



Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen.

Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen.

Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen.

Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen.



Vorwort

Immer mehr Kinder und Jugendliche sind übergewichtig oder gar adipös. Das hat oft gravierende Folgen, etwa ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl von Erkrankungen, die z. T. bis ins Erwachsenenalter nachwirken. Außerdem kommt es nicht selten zu schwerwiegenden Auswirkungen im psychosozialen Bereich. Ein negatives Selbstbild, mangelndes Selbstbewusstsein bis hin zu Depressionen kennzeichnen viele übergewichtige Kinder – Ergebnis auch eines immer noch zunehmenden Schlankheitskultes, der früher vorwiegend Mädchen betraf, inzwischen jedoch auch für Jungen von großer Bedeutung für das Selbstwertgefühl ist.

All dies muss uns wachrütteln, denn wir alle wollen unseren Kindern ein gesundes und unbeschwertes Aufwachsen ermöglichen. Was aber ist zu tun?

Die Ursachen für Übergewicht sind vielschichtig. Ein wesentlicher, vielleicht sogar der zentrale Grund liegt in den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie erschweren häufig ein gesundes Aufwachsen, statt es zu fördern. Ein Beispiel dafür ist der zunehmende Flächenverbrauch in den vergangenen Jahrzehnten. Immer mehr Flächen fallen als Spielraum im Freien weg und als Orte, um sich auszutoben. Gleichzeitig ist das Spielen auf unseren Straßen angesichts der Verkehrsmassen auch in den Wohnquartieren undenkbar geworden. Es besteht kein Zweifel, dass die Möglichkeiten für Kinder, ihren natürlichen Bewegungsdrang im Freien auszuleben abgenommen haben. Allein in NRW beträgt der Flächenverbrauch derzeit 10,4 Hektar pro Tag. Das entspricht einer Fläche von mehr als 14 Fußballplätzen!

Eine weitere zentrale Ursache für Übergewicht und Adipositas kommt hinzu: In unserer schnelllebigen Welt tritt das Kochen und gemeinsame Essen zugunsten von Fast Food zu oft in den Hintergrund. Wenn Pommes und Burger im Alltag von Jungen und Mädchen nicht mehr die Ausnahme sind, sondern zur Regel werden, hat das natürlich gesundheitliche Konsequenzen.

Wir müssen uns entscheiden, was wir wollen, welche Prioritäten wir mit Blick auf die Zukunft unserer Gesellschaft setzen. Dazu gehört ganz zentral, darüber nachzudenken, was zu einem guten, gesunden Aufwachsen gehört.

Welche Rahmenbedingungen müssen wir schaffen, damit Kinder und Jugendliche sich täglich und mit Freude bewegen? Was ist nötig, damit wir uns mit Genuss und gesund ernähren? Daran müssen wir arbeiten, als gesundheitspolitische Akteurinnen und Akteure, aber auch als Gesamtgesellschaft.

Darum ist es wichtig, möglichst frühzeitig mit settingorientierten Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beginnen, deutlich zu machen, wie wichtig eine gesunde, ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung auch für das spätere Leben sind.

Das Angebot solcher präventiver Maßnahmen ist in den vergangenen Jahren enorm gewachsen, darunter viele ambitionierte und überaus engagierte Projekte. Darüber freue ich mich sehr. Nun geht es darum, die Arbeit noch passgenauer zu gestalten und zu vernetzen, wo immer es sinnvoll ist.

Das Präventionskonzept NRW mit seinen Landesinitiativen soll für mehr Transparenz, Kooperation, aber auch für mehr Qualität sorgen. Unter dem Dach des Präventionskonzepts werden Akteurinnen/Akteure und Maßnahmen zusammengeführt. Durch gemeinsame Initiativen und abgestimmtes Handeln sollen Projekte effektiver und erfolgreicher werden.

Die vorliegende Planungshilfe für eine qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen will hierzu einen Beitrag leisten. Sie soll Hilfestellung bei der Entwicklung, Bewertung, Umsetzung und Verbreitung von Projekten geben, in dem sie Fachwissen liefert, Qualitätsstandards benennt und die Prüfung eigener Maßnahmen ermöglicht. Ich hoffe sehr, dass mit der Planungshilfe ein gut nutzbares Werkzeug für Sie, die Praktikerinnen und Praktiker vor Ort, entwickelt worden ist, das Ihnen bei Ihrer täglichen und engagierten Arbeit nützt. Diese Arbeit ist unerlässlich, um die Vorbeugung von Übergewicht und Adipositas erfolgreich weiterzuentwickeln – im Sinne unserer Kinder, im Sinne ihrer Familien, im Sinne unserer Gesellschaft insgesamt.

Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Inhalt

I Einführung	9
I.1 Zielsetzung und Zielgruppen der Planungshilfe	9
I.2 Handlungsrahmen und Entstehungskontext	10
I.3 Aufgaben und Ziele der Landesinitiative	10
II Hintergrund	13
II.1 Definition von Übergewicht und Adipositas	13
II.2 Entstehung von Übergewicht.....	13
II.3 Zielgruppen und Setting	15
II.4 Good Practice Modelle – Prävention und Gesundheitsförderung.....	17
III Qualitätskriterien	19
III.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen	19
III.2 Checkliste Qualitätskriterien	19
IV Nachwort	23
V Anhang	25
V.1 Grundlagen.....	25
V.2 Datenbanken.....	35
V.3 Adressen.....	35
V.4 Zusätzliche Literatur	37
VI Antragsformular	39

I Einführung

Die Gesundheitspolitik des Landes Nordrhein-Westfalen befasst sich seit Jahren damit, in Anlehnung an die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) unterschiedliche Ansätze der Gesundheitsberatung, -aufklärung, -erziehung und der Prävention von Krankheiten zu bündeln und umzusetzen. Gemeinsam mit den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens werden aus diesem Grund prioritäre Ziele und Handlungsstrategien vereinbart.

Durch das Präventionskonzept Nordrhein-Westfalen »Eine Investition in Lebensqualität«¹, das im Jahr 2005 durch die Entschließung der 14. Landesgesundheitskonferenz verabschiedet wurde, sollen Schwerpunkte im Rahmen der gesundheitspolitischen Zielsetzungen und Aktivitäten in NRW durch zunächst fünf Landesinitiativen gesetzt werden.

Das Präventionskonzept verfolgt das Ziel, auf mehrere Themen fokussierend nachhaltig zum Erhalt der Gesundheit der Bevölkerung beizutragen. Aktuell erfolgt die Umsetzung durch fünf Landesinitiativen:

- »Gesundheit von Mutter und Kind«
- »Leben ohne Qualm«
- »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter«
- »Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen«
- »Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung bei Seniorinnen und Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität«

Die Maßnahmen der Landesinitiativen werden jeweils durch ein Lenkungsgremium, dessen Mitglieder durch die Landesgesundheitskonferenz bestimmt werden, begleitet. Das Lenkungsgremium präzisiert die Präventionsziele, erarbeitet konkrete Handlungsschwerpunkte und legt seine Beratungsergebnisse der Landesgesundheitskonferenz zur Verabschiedung vor.

Die Lenkungsgruppe der Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« hat eine Arbeitsgruppe beauftragt, die vorliegende Planungshilfe als konsentiertere Handlungsgrundlage für Maßnahmen und Projekte im Zusammenhang mit der Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« zu erarbeiten.

I.1 Zielsetzung und Zielgruppen der Planungshilfe

Die gestiegene Prävalenz von Übergewicht und Adipositas (= extremes Übergewicht) im Kindesalter führt dazu, dass immer mehr Präventionsmaßnahmen initiiert werden. Ein Großteil dieser Initiativen und Projekte wird zwar ambitioniert umgesetzt, Daten über den Nutzen oder konkrete Lösungswege konnten bislang noch nicht hinreichend aufgezeigt werden (z. B. Summerbell et al. 2005). Häufig gilt: »Gut gemeint!« ist leider nicht immer auch gleich »Gut gemacht!«. Aus diesem Grund sind eine realistische Zielformulierung, ein Konzept zur Qualitätssicherung, Transparenz der Maßnahmen und Ergebnisse sowie die rechtzeitige Vorbereitung zur Verstetigung wesentliche Bestandteile eines Projektes.

Die vorliegende Planungshilfe wurde zur Optimierung von Maßnahmen erarbeitet, die die Prävention von Übergewicht zum Ziel haben und auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind. Sie enthält im ersten Abschnitt inhaltliche Ausführungen zu dem Themenkomplex Übergewicht und Adipositas bei

1 Vgl. www.praeventionskonzept.nrw.de

Kindern sowie zu guten Beispielen von Prävention und Gesundheitsförderung aus der Praxis. Daran schließen sich Erläuterungen zu den Förder- und Qualitätskriterien sowie eine konkrete Checkliste als Planungs- und Umsetzungshilfe an. Im Anhang werden Grundlagen von Prävention und Gesundheitsförderung sowie von Qualitätsmanagement und Evaluation dargelegt. Zusätzliche Hinweise auf Datenbanken und wichtige Adressen finden sich am Schluss der Planungshilfe.

Die Planungshilfe soll eine Orientierung für alle Akteurinnen und Akteure sein, die sich in Nordrhein-Westfalen an der Zielsetzung der Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« durch konkrete Maßnahmen beteiligen wollen.

Die aufgeführten Kriterien und ihre Einhaltung werden als Bedingung für eine Anerkennung als »Beitrag zur Zielsetzung der Landesinitiative« sowie bei Notwendigkeit einer externen Unterstützung als Voraussetzung für eine mögliche Förderung betrachtet. Sie basieren im Wesentlichen auf bislang bekannten Kriterien, z. B. EQHIP, QIP, Quintessenz (zusammengefasst in Kolip und Müller 2009).

Es ist beabsichtigt, diese Planungshilfe weiter zu entwickeln und auf der Grundlage von gewonnenen Erfahrungen zu optimieren und gegebenenfalls auf andere Themengebiete auszuweiten.

1.2 Handlungsrahmen und Entstehungskontext

Die vorliegende Planungshilfe wurde unter Berücksichtigung aktueller wissenschaftlicher Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften und Institutionen (z. B. der Präventions-AG der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA), Weltgesundheitsorganisation (WHO), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)) entwickelt. Zudem wurden Grundsätze der Gesundheitswissenschaften bzw. Public Health, Ergebnisse verschiedener Gesundheitsberichte und Expertisen (»Bessere Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Zielgruppen«, »Geschlechterdifferenzierte Betrachtung«) aufgenommen.

Die Planungshilfe dient der Präsentation von Qualitäts- bzw. Förderkriterien und Beispielen guter Praxis (good practice). Als »Good Practice«-Beispiele werden solche Maßnahmen vorgestellt, die in nationalen/internationalen Datenbanken und systematischen Übersichtsarbeiten aufgeführt sind. Allerdings zeigt die aktuelle Studienlage in allen Ländern, auch über Europas Grenzen hinaus, dass die Suche nach effektiven und langfristig erfolgreichen Maßnahmen zur Prävention von Übergewicht und Adipositas noch nicht abgeschlossen ist.

1.3 Aufgaben und Ziele der Landesinitiative

Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas ist zu einer bedeutenden gesundheitspolitischen Herausforderung geworden. In Deutschland sind aktuell etwa 1,9 Millionen Kinder übergewichtig, davon 800.000 adipös². In NRW waren im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen von 146.748 Kindern 6,2 % der Kinder übergewichtig und 4,6 % adipös (LZG.NRW 2012). Das entspricht 9.070 bzw. 6.623 Einschülerinnen / Einschülern. Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen fanden sich nicht. Die Landesinitiative hat es sich zur Aufgabe gemacht, einerseits möglichst viele Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und angrenzender Bereiche zu gewinnen und primär-präventive Angebote nach definierten Qualitätsstandards zu erbringen. Andererseits will die Landesinitiative konkret daran mitwirken, diesen Trend der Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen aufzuhalten.

² Kurth und Schaffrath-Rosario 2007

Die Ziele der Landesinitiative sind:

- den Trend der Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen aufzuhalten und
- gesundheitsfördernde Lebensräume für Kinder und Jugendliche unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Gruppen bzw. geschlechtsspezifischer Aspekte zu schaffen;
- Kriterien zur Qualitätssicherung von Maßnahmen zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen einzuführen sowie
- qualitätsgesicherte Maßnahmen flächendeckend zu implementieren.

Der Entwicklung von Übergewicht und Adipositas liegen mannigfaltige Ursachen zugrunde (vgl. Kapitel IV.2). Um diesen in angemessener Weise zu begegnen, stehen Maßnahmen aus der allgemeinen und selektiven Prävention (vgl. Kapitel IV.4) im Mittelpunkt. Unberücksichtigt bleiben therapeutische Ansätze, die in der Regel aufwändiger sind und nur an spezialisierten Zentren stattfinden sollten. Maßnahmen, die unmittelbar mit wirtschaftlichen Interessen von Akteurinnen und Akteuren oder mit dem Vertrieb von Begleitprodukten verbunden sind (beispielsweise Diäten und Nahrungsergänzungsmittel), entsprechen ebenfalls nicht den Prinzipien des Präventionskonzeptes NRW und finden in der Planungshilfe folglich keine Erwähnung.

II Hintergrund

II.1 Definition Übergewicht/Adipositas

Aktuell wird das Vorliegen von Übergewicht und Adipositas auch im Kindes- und Jugendalter mit Hilfe des BMI (= Body Mass Index) bzw. Normogrammen, so genannten Perzentilen bestimmt (www.aga.adipositas-gesellschaft.de; www.mybmi.de). Während international verschiedene Klassifikationssysteme vorliegen, empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (www.aga.adipositas-gesellschaft.de) für Deutschland die 2001 von Kromeyer-Hauschild et al. veröffentlichte Systematik. Übergewicht liegt demnach vor, wenn ein BMI-Wert größer der 90. Perzentile ist, als adipös klassifiziert wird ein Kind größer der 97. Perzentile. Unterhalb der 10. Perzentile wird von Untergewicht gesprochen, als extrem untergewichtig bezeichnet man Kinder unterhalb der 3. Perzentile. Ab wann ein erhöhter BMI tatsächlich auch »krank« macht, ist aktuell nicht bekannt. Es liegen jedoch gesicherte Erkenntnisse vor, dass Adipositas bei Kindern und Jugendlichen zu Erkrankungen führt, die bislang nur bei Erwachsenen aufgetreten sind (vgl. Kap. IV.2, z.B. Wabitsch 2004; Reinehr et al. 2005). Infolge dessen muss die Bedeutung frühzeitiger Prävention explizit unterstrichen werden.

II.2 Entstehung von Übergewicht

Als **Risikofaktoren** für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas gelten:

- Genetische Disposition
- Elterliches Übergewicht
- Niedriger sozioökonomischer Status³
- Migrationsgeschichte
- Hohes Geburtsgewicht
- Rauchen in der Schwangerschaft
- Pubertätsbeginn
- Geringe körperliche Aktivität
- Inaktivität (Fernsehen; Computer etc.)
- Fehlernährung

Insbesondere das gleichzeitige Auftreten/Vorhandensein mehrerer Aspekte ist besonders risikobehaftet. Zudem bedingen sich einzelne Punkte wechselseitig.

Dass Ernährung und Bewegung die Entwicklung von Übergewicht beeinflussen, ist unumstritten. Übergewicht kann nur durch eine zu hohe Energiezufuhr (z. B. zu kalorienreiches Essen) bei einer verminderten Energieabgabe (u. a. Bewegungsmangel) entstehen. Neben bewegungsarmen Umgebungsbedingungen (gestiegener Autoverkehr, Verhäuslichung etc.) spielt ein hoher Fernseh-Konsum eine wesentliche Rolle bei der Gewichtsentwicklung. In amerikanischen Untersuchungen zeigte sich ein klarer Zusammenhang zwischen erhöhtem Fernsehkonsum und Übergewicht (Gortmaker et al. 1996). Umgekehrt konnte bereits die Reduktion von Fernsehzeit zu einer Gewichtsabnahme beitragen (Robinson 2001).

In zahlreichen Untersuchungen wird belegt, dass sich das Gewicht in Abhängigkeit von dem sozioökonomischen Status einer Familie entwickelt (Kurth und Schaffrath-Rosario 2007). Kinder aus bildungs-

³ Der sozioökonomische Status (SES) bezieht sich i.d.R. auf die schulische und berufliche Ausbildung, den aktuellen beruflichen Status und das Einkommen; daraus können Indices bestimmt werden, die mehr oder weniger realistisch den sozialen Status einer Familie wiedergeben (s.a. Robert Koch-Institut)

fernen Schichten, aber auch mit Zuwanderungsgeschichte oder Ein-Eltern-Familien weisen ein höheres Risiko auf, übergewichtig zu werden. Die Gründe dafür sind vielschichtig. In Familien mit einem niedrigen Bildungsgrad sind nicht selten finanzielle Gründe, etwa der – subjektiv wahrgenommene – höhere Preis für gesunde Nahrungsmittel oder Beiträge für Sportvereine, ausschlaggebend; auch das Wissen um gesundes Essen und Bewegung ist ebenso wie die Möglichkeit, dieses Wissen zu erwerben und anzuwenden, häufig seltener vorhanden bzw. bekannt. Bei Familien mit Zuwanderungsgeschichte spielen kulturelle Aspekte eine Rolle, wie beispielsweise auch das Verbot der Teilnahme muslimischer Mädchen am Schwimmunterricht. Bedingt durch ihre Heimatkultur sind die Einstellungen zum Essen und die Esskultur sowie die Wahl und Zubereitung der Lebensmittel bei Familien mit Migrationshintergrund häufig anders. Außerdem werden zunehmend neue, oftmals ungesunde Nahrungsmittel in den Speiseplan integriert. Nicht nur Eltern beeinflussen das Bewegungs-, Ess-/Trinkverhalten der Kinder. Oft wird dieses über Generationen weitergegeben. Auch Großeltern können, wenn sie in die Kinderbetreuung integriert sind, einen wesentlichen Part übernehmen; nicht selten unterschätzen Großeltern den Gewichtsstatus ihrer Kinder. Derlei Einflussfaktoren müssen in der Planung berücksichtigt werden, um die Zielgruppe, die im Zentrum einer Maßnahme steht, auch tatsächlich und effektiv zu erreichen. Dazu zählen auch potenziell geschlechtsbezogene Bedürfnisse, die bislang in der Literatur nur vereinzelt beschrieben werden, z. B. Effekte schulbasierter Interventionen zu vermehrter körperlicher Aktivität nur bei Jungen (Übersicht in Dobbins et al. 2009).

Übergewicht stellt leider kein kosmetisches Problem dar, vielmehr besteht ein erhöhtes Risiko für orthopädische, kardiovaskuläre und metabolische Begleiterkrankungen und psychosoziale Folgeerscheinungen; die davon wichtigsten bei Kindern und Jugendlichen werden in Tabelle 1 aufgeführt. Darüber hinaus bleibt – insbesondere bei älteren schwergewichtigeren Kindern – das Übergewicht bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen.

	Kinder / Jugendliche		
Diabetes mellitus Typ 2	1%	n = 520	Wabitsch 2004
Arterielle Hypertonie	37%	n = 1.004	Reinehr et al. 2005
Fettstoffwechselstörung	18 – 27%	n = 1.004	Reinehr et al. 2005
Metabolisches Syndrom⁴	35%	n = 520	Wabitsch 2004
Gallensteine	2%	n = 520	Wabitsch 2004
Fettleber	30%	n = 520	Wabitsch 2004
Orthopädische Störungen	35%	n = 520	Wabitsch 2004

Tabelle 1 | Erkrankungen, die bei Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen in engem Zusammenhang mit Übergewicht bzw. Adipositas stehen können (zusammengefasst nach Reinehr et al. 2005; Wabitsch 2004).

4 Kombination aus Übergewicht, Fettstoffwechselstörung, Bluthochdruck und Diabetes mellitus Typ 2

Neben diesen körperlichen Folgen können auch, teils schwerwiegende, psychosoziale Erscheinungen auftreten (Janicke et al. 2008). Psychiatrische Diagnosen finden sich demnach in 35%, z. B. Depressionen, externalisierende Verhaltensstörungen. Insbesondere das Selbstwertgefühl übergewichtiger und adipöser Kinder ist stärker eingeschränkt als bei anderen chronischen Erkrankungen (Janicke et al. 2008) bzw. normalgewichtigen Kindern (Gibson et al. 2008). Die soziale Zurückgezogenheit unterstützt den Bewegungsmangel und möglicherweise die Fehlernährung (Warschburger 2000). Allerdings zeigt sich anhand der KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts, dass auch normalgewichtige Kinder sich nicht selten als »zu dick« empfinden (Kurth und Eller 2008). Umso bedeutsamer ist es, die Ziele einer Maßnahme auf die Zielgruppe hin präzise zu formulieren und zu reflektieren, um potenzielle Stigmatisierungen, aber auch »unerwünschte« Nebenwirkungen zu vermeiden.

II.3 Zielgruppen und Setting

Zu Beginn jeder Maßnahme steht die Ermittlung des jeweiligen Bedarfs, der sich von Setting zu Setting extrem unterscheiden kann. Dazu können beispielsweise Daten aus Schuleingangsuntersuchungen, Beobachtungen etc. herangezogen werden. Aus dieser Bedarfslage heraus ergibt sich die Zielgruppe, auf die sich die zu konzipierende Maßnahme konzentriert bzw. der jeweilige Kontext, in dem sie erreicht werden kann. Um eine Maßnahme so optimal wie möglich zu gestalten, sollten Interventionen zielgruppenspezifisch unter Berücksichtigung der vorliegenden Qualitätskriterien erarbeitet und umgesetzt werden. Unter **Zielgruppe** versteht man Personen oder Teile der Bevölkerung mit bestimmten (gemeinsamen) Merkmalen, die gezielt mit Angeboten erreicht werden sollen.

Das setzt fundierte Kenntnisse zum objektiven Bedarf, aber auch subjektiven Bedürfnissen, Gewohnheiten und Erwartungen (Krankheitsrisiken, Belastungen, Ressourcen etc.) voraus.

Als mögliche Zielgruppen für die Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« gelten:

- Schwangere (Zugang z. B. durch Hebammen/Entbindungspfleger/Schwangerenberatung/Gynäkologinnen und Gynäkologen)
- Familien (Zugang z. B. durch Hebammen/Entbindungspfleger, Kinder- und Jugendärztinnen, Kinder- und Jugendärzte, Hausärztinnen/Hausärzte, Frühförderstellen, Kindergärten und Schulen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst)
- Kinder (Zugang z. B. über Kindergärten, Schulen und Vereine)
- Multiplikatorinnen/Multiplikatoren z. B. Erzieherinnen/Erzieher, Lehrerinnen/Lehrer, Gesundheitsmediatorinnen und Gesundheitsmediatoren
- Bewohnerinnen und Bewohner in Stadtteilen/Regionen (Zugang z. B. über Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter...)
- Sozial Benachteiligte und Personen mit Zuwanderungsgeschichte (Zugang z. B. durch Quartiersmanagerinnen/Quartiersmanager, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter...), ggf. unter Beteiligung des Ehrenamtes
- Allgemeinbevölkerung (Zugang über Medien: massenkommunikative Kampagnen und Aufklärung)

Um die Zielgruppe möglichst umfassend zu erreichen, empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation den so genannten Settingansatz, der auf dem Verständnis der Ottawa-Charta⁵ basiert.

5 Ottawa-Charta: Auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa 1986 wurde eine Charta verabschiedet, die zu einem aktiven Handeln für das Ziel »Gesundheit für alle« aufrief. Sie stellt häufig die Basis für präventives und gesundheitsförderliches Handeln dar.

Mit »settings« sind verschiedene Lebenswelten gemeint, in denen Menschen große Teile ihrer Zeit verbringen und in denen Prävention und Gesundheitsförderung greifen können. Settings gelten als räumlicher oder sozialer Kontext, in denen Menschen ihrem Alltag nachgehen, und in deren Verlauf umweltbezogene, organisatorische, personale Faktoren und Ressourcen zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen (WHO 1998). In der Gesundheitsförderung wird ein Setting als soziales System beschrieben, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und in dem diese Bedingungen für Gesundheit und Krankheit auch gestaltet werden können. Dazu zählen u. a. Kindergärten, Schulen, Familien, Vereine, aber auch Betriebe, Stadtteile oder Kommunen.

Für die Planung und Umsetzung eines Präventionsangebotes ist die klare Benennung der Zielgruppe und des Settings, dementsprechend angemessene Maßnahmen und eine angepasste Formulierung der Ziele sowie die entsprechenden Instrumente zur Evaluation ein wesentliches Qualitätskriterium. Zielt ein Präventionsprogramm in der Schule auf eine Gewichtsreduktion bei Viertklässlern durch Ernährungsumstellung und Bewegungsangebote ab, so muss die Maßnahme z. B. neben einem Schulungsangebot für Lehrerinnen und Lehrer auch die Umstellung von Ernährung und Bewegungseinheiten für Kinder der 4. Klasse umfassen. Ein angemessenes Evaluationsinstrumentarium wäre etwa ein Bewegungstest für Kinder im 4. Schuljahr und ein Fragebogen zum Ernährungsverhalten für Schülerinnen und Schüler dieser Altersklasse.

Im Folgenden werden zur Veranschaulichung Beispiele guter Praxis aus dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt.

II.4 Good Practice Modelle – Prävention und Gesundheitsförderung

Der Begriff »Good Practice« wurde bewusst dem der »Best Practice« vorgezogen, da es sich bei letzterem um die Benennung herausragender, vorbildlicher und unkritisch zu sehender Beispiele handelt. Nach dem aktuellen Wissensstand liegen diese bisher nicht vor, andernfalls wären die oben genannten Fragestellungen bereits zufrieden stellend beantwortet. »Good Practice« beschreibt dagegen, den bestmöglichen Transfer von wissenschaftlichem Anspruch in die praktische Umsetzung. In Tabelle 2 wurden die europäischen Maßnahmen aufgeführt, die im Rahmen der Istanbul-Charta⁶ der Weltgesundheitsorganisation als beispielhafte präventive und gesundheitsförderliche Interventionen genannt werden. Neben Zielgruppe und Setting wurden die wesentlichen Inhalte und wichtigsten Ergebnisse zur Orientierung zusammengefasst. Zur Information über die konkreten Inhalte und Ergebnisse wird auf die jeweilige Literatur verwiesen.

Bereits die Auswahl solcher Beispiele spiegelt eine Reihe genereller (methodischer) Probleme wider. Welche Zielgruppe wurde adressiert? Welche Interventionen sind erfolgt? Welche Parameter wurden als Zielgrößen ausgewählt? Um die Beispiele aus der Istanbul-Charta nicht unkritisch zu übernehmen, wurde in einer zusätzlichen Spalte die Passung von Zielgruppe, Maßnahme und Ergebnisparameter kurz bewertet.

Die Bewertung seitens der Autorinnen und Autoren zeigt, dass selbst im Rahmen von ausgewählten Beispielen guter Praxis es häufig zu einer mangelnden Übereinstimmung zwischen Zielgruppe, Maßnahmen, Zielen und Ergebnisparametern kommt. Erfahrungsgemäß liegt dies an zwar gut gemeinten Vorüberlegungen, die jedoch nicht in Gänze umgesetzt werden oder alle notwendigen Kriterien berücksichtigen. Eine adäquate, sicherlich auch aufwändigere Planung, wie sie anhand der unten aufgeführten Checkliste möglich wird, kann hilfreich sein, um Inkongruenzen zu vermeiden. Auch Follow-up Daten, die nach Ablauf eines vorher definierten Zeitraums erhoben werden, fehlen zumeist.

Setting und Zielgruppe	Ausgewählte Inhalte	Wichtigste Ergebnisse	Kommentar
Österreich: PRESTO; 10- bis 12-jährige Schulkinder (Dämon et al. 2005)	11 einstündige Einheiten Gesundheitsunterricht/ Ernährung	Kein Einfluss auf den BMI; höheres Ernährungswissen nach 12 Wochen bei der Interventionsgruppe (n = 260) im Vergleich zu der Kontrollgruppe (n = 231).	Inkongruenz: Wissens- vermittlung und BMI als Ergebnisparameter
Griechenland: schulbasier- te Gesundheitsförderung bei Grundschulkindern in verschiedenen Altersklassen (Messung erfolgte mit 6, 9 und 12 Jahren); (Mamalakis et al. 2000; Manios et al. 1998); Kohortenstudie mit n = 1.046 (6 J.); n = 579 (9 J.); n = 831 (12 J.) aus 40 griechi- schen Schulen	Gesundheits- und Bewegungsförderung durch Lehrerinnen/Lehrer an Grundschulen	Geringerer Anstieg des BMI in der Interventions- gruppe (n = 288) im Vergleich zur Kontrollgruppe (n = 183) innerhalb von 3 Jahren	Die Maßnahme richtet sich altersgerecht an die Schüle- rinnen / Schüler und zielt auf mehr Bewegung und gesund- heitsbewussteres Verhalten ab, eine Veränderung des BMI infolgedessen zu erwarten ist kongruent.

6 Istanbul-Charta wurde 2006 von der Weltgesundheitsorganisation in Istanbul zur Bekämpfung von Übergewicht durch Ernährung und Bewegung verabschiedet.

Setting und Zielgruppe	Ausgewählte Inhalte	Wichtigste Ergebnisse	Kommentar
Deutschland: KOPS (Kieler Obesity Prevention Study) Gesundheits- und Bewegungsförderung an Grundschulen (Müller et al. 2001)	Schulbasierte Unterrichtseinheiten zu Ernährung in der ersten Klasse sowie Bewegungsspielen; Informationen für die Lehrerinnen / Lehrer und Eltern	Kein Effekt auf den mittleren BMI-Anstieg innerhalb des Beobachtungszeitraumes von 4 Jahren; geringere Inzidenz von Übergewicht in Familien mit einem hohen SES; Remission von Übergewicht bei Kindern normalgewichtiger Mütter	Die Rezeption von Informationen fällt in Familien mit höherem SES intensiver aus als in bildungsschwächeren Familien. Da bildungsstärkere Familien eine höhere Motivation und Adhärenz aufweisen, ist eine geringe Abnahme der Inzidenz erwartungsgemäß.
Großbritannien: »Be smart« – Prävention von Adipositas bei 5- bis 7-jährigen Kindern (Warren et al. 2003)	20-wöchige Intervention bzgl. Ernährung, Bewegung oder einer Kombination aus beidem	Steigerung des Ernährungswissens insbesondere in der Gruppe, die Ernährungsunterricht erhielt, sowie in der Gruppe mit Ernährung und Bewegung; kein Effekt auf die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas über 20 Wochen	Eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens und damit Auswirkungen auf die Prävalenz sind alleine aufgrund motivationspsychologischer Erkenntnisse nicht zu erwarten. Eine Veränderung des Gesundheitswissens hingegen ist kongruent mit den Maßnahmen.
Großbritannien: Bewegungsförderung für Vorschulkinder (Reilly et al. 2006)	Dreimal wöchentliche Bewegungseinheiten (30 min) in Kindergärten; Informationen für die Eltern zur Steigerung der häuslichen Bewegungszeit und Reduktion von Fernsehen	Verbesserung der motorischen Leistungsfähigkeit in der Interventionsgruppe (n = 268) im Vergleich zur Kontrollgruppe (n = 277), kein Einfluss auf den BMI nach 6 bzw. 12 Monaten	Die motorische Leistungsfähigkeit als Ergebnisparameter zu messen, ist kongruent mit der Maßnahme. Aus Studien ist bekannt, dass eine reine Veränderung des Bewegungsverhaltens nicht zwingend zu einer Reduktion des BMI führt.
Großbritannien: »Apples«, schulbasierte Intervention hinsichtlich Ernährung und Bewegung für Kinder zwischen 7 und 11 Jahren (Sahota et al. 2001)	Veränderung der Ernährung in der Schule; Optimierung des Sportunterrichts und bewegungsfreudiger Schulfhof	Höherer Gemüsekonsum; kein Einfluss auf das Bewegungsverhalten bzw. den BMI bei 314 Interventions- und 322 Kontrollkindern nach 12 Monaten	Es liegen zu wenige Informationen zur Bewertung vor.

Tabelle 2 | Ausgewählte, primärpräventive Programme aus der Istanbul-Charta (WHO) von 2006.

III. Qualitätskriterien

III.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Seit dem 1. Januar 2000 haben die gesetzlichen Krankenkassen durch den § 20 SGB V11 den Auftrag erhalten, ergänzend zu den Leistungen im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung auch wieder Maßnahmen der Primärprävention anzubieten. Diese Maßnahmen sollen den **allgemeinen Gesundheitszustand** der Bevölkerung verbessern und insbesondere einen Beitrag zum Abbau von **sozial bedingter Ungleichheit** von Gesundheitschancen leisten. Um das Gesundheitswesen langfristig zu entlasten, sollen Präventionsaktivitäten der Krankenkassen daher insbesondere zielgruppenspezifisch ausgerichtet sowie auf epidemiologisch relevante und nachweislich wirksame Handlungsfelder konzentriert werden. Diese Vorgehensweise gilt über das Engagement (finanziell oder ideell) der Krankenkassen hinaus als zielführend.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen bzw. der GKV-Spitzenverband wurden durch den Gesetzgeber aufgefordert, präventive Leistungen abgestimmt und unter Einhaltung hoher Qualitätsstandards zu erbringen. Die sind in dem Leitfaden »Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000« (kurz: GKV-Leitfaden »Prävention«) in der jeweils gültigen Fassung geregelt. Die von den Krankenkassen und -verbänden definierten Qualitätsstandards stellen die Grundlage für eine mögliche Förderung dar. Nicht förderungsfähig sind

- Isolierte Maßnahmen oder Anschaffungen ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept;
- Reine Forschungsprojekte mit geringem Interventionsanteil;
- Entwicklung oder Förderung von Medien oder Angeboten, die nicht zu strukturellen Veränderungsaktivitäten in Settings bzw. Lebenswelten führen oder rein kommerziell ausgerichtet sind;
- Aktivitäten, die Werbezwecken oder einem Produktvertrieb dienen;
- Maßnahmen, die nicht mindestens eines der präventiven Handlungsfelder zum Inhalt haben;
- Isolierte berufliche Aus- und Weiterbildung;
- Aktivitäten, die zu Pflichtaufgaben anderer Stellen oder Körperschaften des öffentlichen Rechts gehören (Betreuungsaufgaben in Schulen oder Kindergärten, Schuleingangsuntersuchungen, etc.).

III.2 Checkliste Qualitätskriterien

Die vorliegende Checkliste soll als Hilfestellung zur Optimierung einer Maßnahme dienen. Sie wurde anhand vorhandener Checklisten, z. B. EQHIP, QIP, Quintessenz sowie den Vorarbeiten der Präventions-AG der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter für den Bedarf präventiver Maßnahmen von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter entwickelt (s. a. Kolip und Müller 2009). Es finden sich Kriterien, die auf der Basis von nachgewiesener (proven), aber auch aussichtsreicher (promising) Evidenz erforderlich sind, um die Qualität einer Intervention zu gewährleisten. Sämtliche der genannten **fettgedruckten** Punkte müssen daher mit »Ja« beantwortet werden können, es sein denn, sie sind für die Durchführung einer Maßnahme irrelevant (schwach gedruckt bedeutet, dass das entsprechende Kriterium nicht zwingend berücksichtigt werden muss oder eine Auswahl besteht). Mit dieser Checkliste können Sie vor der Einreichung einer Maßnahme als Beitrag zur Landesinitiative überprüfen, ob alle wesentlichen Voraussetzungen im Rahmen Ihrer Projektplanung bedacht wurden. Eine Erläuterung der Qualitätskriterien zur Vertiefung erfolgt im Anhang.

1. Planungsqualität	Ja	Nein
1.1 Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und wurde dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Eine IST-Analyse bzw. Bestandsaufnahme ist erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Die für das Projekt notwendigen finanziellen Ressourcen sind sichergestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die Zielgruppe(n) ist (sind) definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Schwangere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kinder und deren familiäres Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eltern/Betreuungspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besonderheiten der Zielgruppen werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Die Erreichbarkeit (z.B. durch Pretest) der Zielgruppen wurde überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Besondere Zugangswege ⁷ zu Risikogruppen (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, Zuwanderungsgeschichte) werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Zielgruppe(n) wird (werden) in die Projektplanung und -durchführung einbezogen (Partizipation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Geschlechtsbezogene Besonderheiten werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Soziokulturelle Merkmale werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Der Ansatz ist sozialräumlich ⁸ ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 Hauptziele zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen wurden definiert aus den Bereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Stressregulierung/psych. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Förderung von Stillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Senkung von Inaktivität, speziell TV-Konsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Stärkung der Erziehungskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stärkung persönlicher Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Stärkung familiärer Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Stärkung sozialer Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 Kurzfristig erreichbare Ziele als Teilschritte wurden definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14 Eine Überprüfung der Ziele ist geplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁷ Weg, über den die Zielgruppe erreicht werden soll; z. B. Infolyer, direkte Ansprache etc.

⁸ Stadtteile mit einem großen Anteil von Bürgern mit einem niedrigen SES

2. Konzeptqualität	Ja	Nein
2.1 Ein Konzept zum Erreichen der Ziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Stigmatisierung und potenzielle Nebenwirkungen, z. B. Störungen des Körperbildes, werden vermieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Das Konzept berücksichtigt auch einen verhältnispräventiven Ansatz ⁹ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Die Maßnahme ist niederschwellig ¹⁰ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Die Maßnahme ist innovativ ¹¹ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Wesentliche Inhalte des Konzepts (Kernbotschaften) entsprechend der definierten Ziele wurden formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Eine adäquate Zielgruppenansprache entsprechend der Ziele wurde berücksichtigt (Vermittlung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Die Dauer der Maßnahme ist definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Strukturqualität in Beziehung zu den Zielen/Zielgruppen		
3.1 Ausreichend Personal für die Umsetzung der Maßnahme entsprechend der definierten Ziele ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Angemessene Qualifikationen ¹² der Akteurinnen/Akteure entsprechend der Zielgruppe und Ziele hinsichtlich Inhalten und Vermittlung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen werden den Anforderungen/Zielen der Maßnahme gerecht, z. B. Räume, Materialien, Medien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokumentation		
4.1 Inhalte der Maßnahmen werden dokumentiert (Prozessdokumentation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Das Erreichen der Teilziele und Ziele wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Die Zufriedenheit der Akteurinnen/Akteure wird abgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Die Zufriedenheit der Zielgruppe wird abgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Es erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse durch Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen des Angebots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Auf der Grundlage der Bewertung werden Ablauf und Ziele des Angebotes regelmäßig überprüft und optimiert (Optimierungsprozess).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Eine Kosten-Nutzen-Analyse erfolgt. ¹³		<input type="checkbox"/>

9 Verhältnisprävention setzt v.a. an Änderungen der Verhältnisse an, Verhaltensprävention am Individuum.

10 Einstieg in Präventionsangebote ohne hohe Hürden, z. B. kostenfrei, einfach, nicht zu umfangreich

11 Nicht jeder Ansatz muss absolut neu sein, auch Zugangswege können innerhalb einer bekannten Maßnahme neu gewählt werden. Wichtig ist, dass nicht »alte«, nicht effektive Dinge wiederholt werden.

12 Qualifikationen bezieht sich nicht nur auf eine ausreichende berufliche Qualifikation, sondern auch hinsichtlich einer passenden Planung, Definition der Zielsetzung etc.

13 Überprüfung bzw. Gegenüberstellung von personellem und finanziellem Aufwand und Nutzen der Maßnahmen.

5. Nachhaltigkeit	Ja	Nein
5.1 Der Fortbestand des Angebots ist längerfristig gesichert durch die Einbettung in strukturelle und organisatorische Gegebenheiten (Implementierung ¹⁴).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Das Angebot unterhält Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern, um seine Reichweite und Effizienz zu erhöhen (Vernetzung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die Maßnahme ist auch von anderen Einrichtungen bzw. für andere Akteurinnen/ Akteure nutzbar, z. B. durch das schriftliche Konzept (Übertragbarkeit/Transparenz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Es bestehen Qualifizierungsangebote entsprechend der Ziele und Zielgruppe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es besteht ein Zertifizierungsangebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Multiplikatorinnen/Multiplikatoren werden entsprechend der Ziele/Zielgruppen ausgebildet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es ist das Ziel des Angebotes, Strukturen zu erzeugen, die über die Dauer des Angebotes hinaus bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Finanzielle und personelle Voraussetzungen für eine Fortführung werden geschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Das Projekt ist auch auf andere Einrichtungen übertragbar/für andere Akteurinnen/ Akteure nutzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ein für den Transfer erforderlicher Leitfaden wird erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Nachhaltigkeit durch die Einbindung in vorhandene Strukturen

IV Nachwort

Diese Planungshilfe dient als Hilfestellung in der konzeptionellen und organisatorischen Phase. Sie soll Akteurinnen und Akteuren unterstützen, qualitativ hochwertige Maßnahmen im Sinne der Landesinitiative zur Prävention von Übergewicht im Kindesalter zu initiieren, anzuwenden und bei einem positiven Ergebnis auch zu verstetigen.

In knapper Form wurden das dafür notwendige Hintergrundwissen sowie die organisatorischen, strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen in verständlichen Art und Weise zusammengefasst.

Die vorgelegte Checkliste dient einerseits als unterstützendes Instrument, um bei der Planung einzelne Aspekte nicht zu übersehen. Zum anderen aber auch als Voraussetzung für die Aufnahme einer Maßnahme in die Landesinitiative. Die Grundlagen zu den Themenkomplexen Prävention, Gesundheitsförderung und Setting sowie Qualitätssicherung und Evaluation sind ergänzend aufbereitet worden, und dienen der Vertiefung.

Auch diese Planungshilfe unterliegt einem ständigen Optimierungsprozess, positive und negative Rückmeldungen sind daher unbedingt erwünscht.

V Anhang

V.1 Grundlagen

Zum besseren Verständnis und zur einfacheren Nutzung der Planungshilfe werden im Folgenden die wichtigsten Begriffe und qualitätssichernden Schritte zusammengestellt.

Prävention, Gesundheitsförderung und Settingansatz

Alternativ zu den Begriffen primordiale, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention wird aktuell der folgende Ansatz diskutiert (WHO 2000):

- universelle oder allgemeine Prävention
- selektive Prävention
- gezielte oder indizierte Prävention

Mit der universellen oder allgemeinen Prävention sollen möglichst viele Personen/Bevölkerungsschichten erreicht werden, die sich in ihrer Gesundheit und in ihrem Wohlbefinden (noch) nicht eingeschränkt fühlen. Im Unterschied dazu ist die Primärprävention eher auf die Krankheitsvermeidung bezogen. Die universelle Prävention umfasst daher den Begriff der Gesundheitsförderung zusätzlich und integriert zunehmend Public Health-Ansätze (Lob-Corzilius 2007). Gesundheitsförderung wird beschrieben als Prozess um »allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (WHO 1998).

Selektive Maßnahmen richten sich an Personen, deren Erkrankungsrisiko im Vergleich zu anderen Personen oberhalb des Durchschnitts liegt, so genannte Risikogruppen. Hierzu gehören z. B. (noch) nicht übergewichtige Kinder adipöser Eltern, aber auch übergewichtige Kinder. Die gezielte oder indizierte Prävention gilt Personen, die gesicherte individuelle Risikofaktoren für eine Erkrankung aufweisen (vgl. von Lengerke, 2007). Eine klare Abgrenzung zwischen der selektiven und der gezielten Prävention ist jedoch nicht immer möglich.

Zusätzlich unterscheidet man die **kontextbezogene oder Verhältnisprävention** von der **individualsbezogenen oder Verhaltensprävention**. Erstere richtet sich an das persönliche, berufliche oder strukturelle Umfeld bzw. kann von technologischen, wirtschaftlichen und/oder gesetzgeberischen Rahmenbedingungen abhängig sein, z. B. Rauchverbot an Schulen, Anschnallpflicht etc. Ziel der Verhaltensprävention wiederum ist es, potenzielle Risikofaktoren im persönlichen Lebensstil zu beeinflussen. Zur Verhaltensprävention zählen Maßnahmen wie Raucherentwöhnungskurse und Rückenschulung. Eine zentrale Größe stellt dabei das Empowerment dar, das als ein Prozess definiert wird (vgl. Röhrle und Sommer 1995), bei dem Menschen, Organisationen und Gemeinschaften Kontrolle (Selbstbestimmung) über ihr Leben gewinnen. Im Rahmen der Prävention/Gesundheitsförderung bezeichnet man so die Befähigung zu einem vermehrt selbstbestimmten Handeln bzw. die Fähigkeit der Einzelnen/des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und die Kontrolle über das persönliche Leben und in diesem Fall »Gesundheit« zu haben. Daher steht im Mittelpunkt der Arbeit, stets die Stärkung und Weiterentwicklung der eigenen Ressourcen unter – als wesentlich bei Kindern und Jugendlichen – Berücksichtigung des gesamten Umfeldes.



Abbildung 1 | Präventionskaskade

Als **theoretische Modelle** kann man im weiteren Sinn ein Grundverständnis bzw. Sichtweisen von ausgewählten Sachverhalten verstehen. Aus Sicht der Akteurinnen/der Akteure, also derjenigen die Maßnahmen planen und umsetzen, können dies Modelle zur Gesundheit, Modelle zum Gesundheitsverhalten und schließlich Modelle zur Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen sein. Das bekannteste Gesundheitsmodell stellt das Salutogenese-Modell von Antonovsky dar, der Gesundheit und Krankheit nicht als eigenständige voneinander getrennte Faktoren, sondern als Endpunkte eines Kontinuums versteht, auf das individuelle und soziale Faktoren Einfluss nehmen (Antonovsky 1983). In anderen Modellen stehen einerseits persönliche Faktoren (wie Einstellungen, Werte, Selbstwirksamkeit, eigene Verletzlichkeit) und andererseits soziale Faktoren (soziale Unterstützung, Gruppenzugehörigkeit, gesellschaftliche Erwartungen) im Vordergrund (z. B. Health Belief-Modell, Becker 1978). Hier wird angenommen, dass diese Faktoren Einfluss nehmen auf das individuelle Verhalten. Weitere Vorstellungen (z. B. HAPA, Schwarzer 2004) stellen neben den o. g. Aspekten Motivation und Intention in den Mittelpunkt. Dabei wird subsumiert, dass individuelle und soziale Faktoren dazu beitragen können, eine Verhaltensänderung zu beabsichtigen. Darüber hinaus muss aber die Intention bestehen, dieser Absicht tatsächliches Handeln folgen zu lassen.

Modelle zur Planung von Maßnahmen in der Gesundheitsförderung berücksichtigen wesentlich mehr strategische, konzeptionelle und organisatorische Schritte. Nach Winett, King und Altmann (1987) wird zunächst in der konzeptionellen Phase das Problem definiert und entsprechende theoretische Ansätze formuliert. In der sich daran anschließenden strategischen Phase werden konkret Ziele definiert, die Maßnahme selbst konzipiert, angewandt und evaluiert.

In der Umsetzung dieser Ansätze kann dies beispielsweise bedeuten, dass – wenn im Rahmen der »Walking Bus« Kampagne, es zum Trend wird, gemeinsam zu Fuß zu der jeweiligen Grundschule zu gelangen – dies auch auf weitere Alltagsbereiche ausgedehnt wird, da »gehen« zur »Gewohnheit« wird. Eigene Intentionen spielen im Kindesalter sicherlich noch eine untergeordnete Rolle respektive unterliegen häufiger Schwankungen und dem Einfluss des sozialen Umfeldes. Deshalb ist es im Rahmen der Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter von Bedeutung, das gesamte Setting »Familie« einzubeziehen und auf die Intentionsbildung der Eltern einzuwirken.

Qualitätsmanagement und Evaluation

Qualitätsmanagement und Evaluation¹⁵ sind auch im Rahmen präventiver / gesundheitsförderlicher Maßnahmen selbstverständlich. In der Planungsphase unterstützen sie die Entwicklung und zielgruppenspezifische Konzeption einer Maßnahme und sollten Überlegungen zu einer möglichen Implementierung bei erfolgreicher Anwendung beinhalten.

Als Grundlage in der Umsetzung kann der erweiterte Public Health Handlungszyklus dienen (vgl. dazu Graf et al. 2008). Dieser sieht die Festlegung von Zielgruppe(n) und Zielen auf der Basis einer Bedarfsanalyse als Ausgangspunkt für eine Intervention vor. Analysen der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung erfolgen zumindest in Teilbereichen bereits systematisch in Form von Erhebungen und Studien des Bundes, gezielter Surveys (z. B. Kinder- und Jugendgesundheits-survey, KiGGS) bzw. auf regionaler Ebene durch die Gesundheitsberichterstattung der kommunalen oder Landesgesundheitsämter. Dies erleichtert den Akteurinnen/Akteuren die Auswahl der Zielgruppe, eine Ableitung des Settings sowie der sich daran orientierenden Ziele der Maßnahme. Darauf aufbauend und unter Einbeziehung bereits vorhandener Maßnahmen und Erkenntnisse kann die gezielte Planung erfolgen. Die konkrete Umsetzung der Intervention ist von qualitätssichernden Schritten zu begleiten. Diese beginnen bereits mit der Dokumentation der Maßnahme und der Transparenz von Strukturen und Prozessen. Im Rahmen der Evaluation sind Aussagen zu Aufwand und Kosten, Abläufen und Kooperationen ebenso von Bedeutung wie eine der Fragestellung bzw. Zielsetzung der Maßnahme angemessene Bewertung der (un-)mittelbaren Ergebnisse. Bei einer insgesamt positiven Bewertung der Intervention sind geeignete Initiativen zu ergreifen, um eine flächendeckende Ausweitung und Verstetigung zu erreichen.

Definitionen

Im Folgenden werden kurz die wichtigsten Eckpunkte qualitätssichernder Schritte definiert, die bei der Planung von Projekten zur Gesundheitsförderung/Prävention eingehalten werden sollten. Die Begleit-Kästen enthalten dabei allgemeine Definitionen zu den verschiedenen Bereichen der Evaluation und können zum Verständnis der Checkliste beitragen.

Planungsqualität

Definition: Festlegen der Maßnahme, der Ziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele

Auswahl der Zielgruppe und Planung einer/mehrerer Maßnahmen

Definition der Ziele/Zielkriterien sowie des Settings/Handlungsrahmens

→ Partizipation beispielsweise durch Erhebung der Bedürfnisse der Zielgruppe und Einbeziehung in die Planung der Maßnahmen

→ Überprüfung auf Angemessenheit, Nutzen und Effektivität

→ Überlegungen zu einer späteren breitflächigen Umsetzung unter Kosten-Nutzen-Analyse

¹⁵ Evaluation: Evaluation (Evaluierung) bedeutet allgemein die Beschreibung, Analyse und Bewertung von Prozessen und Organisationseinheiten, insbesondere im Bildungsbereich, in den Bereichen Gesundheit und Entwicklungshilfe, etc. ... Evaluation kann sich sowohl auf den Kontext (Voraussetzungen, Rahmenbedingungen), die Struktur, den Prozess als auch das Ergebnis (Produkt) beziehen. Anders als Grundlagenforschung orientiert sich Evaluation an den konkreten Fragen von Entscheidungsträgern, z. B. in der Bildungspolitik und -verwaltung, aber auch von Lehrerinnen/Lehrern, Schülerinnen/Schülern und Eltern. Damit ist sie auf ein breiteres Spektrum an Methoden angewiesen, um zeitgerecht hilfreiche Information bereit zu stellen.

Konzeptqualität

Definition: Die Konzeptqualität bildet gewissermaßen die Basis für die übrigen Qualitätsdimensionen, da es sich um ein handlungsleitendes gedankliches Grundgerüst zur Beschreibung und Koordination der Leistungen handelt. Eine Konzeption führt die in der Planung gestellten Fragen nach dem »Was«, »Wozu«, »Für wen«, »Wie« und »Womit« zusammen und ordnet Ziele, Strukturen und Verfahren zum spezifischen Leistungsprofil einer Einrichtung.

- Zugrunde liegendes Modell
- Berücksichtigung der für die Maßnahme bedeutsamen inhaltlichen Bausteine (z.B. Ernährung, Bewegung, Verhaltensmodifikation, Stressmanagement)
- Berücksichtigung potenzieller geschlechtsbezogener/kultureller/sozialer Besonderheiten

Strukturqualität

Definition: Im Rahmen der Strukturqualität werden die Bedingungen betrachtet, unter denen eine Leistung – wenn möglich dauerhaft und damit auch nachhaltig – erbracht wird. Sie umfasst den organisatorischen und finanziellen Rahmen sowie personelle Ressourcen. Damit stellt die Strukturqualität Rahmenbedingungen dar: Personal, Ausbildung, materiell-fachliche Ausstattung, Aufbau- und Ablauforganisation etc.

Bei Programm: Ausbildung der Akteurinnen/Akteure (entsprechende Professionalisierung bzgl. der Zielkriterien, der Planung etc.), »Curriculum-/Manualbezogene Qualifikation«

- der Maßnahme und den Zielen angemessene Räumlichkeiten/Infrastruktur;
- der Maßnahme und den Zielen angemessene Größe der Zielgruppe
- finanzieller Rahmen

Prozessqualität

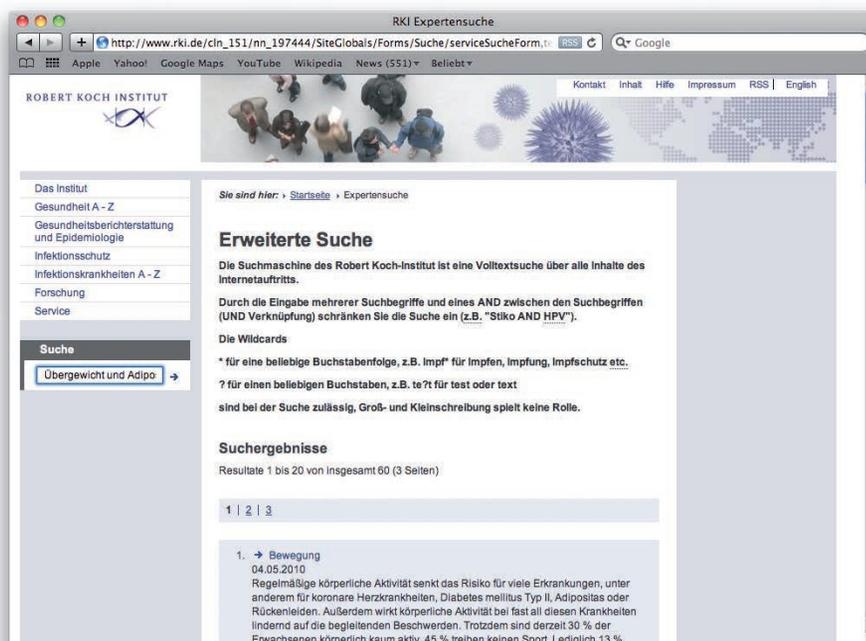
Definition: Im Rahmen der Prozessqualität wird der Ablauf des Prozesses (der Maßnahme) an sich analysiert.

Dazu zählt u.a. die Dokumentation und Durchführung einer Maßnahme.

- Umsetzung der Maßnahme
- Weg« zum Erreichen der Zielkriterien

Ergebnisqualität

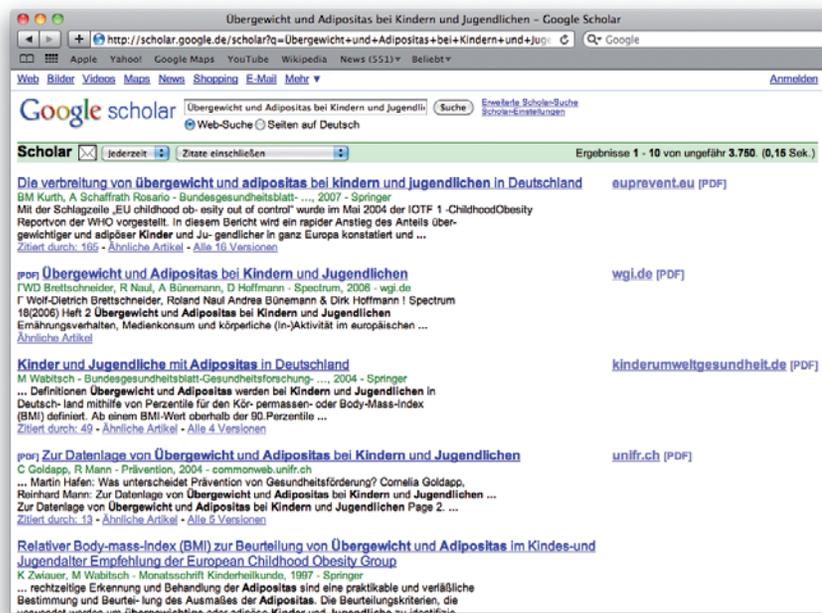
Definition: Die Ergebnisqualität prüft, ob durch die notwendigen Rahmenbedingungen (Struktur) und die Prozesse bzw. die Art und Weise der Umsetzung tatsächlich das angestrebte Resultat (somit die Zielkriterien) erreicht worden ist. Die der Intervention zuschreibbaren Veränderungen können quantitativ und qualitativ durch Messungen z. B. von Körpergewicht, oder Fragebögen, leitfadengestützte Interviews, aber auch durch Auditverfahren erfasst werden. Die Erhebungen können durch einen selbst (Selbst-) oder andere (Fremdevaluation) erfolgen. Objektiver ist die letztere Form, da gesichert wird, dass nicht »geschönte« Daten präsentiert, negative Ergebnisse hingegen verschwiegen werden



Von der Idee zur Anwendung

Gesundheitsförderung/Prävention ist ein aktuelles Thema. Viele Akteurinnen/Akteure des Gesundheitswesens möchten gerne qualifiziert etwas zur Besserung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung beitragen. An Ideen mangelt es in der Regel nicht, doch häufig stellt sich die Frage, wie diese Ideen qualitativ hochwertig, effektiv und ressourcensparend umgesetzt und bestenfalls auch verbreitet werden können.

In der Regel erfolgt vor jeder Maßnahme eine Bedarfsanalyse (auch per Literaturrecherche möglich), die z. B. klären soll, bei welcher Zielgruppe welche gesundheitsförderliche Maßnahme am nötigsten ist. Planer können sich hier auch an den Gesundheitszielen des Landes Nordrhein-Westfalen (Entscheidung der 13. Landesgesundheitskonferenz 2004), den nationalen Gesundheitszielen (gesundheitsziele.de), sowie den entsprechenden Gesundheitsberichterstattungen einzelner Kommunen oder des Landes (Landeszentrum Gesundheit NRW [LZG.NRW]), des Bundes (Robert Koch-Institut [RKI]), Statistisches Bundesamt sowie bundesweit durchgeführten Untersuchungen orientieren. Auf internationaler Ebene können dazu die Seiten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Center of Disease Control and Prevention (CDC) bzw. des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) aufgesucht werden (Datenbanken und Adressen siehe Kap.Anhang). Wenn die Frage nach der Zielgruppe aber bereits beantwortet ist, dient die Literaturrecherche als Hilfestellung für die weitere Planung der Maßnahme und der Vorbeugung von Fehlern.



Der erste Schritt: Durchführung einer Literaturrecherche und Bedarfsanalyse

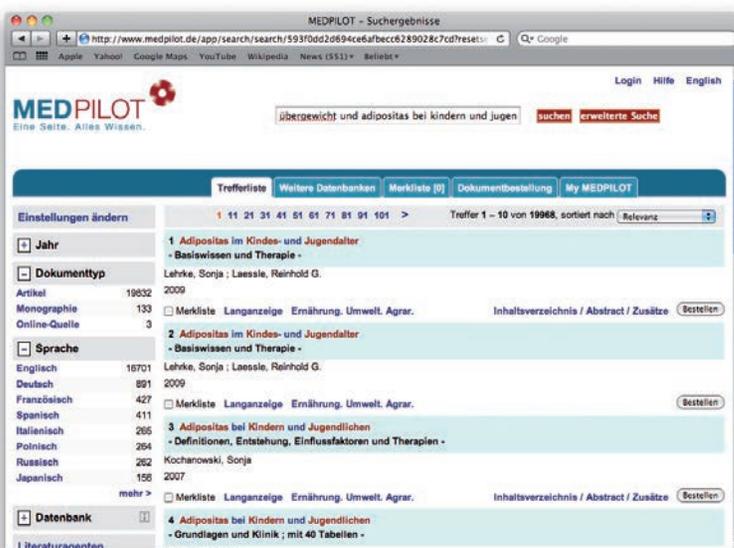
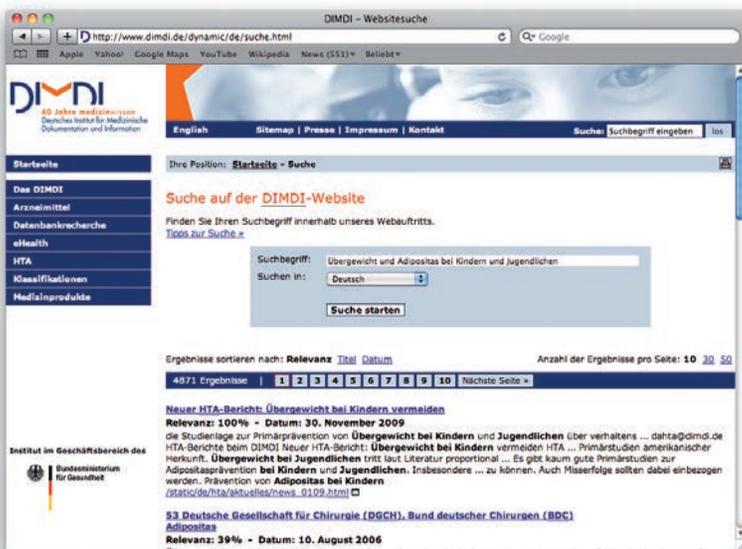
Der erste Schritt ist eine Literaturrecherche, die sich auf bereits durchgeführte und abgeschlossene Präventionsmaßnahmen bezieht. Der Vorteil dieser Herangehensweise ist, auf mögliche Good practice Modelle zurückgreifen zu können und so bereits erfolgreiche Konzepte/Ideen zu übernehmen bzw. um bekannte Stör- und Fehlerquellen auszuschließen oder zu kontrollieren. Diese Informationen können über regional verfügbare Daten, z. B. Schuleingangsuntersuchungen bezogen werden. Sind solche Quellen nicht verfügbar oder schwer zugänglich, empfiehlt sich eine ausführlichere Recherche, z. B. im Internet. Die folgenden Schritte ermöglichen auch ungeübteren Akteurinnen/Akteuren einen niederschweligen Zugang zu erforderlichen Informationsquellen.

Für die Suche ist die Auswahl einiger weniger Schlagwörter wichtig, z. B. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Einführende Artikel oder Bücher können bei der Suche nach passenden Schlagwörtern behilflich sein. Insbesondere bei dem Thema Gesundheitsförderung/Prävention gestaltet sich eine ausgiebige Literaturrecherche eher schwierig und langwierig, weil die Begrifflichkeiten, z. B. Prävention und Kinder, nicht selten zu vielen Treffern führen. Daher ist eine vorherige Eingrenzung der Schlagwörter sinnvoll. Wenn sich allerdings zu wenige Treffer ergeben, sollte die Suche mit weiteren Synonymen oder übergeordneten Begriffen fortgesetzt werden, z. B. »Fettleibigkeit« anstelle von »Adipositas«. Die Suche kann auch auf Autoren ausgeweitet werden, deren Beitrag zur Thematik als relevant bewertet wird.

Es empfiehlt sich die oben genannten Quellen (Gesundheitsberichterstattung, Surveys, Institutionen des Landes/Bundes) sowie allgemeine (z. B. www.google.de) oder semiwissenschaftliche (www.scholar.google.de) Suchmaschinen zur Annäherung an ein Thema zu verwenden.

In den allgemeinen Datenbanken stellt sich schnell heraus, dass dort die Informationsflut kaum zu bewältigen und qualitativ schwer einschätzbar ist.

In den (fach-)spezifischen Datenbanken, z. B. auf den Seiten des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, www.dimdi.de) oder www.medpilot.de, finden sich hingegen



Untersuchungen, deren Ergebnisse zu einer verbesserten Planung der Maßnahme beitragen können. Wenn beispielsweise eine tägliche Sportstunde an Grundschulen eingeführt werden soll, ist es hilfreich zu wissen, ob vergleichbares bereits zuvor unternommen wurde, wie die Maßnahme gestaltet war und mit welchen Methoden sie überprüft worden ist. Die Liste der Schlagwörter wird dann um dieses Suchwort («UND Sportunterricht UND Grundschulen») erweitert.

DIMDI bietet hochwertige Informationen für alle, die sich für primär medizinische Fragen interessieren. Um Literaturquellen, Zusammenfassungen oder Volltexte innerhalb unterschiedlicher Datenbanken des DIMDI komfortabel suchen zu können, gibt es die sog. »Smart Search«: Hier können die verschiedenen Verzeichnisse ausgewählt werden, in denen gleichzeitig nach Stichworten gesucht werden soll.

www.medpilot.de ist ein Service der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) und bietet ähnlich wie DIMDI primär wissenschaftliche medizinische Literatur. Medline wiederum ist die größte Sammlung naturwissenschaftlicher/medizinischer Publikationen. Medline kann über verschiedene Zugänge, z. B. www.medpilot.de, aber auch www.pubmed.de, aufgerufen werden.

Originalarbeiten stellen in der Regel bereits durchgeführte Studien und deren Ergebnisse vor. Sie sind für die konkrete Planung, aber auch für eine spätere Bewertung bedeutsam. Zur Zeitersparnis, insbesondere zu Beginn der Literaturrecherche, bietet sich aber auch die Nutzung so genannter systematischer Übersichtsarbeiten (Reviews) an. In der Regel handelt es sich dabei um eine aktuelle Analyse der »besten« vorhandenen Daten zu ausgewählten Themen. Dazu zählt beispielsweise die Zusammenstellung der Cochrane-Gruppe (www.cochrane.de), die sich speziell mit der Datenauswertung in gezielten Fragestellungen beschäftigen, z. B. Summerbell et al. (2005) zum Thema »Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen«.

Dort werden wesentliche Ergebnisse und Studien zusammengestellt und bewertet. Weitere Literaturhinweise ergeben sich aus qualitativ hochwertigen zentralen Artikeln der Recherche.

Zur Erfassung der Literatur sollten bereits während des Recherchierens die relevanten Beiträge gesammelt und notiert werden. Dies kann bereits der Grundstock eines Literaturverzeichnisses sein. Leider wird nicht jede Maßnahme evaluiert und veröffentlicht; wenn doch, dann handelt es sich häufig um Studien, die zu gewünschten Ergebnissen geführt haben. Die Möglichkeit, aus Fehlern oder ungerechtfertigten Erwartungen zu lernen, besteht zu selten, da Akteurinnen/Akteure nach einem Misserfolg davor scheuen, die Ergebnisse zu veröffentlichen. Sollten keine Hinweise oder Hilfen in einer Literaturrecherche auffindbar sein, kann möglicherweise ein Vortest sinnvoll sein, in dem an einer kleineren Stichprobe die Umsetzung überprüft wird.

Der zweite Schritt: Planung

Zur Planung gehört nicht nur die inhaltliche/konzeptionelle, sondern auch die personelle, strukturelle und finanzielle Ausgestaltung der Maßnahme.

In dieser Phase sollte unter anderem geklärt werden, ob alle für die Umsetzung wichtigen Personengruppen beteiligt worden sind. Sind beispielsweise Eltern mit Migrationshintergrund bei der Planung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Kindergärten oder Schulen einbezogen worden (Partizipation)? Spielen geschlechtsbezogene Aspekte eine Rolle?

Die Ziele, die Messbarkeit der Ziele und die qualitätssichernden Schritte müssen im Vorfeld feststehen. Hilfreich ist es, sich an der SMART-Analyse zu orientieren (siehe Tab. 3).

Möglicherweise müssen unter Berücksichtigung der Zielgruppe besondere Zugangswege beachtet werden, durch die die Zielgruppe erreicht werden kann. Erst wenn diese Punkte festgelegt worden sind, kann mit der tatsächlichen Umsetzung begonnen werden. In Kapitel III.2 wurde eine Checkliste zusammengestellt, die bei der Planung der Maßnahme und ihrer einzelnen Schritte herangezogen werden sollte.

Zu bedenken ist, dass kurze Interventionen vermutlich keinen nennenswerten langfristigen Effekt auf die Gesundheit haben. Ebenfalls sind unter dem Aspekt der Ressourcenknappheit Maßnahmen zu verwerfen, die aufgrund (zu) hoher Kosten oder Personaldichte keine Chancen haben, in die Routine überführt zu werden. Im Rahmen der Planung sollte deshalb überlegt werden, wie die Maßnahme – wenn sie sich in der Bewertung als positiv erweist – dauerhaft implementiert, ggf. sogar weiter verbreitet werden kann.

Der dritte Schritt: Umsetzung und Evaluation

Die Umsetzung betrifft einerseits die Maßnahme selbst, andererseits aber auch die vorgesehenen qualitätssichernden Schritte. Ein wichtiges und stets erforderliches Instrument ist die Dokumentation der Inhalte, aber auch der Durchführung selbst (Prozessevaluation). Das schafft Transparenz, zeigt Stärken und Schwächen der Maßnahmen auf, die bei einer Optimierung in Betracht gezogen werden können. Wenn möglich – dies ist abhängig von finanziellen Ressourcen – sollten »harte« Daten entsprechend der formulierten Ziele erhoben werden. Dazu dienen Fragebögen und Messungen, z. B. Größe und Gewicht vor und nach der Intervention (Ergebnisevaluation). Bei der Auswahl angemessener Parameter ist die gesichtete Literatur hilfreich. Im Blick behalten werden müssen dabei auch die Ziele, aus denen sich die Auswahl der Ergebnisparameter ableitet.

S	Spezifisch	Ziele müssen eindeutig definiert sein
M	Messbar	Ziele müssen messbar sein (wer, was, wann, wie viel, wie oft)
A	Angemessen	Ziele müssen erreichbar sein (Ressourcen)
R	Relevant	Ziele müssen bedeutsam sein (Mehrwert)
T	Terminiert	Klare Terminvorgabe/klarer Zeitrahmen

Tabelle 3 | Beschreibung der Ziele gemäß SMART

Der vierte Schritt: Bewertung

Anhand der im dritten Schritt erfolgten Begleitmaßnahmen kann eine Bewertung der Intervention erfolgen. Wurden die eingangs gesetzten Ziele erreicht, waren der Aufwand und die Kosten angemessen? Die Bewertung kann zu einer weiteren Optimierung der eigenen Maßnahme beitragen und hilft anderen Akteurinnen/Akteuren, nicht das »Rad neu erfinden« zu müssen. Durch den Einsatz objektiver Bewertungskriterien ist eine qualifizierte Analyse möglich.

Eine Bewertung kann neben der Datenerhebung auch durch ein (Peer-) Review-Verfahren, ein Audit und/oder eine Zertifizierung erfolgen.

Der fünfte Schritt: Von der Maßnahme zur Routine

Die Verstetigung erfolgreicher Maßnahmen sollte verfolgt werden. Voraussetzungen für eine nachhaltige Umsetzung sind die Dokumentation der Maßnahme und der hinführenden Schritte, Ausbildung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Schaffen von für die Anwendung notwendigen personellen und räumlichen Strukturen sowie Vernetzung mit anderen Akteurinnen/Akteuren und Übertragbarkeit in vergleichbare Institutionen.

V.2 Datenbanken

- Cochrane: www.cochrane.de
- Startseite des statistischen Bundesamts Deutschlands/Gesundheitsberichterstattung: www.destatis.de
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: www.dimdi.de
- virtuelle Fachbibliothek Medizin bietet die simultane Recherche in mehreren Datenbanken sowie die direkte Literaturbestellung: www.Medpilot.de
- Datenbanken für Informationen v. a. aus dem medizinischen Bereich www.Pubmed.de

V.3 Adressen

Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV)

Prof. Dr. Reinhard Holl
 ZBIMT, Institut für Epidemiologie und medizinische Biometrie
 Albert-Einstein-Allee 41
 89069 Ulm
 Telefon: 0731 5025314
 Fax: 0731 5025309
reinhard.holl@uni-ulm.de
www.a-p-v.de

Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter (AGA)

Sprecherin Dr. Susanne Wiegand
 Charité Kinderklinik
 Universitätsmedizin Berlin
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 Telefon: 030 450 566 292
 Fax: 030 450 566 916
www.aga.adipositasgesellschaft.de

aid infodienst

Ernährung, Landwirtschaft,

Verbraucherschutz e. V.

Heilsbachstraße 16
 53123 Bonn
 Telefon: 0228 / 84990
 Fax: 0228 / 84991777
www.aid.de

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220
 51109 Köln
 Telefon: 0221 899 20
 Fax: 0221 899 2300
www.bzga.de

Deutsche Adipositas Gesellschaft e. V.

Geschäftsstelle
 Fraunhoferstraße 5
 82152 Martinsried
 Telefon: 089 710 48 358
 Fax: 089 710 49 464
www.adipositas-gesellschaft.de

**Deutsche Gesellschaft
für Ernährung e. V. (DGE)**

Godesberger Allee 18
53175 Bonn
Telefon 0228 3776 600
Fax 0228 3776 800
www.dge.de

**Forschungsinstitut für Kinderernährung
Dortmund**

Heinstück 11
44225 Dortmund
Telefon: 0231 79 22 100
Fax: 0231 71 1581
www.fke-do.de

**Gesundheitsziele: Gesellschaft
für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e. V.**

Hansaring 43
50670 Köln
Postfach 13 02 45
50496 Köln
Telefon 02 21 9128 67 - 28
Telefax 02 21 9128 67 - 10
info@gvg.org
www.gesundheitsziele.de

Kinderleichtkampagne:

Geschäftsstelle
„Besser essen. Mehr bewegen“
Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung
Deichmannsaue 29
53179 Bonn
Telefon: 0228 99 68
Fax: 0228 4529 69
www.kinder-leicht.net

**Kompetenznetzwerk Adipositas
im Kindes- und Jugendalter**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
im Kindes- und Jugendalter der
Universität Marburg
Schützenstr. 49
35033 Marburg

**Konsensusgruppe Adipositaschulung für
Kinder und Jugendliche (KgAS) e. V.**

Geschäftsstelle
Ines Gellhaus
Auf der Töterlöh 11
33100 Paderborn
Telefon: 05251 878 2952
Fax: 05251 878 3437
»Trainiermanual Leichter aktiver gesünder«
www.adipositas-schulung.de

**Landeszentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)**

Westerfeldstraße 35/37
33611 Bielefeld
Telefon: 0521 8007 0
Fax: 0521 8007 3200
poststelle@lzg.gc.nrw.de
www.praeventionskonzept.nrw.de

**Max Rubner-Institut
Bundesforschungsinstitut für
Ernährung und Lebensmittel**

Haid-und-Neu-Str. 9
76131 Karlsruhe
Telefon: 0721 6625 0
Fax: 0721 6625 111
www.mri.bund.de

**Plattform Ernährung und
Bewegung e. V. (peb)**

Geschäftsführung Dr. Lambeck
Wallstraße 65
10179 Berlin
Telefon 030 278797 67
Telefax 030 278797 69
plattform@ernaehrung-und-bewegung.de
www.ernaehrung-und-bewegung.de

Robert Koch-Institut

Postfach 650261
13302 Berlin
Telefon: 030 18754 0
Fax: 030 18754 2328
www.rki.de

V.4 Zusätzliche Literatur

- Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco 1987
- Becker HM et al. Compliance with a medical regimen for asthma: a test for the Health Belief Model. *Pub Health Rep* 1978; 93: 268 – 77
- Colditz GA. Economic costs of obesity and inactivity. *Med Sci Sports Exerc.* 1999; 31: 663 – 7.
- Dämon S, Dietrich S, Widhalm K. PRESTO – prevention study of obesity: a project to prevent obesity during childhood and adolescence. *Acta Paediatrica* 2005; 94: 47 – 48.
- Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 – 18. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21; (1): CD007651.
- Entschließungen des Landesgesundheitskonferenz, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales 2008, http://www.mags.nrw.de/03_Gesundheit/1_Aufklaerung_und_Vorbeugung/Praeventionskonzept/index.php (Stand 05.03.2008)
- Gibson LY et al. Clustering of psychosocial symptoms in overweight children. *Aust N Z J Psychiatry.* 2008 Feb; 42 (2): 118 – 25.
- Gortmaker SL et al. Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States, 1986-1990. *Arch Pediatr Med* 1996; 150: 356 – 362.
- Janicke DM et al. Psychiatric diagnosis in children and adolescents with obesity-related health conditions. *J Dev Behav Pediatr.* 2008 Aug; 29 (4): 276 – 84.
- Kolip P, Müller VE (Hrsg.). Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention: Handbuch Gesundheitswissenschaften. Huber 2009
- Kromeyer-Hauschild K et al. Percentile of body mass index in children and adolescence evaluated from different regional German studies. *Monatsschr Kinderheilkd* 2001; 8: 807 – 818.
- Kurth B, Ellert U. Perceived or True Obesity: Which Causes More Suffering in Adolescents? *Deutsches Ärzteblatt* 2008; 23: 406ff.
- LIGA.NRW 2007
http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/2_gesundheitspolitik_gesundheitsmanagement/nrw-kurz-und-informativ/kinder-uebergewicht-adipositas_0806.pdf
- Lob-Corzilius T. Präventionsassistentin in der Kinder- und Jugendmedizin. *PRAXISfieber*, 2005; 8: 9 – 10;
s. a. www.netzwerk-kindergesundheit.de
- Mallory GB et al. Sleep-associated breathing disorders in morbidly obese children and adolescents. *J Pediatr.* 1989; 115: 892 – 897.
- Mamalakis G et al. Obesity indices in a cohort of primary school children in Crete: a six year prospective study. *Int J Obes* 2000; 24: 765 – 771.
- Manios Y et al. Health and nutrition education programme. *Br J Nutr* 2002; 88: 315 – 24.
- Mo-Suwan L et al. Effects of a controlled trial of a school-based exercise program on the obesity indexes of preschool children. *Am J Clin Nutr.* 1998 Nov; 68 (5): 1006 – 11.
- Müller MJ et al. Prevention of obesity – more than an intention. Concept and first results of Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes* 2001; 25: 66 – 74.

- Ottawa Charta, WHO 1986, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 (Stand 05.03.2008)
- Warschburger P. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche – Psychosoziale Belastungen und Bewältigung. Hogrefe, Göttingen 2000
- Reinehr T et al. Cardiovascular risk factors in overweight European children and adolescents: relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2005; 15: 181 – 187.
- WHO The World Health Report 1998; ISSN 1020-3311
- Reilly JJ, McDowell ZC. Physical activity interventions in the prevention and treatment of paediatric obesity: systematic review and critical appraisal. *Proc Nutr Soc* 2003; 62: 611 – 619.
- WHO. Obesity. Preventing and managing a global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 2000; Geneva
- Robinson TN: Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 1017 – 1025.
- Winett RA et al. Prevention in mental health: A proactive-developmental ecological perspective. *Handbook of child psychopathology*, 1989
- Röhrle B, Sommer G. Gemeindepsychologie. Bestandsaufnahme und Perspektiven. dgvt-Verlag, Tübingen 1995
- Sahota P, Rudolf MC, Dixey RC, Hill AJ, Barth JH, Cade J. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. *BMJ* 2001; 323: 1029 – 32.
- Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitshandelns. Hogrefe Göttingen, 3. Auflage 2004
- Summerbell C et al. Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; (3): CD001871.
- Von Lengerke T, Manz R. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: von Lengerke T (Hrsg) *Public Health-Psychologie. Individuum und Bevölkerung zwischen Verhältnissen und Verhalten*. Juventa, Weinheim München 2007; 19 – 31.
- Warren JM et al. Evaluation of a pilot school programme aimed at the prevention of obesity in children. *Health Promotion International* 2003; 18: 287 – 96.

VI Aufnahme in die Landesinitiative

Antrag zur Aufnahme in die Landesinitiative
»Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter«

Antrag zur Aufnahme in die Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter«

Sie interessieren sich für die Aufnahme in die Landesinitiative »Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter« im Rahmen des Präventionskonzepts Nordrhein-Westfalen?

Hier finden Sie die wichtigsten Informationen:

1. Wer kann aufgenommen werden und damit das Logo der Landesinitiative tragen?

→ Jede Einrichtung (z. B. Kita, Schule), Institution, Verein, etc. kann für einzelne Maßnahmen beantragen, Teil der Landesinitiative »Prävention von Übergewicht im Kindesalter“ zu werden.

2. Was sind die Voraussetzungen für die Vergabe?

→ Aufnahmeanträge für Maßnahmen im Kontext der Landesinitiative sind in die Projekt-Datenbank zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen einzutragen. Die Datenbank ist so konzipiert, dass Sie sich ganz einfach mit einem passwortgeschützten Zugang mit Ihrem Projekt bewerben können.

Der Zugriff erfolgt über die Seite: www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/index.html

3. Wer entscheidet über die Aufnahme in die Landesinitiative?

→ Nach Freigabe Ihres Antrags in der Datenbank wird dieser beim LZG.NRW vorgeprüft. Dann wird der Antrag von der Lenkungsgruppe der Landesinitiative diskutiert und bewertet. Die Lenkungsgruppe entscheidet über die Aufnahme. Das LZG.NRW unterrichtet die Antragsteller dann über die Aufnahme in die Initiative.

→ Bei negativer Einschätzung wird der Antragsteller bzw. die Antragstellerin auf fehlende Angaben oder Mängel hingewiesen und er/sie erhält die Gelegenheit zur Nachbesserung innerhalb von drei Monaten. Alternativ kann ein neuer Antrag nach Ablauf dieser Zeit gestellt werden.

4. Für welche Dauer wird man Teil der Landesinitiative und wie lange darf das Logo genutzt werden?

→ Die Vergabe gilt je nach Projektdauer maximal bis zu drei Jahren. Rechtzeitig vor Ablauf dieses Zeitraumes überprüfen Sie bitte Ihren Eintrag in der Datenbank und aktualisieren Sie ihn.

→ Beim Eintrag in die Datenbank unterstützt Sie die Planungshilfe und hier insbesondere die nachfolgende Checkliste..

Falls Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich bitte per E-Mail an das LZG.NRW:

Herrn Wolfgang Werse: wolfgang.werse@lzg.gc.nrw.de.

Weitere Informationen zur Landesinitiative finden Sie auch auf der Homepage des Präventionskonzepts www.praeventionskonzept.nrw.de.

Zur Vorprüfung und für Ihre Notizen

Anbieter:

Ansprechperson:

Adresse:

EMail:

1. Titel der Maßnahme:

2. Bedarfsermittlung

Wie wurde der Bedarf für das Projekt ermittelt? Bitte beschreiben Sie, von welchen Problemstellungen Sie ausgehen bzw. worin konkret der Bedarf besteht.

3. Ziele

Welche konkreten und überprüfbaren Ziele verfolgt das Projekt?

4. Zielgruppe

Für wen ist die Maßnahme gedacht?

Definieren Sie die Zielgruppe nach Alter, Geschlecht, Personen mit möglichen Gefährdungen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Personen mit sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

5. Die Maßnahme wird angeboten/durchgeführt in:

- Kitas
- Schulen
- Stadtteilen
- Betrieb
- Verein
- Familie
- Versorgungseinrichtung (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung)
- Sonstiges:

6. Laufzeit des Projekts:

Start: Monat/Jahr

Laufzeit in Monaten:

7. Angaben zu Konzept und Durchführung

Kurzbeschreibung des Vorgehens (Inhalte, Methoden z. B. Multiplikatoren-schulung, Kurssystem jeweilige Dauer der einzelnen Maßnahmen)

8. Dokumentation und Evaluation

Bitte beschreiben Sie, mit welchen Maßnahmen und ggf. welchen Partnerinnen/Partnern überprüfen Sie Wirksamkeit Ihres Projektes.

9. Kooperationspartner:

Welche Kooperationspartner unterstützen die Maßnahme/n (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Krankenkassen, welche: _____
- Verbände, z.B. Berufsverbände, Wohlfahrtsverbände, welche _____
- Kommunale Ämter, welche: _____
- wissenschaftl. Einrichtungen, welche: _____
- Verbraucherzentrale _____
- Vereine, welche: _____
- Selbsthilfegruppen, welche: _____
- Wirtschaftsunternehmen, welche: _____
- Sonstige _____
- keine _____

10. Finanzierung:

Eigene Finanzmittel in %: _____

Fremdfinanzmittel in %: _____

Bei Fremdfinanzierung bitte den (die) Kostenträger benennen: _____

11. Checkliste

1. Planungsqualität	Ja	Nein
1.1 Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist erwiesen und wurde dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Eine IST-Analyse bzw. Bestandsaufnahme ist erfolgt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Die für das Projekt notwendigen finanziellen Ressourcen sind sichergestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4 Die Zielgruppe(n) ist (sind) definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Schwangere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Kinder und deren familiäres Umfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Jugendliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eltern/Betreuungspersonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5 Besonderheiten der Zielgruppen werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6 Die Erreichbarkeit (z.B. durch Pretest) der Zielgruppen wurde überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7 Besondere Zugangswege ¹ zu Risikogruppen (z. B. niedriger sozioökonomischer Status, Zuwanderungsgeschichte) werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8 Zielgruppe(n) wird (werden) in die Projektplanung und -durchführung einbezogen (Partizipation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9 Geschlechtsbezogene Besonderheiten werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10 Soziokulturelle Merkmale werden berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11 Der Ansatz ist sozialräumlich ² ausgerichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.12 Hauptziele zur Gesundheitsförderung und Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen wurden definiert aus den Bereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Stressregulierung/psych. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Förderung von Stillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Senkung von Inaktivität, speziell TV-Konsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Stärkung der Erziehungskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Stärkung persönlicher Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Stärkung familiärer Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Stärkung sozialer Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.13 Kurzfristig erreichbare Ziele als Teilschritte wurden definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.14 Eine Überprüfung der Ziele ist geplant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 Weg, über den die Zielgruppe erreicht werden soll; z. B. Infolyer, direkte Ansprache etc.

2 Stadtteile mit einem großen Anteil von Bürgern mit einem niedrigen SES

Checkliste Seite 2

2. Konzeptqualität	Ja	Nein
2.1 Ein Konzept zum Erreichen der Ziele bzw. Zielgruppen liegt in schriftlicher Form vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Stigmatisierung und potenzielle Nebenwirkungen, z.B. Störungen des Körperbildes, werden vermieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Das Konzept berücksichtigt auch einen verhältnispräventiven Ansatz ³ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Die Maßnahme ist niederschwellig ⁴ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Die Maßnahme ist innovativ ⁵ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Wesentliche Inhalte des Konzepts (Kernbotschaften) entsprechend der definierten Ziele wurden formuliert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Eine adäquate Zielgruppenansprache entsprechend der Ziele wurde berücksichtigt (Vermittlung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Die Dauer der Maßnahme ist definiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Strukturqualität in Beziehung zu den Zielen/Zielgruppen		
3.1 Ausreichend Personal für die Umsetzung der Maßnahme entsprechend der definierten Ziele ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Angemessene Qualifikationen ⁶ der Akteurinnen/Akteure entsprechend der Zielgruppe und Ziele hinsichtlich Inhalten und Vermittlung sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen werden den Anforderungen/Zielen der Maßnahme gerecht, z.B. Räume, Materialien, Medien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dokumentation		
4.1 Inhalte der Maßnahmen werden dokumentiert (Prozessdokumentation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Das Erreichen der Teilziele und Ziele wird dokumentiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Die Zufriedenheit der Akteurinnen/Akteure wird abgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Die Zufriedenheit der Zielgruppe wird abgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Es erfolgt eine Bewertung der Ergebnisse durch Gegenüberstellung von Zielen und Erfolgen des Angebots.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Auf der Grundlage der Bewertung werden Ablauf und Ziele des Angebotes regelmäßig überprüft und optimiert (Optimierungsprozess).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Eine Kosten-Nutzen-Analyse erfolgt. ⁷		<input type="checkbox"/>

3 Verhältnisprävention setzt v.a. an Änderungen der Verhältnisse an, Verhaltensprävention vielmehr am Individuum.

4 Einstieg in Präventionsangebote ohne hohe Hürden, z.B. kostenfrei, einfach, nicht zu umfangreich

5 Nicht jeder Ansatz muss absolut neu sein, auch Zugangswege können innerhalb einer bekannten Maßnahme neu gewählt werden. Wichtig ist, dass nicht »alte«, nicht effektive Dinge wiederholt werden.

6 Qualifikationen bezieht sich nicht nur auf eine ausreichende berufliche Qualifikation, sondern auch hinsichtlich einer passenden Planung, Definition der Zielsetzung etc.

7 Überprüfung bzw. Gegenüberstellung von personellem und finanziellem Aufwand und Nutzen der Maßnahmen.

Checkliste Seite 3

5. Nachhaltigkeit	Ja	Nein
5.1 Der Fortbestand des Angebots ist längerfristig gesichert durch die Einbettung in strukturelle und organisatorische Gegebenheiten (Implementierung ⁸).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Das Angebot unterhält Beziehungen und Kooperationen zu weiteren Partnern, um seine Reichweite und Effizienz zu erhöhen (Vernetzung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Die Maßnahme ist auch von anderen Einrichtungen bzw. für andere Akteurinnen/Akteure nutzbar, z. B. durch das schriftliche Konzept (Übertragbarkeit/Transparenz).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Es bestehen Qualifizierungsangebote entsprechend der Ziele und Zielgruppe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es besteht ein Zertifizierungsangebot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Multiplikatorinnen/Multiplikatoren werden entsprechend der Ziele/Zielgruppen ausgebildet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es ist das Ziel des Angebotes, Strukturen zu erzeugen, die über die Dauer des Angebotes hinaus bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Finanzielle und personelle Voraussetzungen für eine Fortführung werden geschaffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Das Projekt ist auch auf andere Einrichtungen übertragbar/für andere Akteurinnen/Akteure nutzbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ein für den Transfer erforderlicher Leitfaden wird erstellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Nachhaltigkeit durch die Einbindung in vorhandene Strukturen

<http://www.praeventionskonzept.nrw.de/datenbank/index.html>

Impressum

Herausgeber

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Presse, Öffentlichkeitsarbeit, Kommunikation
Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
E-Mail: info@mgepa.nrw.de
Internet: www.mgepa.nrw.de

Autoren

Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf

Unter Mitarbeit von Doris Franzen, Dr. Georg Keller,
Theresia Kempf, Sabine Schindler-Marlow,
Dr. Dagmar Starke, Harry von Bargen, Dr. Horst Winkler
und der Lenkungsgruppe der Landesinitiative
»Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter«
im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation,
Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Bearbeitung und Redaktion

Wolfgang Werse,
Landeszentrum Gesundheit NRW
Prof. Dr. med. Dr. Sportwiss. Christine Graf,
Deutsche Sporthochschule Köln

Gestaltung

Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Fotos/Illustrationen

Titel: pink cherry / photocase.com
Seite 5: © MGEPA NRW / Foto: Berger

Druck

LZG.NRW

© 2014/MGEPA 142

Überarbeitete Auflage

Die Druckfassung kann bestellt werden:

- im Internet: www.mgepa.nrw.de/ministerium/service
- telefonisch: **Nordrhein-Westfalen direkt**
0211-837-1001

Bitte die Veröffentlichungsnummer **142** angeben.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Nordrhein-Westfalen herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerberinnen und -werbern oder Wahlhelferinnen und -helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags- und Kommunalwahlen sowie auch für die Wahl der Mitglieder des Europäischen Parlaments.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Schrift der Empfängerin oder dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen

Horionplatz 1, 40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8618-50
info@mgepa.nrw.de
www.mgepa.nrw.de

