Studie	gesunde Ernährung, körperliche Aktivität
Strategie	/
Studienzeitraum	2007–2014
Studienregion	international

Kurzzusammenfassung

Ungünstige Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten bilden sich oft bereits in der Kindheit aus und können zu Übergewicht und Adipositas führen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Überblick über die Wirksamkeit ernährungs- und bewegungsbezogener Interventionen auf die Zielvariablen Gewicht und Gesundheitsverhalten im Setting Kita zu geben. Es konnte keine gesicherte Evidenz zu Effekten der Interventionen auf anthropometrische Maße festgestellt werden. Dagegen zeigten sich in sieben von neun Studien positive Effekte bei ernährungsbezogenen Outcomes (z. B. Obst-/Gemüsekonsum). Bezüglich des Bewegungsverhaltens bzw. körperlicher Aktivität ergaben sich nur vereinzelt positive Effekte. Merkmale, die mit einer erhöhten Wirksamkeit in Verbindung gebracht wurden, waren 1) die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen, 2) eine starke Einbeziehung der Eltern und 3) Elterninformation über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit. Insgesamt ergeben sich erste Hinweise auf frühzeitige Verbesserungen durch Präventionsprogramme zu Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Kitas. Die Evidenz wird allerdings durch eine geringe Studienzahl, methodische Mängel und Inkonsistenzen in der Zielparameter-Erfassung eingeschränkt. Ein Wirksamkeitsnachweis von Interventionen auf objektive anthropometrische Maße von Übergewicht und Adipositas steht noch aus.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

In der vorliegenden Arbeit wurde eine systematische Literaturrecherche zu zwischen 2007 und 2014 publizierten Übersichtsarbeiten in den Datenbanken PubMed, Cochrane Library und Campbell Collaboration durchgeführt. Zehn systematische Reviews und drei Meta-Analysen mit 22 kita-basierten Interventionen wurden eingeschlossen. Die Interventionen stammten aus Nordamerika (n = 14), Europa (n = 5), Asien (n = 2)

und Australien (n = 1). Die Hälfte der Interventionen richtete sich an ethnische Minderheiten oder Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien. Angaben zu Effekten auf anthropometrische Maße (z. B. BMI), das Ernährungs- und Bewegungsverhalten sowie Merkmale effektiver Programme wurden extrahiert und narrativ zusammengefasst.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

Die Evidenz der Interventionen wurde anhand verschiedener Zielparameter bewertet (Tabelle 15). Die Wirksamkeit wurde als „inkonsistent“ kategorisiert, wenn ein Teil der Interventionsstudien signifikante Effekte, aber die Mehrheit der Studien keine Effekte zeigt. In die Kategorie „Hinweise auf positive Effekte“ fallen Parameter, bei denen die Mehrheit der Interventionsstudien signifikante Effekte zeigt.

Tabelle 15:
Übersicht über die Bewertung der Evidenz

Zielparameter		Anzahl Primärstudien	Evidenz
Primärer Zielparameter			
Indikatoren für Übergewicht und Adipositas	BMI	10	Inkonsistent
	Trizeps-Hautfaltendicke	1	
	Hüftumfang	1	
	Körperzusammensetzung (% Körperfett)	1	
	Height-to-Weight Ratio	2	
	Körpergewicht	1	
	Prävalenz Übergewicht	3	
Weitere primäre Zielparameter	Wachstum	3	Inkonsistent
	Herzfrequenz	1	
	Gesamtserumcholesterin	1	
Sekundäre Zielparameter			
Ausgewogene Ernährung	Obstkonsum	3	Hinweise auf positive Effekte
	Gemüsekonsum	4	
	Fettkonsum	3	
	Ungesunde Snacks	2	
	Kalorienreiche Getränke	2	
	Ungesunde Nahrungsmittel in der Brotdose	1	
Körperliche Aktivität	Motorische Fähigkeiten	3	Inkonsistent
	Dauer und Intensität körperliche Aktivität	5	
	Sitzendes Verhalten und TV-Konsum	4	

Ein klarer Wirksamkeitsnachweis, d. h. mehrheitlich signifikante Interventionseffekte in qualitativ hochwertigen Interventionsstudien (angemessene Stichprobengröße, valide Zielparame-ter-Erfassung, programmge-treue Umsetzung), konnte für keinen der Parameter eruiert werden.

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Im Folgenden werden Merkmale von Interventionen skizziert, die signifikante Effekte auf anthropometrische oder verhaltensbezogene Maße dokumentiert haben. Das zehnmonatige Quasi-Experiment „Tooty Fruity Vegie“ war durch eine hohe Elternbeteiligung gekennzeichnet und beinhaltete die Sensibilisierung von Eltern, Kitapersonal und Kindern sowie die Vermittlung von Kompetenzen in den Themenbereichen gesunde Ernährung und Bewegung. Eine weitere Strategie bestand darin, Eltern in ihren Fähigkeiten zu stärken, das Gesundheitsverhalten ihrer Kinder belohnen und verstärken zu können. Die praktische Umsetzung von Aktivitäten, wie z. B. Ausprobieren neuer Lebensmittel, gemeinsame Gartenaktivitäten, gemeinsames Kochen, ein besserer Zugang zu Leitungswasser und spezifische Bewegungseinheiten zur Steigerung motorischer Fähigkeiten, orientierte sich an den Aspekten „aktuelle und wahrgenommene Kompetenz“, „soziale Unterstützung“ und „Spaß“.

Das Interventionsprogramm „Head Start“ richtete sich an sozioökonomisch benachteiligte Familien und beinhaltete eine wissensbasierte Ernährungsbildung für Kinder und Eltern sowie die Bereitstellung gesunder Lebensmittel (Frühstück, Mittagessen, gesunde Snacks).

Für das deutsche Programm „TigerKids“ wurde eine signifikante Zunahme von Kindern mit einem hohen Obst- und Gemüsekonsum in der 18-monatigen Follow-up-Erhebung berichtet. Bestandteile der Multi-Komponenten-Intervention waren die Bereitstellung von Obst und Gemüse, Karteikarten, CDs mit Liedern und Eltern-Informationsmaterialien in Form von Newslettern.

Eine chinesische Studie (Hu et al., 2010) untersuchte Effekte einer Ernährungsintervention auf ungesunde Ernährungsweisen (z. B. Snacking, einseitige Ernährung, Spielen und Fernsehen beim Essen). Das Programm bestand aus monatlichen Ernährungsberatungen für Kinder und Eltern, durchgeführt von Studentinnen und Studenten der Ernährungswissenschaften, und der Verteilung von Büchern und Broschüren zum Thema Ernährung. Die Studienergebnisse wiesen darauf hin, dass Eltern durch die Intervention mehr auf gesunde Lebensmittel und weniger auf Geschmackspräferenzen der Kinder achteten als Eltern der Kontrollgruppe. Überdies konsumierten Kinder in der Interventionsgruppe nach zwölf Monaten weniger Snacks als in der Kontrollgruppe.

Das Programm „Movement and Activity Glasgow“ zeigte signifikante Verbesserungen der motorischen Fähigkeiten zugunsten der Interventionsgruppe im sechsmonatigen Follow-up. Zum Inhalt des 24-wöchigen Programms zählten drei Trainingseinheiten für Erzieherinnen und Erzieher, die anschließend drei 30-minütige Bewegungseinheiten pro Woche in den Kitas durchführten. Die Intervention wurde mit Postern in den Kitas, Informationsmaterialien für zu Hause mit Spieleanleitungen und Broschüren über Bewegungsmöglichkeiten und Aufforderungen zur Reduktion sitzender Tätigkeiten ergänzt.

Zwei weitere Programme steigerten bei den Kindern die körperliche Aktivität. Im ersten Programm wurde eine achtwöchige Intervention zum Thema Bewegung und Lernen durchgeführt. Nach Weiterbildung des Kitapersonals wurden alle (Lern-)Aktivitäten um Bewegungsmöglichkeiten ergänzt. Im zweiten Programm

erfolgte eine zwölfmonatige Intervention mit täglich stattfindenden grobmotorischen Einheiten (Hüpfen, Springen) in der Interventionsgruppe und feinmotorischen Einheiten (Malen, Werken) in der Kontrollgruppe.

In einigen Reviews wurden Empfehlungen für die Interventionsgestaltung gegeben, die allerdings nicht mit hinreichender Evidenz belegt wurden.

Im Folgenden werden Merkmale effektiver Interventionen stichpunktartig wiedergegeben:

- Kulturelle Sensibilität stellt ein Merkmal effektiver Programme dar. So sollten beispielsweise die Lese- und Schreibfähigkeiten und die Lebensumwelt einzubindender Eltern berücksichtigt werden.
- Bei Interventionen, die signifikante Verbesserungen in zwei oder mehr Zielparametern erzielen konnten, handelte es sich oft um kombinierte Interventionen in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung.
- Drei der Reviews gaben an, dass effektiven Interventionen Theorien (z. B. Banduras Sozialkognitive Lerntheorie) zugrunde liegen, die die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen sowie eine Steigerung der Selbstwirksamkeit beinhalten. Prompting, also Lernen durch Verhaltenskonsequenzen (z. B. positive Rückmeldungen, Bekräftigungen, an Regeln erinnern), ist eine weitere effektive Strategie.
- Ein Review untersuchte die differenzielle Wirksamkeit von Bewegungsinterventionen mit freiwilligen versus verpflichtende Bewegungseinheiten und identifizierte verpflichtende körperliche Aktivität (z. B. Integration in Lehrpläne) als Merkmal effektiver Bewegungsinterventionen.
- Auf Elternseite wurde die Wissensvermittlung über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit (z. B. Beratungseinheiten, Newsletter, Hausaufgaben) als Merkmal effektiver Interventionen genannt.
- Mehrere Reviews wiesen auf einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Grad der Elternbeteiligung und der Wirksamkeit von kita-basierten Interventionen hin. Besonders in der Altersgruppe unter fünf Jahren sei eine starke Eltern-Einbindung vielversprechend.

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Effektive ernährungs- und bewegungsbezogene Interventionen umfassen laut eingeschlossener Reviews die Vermittlung von Fähigkeiten und Kompetenzen und die Stärkung der Selbstwirksamkeit, beispielsweise durch interaktive Beratungseinheiten. Als weitere Merkmale effektiver Interventionen wurden Prompting (Aufforderungscharakter) und eine intensive Einbeziehung der Eltern (z. B. Aufklärung über den Zusammenhang zwischen Verhalten und Gesundheit) ermittelt. Aufgrund der noch nachzuweisenden klinischen Wirksamkeit und der Problematik der Übertragbarkeit ergibt sich ein Bedarf an weiteren internationalen und nationalen kita-basierten Studien zur frühzeitigen und nachhaltigen Beeinflussung von Lebensstilfaktoren. Hierfür sind längere Follow-up-Zeiträume erforderlich. Um die klinische Relevanz der Interventionen zur Übergewichtsprävention zu stärken, sollten diese zudem auf Verhaltensweisen mit dem stärksten Einfluss auf die Energiebilanz fokussieren und sich dabei an Richtwerten für gesunde Ernährung, Bewegung und sitzendes Verhalten orientieren. Darüber hinaus sollten neue Erkenntnisse aus der Forschung zur Evaluation komplexer Interventionen berücksichtigt werden. Aus den Reviews lässt sich für die Gestaltung zukünftiger Interventionen ableiten, 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 die internen Ressourcen der Kitas es ermöglichen, eine richtliniengestützte Primärprävention im Kita-Alltag zu realisieren, und ob sich eine starke Elternbeteiligung in diversen Zielgruppen umsetzen lässt.

10.32 Villiers et al., 2012

Villiers, A. de, Steyn, N. P., Draper, C. E., Fourie, J. M., Barkhuizen, G., Lombard, C. J., Dalais, L., Abrahams, Z. & Lambert, E. V. (2012). HealthKick: formative assessment of the health environment in low-resource primary schools in the Western Cape Province of South Africa. *BMC Public Health*, 12, 794. 1–11.

Kurzbeschreibung	gesundheitsbezogene Situationsanalyse zu Schule und Umfeld
Primäre Zielgruppe	Schüler/-innen
Sekundäre Zielgruppe	Eltern, Lehrer/-innen, Schulleiter/-innen
Setting	Schule
Impact (Strategie)	/
Bezug zu Vulnerabilität	Armut, sozioökonomischer Status, einkommensschwache Bevölkerungsgruppen, benachteiligte Nachbarschaften
Studienform	Beobachtungsstudie, formative Bewertung der gesundheitsbezogenen Umwelt
Studiendesign	Querschnittstudie
Forschungsmethoden	qualitativ
Zielvariable/Outcome	
Studie	schulische Gesundheitsprioritäten, schulpolitisches Umfeld, Programme für körperliche Aktivität, Essens- und Ernährungsumwelt, Schulgesundheitsdienste, schulpsychologische und soziale Dienste, Gesundheitsförderung für Schulpersonal, Familien- und Gemeindebeteiligung
Strategie	/
Studienzeitraum	2007
Studienregion	Südafrika

Kurzzusammenfassung

Die WHO und das amerikanische Zentrum für Krankheitskontrolle (Centre for Disease Control – CDC) haben bedeutende Leitlinien zur Gesundheitsförderung im Schulsystem entwickelt. Ein Kernelement ist es, vor einer Intervention eine Situationsanalyse im Schul-Setting durchzuführen, um mögliche Wirkfaktoren seitens Schulumwelt und Schulpolitik auf die Gesundheit der Lehrerinnen und Lehrer, der Schülerinnen und Schüler, der Eltern sowie des lokalen Umfelds zu identifizieren und Bedingungen, die für die Planung einer Intervention relevant sind, besser zu verstehen. Als Vorbereitung der „HealthKick“-Intervention wurde anhand dieser Leitlinien in zwei südafrikanischen Bildungsbezirken eine gesundheitsbezogene Situationsanalyse der Schulumgebung bei 100 zufällig ausgewählten Grundschulen in benachteiligten Gebieten durchgeführt.

Strategien zur Erhöhung der Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme

Im Jahr 2007 wurden ein ländlicher und ein städtischer Bildungsbezirk in der Westkap-Provinz als Untersuchungsregionen ausgewählt. Auswahlkriterien waren u. a., dass es sich um Schulen in einem einkommensschwachen Gebiet mit mindestens zehn Viertklässlerinnen und Viertklässlern handelt. In jedem Bezirk wurden die Schulen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, nach den drei niedrigsten sozioökonomischen

Quintilen¹² sortiert. Das Quintil, in dem eine südafrikanische Schule verortet wird, hängt vom Armutswert (poverty score) der Gemeinde ab, in der sie sich befindet. Der Armutswert wird auf Basis der gewichteten Haushaltsdaten zu Einkommensverhältnissen (oder Arbeitslosenquote) und Bildungsniveau aus dem nationalen Zensus berechnet und dient als Kenngröße für die Finanzausstattung der Schule. Quintil eins (Q1) ist das ärmste Quintil, fünf (Q5) das am besten gestellte. Pro Quintil wurden nach dem Zufallsprinzip Schulen proportional zur Anzahl der Viertklässlerinnen und Viertklässler in den Schichten ausgewählt.

Fragebogen und Beobachtungsplan

Die Situationsanalyse umfasste ein strukturiertes Interview mit Schlüsselakeurinnen und -akteuren der Schulen (Schulleiterin oder -leiter bzw. von ihr oder ihm beauftragte Personen) und die Erfassung der Umwelt nach einem Beobachtungsplan. Zur Standardisierung der Datenerhebung nahmen sieben wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an einem Trainingsprozess teil.

Der im strukturierten Interview verwendete Fragebogen basierte auf relevanten Kategorien des CDC-Schulgesundheitsindex und enthielt Abschnitte zum schulgesundheitspolitischen Umfeld, zu Sport und anderen Programmen für körperliche Aktivität, Essens- und Ernährungsumwelt, Schulgesundheitsdiensten, schulpsychologischen und sozialen Diensten, Gesundheitsförderung für Schulpersonal sowie Familien- und Gemeindebeteiligung. Der Fragebogen wurde in enger Zusammenarbeit mit den beiden leitenden Distrikt-Managern des Bildungsministeriums entwickelt. Ein wichtiges Ziel des Fragebogens war die Identifizierung von Gesundheitsprioritäten für Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer und Eltern aus Sicht der Schulleiterinnen und Schulleiter. Zu diesem Zweck wurden Schulleiterinnen und Schulleitern acht Bildkarten gezeigt, die Gesundheitsprobleme widerspiegeln wie Tabakkonsum und Übergewicht. Sie wurden gebeten, drei auszuwählen und zu priorisieren. Dieser Prozess wurde mit Lehrerinnen, Lehrern und mit Eltern wiederholt. Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erstellten zudem einen Beobachtungsplan, um die Ergebnisse der Interviews zu stützen. Der Plan beinhaltete Beobachtungen zur physischen Umgebung der Schule, d. h. Sicherheitsmerkmale, Ausstattung, Beschilderung, Hygiene, Essenszubereitung, Kantinen, Shops in Schulen sowie Einrichtung und Ausrüstung für körperliche Aktivität und Sport.

Erkenntnisse zur Wirksamkeit der gewählten Strategien

entfällt

Erkenntnisse zu Einflussfaktoren auf Reichweite i. S. v. Kenntnis und Inanspruchnahme (hemmend, fördernd)

Aus Perspektive von Schulleiterinnen und -leitern haben die folgenden prioritären Gesundheitsprobleme die größten Entwicklungspotenziale für die genannten Gruppen:

- für Schülerinnen und Schüler: ungesunde Ernährung (50 %), Mangel an körperlicher Aktivität (24 %), Untergewicht (16 %)

¹² Als Quintile werden die vier Quantile $p = 0,2; 0,4; 0,6; 0,8$ bezeichnet. 20 % der Stichprobe befinden sich unter dem ersten Quintil und 80 % darüber, 40 % der Stichprobe unter dem zweiten Quintil und 60 % darüber, 60 % der Stichprobe unter dem dritten Quintil und 40 % darüber usw.

- für Pädagoginnen und Pädagogen: mangelnde körperliche Aktivität (33 %), nicht-übertragbare Krankheiten (24 %), Übergewicht (22 %)
- für Eltern: Drogenmissbrauch (66 %), Tabakkonsum (31 %)

Auf die Frage nach strukturierten (formellen) Gesundheitsförderungsprogrammen an ihren Schulen gaben 52 Schulleiterinnen und -leiter an, dass sie Programme durchführten, fast die Hälfte bezog sich dabei auf das nationale Schulernährungsprogramm (National School Nutrition Programme, NSNP) des Bildungsministeriums (Department of Basic Education, DBE). Alle Q1-Q3-Schulen nahmen am „NSNP“ teil, das Schülerinnen und Schüler mit einer Mahlzeit pro Tag in der Schule versorgt. Lehrerinnen und Lehrer betrachteten das „NSNP“ als erfolgreichstes strukturiertes Programm und haben als Ergebnis eine positive Veränderung im Lernverhalten der Schulkinder beobachtet.

In den meisten Schulen wurden einmalige Gesundheitsförderungs-Veranstaltungen durchgeführt (89 %). Nahezu 85 % der Schulleiterinnen und -leiter gaben an, dass sie Gesundheitsförderungsprogramme an ihrer Schule umsetzen möchten. Am häufigsten gewünscht wurden Programme, die einen gesunden Lebensstil unter den Einschränkungen einer benachteiligten Umgebung fördern. Als Gründe dafür, keine weiteren strukturierten Gesundheitsförderungsprogramme zu haben, wurde am häufigsten der Mangel an finanziellen Mitteln und unzureichende Zeit aufgrund des Stundenplans genannt (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 16:
Barrieren für Gesundheitsförderungsprogramme an Schulen aus Perspektive von Schulleiterinnen und Schulleitern (Angaben in Prozent)

	1. Wahl	2. Wahl	3. Wahl
zu wenig Zeit	24	5	2
Mangel an finanziellen Mitteln	21	26	24
unzureichende Ausstattung	14	17	21
Mangel an Personalressourcen	12	13	10
konkurrierende Prioritäten	11	15	8
unsicher für Schüler/-innen, nach der Schule zu bleiben	7	5	2
Mangel an Interesse von Eltern	5	9	13
Mangel an Interesse von externen Stellen	3	3	12
Mangel an Interesse von Schüler/-innen	1	2	0
Mangel an Interesse von Pädagoginnen/Pädagogen	0	1	2

Erkenntnisse zur inhaltlich-methodischen Konzeption von Interventionen

Ziel der Situationsanalyse war eine Basisbewertung der Umwelt von Grundschulen in einkommensschwachen Gebieten hinsichtlich Ernährung, körperlicher Aktivität und Rauchverhalten. Aus den Beobachtungsdaten geht hervor, dass die allgemeine physische Umgebung der Schulen in einem guten Zustand zu sein scheint, es auf Schulgeländen jedoch eine große Anzahl von Werbetafeln einer Softdrink-Firma gab, was mit Blick auf die Gesundheitsförderung von Schulen nicht unterstützt werden sollte. Die Schulleiterinnen und -leiter äußerten Sorgen bezüglich Armut, Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Gewalt und Kindesmisshandlung in den umliegenden Gemeinden. Insgesamt ist die Beteiligung von Eltern und Gemeinde an der schulischen

Gesundheitsförderung und an der schulischen Selbstverwaltung (SGB, School Governing Body) gering. Nur an einem Drittel der Schulen sind Eltern am schulischen Gesundheits- und Sicherheitsausschuss beteiligt. Die mangelnde elterliche Teilnahme an SGBs steht laut einer Studie aus dem Jahr 2004 in Zusammenhang mit dem niedrigen Bildungsniveau von Eltern in benachteiligten Gemeinden, mit Sprachbarrieren und Schwierigkeiten, Sitzungen beizuwohnen.

11 Literaturverzeichnis

Agazzi, H., Armstrong, K. & Bradley-Klug, K. L. (2010). BMI and physical activity among at-risk sixth- and ninth-grade students, Hillsborough County, Florida, 2005–2006. *Prev Chronic Dis*, 7(3), 1–9.

Alisch, M. (2018). Sozialräumliche Segregation. Ursachen und Folgen. In E.-U. Huster, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (3., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 503–522). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19077-4_22

Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies. Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Azevedo, K. J. & Robinson, T. N. (2015). Anthropology in the design of preventive behavioral health programs for children and families living in disadvantaged neighborhoods. *Annals of Anthropological Practice*, 39(2), 176–191. <https://doi.org/10.1111/napa.12078>

Ball, K., Carver, A., Downing, K., Jackson, M. & O'Rourke, K. (2015). Addressing the social determinants of inequities in physical activity and sedentary behaviours. *Health Promotion International*, 30 Suppl 2, ii8-ii19. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav022>

Bartholomew, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G. & Parcel, G. S. (2016). *Planning health promotion programs. An intervention mapping approach* (Fourth Edition). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Bastian, K. A., Maximova, K., McGavock, J. & Veugeler, P. (2015). Does school-based health promotion affect physical activity on weekends? And, does it reach those students most in need of health promotion? *PLoS One*, 10(10), e0137987. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137987>

Bauer, U. (2005). *Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bhatia, R., Jones, P. & Reicker, Z. (2011). Competitive foods, discrimination, and participation in the National School Lunch Program.. *American Journal of Public Health*, 101(8), 1380–1386. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300134>

Bilz, L., Sudeck, G., Bucksch, J., Klocke, A., Kolip, P., Melzer, W. et al. (Hrsg.). (2016). *Schule und Gesundheit. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitssurveys „Health Behaviour in School-aged Children“* (Gesundheitsforschung, 1. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

- Bjelland, M., Bergh, I. H., Grydeland, M., Klepp, K.-I., Andersen, L. F., Anderssen, S. A. et al. (2011). Changes in adolescents' intake of sugar-sweetened beverages and sedentary behaviour: results at 8 month mid-way assessment of the HEIA study—a comprehensive, multi-component school-based randomized trial. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 63. 1–11. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-63>
- BMAS. (2017). Lebenslagen in Deutschland. *Der Fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg.). Bonn.
- Böhm, A. & Sadowski, U. (2018). Kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage in der Gesundheitsförderung für Kinder. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(10), 1215–1224. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2804-1>
- Böhm, K. & Gehne, D. H. (2018). Vernetzte kommunale Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche: Überblick über den Status quo in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(10), 1208–1214. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2803-2>
- Bundesagentur für Arbeit. (2018). *SGB II-Hilfequoten - Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Monats- und Jahreszahlen)*. Zugriff am 12.04.2018. Verfügbar unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiiia7/sgbii-quoten/sgbii-quoten-dwolk-0-xlsm.xlsm>
- Buscemi, J., Blumstein, L., Kong, A., Stolley, M. R., Schiffer, L., Odoms-Young, A. et al. (2015). Retaining traditionally hard to reach participants. Lessons learned from three childhood obesity studies. *Contemporary Clinical Trials*, 42, 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.03.014>
- Bush, P. L., Laberge, S. & Laforest, S. (2010). Physical activity promotion among underserved adolescents. "make it fun, easy, and popular". *Health Promotion Practice*, 1(1), 79–87. <https://doi.org/10.1177/1524839908329117>
- Cadzow, R. B., Chambers, M. K. & Sandell, A. M. D. (2015). School-based obesity intervention associated with three year decrease in student weight status in a low-income school district. *Journal of Community Health*, 40(4), 709–713. <https://doi.org/10.1007/s10900-015-9989-0>
- Carey, G., Crammond, B. & Leeuw, E. de (2015). Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 1223. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- Carlson, J. A., Mignano, A. M., Norman, G. J., McKenzie, T. L., Kerr, J., Arredondo, E. M. et al. (2014). Socioeconomic disparities in elementary school practices and children's physical activity during school. *American Journal of Health Promotion*, 28(3), 47–53. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130430-QUAN-206>
- Charlton, R., Gravenor, M. B., Rees, A., Knox, G., Hill, R., Rahman, M. A. et al. (2014). Factors associated with low fitness in adolescents – a mixed methods study. *BMC Public Health*, 14, 764. 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-764>

- Cheadle, A., Rauzon, S., Spring, R., Schwartz, P. M., Gee, S., Gonzalez, E. et al. (2012). Kaiser Permanente's community health initiative in northern California: Evaluation findings and lessons learned. *American Journal of Health Promotion*, 27(2), e59-68. <https://doi.org/10.4278/ajhp.111222-QUAN-462>
- Christian, H., Zubrick, S. R., Foster, S., Giles-Corti, B., Bull, F., Wood, L. et al. (2015). The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development. A review and call for research. *Health & Place*, 33, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.01.005>
- Christmann, G. B. & Ibert, O. (2016). Eine sozialräumliche Perspektive auf Vulnerabilität und Resilienz. Sozialkonstruktivismus, Akteur-Netzwerk-Theorie und relationale Raumtheorie im Dialog. In R. Wink (Hrsg.), *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung* (S. 233–262). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09623-6_11
- Cluss, P. A., Fee, L., Culyba, R. J., Bhat, K. B. & Owen, K. (2014). Effect of Food Service Nutrition Improvements on Elementary School Cafeteria Lunch Purchase Patterns. *The Journal of School Health*, 84(6), 355–362. <https://doi.org/10.1111/josh.12157>
- Coleman, K. J., Shordon, M., Caparosa, S. L., Pomichowski, M. E. & Dziewaltowski, D. A. (2012). The healthy options for nutrition environments in schools (Healthy ONES) group randomized trial: Using implementation models to change nutrition policy and environments in low income schools. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 80. 1–16.
- Correa, N., Rajaraman, D., Swaminathan, S., Vaz, M., Jayachitra, K. G., Lear, S. A. et al. (2017). Perceptions of healthy eating amongst Indian adolescents in India and Canada. *Appetite*, 116, 471–479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.029>
- Dalma, A., Zota, D., Kouvari, M., Kastorini, C.-M., Veloudaki, A., Ellis-Montalban, P. et al. (2018). Daily distribution of free healthy school meals or food-voucher intervention? Perceptions and attitudes of parents and educators. *Appetite*, 120, 627–635. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.025>
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29–36. <https://doi.org/10.1177/1757913908098881>
- Dubuy, V., Cocker, K. de, Bourdeaudhuij, I. de, Maes, L., Seghers, J., Lefevre, J. et al. (2014). Evaluation of a real world intervention using professional football players to promote a healthy diet and physical activity in children and adolescents from a lower socio-economic background: A controlled pretest-posttest design. *BMC public health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-457>
- Edwards, K. L., Clarke, G. P., Ransley, J. K. & Cade, J. (2010). The neighbourhood matters: studying exposures relevant to childhood obesity and the policy implications in Leeds, UK. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(3), 194–201. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.088906>
- Egan, M., Kearns, A., Katikireddi, S. V., Curl, A., Lawson, K. & Tannahill, C. (2016). Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's

impact on health inequalities. *Social Science & Medicine* (1982), 152, 41–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.026>

Ehlen, S., Dreiskämper, D., Utesch, T. & Rehaag, R. (2018). Integrierte Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder. Untersuchungsdesign und interdisziplinäre Methodenintegration des Forschungsverbunds „Gesund Aufwachsen“. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(3), 254–260. <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0640-7>

Ehlen, S. & Rehaag, R. (2018). Analyse integrierter Gesamtansätze kommunaler Gesundheitsförderung für Kinder – Gesundheitschancen in benachteiligten Stadtquartieren im Ruhrgebiet. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(10), 1260–1269. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2809-9>

Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., Clercq, B. de, Stevens, G. W. J. M. & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010. A time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61460-4)

Fincke, G. & Lange, S. (2012). *Segregation an Grundschulen. Der Einfluss der elterlichen Schulwahl*. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) GmbH, Berlin.

Fröhlich-Gildhoff, K., Böttinger, U., Rauh, K. & Schickler, A. (2016). Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas und Grundschule durch systematische kommunale Steuerung – Das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis verbindet Gesundheits-, Jugendhilfe- und Bildungssystem. *Frühe Bildung*, 5(1), 53–55. <https://doi.org/10.1026/2191-9186/a000234>

Fröhlich-Gildhoff, K. & Trojan, A. (2018). Komplexe gemeindeorientierte Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern. Evaluation am Beispiel einer ländlichen (Ortenaukreis) und einer städtischen Region (Lenzviertel Hamburg). *Bundesgesundheitsblatt*, 61(10), 1279–1288. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2801-4>

Gallois, K. M., Henauw, S. de, Hassel, H., Hebestreit, A., Pigeot, I. & Zeeb, H. (2011). Standardisierte Entwicklung der IDEFICS-Intervention und Implementierung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 54(3), 330–338. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1220-y>

Geiger, I. K. (2014). Diversity Management in Public Health. In O. Razum, H. Zeeb, O. Müller & A. Jahn (Hrsg.), *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Huber.

Gerhardus, A., Rehfuess, E. & Zeeb, H. (2015). Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung. Welche Studiendesigns brauchen wir? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109(1), 40–45. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2014.12.002>

Graham, H. & Kelly, M. P. (2004). *Health inequalities, concepts, frameworks and policy*. Health Development Agency (Health Development Agency, Hrsg.). London.

- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Groos, T. (2016). *Schulsegregation messen. Sozialindex für Grundschulen* (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bd. 6). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Groos, T. & Kersting, V. (2015). Segregierte Kinderarmut und Gesundheit. In A. e. Mafaalani, S. Kurtenbach & K. P. Strohmeier (Hrsg.), *Auf die Adresse kommt es an. Segregierte Stadtteile als Problem- und Möglichkeitsräume begreifen* (S. 76–107). Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.
- Groos, T., Trappmann, C. & Jehles, N. (2018). *Keine Kita für alle. Zum Ausmaß und zu den Ursachen von Kita-Segregation* (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bd. 12). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; ZEFIR, Ruhr-Universität Bochum.
- Grossmann, R. & Scala, K. (2011). *Gesundheit durch Projekte fördern* (5. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Hartung, S. (2014). *Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung* (Gesundheit und Gesellschaft). Wiesbaden: Springer VS.
- Hartung, S., Kluwe, S. & Sahrai, D. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit* (S. 599–617). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_33
- Häußermann, H. & Kronauer, M. (2009). Räumliche Segregation und innerstädtisches Ghetto. In R. Stichweh & P. Windolf (Hrsg.), *Inklusion und Exklusion. Analysen zur Sozialstruktur und sozialen Ungleichheit* (1. Aufl., S. 157–173). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften https://doi.org/10.1007/978-3-531-91988-1_9
- Helbig, M. & Jähnen, S. (2018). *Wie brüchig ist die soziale Architektur unserer Städte? Trends und Analysen der Segregation in 74 deutschen Städten*. Discussion Paper P 2018-001. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Hjern, A., Rajmil, L., Bergström, M., Berlin, M., Gustafsson, P. A. & Modin, B. (2013). Migrant density and well-being—a national school survey of 15-year-olds in Sweden. *European Journal of Public Health*, 23(5), 823–828. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt106>
- Hobin, E. P., Leatherdale, S. T., Manske, S., Dubin, J. A., Elliott, S. & Veugelers, P. (2012). A multilevel examination of gender differences in the association between features of the school environment and physical activity among a sample of grades 9 to 12 students in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 12(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-74>
- Hofmann, F., Flaschberger, E. & Felder-Puig, R. (2014). Wirkung schulischer Gesundheitsförderung auf soziale Ungleichheit. Systematischer Review. *Präv Gesundheitsf*, 9(1), 16–21. <https://doi.org/10.1007/s11553-013-0414-1>

- Hogrebe, N. (2014). *Bildungsfinanzierung und Bildungsgerechtigkeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-03489-4>
- Hu, C., Ye, D., Li, Y., Huang, Y., Li, L., Gao, Y. et al. (2010). Evaluation of a kindergarten-based nutrition education intervention for pre-school children in China. *Public Health Nutrition*, 13(2), 253–260.
- Hüls, B. von, Kassel, L., Kerscher-Becker, J., Rauh, K., Rieder, S. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2015). Evaluation eines systemübergreifenden, kommunalen Netzwerks zur Prävention und Gesundheitsförderung bei 3- bis 10-jährigen Kindern und deren Familien. Ziele, Umsetzung und erste Daten des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis. *Perspektiven der empirischen Kinder- und Jugendforschung*, 1(2), 5–46.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung* (Grundlagentexte Soziologie, 7. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa. Verfügbar unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-7799-1483-9>
- Jepson, R. G., Harris, F. M., Platt, S. & Tannahill, C. (2010). The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC public health*, 10, 583. 1–16. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>
- Jurczok, A. & Lauterbach, W. (2014). Schulwahl von Eltern. Zur Geografie von Bildungschancen in benachteiligten städtischen Bildungsräumen. In P. A. Berger, C. Keller, A. Klärner & R. Neef (Hrsg.), *Urbane Ungleichheiten* (S. 135–155). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01014-0_7
- Kesztyüs, D., Traub, M., Lauer, R., Kesztyüs, T. & Steinacker, J. M. (2017). Skipping breakfast is detrimental for primary school children. Cross-sectional analysis of determinants for targeted prevention. *BMC Public Health*, 17(1), 258. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4169-z>
- Kirby, J., Levin, K. A. & Inchley, J. (2013). Socio-environmental influences on physical activity among young people. A qualitative study. *Health Education Research*, 28(6), 954–969. <https://doi.org/10.1093/her/cyt085>
- Kohlscheen, J. (2016). „Aber irgendwie sehe ich da keinen Sinn drin!“ Hintergründe der (Nicht-)Nutzung präventiv ausgerichteter Angebote aus der Sicht von Eltern (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bd. 7). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kohlscheen, J. & Nagy, T. (2016). In Typen denken. Muster der Inanspruchnahme präventiver Angebote. (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bd. 9). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.). (2015). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Berlin.
- Lampert, T., Hagen, C. & Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin.

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Berlin: RKI (Robert Koch-Institut). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-003>

Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W. & Norman, C. L. (2009). *The improvement guide. A practical approach to enhancing organizational performance* (2. ed.). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.

Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies. Advancing the methodology. *Implementation Science : IS*, 5, 69. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Levkoff, S. & Sanchez, H. (2003). Lessons learned about minority recruitment and retention from the Centers on Minority Aging and Health Promotion. *The Gerontologist*, 43(1), 18–26.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives. The Marmot review*. London: UCL. Verfügbar unter <http://www.ucl.ac.uk/gheg/marmotreview/FairSocietyHealthyLives>

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J. & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9650), 1661–1669. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61690-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61690-6)

Marmot, M. & Wilkinson, R. (2006). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford: Oxford Univ. Press.

Martins, J., Marques, A., Sarmento, H. & Carreiro da Costa, F. (2015). Adolescents' perspectives on the barriers and facilitators of physical activity: a systematic review of qualitative studies. *Health Education Research*, 30(5), 742–755. <https://doi.org/10.1093/her/cyv042>

Masson, S. (2016). „Benachteiligte Stadtteile“. In S. Masson & U. Klein (Hrsg.), *Die Mittelschicht in benachteiligten Stadtteilen* (1. Auflage, S. 19–40). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-13859-2_1

Masson, S. & Klein, U. (Hrsg.). (2016). *Die Mittelschicht in benachteiligten Stadtteilen* (1. Auflage). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13859-2>

Mercken, L., Moore, L., Crone, M. R., Vries, H. de, Bourdeaudhuij, I. de, Lien, N., Fagiano, F., Vitória, P. D. & Lenthe, F. J. van (2012). The effectiveness of school-based smoking prevention interventions among low- and high-SES European teenagers. *Health Education Research*, 27(3), 459–469. <https://doi.org/10.1093/her/cys017>

Minh, A., Muhajarine, N., Janus, M., Brownell, M. & Guhn, M. (2017). A review of neighborhood effects and early child development. How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health & Place*, 46, 155–174. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.04.012>

Moore, G. F., Littlecott, H. J., Turley, R., Waters, E. & Murphy, S. (2015). Socioeconomic gradients in the effects of universal school-based health behaviour interventions. A systematic review of intervention studies. *BMC Public Health*, 15, 907. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2244-x>

- Morris-Lange, S. (2016). *Ungleiches ungleich behandeln! Wege zu einer bedarfsorientierten Schulfinanzierung*. Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Migration und Integration (SVR), Berlin.
- Nagy, T. (2016). „Aber es war sehr, sehr hilfreich“ *Die Sicht der Eltern auf Informationsquellen und auf Wirkungen präventiv ausgerichteter Angebote* (Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“, Bd. 8). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Neumann, A. & Renner, I. (2016). Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. *Bundesgesundheitsblatt*, 59(10), 1281–1291. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2424-6>
- Norman, Å., 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. 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2701-1>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D. & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Poland, B., Krupa, G. & McCall, D. (2009). Settings for health promotion: an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health Promotion Practice*, 10(4), 505–516. <https://doi.org/10.1177/1524839909341025>
- Quilling, E., Dadaczynski, K. & Müller, M. (2016). Settingbezogene Prävention von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. Theoretische Fundierung, Einflussfaktoren und Interventionsplanung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [Settings-based prevention of overweight in childhood and adolescents : Theoretical foundation, determinants and intervention planning], 59(11), 1394–1404. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2439-z>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Sharma, S. V., Chow, J., Pomeroy, M., Raber, M., Salako, D. & Markham, C. (2017). Lessons learned from the implementation of Brighter Bites: a food co-op to increase access to fruits and vegetables and nutrition education among low-income children and their families. *Journal of School Health*, 87(4), 286–295.
- Smith, B. J., Tang, K. C. & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340–345. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
- Stadt Oberhausen. (2019). *Oberhausener Bildungsatlas*. Zugriff am 29.11.2019. Verfügbar unter <https://www.oberhausen.de/atlas/Bildungsatlas>

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*, 58(6), 609–619. <https://doi.org/10.1007/s00103-014-2100-7>

SVR Gesundheit. (2008). *Gutachten 2007 - Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung* (1. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Verfügbar unter <https://doi.org/10.5771/9783845211640>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Kastner, M. et al. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>

Villiers, A. de, Steyn, N. P., Draper, C. E., Fourie, J. M., Barkhuizen, G., Lombard, C. J., Dalais, L., Abrahams, Z. & Lambert, E. V. (2012). HealthKick: formative assessment of the health environment in low-resource primary schools in the Western Cape Province of South Africa. *BMC Public Health*, 12, 794. 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-794>

Volkman, A. (2012). *Quartiereffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik. Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit* (Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung, Bd. 36). Berlin: Univ.-Verl. der TU Univ.-Bibliothek. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:kobv:83-opus-33941>

Wahl, S., Kreffter, K., Frölich, S., Müller-Thur, K., Dragano, N., Göbels, K. et al. (2018). Die Schuleingangsuntersuchung als Türöffner für die gesundheitswissenschaftliche Forschung? Eine Analyse zur Studienteilnahme „schwer erreichbarer“ Bevölkerungsgruppen. *Bundesgesundheitsblatt*, 61(10), 1236–1241. <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2808-x>

Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473–478. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037242>

Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization.

Wright, M. T. (Hrsg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl.). Bern: Huber.

Wright, M. T., Unger, H. von & Block, M. (2010). Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In M. T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Prävention und Gesundheitsförderung, 1. Aufl., S. 35–52). Bern: Huber.

Yancey, A. K., Ortega, A. N. & Kumanyika, S. K. (2006). Effective recruitment and retention of minority research participants. *Annual Review of Public Health*, 27, 1–28. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102113>



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

