

# **Projektantrag im Rahmen der Schwerpunktsetzung des Niedersächsischen Instituts für Frühkindliche Bildung und Entwicklung**

## **1. Titel und Antragsteller**

### **Gesundheitsbildung und -förderung im Elementarbereich. Entwicklung von Körpergefühl, Gesundheitsvorstellungen und -theorien im Kontext von Kindergarten und Familie**

#### **Antragssteller:**

##### **Prof. Dr. phil. Rolf Werning**

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511/762-17375, Email: rolf.werning@ifs.phil.uni-hannover.de

##### **Prof. Dr. phil. Ulla Walter**

Medizinische Hochschule Hannover, Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Stiftungslehrstuhl am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: 0511/532-4455, Fax: -5347, Email: walter.ulla@mh-hannover.de

##### **Dipl.- Sozialwiss. Michael Urban**

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511/762-17526, Email: michael.urban@ifs.phil.uni-hannover.de

##### **Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks**

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover,  
Tel.: 0511/532-4458, Fax: -5347, Email: dierks.marie-luise@mh-hannover.de

## 2. Inhaltsverzeichnis mit Seitenzahlen

1. Titel und Antragsteller .....	1
2. Inhaltsverzeichnis mit Seitenzahlen .....	2
3. Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt .....	2
3.1. Kenndaten .....	2
3.1.1. Sprecher/in des Forschungsvorhabens / Ansprechpartner/in .....	2
3.1.2. Liste aller am Projekt beteiligten Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler .....	3
3.1.3. Förderzeitraum und Fördersumme .....	3
3.2. Forschungsprojekt .....	4
3.2.1. Zusammenfassung .....	4
3.2.2. Ausgangssituation und Genese des Projektes .....	4
3.2.3. Ziele des Forschungsprojektes .....	6
3.2.4. Theoretische Einordnung und Bezug des Projekts zum Stand der Forschung .....	9
3.2.5. Eigene Vorarbeiten für dieses Projekt .....	15
3.2.6. Darstellung des Forschungsprogramms .....	16
3.2.7. Für das Projekt relevante Kooperationspartner benennen und Kooperationen darlegen .....	23
3.3. Inhaltlich-strukturelle Einbindung des Forschungsprojektes in die Themensetzung der Ausschreibung .....	24
3.4. Arbeits- und Zeitplan .....	24
4. Beantragte Fördermittel .....	25
4.1. Personal .....	25
4.2. Sachmittel .....	25
4.3. Kostenkalkulation und Zeitplan .....	25
5. Anhang .....	26
6. Literatur .....	29

## 3. Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt

### 3.1. Kenndaten

#### 3.1.1. Sprecher/in des Forschungsvorhabens / Ansprechpartner/in

Prof. Dr. phil. Rolf Werning

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover, Tel.: 0511/762-17375, Email: rolf.werning@ifs.phi.uni-hannover.de

Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover, Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Stiftungslehrstuhl am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: 0511/532-4455, Fax: -5347, Email: walter.ulla@mh-hannover.de, Homepage: <http://www.mh-hannover.de/spr.html>

**3.1.2. Liste aller am Projekt beteiligten Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler**

Name, Vorname, akad. Grad	Fachrichtung	Bezeichnung des Hochschulinstituts bzw. der außeruniversitären Einrichtung	Stelle soll aus Mit- teln des Antrags finanziert werden
Marie-Luise Dierks, Prof. Dr. rer. biol. hum.	Public Health	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheits- systemforschung	
Michael Urban, Dipl. Sozialwiss.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonderpädago- gik, Abteilung Pädagogik bei Lern- beeinträchtigung	
Ulla Walter, Prof. Dr. phil.	Public Health	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheits- systemforschung	
Rolf Werning, Prof. Dr. phil.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonderpädago- gik	
Meser, Kapriel, Dipl. Sozialwiss.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonderpädago- gik	
N.N.	Gesundheits- wissenschaften, Public Health	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheits- systemforschung	X
Stöcker, Roswitha Dipl. Sozial- wiss.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonderpädago- gik	X
N.N.	Erziehungs-, So- zial- oder Ge- sundheitswissen- schaften	Universität Hannover, Institut für Sonderpädago- gik  Eingestellt werden soll ein Wissenschaftlicher Mi- tarbeiter mit hervorragenden Türkischkenntnissen	X

**3.1.3. Förderzeitraum und Fördersumme**

Förderzeitraum: Juni 2009 bis Mai 2011

Fördersumme: 194.595,00 €

## **3.2. Forschungsprojekt**

### **3.2.1. Zusammenfassung**

In dem hier beantragten Projekt sollen die subjektiven Konstruktionen von sozial benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund, deren Eltern und Erzieherinnen/Erziehern zum Themenfeld Gesundheit mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung differenziert erforscht werden. Auf der Grundlage einer ökosystemischen Perspektive wird dabei die wechselseitige Bezogenheit dieser Konstrukte als Prozesse der sozialen Ko-konstruktion (Kind, Familie, Kindergarten) einer differenzierten Untersuchung unterzogen. Dazu wird ein vornehmlich qualitatives Forschungsdesign gewählt, das zweiphasig und mehrperspektivisch angelegt ist. Der Zugang zum Forschungsfeld wird über den institutionellen Kontext der Kindergärten gewählt und soll in Form einer Onlinebefragung (Vollerhebung im Großraum Hannover) und fokussierte Gruppendiskussionen mit ErzieherInnen in zehn Einrichtungen erfolgen. Für die zweite Forschungsphase ist eine Vertiefung und Perspektivenerweiterung in vier Kindergärten geplant. Dabei soll insbesondere die Genese von Gesundheitsvorstellungen des Kindes über symbolische Puppeninterviews exploriert werden. Gleichzeitig zielen episodische Interviews auf die Einbeziehung der entsprechenden Vorstellungen und subjektiven Konstrukte der Eltern und ErzieherInnen als den wichtigsten, die kindliche Entwicklung moderierenden Bezugspersonen in den Mikrosystemen Familie und Kindergarten. Flankierend werden Ernährungs- und Bewegungstagebücher sowie Einkaufslisten eingesetzt, durch deren Auswertungen die Angaben der Interviewten unterstützt oder kontrastiert und mit Expertenempfehlungen (Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE), American College of Sports Medicine (ACSM), WHO) verglichen werden. Ziel ist es, durch die Verschränkung aller Untersuchungsergebnisse Einblicke in die lebensweltlichen Entwicklungskontexte der Kinder zu gewinnen und Passungsschwierigkeiten in Fragen der Gesundheitsbildung und -förderung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zu benennen. Diese Ergebnisse können als Grundlage für eine zielgruppengerechte Gestaltung von Gesundheitskonzepten (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) sowie Adipositaspräventions- und Interventionsmaßnahmen in der Gesundheitsbildung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) im Vorschulbereich genutzt werden. Hier wären zukünftige Praxis- und Transferprozesse unmittelbar anschlussfähig.

### **3.2.2. Ausgangssituation und Genese des Projektes**

In den letzten Jahren haben sich die Antragsteller aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Forschungsgegenstand beschäftigt. Hervorzuheben sind mehrere Projekte, die sich mit Bildung und Gesundheit, sozialer Benachteiligung sowie der Erreichbarkeit von diversen Zielgruppen befassen. Hierzu zählen insbesondere drei aktuelle BMBF-geförderte Projekte. Das Projekt „fit für pisa“ – „Effektivität und Kosteneffektivität täglichen Schulsports in der Grundschule“ – (Projektleiter: Walter, Röbl, Krauth, BMBF 2007-2010) befasst sich mit der Nachhaltigkeit täglichen Schulsports sowie Effekten bei sozial benachteiligten Kindern. Bei der auf einem bundes- und landesweiten Modellprojekt aufbauenden Studie „Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement – Entwicklung einer Kennzahlentoolbox, Bewertung der Zielerreichung, der Wirksamkeit und der Kosten“ (Projektleiter: Walter, Krauth; Förderer: BMBF 2009-2012) werden vor allem Schulen in sozialen Brennpunkten hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Organisation unterstützt und evaluiert. Das Projekt wird in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen sowie Kranken- und Unfallkassen durchgeführt. Im Rahmen der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover werden Gesundheitsbildungsmaßnahmen in Schulen konzipiert und auf der

Basis „Jugend unterrichtet Jugend“ durch Studierende der Humammedizin vor Ort umgesetzt, Akzeptanz und Effekte werden evaluiert (Projektleitung: Seidel, Dierks seit 2008).

Der Erreichbarkeit von Migranten über unterschiedliche Zugangswege (Komm-, Zugeh- Mischstruktur) und in unterschiedlichen Settings widmet sich das Projekt „Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von russisch- und türkischsprachigen Migranten“ (Projektleiter: Walter, Machleidt, Krauth; BMBF 2005-2008), in dem zugleich in einer Einwohnermeldeamtstichprobe das Informations- und Präventionsverhalten mittels zweisprachigen Fragebögen ermittelt wurde. Das Projekt gibt Hinweise auf eine migrantensensible Prävention bei Erwachsenen und die Erreichbarkeit einer als schwer zugänglich geltenden Zielgruppe. Mit dieser Thematik beschäftigte sich auch eine Untersuchung im Rahmen der Evaluation der unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatungsstellen nach § 65b SGB V (gefördert von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, Projektleiter: Seidel, Dierks 2003-2006). In einer Studie in Kooperation mit der AOK Niedersachsen wurden Konzepte aufsuchender Beratung bei Versicherten in den letzten Wochen der Schwangerschaft entwickelt, ebenso Programme zur Schulung von Eltern neurodermitiskranker Kinder (Projektleiter: Dierks, Buser, Walter 1998-2001). Die Optimierung der Erreichbarkeit ist ebenfalls ein zentraler Aspekt des Projektes „Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“ (Projektleiter: Walter, Hummers-Pradier, Krauth; BMBF 2008-2011). Hierbei wird u.a. eine zielgruppenorientierte, alters- und gendersensible Ansprache entwickelt, im Feld eingesetzt und evaluiert. Im Rahmen der Studie „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften“ (Projektleiter: Walter, Flick, Schwartz; BMGS 2001-2003) wurden episodische Interviews mit Professionellen im Gesundheitswesen – Hausärzten und ambulanten Pflegekräften – zur Erfassung ihrer subjektiven Konzepte von Gesundheit, Alter(n) und Prävention durchgeführt.

Der Stiftungslehrstuhl (Projektleiterin: Walter) unterstützte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei der wissenschaftlichen Erarbeitung der Handlungsempfehlungen zur Kindergesundheit (2008). Zudem erfolgt ab Anfang 2009 eine Zusammenarbeit mit der BZgA zur Förderung der Elternkompetenz.

Für die Bertelsmann Stiftung erstellten Walter und Liersch 2007 ein Gutachten zur „Gesundheit für Kinder und Jugendliche: Datenlage, Handlungsbedarf und Handlungsalternativen“. Um die subjektive Perspektive von Eltern und Kindern in der kinderärztlichen Praxis zu erfassen, werden in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte qualitative und quantitative Befragungen von Kindern und Eltern durchgeführt (Projektleiter: Volkmer, Bitzer, Dierks 2007-2010).

Im Rahmen zweier Weißbücher zur Prävention (Stress, Bewegung) (Projektleiterin: Walter, Kaufmännische Krankenkasse 2005-2006, 2007-2008) erfolgte eine Darstellung der Einflussfaktoren (Risiko- und Schutzfaktoren), der Evidenz präventiver Interventionen sowie von Best-Practice-Beispielen. Berücksichtigt wurden jeweils verschiedene Lebensphasen und -bereiche. Aktuell befindet sich ein Weißbuch (2009-2010) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Vorbereitung.

In den angeführten sowie weiteren Projekten kommen neben systematischen Literaturrecherchen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden (Fokusgruppen, Interviews) zum Einsatz.

Neben den obengenannten Forschungsprojekten der Medizinischen Hochschule Hannover ist auf den Forschungsschwerpunkt „Soziale Marginalisierung und erschwerte Bildungsprozesse“ am Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover hinzuweisen, in dem mit einer Reihe von Forschungsprojekten die sozialen Kontextualisierungen von Lern- und Bildungsprozessen durch Familiensysteme und Bildungsinstitu-

tionen mit einem Fokus auf die Sozialisationsbedingungen von sozioökonomisch benachteiligten Kindern und von Kindern mit familiärem Migrationshintergrund untersucht werden. So wird in dem mit Mitteln des MWK im Rahmen des niedersächsischen Forschungsverbundes „Frühkindliche Bildung“ geförderten Forschungsprojektes „Lernerfahrungen im Übergang. Lern- und Entwicklungsprozesse sozial randständiger Kinder im Schnittfeld von Familie, Kindergarten und Schule“ (Projektleitung: Werning, Urban; 2008-2011) das Zusammenwirken der Konstrukte von Eltern, ErzieherInnen und Grundschullehrkräften über das Kind als Lernendes in Hinblick auf die Selbstkonzepte und die Lernentwicklung des Kindes in einer qualitativen Längsschnittstudie untersucht. Die für dieses Forschungsprojekt entwickelte theoretische Konzeptionalisierung ist auch grundlegend für die in dem hier beantragten Forschungsvorhaben genutzten Theorieannahmen über den Zusammenhang der Entwicklung von kindlichen Gesundheitsvorstellungen und -konzepten mit den als Sozialisations- und Bildungsumwelten korrelierten entsprechenden Vorstellungen und Konzepten bei ErzieherInnen und Eltern. Auch ein Teil der Forschungsmethoden (episodische Interviews, Gruppendiskussionen, symbolische Kinderinterviews) konnten in diesem und in einem weiteren Forschungsprojekt zu den „Potenziale(n) der Ganztagsförderschule (Lernen) zur Optimierung der Relation zwischen Familie und Schule unter besonderer Berücksichtigung von positiven Beeinflussungsmöglichkeiten elterlicher Erziehungskompetenzen zur Unterstützung schulischen Lernens (Projektleitung Werning, Kooperationsprojekt im Rahmen des Investitionsprogramms „Zukunft Bildung und Betreuung“ in Kooperation mit der „Studie zur Entwicklung von Ganztagschulen – StEG“ und dem „Forschungsnetzwerk Ganztagschule“; Förderung durch das BMBF) bereits erprobt werden. Diese Forschungsprojekte basieren zudem auf der Annahme, dass eine gesellschaftliche Marginalisierung von Familien im Kontext institutioneller Bildungsprozesse aufgrund erschwerter kommunikativer Anschlussmöglichkeiten zu einer Beeinträchtigung einer erfolgreichen Partizipation des Kindes führen können. Für das hier beantragte Forschungsvorhaben leitet sich daraus das Erfordernis ab, mit solchen Differenzen in den institutionellen und den familiären Konstrukten auch in Hinblick auf Gesundheitsvorstellungen und -konzepte zu rechnen. Insbesondere in der langfristigen Perspektive der Entwicklung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsbildung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zielt dieses Forschungsprojekt auf Grundlagenwissen, das eine soziale Responsivität solcher Maßnahmen und Programmen insbesondere in den Dimensionen sozioökonomische Benachteiligung und Migrationshintergrund ermöglicht.

Der Lehrbereich „Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen“ ist ferner an einem internationalen Forschungsnetzwerk „Research on minority groups in special education“ (Artiles, Dyson, Kozleski, Person, Werning) beteiligt. In diesem Zusammenhang läuft eine international vergleichende Studie (Löser, Werning) zum schulischen Umgang mit kultureller und sprachlicher Vielfalt in Kanada, Schweden und Deutschland sowie eine Studie „Comparative analysis of equity in inclusive education“ (Artiles, Kozleski, Werning).

### **3.2.3. Ziele des Forschungsprojektes**

Nach der WHO (2004) liegen bereits bei Jugendlichen deutliche Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Wohlbefindens vor. Lifestyle-Faktoren im frühen Kindesalter haben einen signifikanten Effekt auf die spätere gesundheitsbezogene Lebensqualität. So zeigen Untersuchungen aus Japan, dass ein eher ungünstiger Lebensstil (hinsichtlich Ernährungsgewohnheiten, Ausmaß der körperlichen Aktivität und Schlafgewohnheiten) bei Kindern sowohl im Alter von 3 Jahren als auch im Alter von 9-10 Jahren mit einer eher schlechteren gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Jugendlichen im Alter von 12-13 Jahren assoziiert ist (vgl. Chen et al. 2005; Wang et al. 2008).

Gesundheitsrelevantes Verhalten wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität und Stressbewältigung stellen Bestandteile des Lebensstils dar, dessen Ausbildung über Lernen, Gewohnheitsbildung und Prozesse des sozialen Vergleichs entsteht. Da die Prägung bereits in frühester Kindheit über die Vorbildfunktion und Erziehung der Eltern beginnt, kommt der Familie eine besonders hohe Bedeutung hinsichtlich der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils zu, gefolgt von den Lebenswelten Kita und Schule. Lebensstile sind in den Kontext des jeweiligen kulturellen Hintergrundes eingebettet.

Laut WHO (2005) hat sich Adipositas zu einer Zivilisationskrankheit epidemischen Ausmaßes entwickelt. Sie begünstigt die Entwicklung von Krankheiten und verkürzt das Leben der Betroffenen (vgl. ILSI 2000; WHO 2007). In allen westlichen Ländern tragen sozial randständige Erwachsene und Kinder, insbesondere dann, wenn noch zusätzlich ein Migrationshintergrund vorliegt, ein deutlich höheres Risiko, eine Adipositas zu entwickeln (WHO 2007; Robert Koch-Institut 2008b). Interventions- und Präventionsmaßnahmen, die bereits in der Kindheit beginnen, sind bei der Bekämpfung des extremen Übergewichts besonders vielversprechend (vgl. Muntean 2000, S. 116ff.; Heindl 2002, 2005; Mast 1998).

Das **Ziel** des hier beantragten Projektes liegt in der differenzierten Untersuchung der Gesundheitsvorstellungen und -konzepte (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) von sozial benachteiligten Kindergartenkindern mit und ohne Migrationshintergrund, deren Eltern und der an der Begleitung der frühkindlichen Bildungsprozesse beteiligten ErzieherInnen sowie der wechselseitigen Bezogenheit dieser Konstrukte aufgrund von Prozessen der sozialen Ko-Konstruktion. Hierauf aufbauend sollen Grundlagen für die Entwicklung lebensweltorientierter Konzepte der Gesundheitsbildung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) für sozioökonomisch benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund im Vorschulbereich geschaffen werden. Aufgrund der besonderen Relevanz der primären Bezugspersonen für die Herausbildung von Verhaltensweisen auch in Fragen der Ernährung liegen große Chancen für präventive pädagogische Interventionen in der Kooperation zwischen Familie und Kindergarten.

Das hier beantragte Forschungsprojekt ist theoretisch in einem ökosystemischen Entwicklungsmodell (Bronfenbrenner, Lüscher 1981) und im Modell der Salutogenese (vgl. Antonovsky 1997; Bengel, Strittmatter, Willmann 2002) fundiert. Methodologisch basiert es auf einem vornehmlich qualitativen empirischen Zugang und betrachtet das Thema aus **vier Perspektiven**:

- I. Auf der **institutionellen Ebene** werden zum einen die **Gesundheitskonzepte** (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) in Kindergärten im Großraum Hannover daraufhin untersucht, in welchem Umfang sie in ihren pädagogischen Ansätzen und in der Differenziertheit dieser Konzepte variieren. Zum anderen sind die Werthaltungen, Konfliktlinien oder Konsense der ErzieherInnen als Team im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) von Interesse, da sie für die Ausgestaltung der Konzepte verantwortlich sind.
- II. Das Projekt wendet sich gleichermaßen den **subjektiven Konstruktionen** im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) von **Eltern, ErzieherInnen und Kindern mit und ohne Migrationshintergrund** zu. Dabei stehen bei allen TeilnehmerInnen folgende Fragen im Mittelpunkt:
  - Welche Gesundheitsvorstellungen haben sie?
  - Wie gestaltet sich ihr Körperbild?
  - Über welche subjektiven Gesundheitstheorien verfügen sie?
  - Wie ausgeprägt ist ihr Kohärenzgefühl im Sinne der Salutogenese?

Bei diesen Fragen muss berücksichtigt werden, dass sich diese Dimensionen der Selbstkonstrukte bei Fünf- bis Sechsjährigen erst ausdifferenzieren (vgl. Lohaus 1990; Jork 2003a, b; Oerter, Montada 2002 S.215f.). Daher liegt der Fokus bei den Kindern auf der Exploration dieser Entwicklungsprozesse.

In Bezug auf die Eltern und ErzieherInnen sind zusätzlich folgende Fragen von Interesse:

- Von wem beziehen die beiden Gruppen ihre Informationen?
- Wie intensiv setzen sie sich mit dem Thema auseinander?
- Welche Vorstellungen von Gesundheitsbildung haben sie?

III. Auf der **Mesoebene** werden die **Beziehungen der Konstruktionen über Gesundheit, Ernährung und Bewegung** zwischen ErzieherInnen (Kindergarten), Eltern (Familie) und sozioökonomisch benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund analysiert:

In Bezug auf Eltern und ErzieherInnen soll der Fokus auf folgende Fragen gelegt werden:

- Welche wechselseitigen Erwartungen bezüglich der Gesundheitserziehung der Kinder richten sie aneinander?
- Welche Aufgaben und Kompetenzen schreiben sie sich gegenseitig zu?
- Für wie ausgeprägt halten sie das Sach- und Handlungswissen des Kindes im Lernfeld ‚Gesundheit‘?

In Bezug auf das Kind stellen sich folgende drei Fragen:

- Mit wem identifiziert es sich?
- Übernimmt es die Perspektive von Eltern oder ErzieherInnen auf ernährungsrelevante Themen?
- Inwiefern ist eine Passung des im Kindergarten vermittelten Wissens in seine Erfahrungswelt gegeben?

IV. Flankierend soll analysiert werden, in welchen Bereichen das **Verständnis von Eltern, ErzieherInnen und** sozioökonomisch benachteiligten **Kindern** mit und ohne Migrationshintergrund mit **Expertenempfehlungen** im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zusammenfallen, in welchen sie voneinander abweichen und ob sich diesbezüglich Tendenzen erkennen lassen. Zentral sind die folgenden Fragen:

- Was verstehen Eltern, ErzieherInnen und Kinder unter einer gesunden Ernährung sowie einem gesunden Bewegungsverhalten?
- Für wie gesund halten Eltern und ErzieherInnen die Ernährung des Kindes im Kindergarten und in der Familie?
- Inwieweit entsprechen diese Einschätzungen den wissenschaftlich fundierten Empfehlungen der optimierten Mischkost (vgl. Alexy, Clausen, Kersting 2008)?
- Inwieweit wird das alltägliche Bewegungsverhalten des Kindes im Kindergarten sowie in der Familie als hinreichend angesehen?
- Inwieweit entsprechen diese Einschätzungen den wissenschaftlich fundierten Empfehlungen der körperlich-sportlichen Aktivität im Kindesalter (vgl. Strong et al. 2005, Kavey et al. 2003)?

Abschließend werden diese drei Betrachtungsebenen miteinander verschränkt, sodass Einblicke in die lebensweltlichen Entwicklungskontexte von sozioökonomisch benachteiligten Kindergartenkindern mit und ohne Migrationshintergrund im Bereich Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) möglich werden und Passungsschwierigkeiten in Fragen der Gesundheitserziehung im Vorschulbereich benannt werden können. Dies ist möglich, weil die soziale Ko-Konstruktion von subjektiven Gesundheitstheorien und Körperbildern berücksichtigt wird und dadurch Impulse für eine zielgerichtete Ansprache und Ansatzmöglichkeiten zur Stärkung des Kohärenzgefühls der Kinder gegeben werden. Daneben ermöglichen es die Ergebnisse,



Kommunikationsprobleme zwischen Eltern, ErzieherInnen und sozioökonomisch benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund sowie Potenziale einer Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zu identifizieren. Perspektivisch können die Ergebnisse des hier beantragten Forschungsprojekts als Grundlage für eine zielgruppengerechte Gestaltung von Gesundheitskonzepten (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) sowie Adipositaspräventions- und Interventionsmaßnahmen für sozioökonomisch benachteiligte Kinder mit und ohne Migrationshintergrund in der Gesundheitsbildung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) im Vorschulbereich genutzt werden. Hier wären zukünftige Praxis- und Transferprozesse unmittelbar anschlussfähig.

### 3.2.4. Theoretische Einordnung und Bezug des Projekts zum Stand der Forschung

Das theoretische Fundament des Projekts bildet ein **ökosystemisches Entwicklungsmodell** (Bronfenbrenner, Lüscher 1981) und das Modell der Salutogenese (Antonovsky 1997). Bronfenbrenner (1993) hat in seinem ökosystemischen Ansatz die Relation zwischen kindlichen Entwicklungsprozessen und Umweltsystemen beschrieben (vgl. Moen, Elder, Lüscher 1995). Demnach vollzieht sich die kindliche Entwicklung im Kontext unterschiedlicher Systeme. Zu Problemen kann es kommen, wenn diese Systeme nicht miteinander kompatibel und dadurch erlernte Verhaltensweisen und Erfahrungen nicht übertragbar sind.

Das Modell der **Salutogenese** fragt danach, was Menschen gesund erhält (Maoz 1998; Becker 1997; Wydler, Kolip, Abel 2006; Geyer 2006). Dem Kohärenzgefühl, das sich in der Kindheit zu entwickeln beginnt, wird dabei eine zentrale Rolle zugesprochen. Es bezeichnet nicht ein affektives Gefühl, sondern es setzt sich aus Überzeugungen, Einstellungsmustern und Bedeutungszuschreibungen des Subjekts zusammen und bedingt seine Weltsicht. Der Glaube daran, die Welt verstehen, strukturieren und auf sie Einfluss nehmen zu können, mit den ihm zu Verfügung stehenden Ressourcen auf Stressoren, mit denen es in seiner inneren und äußeren Erfahrungswelt konfrontiert ist, adäquat reagieren zu können sowie eine innere Haltung, die es ihm erlaubt Stressoren als Herausforderung zu sehen, die es motiviert und engagiert anzunehmen gilt, sind die drei wesentlichen Elemente, aus denen sich das Kohärenzgefühl zusammensetzt. Erfahrungen, die es im Umgang mit Stressoren sammelt, prägen und formen sein Kohärenzgefühl, denn desto erfolgreicher es sich in früheren Situationen mit ihnen auseinander gesetzt hat, desto stärker wird seine Überzeugung sein, dies auch zukünftig tun zu können (vgl. York 2003a, b; Maoz 1998; Bengel, Strittmatter, Willmann 2002; Wydler, Kolip, Abel 2006; Schneider 2006; Geyer 2006; Höfer 2006). Da Erfahrungen aus Sicht des ökosystemischen Modells immer im Rahmen von systemischen Entwicklungsbedingungen zu denken sind, ist hier eine Anschlussmöglichkeit dieser beiden Modelle gegeben. Im Rahmen dieser Studie können dadurch die Passung der Systeme Kindergarten und Familie in der Gesundheitserziehung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) von sozioökonomisch benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund untersucht und zum anderen der Blick auf Gesundheitstheorien und Körperbild von ErzieherInnen, Eltern und Kindern in Zusammenhang mit ihrem Kohärenzgefühl gebracht werden (ähnlich Dross 1998). So wird es möglich, kindliche Entwicklungskontexte, die zur Entstehung von Adipositas beitragen, auf theoretischer Ebene mehrperspektivisch abzubilden.

Im Folgenden werden **zentrale wissenschaftliche Erkenntnisse** vorgestellt, die in einem direkten inhaltlichen Bezug zum angestrebten Forschungsprojekt stehen. Die Darstellung des Forschungsstandes gliedert sich nach folgenden Aspekten:

- a. Es soll nachvollzogen werden, in welchen Zusammenhang Ernährung und Bewegung mit der Entwicklung von Fettleibigkeit gebracht werden und mit welchen gesundheitlichen Folgen Adipositas im Kindesalter assoziiert wird.
- b. Auf Studien, die ihre Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang von sozioökonomischen Status und Gesundheit richten, wird eingegangen.
- c. Es wird dargestellt, welches Risiko Kinder mit Migrationshintergrund tragen, eine Adipositas zu entwickeln.
- d. Forschungsergebnisse, die allgemeine Aussagen über die Ernährungssituation und gesundheitsfördernde Angebote (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) in Kindertagesstätten erlauben, stehen im Fokus.
- e. Zielgruppenorientierung und Effektivität von Adipositaspräventions- sowie Interventionsmaßnahmen auf sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Kinder mit Migrationshintergrund werden abschließend thematisiert.

**a. Übergewicht/Adipositas, Ernährung und Bewegung.** Übergewicht und Adipositas entstehen, wenn dem Körper mehr Energie zugeführt wird als er verbraucht (Pudel 1997). Die Hauptursachen bei der Entstehung von Adipositas sind damit in einer Fehlernährung kombiniert mit mangelnder Bewegung zu sehen (vgl. Anderson, Butcher 2006). Relevante Daten in Bezug auf die Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland liefert die Dortmund Nutritional and Anthropometrical Longitudinally Study (DONALD-Studie), die seit 1985 kontinuierlich Ernährungsdaten von Kindern vom Zeitpunkt ihrer Geburt bis zum Ende ihrer Wachstumsphase sammelt. Ihre Ergebnisse zeigen, dass Kinder zu viele fett- und zuckerhaltige Lebensmittel zu sich nehmen, besonders Fleisch- und Wurstwaren, Süßigkeiten und Gebäck, aber zu wenig Ballaststoffe, Milchprodukte und Fisch und daher mit den Vitaminen B1 und B6 sowie mit den Mineralstoffen Kalzium, Eisen und Jod tendenziell unterversorgt sind (vgl. Heindl 2002, 2005; Kersting 2009). Diese Ergebnisse werden auch durch die Studie des Robert Koch Instituts (2008b) bestätigt. Heindl (2005) stellt fest, dass übergewichtige Kinder weniger Freude an Bewegung haben, insgesamt höhere inaktive Medienzeiten aufweisen (vgl. Mast 1998) und dazu neigen, zwischen den Mahlzeiten fetthaltige Snacks oder Süßigkeiten, zuckerhaltige Erfrischungsgetränke und fette, preisgünstige Wurstwaren zu sich zu nehmen. Dies bestätigen Anderson, Butcher (2006) auch weitestgehend für die USA, in denen sich zudem der Konsum von Fastfood und Süßgetränken in den letzten 30 Jahren stark erhöht hat.

Für den Bereich Bewegung zeigen internationale und nationale Studien eine Abnahme der alltäglichen Bewegung und der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Ein Review von Bös (2003) weist eine Verminderung der motorischen Leistungsfähigkeit in den vergangenen 25 Jahren um mehr als 10% aus. Eine britische Studie (vgl. Diguiseppi, Roberts 1997) zeigt einen Rückgang (1985-1992) der per Fuß oder Fahrrad zurückgelegten Wege bei 0-14-jährigen Kindern um 20% bzw. 26%. Nach einer jüngeren Studie sind 3-5-Jährige lediglich 20 bis 25 Min./Tag mäßig bis intensiv körperlich aktiv. 76% der Zeit verbringen sie mit einer sitzenden Tätigkeit (vgl. Reilly et al. 2004). Umweltfaktoren wie eine dichte Bebauung oder eine schlechte Infrastruktur etc. sind assoziiert mit einem geringeren Anteil an Kindern, die Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen. Konsistente Prädiktoren für körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sind ein barrierefreier Zugang zu Sporteinrichtungen und Möglichkeiten, aktiv zu sein (sichere Fahrrad- und Fußwege, Spielplätze etc.) (vgl. Popkin et al. 2005).

Die Ergebnisse der KIGGS-Studie zur aktuellen Bewegungssituation in Deutschland weisen auf eine deutliche Reduktion der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter und auf einen Zusammenhang mit der so-

zialen Schichtzugehörigkeit hin. Erfüllen noch 36,7% der 4-Jährigen die internationalen Bewegungsempfehlungen der WHO, sind es bei den 10-Jährigen nur noch 17,3% (vgl. Bös et al. 2007, Lampert et al. 2007). Die Verringerung der alltäglichen Bewegung trägt zu einer Reduktion der gesamten körperlichen Aktivität und zu Übergewicht bei Kindern bei. Gortsmaker et al. (1996, ähnlich Crespo et al. 2001) beobachteten eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Übergewicht und Fernsehkonsum.

Dabei sind die gesundheitlichen Folgen des durch diese Fehlernährung und den Bewegungsmangel entstehenden Übergewichts bzw. Adipositas gravierend. Bereits im Kindes- und Jugendalter lässt sich nachweisen, dass Fettleibigkeit das Risiko für die Entwicklung einer Arteriosklerose bzw. einer koronaren Herzerkrankung (KHK) erhöht (vgl. Steinberger et al. 2003). Hierzu gehören u.a. die arterielle Hypertonie (s.o.) sowie Störungen des Glucose- und Fettstoffwechsels. In einer Untersuchung von Csabi et al. (2000, ähnlich Katzmarzyk et al. 2003) waren lediglich 14% der adipösen Kinder und Jugendlichen frei von Risikofaktoren wie Hyperinsulinismus, gestörte Glucosetoleranz, Fettstoffwechselstörungen oder Hypertonie. Knapp 10% wiesen alle vier Risikofaktoren auf. Adipöse Kinder sind bis zu neunmal häufiger gefährdet, schon im Kindes- und Jugendalter Risikofaktoren einer koronaren Herzerkrankung zu entwickeln (vgl. Berenson et al. 1998). Eine deutsche Untersuchung an 1.004 adipösen Schülern diagnostizierte bei 37% arterielle Hypertonie, bei 27% Hypercholesterinämie und bei 20% Hypertriglyceridämie (vgl. Reinehr et al. 2005). Eine dänische Kohortenstudie zeigt eine positive Assoziation zwischen tödlichem sowie nichttödlichem KHK-Ereignis und dem Body-Maß-Index von 7- bis 13-jährigen Jungen sowie 10- bis 13-jährigen Mädchen. Bereits bei 4-7-Jährigen geht eine höhere körperliche Aktivität mit niedrigeren kardiovaskulären Risikofaktoren wie BMI, Gesamtcholesterin, HDL/ Gesamtcholesterin-Ratio, Triglyzeride und systolischer Blutdruck einher (vgl. Sääkslahti et al. 2003).

Dem Kindesalter und der Vorpupertät kommt insbesondere bei der Entwicklung einer Adipositas über die Lebenszeit eine entscheidende Bedeutung zu (vgl. Gillman 2004; Anderson, Butcher 2006). So beträgt nach dem Alter von 6 Jahren die Wahrscheinlichkeit für Adipositas im Erwachsenenalter 50% für bereits adipöse und 10% für nicht adipöse Kinder. Adipositas im Kindesalter ist damit ein bedeutender Prädiktor für adulte Adipositas, wobei mit zunehmendem Alter der Kinder der Einfluss bestehender Adipositas der Eltern abnimmt (vgl. Whitaker et al. 1997). Ebenso wie Adipositas hat auch in jungen Jahren etablierte körperliche Aktivität bzw. Inaktivität eine hohe Wahrscheinlichkeit von Persistenz im Lebensverlauf (vgl. Kelder et al. 1994). Prägend ist die frühe Kindheit auch in Bezug auf Ernährungsgewohnheiten. Kersting (2009) kommt zu dem Schluss, dass sich Geschmackspräferenzen und damit auch Präferenzen für bestimmte Nahrungsmittel in der frühen Kindheit bilden, die sich negativ auf das spätere Ernährungsverhalten auswirken können. Heindl (2002) ist ebenfalls der Ansicht, dass ab einem Alter von zwei Jahren typische Verzehrsmuster entstehen, die das Risiko zur Entwicklung von Übergewicht bzw. Adipositas erhöhen können.

Umso besorgniserregender sind die Daten zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern, die im Rahmen der deutschlandweit durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen vorliegen. Sie erlauben neben regionalen Vergleichen auch longitudinale Untersuchungen. Eine 1997 in Bayern flächendeckende Querschnittuntersuchung ergab eine Prävalenz von Übergewicht (Gewicht zwischen 90. und 97. Perzentile) von 11,1% und von Adipositas (Gewicht > 97. Perzentile) von 3,1% und zeigt damit einen deutlichen Anstieg gegenüber den Jahren 1982, 1987 und 1992 (vgl. von Kries 2004) auf. Nach der Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS) waren 1996-2001 13% der Mädchen und 12% der Jungen übergewichtig (BMI > 90. Perzentile der altersentsprechenden Referenz) (vgl. Czerwinski-Mast et al. 2003, Danielzik et al. 2004). Der

Adipositas-Bericht des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes zeigt für den Regierungsbezirk Weser-Ems 1993-2003 eine signifikante Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Schulanfängern. Betrug 1993 der Anteil übergewichtiger Jungen noch 8,4% und der der adipösen noch 3,4%, liegt er 2003 bei 10,4% bzw. 4,6%. Bei den übergewichtigen Mädchen ist ein Anstieg von 9,7 auf 11,5% und bei den adipösen von 3,6 auf 5,1% zu verzeichnen.

**b. Gesundheit und sozio-ökonomischer Status.** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird von den Einkommensverhältnissen der Eltern mehr bestimmt als von allen anderen Faktoren. Dies lässt sich bereits im Kindergartenalter nachweisen. So ist der Anteil Adipöser mit niedrigem Sozialstatus bei 3- bis 6-Jährigen dreimal höher als bei Kindern mit hohem Sozialstatus (vgl. Kurth, Schaffrath Rosario 2007). In nationalen und internationalen Studien kann belegt werden, dass Kinder aus Armutsverhältnissen ein deutlich höheres Risiko tragen eine Adipositas zu entwickeln als Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status (vgl. Anderson, Butcher 2006; Kumanyika, Grier 2006; KOPS Kiel Obesity Prevention Study). Ein niedriger Bildungsstand und ein hohes Gewicht der Eltern sind ebenfalls Faktoren, die sich negativ auf die Gewichtsentwicklung von Kindern auswirken (KOPS Kiel Obesity Prevention Study). Zudem weisen Kinder aus Armutbedingungen eine geringere körperlich-sportliche Aktivität und ungünstigere Ernährungsmuster auf (vgl. Robert Koch-Institut et al. 2007, Kamtsiuris et al. 2007).

Ein kürzlich erschienener Review hat gezeigt, dass es bereits in der Kindheit und Jugend Zusammenhänge zwischen dem sozioökonomischen Status (SES) und dem Ausmaß der körperlichen Aktivität sowie der Zusammensetzung der Ernährung gibt, allerdings sind diese nicht so stabil wie im Erwachsenenalter (Hanson M, Chen E 2007). Ein französischer Survey zeigte bei Schülern eine Assoziation zwischen dem Bildungsgrad der Eltern und dem Lebensstil der Kinder. War der Bildungsgrad höher, so war die Fernsehzeit der Kinder kürzer und die körperliche Aktivität der Kinder höher (vgl. Bellisle et al. 2007).

**c. Gesundheit und Migrationshintergrund.** Neben sozioökonomisch benachteiligten Kindern sind auch im internationalen Vergleich vor allem Kinder mit Migrationshintergrund von Übergewicht und Adipositas stark betroffen (vgl. Anderson, Butcher 2006; Kumanyika, Grier 2006; Robert Koch-Institut 2008a). Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (2008) sind bundesweit 15% der deutschen Kinder und Jugendlichen übergewichtig oder adipös. Der Anteil adipöser Kinder im Alter von 3-6 Jahren ist unter Migranten doppelt so hoch wie unter Nicht-Migranten der Altersklasse, bei türkischen Kindern mit Migrationshintergrund sogar drei Mal so hoch.

Im Folgenden soll näher auf den Kinder- und Jugendsurvey des Robert Koch-Instituts (2008a) und dessen Aussagen über die Ernährung sowie die körperliche und subjektive Gesundheit adipöser Kinder mit Migrationshintergrund eingegangen werden. In beider Hinsicht kommt das Robert Koch-Institut (2008a) zu dem Schluss, dass die Gruppe der Migranten in ihrem Gesundheitsverhalten sehr heterogen ist, und damit auch ihre Ernährungsgewohnheiten oder ihre Neigung zu und Bewertung von Übergewicht, z.B. bei türkischen oder russland-deutschen Migranten differenziert betrachtet werden müssen. Dennoch lässt sich anhand der Daten ein allgemeiner Trend ablesen. So wurde festgestellt, dass Kinder mit Migrationshintergrund ein deutlich ungünstigeres Ernährungsmuster aufweisen als die deutsche Vergleichsgruppe, was vor allem daran liegt, dass sie häufiger Erfrischungsgetränke, Süßigkeiten, Knabberartikel und Fastfood-Produkte zu sich nehmen. Dies bestätigen auch Bau, Borde und Matteucci Gothe (2005) in ihrer Studie, in der sie das Ernährungsverhalten von 3 bis 6-jährigen Kindern differenziert nach ethnischer Zugehörigkeit analysierten. Aller-

dings weisen sie noch darauf hin, dass insbesondere türkische Kinder häufiger als Kinder ohne Migrationshintergrund ernährungsphysiologisch günstige Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Fisch und Milchprodukte verzehren (vgl. Robert Koch-Institut 2008a).

Im Kindergesundheitssurvey (vgl. Robert Koch-Institut 2008a) wurden Eltern mit Migrationshintergrund gebeten, das Gewicht ihrer Kinder einzuschätzen. Anschließend wurden diese Einschätzungen mit dem Body Mass Index (BMI) ihres Kindes verglichen. Die Anzahl der normalgewichtigen Kinder, die von ihren Eltern als zu dünn eingeschätzt wurden, lag bei Migranten deutlich höher. Geschlechterspezifische Differenzen ließen sich bei den Einschätzungen einiger Migrantengruppen ebenfalls erkennen. Diese große Diskrepanz in der Bewertung des Gewichts durch Eltern mit Migrationshintergrund ist besonders im Kindesalter zu beobachten. Weiterhin wird gefolgert, dass die Entwicklung von Übergewicht durch kulturelle und geschlechtsspezifische Faktoren beeinflusst wird. Aufgrund der niedrigen Fallzahlen können allerdings keine repräsentativen Aussagen getroffen werden. Die Autoren empfehlen deshalb, die Entwicklung von Übergewicht bei Migrantenkindern auch über die Phasen der Kindheit und Jugend hinaus zu beobachten, um aufgrund der Daten Rückschlüsse auf das Ausmaß kultureller Einflüsse auf das Körpergewicht ziehen zu können (vgl. Robert Koch-Institut 2008a).

**d. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten.** Die von dem Institut für Kinderernährung Dortmund (FKE) durchgeführte Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie (KESS) ermöglichte zum ersten Mal Einblicke in die bundesweite Ernährungssituation in Kindertagesstätten, die eine warme Mittagsmahlzeit anbieten. Der Untersuchungszeitraum erstreckte sich von 1996 bis 1999. Die Zubereitung und Zusammensetzung der angebotenen Nahrung wurde dabei mit dem vom FKE entwickelten Konzept der optimierten Mischkost (optimiX) verglichen. Es stellte sich heraus, dass das Nahrungsangebot in den Einrichtungen insgesamt als befriedigend, nicht aber als gut einzuschätzen ist. Neben praktischen Anregungen zur Optimierung des Speiseplans wird geraten, Informationsmaterialien zu entwickeln und verbindliche Weiterbildungen für hauswirtschaftliches und für pädagogisches Personal einzuführen sowie die Kinder in die Zubereitung der Mahlzeiten mehr einzubeziehen. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, dass die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Kindern mit Migrationshintergrund, sozioökonomisch benachteiligten sowie diätbedürftigen Kindern, eine Herausforderung für die Zusammenstellung des Speiseplans sein kann. Da sich anhand der Untersuchung aber nur Aussagen darüber treffen lassen, wie in diesen Kontexten Probleme auftreten, sehen die Autoren hier Anschlusspunkte für weitere Studien, die zur besseren Lösung dieser Aufgabe beitragen. Kritisch angemerkt wird ebenfalls, dass keine verbindlichen Richtlinien für die Gestaltung des Mittagessens in Kindertagesstätten existieren. Auch hierdurch lässt sich ein Qualitätsgewinn erzielen (vgl. Forschungsinstitut für Kinderernährung).

Zur Erfassung der präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich Kindergarten wurden in Deutschland von 2005 bis 2006 erstmals 643 Kitas (Nettostichprobe) befragt. An 32 Kitas erfolgte eine vertiefende Analyse der präventiven Versorgungsqualität (vgl. Kliche et al. 2008). In fast allen Kitas stellt Bewegung mit 97% die häufigste laufende Aktion dar, für 27% ist Bewegung zudem ein grundlegendes Arbeitskonzept. Zwei Drittel der befragten Einrichtungen führen Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung durch. Mit über einem Drittel sind Angebote zur Ernährung mit Abstand auf dem ersten Platz, gefolgt von Bewegung. Insgesamt werden mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten angeboten je größer die Einrichtung ist. Die Analyse von Zielgruppen und Arbeitsformen präventiver Projekte in den Kitas zeigt, dass sich die weitaus größere Zahl von 86% an die Kinder richten, 45% beziehen die Familien ein. Lediglich 5% erfolgen

unter Einbezug des Stadtteils. Gut die Hälfte führt ein strukturiertes Programm durch, wobei der Umfang von wenigen Stunden bis zu mehreren Monaten reicht. 43% beziehen externe Fachkräfte mit ein. Der Schwerpunkt liegt damit auf individuell pädagogischen Ansätzen, für komplexe Ansätze unter Einbezug der Familie und des Wohnumfeldes fehlen den Kitas meist die Voraussetzungen.

**e. Interventionsansätze.** Wesentlich für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen sind die Zielgruppenorientierung und eine gute theoretische Basierung. Erforderlich ist somit eine gute Konzeptqualität, die sich am Bedarf, an der Zielsetzung, an der Zielgruppenorientierung und an einer fachlichen Fundierung ausrichtet. Daneben sind die Rahmenbedingungen, die Qualifikation der Mitarbeiter und die Zusammenarbeit mit Angehörigen zu berücksichtigen (Planungsqualität), ebenso eine adäquate Vorbereitung und Vermittlung der Maßnahmen unter Nutzung von zielgruppenorientierten Methoden und Medien, eine schrittweise flexible, prozessorientierte Umsetzung sowie eine realistische und empirische Bewertung des Erfolges. Nicht zuletzt sollten im Sinne einer Qualitätsentwicklung die Erfahrungen reflektiert und in längerfristige Verbesserungen umgesetzt werden (vgl. Kliche et al. 2007). Eine Analyse der Qualität präventiver Maßnahmen in Kindergärten deutet auf erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten präventiver Aktivitäten hin. Nach Kliche et al. (2008) liegen die Stärken am ehesten in der Erstellung von Konzepten und der Verfügbarkeit qualifizierten Personals. Deutliche Schwächen befinden sich in der Vorbereitung und Planung sowie in der Verlaufsgestaltung und der Erfolgskontrolle. Die Autoren ziehen den Schluss, dass durch eine intensiviertere und optimierte Gesundheitsförderung und Prävention in den Kitas ihre Wirksamkeit deutlich erhöht werden und mehr Gewicht gegenüber den eher weniger beeinflussbaren Umfeld- und Rahmenbedingungen geschaffen werden könnte.

In Bezug auf die von Adipositas besonders gefährdeten sozioökonomisch benachteiligten Kinder oder Kinder mit Migrationshintergrund gibt es leider auf nationaler Ebene wenig Interventionen und einheitliche Angebotsstrukturen, die zudem evaluiert sind (vgl. Moebus, Hoffmann, Merkel-Jens 2005). Kommunale Interventionen zur Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund zeigen bislang keine gesicherten Effekte zur Wirksamkeit. Allerdings finden sich für Deutschland diverse Good-Practice-Beispiele, die erste Erfolge verzeichnen können, wie z.B. das Projekt „Unser Platz“ in Berlin-Marzahn (vgl. Broschat 2008).

Für die Akzeptanz und Erreichbarkeit von Kindern mit Migrationshintergrund haben sich Netzwerke auf kommunaler Ebene bzw. Stadtteilebene unter Einbezug mehrsprachiger Multiplikatoren als wirksam erwiesen (vgl. Schmidt, Eichhorn 2007). Bewährt haben sich zudem niedrigschwellige lebensweltorientierte Ansätze (Settingansätze). Schenk und Razum (2009) weisen zudem auf die Notwendigkeit zusätzlicher Spezialangebote für Migrantenkinder zur Informationsvermittlung und Gesundheitsförderung hin, um ungünstigen Mustern des Ernährungs-, Bewegungs- und Inanspruchnahmeverhaltens zu begegnen.

Einen wesentlichen Kritikpunkt an den bisher vorliegenden Adipositaspräventions- und Interventionsprogrammen wird in der Kieler Adipositasstudie formuliert. So werden zwar durchaus gelungene Aufklärungskampagnen wie ‚5-am-Tag‘ (fünf mal Obst und Gemüse am Tag) entwickelt. Diese sind aber nur an die Lebenswelten der bereits gesundheitsbewussten Mittelschicht anschlussfähig, nicht aber an die sozioökonomisch benachteiligten Familien, die über ein geringes Ernährungswissen verfügen und für die aufgrund ihres geringen Budgets Obst und Gemüse zu Luxusartikeln werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die „Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit ... und der Umgang mit Krankheit ... zu einem wesentlichen Teil im Alltag und nicht in professionellen Versorgungssystemen“ (vgl. Heindl 2005, S. 27) stattfindet und

sich auf subjektive Theorien gründet. Daher ist es wichtig, auf diese subjektiven salutogenen Theorien durch die Gesundheitsbildung Einfluss zu nehmen und den Gegensatz von gesunder Ernährung und Lebensqualität, der häufig assoziiert wird, aufzuheben. Aus diesem Grund ist es u.a. sinnvoll und erfolgsversprechend bereits im Elementarbereich mit der Gesundheitserziehung und -förderung zu beginnen (Heindl 2005).

Es kann festgehalten werden, dass es bei Kindern ohne Migrationshintergrund einen deutlichen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Körpergewicht gibt. Bei Kindern mit Migrationshintergrund lässt sich ein solcher Zusammenhang auch erkennen, ist aber weniger signifikant (Robert Koch-Institut 2008a).

Bei Adipositas gelten Präventionsmaßnahmen, die bereits in der frühen Kindheit beginnen, am erfolgversprechendsten (Bau, Borde, Matteucci Gothe 2005; Anderson, Butcher 2006; Kersting 2009). Doch für die von Fettleibigkeit überdurchschnittlich häufig betroffenen sozioökonomisch benachteiligten Kinder mit und ohne Migrationshintergrund gibt es solche Angebote kaum (Moebus, Hoffmann, Merkel-Jens 2005). Insgesamt ist in diesem Kontext wenig über ihre Bedarfe und mögliche Anknüpfungspunkte an ihre Lebenswelten bekannt. Dadurch, dass in dem hier beantragten Projekt die lebensweltlichen Entwicklungskontexte (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) dieser Kinder fokussiert werden, leistet es in diesem Bereich wichtige Grundlagenforschung, die als Basis für die Entwicklung von zielgruppenzugeschnittenen Präventionsmaßnahmen dienen kann.

### 3.2.5. Eigene Vorarbeiten für dieses Projekt

**Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Dipl.-Päd.**, leitet den Arbeitsschwerpunkt „Patienten und Konsumenten“ und führt Projekte zur Gesundheitsbildung, zur Patientenorientierung und zur Evaluation der Qualität der gesundheitlichen Versorgung aus der Perspektive der Nutzer des Systems durch. Im Rahmen der von ihr an der Medizinischen Hochschule etablierten Patientenuniversität entwickelt und evaluiert sie Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens von Bürgern, Patienten und Schülern. Sie erarbeitet standardisierte, validierte Instrumente zur Erfassung der Nutzerbewertungen (u.a. ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten in niedergelassenen Praxen, Kinder-ZAP – Zufriedenheit von Eltern und Kindern in niedergelassenen Praxen von Kinderärzten) und forscht zu der Frage, welche methodischen Weiterentwicklungen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz (Beratung schwangerer Frauen, Elternschulungen von Kindern mit Neurodermitis, nutzergerechte und verständliche, evidenz-basierte Patienteninformationen) möglich sind. Zudem beschäftigt sie sich mit der Analyse von Gesundheitsvorstellungen und Behandlungspräferenzen bei unterschiedlichen Zielgruppen. Sie hat beispielsweise subjektive Vorstellungen von Frauen zur Krebsfrüherkennung qualitativ und quantitativ erhoben und daraus Empfehlungen für eine zielgruppenspezifische Ansprache entwickelt. Diverse Methoden der empirischen Sozialforschung werden dabei eingesetzt, unter anderem Elemente der Aktionsforschung, qualitative Verfahren einschließlich bildinterpretierender Verfahren oder Hidden-client-Studien. Die Antragstellerin ist aktiv in den Gesundheitszieleprozess der Bundesregierung eingebunden.

**Dipl.-Sozialwiss. Michael Urban** hat neben der Beteiligung an den unter Werning aufgeführten Forschungsprojekte für das hier beantragte Forschungsprojekt relevante Vorarbeiten aus der Mitarbeit im Forschungsschwerpunkt „Beratung in der schulischen Erziehungshilfe“ (Leitung Prof. Dr. Helmut Reiser) am Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover vor sowie aus der wissenschaftlichen Begleitung des niedersächsischen Schulversuchs *„Zur präventiven und integrativen sonderpädagogischen Förderung im Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung - Optimierung der sonderpädagogischen Unters-*

tützung zur Erziehungshilfe in allgemein bildenden Schulen“. In diesen Forschungs- und Begleitforschungsprojekten stand die Frage nach der Relation und Vernetzung von Bildungsinstitutionen und Familien zentral. Insofern hier familiäre Problemlagen, u.a. auch sozioökonomischer Art, in ihrer Auswirkung auf die Möglichkeiten des Kindes zur Partizipation am Bildungsprozessen untersucht wurden, liegen hier Vorerfahrungen und Forschungsergebnisse vor, an die mit dem aktuellen Forschungsvorhaben angeknüpft werden kann. Darüber hinaus liegt eine Studie im Bereich der systemtheoretischen Grundlagen vor.

**Prof. Dr. Ulla Walter** weist Erfahrungen in der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung auf. Leitung von Projekten u.a. zur Evidenzbasierung, Konzeption und Evaluation (Effektivität, Effizienz) von Präventionsprogrammen von Krankenkassen, zu Qualitätsmanagement, Zugangswegen, Gesundheits- und Alterskonzepten von Hausärzten und Pflegekräften, Einstellungen von Professionellen zur Prävention/Gesundheitsförderung, Auswahl evidenzbasierter effektiver und wirtschaftlicher Maßnahmen für Bonusmodelle, Verfahren zur Steigerung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Die Projekte befassen sich mit verschiedenen Themenfeldern (u.a. Herz-Kreislauf, Rückenbeschwerden, Neurodermitis, Belastungen durch Stress, täglicher Schulsport, Gesund alt werden), Zielgruppen (u.a. Schwangere, Kinder, Erwerbstätige, Ältere, Migranten, Professionelle) und ihrer Erreichbarkeit.

Die Antragstellerin ist seit 2004 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), seit 2006 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und seit 2008 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Ernährung Sektion Niedersachsen. 2007 wurde sie in die Kommission des sechsten Altenberichts der Bundesregierung berufen.

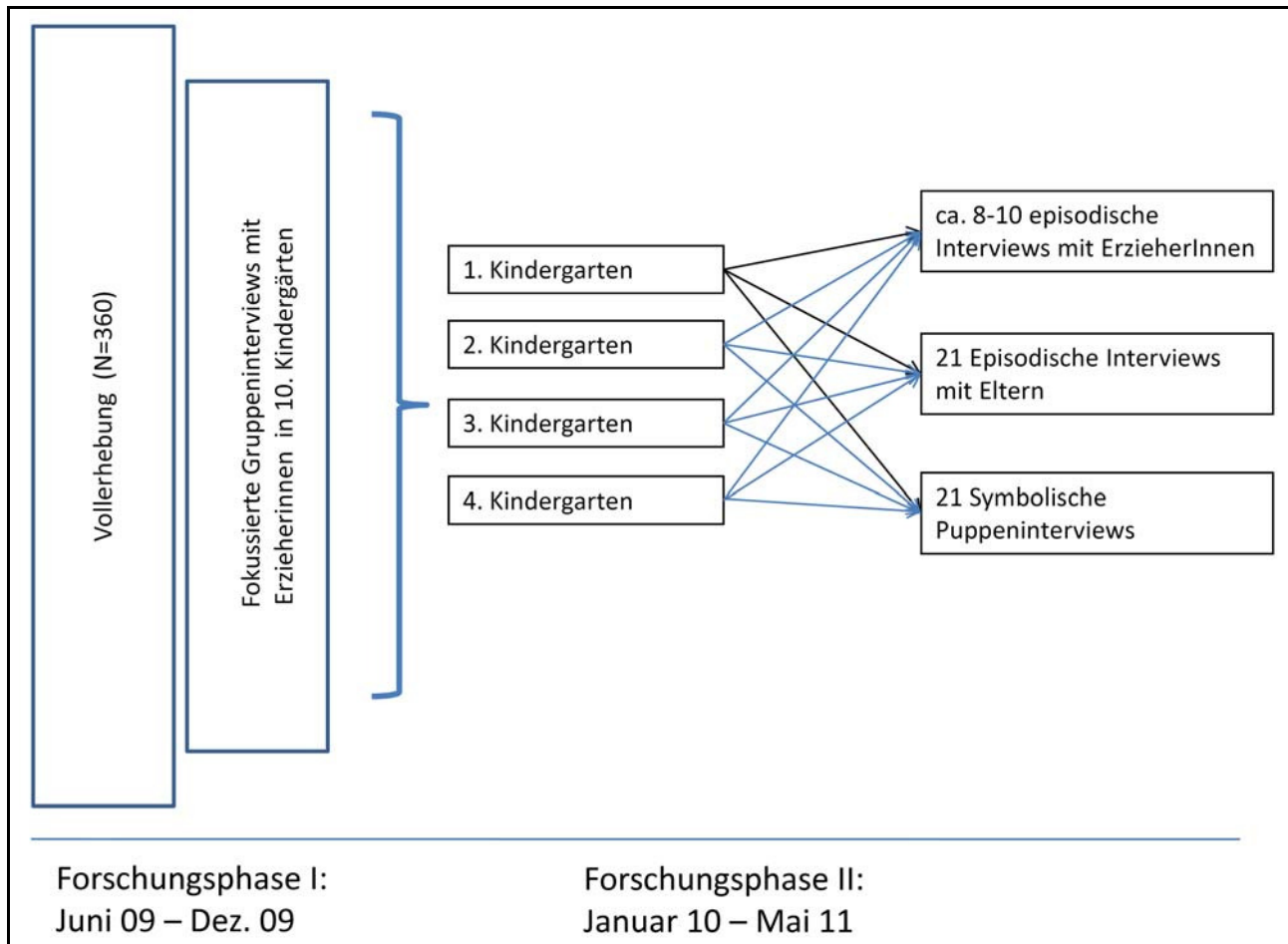
**Prof. Dr. Rolf Werning** hat sich spezifisch mit Bildungs- und Entwicklungsprozessen sozial randständiger Kinder und Jugendlicher auseinandergesetzt. Dazu zählt die Leitung von Projekten zur Planungskompetenz von sozial randständigen Kindern und Jugendlichen, zur Internetnutzung von Schülerinnen und Schülern mit Lernbeeinträchtigungen, zur integrativen Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf, zur Untersuchung von Ganztagsförderschulen, zu Lern- und Entwicklungsprozessen im Übergangsbereich vorschulischer zu schulischer Bildung und zur Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Ferner hat er sich besonders mit systemisch-konstruktivistischen Theoriekonzepten für den erziehungswissenschaftlichen Bereich beschäftigt. Der Antragsteller war Mitglied der Expertenkommission „Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern in Nordrhein-Westfalen, ist Mitherausgeber der Zeitschrift „Lernchancen“ und Mitglied des internationalen Forschungsnetzwerkes „Research on minority groups in special education“.

### 3.2.6. Darstellung des Forschungsprogramms

Das Forschungsvorhaben basiert auf einem vornehmlich qualitativen Forschungsdesign, das zweiphasig und mehrperspektivisch angelegt ist. Der Zugang zur Untersuchung einer systemisch kontextualisierten Entwicklung der Gesundheitsvorstellungen und -konzepte (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) von sozial benachteiligten Kindergartenkindern wird über den institutionellen Kontext der Kindergärten gewählt. In einer ersten Untersuchungsphase sollen die organisationalen Konzepte und professionellen Orientierungen zur Gesundheitsbildung über Onlineerhebungen und über fokussierte Gruppendiskussionen mit ErzieherInnen erhoben werden. Nach einer inhaltsanalytischen Auswertung dieser Daten ist für die zweite Forschungsphase eine Vertiefung und Perspektivenerweiterung in vier Kindergärten geplant. Dabei soll insbe-



sondere die Genese von Gesundheitsvorstellungen des Kindes über symbolische Puppeninterviews exploriert werden. Gleichzeitig zielen episodische Interviews auf die Einbeziehung der entsprechenden Vorstellungen und subjektiven Konstrukte der Eltern und ErzieherInnen als den wichtigsten, die kindliche Entwicklung moderierenden Sozialisationskontexten. Flankierend sollen Ernährungs- und Bewegungstagebücher sowie Einkaufslisten zum Einsatz kommen, durch deren Auswertungen die Angaben der Interviewten unterstützt oder kontrastiert und mit Expertenempfehlungen (FKE, ACSM, WHO) verglichen werden können und so zur Validität der Forschungsergebnisse beitragen. Ein Erhebungsplan ist in der Graphik abgebildet. Im Einzelnen sind die Erhebungen und Auswertungen wie folgt geplant:



### Stichprobendesign

Wie oben bereits ausführlich dargelegt, sind gerade Kinder aus Armutsverhältnissen signifikant häufiger von Übergewicht bzw. Adipositas betroffen. Daher soll der Fokus der Studie auf diese Gruppe gerichtet werden. Insgesamt sollen 21 sozioökonomisch benachteiligte Kinder sowie deren Eltern (primäre Bezugspersonen) und ErzieherInnen teilnehmen. Zwei Drittel dieser Kinder soll deutscher Herkunft sein und ein Drittel dieser Kinder soll einen beidseitigen (beide Eltern) türkischen Migrationshintergrund aufweisen. Dies hat folgende Gründe:

- Sozial randständige Kinder weisen ein deutlich höheres Gesundheitsrisiko als Kinder aus der sozialen Mittel- und Oberschicht auf (vgl. 3.2.3).
- Mittlerweile hat jedes vierte Kind, das in Deutschland geboren wird, einen Migrationshintergrund (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2006).

- Menschen mit türkischem Migrationshintergrund stellen die größte Migrantengruppe in Deutschland dar (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2006; Oerter, Montada 2002, S.894).
- Kinder mit türkischem Migrationshintergrund weisen deutlich ungünstigere Ernährungsmuster auf (vgl. Robert Koch-Institut 2007; Bau, Borde, Matteucci Gothe 2005).

Um geschlechterspezifische Unterschiede in Gesundheitsvorstellungen, -theorien und Körperbild differenziert nach ethnischer Herkunft erfassen zu können, werden nach Möglichkeit beide Geschlechter in ausgewogenem Verhältnis in die Studie einbezogen.

Aus der Studie des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland (2008a) geht klar hervor, dass Kinder mit beidseitigem Migrationshintergrund (beide Eltern) deutlich häufiger unter Übergewicht leiden (19,5%) als Kinder deutscher Herkunft oder Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (14,1% bzw. 13,7%) (vgl. Robert Koch-Institut 2008a). Warum dies so ist, ist wissenschaftlich noch nicht geklärt (Robert Koch-Institut 2008a). Allerdings kann angenommen werden, dass der Grad der Akkulturation der Eltern einen Einfluss auf die Sozialisation der Kinder und damit auch auf ihre Gesundheitsvorstellungen und ihr Körperbild hat (vgl. Schönplflug 1993). Der besseren Kontrastierung wegen sollen in diese Studie nur Kinder mit beidseitigem türkischem Migrationshintergrund einbezogen werden.

Der **mehrstufige Auswahlprozess** beginnt zunächst mit einer Sondierung des Forschungsfeldes durch eine **Onlinebefragung** aller Kindertagesstätten im Großraum Hannover (N=360, städtische Träger, freie Wohlfahrtsverbände und private Initiativen). Dazu wird ein Fragebogen entwickelt, der sich auf die gesundheitspädagogischen Konzepte (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) der Kindergärten und deren Differenziertheit konzentriert. Auf der Basis dieser Daten können erste Aussagen über die gesundheitsbezogene Bildung von Kindern im Vorschulalter gewonnen werden. Zudem sollen zehn Kindergärten ermittelt werden, die von sozioökonomisch benachteiligten Kindern mit und ohne Migrationshintergrund besucht werden, die über ein sehr differenziertes oder unterdurchschnittlich ausgearbeitetes Gesundheitskonzept verfügen und die sich grundsätzlich dazu bereit erklären, an der Hauptstudie teilzunehmen. Mit den ErzieherInnen dieser Einrichtungen werden **fokussierte Gruppeninterviews** mit dem Ziel geführt, ihre Einstellungen als Team zum Thema Gesundheitsbildung und Förderung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) im Kindergarten und den Stellenwert, den sie ihr beimessen, zu ergründen und mehr über ihren allgemeinen Grad der Auseinandersetzung (Informiertheit, Fortbildungen etc.) mit dem Thema (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zu erfahren

Während mit der Onlinebefragung ein Überblick über vorhandene Konzepte erreicht wird, ist es Ziel der fokussierten Gruppendiskussionen, Informationen zu den Haltungen der ErzieherInnen als Team diesen gegenüber und zur ihrer praktischen Umsetzung zu erlangen. So entsteht ein umfassender Einblick in die Wechselwirkungen von theoretischer Ausarbeitung und deren Ausgestaltung durch das Team der ErzieherInnen in diesen Einrichtungen.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Onlinebefragung und der fokussierten Gruppendiskussionen werden im nächsten Schritt vier Kindergärten ausgewählt, in denen die Hauptstudie stattfindet. Dabei wird kontrastierend vorgegangen: Kindergärten mit hoch- und weniger entwickelten Gesundheitskonzepten und -bewusstsein der PädagogInnen werden in die Studie einbezogen.

Zielgruppe der **Hauptstudie** sind Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien mit und ohne türkischen Migrationshintergrund. Sozioökonomische Benachteiligung wird hier in Anlehnung an das Lebenslagenkonzept im Bereich der Armutforschung (vgl. Döring, Haenesch, Huster 1990; Glatze, Hübinger 1990)

als Unterversorgung in zentralen Lebensbereichen (Einkommen, Bildung, Beruf, Wohnen und Gesundheit) verstanden. Von einer sozioökonomischen Benachteiligung soll hier ausgegangen werden, wenn Hinweise über Unterversorgungslagen in mindestens drei der oben benannten zentralen Lebensbereichen vorliegen. Als Indikatoren werden hierzu benannt: (1) Langandauernde Arbeitslosigkeit der Eltern in Verbindung mit ALG II oder Hilfen zum Lebensunterhalt etc.; (2) geringer Bildungsstand; (3) sehr beengte Wohnsituation; (4) sichtbare ökonomische Unterversorgung im Bereich Kleidung und Ernährung; (5) mangelnder Hygienezustand des Kindes.

Zur Rekrutierung der Kinder sollen in den teilnehmenden Kindergärten über Gespräche mit ErzieherInnen als ExpertInnen für die Lebenssituation der von ihnen betreuten Kinder jeweils fünf Kinder, die den oben genannten Kriterien entsprechen, ausgewählt werden. Eltern und Kinder werden über das hier beantragte Projekt und dessen Ziele informiert und sollen so zur Teilnahme an dieser Studie gewonnen werden. Durch diese Transparenz sollen mögliche Vorurteile gegenüber pädagogisch-psychologischer Forschung abgebaut und die Motivation zur dauerhaften Kooperation gesteigert werden. Als Aufwandsentschädigung und zusätzlichen Anreiz soll jede Familie, die an dieser Studie teilnimmt, 100 Euro erhalten. Um die Interviewsituation mit den Kindern vorzubereiten, werden Hospitationen durchgeführt, in denen auf spielerische Art der Kontakt zu ihnen hergestellt wird und so vorab ein gegenseitiges ‚Kennenlernen‘ stattfinden kann.

Neben den **Eltern und Kindern** sollen auch mit den **ErzieherInnen**, die für die Gruppe, die das befragte Kind im Kindergarten besucht, zuständig sind, **ausführliche Interviews** durchgeführt werden.

Die Stichprobengröße wird mit jeweils N=21 (Eltern und Kinder) bzw. 8-10 (ErzieherInnen) für eine qualitative Untersuchung bewusst hoch angesetzt, um gegen mögliche Stichprobenausfälle abgesichert zu sein. Im Rahmen der Stichprobengewinnung werden die teilnehmenden Kinder gezielt ausgewählt. Es handelt sich somit um eine systematische Stichprobe.

Um zu gewährleisten, dass bei der Datenerhebung mit Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund kulturelle Unterschiede und eventuell vorhandene sprachliche Hürden den Ergebnissen der Studie abträglich sind, soll einer der für das Projekt einzustellenden Wissenschaftlichen Mitarbeiter neben seiner fachlichen Qualifikation über sehr gute Türkischkenntnisse verfügen.

## **Erhebungsinstrumente**

### *Standardisierte Befragung auf Internetbasis (Onlinebefragung) und fokussierte Gruppendiskussionen*

Durch die Kombination von Onlinefragebögen und fokussierten Gruppendiskussionen wird in dieser Studie beabsichtigt, Einblicke in organisationale Vorgaben (Gesundheitskonzepte) und ihre alltagspraktische Umsetzung durch die ErzieherInnen zu erlangen. Daher sollen diese beiden Verfahren hier gemeinsam dargestellt werden.

Onlinebefragungen stellen eine internetbasierte Form der Datenerhebung dar, bei der es für die Befragten möglich ist, ihre Antworten in einer interaktiven Maske einzutragen und direkt abzuschicken. Forschungspraktisch hat dies den Vorteil, dass die Daten – da ihre Eingabe bereits durch die Befragten selbst geschieht – vergleichsweise schnell erhoben und dem Analyseprozess zugeführt werden können. Unklar ist bislang, wie gut die Zielgruppe (Leitungspersonen in Kindergärten) dieses Medium nutzt. Sollte sich im Vorfeld der Instrumententwicklung bzw. in der ersten Phase der Datenerfassung herausstellen, dass die Akzeptanz gering ist, kann mithilfe des standardisierten Instrumentes auch eine telefonische Nacherfassung erfolgen.

Nach der Sondierung des Feldes durch Onlinefragebögen werden in zehn in Frage kommenden Kindergärten fokussierte Gruppendiskussionen (vgl. Friebertshäuser 1997; Lamnek 1998; Flick 2007) mit den Erziehe-

rInnen durchgeführt. Der Einsatz von fokussierten Gruppendiskussionen bietet sich vor allem dann an, wenn die Teilnehmer über eine für die Fragestellung des Forschungsprojekts relevante gemeinsame Erfahrung verfügen und auf diese ausgerichtet interviewt werden sollen, sodass sie in all ihren inhaltlichen und emotionalen Facetten beleuchtet werden kann (vgl. Friebertshäuser 1997; Flick 2007). In Bezug auf die Diskussion mit den ErzieherInnen sind inhaltliche und emotionale Facetten gleichermaßen wichtig. Herausgefunden werden soll, wie das Gesundheitskonzept (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) des Kindergartens aufgebaut ist und durch sie gestaltet wird, welchen Stellenwert sie dem Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) im Kindergarten beimessen und ob das Thema innerhalb der Gruppe kontrovers diskutiert wird oder ein allgemeiner Konsens herrscht. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sollen anschließend mit denen der Onlinebefragungen verschränkt und im Rahmen einer ersten Publikation des Forschungsprojekts veröffentlicht werden. Daneben werden diese Ergebnisse auch als Basis für die Auswahl der vier Kindergärten, die an der Hauptstudie teilnehmen, genutzt.

Forschungspraktisch verbinden fokussierte Gruppendiskussionen einen recht offen gehaltenen Leitfaden, durch den den Interviewten die Möglichkeit gegeben wird, eigene thematische Akzente zu setzen, mit halbstrukturierten Fragen, die die Diskussion wieder auf eine spezielle Fragestellung lenken sollen (vgl. Friebertshäuser 1997).

#### *Symbolische Puppeninterviews mit Kindern*

Kinder verfügen noch nicht über dieselbe Sprach- und Erzählkompetenz wie Erwachsene. Interviews mit ihnen, insbesondere wenn sie noch recht jung sind oder über einen Migrationshintergrund verfügen, stellen daher eine Herausforderung für ein Forschungsdesign dar (Mey 2005). Bei symbolischen Interviews wird die Befragung der Teilnehmer mit nonverbalen Ausdrucksformen, wie z.B. dem Zeichnen von Bildern, kombiniert (Fuhs 2000, 2007). Diese Verschränkung macht symbolische Interviews für die Kindheitsforschung interessant, denn hier bietet sich dem Kind die Möglichkeit, trotz sprachlicher Beschränkungen für es relevante lebensweltliche Bezüge herauszustellen. Bei der Planung sollte stets bedacht werden, dass Kinder, vor allem, wenn sie noch recht jung sind, vom Interviewer wesentlich mehr Strukturierungshilfen benötigen als Erwachsene (Mey 2005; Heinzl 1997).

Measelle u.a. (1998) entwickelten im Rahmen der Selbstkonzeptforschung mit dem Berkeley Puppet Interview ein neues Instrument, das sie bei Kindern ab 4 ½ Jahren erfolgreich einsetzen. Es besteht aus einem sehr umfangreichen, ausdifferenzierten und standardisiertem Fragekatalog der mit dem Einsatz von Puppen als Interviewer und Moderatoren kombiniert wird und auch nonverbale Antworten zulässt. Für die Wahl des methodischen Vorgehens in dem hier beantragten Projekt sind jedoch ausschließlich die beiden wesentlichen Vorteile, die die Autoren zum Einsatz von Puppen in den Kinderinterviews bewegten, von Interesse und sollen hier kurz genannt werden: erstens bleiben auch sehr junge und ökonomisch benachteiligte Kinder deutlich länger aufmerksam, wenn Puppen ins Geschehen involviert sind und zweitens kann durch den Einsatz von Puppen ein ‚peer like exchange‘ zwischen Kind und Erwachsenen hergestellt und damit ein Hierarchiegefälle abgebaut werden.

In dem hier beantragten Projekt soll das symbolische Interview durch den Einsatz von Puppen als Moderatoren und Interviewer erweitert werden. Es wird ein Leitfaden entwickelt, zu dem auch Bilder als erzählgenerierende Elemente gehören und der dem Interviewer als Orientierung dienen soll. Den Kindern werden offene, altersgerechte Fragen gestellt. Sie werden gebeten kleinere Aufgaben auf eine spielerische Art zu bearbeiten, sodass auch auf diesem Wege Informationen über ihr Wissen im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung), ihr Körperbild und ihre Gesundheitstheorien gewonnen werden können.

Um diese ausführlichen Interviews mit den Kindern vorzubereiten, werden Hospitationen in Kindergärten durchgeführt. Diese dienen dazu, Scheu abzubauen und mit den Kindern spielerisch in Kontakt zu treten.

Da nonverbale Elemente in symbolischen Interviews eingebettet sind, ist eine rein auditive Dokumentation der Interviews nicht geeignet, um deren Inhalte abzubilden. Sinnvoll ist es, die Gespräche per Video aufzuzeichnen und so zu gewährleisten, dass auch der Umgang mit den Bildern, die Bearbeitung der gestalterischen Aufgaben und die nonverbale Interaktion mit den Puppen zur Analyse zur Verfügung stehen (vgl. Voigt 1997).

#### *Episodische Interviews mit Eltern und ErzieherInnen*

Ziel ist es, die Wissensbestände sowie Strategien zur Informationsbeschaffung, subjektive Theorien sowie Deutungsmuster von Eltern und ErzieherInnen im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zu erforschen. Dazu sollen episodische Interviews genutzt werden. In der theoretischen Explikation der von Flick (1999) entwickelten Methode bezieht er sich einerseits auf Theorien der Gedächtnis- und Erinnerungsforschung, andererseits auf sozialpsychologische Konzepte, die die Abhängigkeit subjektiver Konstrukte von sozialen Konstruktionsprozessen und die narrative Strukturierung von Erfahrungen untersuchen.

Charakteristisch für episodische Interviews ist, dass semantische und episodische Wissensbestände gleichermaßen erfragt werden. Unter episodischem Wissen versteht Flick (1999) Erinnerungen an konkrete Ereignisse oder Situationen. Semantisches Wissen ist davon losgelöstes, generalisiertes, dekontextualisiertes Wissen, das von gemachten und episodisch erinnerten Erfahrungen abstrahiert wird. Narrative Elemente, die den Rückgriff auf das episodische Wissen des Interviewten erlauben, sind daher genauso Teil dieser Interviewtechnik wie das Erfragen von Informationen und bestimmten abstrakteren Sichtweisen.

Forschungspraktisch setzen episodische Interviews einen klaren thematischen Fokus. Ein flexibel zu handhabender Leitfaden, der dem Interviewer als Gedächtnisstütze und Strukturierungshilfe dient, gehört ebenfalls zu dieser Interviewform und wird im Rahmen dieses Projektes für ErzieherInnen und Eltern erarbeitet (vgl. Flick 1997).

Für die Befragung der ErzieherInnen eignet sich das episodische Interview in besonderer Weise: Diese Methode ist für den Einsatz im Bereich professioneller Erfahrungen gut abgesichert, da es im Kontext der Untersuchung der subjektiven Konstrukte verschiedener Berufsgruppen entwickelt und erprobt wurde (vgl. Flick 1996; Flick, Fischer, Schwarz, Walter 2002; Flick, Fischer, Neuber, Schwatz, Walter 2003). Darüber hinaus liegen sehr differenzierte Erfahrungen mit dieser Methode aus sehr unterschiedlichen sozialen Kontexten vor (vgl. Bates 2003; De-Graft Aikins, Ofori-Atta 2007; Farrimond, Joffe 2006; Holl 2005; Mlcakova, Whitley 2004).

Im Rahmen des hier beantragten Forschungsvorhabens gehen wir davon aus, dass diese Methode ebenfalls sehr gut für Interviews mit Eltern geeignet ist. Sie ermöglicht es zum einen, semantisches Wissen in Bezug auf Gesundheitstheorien, Wege der Informationsbeschaffung, Einstellungen und Verhaltensweisen im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) zu erfragen. Zum anderen lässt sie den Eltern immer wieder Freiräume, relevante Geschichten zu diesen Themen aus ihrem oder dem Leben des Kindes zu erzählen. Gerade für Eltern mit geringen metakognitiven und reflexiven Kompetenzen, wie sie bei der von uns untersuchten Gruppe nicht auszuschließen sind, bieten die narrativen Anteile des episodischen Interviews eine ausgezeichnete Möglichkeit, sich über den Rückgriff auf eine der Grundformen der Alltagskommunikation zu artikulieren.

### *Ernährungstagebuch, Bewegungstagebuch und Einkaufslisten*

Flankierend soll zum einen untersucht werden, ob die Angaben der Eltern in den Interviews bezüglich der Ernährung sowie der körperlich-sportlichen Aktivität in der Familie mit ihren Angaben in den Ernährungs- und Bewegungstagebüchern sowie Einkaufslisten zusammenfallen. Zum anderen ist von Interesse, inwieweit Expertenempfehlungen (vgl. Alexy, Clausen, Kersting 2008, Strong et al. 2005, Kavey et al. 2003) im Themenfeld Gesundheit (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) mit dem Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Eltern, ErzieherInnen und Kindern übereinstimmen, wo sie voneinander abweichen und ob sich Tendenzen diesbezüglich erkennen lassen. Dazu wird im Kindergarten die angebotene Nahrung (Speiseplan) sowie sein Gesundheitskonzept (Schwerpunkt Ernährung), einer Dokumentenanalyse unterzogen (vgl. Mayring 2002; Friebertshäuser 1997). In den Familien sollen mit Hilfe von Einkaufslisten und dem Führen eines Ernährungstagebuches für das Kind Rückschlüsse auf seine und die Ernährungsgewohnheiten der Familie gezogen werden. Eltern werden gebeten, alle Einkaufsbelege einer Woche zur Verfügung zu stellen. Durch die aufgelisteten Nahrungsmittelgruppen lassen sich Tendenzen in dem Konsumverhalten der Familie ablesen. Desweiteren wird eine Woche lang ein Ernährungstagebuch von den Eltern geführt. Darin sollen sie vermerken, was, wann, wo und mit wem das Kind gegessen hat. Mittels eines Bewegungstagebuchs wird die alltägliche körperlich-sportliche Aktivität des Kindes sowie auch der Familie erfasst. Um Rückschlüsse auf das Bewegungsverhalten treffen zu können werden in dem Tagebuch u. a. die Aktivität im Sportverein, in der Freizeit sowie auch die alltägliche Nutzung elektronischer Medien aufgezeichnet. Als Gedächtnisstütze und Strukturierungshilfe wird mit ihnen vereinbart, dass im Untersuchungszeitraum täglich Telefoninterviews zu einer fest vereinbarten Zeit durchgeführt und diese Informationen vom Interviewer aufgenommen werden. Durch die Auswertung der Ernährungs- und Bewegungstagebücher sowie der Ernährungsprotokolle können die Inhalte der Interviews unterstützt oder kontrastiert werden und leisten daher einen Beitrag zur Validität der Forschungsergebnisse.

### **Auswertungsprozesse**

In Rahmen des hier beantragten Forschungsprojekts fließen in die Gesamtauswertung die Ergebnisse unterschiedlicher Analysemethoden ein, wobei die Onlinebefragung das einzige quantitative Verfahren in diesem Untersuchungsdesign darstellt. Ihre Auswertung erfolgt im Sinne der deskriptiven Statistik unter Anwendung datenanalytischer Standards (Linert, Raatz 1994; Bortz, Döring 2002; Bühner 2006).

Die fokussierten Gruppendiskussionen werden einer strukturierenden Inhaltsanalyse unterzogen. Charakteristisch für dieses Auswertungsverfahren ist, dass es vorher festgelegte Ordnungsprinzipien an den Text heranträgt (vgl. Mayring, 2002; Flick 1999). Für die Bearbeitung der fokussierten Gruppendiskussionen eignet es sich gut, da im Mittelpunkt steht, wie sich die ErzieherInnen einer Einrichtung als Gruppe zum Thema Gesundheitserziehung (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) positionieren und über welches (Erfahrungs-) Wissen sie verfügen. Um zu gewährleisten, dass alle relevanten Informationen bei der Analyse erfasst werden, sollen die Ordnungsprinzipien so flexibel gestaltet sein, dass neue Kategorien bei Bedarf induktiv gebildet werden können.

Auch die Gesundheitskonzepte der Kindergärten sowie die Bewegungstagebücher werden mit Hilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. In diesem Zusammenhang wird sie jedoch als rein deduktives Verfahren angewendet und ist stark standardisiert. In Bezug auf die Gesundheitskonzepte der Kindergärten erfolgt die Bewertung der Nahrungsmittel (-gruppen) hinsichtlich ihrer ernährungsphysiologischen Bedeutung

analog zu dem vom Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund entwickelten Konzept der optimierten Mischkost (vgl. Alexy, Clausen, Kersting 2008).

Die Daten, die durch Ernährungstagebücher und Einkaufslisten erhoben werden, sollen mit Hilfe des vom Robert Koch-Instituts entwickelten Programms ‚Dishes‘ erfasst und ausgewertet werden.

In Anlehnung an das thematische Kodieren nach Flick (1996, 2004, S.271ff.) und unter Einsatz von Techniken des offenen Kodierens nach Strauss (vgl. 1994, S.95ff; Strauss, Corbin 1996) werden die zuvor transkribierten Interviews mit Eltern und ErzieherInnen zunächst einer Einzelfallanalyse unterzogen. Dieser Auswertungsprozess wird nicht als gänzlich offener gestaltet, sondern ist durch die spezifische, auf die Gesundheitsvorstellungen und die Gesundheitstheorien (Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) sowie das Körperbild von ErzieherInnen und Eltern hin abzielende Fragestellung dieser Studie fokussiert. Dennoch wird es erforderlich sein, mittels Prozessen des offenen Kodierens relevante Konstruktionsmomente und thematische Dimensionen zu erschließen, die vorweg nicht bekannt sind.

Auch die symbolischen Puppeninterviews mit den Kindern werden mit Hilfe der oben beschriebenen Synthese aus thematischem und offenem Kodieren analysiert. Dies wird möglich, weil nonverbale Kommunikation mit den Puppen, die Reaktion auf Bilder, oder das Lösen der Aufgaben, unter Rückgriff auf die Videodokumentation verschriftlicht und eingebettet in die Transkription dem Analyseprozess zugänglich gemacht werden (vgl. Fuhs 2007). Dies ist insbesondere in Zusammenhang mit dem Einsatz von Bildern oder Aufgaben im Interview sinnvoll, weil auf sie im weiteren Verlauf des Gespräches Bezug genommen wird und das Kind dem Interviewer seine Sichtweisen erläutert und damit eine wichtige Interpretationshilfe schafft (vgl. Billmann-Mahecha 2005). Um Unklarheiten auszuräumen werden von diesen Elementen des Interviews zusätzlich die entsprechenden Videosequenzen als Bild festgehalten und der Transkription beigelegt.

Über diese Kodierprozesse sollen die zentralen Züge der Konstruktionen über die Entwicklung von Gesundheitstheorien und Körperbild des einzelnen Kindes, von ErzieherInnen, Eltern und dem betreffenden Kind verglichen, ihre Interdependenzen herausgearbeitet, mit Hilfe der Ernährungstagebücher und –protokolle ergänzt bzw. kontrastiert und auf der Ebene der einzelnen Fälle in Beziehung zueinander gebracht werden. Dabei werden auf dieser Ebene der Integration, die Differenzen der Perspektiven der verschiedenen beteiligten Personen deutlich darzustellen sein. Anschließend soll ausgehend von diesen Ergebnissen eine fallübergreifende Betrachtung erfolgen.

### **3.2.7. Für das Projekt relevante Kooperationspartner benennen und Kooperationen darlegen**

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Prof. h. c. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin), Osterheimer Str. 220, 51109 Köln
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Thomas Kliche, Dipl.-Pol., Dipl.-Psych., Martinistr. 52, 20246 Hamburg
- Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE), Dortmund, PD Dr. Mathilde Kersting, Heinstück 11 44225 Dortmund

Die Kooperationspartner werden zunächst eingebunden bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente. So wird z.B. für die Online-Befragung und die Fokusgruppen der von der BZgA gemeinsam mit dem UKE entwickelte Fragebogen für eine deutschlandweite Erhebung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindergärten sowie die damit verbundene vorliegende Expertise mit genutzt. Das FKE verfügt über eine große Expertise zur Erfassung des Ernährungsverhaltens. Darüber hinaus werden die Ergebnisse mit den Kooperationspartnern diskutiert.

### 3.3. Inhaltlich-strukturelle Einbindung des Forschungsprojektes in die Themensetzung der Ausschreibung

Die Ausschreibung des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur beschreibt als Ziel, dass die Projekte zur Erforschung und Entwicklung von Konzepten für eine gesundheits- und begabungsfördernde vorschulische und schulische Bildung beitragen. Das hier beantragte Projekt hat einen direkten Bezug zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung und ist dem Themenschwerpunkt der Elementarpädagogik zuzuordnen.

### 3.4. Arbeits- und Zeitplan

Die Durchführung des Forschungsprojektes ist für den Zeitraum vom 1. Juni 2009 bis zum 31. Mai 2011 vorgesehen.

#### Projektphase I

1. Juni 09 - 30. September 09	Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Onlinebefragung der Kindergärten in der Region Hannover (Vollerhebung) Vorbereitung der fokussierten Gruppendiskussionen
1. Oktober – 31. Oktober 09	Vorbereitung und Durchführung von 10 fokussierten Gruppendiskussionen und deren Transkription
1. Oktober – 31. Dezember 09	Auswertung der Gruppendiskussionen und primäre Ergebnissicherung der ersten Projektphase

#### Projektphase II

1. Januar 10 – 31. Januar 10	Hospitationsphase, Leitfadententwicklung und Anpassung der Interviewinstrumente
1. Februar 10 – 15. März 10	Durchführung von <ul style="list-style-type: none"> <li>• 21 symbolischen Puppeninterviews mit Kindern</li> <li>• 21 episodischen Interviews mit Eltern</li> <li>• ca. 8-10 episodischen Interviews mit ErzieherInnen.</li> </ul> Erhebung der Ernährungsgewohnheiten der Familien durch Ernährungstagebücher und Einkaufslisten. Transkription der Interviews
15. März 10 bis 31. Dezember 10	Auswertung der Interviews, Ernährungs- und Bewegungstagebücher und Einkaufslisten und integrative Beschreibung der Fallstudien, Peer Debriefing
1. Januar 11 bis 31. Mai 11	Integration der Ergebnisse der ersten und zweiten Projektphase, Fertigstellung von Publikationen und Berichterlegung



## 5. Anhang

### 5.1. Kurzbiographien der beteiligten leitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

#### Prof. Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Dipl.-Päd.

- 08/1988: Abschluss Diplom-Pädagogik, Universität Hildesheim  
11/1995 Promotion Dr. rer. biol. hum.. Medizinische Hochschule Hannover  
03/2002 Venia legendi für das Fach „Public Health“, Medizinische Hochschule Hannover  
09/2005 Ernennung zur Außerplanmäßigen Professorin, Medizinische Hochschule Hannover

#### Publikationen

- Bramesfeld, A., Klippel, U., Seidel, G., Schwartz, F.W., Dierks, M.L. (2007). How do patients expect mental health services to act? Testing the WHO Responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. *Soc Sci Med*, (65), 880-889.
- Dierks, M.L., Seidel, G., Lingner, H., Schneider, N., Schwartz, F.W. (2007). Die Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover. *Zeitschrift Managed Care*, (7/8), 34-40.
- Seidel, G., Kurtz, V., Dierks, M.L. (2005). Stärkung der Patientensouveränität durch unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung – Erfahrungen aus der Umsetzung des § 65 b SGB V. *Psychomed*, (17(1)), 7-13.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.), Dierks, M.L., Seidel, G., Schwartz, F.W., Horch, K. (2006). *Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland. Gesundheitsbericht für Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Dierks, M.L., Seidel, G. (2005). Surveys im Gesundheitswesen – wie ergänzen sich quantitative und qualitative Befragungsmethoden? Erfahrungen aus dem deutschen Teil der Studie "The Future Patient". In: Streich W, Braun B, Helmert U (Hrsg.). *Surveys im Gesundheitswesen. Entwicklungen und Perspektiven*

#### Dipl.-Sozialwiss. Michael Urban

- 05/1998: Diplom im Studiengang Sozialwissenschaften, Universität Hannover  
05/2008: Promotion an der Philosophischen Fakultät der Leibniz Universität Hannover (Note: „ausgezeichnet“)  
seit 09/1998: wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sonderpädagogik in den Abteilungen Pädagogik bei Verhaltensstörungen und Pädagogik bei Beeinträchtigungen des Lernens.

#### Publikationen:

- Urban, M. (2008). Funktionen und Arbeitsformen mobiler Unterstützungssysteme am Beispiel eines systemisch arbeitenden Beratungsdienstes. In H. Reiser, A. Dlugosch, M. Willmann (Hrsg.), *Professionelle Kooperation bei Gefühls- und Verhaltensstörungen* (215-235). Hamburg: Kovac.
- Urban, M., Reiser, H., Willmann, M. (2008). Ambulante / Mobile Hilfen. In: B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius (Hrsg.) *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik Bd. 3* (668-685). Göttingen: Hogrefe.

- Urban, M. (2008). Form, System und Psyche. Psychische Systeme und strukturelle Kopplung in der Systemtheorie Niklas Luhmanns. Probleme der theoretischen Konstruktion unter Berücksichtigung von Beispielen aus dem Erziehungssystem. Universität Hannover: Dissertation. (erscheint voraussichtlich im Frühjahr 2009 bei VS)
- Reiser, H., Willmann, M, Urban, M. (2007). *Sonderpädagogische Unterstützungssysteme bei Verhaltensproblemen in der Schule. Innovationen im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Reiser, H., Willmann, M., Urban, M., Sanders, N. (2003). Different models of social and emotional needs consultation and support in German schools. *European Journal of Special Needs Education*, 18, 37-51.

#### Prof. Dr. phil. Ulla Walter

- 1979 - 1986 Studium Lehramt Sekundarstufe II für Biologie, Geographie an der Universität Oldenburg, Erwerb der Lehrbefähigung für das Gymnasium für die Fächer Biologie und Geographie (2. Staatsexamen)
- 1991 Promotion zum Dr. phil. an der Universität Oldenburg im Fachbereich Pädagogik
- 2001 Habilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover, Venia legendi in Public Health
- 1987 - 1992 wiss. Mitarbeiterin an der Universität Bremen
- 1992 - 2004 wiss. Mitarbeiterin an der Med. Hochschule Hannover
- Seit 2004 Stiftungsprofessur für Prävention und Rehabilitation in der system- und Versorgungsfor- schung, Medizinische Hochschule Hannover

#### Publikationen:

- Bitzer E, Walter U Schwartz FW (Hrsg.) (2009). Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Springer: Heidelberg (im Druck).
- Walter U, Liersch S, Krauth K, Henze V, Röbl M (2008). Tägliche Bewegung in der Schule: Das Praxisprojekt „fit für pisa“. In: KKH, Medizinische Hochschule Hannover (Walter) (Hrsg.). Weißbuch Prävention 2007/2008. BEWEGlich? Ursachen, Risikofaktoren und Ansätze der Prävention. Springer: Heidelberg
- Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W (2007). Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatrische Praxis* 34: 349-353.
- Walter U, Lux R (2006). Prävention – Brauchen wir unterschiedliche Strategien bei Frauen und Männern? In: Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (Hrsg.). *Geschlechterforschung in der Medizin*. Peter Lang: Frankfurt, 35-48.
- Walter U, Kramer S, Röbl M (2005). Körperliche (In)Aktivität in Kindheit und Jugend. *Dtsch Med Wochenschr* 130 (50): 10-12.

#### Prof. Dr. Rolf Werning

- I und II Staatsexamen für Sonderpädagogik (Universität Dortmund)

- Diplom in Erziehungswissenschaft (Universität Dortmund)
- Promotion in Erziehungswissenschaft (Universität Dortmund)
- Lehrer für Sonderpädagogik in Hagen (Westfalen)
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Pädagogik, Universität Bielefeld
- Ruf auf eine Professur für Lernbehindertenpädagogik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Ruf auf eine Professur für Integrative Pädagogik und Didaktik an der Universität zu Köln
- Seit 1997 Professor für Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen an der Leibniz Universität Hannover
- Gastprofessur an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Österreich), Institut für Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung

#### Publikationen:

- Werning, R. (2003). Entwicklung von Planungskompetenzen in den Lebenswelten moderner und sozial randständiger Kinder. In P. Gehrman, B. Hüwe (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche in erschweren Lernsituationen (7-37)*. Suttgart: Kohlhammer.
- Werning, R./Lütje-Klose, B. (2006): Einführung in die Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen. München, Basel: UTB.
- Werning, R. (2007): Das systemisch-konstruktivistische Paradigma. In: Walter, J. / Wember, F.B. (Hrsg.): *Sonderpädagogik des Lernens. Handbuch Sonderpädagogik Bd.2*, Göttingen u.a., S. 128-142.
- Werning, R.; Löser, J., Urban, M. (2008). Cultural and social diversity. An analysis of minority groups in German schools. *J Spec Education*, 42, 1, S.: 47-54.
- Werning, R. / Reiser, H. (2008): Sonderpädagogische Förderung. In: Cortina, K.S. / Baumert, J. / Leschinsky, A. / Mayer, K.U. / Trommer, L. (Hrsg.): *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Entwicklungen im Überblick*. Reinbek bei Hamburg, S. 505-539.

## 6. Literatur

- ACSM - American College of Sports Medicine (2005). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. Baltimore: Lippincott Williams, Williams.
- Alexy, U., Clausen, K., Kersting, M. (2008). Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimalen Mischkost. *Ernährungs Umschau*, (55(3)), 168–177.
- Anderson, P. M., Butcher, K. F. (2006). Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *The Future of Children*, (vol. 16, No. 1), 2006.
- Antonovsky, A., Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Vol. 36). Tübingen: DGVT-Verl.
- Baker, J., Olsen, L., Sørensen, T. (2007). Childhood Body-Mass Index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med*, (357), 2329-2337.
- Barlösius, E., Feichtinger, E., Köhler, B. M. (1995). *Ernährung in der Armut: Gesundheitliche, soziale und kulturelle Folgen in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Ed. Sigma.
- Bates, J. A. (2003). Use of narrative interviewing in everyday information behaviour research. *Library and Information Studies*, (26(1)), 15–28.
- Bau, Borde, Matteucci Gothe (2005). Ernährungsverhalten von 3- bis 6-jährigen Kindern verschiedener Ethnien: Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. In H. Hesecker, S. Beer, I. Heindl, B. Methfessel, K. Schlegel-Matthies, C. Vohmann (Eds.), *Neue Aspekte der Ernährungsbildung ; mit 51 Tabellen, Neue Aspekte der Ernährungsbildung ; mit 51 Tabellen* (pp. 52–58). Frankfurt am Main: Umschau Zeitschriftenverl.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch, Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2nd ed., pp. 517–534). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Bellisle, F., Rolland-Cachera, M.F., Kellogg Scientific Advisory Committee 'Child and Nutrition' (2007). Three consecutive (1993, 1995, 1997) surveys of food intake, nutritional attitudes and knowledge, and lifestyle in 1000 French children, aged 9-11 years. *J Hum Nutr Diet*, (20(3)), 241-251.
- Bengel, J., Strittmatter, R., Willmann, H. (2002). *Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert ; eine Expertise* (7., erw. Neuaufl., Vol. 6). Köln: BZgA.
- Berenson, G., Srinivasan, S., Bao, W., Newman, W., 3rd, Tracy, R., Wattigney, W. (1998). Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. *N Engl J Med*, (338(23)), 1650-1656.
- Billmann-Mahecha, E. (2005). Die Interpretation von Kinderzeichnungen. In G. Mey (Ed.), *Handbuch qualitative Entwicklungspsychologie, Handbuch qualitative Entwicklungspsychologie* (pp. 435–454). Köln: KSV Kölner Studien-Verl.
- Bortz, J., Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler ; mit 70 Tabellen* (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bös, K. (2003). *Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Karlsruhe: Universität Karlsruhe.
- Branca, F. (2007). *WHO/Europa - Adipositas in Europa - Hintergrund /// The challenge of obesity in the WHO*

- European region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Bronfenbrenner, U., Lüscher, K. (1993). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente* (1. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Bronfenbrenner, U., Lüscher, K. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Broschat, T. (2008). Projekt "Unser Platz" bietet Bewegungsräume in Marzahn. *Infodienst für Gesundheitsförderung*, (8(2)), 16.
- Brüsemeister, T. (2000). *Qualitative Forschung: Ein Überblick* (1. Aufl., Vol. 6). Wiesbaden: Westdt. Verl.
- Bühner, M. (2006). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2006). *Migrationsbericht*. Retrieved December 23, 2008, from [www.bmi.bund.de](http://www.bmi.bund.de).
- Chen, X., Sekine, M., Hamanishi, S., Yamagami, T., Kagamimori, S. (2005). Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. *Child Care Health Dev*, (31(4)), 433-439.
- Crespo, C., Smit, E., Troiano, R., Bartlett, S., Macera, C., Andersen, R. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*, (155(3)), 360-365.
- Csabi, G., Torok, K., Jeges, S., Molnar, D. (2000). Presence of metabolic cardiovascular syndrome in obese children. *Eur J Pediatr*, (159(1-2)), 91-94.
- Czerwinski-Mast, M., Danielzik, S., Asbeck, I., Langnäse, K., Spethmann, C., Müller, M. (2003). Kieler Adipositaspräventionsstudie (KOPS). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, (46), 727-731.
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnase, K., Dilba, B., Muller, M. (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *Int J Obes Relat Metab Disord*, (28(11)), 1494-1502.
- De-Aikins, A., Ofori-Atta, A. L. (2007). Homelessness and mental health in Ghana: Everyday experiences of Accra's migrant squatters. *Journal of Health Psychology*, (12(5)), 761-778.
- Diguseppi, C., Roberts, I. (1997). Influence of changing travel patterns on child death rates from injury: trend analysis. *BMJ*, (314(7082)), 710-713.
- Döring, D., Hanesch, W., Huster, E.U. (1990). Armut als Lebenslage. Ein Konzept für Armutsberichterstattung und Armutspolitik. In: Döring, D., Hanesch, W., Huster, E.U. (Eds.), *Armut im Wohlstand: Vol. 1595 = N.F., 595. Edition Suhrkamp* (1st ed., pp. 7-27). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dross, M. (1998). Warum bin ich trotz allem gesund geblieben?: Subjektive Theorie von Gesundheit am Beispiel von psychisch gesunden Frauen. In U. Flick (Ed.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit: Gesundheitsforschung*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Farrimond, H. R., Joffe, H. (2006). Pollution, peril and poverty: A British study of the stigmatization of smoke-

- rs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, (16(6)), 481–491.
- FKE - Forschungsinstitut für Kinderernährung Retrieved November 17, 2008, from Interface Medien GmbH: <http://www.fke-do.de/content.php?seite=seiten/inhalt.php&details=560>.
- Flick, U (1997): *the episodic Interview. Discussion papers in qualitative research* 5. London: LSE Methodology Institute. Zugriff unter:  
<http://lse.ac.uk/collections/methodologyInstitute/pdf/QalPapers/Flick/episodic.pdf> [31.01.2008]
- Flick, U. (1996). *Psychologie des technisierten Alltags: Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten* (Vol. 28). Opladen: Westdt. Verl.
- Flick, U. (1999). Social constructions of change: qualitative methods for analysing developmental processes. *Social Science Information*, (38(4)), 631–658.
- Flick, U. (2004). *Qualitative Sozialforschung. Vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage, 2. Aufl.* Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, U; Fischer, C.; Neuber, A. Schwartz, F.W., Walter, U. (2002). Symposium :“Social representations of health an illness“ – Social representations of health held by health professionals: The case of general practitioners an home-care nurses. *Social Science Information* 41(4), 581-602.
- Flick, U; Fischer, C.; Neuber, A. Schwartz, F.W., Walter, U. (2003). Health in Context of Growing Okd: Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology* 8(5), 539-556.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE). *Projektbörse : Kindertagesstätten-Ernährungs-Situations-Studie (KESS)*. Retrieved December 03, 2008, from <http://www.kita-bildungsserver.de/85.0.html>.
- Friebertshäuser, B. (1997). Interviewtechniken - ein Überblick. In B. Friebertshäuser, A. Prengel (Eds.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa-Verl.
- Fuhs, B. (2000). Qualitative Interviews mit Kindern. Überlegungen zu einer schwierigen Methode. In F. Heinzel (Ed.), *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive: Vol. 18. Kindheiten* (pp. 87–104). Weinheim: Juventa-Verl.
- Fuhs, B. (2007). *Qualitative Methoden in der Erziehungswissenschaft*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Geyer, S. (2006). Antonovsky’s sense of coherence - ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In H. Wydler (Ed.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts: Juventa-Materialien* (3rd ed., pp. 71–83). Weinheim: Juventa-Verl.
- Gillman, M. (2004). A life course approach to obesity. In: Kuh D, Shlomo Y (Hrsg.). *A life approach to chronic disease epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Glatzer, W., Hübinger, W. (1990). Lebenslagen und Armut. In: Döring, D., Hanesch, W., Huster, E.U. (Eds.), *Armut im Wohlstand: Vol. 1595 = N.F., 595. Edition Suhrkamp* (1st ed., pp. 31–55). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gortsmaker, S., Must, A., Sobol, A., Peterson, K., Colditz, G., Dietz, W. ( 1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*, (150), 356-362.
- Grunert, C., Krüger, H.-H. (2006). *Kindheit und Kindheitsforschung in Deutschland: Forschungszugänge und*

*Lebenslagen*. Opladen: Budrich.

- Hanson, M., Chen, E. (2007). Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature. *J Behav Med*, (30), 263-285.
- Heindl, I. (2002). Biographische Aspekte des Essens und Trinkens. In B. Methfessel (Ed.), *Essen lehren, Essen lernen: Beiträge zur Diskussion und Praxis der Ernährungsbildung ; Bericht zum 4. Heidelberger Ernährungsforum, Essen lehren, Essen lernen. Beiträge zur Diskussion und Praxis der Ernährungsbildung ; Bericht zum 4. Heidelberger Ernährungsforum* (3rd ed., pp. 175–182). Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.
- Heindl, I. (2002). Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. Bad Heilbrunn: Verl. Julius Klinkhardt.
- Heindl, I. (2005). Gesundheit und soziale Zugehörigkeit: Probleme der Vermittlung in Bildung und Beratung. In H. Hesecker, S. Beer, I. Heindl, B. Methfessel, K. Schlegel-Matthies, C. Vohmann (Eds.), *Neue Aspekte der Ernährungsbildung ; mit 51 Tabellen, Neue Aspekte der Ernährungsbildung ; mit 51 Tabellen*. Frankfurt am Main: Umschau Zeitschriftenverl.
- Heinzel, F. (1997). Qualitative Interviews mit Kindern. In B. Friebertshäuser, A. Prengel (Eds.), *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft, Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (pp. 396–413). Weinheim: Juventa-Verl.
- Höfer, R. (2006). Kohärenzgefühl und Identitätsentwicklung - Überlegungen zur Verknüpfung salutogenetischer und identitätstheoretischer Konzepte. In H. Wydler (Ed.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts: Juventa-Materialien* (3rd ed., pp. 57–69). Weinheim: Juventa-Verl.
- Holl, A. (2005). Narrating diversity: Plants, personal knowledge and life stories in German home gardens. In M. Markussen (Ed.), *Valuation and conservation of biodiversity: Interdisciplinary perspectives on the convention on biological diversity ; with 34 tables, Valuation and conservation of biodiversity. Interdisciplinary perspectives on the convention on biological diversity ; with 34 tables*. Berlin: Springer.
- Hopf, C. (2008). Qualitative Interviews - ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff, I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch: Vol. 55628. Rororo Rowohlt's Enzyklopädie* (6th ed., pp. 349–360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- International Life Sciences Institute (2000 // 2002). *Overweight and obesity in European children and adolescents: Causes and consequences - prevention and treatment // Causes and consequences - prevention and treatment ; Report* (2. pr.). Brüssel: ILSI Europe [u.a.].
- Jork, K. (2003a). Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In K. Jork, A. Aziz, N. Peseschkian (Eds.), *Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben: Gesundheitsberufe* (1st ed.). Bern: Huber.
- Jork, K. (2003b). Leben im Kontinuum zwischen Salutogenese und Pathogenese. In K. Jork, A. Aziz, N. Peseschkian (Eds.), *Salutogenese und positive Psychotherapie. Gesund werden - gesund bleiben: Gesundheitsberufe* (1st ed.). Bern: Huber.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., Schlaud M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (50), 836-850.

- Katzmarzyk, P., Tremblay, A., Perusse, L., Despres, J., Bouchard, C. (2003). The utility of the international child and adolescent overweight guidelines for predicting coronary heart disease risk factors. *J Clin Epidemiol*, (56(5)), 456-462.
- Kavey, R., Daniels, S., Lauer, R., Atkins, D., Hayman, L., Taubert, K. (2003). American heart association guidelines for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease beginning in childhood. *Circulation*, (107(11)), 1562-1566.
- Kelder, S., Perry, C., Klepp, K., Lytle, L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*, (84(7)), 1121-1126.
- Kersting, M. (2009). Ernährung. In Bitzer E, Walter U., Schwartz F.W. (Eds.), *Kindergesundheit. Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung.*, *Kindergesundheit. Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung.* . Heidelberg (im Druck): Springer.
- Kliche, T., Deu, A., Ewald, E., Post, M., Wessolowski, N., Wormitt, K., Koch, U. (2007). *Wirkungen Schulscher Gesundheitsförderung: Eine Wirkungsabschätzung der Setting-Interventionen im Projekt „Gesund leben lernen“ (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt). Gesundheitswirkungen von Prävention: Verfahrensentwicklung zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V.* Hamburg.
- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen.* Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Kumanyika, s., Grier, S. (2006). Targeting Interventions for Ethnic Minority and Low-Income Populations. *The Future of Children*, (16), 187–207.
- Kurth, B.M., Schaffrath, Rosario. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (50(5/6)), 736-743.
- Lamnek, S. (1998). *Gruppendiskussion: Theorie und Praxis* (1. Aufl., Vol. 8303). Weinheim: Beltz.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N., Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (50(5/6)), 634-642.
- Lienert, G. A., Raatz, U., Lienert-Raatz (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5., völlig neubearb. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Lohaus, A. (1990). *Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern.* Göttingen: Hogrefe.
- Maoz, B. (1998). Salutogenese - Geschichte und Wirkung einer Idee. In W. Schüffel (Ed.), *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis, Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis* (pp. 13–22). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Markussen, M., Buse, R., Garrelts, H., Máñez Costa, M. A., Marggraf, R., Menzel, S. (2005). *Valuation and Conservation of Biodiversity: Interdisciplinary Perspectives on the Convention on Biological Diversity*, from <http://dx.doi.org/10.1007/b138669>.
- Mast, M. (1998). *Asipositas bei 5-7jährigen Kindern: Charakterisierung des Ernährungszustandes und mögli-*



*cher sozialer und verhaltensabhängiger Einflußfaktoren*, Christian-Albers-Universität, Kiel, from Christian-Albers-Universität: .

- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz-Verl.
- Measelle, J. R., Ablow, J. C., Cowan, P. A., Cowan, C. P. (1998). Assessing Young Children's Views of Their Academic, Social, and Emotional Lives: An Evaluation of the Self-Perception Scales of the Berkeley Puppet Interview. *Child Development*, (Vol. 69, No. 6), 1556–1576.
- Mey, G. (2005). Forschung mit Kindern - zur Relativität kindangemessener Methoden. In G. Mey (Ed.), *Handbuch qualitative Entwicklungspsychologie, Handbuch qualitative Entwicklungspsychologie* (pp. 151–184). Köln: KSV Kölner Studien-Verl.
- Mlcakova, A., Whitley, E. A. (2004). Configuring peer - to - peer software: An empirical study of how users react to the regulatory features of software. *European Journal of Information Systems*, (13(2)), 95–102.
- Moebus, H. M.-J., Moebus, S. (2005). *Adipositasprogramme - (k)eine Hilfe für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche?: Studie zur Ausrichtung und Wirkung von Programmen zur Gesundheitsförderung von übergewichtigen Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen /// Studie zur Ausrichtung und Wirkung von Programmen zur Gesundheitsförderung von übergewichtigen Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen* (1. Aufl., Vol. 11). Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft GmbH; Wirtschaftsverl. N. W. Verl. für Neue Wiss.
- Moen, P., Elder, G. H., Lüscher, K. (1995). *Examining lives in context. Perspectives on the ecology of human development*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Muntean, W. (2000). *Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen: Medizinische Grundlagen*. Wien: Springer.
- Oerter, R., Montada, L., Oerter-Montada (2002). *Entwicklungspsychologie: [Lehrbuch]* (5., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Popkin, B.M., Duffey, K., Gordon-Larsen, P. (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology and Behaviour*, (86), 603-613.
- Pudel, V. (1997). Ernährung. In R. Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch, Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2nd ed., pp. 151–174). Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.
- Reilly, J., Jackson, D., Montgomery, C., Kelly, L., Slater, C., Grant, S. et al. (2004). Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*, (363(9404)), 211-212.
- Reinehr, T., Andler, W., Denzer, C., Siegried, W., Mayer, H., Wabitsch, M. (2005). Cardiovascular risk factors in overweight German children and adolescents: relation to gender, age and degree of overweight. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, (15(3)), 181-187.
- Reinehr, T., Bürk, G., Andler, W. (2001). Häufigkeit von Primär- und Folgeerkrankungen bei der kindlichen Adipositas. *Aktuel Ernaehr Med*, (26), 235.
- Robert Koch-Institut (2008a). *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Robert Koch-Institut (2008b). *Erkennen - Bewerten - Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. (Robert Koch-Institut, & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Eds.). Ber-

lin: RKI.

- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI, Paul-Ehrlich-Institut (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. (50 (5/6)), 529-908.
- Sääkslahti, A., Numminen, P., Varstala, V., Helenius, H., Tammi, A., Viikari, J. et al. (2003). Physical activity as a preventive measure for coronary heart disease risk factors in early childhood. *Scand J Med Sci Sports*, (14), 143-149.
- Schenk, L., Razum, O. (2009). Migration und Soziale Benachteiligung. Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung. In: Bitzer E, Walter U Schwartz FW (Hrsg.). *Kindergesundheit. Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung* (im Druck). Heidelberg: Springer.
- Schmidt, W., Eichhorn, J. (2007). *Eine Frage der Qualität: Integration von Kindern und Jugendlichen in den organisierten Sport*. Deutsche Sportjugend.
- Schönpflug, U., Amamdar-Niemann, M. (1993). Erziehungsklima und Schulbiographie. *Unterrichtswissenschaft*, (21), 125–145.
- Steinberger, J., Daniels, S. (2003). Obesity, insulin resistance, diabetes, and cardiovascular risk in children: an American Heart Association scientific statement from the Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in the Young Committee (Council on Cardiovascular Disease in the Young) and the Diabetes Committee (Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism). *Circulation*, (107(10)), 1448-1453.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung* (Vol. 10). München: Fink.
- Strauss, A. L., Corbin, J. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Unveränd. Nachdr.). Weinheim: Beltz.
- Strong, W., Malina, R., Blimkie, C., Daniels, S., Dishman, R., Gutin, B. et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, (146(6)), 732-737.
- von Kries, R. (2004). Adipositas bei Kindern in Bayern - Erfahrungen aus den Schuleingangsuntersuchungen. *Gesundheitswesen*, (66(Sonderheft 1)), 580-585.
- Wang, H., Sekine, M., Chen, X., Yamagami, T., Kagamimori, S. (2008). Lifestyle at 3 years of age and quality of life (QOL) in first-year junior high school students in Japan: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Qual Life Res*, (17(2)), 257-265.
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*, (337(13)), 869-873.
- World Health Organization – WHO (2004). Young people's health in context: selected key findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. Retrieved September 02, 2008, from I World Health Organization: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0404e.pdf>.
- Wydler, Kolip, Abel (2006). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl- Einleitung und Überblick. In H. Wydler (Ed.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts: Juventa-Materialien* (3rd ed., pp. 11–19). Weinheim: Juventa-Verl.