



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheitsförderung in Österreich-
Nationale Gesundheitsinformation und
zielgruppenorientierte, gesundheitsfördernde
Projekte“

Verfasserin

Kerstin Maria Lepuschitz

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A474

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium

Ernährungswissenschaften

Betreuerin:

Ass.- Prof. Mag. Dr. Petra Rust

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst wurde. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet. Die wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen aus den benutzten Quellen wurden als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner Prüfungskommission vorgelegt oder veröffentlicht. Diese Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Kerstin Maria Lepuschitz

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich einigen Personen meinen Dank aussprechen, die mich bei der Entstehung dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

Als Erstes danke ich meinen Eltern, die mir das Studium und somit diese Arbeit ermöglicht haben und mir in der Studienzeit moralisch immer zur Seite gestanden sind.

Bei Frau Ass.- Prof. Mag. Dr. Petra Rust möchte ich mich für die fachliche Betreuung und die Beantwortung meiner Fragen bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Bruder Mag. Martin Pfeiffer, der mir sehr viel Motivation gab und mir bei graphischen Fragen immer zur Seite stand.

Nicht zuletzt danke ich all meinen lieben Freunden, die mir sowohl emotionale Unterstützung gaben, als auch durch ihre Anregungen und Gedankenstöße weitergeholfen haben, insbesondere Mag. Bettina Krainer und Mag. Markus Rack.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG.....	1
2	LITERATUR	3
2.1	GRUNDLAGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	3
2.1.1	Definition von Gesundheit	3
2.1.2	Definition von Krankheit.....	9
2.1.3	Public Health / Gesundheitswissenschaften	10
2.1.4	Public Health Nutrition	11
2.1.5	Determinanten der Gesundheit.....	11
2.1.6	Gesundheitsindikatoren.....	14
2.1.7	Biomedizinisch wissenschaftliches Modell der Gesundheit.....	16
2.1.8	Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum	17
2.1.9	Salutogenese.....	18
2.1.10	Kohärenzgefühl (Sense of coherence)	20
2.1.11	Definition von Gesundheitsförderung	21
2.1.12	Entwicklung der Gesundheitsförderung – historisch und international	27
2.1.13	Prävention im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung	30
2.1.14	Empowerment.....	31
2.1.15	Partizipation	35
2.1.16	Health literacy – Gesundheitskompetenz	37
2.2	SETTINGS UND ZIELGRUPPEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG..	40
2.2.1	Settings im Allgemeinen.....	40
2.2.2	Das Gesundheit fördernde Setting	42
2.2.3	Zielgruppen und MultiplikatorInnen.....	44
2.3	ERNÄHRUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH	47
2.3.1	Gesundheitsziele.....	47
2.3.2	Gesundheitsförderung in Österreich - Gesetzliche Regelungen.....	48
2.3.3	Aktuelle Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Österreich	50
2.3.4	Der Nationale Aktionsplan Ernährung	54

2.3.5	Ernährungszustand in Österreich	58
2.4	GESUNDHEITSFÖRDERNDE PROJEKTE IN DEN SETTINGS KINDERGARTEN UND SCHULE	62
2.4.1	Gesundheitsförderung im Kindesalter	62
2.4.2	Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen	63
2.4.3	Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	65
2.4.4	Nährstoffversorgung bei österreichischen Schulkindern	67
2.4.5	Gesundheitsförderung in der Schule	69
2.4.6	Verhaltens- und Verhältnisprävention in Settings	70
3	METHODIK	72
3.1	Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung	72
3.2	Rasterstellung für die Projektanalysen im Setting Schule	73
3.3	Ausgewählte Kriterien und Begründung	75
4	ERGEBNISSE UND DISKUSSION	77
4.1	PROJEKTANALYSEN	77
4.1.1	Projekt "Vitamini – Biojause in der Volksschule"	77
4.1.2	Projekt „Sbar – gemeinsam.frisch.genießen“	81
4.1.3	Projekt „Die gesunde Jause“	85
4.1.4	Projekt „Gescheite Jause - coole Pause“	89
4.1.5	Projekt „Der kleine Mugg – mir & uns geht’s gut“	93
5	SCHLUSSBETRACHTUNG	98
6	ZUSAMMENFASSUNG	105
7	ABSTRACT	106
8	LITERATURVERZEICHNIS	107

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1:	Dimensionen der Gesundheit.....	5
Abb. 2:	Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen	7
Abb. 3:	Determinanten der Gesundheit.....	12
Abb. 4:	Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung	25
Abb. 5:	Historische Meilensteine und Entwicklungen für die Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene.....	29
Abb. 6:	Stufenleiter der Partizipation.....	37

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1:	Dimensionen der Gesundheitsberichterstattung mit Beispielen für Gesundheitsindikatoren.....	15
Tab. 2:	Klassifikation von Präventionsmaßnahmen	31
Tab. 3:	Empowerment – Ansätze und Wirkungen	34
Tab. 4:	VITAMINI – Bio-Jause in der Volksschule	77
Tab. 5:	Sbar-gemeinsam.frisch.genießen	81
Tab. 6:	Die gesunde Jause.....	85
Tab. 7:	Gescheite Jause – coole Pause	89
Tab. 8:	Der kleine Mugg – mir und uns geht’s gut.....	93

1 EINLEITUNG

In der vorliegenden Diplomarbeit wird ein aktueller Einblick in die Gesundheitsförderungslandschaft in Österreich gegeben. Zudem werden Gesundheitsförderungsprojekte in den Settings Kindertagesstätte und Schule auf ihre verwendeten Ressourcen hin beleuchtet. Des Weiteren wird dargestellt, welche Kriterien ein Projekt erfüllen muss, um als gesundheitsfördernd eingestuft zu werden. Methodisch wurden Literatur- und Internetrecherchen verwendet.

Aufgrund der steigenden Zahlen übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher besteht die unabdingbare Notwendigkeit einer gesunden Ernährung von Kindesbeinen an. Aus diesem Grund liegt das Interesse der Autorin darin, in dieser Arbeit besonders die Settings Kindertagesstätte und Schule hervorzuheben.

Der folgende Kapitelausblick soll Aufschluss über den inhaltlichen Aufbau der Arbeit geben:

Zu Beginn der Arbeit werden die Grundlagen der Gesundheitsförderung diskutiert. Hierbei wird vor allem auf die Definitionen von Gesundheit, Krankheit, Prävention und Public Health eingegangen. Die Entstehung der Gesundheitsförderung bildet dabei das Kernstück dieses Abschnitts. Außerdem wird ein Abriss über das biomedizinische Modell, die Salutogenese und dem zugehörigen Kohärenzgefühl, dem Gesundheits-Krankheitskontinuum sowie dem Empowerment und der Partizipation gegeben.

Der nächste Abschnitt soll die Begriffe Setting, Zielgruppen und MultiplikatorInnen in der Gesundheitsförderung näher bringen.

Darauffolgend erfolgt eine ausführliche Darstellung der aktuellen Entwicklungen und Programme der Gesundheitsförderung in Österreich und eine Ausführung

zum aktuellen Ernährungsstatus der ÖsterreicherInnen.

Im letzten Teil der vorliegenden Arbeit werden Leitfäden für Projekte vorgestellt sowie die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung von Kindesalter an erörtert. Außerdem werden die verwendeten Ressourcen und Maßnahmen einiger Projekte im Setting Schule beschrieben. Mit einem Beurteilungsraster, welcher vorab von der Autorin erstellt wurde, werden die Projekte auf die Nutzung von Ressourcen und ihren Erfolg als Gesundheitsförderungsinitiativen überprüft.

In der Schlussbetrachtung werden die Fragestellungen geprüft, interpretiert und zusammengefasst.

2 LITERATUR

2.1 GRUNDLAGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

2.1.1 Definition von Gesundheit

Das erste Kapitel widmet sich überblicksmäßig dem Thema Gesundheit, wobei auf einzelne Aspekte später detailliert eingegangen wird.

Der Begriff Gesundheit lässt sich sehr schwer eindeutig definieren und beschreiben, da gesund zu sein für jeden einzelnen Menschen eine andere Bedeutung hat. Für die breite Masse der Bevölkerung bedeutet gesund sein einfach nur ein triviales nicht krank sein und wird als selbstverständlicher Dauerzustand betrachtet, bis das Auftreten einer Krankheit oder gesundheitliche Probleme diesen Zustand beziehungsweise das tägliche Leben unterbrechen [EWLES und SIMNETT, 2007].

Health, die englische Bezeichnung für Gesundheit stammt ursprünglich vom altenglischen Wort „heal“ (heilen) ab, was „vollständig“ heißt und aussagt, dass mit Gesundheit das Wohlbefinden, die Integrität und Unversehrtheit des ganzen Menschen gemeint ist. Allgemein existieren verschiedenste Betrachtungs- und Sichtweisen zum Thema Gesundheit, welche über Generationen hinweg weiter- vermittelt wurden und somit soziale Konstruktionen sind. Das heißt, dass die unterschiedlichen Gesellschaften und Bevölkerungsgruppen andersartige Visionen von Gesundheit im Zuge der Sozialisation erworben haben. Diese Vorstellungen werden als „Laienkonzepte“ bezeichnet [NAIDOO und WILLS, 2003].

Stark zusammengefasst wird Gesundheit im täglichen Umgang entweder positiv oder negativ ausgelegt. Die negative Version ist an das Gesundheitsverständnis des medizinisch-wissenschaftlichen Modells westlicher Prägung angelehnt und interpretiert den Begriff als die Abwesenheit von Krankheit und Leiden. Auf dieses Modell möchte ich zur besseren Veranschaulichung in einem eigenen Kapitel noch näher eingehen [NAIDOO

und WILLS, 2003].

Im Gegensatz dazu findet sich in der Präambel der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO 1948 eine Auslegung des Gesundheitsbegriffs mit positiverer Formulierung:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, S.101, 2011]

Diese Definition des Begriffs Gesundheit hebt sich von der rein biomedizinischen Sichtweise vollkommen ab und stellt den Grundbaustein für die heutige Gesundheitsförderung dar. Sie hat heute noch großen Einfluss auf die Politik und enthält wichtige integrative Aspekte für das Feld Gesundheitsförderung und Prävention, hat jedoch für die wissenschaftliche Arbeit bereits an Aktualität verloren [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

An dieser Stelle werden noch andere neuere Begriffsdefinitionen und Auslegungen von Gesundheit einiger AutorInnen aufgegriffen, wobei zu erwähnen ist, dass sich die Begriffsbestimmungen weitgehend ähneln.

Aggleton & Homans 1987 und Ewles & Simnett 1999 sind der Ansicht, Gesundheit umfasse einige unterschiedliche Dimensionen, welche sich gegenseitig beeinflussen und in Wechselwirkung zueinander stehen. Somit sei Gesundheit ganzheitlich zu betrachten. In folgender Abbildung wird dies veranschaulicht dargestellt [NAIDOO und WILLS, 2003].

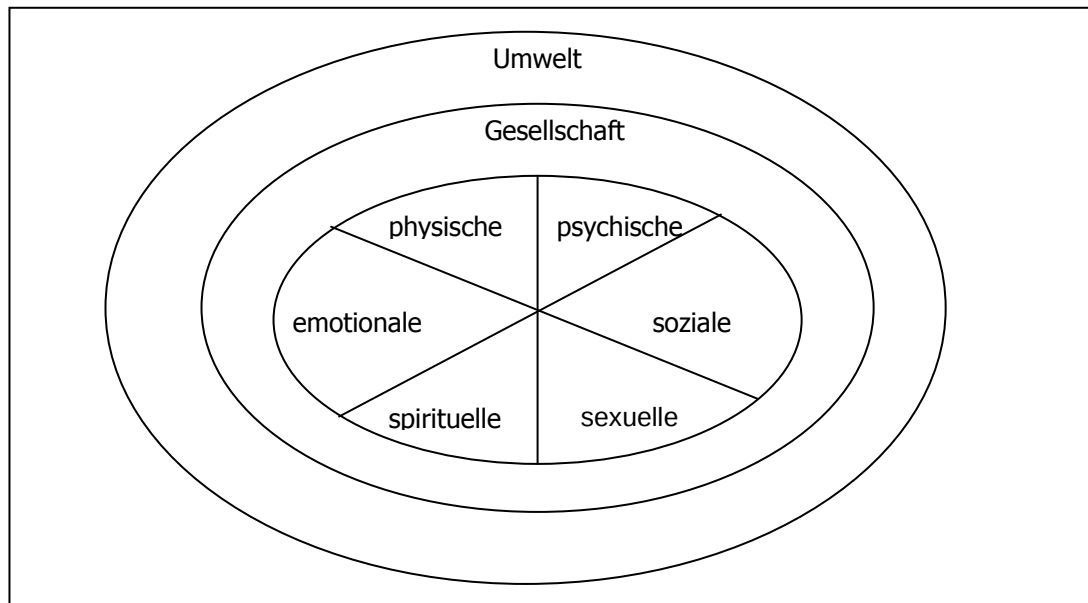


Abb. 1: Dimensionen der Gesundheit

[NAIDOO und WILLS, 2003]

Der innere Kreis beschreibt die Gesundheitsdimensionen den Einzelnen betreffend:

- Die emotionale Gesundheit (Gefühle ausdrücken, Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten können)
- Die psychische Gesundheit (das Leben „im Griff haben“, Selbstwertgefühl, Selbstkompetenz)
- Die physische Gesundheit (Fitness, körperliches Wohlbefinden)
- Die soziale Gesundheit (das Gefühl zu haben, von der Familie, Freunden und Bekannten unterstützt und „getragen“ zu werden, sich aussprechen zu können, integriert zu sein)
- Die spirituelle Gesundheit ist das Vermögen moralische und religiöse Überzeugungen umsetzen zu können
- Die sexuelle Gesundheit umfasst die Fähigkeit die eigene Sexualität

ausdrücken zu können [NAIDOO und WILLS, 2003].

Die äußeren zwei Kreise in Abbildung 1 vermitteln die Einflüsse der äußeren Umwelt auf den Einzelnen. Dabei stellt die gesellschaftliche Dimension die Brücke zwischen Gesundheit und den gesellschaftlichen Strukturen her, integriert Nahrung, Unterkunft, Einkommen und Frieden und umfasst auch Integration oder Ausgrenzung des Einzelnen in die Gesellschaft.

Der Überbegriff Umwelt im äußersten Kreis deckt die Bereiche Verkehr, Hygiene- und Trinkwassereinrichtungen, Wohnverhältnisse und Luftverschmutzung ab [NAIDOO und WILLS, 2003].

Hurrelmann schreibt, Gesundheit sei dann gegeben, wenn sowohl psychische und körperliche Anforderungen, als auch materielle und soziale Umwelanforderungen vom Einzelnen eigenständig und konstruktiv bewerkstelligt werden können [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

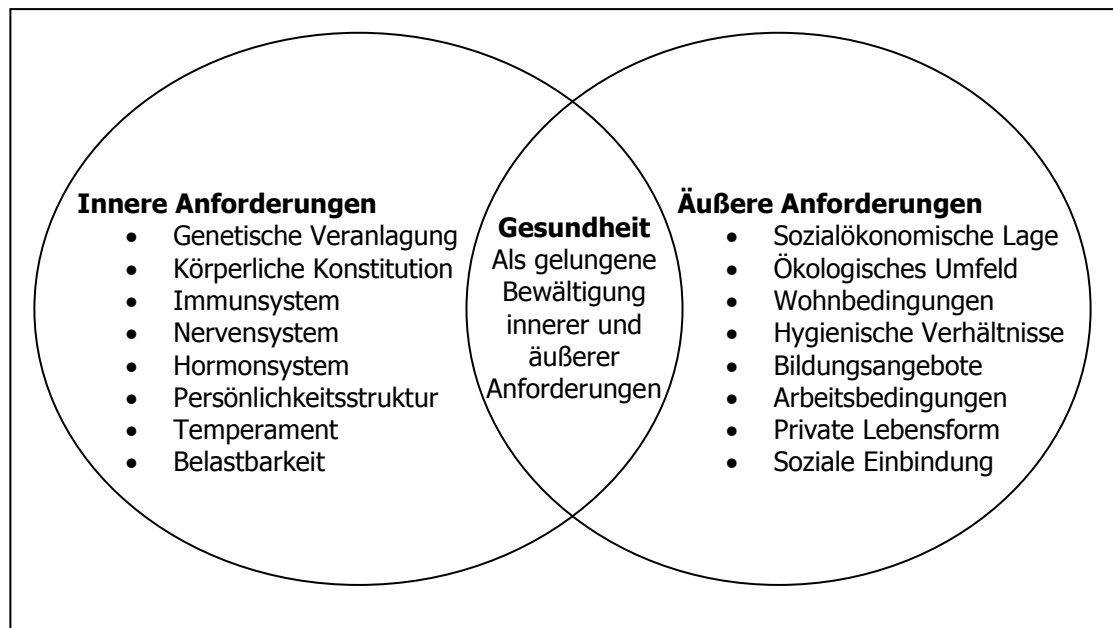


Abb. 2: Gesundheit als gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen

[HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011]

Die hier beschriebenen inneren Anforderungen stellen die Grundausrüstung dar, mit der den äußeren Anforderungen begegnet werden kann und umgekehrt. Beides sind ihrerseits Ressourcen, die der Mensch aufzuweisen haben sollte [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

Daraus lassen sich drei wichtige Begrifflichkeiten ableiten:

Die konsensfähige Gesundheit...

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit

den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, S. 103, 2011].

Die wichtigsten Grundelemente der konsensfähigen Gesundheit sind demnach positive Einstellungen gegenüber Herausforderungen, die Annahme des eigenen Körpers und der Psyche, optimistische Haltung gegenüber dem sozialen Umfeld und die Fähigkeit zur Vorstellung, die eigene Lebensführung beeinflussen zu können. Dieses Vermögen wird in diversen Lern- und Entwicklungstheorien mit dem Begriff „Selbstwirksamkeit“ beschrieben. Die salutogenetische Theorie¹, auf welche im Zuge der vorliegenden Arbeit noch näher eingegangen wird, bezeichnet es als „Kohärenzgefühl“. Die Sozialisationstheorie wiederum spricht von „produktiver Realitätsverarbeitung“ [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

Die bedingte oder relative Gesundheit...

„ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt“ [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, S. 103-104, 2011].

Dieses Gesundheitskonzept sagt aus, dass Menschen mit akuten oder chronischen körperlichen und oder psychischen Beeinträchtigungen nicht ausschließlich krank sind. Es lässt eine Bedingtheit beziehungsweise Einschränkung der Gesundheit zu.² [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

¹ Begriffserklärung „Salutogenese“ siehe unter Punkt 2.1.9

² Im Speziellen siehe dazu „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ unter Punkt 2.1.8

Die dritte Begrifflichkeit ist die *funktionale Gesundheit*, die besonders für die Bereiche Epidemiologie, Rehabilitationsmedizin und Gesundheitsberichterstattung wichtig ist. Sie legt den Fokus auf die Funktionsfähigkeit bei der Beschreibung des Gesundheitszustands eines Menschen mit bedingter Gesundheit [HURRELMANN und FRANZKOWIAK, 2011].

2.1.2 Definition von Krankheit

Alle Krankheiten werden in allgemein akzeptierte, international normierte Klassifikationsmodelle eingeordnet, welche aufgrund neuer Erkenntnisse immer erneuert werden. Das DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorder) wird in den USA eingesetzt [FALTERMAIER, 2005]. Das ICD (international classification of diseases) ist das Standarddiagnostikmodell für epidemiologische und klinische Zwecke und findet Anwendung im Gesundheitsmanagement. Es wird in den WHO Mitgliedsstaaten seit 1994 eingesetzt und ständig aktualisiert [WHO, 2012].

Krankheit wird im medizinischen Denkmodell wie folgt verstanden:

„Krankheit ist eine Störung der normalen Funktionen der Organe oder Organsysteme des Körpers“ [PSCHYREMBEL, 1975].

Die aktuellere und differenziertere Definition weist darauf hin, dass Krankheit „im weiteren Sinn Fehlen von Gesundheit, im engeren Sinn Vorhandensein von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen bzw. Störungen“ bedeutet [PSCHYREMBEL, 1998].

Der Medizinsoziologe Talcott Parson bezeichnet Krankheit als die Unfähigkeit eines Menschen, seine sozialen Rollen zu erfüllen. Demnach wird Krankheit als eine Form abweichenden Verhaltens verstanden [FALTERMAIER, 2005].

Eine Krankheit ist immer eine Störung im Organismus, die als Abweichung von einer Norm definiert werden kann und objektiv messbar ist. Außerdem hat sie eine soziale Bedeutung (verbunden mit der fehlenden Funktionsfähigkeit im sozialen System und damit auch als Abweichung von sozialen Normen zu verstehen) und ist des Weiteren psychisch erlebbar (in Form von Schmerzen, Beschwerden, damit verbundenen Ängsten und Belastungen) [FALTERMAIER, 2005].

2.1.3 Public Health / Gesundheitswissenschaften

Entsprechend der Österreichischen Gesellschaft für Public Health wird Public Health wie folgt definiert:

„Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Förderung der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheit, der Verbesserung der Lebensqualität und der gesellschaftsorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen.“ [ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH, 2010].

Die Definition der WHO für Public Health lautet:

„Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, der Lebensverlängerung, der Unterstützung des psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen.“ [MÜLLER, 2005].

Mit der Verabschiedung der Ottawa-Charta 1986 wurde die Old Public Health, die sich hauptsächlich auf öffentliche Hygienemaßnahmen konzentrierte, von der New Public Health abgelöst. Die Charta gilt als Kernstück des New Public Health und brachte eine neue Auffassung von Gesundheit mit sich [ALTGELD und KOLIP, 2009].

2.1.4 Public Health Nutrition

Public Health beschäftigt sich demnach mit der Förderung und Erhaltung der Gesundheit auf Ebene der Bevölkerung. Dabei wird der Fokus primär auf die Prävention gelegt sowie auf die Determinanten der Gesundheit, wie z.B. körperliche Ertüchtigung, Übergewicht, Ernährung und Rauchen sowie Alkoholkonsum.

Aufgrund der enormen Wichtigkeit gesunder Ernährung für die Gesundheitserhaltung und der steigenden Zahlen an Übergewichtigen wurde eine neue Disziplin geschaffen, die sogenannte Public Health Nutrition. Dieser Bereich betrachtet den Einfluss der Ernährung auf die Gesundheit der Bevölkerung und versucht Aktionen zur Optimierung des Ernährungsverhaltens zu schaffen. Ziel der Maßnahmen ist die Vermeidung ernährungsabhängiger Krankheiten [ELMADFA et. al, 2009].

2.1.5 Determinanten der Gesundheit

Ein Kernpunkt der Gesundheitsförderung ist die positive Beeinflussung der Determinanten der Gesundheit, um eine Stärkung der Gesundheitspotenziale zu erzielen und eine Dezimierung der Krankheitsrisiken durch Krankheitsprävention zu erwirken [RICHTER und HURRELMANN, 2011].

Die Determinanten sind in fünf Teilbereiche gegliedert, wobei sich die einzelnen Gruppen gegenseitig beeinflussen. In der folgenden Abbildung wird dies veranschaulicht.

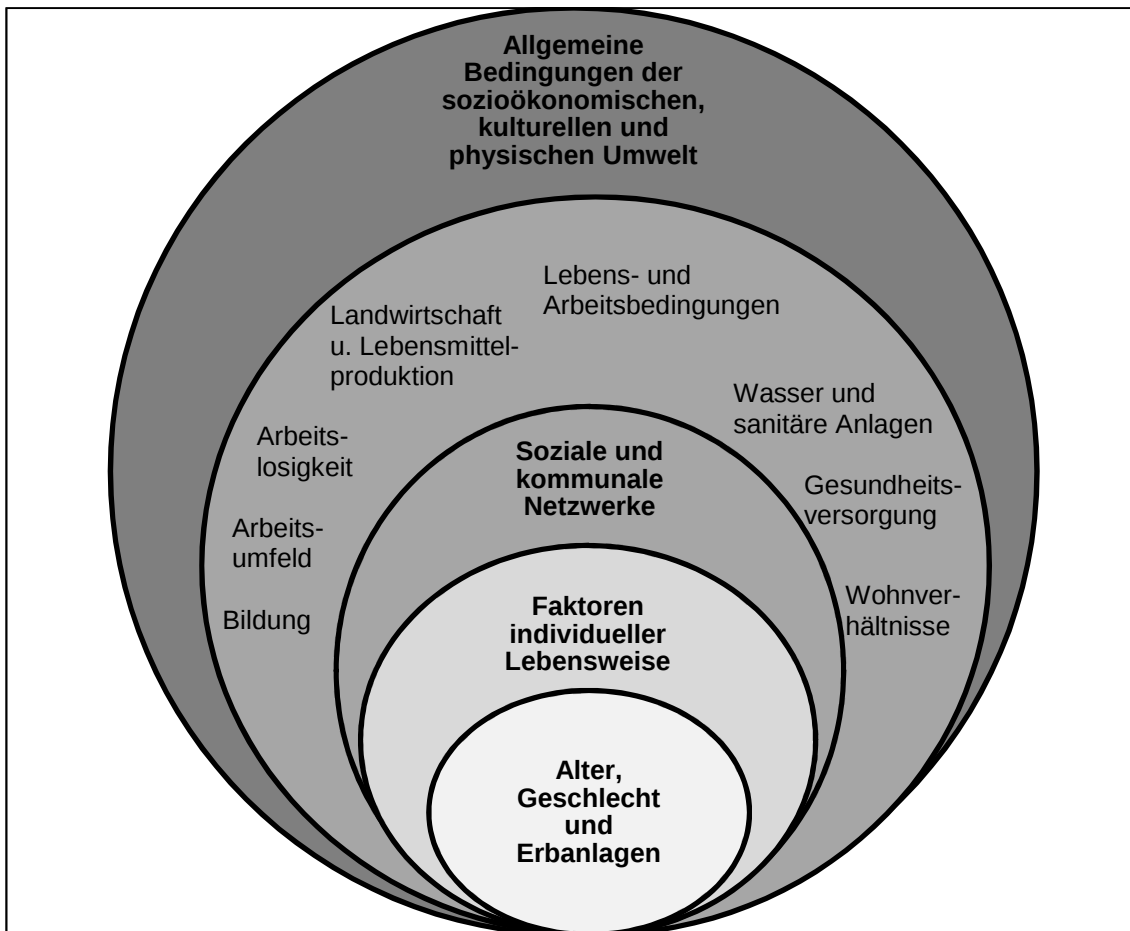


Abb. 3: Determinanten der Gesundheit

[RICHTER und HURRELMANN, 2011]

Im Zentrum des Modells sind die fest stehenden, nicht beeinflussbaren Determinanten der Gesundheit dargestellt. Dies sind Alter, Geschlecht und genetische Disposition. In den umliegenden Schichten gliedern sich potenziell veränderbare Determinanten, die durch Modifizierung die Gesundheit nachhaltig verbessern können [RICHTER und HURRELMANN, 2011].

Diese sind:

- Faktoren individueller Lebensweise (z. B. Alkohol- und Tabakkonsum, Ernährung, Gewalt)
- Einbindung in soziale und kommunale Netzwerke (z.B. Familie, Freunde, Vereine, etc.) - dies fördert die Erhaltung der Gesundheit und Heilung, hat direkten Einfluss und wirkt indirekt über das Gesundheitsverhalten
- Die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie der Zugang zu Einrichtungen und Diensten können wiederum die sozialen Netzwerke beeinflussen oder eigenständig auf die Gesundheit wirken
- Die sozioökonomischen, kulturellen und physischen Bedingungen (z. B. Arbeitsmarkt, Lebensstandard) sind die übergeordneten, komplexesten Faktoren, welche auf die Gesundheit wirken [RICHTER und HURRELMANN, 2011].
- Diese Faktoren beeinflussen sich gegenseitig und wirken gesamt auf den Gesundheits- und Krankheitszustand ein, wobei aber vor allem die verhaltensbezogenen und sozialen Determinanten (d.h. Lebensstil und Lebensbedingungen) hauptausschlaggebend für die Gesundheit sind [RICHTER und HURRELMANN, 2011].

Ein Beispiel:

Schlechte Ernährungsgewohnheiten haben definitiv negative Wirkung auf die Gesundheit. Das Ernährungsverhalten ist jedoch wiederum von anderen Faktoren abhängig, wie finanzielle und zeitliche Ressourcen, dem Wissen um gesunde Ernährung, Möglichkeiten der Lebensmittelbeschaffung und Nahrungsmittelvorlieben [RICHTER und HURRELMANN, 2011].

Dies zeigt, dass verhaltensbezogene Maßnahmen nur bis zu einem gewissen Maß Erfolg bringen. Eine zusätzliche Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen führt viel eher zum Ziel [RICHTER und HURRELMANN, 2011].

2.1.6 Gesundheitsindikatoren

Gesundheitsindikatoren sind die Hauptparameter der Gesundheitsberichterstattung. Durch ihre Erhebung werden Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung erzielt und Entwicklungen und Verbesserungen bzw. Verschlechterungen hinsichtlich Gesundheit und Morbidität verfolgt [WALTER et al., 2011].

Anforderungen an Gesundheitsindikatoren sind:

- Validität
- Reliabilität
- Sensitivität
- Spezifität
- einfache, ethisch vertretbare Handhabung.

Um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen und die Gesundheit der Bevölkerung beobachten und vergleichen zu können, wurden EU-weit einheitliche Indikatoren festgelegt, wobei es auch jeweils länderspezifische und eigene nationale Gesundheitsindikatoren gibt [WALTER et al., 2011].

Laut WHO (1996) gibt es neben den Indikatoren wie Geschlecht, Alter, Bildung, Beruf und Einkommen noch drei weitere Kategorien zur Einteilung:

- 1) Indikatoren, das Outcome betreffend (Gesundheitsstatus)
 - 2) Jene, welche den Prozess erfassen (Qualität der Leistung) und
 - 3) Indikatoren, die sich auf Gesundheitsdeterminanten beziehen
- [WALTER et al., 2011].

Dimensionen	Beispiele für Indikatoren
„Gesundheitsstatus“	• Langfristige Parameter: z.B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen • Intermediäre physiologische und funktionale Parameter, z.B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, Body-Maß-Index, Hautbild, Funktionsfähigkeit • Gesundheitsbezogene Lebensqualität (z.B. SF-36) • Funktionalität (z.B. [instrumentale] Aktivitäten des täglichen Lebens = [I]ADL) • Subjektive Beschwerden (z.B. SCL-90)
Verhaltensweisen	• Ernährungsmuster (z.B. Fettskala, Ernährungsprotokoll) • Bewegungsverhalten (z.B. Bewegungsprotokoll) • Suchtverhalten (z.B. Zahl der gerauchten Zigaretten) • Sexualverhalten (z.B. Kondomkauf und –verwendung)
Kompetenz/Empowerment, personale Ressourcen	• Wissen • Internationale Kontrollüberzeugung • Selbstwert/Selbstbewusstsein • Selbstwirksamkeit • Zuversicht und Optimismus • Selbstaufmerksamkeit • Aktives Bewältigungsverhalten • Soziale Kompetenz • Coping-Fertigkeiten
Umfeld (physikalische und soziale Umwelt, gesetzliche Rahmenbedingungen)	• Arbeitsplatzorganisation und –gestaltung • Physikalische Umwelt, z.B. Wohnbedingungen, Lärm-, Schadstoffbelastung • Soziale Umwelt, z.B. soziales Netz, soziale Unterstützung • Politik, z.B. öffentliche Bewusstseinsbildung • Verkaufsverbote, Werbeverbote etc.
Leistungen der gesundheitlichen Versorgung	• Medikamentöse Versorgung • Ambulante und stationäre Versorgung • Heil- und Hilfsmittel • Pflegeleistungen • Arbeitsunfähigkeit
Kosten	• Programmkosten • Teilnehmerkosten • Folgekosten (Leistungen)
Zugangswege	• Erreichbarkeit der Zielgruppen • Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen
Struktur- und Kompetenzentwicklung (Capacity Building)	• Befähigung von Professionellen und Institutionen • Institutionalisierung der Interventionen • Ressourcennutzung, z.B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke • Diffusion von Programmen • Mittelverwendung
Service/Marketing	• Zufriedenheit der Zielgruppe • Bekanntheitsgrad

Tab. 1: Dimensionen der Gesundheitsberichterstattung mit Beispielen für Gesundheitsindikatoren

[WALTER, U., GERLICH, M.G., SCHWARTZ F.W., 2011, Seite 287, nach

Walter et al 2001]

Gesundheitsindikatoren sind somit sehr wichtige Parameter zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, des Gesundheitsverhaltens, Angebot, Inanspruchnahme und Qualität von verfügbaren Leistungen. Die Erhebung und Auswertung der Daten sorgt für eine ständige Weiterentwicklung und Optimierung der Qualität und Sicherheit [WALTER et al., 2011].

2.1.7 Biomedizinisch wissenschaftliches Modell der Gesundheit

Der Begriff Gesundheit sowie die Sichtweise der Gesundheit werden in unserer heutigen Industriegesellschaft vom medizinisch wissenschaftlichen Modell westlicher Prägung beherrscht [NAIDOO und WILLS, 2003].

Dieses Modell fand im Zeitalter der Aufklärung und dem Einzug der Wissenschaft zur Erkenntnisgewinnung in Westeuropa seinen Ursprung. Vor der Aufklärung begriff und verstand man die Welt hauptsächlich durch die Ansichten der Religion. Dieses System wurde danach weitgehend durch die Wissenschaft als führende Methode zur Gewinnung von neuen Erkenntnissen ersetzt [NAIDOO und WILLS, 2003].

Bahnbrechende Erfindungen wie das Mikroskop und Teleskop eröffneten der Wissenschaft neue Welten. Ziele der Wissenschaft und Forschung waren, sich sämtliches Wissen durch Anwendung von Methoden wie Beobachtung, Klassifizierung und Berechnung zu verschaffen, wobei der menschliche Körper das wesentliche Schlüsselobjekt verkörperte. Anders formuliert, alles was gemessen und klassifiziert werden konnte, wurde als „wahr“ eingestuft und als richtig erachtet [NAIDOO und WILLS, 2003].

Das medizinisch-wissenschaftliche Modell wird heute fast zur Gänze in diversen Berufen der Gesundheitsbranche angewendet und schon in die Ausbildung impliziert. Im Zuge dieses Modells wird das Hauptaugenmerk eher auf die

Abwesenheit von Krankheiten oder Erkrankungen gelegt und weniger zur Definition gebracht, was Gesundheit darstellt, sondern was Gesundheit nicht darstellt. Diese Betrachtungsweise verwandelt Gesundheit zu einem negativen Begriff und hat gleichzeitig großen Einfluss auf die Gesellschaft, auch außerhalb der Gesundheitsberufe. Diese Sichtweise von Gesundheit, Kranksein und Erkrankung wird durch die Medien kolportiert, (z.B. Gesundheitsberichte, Krankenhausserien) somit für die Gesellschaft außerhalb von Krankenhäusern und dem Gesundheitswesen als solches verstanden und akzeptierbar gemacht [NAIDOO und WILLS, 2003].

2.1.8 Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum

Die Gesundheitsförderung definiert die Begriffe Gesundheit und Krankheit bezugnehmend auf die salutogenetische Perspektive nicht als voneinander getrennte Zustände, sondern als Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums. In diesem Konstrukt gibt es keine festgelegten zeitlichen Abfolgen, es ist vielmehr von einem gleichzeitigen Auftreten von gesunden und kranken Abschnitten gekennzeichnet. Die Übergänge sind dabei ineinander greifend. Das Kontinuum ist mehrdimensional und wird auch als HE-DE Kontinuum definiert (engl.: health ease - dis-ease) [FRANZKOWIAK, 2011].

Vereinfacht ausgedrückt lokalisiert sich das Befinden einer Person immer zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit und hängt von medizinischen Parametern und der subjektiven Wahrnehmung des Menschen ab. Risiko- und Schutzfaktoren spielen dabei ebenfalls eine wichtige Rolle und die Balance zwischen Salutogenese und Pathogenese bestimmt, ob man von optimaler oder relativer Gesundheit, akutem Kranksein oder chronischer Krankheit sprechen kann [FRANZKOWIAK, 2011].

2.1.9 Salutogenese

Das grundlegende Konzept der Salutogenese beruht darauf, Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit zu definieren und im Zuge dessen das Hauptaugenmerk allein auf die Bekämpfung pathogenetischer (=krankmachender) Einflüsse zu legen, sondern hauptsächlich nach den salutogenetischen (=gesundmachenden) Faktoren im Leben eines Menschen zu fragen [MARTI, 2006].

Dieses Konzept der Salutogenese, das einen absoluten Perspektivenwechsel in der Gesundheitsforschung hervorgerufen hat, grenzt sich klar vom bis dato vorherrschenden pathogenetischen Modell der heutigen Medizin ab.

Der israelisch-amerikanische Mediziner Aaron Antonovsky, griff das Modell der Salutogenese erstmals auf, nachdem er im Zuge einer selbst angelegten Studie in Israel herausfand, dass Personen trotz schwerer Schicksalsschläge (im Krieg gefallene Verwandte, Männer, Ex-KZ-Häftlinge etc.) in ihrer Lebensgeschichte dennoch über ein hohes Maß sowohl an physischer als auch psychischer Gesundheit verfügten. Die TeilnehmerInnen seiner medizinisch-soziologischen Studie waren Frauen jüdischer Abstammung und hatten verschiedenste Traumata und Schicksalsschläge durchlebt. Aaron Antonovsky warf die Frage auf, wie ein Zusammenhang zwischen positiver Grundeinstellung und Gesundheit einzelner StudienteilnehmerInnen trotz schwerwiegender Erlebnisse gegeben sein könne [MARTI, 2006].

Eine große Anzahl an weiterführenden Studien bestätigten den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und der Grundeinstellung der Menschen zum Leben. Mit diesem Ergebnis wurde in weiterer Folge der Begriff „Kohärenzgefühl“, der unter anderem ein zentraler Baustein des salutogenetischen Modells ist, geboren [MARTI, 2006].

Zum besseren Verständnis wird im nächsten Abschnitt ein Überblick über

diesen Begriff gegeben. Zuvor möchte ich jedoch auf ein anderes bedeutendes Element der Salutogenese eingehen, die sogenannten **generalisierten Widerstandsressourcen**. Diese stellen die Basis dar, einen Kohärenzsinn bzw. ein Kohärenzgefühl überhaupt auszuprägen, zu stärken und darauf zurückgreifen zu können [MARTI, 2006].

Exkurs:

Generalisierte Widerstandsressourcen (= GRR generalized resistance resources)

Allgemeine Widerstandsressourcen beinhalten ein Repertoire an Merkmalen, welche in Situationen von Belastungen wirksam sein können und somit wichtige Bedingungen für die allgemeine Gesundheit darstellen [FALTERMAIER, 2005].

Hierzu zählen:

- Genetische und konstitutionelle Ressourcen
- Psychosoziale Ressourcen (wie Wissen und Intelligenz, Ich-Identität, Coping-Fähigkeiten, soziale Bindungen sowie kulturelle Stabilität) [FALTERMAIER, 2005].

Darüber hinaus verfügt jeder Mensch auch noch über spezifische Ressourcen, auf welche an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird [FALTERMAIER, 2005].

2.1.10 Kohärenzgefühl (Sense of coherence)

Der von Aaron Antonovsky definierte Begriff „Kohärenz“ oder „Kohärenzgefühl“ ist die tiefe Überzeugung, dass das Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und bewältigbar ist. Es wird als ein relativ überdauerndes Merkmal eines Menschen verstanden, welches sich auf grundlegende Einstellungen zum Leben bezieht und wesentlich für den Umgang mit Belastungen ist. Es stabilisiert sich im Alter von etwa 30 Jahren. Das Kohärenzgefühl besteht aus folgenden drei Komponenten:

1. Gefühl der Verstehbarkeit: Der Mensch gelangt zu der Überzeugung, dass die eigene Lebensumwelt kognitiv klar, strukturiert und verstehbar ist.
2. Gefühl der Sinnhaftigkeit: Hierbei handelt es sich um das Grundgefühl, dass das eigene Leben sinnvoll ist und wert, Energie dafür zu investieren.
3. Gefühl der Bewältigbarkeit: Es ist die Zuversicht und Grundüberzeugung eines Menschen, dass die Anforderungen welche im Leben auf ihn zukommen im Wesentlichen mit eigenen Ressourcen zu bewältigen sind [FALTERMAIER, 2005].

Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl können die auf sie zukommenden Belastungen besser bewältigen, indem sie die Ressourcen die ihnen zur Verfügung stehen, optimal mobilisieren und sich somit auf dem Gesundheits- Krankheitskontinuum in Richtung des positiven Pols bewegen. Aufgrund dessen ist das Kohärenzgefühl das zentrale Kernstück im Prozess der Salutogenese [FALTERMAIER, 2005].

2.1.11 Definition von Gesundheitsförderung

Der erste Ansatz einer Definition des Begriffs Gesundheitsförderung findet sich in der Deklaration von Alma-Ata zur Primären Gesundheitsförderung 1978. Darauf griff der Gesundheitsförderungsansatz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf, der 1986 Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung wie folgt formulierte:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ [OTTAWA-CHARTA, S.1, 1986].

Der Leitbegriff Gesundheitsförderung, der ursprünglich als Bezeichnung für ein gesundheitspolitisches Aktionsprogramm zur Erreichung der Ziele „Gesundheit für alle 2000“ entstand und dessen Strategien, Ziele und Definition im Europäischen Regionalbüro der WHO ausgearbeitet wurden, wurde in der Jakarta-Erklärung 1997 weiterentwickelt. [KABA-SCHÖNSTEIN, S.142, 2011].

Darin heißt es:

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Durch Investitionen und Maßnahmen kann Gesundheitsförderung einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten für Gesundheit ausüben. Ziel ist es, den größtmöglichen Gesundheitsgewinn für die Bevölkerung zu erreichen, maßgeblich zur Verringerung der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten beizutragen, die Menschenrechte zu stärken und soziale Ressourcen aufzubauen. Letztendlich gilt es, die Gesundheitserwartung zu vergrößern und

die diesbezügliche Kluft zwischen Ländern und Bevölkerungsgruppen zu verringern.“ [KABA-SCHÖNSTEIN, S.142, 2011].

Nach der Jakarta-Erklärung 1997 folgten noch einige weitere essentielle Konferenzen und Tagungen rund um das Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung, welche im nächsten Kapitel der vorliegenden Arbeit überblicksmäßig angeführt werden.

Im folgenden Abschnitt wird unter anderem auf die Strategien bzw. Handlungsfelder die den Themenkreis Gesundheitsförderung betreffen eingegangen [KICKBUSCH, 2003].

Gesundheitsförderung wird gegenwärtig auch als die dritte Public-Health-Revolution bezeichnet. Die ihr vorangegangenen Public-Health-Revolutionen legten ihren Fokus primär auf die Behandlung von Krankheiten, Eindämmung von Infektionskrankheiten mit Hilfe des Gesundheitsschutzes und auf die durch Verhaltensänderung herbeigeführte Bekämpfung von Risikofaktoren [KICKBUSCH, 2003].

Die dritte Public-Health-Revolution hingegen erkennt Gesundheit als Ressource zur Erhöhung der Lebensqualität des Einzelnen. Diese neue Auffassung wurde von der WHO 1986 in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung vorgelegt und trug den Untertitel „towards a new public health“ [KICKBUSCH, 2003].

Die in der Charta ausformulierte Definition der Gesundheitsförderung wurde bereits am Beginn des Kapitels erläutert.

Die drei grundlegenden Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung basierend auf der „Ottawa Charta“ sind:

1. Befähigen und Ermöglichen
2. Vermitteln und Vernetzen
3. Anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit [NUTBEAM und HARRIS, 2001]

Die Handlungsstrategie „befähigen und ermöglichen“ (engl. enable) zielt darauf ab, eigenmächtig ein Optimum des Gesundheitspotenzials zu erreichen und verfolgt eine Reduktion bestehender Unterschiede im Gesundheitszustand. Sie spricht somit die Idee des Empowerments und der Kompetenzförderung an.

Die zweite Strategie „vermitteln und vernetzen“ (engl. mediate) fördert das aktive Handeln und die verstärkte Kooperation mit allen Akteuren und Multiplikatoren des Gesundheitswesens, sowie auch außerhalb.

Die letzte oben angeführte Handlungsstrategie „anwaltschaftliches Eintreten für die Gesundheit“ (engl. advocacy) setzt sich für das aktive Eintreten für Gesundheit in politischer, sozialer, kultureller, ökonomischer und biologischer Hinsicht ein [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

Neben diesen drei Handlungsstrategien, die in der Charta von Ottawa formuliert wurden, gibt es fünf Handlungsbereiche und –ebenen der Gesundheitsförderung die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken [KICKBUSCH, 2003].

Die fünf Handlungsbereiche und –ebenen der Gesundheitsförderung:

1. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (engl. build healthy public policy):

Die Zusammenarbeit des Gesundheitssektors mit anderen gesellschaftspolitisch wichtigen Sektoren soll forciert werden. Gesundheit soll Teil des gesamtgesellschaftlichen Planungsprozesses werden [SACHER A, 1998]. Politiker und Politikerinnen setzen Maßnahmen wie Gesetzesinitiativen, organisatorisch-strukturelle Veränderungen, Steuerveränderungen im Sinne einer gesundheitsfördernden Politik um [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

2. Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen (engl. create supportive environments):

Dieser Handlungsbereich bezieht sich auf die Schaffung und Organisation von gesundheitsförderlichen, sicheren und befriedigenden Arbeits-, Freizeit- und Lebensbedingungen. Die Erhaltung der natürlichen Ressourcen, sowie Nachhaltigkeit und das Schützen der ökologisch-sozialen Umwelt stehen im Vordergrund [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen (engl. strengthen community action):

Diese Initiative soll die Bürger dazu bewegen, durch eigenständiges Engagement auf Nachbarschaftsebene, durch Gemeindeaktivitäten und Selbsthilfegruppen etc. Strukturen zu kreieren und Verknüpfungen zu schaffen. Empowerment, Vernetzung, Selbstbestimmung sind zentrale Kernpunkte [SACHER, 1998].

4. Persönliche Kompetenzen entwickeln (engl. develop personal skills):

Gesundheitsförderung soll dem Menschen dazu verhelfen, mehr Einfluss auf seine eigene Lebenswelt zu haben und ihn im lebenslangen Lernprozess unterstützen. Zentrale Themen dieses Handlungsbereiches sind Erweiterung sozialer Kompetenzen und Fähigkeiten, Entwicklung von Persönlichkeit durch gesundheitsbezogene Information und Bildung [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

5. Gesundheitsdienste neu orientieren (engl. reorient health services):

Mit dieser Forderung soll zukünftig eine Umorientierung des Gesundheitsdienstes von der vordergründig krankheitsbekämpfenden medizinischen Versorgung hin zum gesundheitsfördernden Versorgungssystem erwirkt werden. Die Förderung der Gesundheit auf ganzheitlicher Basis soll gestärkt werden [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

Die soeben angeführten Handlungsbereiche und –ebenen werden auch als „Mehrebenenansatz“ angeführt, welcher in Abb. 4 visuell veranschaulicht wird.

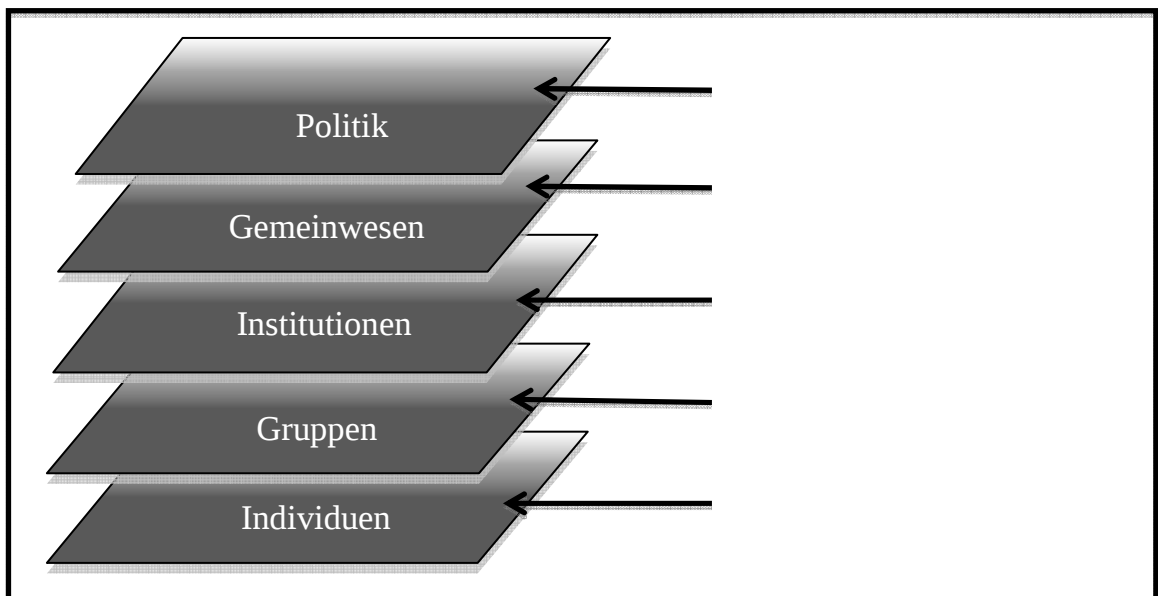


Abb. 4: Mehrebenenmodell der Gesundheitsförderung

[KABA-SCHÖNSTEIN, 2011]

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die in diesem Kapitel angeführten Handlungsbereiche und –ebenen, eines der Kernstücke der Ottawa-Charta, auf der 4. Konferenz von Jakarta im Jahre 1997 als wirksame Strategien ihre Bestätigung fanden [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

Gesundheitsförderung ist somit ein multidimensionales Tätigkeitsfeld und wendet sich an Menschen in allen Lebensphasen, vor allem auch an Personen mit Erkrankungen chronischer Natur und an Personen mit Behinderungen. Durch sie werden Menschen befähigt, das Leben erfolgreich zu meistern und problematische Lebenslagen zu bewältigen [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

Basisbedingungen und Situationen, an die ein Gesundheitsgewinn zwangsläufig gebunden ist, werden in der Ottawa-Charta ebenfalls angeführt.

Dies sind:

- Angemessene Wohnverhältnisse
 - Frieden
 - Adäquate Ernährung
 - Adäquates Einkommen
 - Gute Bildung
 - Ein stabiles Ökosystem
 - Angemessene Verwendung von Naturressourcen
 - Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit
- [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].

Der Settingansatz/Lebensweltansatz der Gesundheitsförderung, in der Charta als eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung bezeichnet, wird aufgrund seiner Wichtigkeit in einem eigenen Kapitel (Settings und Zielgruppen in der Gesundheitsförderung) zu einem späteren Zeitpunkt genauer erörtert.

2.1.12 Entwicklung der Gesundheitsförderung – historisch und international

Der historische Weg zur heutigen Gesundheitsförderung ist von einigen bedeutsamen gesundheitspolitischen Entwicklungen und Wendepunkten gekennzeichnet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erkannte die Notwendigkeit der Etablierung des Themas und spielte bei der Schaffung und dem Aufbau der Gesundheitsförderung international eine entscheidende Rolle [ALTGELD und KOLIP, 2009].

Die wesentlichsten Meilensteine:

- Konferenz und Deklaration von Alma-Ata zur Primären Gesundheitsversorgung 1978 (bis zu diesem Zeitpunkt lag der Schwerpunkt bei der Bekämpfung von Krankheiten) [ALTGELD und KOLIP, 2009].
- Regionalstrategie „Gesundheit für alle“ im Europäischen Regionalbüro der WHO 1984 (Erstmalige Zusammenfassung der Ziele und Regeln von Gesundheitsförderung) [KABA-SCHÖNSTEIN, 2011].
- 1. Internationale Konferenz in Ottawa 1986 (Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, das Schlüsseldokument für ein neues Gesundheitsbewusstsein und der heutigen Gesundheitsförderung) [ALTGELD und KOLIP, 2009]
- 2. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Adelaide 1988 (unter anderem Empfehlung für gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem für alle)
- 3. Internationale Konferenz in Sundsvall 1991 (Herstellung eines Umweltbezugs bzw. gesundheitsfördernder Lebenswelten) [ALTGELD und KOLIP, 2009]
- 4. Internationale Konferenz in Jakarta 1997 (Besprechung der Resultate und Erfahrungen seit der 1. Konferenz in Ottawa und Bestätigung und Weiterentwicklung der Kernelemente der Charta) [KABA-SCHÖNSTEIN,

2011].

- 5. Internationale Konferenz in Mexiko 2000 (Forderung und Erarbeitung von nationalen Aktionsplänen zur Gesundheitsförderung) [ALTGELD und KOLIP, 2009]
- 6. Internationale Konferenz in Bangkok 2005 (Thematisierung der Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt) [BRÖSSKAMP-STONE und DIETSCHER, 2011]
- 7. Internationale Konferenz in Nairobi 2009 (Aufruf zum Handeln und Umsetzen der Gesundheitsförderung) [BRÖSSKAMP-STONE und DIETSCHER, 2011]

Die folgende Darstellung veranschaulicht die wichtigsten Entwicklungen und Teileinflüsse auf die Gesundheitsförderung:

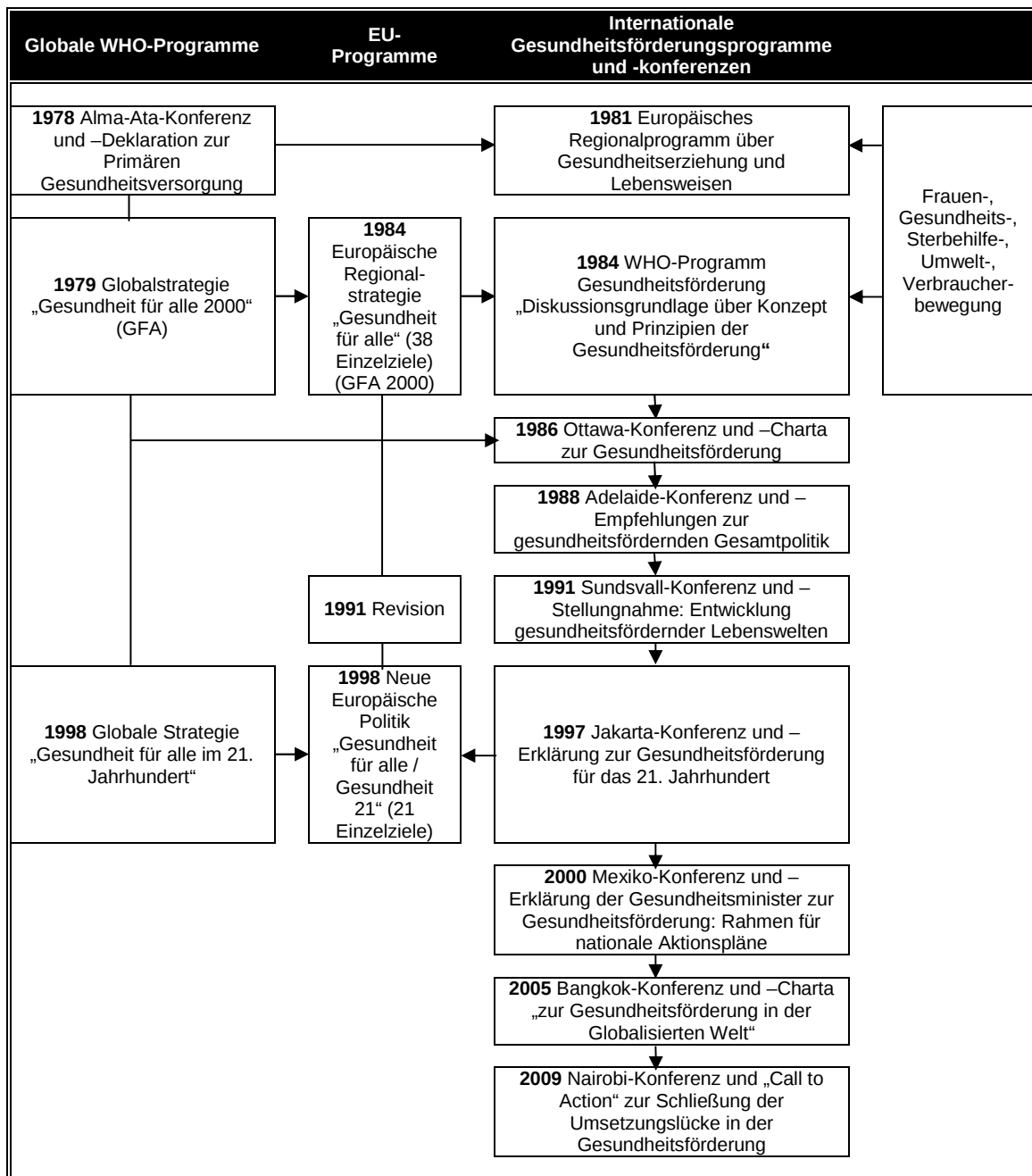


Abb. 5: Historische Meilensteine und Entwicklungen für die Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene

[BRÖSSKAMP und DIETSCHER,2011]

2.1.13 Prävention im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung

Prävention (Krankheitsverhütung, lateinisch „*praevenire*“: zuvorkommen) bedeutet die gezielte und aktive Vermeidung von Krankheiten bzw. unerwünschter physischer oder psychischer Zustände. Dazu werden Interventionsmaßnahmen zur Reduktion von Gesundheit gefährdenden Belastungen und Risiken definiert und umgesetzt. [HURRELMANN et al., 2009]

Im Vergleich dazu setzt die Gesundheitsförderung bei der Stärkung der so genannten salutogenen³ Gesundheitsressourcen und –potentiale an und fokussiert auf die Stärkung persönlicher und gesellschaftlicher Gesundheitskompetenz sowie Selbstbestimmungsrechten verbunden mit der Verbesserung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Ziel ist, ungenutzte Potentiale, Gesundheits- und Lebenserwartung des einzelnen Menschen aber auch Gesundheit beeinträchtigende Ungleichgewichte auf Ebene der gesamten Bevölkerung zu verringern [WALTER et al., 2003].

Auch wenn die Gesichtspunkte und Strategien der beiden Ansätze

- Prävention → krankheitsorientiert
- Gesundheitsförderung → ressourcenorientiert

sich voneinander unterscheiden, decken sich die Zielsetzungen hinsichtlich einer verbesserten Gesundheit des einzelnen sowie der Gesamtbevölkerung. Demzufolge sollten beide Methoden einander ergänzend betrachtet werden. [WALTER et al., 2003]

³ Begriffserklärung „Salutogenese“ siehe unter Punkt 2.1.9

Folgende tabellarische Darstellung verdeutlicht die drei Ebenen präventiver Interventionen und deren Einsatzbereiche:

Einsatzbereich	Primär- Prävention	Sekundär- Prävention	Tertiär- Prävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tab. 2: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen

[HURRELMANN, K., KLOTZ, T., HAISCH, J., 2009]

2.1.14 Empowerment

Das Empowermentkonzept stellt einen wichtigen integrativen Bestandteil bzw. ein zentrales Element der WHO-Vision dar. Obwohl der Begriff Empowerment in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung als solcher nicht erwähnt wurde, ist die Nähe zum Empowermentkonzept klar erkennbar. Die Charta verwendet dafür das Synonym „befähigen“ in einer ihrer drei Handlungsstrategien. In der Charta wird zudem auch festgestellt, dass die Möglichkeiten und Fähigkeiten eines Menschen, sein Leben selbst zu kontrollieren, unmittelbar wichtige Voraussetzungen für körperliches und seelisches Wohlbefinden sind [BRANDES und STARK, 2011].

Die ursprünglichen Wurzeln des Empowermentkonzepts liegen in der amerikanischen Gemeindepsychologie, sowie in der „Hilfe zur Selbsthilfe“ im Bereich der Sozialarbeit. Es findet nicht nur in den Feldern Gesundheitsförderung, Psychiatrie, Jugendhilfe und Selbsthilfe Anwendung, sondern stellt auch ein wichtiges Element in der heutigen Organisationsentwicklung dar [BRANDES und STARK, 2011].

Empowerment hat zum Ziel, Menschen zu befähigen, ein eigenverantwortliches, selbstbestimmtes Leben zu führen und ihnen somit die Möglichkeit zu geben, ihr Leben selbst zu gestalten und nicht gestalten zu lassen [BRANDES und STARK, 2011].

Der Ansatz umfasst Prozesse einzelner Personen, Gruppen oder ganzer Strukturen und gilt sowohl für Erwachsene, als auch für Kinder mit oder ohne eingeschränkte Möglichkeiten. Durch ihn werden Personen(-gruppen) bestärkt, ihre eigenen oft vergrabenen persönlichen und sozialen Ressourcen sowie ihre Möglichkeiten zur Partizipation zu nutzen, um die Kontrolle über die Organisation der eigenen Lebensführung (wieder) zu erwerben [BRANDES und STARK, 2011].

Das individuelle Umfeld und die äußeren Faktoren sind dabei immer mit einzubeziehen, da diese das Bestehen und das Entwickeln von Ressourcen mit beeinflussen. Experten der Gesundheitsförderung versuchen beim Einleiten von Prozessen durch Kombination von Ressourcen und Herstellung von Netzwerken auf individueller und auf Ebene von Gruppen zu agieren [BRANDES und STARK, 2011].

Ihre Hilfe kann auf verschiedenen Stufen erfolgen und die Förderung der Prozesse kann zum Beispiel bewerkstelligt werden durch:

- Zur Verfügung stellen von Räumen, Finanzen und sonstigen Mitteln
- Angebot von Orientierungshilfen, Erschließung von Informationsquellen
- Hilfe bei Entscheidungsfindungen, Lösungsprozessen und Zielfindungen
- Betrachtung von Ressourcen, Problemen und Bedürfnissen
- Hilfestellung bei Selbstorganisation und Selbsthilfe
- Mediation
- Erkennen oder Erschaffen von Handlungsspielräumen [BRANDES und STARK, 2011].

Dabei ist es für die Fachkräfte maßgeblich, zwar Rahmenbedingungen anzubieten, sich jedoch nur marginal bis gar nicht in den Empowermentprozess einzumischen. Um einen Empowermentprozess einzuleiten, ist es oft ausreichend, Fragen aufzuwerfen anstatt Antworten zu geben. Dadurch wird automatisch ein „Suchen“ der betroffenen Personengruppe eingeleitet und dadurch wieder weitere Kontakte geknüpft [BRANDES und STARK, 2011].

Ansätze ← EMPOWERMENT → Wirkung					
Professioneller Bereich			Zielgruppenbereich		
Strategien	Methodisches Vorgehen		Basiskompetenzen	Kompetenz- und Ressourcenerweiterung	
Förderung der Partizipationsfähigkeit	Definition und Auswahl einer kleinen Zielgruppe	Niedrigschwelligkeit	Zielgruppenorientierung Ressourcenorientierung	Zunahme der Problem- und Bedürfniserkennung	Zunahme des Partizipationsbedürfnisses
Förderung der Strukturbildung	Berücksichtigung der Interessen und Bedürfnisse der Zielgruppe	Angebot von Informationsquellen und Weiterbildungsmöglichkeiten	Prozessorientierung Zielorientierung	Zunahme an Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit	Zunahme der Problemlösungsstrategien
Förderung der Mitarbeit in Entscheidungsstrukturen / Gremien	Ermöglichung und Befähigung zur Reflexion von Problemfeldern und Ressourcen	Orientierungshilfen bieten	Optimismus Kompetenzorientierung	Zunahme des Kohärenz-erlebens	Zunahme der Selbstwirksamkeitserwartung
	Gemeinsame Erarbeitung von Lösungswegen und Zielsetzungen	Handlungsspielräume bieten	Kommunikations- und Moderationsfähigkeiten	Zunahme des Bedürfnisses nach Erfahrungsaustausch	Zunahme der Kontrollüberzeugung
	Unterstützung bei Entscheidungsfindung	Unterstützung von Selbstorganisation und Selbsthilfe	Bereitschaft, gleichberechtigte Arbeitsbeziehungen einzugehen	Zunahme des Bedürfnisses nach Weitergabe des Gelernten	Zunahme der Fähigkeit, Handlungsspielräume zu erkennen
		Mediation	Bereitschaft, Kooperationspartnern Respekt entgegenzubringen	Zunahme an kritischer Reflexion	Vergrößerung des sozialen Netzwerks
			Bereitschaft, Kooperationspartnern Vertrauen entgegenzubringen	Zunahme der Führungsfähigkeit	Zunahme der Bereitschaft zu Verantwortungsübernahme
			Bereitschaft, Verantwortung zu teilen	Zunahme an gesellschaftlicher Einflussnahme	

Tab. 3: Empowerment – Ansätze und Wirkungen
[BRANDES und STARK, 2011]

2.1.15 Partizipation

Es lassen sich drei partizipative Abläufe der Bürgerbeteiligung definieren:

- Partizipation als aktiv gestaltendes Element, in dem Vorstellungen und Fantasien der BürgerInnen auf die Gestaltung der Lebensräume Einfluss nehmen; Förderung von sozialen Ideen mit Hilfe von z.B. Community Planning Weekends, Zukunftswerkstätten etc.; Verknüpfung von scheinbar unzusammenhängenden Elementen (Fähigkeit des Querdenkens).
- Intervention als demokratischer Teil von Partizipation bedeutet direkte Mitwirkung der BürgerInnen im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich in Punkto Planung und Zielformulierung. Abwenden von der bloßen Teilnahme an diversen Strategien von oben.
- Partizipation als Kontrollelement von Professionellen, Verwaltungseinrichtungen und Politik [STARK und WRIGHT, 2011].

Aus aktuellen empirischen Studien geht hervor, dass Partizipation (=Bürgerbeteiligung, Teilnahme, Mitwirkung etc.) für den Bürger und die Bürgerin weit mehr bedeutet, als die alleinige Teilnahme an ausgearbeiteten gesundheitsbezogenen Programmen. Der Trend geht eher in Richtung aktives Organisieren von Teams oder Gruppen zur Entwicklung und Umsetzung von Ideen bzw. gesundheitsfördernden Strategien [STARK und WRIGHT, 2011].

Es existieren bis dato zwar noch sehr wenige Langzeitstudien, eine Studie von Gillies zeigt jedoch ganz klar:

„Unabhängig davon, wie man das Endergebnis definierte und wer auch immer die Partner im Gesundheitsförderungsprozess waren, je stärker die Bürgerbeteiligung an der praktischen Umsetzung der Gesundheitsförderung war, umso größer und umso nachhaltiger war der Zugewinn an Gesundheit.“
[KICKBUSCH nach GILLIES, 1998]

Betrachtet man andere soziale Systeme wie z.B. gesundheitsfördernde Schulen, in denen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt werden, kommt es oftmals aufgrund folgender Aspekte zum Scheitern:

- Zielgruppe und deren Wünsche wurden bei der Schwerpunktlegung nicht mit einbezogen
- Verwendete Kommunikationskanäle und Medien
- Gruppen-, Teamzusammensetzung
- Unzureichende Qualitätssicherung und Bewertung [ALTGELD, 2008]

Ein maßgebliches Kriterium für den Erfolg von Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen ist eine frühe Partizipation der fokussierten Zielgruppe. Schon beim Formulieren der Problemstellung und dem Programmdesign sollte der Einbezug der Zielgruppe Standard sein. Je frühzeitiger die Mitbestimmung erfolgt, desto niedriger die Schwelle der Beteiligung und je höher die einhergehende Änderung der Verhaltensweisen [ALTGELD, 2011].

Mit dem Grad der Einflussnahme der Partizipanten am Entscheidungsweg steigt der Grad der Partizipation [ALTGELD, 2011].

Die Stufenleiter der Partizipation in Abbildung 5 veranschaulicht den Grad der Beteiligung:

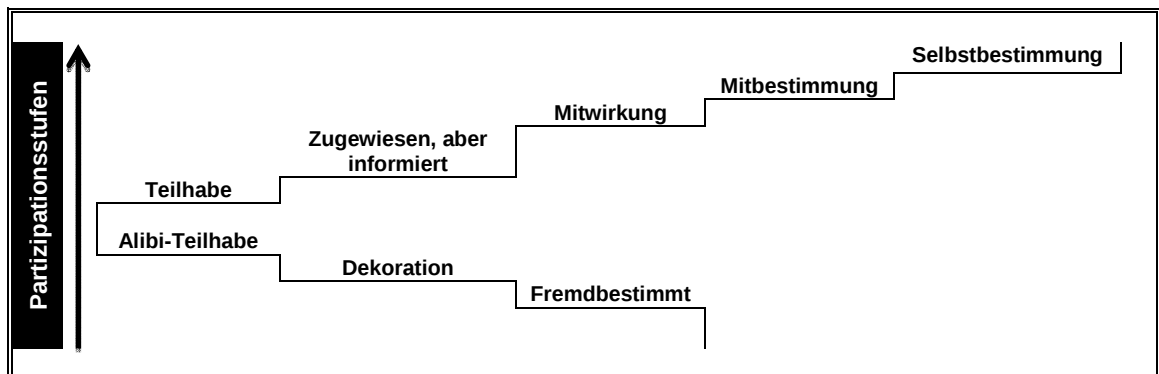


Abb. 6: Stufenleiter der Partizipation

[ALTGELD, T., 2011, nach Schröder, 1995]

Betrachtet man die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, gibt es zusätzlich einige Faktoren zu beachten. Um die fokussierte Altersgruppe zu erreichen, sind die Zugangswege entsprechend zu wählen, außerdem sollte der Entwicklungsstand, Begabungen und Interessen der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt werden. Speziell bei Jugendlichen kann die Annahme gesundheitsförderlicher Interventionen durch Partizipation verbessert werden. [GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT, 2012].

2.1.16 Health literacy – Gesundheitskompetenz

Health Literacy wurde in den letzten Jahren hauptsächlich im englischsprachigen Raum besprochen, im deutschsprachigen Raum wurde das Konzept bisher unter seinem englischen Begriff verwendet oder als Gesundheitskompetenz übersetzt [ABEL et al., 2011].

Unter Health Literacy versteht man die umfassende Fähigkeit des Einzelnen, Gesundheitsinformationen zu verstehen und für sich vorteilhaft zu nutzen.

Gesundheitskompetenz ermöglicht es, sich mittels alltagstauglichen Wissens im Gesundheitssystem zurechtzufinden und auch spezielles Wissen beispielsweise zur Prävention von verschiedenen Krankheiten oder therapeutische Empfehlungen umsetzen zu können. Das benötigte Wissen entsteht dabei nie isoliert im eigenen persönlichen Rahmen sondern ist immer durch ein soziales Umfeld wie Arbeitsplatz, Politik oder Kultur geprägt [ABEL et al., 2011].

Aus Sicht der Gesundheitsförderung geht der Begriff der Gesundheitskompetenz deutlich über die Fähigkeit des Verstehen und Anwenden von Gesundheitsempfehlungen hinaus. Die Möglichkeiten zum praktischen Umgang mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit werden über Kultur, Erziehung und andere soziale Bedingungen weitergegeben und geschult [ABEL et al., 2011].

In Bezug auf ihre Wirkung lässt sich Health Literacy in drei Formen unterteilen:

- Funktionale Form:
Darunter versteht man grundlegende Fähigkeiten wie Schreiben, Lesen und daraus folgend auch den Inhalt von gesundheitsrelevanten Themen verstehen.
- Interaktive Form:
Ist die fortgeschrittene Fertigkeit sich Informationen über Gesundheit und gesundheitsrelevanten Themen zu beschaffen. Dazu nötig sind ebenfalls gesteigerte kognitive und soziale Fertigkeiten, um sich beispielsweise Informationen im sozialen Umfeld anzueignen.
- Kritische Form:
Die kognitiven und sozialen Fertigkeiten sind soweit fortgeschritten, um sich mit der Analyse von gesundheitsrelevanten Informationen kritisch auseinanderzusetzen und für eine bessere Lebensbewältigung für sich selbst zu verwenden.

In den letzten Jahren sind die Möglichkeiten der Behandlung und Dienstleistungen bzw. Produkte, die mit Gesundheit zu tun haben, immer grösser geworden. Dadurch sind auch die Anforderungen an die Bevölkerung gestiegen, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden oder sich über Therapiemöglichkeiten und über einen gesunden Lebensstil zu informieren [ABEL et al., 2011].

Eine hohe Gesundheitskompetenz ist daher maßgeblich abhängig vom Bildungsniveau der Bevölkerung. Mangelnde Lesefähigkeit, mangelndes Wissen im Umgang mit Sprache oder kulturelle Unterschiede können zu negativen Auswirkungen in verschiedensten Bereichen der Gesundheit führen [ABEL et al., 2011].

Eine hohe Alphabetisierung geht dementsprechend einher mit einer Verbesserung der Health Literacy und einer Reihe von Indikatoren wie gesunder Ernährung, höherer Lebenserwartung oder einem allgemein guten Gesundheitszustand der Bevölkerung [ABEL et al., 2011].

2.2 SETTINGS UND ZIELGRUPPEN IN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

2.2.1 Settings im Allgemeinen

Unter dem Begriff „Setting“ versteht man den Ansatz, die Gesundheitsförderung an alltäglichen Lebensbereichen (Lebenswelt-Ansatz) und dem sozialen Umfeld (Sozialzusammenhang) auszurichten, d.h. die Thematik Gesundheit wird im Kontext mit dem Alltag, in dem wir unser Leben verbringen – im Kindergarten, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung, im religiösen Umfeld oder in der Freizeit, etc. - betrachtet und analysiert [NAIDOO und WILLS, 2003].

Der Begriff wurde ursprünglich in den 1980ern entwickelt und wurde 1986 in die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der WHO aufgenommen, wo es heißt, dass „Gesundheit von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt wird, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ [NAIDOO und WILLS, 2003].

Folgende zentrale Settings und Zielgruppen lassen sich aus der WHO-Definition ableiten:

- Hochschule, Schule und Kindergärten
- Arbeitsplatz und Unternehmen
- Soziales Umfeld (Nachbarschaft, Wohngegend, ganze Städte oder Stadtteile, Freizeitorganisationen)
- Gesundheitsorganisationen (Ärzte, Krankenhäuser) [SCHWARTZ, 2003].

Diese eher geographisch orientierten Setting-Definitionen lassen sich in weiterer Folge gut mit demographisch- und wertorientierten Setting-Merkmalen bzw. Zielgruppen verknüpfen, wie z.B.:

- Gleiche Lebenslage (RentnerInnen, Arbeitslose, Schwangere, etc.)
 - Gemeinsame Werte (religiöse, sexuelle, politische Orientierung)
- [SCHWARTZ, 2003].

Der Setting-Ansatz ist ein systematischer (strukturierter) und dynamischer (sich an veränderte Bedingungen anpassbarer) Evaluierungsprozess von Gesundheit fördernden Potentialen mit dem Ziel, sowohl durch umwelt- als auch personenbezogenen Maßnahmen das Gesundheitsbewusstsein und die Lebensbedingungen insgesamt zu verbessern [SCHWARTZ, 2003].

Als Maßnahmen dienen beispielhaft

- Vermittlung von Gesundheitswissen durch Aufklärung
 - Einzelne spezielle Gesundheitsförderungsprogramme
- Einleitung von Gesundheit fördernden Verbesserungsprozessen auf Basis von Projekten [SCHWARTZ, 2003].

Gesundheit sollte im Optimalfall in jedes Alltagssystem integriert sein und seinen Platz in Organisationen und Institutionen haben, die eigentlich für ganz andere Aufgaben und Ziele geschaffen wurden, in dem versucht wird, das Interesse an der Gesundheit in deren Strukturen und Lebenswelten auf routinemäßiger Basis zu etablieren [SCHWARTZ, 2003].

Alle Beteiligten in einem solchen setting-basierten System stehen in Interaktion miteinander und sind eingebettet in einem partizipativen Prozess zur Identifizierung von Gesundheitspotenzialen, zur Erstellung von Prioritäten und zur Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen [SCHWARTZ, 2003].

Es bildet somit das Fundament für

- Persönliches Empowerment
- Soziale Interaktion und soziales Kapital
- Verbesserte Lebensumwelten und „gesunde Organisationen“ [SCHWARTZ, 2003].

2.2.2 Das Gesundheit fördernde Setting

Der setting-orientierte Ansatz ist als langfristig angelegter gesundheitsfördernder Prozess mit Rückkoppelungen konzipiert und wird meist in Form von Projekten mit folgenden Zielsetzungen umgesetzt:

- Schaffung gesunder Arbeits- und Lebensbedingungen durch Interventionen auf Basis der aus dem systematischen Setting-Prozess gewonnen Erkenntnissen
- Entwicklung setting-spezifischer Gesundheitspolitik und –programme
- Installation eines Monitorings, um die Wirkungsfolgen der initiierten Verbesserungsvorschläge und Programme überwachen und nachweisen zu können [NAIDOO und WILLS, 2003].

Somit sind Settings gesundheitlich deswegen interessant und wichtig, weil aus ihren interaktiven Prozessabläufen wichtige Impulse ausgehen. Sie haben Einfluss auf die Wahrnehmung von Gesundheit, auf potentielle Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen und in Folge dessen auf das Management von Gesundheitsrisiken, also der Herstellung einer Balance zwischen auftretenden Belastungen und eingesetzter Ressourcen [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Setting-Projekte sorgen mit ihren Interventionen für

- Gesteigertes Gesundheitsbewusstsein
- Sensibilisierung gesundheitsfördernder Themen und Abläufe
- Aktivierung von Eigenkompetenzen
- Transparenz von Gesundheitsbelastungen
- Konkrete Maßnahmen und Verbesserungen in der Gesundheitsförderung
- Effizienz im Einsatz von Gesundheitsressourcen
- Permanente Reflektion zwischen eingeleiteter Maßnahmen und erzielten Wirkungsfolgen bis hin zu einem ständigen sich selbst am lebendig haltendem stetigem Erneuerungsprozess (→ verstetigte Organisationsentwicklung)
- Nachhaltige Verhaltensänderungen im gesamten Komplex [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Durch den Setting-Ansatz orientieren sich gesundheitsfördernde Maßnahmen genau dort, wo sie den einzelnen Menschen in ihrer ganz persönlichen Lebenssituation am besten adressieren und am effizientesten eingesetzt werden können – dort wo sie leben, lernen, arbeiten, konsumieren und ganz generell ihr Leben verbringen [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Settings reflektieren erfolgreich auf die Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer spezifischen Bevölkerungsgruppe aus der wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und organisatorischer Verflechtung sowie persönlicher Lebensweise resultieren [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Ein primärer Einsatzbereich im Setting-Ansatz liegt in der Primärprävention/Gesundheitsförderung⁴ bei der Erreichbarkeit von spezifischen Zielgruppen, um im konkreten Fall gesundheitsfördernde Angebote und präventive Maßnahmenpakete zu platzieren (Bsp. Ausgabe von Ernährungsratgeber bei Elternabenden in Schulen, Abhaltung einer

⁴ Siehe dazu im Detail Kapitel „Prävention...“ unter Punkt 2.1.13

Informationsmesse für PensionistInnen in Bezug auf Sport, Reise und Gesundheit, etc.) [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Bei Setting-Projekten steht die größtmögliche Partizipation und Interaktion aller in diesem Setting involvierten Beteiligten mit dem konzeptionellen Ziel im Vordergrund, einen Prozess zur systematischen Weiterentwicklung der gesamten Organisation zu erreichen, die sich letztendlich selbst durch den Einsatz sämtlicher Setting-Mitglieder trägt (z.B. Projekte der „gesunden Jause“ in Schulen) [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

Interventionen zur organisatorischen und sozialen Veränderung im Rahmen eines solchen Setting-Prozesses sollten auf Basis der partizipativen Grundidee von der beteiligten Zielgruppe (z.B. Schüler und Lehrer) selbst identifiziert, angefordert und vor allem mitgestaltet werden [ROSENBROCK und HARTUNG, 2011].

2.2.3 Zielgruppen und MultiplikatorInnen

Eine Zielgruppe wird definiert als:

„Ein Teil der Bevölkerung bzw. eine Gruppe von Personen, die gezielt mit bestimmten Angeboten (z.B. Aufklärungskampagnen, Trainingskampagnen) erreicht werden soll.“ [BLÜMEL und LEHMANN, S. 575, 2011]

MultiplikatorInnen werden definiert als:

„Personen oder Institutionen, die empfangene Informationen an mehrere Personen (i.d.R. die Zielgruppe) weiterleiten und dadurch multiplizieren.“ [BLÜMEL und LEHMANN, S. 575, 2011]

Um bestimmte Teile der Bevölkerung, die einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsförderung aufzeigen, erfolgreich zu erreichen, sind spezielle auf die jeweilige Zielgruppe angepasste Interventionen erforderlich. Die Effektivität der durchgeführten Maßnahmen/Projekte ist mitunter davon abhängig, wie genau die Zielgruppe eingangs definiert wurde. Dies kann durch verschiedenste Merkmale zur Zielgruppenbildung erfolgen (Beispiel: Zielgruppenmerkmal: Geschlecht-> Zielgruppen: Männer, Frauen) [BLÜMEL und LEHMANN, S. 575, 2011].

Ferner ist eine weitere Unterteilung in Zielgruppen (wer ist die Zielperson, wie z.B. SchülerInnen), AdressatInnen (wer wird angesprochen, wie z.B. LehrerInnen, Eltern) und EmpfängerInnen (wer wird tatsächlich erreicht, wie z.B. Mütter mit spezieller Bildung) möglich, wobei alle drei Kategorien auch ident sein können [BLÜMEL und LEHMANN, 2011].

MultiplikatorInnen sind im Gesundheitsförderungssektor teilweise unerlässliche Akteure, da viele Zielgruppen aufgrund von fehlenden personellen und finanziellen Mitteln nur begrenzt zugänglich sind. Sie übernehmen eine besondere Funktion in Verstärkung und Unterstützung der Intentionen, Vorhaben und Ziele im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich. MultiplikatorInnen arbeiten entweder direkt in den Bereichen Gesundheitswesen, Pädagogik oder Sozialarbeit, können aber auch Angehörige der Zielgruppen sein [BLÜMEL und LEHMANN, 2011].

Im schulischen Bereich vermitteln sie beispielsweise gesundheitsbezogenes Wissen und Kenntnisse als LehrerInnen, in Kindergärten als KindergartenpädagogInnen, im Bereich der Medien übernehmen sie als JournalistInnen Trägerfunktion, um die Glaubwürdigkeit der Inhalte bei der Zielgruppe zu untermauern und zu erhöhen. Im Prinzip ist jedoch jede Person Multiplikator, die durch eine Ausbildung Wissen erworben hat oder durch gesundheitsförderliches Verhalten ihrerseits, dieses Verhalten nach außen trägt

und damit weitervermittelt [BLÜMEL und LEHMANN, 2011].

Synonym wird auch der Begriff MediatorIn eingesetzt, wobei dieser Rolle noch zusätzlich eine vermittelnde Funktion zwischen AbsenderIn und AdressatIn inne wohnt [BLÜMEL und LEHMANN, 2011].

Das Arbeiten mit MultiplikatorInnen gilt im Gesundheitsförderungssektor als Kriterium guter Praxis. Bezogen auf Kindertagesstätten und Schulen gelten Projekte oder Maßnahmen als beispielhaft, wenn Erziehende und Lehrende in das Konzept inkludiert werden [BLÜMEL und LEHMANN, 2011].

2.3 ERNÄHRUNG UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH

Dieses Kapitel gibt einen kurzen Einblick in die gesetzliche Verankerung der Gesundheitsförderung in Österreich. Außerdem wird ein Überblick über die derzeitigen Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Österreich gegeben und im Speziellen die aktuellen Themen gesundheitsfördernder Einrichtungen behandelt. Darüber hinaus wird der Ernährungsstatus der Bevölkerung kurz umrissen.

2.3.1 Gesundheitsziele

Im Jahr 2011 wurde vom Ministerrat und der Bundesgesundheitskommission eine Aufstellung von österreichischen „Rahmen-Gesundheitszielen“ vereinbart, welche die nächsten 20 Jahre gültig sein sollen. Die Bundesgesundheitskommission bildet das höchste gesundheitspolitische Gremium Österreichs und wurde zur Steuerung, Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene gegründet [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2012].

Das primäre Ziel des Entwurfs ist die allgemeine Verbesserung der Gesundheit der österreichischen Bevölkerung und vor allem auch die Erhaltung dieser. Somit wird eine Entlastung des Gesundheitsversorgungssystems erreicht und der Fokus vom Bekämpfen von Krankheiten auf das Gesund erhalten gelenkt. Des Weiteren soll in den nächsten 20 Jahren die beschwerdefreie Lebenserwartung der Bevölkerung im Mittel um zwei Jahre erhöht werden. Zwar liegt die Lebenserwartung der Österreicher im Vergleich mit den OECD-Staaten über dem Durchschnitt, die Anzahl der gesund verbrachten Jahre (ca. 60) liegt jedoch im unteren Bereich [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2012].

Zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich:

1. Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen; Erreichen des Ziels durch Zusammenarbeit verschiedener Institutionen.
2. Alters-, Geschlechts- und Abstammungsunabhängige gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen sozioökonomischen Gruppen
3. Kräftigung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung
4. Nachhaltiges Sichern und Wahren von natürlichen Ressourcen (Wasser, Luft und Boden) sowie Lebensräumen für die nächsten Generationen
5. Stärkung der Gesundheit durch soziale Kooperation
6. Unterstützung und Ermöglichung gesunden Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen
7. Zugang zu gesunder Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für die Bevölkerung
8. Förderung der Gesundheit durch mehr Bewegung im alltäglichen Leben
9. Unterstützung der psychosozialen Gesundheit
10. Nachhaltige Herstellung von qualitativ hochwertiger und effektiver Gesundheitsversorgung [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

2.3.2 Gesundheitsförderung in Österreich - Gesetzliche Regelungen

Die Gesundheitsförderung in Österreich weist zwar bis dato noch keine bundesweite, einheitliche Struktur und Koordination mit systematisch geplantem Ansatz auf, jedoch gibt es in allen Bundesländern, außer dem Burgenland, seit Jahrzehnten bestehende Präventions- und Gesundheitsförderungseinrichtungen mit besonderem Schwerpunkt im Bereich Schulgesundheit und Gesunde Gemeinde. Des Weiteren sind die Gesundheitsförderungsaktivitäten der Krankenkassen und der Krankenhäuser zu erwähnen [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Gesetzliche Regelungen:

1. 1992 wurde Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der Sozialversicherungsträger im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz festgelegt (§ 116 Abs. 1 Z 5). Die Sozialversicherungsträger haben vor allem den Settingansatz im Fokus (Betriebe und Schulen) [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].
2. 1997 erfolgte die Verabschiedung des „Grunderlass zur Gesundheitserziehung“, womit Gesundheitsförderung in Schulen verpflichtend wurde. Die Basis bildete dafür das europäische Netzwerk „European Network of Health Promoting Schools“ (ENHPS), dem Österreich 1993 beitrug. ENHPS gegründet als Initiative der WHO, der Europäischen Union und des Europarates trägt nun den Namen „Schools for Health in Europe“ (SHE network). Das Programm „Gesundheitsfördernde Schulen“ wurde als Pilotprojekt in elf Schulen österreichweit eingegliedert [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].
3. Ein prägnanter Punkt für die Gesundheitsförderung war die Einführung des Gesundheitsförderungsgesetz (GfG), „Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und –information 1998 [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Die wesentlichsten Inhalte des GfG basieren auf den Grundsätzen der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung.

Folgende Zielsetzungen sind mit dem Gesetz verbunden:

- Ausbau der Strukturen
- Settingbezogene Angebots- und Projektentwicklungen und Zuteilung
- Beratung und Information
- Verbesserung der Programme durch Evaluation, Weiterentwicklung, und Förderung der Fortbildung [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Den Auftrag zur Umsetzung des Gesundheitsförderungsgesetzes erhielt 1998 der Fonds Gesundes Österreich, der im nächsten Kapitel der vorliegenden Arbeit detailliert erörtert wird [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

4. Gründung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) per Bundesgesetz 2006 und zeitgleiche Neuerung des Gesundheitsförderungsgesetzes. Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und der Fonds gesundes Österreich (FGÖ) wurden als Geschäftsbereiche integriert. 2007 erfolgte die Eingliederung des Bundesinstituts für Gesundheitswesen (BIQG) als drittes Ressort [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

2.3.3 Aktuelle Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Österreich

Der vom **Bundesministerium für Gesundheit** im Jahr 2010 eingeleitete „Kindergesundheitsdialog“, der unter Mitwirkung von über 180 ExpertInnen konzipiert und geführt wurde, fand am 29. September 2011 sein Finale in der Präsentation der „Kindergesundheitsstrategie“.

Die Strategie ist in fünf große Themenfelder gegliedert, vier mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention und eines mit Versorgung. Die Strategie beinhaltet zwanzig formulierte Ziele und wird als Paradigmenwechsel in Österreich kolportiert, da Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien mit ihren Bedürfnissen und Lebenswelten erstmals in einem Ganzen betrachtet werden.

Wesentliche Kernpunkte bilden die Themen Ernährung und Bewegung. Geplant sind Aktionen für das Erlernen richtiger Essgewohnheiten von klein auf und die Präsentation des „Nationalen Aktionsplans Bewegung“ (NAP.b). Die Maßnahmen des NAP.b fordern die Bevölkerung zu vermehrter Bewegung auf,

unter besonderer Berücksichtigung der Ansprüche von Kindern und Jugendlichen.

Der bereits 2009 initiierte „Nationale Aktionsplan Ernährung (NAP.a) wird in einem eigenen Kapitel genauer dargelegt. Für die inhaltliche Umsetzung der Kindergesundheitsstrategie wurde eigens eine Koordinationsstelle mit intersektorialem Advisory Board eingerichtet [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Der Fonds gesundes Österreich (FGÖ) ist seit 1999 neben einigen anderen Aktivitäten mit der Durchführung von Kampagnen beschäftigt, die zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens beitragen.

Die Kernthemen der letzten Jahre waren Ernährung, Bewegung, Lebensstil und Nichtrauchen. Die Jahre 2008 und 2009 waren vor allem geprägt vom Thema Herzgesundheit. Die Kampagne „Mein Herz und ich. Gemeinsam gesund“ sprach viele Menschen an.

Darauf folgte „3000 Schritte mehr am Tag“, eine Initiative die zu mehr Bewegung im Alltag aufforderte und die „Gemeinsam gesund bewegen Tag“-Kampagne, welche aufgrund des großen Effektes im darauffolgenden Jahr (2010) wiederholt wurde. Es ist auch eine Abstimmung der Aktivitäten und Förderrichtlinien seitens des FGÖ mit den Bundesländern und anderen Organisationen der Gesundheitsförderung zu erkennen. [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2005].

Ein Bereich der bundesweit neben den herkömmlichen Gesundheitsförderungsprogrammen immer mehr an Bedeutung gewinnt, ist die Förderung der Gesundheit von Schwangeren, Müttern und deren Kleinkindern.

Weitere Zukunftsthemen, an welchen stark gearbeitet wird, sind soziale Ungleichheit, seelische Gesundheit und die betriebliche Gesundheitsförderung. Oft mangelt es jedoch an verstärkter Umsetzung, sodass auch gut angelegte Projekte nur Pilotversuche bleiben. Die betriebliche Gesundheitsförderung hingegen ist ein Sektor, der mittlerweile gute Erfolge erzielt [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) besteht aus einer großen Gemeinschaft an Akteuren und umfasst ein österreichisches Netzwerk (ÖNBGF) und ein europäisches Netzwerk. Die Koordinationsstelle des österreichischen Netzwerks ist in der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angesiedelt, da sie die erste Einrichtung war, die nach vorgegebenen Qualitätskriterien komplexe Gesundheitsförderungsprojekte von der Planung bis zur Durchführung umgesetzt hat.

Insgesamt stellt die BGF eine strukturierte, gut vernetzte und konzeptuell gut angenommene Einrichtung dar, die sehr viele Betriebe zur Gesundheitsförderung motiviert. Einige Maßnahmen zeigen laut Evaluationsberichten positive Auswirkungen und Nachhaltigkeit. Österreichische Klein- und Mittelbetriebe anzusprechen ist das Ziel der näheren Zukunft [NETZWERK BGF, 2008].

Das Forschungsinstitut **Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR)** untersucht seit 2008 unter anderem die Wechselbeziehung zwischen Gesundheit und diversen Einrichtungen. Im Fokus der Wissenschaftler stehen vor allem Schulen, Krankenhäuser und Häuser der Langzeitbetreuung. Erwähnenswert und neu sind dabei die Forschungsstrategie, die intersektoral angelegt ist und die Verknüpfung von Grundlagen und anwendungsorientierter Wissenschaft [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Es ist für eine evidenzbasierte Gesundheitsförderung notwendig, um sowohl die Grundlagenforschung zu verstärken, als auch anwendungsorientierte Standards und Tools zu entwickeln [DÜR, W., 2008]. Das LBIHPR für Gesundheitsförderungsforschung ist bemüht, mit Instanzen der Gesundheitsförderung eng zu kooperieren. Vor allem im Bereich der schulischen Gesundheitsförderung sind die Weichen für eine Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium, dem Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) und der Sozialversicherungsträger gestellt [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Auch die Sozialversicherung legt in den nächsten Jahren ihren Schwerpunkt auf die klassischen Themen innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention, sieht jedoch den Bereich Langzeitbetreuung und Pflege in Zusammenarbeit mit anderen als ein neues Arbeitsfeld mit Handlungsbedarf. Das LBIHPR, der FGÖ, der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Wiener Gesundheitsförderung sind bereits am Umsetzen von Versuchsprojekten [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Ebenfalls zu erwähnen sind die von der Gesundheit Österreich GmbH und dem Bundesministerium für Gesundheit entwickelten Rahmengesundheitsziele, die die nächsten zwanzig Jahre wirken und einiges bewirken sollen [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Obwohl Ansätze einer Zusammenwirkung und Absprache zwischen den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitssektors bzw. der Gesundheitsförderung bereits erkennbar sind, ist man von einer österreichweiten Gesundheitsförderungsstrategie, systematischen Planung und Umsetzung noch weit entfernt [ROHRAUER-NÄF und WALDHERR, 2011].

Je mehr Akteure in punkto Gesundheitsförderung bundesweit vertreten sind, desto mehr bedarf es an Abstimmung der Maßnahmen untereinander. Mit gezielten Kooperationen ist es möglich, Synergien zu produzieren und unnötige doppelte Arbeit zu vermeiden [DÜR, 2008].

Um eine gemeinsame Koordination zu erreichen, müssen einige Punkte beachtet werden bzw. kann dies nur schrittweise erfolgen. Zuerst sind gemeinsame Zielsetzungen von Bedeutung, um eine Einschätzung des Koordinationsaufwands zu bekommen. Diese wiederum sind nur dann zu finden oder zu entwickeln, wenn in erster Linie genaue Dokumentationen oder Berichterstattungen vorliegen, in denen die Bereiche aufgezeigt werden, die Maßnahmen oder Handlungsbedarf benötigen. Dies ist jedoch eines der Kernpunkte des Problems, da es keine präzisen Aufzeichnungen aller Projekte, Maßnahmen und Programme gibt, die zentral zugänglich sind [DÜR, 2008].

Ein ebenso wichtiges Kriterium für die Gesundheitsförderung und vor allem der Qualitätssicherung ist die Evaluation und Forschung. Erst durch eine effiziente Bewertung und Beobachtung der durchgeführten Maßnahmen, sind die Effekte bezifferbar [DÜR, 2008].

2.3.4 Der Nationale Aktionsplan Ernährung

Im Jahr 2009 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit unter Bundesminister Alois Stöger die Erarbeitung eines Nationalen Aktionsplan Ernährung (NAP.e) beschlossen. Nach einem Konsultationsprozess wurde die fertige Version Ende 2010 vorgestellt. Der NAP.e wird seither kontinuierlich überarbeitet mit dem Ziel ein rollierendes, dynamisches Planungs- und Handlungsinstrument zur Verfügung zu haben [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Langfristiges Ziel ist es, durch eine Reduktion von Fehl-, Über- und Mangelernährung bis 2020 sinkende Übergewichts- und Adipositaszahlen zu erreichen. Zielgruppen des Aktionsplans sind Kinder, Schwangere, Stillende und sozial Schwache, sowie seit 2012 ältere Menschen [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Übergewicht sowie Adipositas entstehen als Folge eines Ungleichgewichts zwischen der Zufuhr von Energie und dem Verbrauch. Als Folge von Adipositas können eine große Anzahl von Begleitkrankheiten wie Stoffwechselstörungen und Bluthochdruck entstehen, des weiteren haben Adipositas Patienten ein erhöhtes Risiko an Diabetes mellitus Typ 2, Gallenblasenerkrankungen, Osteoarthritis etc. zu erkranken [WHO/FAO, 2003/ KIEFER et al, 2006].

Bei den österreichischen Jugendlichen zwischen sieben und vierzehn Jahren liegt der Anteil der übergewichtigen Mädchen bei gut einem Fünftel, bei den Jungen ist rund ein Viertel von Übergewicht betroffen. Knapp 6 % der Mädchen sind adipös, bei den Jungen liegt die Rate bei 9 %. Im Vergleich zum Ernährungsbericht 2008 sind mehr Kinder übergewichtig (Mädchen: von 10 auf 16 %, Buben: von 12 auf 17 %), die Adipositas ist bei den Buben gleich geblieben, bei den Mädchen leicht gesunken (Vergleichswert Mädchen 2008: 7%). [ELMADFA et al, 2012].

Des Weiteren besteht ein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Tendenz zu Übergewicht und Adipositas. Bevölkerungsschichten mit geringem Einkommen und niedrigerem Bildungsniveau tendieren eher dazu an Adipositas zu erkranken [STATISTIK AUSTRIA 2007, KIEFER et al, 2006].

Gezielte Maßnahmen für diese Gruppen sieht der NAP.e als wichtigen Schwerpunkt. Der in Österreich erkennbare Trend der Gewichtszunahme bei

Kindern und Jugendlichen, soll durch gezielte Maßnahmen umgekehrt werden [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Der österreichische Ernährungsbericht 2008 zeigt des Weiteren erhebliche Defizite in der Zufuhr von Nährstoffen, so ist besonders die Zufuhr von Folsäure, Calcium und Vitamin D, im Mittel unter den Zufuhrempfehlungen. Der Aktionsplan sieht es als Herausforderung für die Zukunft Mangelernährung, Über- und Fehlernährung vorzubeugen [ELMADFA et al., 2009]. Im Vergleich dazu, liefert der Ernährungsbericht 2012 folgende Daten: In der Gesamtbevölkerung werden die Mikronährstoffstatus an Calcium (ausgenommen Männer), beta-Carotin und Selen als kritisch eingestuft. Schulkinder im Alter von 7 bis 14 Jahren weisen starke Defizite an Vitamin D auf. Bei erwachsenen Frauen sowie bei SeniorInnen ist der Status an Zink kritisch. Der Mikronährstoff Vitamin D wird ebenfalls als kritisch eingestuft. [ELMADFA et al., 2012].

Allgemein gliedern sich die Ziele in ernährungsbezogene Prävention und primäre Ernährungsziele. Unter ersterer versteht man das Ziel der Verlängerung der Lebenszeit durch ernährungsbezogene präventive Maßnahmen, die auch die Gesamtlebensqualität verbessern sollen [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Einige der Maßnahmen sind:

- Reduktion von Krankheitsrisiken
- Vorbeugung von Behinderung sowie Verbesserung der Mobilität im Alter
- Vermeidung vorzeitiger Todesfälle
- Vermeidung chronischer Krankheiten

Primäre Ernährungsziele sind beispielweise:

- Optimierung der Fettqualität
- Optimierung der Flüssigkeitszufuhr

- Verringerung der Fettzufuhr
- Verringerung der Salzzufuhr usw [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Zu den Rahmenbedingungen des Nationalen Aktionsplans Ernährung zählt neben einer koordinierten Ernährungspolitik auch die Einbeziehung aller politischen Ebenen, ausgehend von der europäischen Ebene über Bundes- und Länderebene bis zur kommunalen Politik, mit der Zielsetzung das österreichische Gesundheitsverhalten nachhaltig zu verbessern [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Eine effektive Ernährungspolitik basiert zum einen auf Maßnahmen, die auf Verhaltensprävention und zum anderen auf Mikro-, Meso- und Makroebene integrative Konzepte beinhaltet [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Verhaltensprävention zielt dabei auf eine Veränderung im persönlichen Umfeld hin zur Bildung einer Ernährungskompetenz ab.

Maßnahmen der Mikroebene berücksichtigen individuelle Ressourcen und Bedürfnisse, die einen bei der Auswahl der Lebensmittel beeinflussen.

Die Mesoebene berücksichtigt das soziale Umfeld, wie Schule, Arbeitsplatz oder Wohnumfeld und Handlungen die gesundheitsfördernd sind.

Die Makroebene gibt strukturelle Rahmenbedingungen und gesetzliche Grundlagen vor [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

Allgemein ist der nationale Aktionsplan Ernährung unter anderem darauf ausgerichtet, die Erkenntnisse des Österreichischen Ernährungsbericht 2008 zu verbessern. Dabei sind die wesentlichen Punkte eine zu fette und salzige Ernährungsweise in allen Altersgruppen und bei Kindern und Jugendlichen eine zu hohe Zuckerzufuhrmenge sowie eine Umkehrung des tendenziell steigenden Anteils von übergewichtigen Personen [BUNDESMINISTERIUM FÜR

GESUNDHEIT, 2011].

Zusätzlich zu den Prioritäten vergangener Jahre wird ab 2012 noch ein Schwerpunkt auf ältere Personen gelegt mit den Themen Prädiabetes und Gestationsdiabetes [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2011].

2.3.5 Ernährungszustand in Österreich

Das Konsumverhalten der österreichischen Bevölkerung wird im Rahmen eines Ernährungsberichts seit 1998 alle fünf Jahre erhoben. Der letzte Bericht wurde im Jahr 2008 erstellt und zeigt folgenden Ernährungszustand [ELMADFA I., 2009]:

- Kohlenhydrate und Ballaststoffe werden weiterhin zu wenig aufgenommen. Empfohlen wird 55 % an der Gesamtenergiezufuhr daraus zu decken. Dieser Wert wird in keiner Altersgruppe erreicht. Die Altersgruppe der 6 bis 15 jährigen kommt mit 53 % dem geforderten Anteil an der Gesamtenergie noch am nächsten, jedoch sind 17 % auf die Zufuhr von raffiniertem Zucker zurückzuführen, der unter anderem Übergewicht, Karies und Diabetes fördert.
- Alle untersuchten Altersgruppen erreichen oder überschreiten den geforderten Anteil an Eiweiß. Maßgeblich dafür verantwortlich ist der hohe Fleischkonsum in Österreich, die empfohlene Menge von durchschnittlich 65 g Fleisch und Wurst pro Tag wird von Erwachsenen mit 127 g täglich um mehr als das doppelte überschritten. Im Gegensatz dazu ist der Verzehr von Fisch mit 13 g täglich deutlich unter den geforderten 27 g. Daraus folgt, dass eine Erhöhung des Fischkonsums zulasten des Fleischkonsums wünschenswert wäre.
- Die seit 1998 anhaltende Tendenz einer sinkenden Gesamt-Fett-Zufuhr ist positiv, die geordneten Referenzwerte werden jedoch noch immer nicht erreicht. Alle Altersgruppen nehmen mit einem Anteil von

14 % zu viele gesättigte Fettsäuren zu sich. Lediglich bei Kindern liegt die Gesamtfettzufuhr im oberen Referenzbereich. Eine Verminderung der Fettaufnahmen bei gleichzeitiger Forcierung ungesättigter Fettsäuren in Form von hochwertigen Pflanzenölen wäre insofern vorteilhaft.

- Der Alkoholkonsum liegt sowohl bei Frauen als auch bei Männern im Referenzbereich von 10 bis 20 g täglich. Er hält an der Gesamtenergiezufuhr ca. einen Anteil von 3 %, wobei in allen Altersgruppen die Aufnahme bei Männern größer als bei Frauen ist.
- Mikronährstoffe wie Folsäure und Vitamin D werden von allen Altersgruppen zu wenig aufgenommen. Vitamin D wird zwar durch Sonnenlicht in der Haut synthetisiert, bei unzureichender Exposition sowie Leber- und Nierenerkrankungen ist eine Aufnahme über die Nahrung notwendig. Folsäuremangel ist besonders in der Schwangerschaft ein großes Risiko für den Embryo, da die negativen Auswirkungen bis zu Fehlbildungen reichen können. Auch die Zufuhr von Calcium ist über alle Altersgruppen hinweg zu gering, lediglich die Natriumzufuhr liegt im Referenzbereich, dieser lässt Rückschlüsse auf einen hohen Konsum von Fertigprodukten zu.
- Milch und Milchprodukte halten mit 50 % in allen Altersgruppen einen großen Anteil an der Kalziumzufuhr. Insbesondere lässt sich seit einigen Jahren eine Zunahme des Käseverbrauchs beobachten, hingegen stagniert der Verbrauch von Trinkmilch seit dem Ernährungsbericht aus 2003. Obwohl die gesundheitlichen Vorzüge von Milchsorten, die von Schaf und Ziege kommen nicht eindeutig belegt sind, vergrößert sich der Konsum konstant. Des Weiteren positiv am Konsum von Milchprodukten ist der hohe Anteil an Nährstoffen wie hochwertiges Protein, Vitamin B₂, B₁₂ und Jod. Negativ ist der hohe Anteil an Kochsalz in vielen Käsesorten, der noch weiter zur ohnehin schon hohen Natriumaufnahme beiträgt. Bis zu 5% des täglichen Gesamtenergiebedarfs ist auf die Zufuhr von Fett und gesättigten Fettsäuren aus Milchprodukten zurückzuführen, daher sind fettreduzierte Varianten zu bevorzugen.

- Obst und Gemüse sollten laut Empfehlung der WHO in einer Menge von 400 g/Tag aufgenommen werden [WHO, 2003]. Obwohl sich die meisten Österreicher der gesundheitlichen Bedeutung bewusst sind, erreicht keine Altersgruppe eine zufriedenstellende Aufnahmemenge. Besonders Kinder nehmen viel zu wenig Obst und Gemüse zu sich, nur die Gruppe der Frauen zwischen 18 und 65 Jahren erreicht die von der WHO empfohlene Aufnahmemenge. Über alle Altersgruppen hinweg essen Frauen mehr Obst und Gemüse als Männer und es zeigt sich ein deutlicher Vorzug für Obst gegenüber Gemüse. Am unbeliebtesten ist der Konsum von Hülsenfrüchten, obwohl diese einen hohen Gehalt an Mikronährstoffen haben und eine gute Ballaststoffquelle darstellen. Ein weiterer Optimierungsbedarf an der Aufnahme von Obst und Gemüse ergibt sich durch den hohen Anteil an Folsäure und Kalzium, die als Schutzfaktor für Erkrankungen gelten.
- Bezüglich des Trinkverhaltens von österreichischen Erwachsenen wird die täglich empfohlene Menge von 1,2 bis 1,5 Liter deutlich überschritten. So trinken Frauen durchschnittlich 2,6 l und Männer 2,8 l inkl. Milch, Kaffee und alkoholischer Getränke. Das bevorzugte Getränk dabei ist Leitungswasser. Im Mittel beträgt die Aufnahme 338 kcal pro Tag, wobei ein Großteil auf alkoholische Produkte zurückzuführen ist. Ohne diese beträgt die Aufnahme 177 kcal. Auch das Wissen der Befragten Personen war laut dem Bericht zufriedenstellend, wobei die meisten von der hohen Trinkwasserqualität in Österreich überzeugt waren.
- Eine zu hohe Aufnahme an Transfetten ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Gefäßkrankheiten. Daher wurde 2009 die Transfettverordnung verabschiedet, in der folgende Grenzwerte festgelegt wurden: nicht mehr als 2g/100g im Gesamtfett. Ausgenommen aus mehreren Zutaten bestehende Lebensmittel, wenn der Gesamtfettgehalt des Lebensmittels kleiner als 20% ist und der Gehalt an Trans-Fettsäuren im Gesamtfett 4g/100g nicht übersteigt oder der Gesamtfettgehalt kleiner als 3% ist und der Gehalt an Transfettsäuren im

Gesamtfett 10g/100g nicht überschreitet [BGBL. II Nr. 267/2009]. Zwischen 2003 und 2009 wurden mehr als 300 Lebensmittel auf deren TFS-Gehalt untersucht, die weltweit stattfindende Reduktion konnte bestätigt werden. Vereinzelt wurden jedoch noch immer sehr hohe Werte in Lebensmitteln gefunden [ELMADFA et al., 2009].

2.4 GESUNDHEITSFÖRDERNDE PROJEKTE IN DEN SETTINGS KINDERGARTEN UND SCHULE

2.4.1 Gesundheitsförderung im Kindesalter

Körper, Seele, Geist, Eigenschaften, Fähigkeiten und soziale Vernetzungen werden im Kindesalter geprägt und sind ständigen Veränderungen unterworfen. Die Phase des Heranwachsens ist für die Ausbildung der Kompetenz zur Aufrechterhaltung der eigenen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens sowie zur Krankheitsvermeidung die wichtigste Phase.

Gründe dafür sind:

- Das Gesundheitsverhalten ist noch nicht ausgeprägt.
- Die Lernfähigkeit und Lernbereitschaft ist sehr groß.
- Die meisten Kinder werden geistig und körperlich gesund geboren.
- Die ErzieherInnen bzw. Mütter sind um die Gesundheit ihrer Kinder bemüht und bestrebt, selbst etwas dafür zu tun und zu lernen.
- Die Immunologie und der Körperstoffwechsel werden in diesem Stadium epigenetisch festgelegt [BERGMANN und BERGMANN, 2009].

„Das Gesundheitsverhalten ist jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und langfristig erhält, Schäden und Einschränkungen fernhält und die Lebenserwartung verlängert. Gesundheitsverhalten kann auch die Unterlassung eines Risikoverhaltens sein, also wenn Verhaltensweisen, die die Gesundheit gefährden, aufgegeben oder reduziert werden“ [SCHMID, S. 94, 2011 nach LIPPKE und RENNEBERG, 2006].

Gesundheitsförderung im Kindesalter zielt auf die Förderung der physischen, psychischen und sozialen Belange von Kindern ab. Die im Vordergrund stehenden Ziele sind vor allem die Reduzierung von Belastungen und die Stärkung der eigenen Ressourcen. Des Weiteren steht die Absicht dahinter, die für die Gesundheit notwendigen individuellen Grundlagen zu schaffen und die Kinder zum gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen [RICHTER-

KORNWEITZ, 2011].

Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (KiGGS) in Deutschland liefert zum Thema Gesundheitsförderung im Kindesalter aktuelle Daten. Er beinhaltet Erkenntnisse bezüglich der physischen und psychischen Konstitution sowie zur sozialen Stellung und der allgemeinen Lebenssituation der Kinder. Weiterführende Teilstudien geben überdies Information zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten und zu Beeinträchtigungen durch die Umwelt [RICHTER-KORNWEITZ, 2011].

Aus der Studie geht unter anderem hervor, dass nicht jedes Kind von Beginn an gleichgestellt ist, was die Entwicklung anbelangt. Gesundheit und Wohlbefinden sind sehr stark von der sozialen Lage der Erziehenden abhängig. Die Folge von Armut ist Unterversorgung in den verschiedensten Bereichen. Speziell im Bereich Ernährung birgt dies Risiken für die Gesundheit. Adipositas, Übergewicht, Essstörungen, Zahnkaries und andere Auffälligkeiten sind häufige Folgeerscheinungen [RICHTER-KORNWEITZ, 2011].

2.4.2 Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Die Entwicklung von Ernährungsgewohnheiten, Vorlieben von Geschmack und Geschmacksabneigungen sowie Lebensstil beginnt bereits im frühen Kindesalter, geprägt vor allem durch die Familie und das soziale Umfeld wie Kindertageseinrichtungen, Schule und Peergroups. Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten so früh wie möglich etabliert werden, damit ein Mangel an Bewegung, Fehlernährung und daraus resultierende Erkrankungen eingedämmt werden [BZGA, 2012].

Aufgrund der Tatsache, dass im Kindesalter die körperlichen und psychischen Anlagen für eine gute Gesundheit geprägt werden ist es ratsam, Initiativen zur

Verbesserung der Gesundheitschancen und das Erlernen von Risikovermeidung sehr früh zu beginnen. Dafür sind Kindertagesstätten als Setting sehr gut geeignet.

Maßnahmen im Kontext mit Ernährung, Bewegung und Hygiene sind zumindest in Kindertagesstätten Deutschlands bereits Routine. Die Tagesstätten arbeiten oft mit anderen Einrichtungen zusammen, stellen somit einen Zugang für gesundheitsfördernde Aktionen dar [RICHTER-KORNWEITZ, 2011].

Ein gut strukturiertes Beispiel eines Projektes mit gesundheitsförderndem Ansatz ist das Pilotprojekt „gesunde kitas – starke kinder“ in Deutschland. Die angeführte Internetadresse gibt Detailinformationen (www.ernaehrungundbewegung.de) [ERNAEHRUNG UND BEWEGUNG, 2012].

Um das Gelingen von gesundheitsfördernden Maßnahmen in diesem Setting zu bewerkstelligen, bedarf es mehrerer Faktoren. Nicht nur die Kompetenz der PädagogInnen oder das Konzept ist entscheidend, auch die äußeren Bedingungen, wie räumliche und personelle Ressourcen haben einen starken Einfluss auf den Projekterfolg. Ziele der Kindertagesstätte sind die gesundheitsfördernde Gestaltung des gesamten Umfelds und die Steigerung der Ressourcen und Fähigkeit zur Gesundheit aller. Dies bezieht sich nicht nur auf die Kinder, sondern schließt dem Settingansatz entsprechend auch die Eltern und PädagogInnen mit ein [RICHTER-KORNWEITZ, 2011].

2.4.3 Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Adipositas liegt vor, wenn der Körperfettanteil der Gesamtkörpermasse stark erhöht ist, dies schließt auch die inneren Organe mit ein. Sie bezieht sich ausschließlich auf den Überschuss des Fettgewebes.

Übergewicht hingegen schließt nicht nur Fettgewebe, sondern auch Muskelmasse und Knochen mit ein und bezieht sich auf ein erhöhtes Körpergewicht. Somit kann auch ein trainierter Leistungssportler als übergewichtig gelten, wenn man den Body-Mass-Index (BMI) als Maß anwendet [GRÖNE-BENTZ, 2011].

Der Body Mass Index wird am öftesten verwendet um eine Einteilung in Unter-, Normal-, Übergewicht oder Adipositas zu treffen.

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2 \text{ (kg/m}^2\text{)}$$

Ein BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ wird bei Erwachsenen als Untergewicht, zwischen $18,5$ und $24,9 \text{ kg/m}^2$ als normalgewichtig und zwischen $25,0 \text{ m}^2$ und $29,9 \text{ m}^2$ als übergewichtig eingestuft. Ab einem BMI von $30,0 \text{ m}^2$ gilt eine Person als adipös [WHO, 2012].

Da während des Wachstums der Body Mass Index in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter variiert, werden für Kinder und Jugendliche BMI Perzentilen berechnet [GRÖNE-BENTZ, 2011]. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) spricht (erarbeitet nach Kromeyer-Hauschild) die Empfehlung zur Verwendung des 90. bzw. des 97. alters- und geschlechtsspezifischen BMI Perzentils als Grenzwerte von Übergewicht bzw. Adipositas aus. [AGA, 2011]. Starkes Untergewicht liegt vor bei einem BMI unterhalb der 3. Perzentile, Normalgewicht zwischen der 10. und der 90. Perzentile [Kromeyer-Hauschild et al., 2001].

Laut österreichischem Ernährungsbericht 2008 sind 8% Österreichs Schulkinder im Alter von 6-15 Jahren gemessen am BMI als adipös einzustufen. Übergewichtig sind ca. 11%, als untergewichtig gelten 5%. Seit dem letzten Ernährungsbericht im Jahr 2003 gab es einen deutlichen Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei den Schulkindern in zwei verschiedenen Altersgruppen. Unter den 6 bis unter 10-jährigen gab es eine Zunahme von 14 auf 20% an übergewichtigen und adipösen Schulkindern. Bei den 10 bis 15-jährigen stieg der Prozentsatz von 10 auf 18% [ELMADFA et al., 2008]. Der österreichische Ernährungsbericht 2012 ergab, verglichen mit dem Ernährungsbericht aus dem Jahr 2008, einen Anstieg der Prävalenz von Übergewicht bei Schulkindern (7-14 Jahre) beiden Geschlechtes. Bei den Buben ist der Anteil an Adipositas konstant geblieben (9%), bei den Mädchen gibt es einen leichten Rückgang (7%; 5,5%). Positiv zu erwähnen ist auch ein Sinken der Prävalenz von ausgeprägtem Untergewicht (<3. Perzentil) von 5 auf 1,8 % [ELMADFA et al., 2012].

Gemäß dem Studienbericht des österreichischen grünen Kreuzes ist in der Altersgruppe zwischen 6 und 9 Jahren eine eindeutig höhere Adipositasprävalenz bei Buben vorzufinden.

Übergewichtige Kinder sind im beginnenden Erwachsenenalter sehr wahrscheinlich mit gesundheitlichen Folgen aufgrund ihrer lebenslangen Fettleibigkeit konfrontiert. Es ist unumstritten, dass ein übermäßiger Körperfettanteil langfristig mit Diabetes mellitus Typ II, Erkrankungen des Skeletts und des Herz-Kreislauf-Systems einhergeht. Eine zu hohe Energieaufnahme in Kombination mit ungesunder Ernährung und geringer körperlicher Aktivität gilt als Risikofaktor. Schulen und Familien sind deshalb dazu aufgefordert, den Kindern adäquates Ess- und Bewegungsverhalten beizubringen [ÖSTERREICHISCHES GRÜNES KREUZ, 2007].

2.4.4 Nährstoffversorgung bei österreichischen Schulkindern

Laut Ernährungsbericht 2008 wurde bei Kindern im Alter von 6 bis 15 Jahren der Mikronährstoff Jod als Risikonährstoff (Zufuhr mehr als 15% unter dem D-A-C-H- Referenzwert) eingestuft. Bei Schulkindern im Alter von 13 bis 15 Jahren wurden Vitamin A, Vitamin B1, B2 und B6, Eisen und Kalium (nur bei Mädchen) als Risikonährstoffe kategorisiert. Als „grenzwertig“ hinsichtlich der Zufuhr (bis 15% unter dem Referenzwert) galt bei Buben im Alter von 10-15 Jahren der Mikronährstoff Zink. Allgemein hat sich die Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen im Vergleich zu 2003 bei Kindern vermindert [ELMADFA et al., 2008].

Laut aktuellem Stand liegt bei den älteren Kindern (10-12 und 13-14 Jahre) die Aufnahme der fettlöslichen Vitamine A, D und E unterhalb der Referenzwerte (D-A-C-H 2012). Der Status an Vitamin A (Retinol) wird jedoch in allen untersuchten Altersgruppen als gut befunden, es besteht daher keine Gefahr eines Mangels [ELMADFA et al., 2012].

Die Vitamin D-Aufnahme ist bei allen Altersgruppen als kritisch einzustufen. Wünschenswerte Plasmakonzentrationen wurden nur bei 38% der Mädchen und 44% der Buben nachgewiesen. Es wird empfohlen, viel Zeit in der Sonne zu verbringen, um die endogene Bildung von Vitamin D3 zu ermöglichen. Zusätzlich werden ein bis zwei Fischmahlzeiten pro Woche zur Verbesserung des Status empfohlen [ELMADFA et al., 2012].

Fast 70% aller Kinder nehmen zu geringe Mengen an beta-Carotin auf (unter 2mg/d). Zur Verbesserung des Status soll viel gelbes und oranges Obst sowie Gemüse in die Ernährung einfließen [ELMADFA et al., 2012].

Der Vitamin E-Status ist bei 82% der Schulkinder in Ordnung, die Aufnahme des Vitamins liegt jedoch nur bei der jüngsten Gruppe der Mädchen im Referenzbereich. Empfohlen wird hierfür der Verzehr von Vollkornprodukten, Nüssen, Samen und hochwertigen Pflanzenöle [ELMADFA et al., 2012].

Die Aufnahme an Vitamin K sowie die Plasmakonzentrationen bei den Kindern hingegen sind sehr zufriedenstellend [ELMADFA et al., 2012].

Beim Großteil der wasserlöslichen Vitamine liegen die Aufnahmen innerhalb der jeweiligen Referenzwerte. Mädchen im Alter von 10 bis 12 Jahren erreichen die Referenzwerte für die Vitamine B2 und C und die Buben nur für B2 nicht. Bei den 13- bis 14- Jährigen Schulkindern wurden die Zufuhrempfehlungen für die Vitamine B1, B2 und C nicht erreicht. Die empfohlene Aufnahmemenge von Folsäure wurde in keiner Altersgruppe erreicht [ELMADFA et al., 2012].

Anders sieht es hingegen beim Status der im Blut und Urin gemessenen wasserlöslichen Vitamine aus. Dieser ist weitgehend zufriedenstellend sowie auch der Status der Folsäure bei den Kindern [ELMADFA et al., 2012].

Die wasserlöslichen Vitamine C, B1 und B2 betreffend wurde der Status der Schulkinder mittels Laborbefunden als positiv bewertet. Der Bedarf mit diesen Vitaminen wird gedeckt [ELMADFA et al., 2012].

Bezüglich des Vitamin B6 wurde die Empfehlung gegeben, Vitamin B6- reiche Kost aufzunehmen um eine langfristig ausreichende Bedarfsdeckung zu erzielen. Dazu eignet sich z.B. der Verzehr von Vollkorngetreideprodukten und Kartoffeln [ELMADFA et al., 2012].

Die Versorgung mit Vitamin B12 ist optimal. Sowohl die Laborbefunde als auch die Aufnahmen an Vitamin B12 ergaben sehr gute Werte [ELMADFA et al., 2012].

Bei Folsäure ergeben die Daten widersprüchliche Werte. Zwar ist der Folsäure-Status bei 75-80% der Kinder sehr gut zu bewerten, die Aufnahmen sprechen jedoch nicht dafür. Nur 0,8 % der Buben und keines der Mädchen erreichen die empfohlene Zufuhrmenge an Folat-Äquivalenten. Es wird angenommen, dass die derzeitige Empfehlung von 300 bis 400 Mikrogramm pro Tag für diese Altersgruppe zu hoch ist [ELMADFA et al., 2012].

2.4.5 Gesundheitsförderung in der Schule

Die Schule hat neben der Familie einen besonders großen Einfluss auf die Gesundheit, da Kinder und Jugendliche in diesem Setting sehr viel Zeit verbringen und sie dadurch in ihrer Entwicklung und Sozialisation am deutlichsten geprägt werden. LehrerInnen und MitschülerInnen sind im Setting Schule die unmittelbaren Bezugspersonen. Die von den Lehrpersonen pädagogisch bewusst und informell vermittelten Inhalte beeinflussen sowohl die kognitive und emotionale als auch die soziale und körperliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und somit auch ihre Einstellungen zum Thema Gesundheit. So kann durch den Lehrkörper erwirkt werden, dass z.B. gesundheitsgefährdende Gewohnheiten erst gar nicht entstehen, jedoch positive Einstellungen und Motive zur Gesundheit und zum eigenen Körper sowie allgemein positive Lebensweisen entwickelt werden [FALTERMAIER, 2005].

Die Gesundheitserziehung per se ist zwar allgemein anerkannt, wird jedoch nicht als eigenes Schulfach angeboten. Vielmehr spaltet sich das Themengebiet Gesundheitserziehung in mehrere Fächer auf (Ernährungs- und Haushaltslehre, Biologie, Sport, Psychologie etc.). Seit den 1990er Jahren (im Zuge der Ottawa-Charta) lässt sich an den Schulen eine eindeutige Tendenz in Richtung Gesundheitsförderung erkennen, die sich in zahlreichen gesundheitsfördernden Projekten und Maßnahmen widerspiegelt. Auf einige ausgewählte gesundheitsfördernde Projekte wird im letzten Kapitel der vorliegenden Arbeit noch näher eingegangen [FALTERMAIER, 2005].

In den Anfängen der Gesundheitsförderung wurde in den Schulen hauptsächlich versucht, Ziele der Risikoprävention durch kognitive Strategien der Wissensvermittlung und emotionale Strategien der Abschreckung zu erreichen. Es wurden im Unterricht z.B. Informationen über den Zusammenhang von Risikoverhalten und Krankheit vermittelt. Des Weiteren sollten emotionale Botschaften über die Gefahren eines Risikoverhaltens

aufklären (Zeigen von Raucherbeinaufnahmen).

Beide Ansätze lieferten jedoch enttäuschende Ergebnisse und führten mitunter zu einer Verstärkung des unerwünschten Verhaltens (→ „Boomerang-Effekt“) [FALTERMAIER, 2005].

Die heutige Gesundheitsförderung versucht Wissen auf anderen Wegen zu vermitteln, alte traditionelle Elemente der Wissensvermittlung sind jedoch immer noch vorhanden [FALTERMAIER, 2005].

2.4.6 Verhaltens- und Verhältnisprävention in Settings

Definition Verhaltensprävention:

„Verhaltensprävention zielt darauf ab, die im persönlichen Lebensstil verankerten gesundheitlichen Risikofaktoren und Verhaltensweisen zu beeinflussen“ [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2005].

Definition Verhältnisprävention:

„Verhältnisprävention bezieht auch die Umgebung von Personen und ihre Lebensverhältnisse mit ein“ [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2005].

Verhaltensprävention geht mit Vermittlung von Informationen und Botschaften an Personen (z.B. Kinder, SchülerInnen) heran, um eine Veränderung von Einstellungen und Wissen hervorzurufen. Ziel ist vor allem eine darauffolgende Ableitung einer Verhaltensstrategie, um Risikofaktoren oder gesundheitsgefährdende Einflüsse zu managen. Da die Verhaltensprävention jedoch nur mit kognitiven Informationen arbeitet, ist es fraglich ob Kognitionen überhaupt dazu fähig sind emotionales Verhalten zu steuern. Das heißt es muss nicht auch automatisch eine Anpassung des Verhaltens stattfinden, wenn

eine Information da ist. Verhaltenspräventive Maßnahmen verzeichnen bessere Erfolge in Kombination mit verhältnispräventiven Aktionen.

Einen guten Boden für die Anwendung von verhältnispräventiven Maßnahmen bieten die Settings Kindergarten und Ganztageseschulen. Durch das tägliche Angebot ernährungsphysiologisch optimierter Verpflegung kann ein nachhaltiger Einfluss auf das Ernährungsverhalten bzw. die Nahrungsmittelpräferenzen gewährleistet werden. Maßgeblich dafür sind die tägliche Verfügbarkeit der Verpflegung und das Einnehmen der Speisen in der Gemeinschaft, nicht aber die rein kognitive, auf Information basierte Unterweisung ernährungsphysiologischer Zusammenhänge.

Verhältnispräventive Maßnahmen im privaten Familienkreis sind weniger möglich aufgrund der persönlichen Gestaltbarkeit dieses Bereichs. Erfahrungen die Eltern und Kinder jedoch in verhältnispräventiven Einrichtungen sammeln, können im Privathaushalt einen positiven Beitrag leisten (z.B. Angebot von Kochkursen in Schulen) [PUDEL, 2006].

3 METHODIK

3.1 Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Um Übergewicht und Adipositas zu vermeiden, werden folgende Empfehlungen für Interventionen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ausgesprochen:

- Die Interventionen sollen so früh wie möglich erfolgen.
- Das vorrangige Ziel sollte die Ermöglichung einer von Gesundheit geprägten Lebensweise der Kinder sein, vor allem auch für einen positiveren Gewichtsverlauf. In diesem Zusammenhang wird die Stärkung der Lebenskompetenzen empfohlen sowie eine von Gesundheit geprägte Erziehung durch die Eltern.
- Zielgruppen der Interventionen sind Kinder, Jugendliche, Eltern und Schwangere mit besonderem Fokus auf Kinder und Jugendlichen aus Migrationsfamilien und Familien mit schwachem sozioökonomischem Status.
- Die Bevorzugung gilt dem Lebensweltansatz (Kindertagesstätte, Schule, Jugendzentren, Vereine).
- Verhaltenspräventive Maßnahmen sollen mit verhältnispräventiven kombiniert werden.
- Maßnahmenbezogene Themen können Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress, Nichtrauchen in der Schwangerschaft etc. sein [BZGA, 2012].

3.2 Rasterstellung für die Projektanalysen im Setting Schule

Im Kapitel 7.1 werden Projekte in Schulen vorgestellt und mit den von der Autorin erstellten Kriterien für ein Gesundheitsförderungsprojekt mit Fokus auf Ernährung überprüft. Das dafür verwendete Raster stellt eine Ableitung der wichtigsten Qualitätskriterien für Projekte mit der Thematik Gesundheitsförderung dar. Folgende Quellen wurden zur Erstellung verwendet:

- Der Leitfaden für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen des Fonds Gesundes Österreich einzusehen unter <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/Leitfaden> [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2009].
- Qualitätskriterien für Projekte von quint-essenz unter <http://www.quint-essenz.ch/de/dimensions> [QUINT-ESSENZ, 2012].
- Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA unter <http://www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/neues-aus-den-projekten/leitfaden-bzga-qualitaetskriterien.html> [BZgA, 2012].
- Projektplanung & Projektförderung der GIVE – Servicestelle für Gesundheit unter <http://give.or.at/index.php?id=49&L=0> [GIVE, 2012].
- Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen unter www.bzga.de

Die Erstellung des Rasters zur Analyse der Projekte im Setting Schule erfolgte durch einen Vergleich der Leitfäden und Qualitätskriterien der genannten Websites.

Als Grundlage diente der Projektguide des Fonds Gesundes Österreich, der für AntragstellerInnen von Gesundheitsförderungsprojekten konzipiert wurde. Die

im Projektleitfaden enthaltenen Kriterien stellen ein richtungsweisendes Element für Praxisprojekte in Hinblick auf Gesundheitsförderung dar und dienen als Instrument von der Planung bis zur Umsetzung der Projekte [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2009].

Der Kriterienleitfaden von quint-essenz wurde als zweite Grundlage herangezogen. Dies ist ein Qualitätssicherungssystem und wird als Bewertungs- und Reflexionstool sowohl bei Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention, als auch bei Interventionen mit anderen Inhalten verwendet. Er dient zur Detektion von ausbaufähigen Bereichen im Projektprozess, zur Verbesserung von Maßnahmen und dem Erkennen von Stärken [QUINTESENZ, 2012].

Der Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat das Ziel, vor der Durchführung von Maßnahmen bzw. auch mitten im Prozess der Umsetzung unterstützend zu begleiten. Die Checklisten kommen somit direkt in der Praxis zum Einsatz [BZgA, 2012].

Der Leitfaden zur Projektplanung & Projektförderung der GIVE – Servicestelle für Gesundheitsbildung wurde im Zuge der Recherche ebenfalls gesichtet. Er wurde direkt zur Anwendung in Schulen konzipiert und stellt eine grobe Hilfestellung bezüglich Planung und Durchführung von Schulprojekten dar [GIVE, 2012].

Beim Sichten der Materialien und dem anschließenden Vergleich ist aufgefallen, dass sich die Qualitätskriterien der einzelnen Leitfäden weitgehend ähneln. Für die Erstellung des komprimierten Rasters zur Analyse der Schulprojekte wurden primär jene Qualitätskriterien ausgewählt, die für die Umsetzung und den Erfolg der Intervention am ausschlaggebendsten sind.

3.3 Ausgewählte Kriterien und Begründung

Projektziele / -ergebnisse:

„Eine Definition der Ziele ist für jede Maßnahme der Gesundheitsförderung und Primärprävention unabdingbar, um sie gezielt ansteuern und den Erfolg überprüfen zu können“ [BZgA, Seite 87, 2012].

Maßnahmen in einem Projekt werden aus den Zielen abgeleitet, d.h. zuerst erfolgt die Festlegung der Ziele, dann erst werden die Maßnahmen definiert. Wenn keine Ziele formuliert wurden, gibt es auch keine Möglichkeit Ergebnisse zu interpretieren [BZgA, 2012].

Dokumentation und Evaluation:

„Dokumentation und Evaluation sind Voraussetzungen, um die Maßnahme zu bewerten, zu reflektieren und diese Bewertung für die weitere Planung zu nutzen“ [BZgA, Seite 63, 2012].

Dokumentation und Evaluation begleiten die Maßnahme oder Intervention während der gesamten Durchführung. Die Daten werden während und am Ende der Intervention erhoben und bewertet. Durch die abschließende Evaluation kann festgestellt werden, ob die vorab definierten Ziele erreicht wurden [BZgA, 2012].

Partizipation:

„Unter Partizipation (Teilhabe) wird eine partnerschaftliche Kooperation mit der Zielgruppe verstanden“ [BZgA, Seite 84, 2012].

„Durch die Teilhabe werden die individuellen Kompetenzen gestärkt und die Zielgruppe wird befähigt und motiviert, sich in der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Umwelt einzubringen“ [BZgA, Seite 84, 2012].

Die Annahme und die Wirksamkeit der Interventionsmaßnahmen in der(n) Zielgruppe(n) sind umso höher, je stärker diese in die Umsetzung mit eingebunden sind [BZgA, 2012].

Es ist keinesfalls ausreichend die Zielgruppe nur in Kenntnis zu setzen bzw. aufzuklären. Sie sollte schon in der Planungsphase aktiv partizipieren oder angehört werden [ROSENBROCK, 2005].

Nachhaltigkeit:

„Einbettung in die Organisation sorgt für Nachhaltigkeit der Maßnahme“ [BZgA, Seite 125, 2012].

Einmalige Interventionen führen selten zu einer positiven Beeinflussung des Lebensstils im Sinne der Gesundheitsförderung. Eine dauerhafte nachhaltige Einbringung der durchgeführten Maßnahmen in die Organisationsstruktur ist deshalb anzustreben [BZgA, 2012].

4 ERGEBNISSE UND DISKUSSION

4.1 PROJEKTANALYSEN

4.1.1 Projekt "Vitamini – Biojause in der Volksschule"

Das Projekt „VITAMINI - Biojause in der Volksschule“ wurde an der Volksschule Meissnergasse in Wien als Pilotprojekt eingeführt. Die Laufzeit betrug ein Schuljahr (2006/2007). Die Konzeption sowie Projektleitung unterlag der Kaiblinger & Zechetgruber OEG, als Sponsor fungierte eine österreichische Bioproduktlinie (JA!Natürlich) [GUTESSEN CONSULTING, 2006].

Beurteilung des Projektes „VITAMINI – Biojause in der Volksschule“				
Kriterien		erfüllt	tlw. erfüllt	nicht erfüllt
Projektziele / -ergebnisse				
	Ziele klar definiert	x		
	Formulierte Ziele erreicht	x		
	Projekt wurde dokumentiert	x		
	Projekt wurde evaluiert	x		
Partizipation Dritter				
	Eltern	x		
	Pädagogen	x		
	Externe Experten/Kräfte	x		
Nachhaltigkeit				
	Folgeaktivitäten geplant		x	
	Projektwiederholung geplant			x
Ressourcen				
	Verwendete Ressourcen	Im Fließtext ausgeführt		
	Nutzung			
	Akzeptanz			
	Turnus / Regelmäßigkeit			

Tab. 4: VITAMINI – Bio-Jause in der Volksschule

Die Ziele des Projektes waren:

- Sensibilisierung der SchülerInnen, Eltern und PädagogInnen für gesundes Essen und Trinken
- Entwicklung eines Modells für eine gesunde, biologische Pausenverpflegung
- Vertraut machen der SchülerInnen mit biologischer Landwirtschaft und Anlegen eines Schulgartens mit gleichzeitiger kulinarischer Nutzung dessen [GUTESSEN CONSULTING, 2006].

Im Folgenden werden die getroffenen **Maßnahmen** aufgeführt, die verwendeten **Ressourcen**, sowie Regelmäßigkeit der Nutzung, **Dokumentation und Evaluierung** zusammengefasst:

Maßnahmen:

- Regelmäßige Workshops mit den SchülerInnen, in denen Wünsche, Anregungen und Wert der Jause erarbeitet wurden; Wettbewerb im Rahmen dessen das VITAMINI-Logo und der Projektname entworfen wurden; Elternabende und Informationsveranstaltungen für Eltern (=verhaltensorientierte Maßnahmen) [GUTESSEN CONSULTING, 2006].

Genützte Ressourcen:

- VITAMINI ist eine Bio-Jausenkiste, die vom Bäcker angeliefert wurde und für jedes Kind ein gefülltes Weckerl mit hohem Vollkornanteil und ein Stück Obst, beides in Bio-Qualität, enthielt. Die Jause wurde im 4-Wochenrhythmus täglich frisch geliefert zum Kostenbeitrag von 1,50 pro Tag.
- Ein eigener Schulgarten wurde in Kooperation mit der Gartenbauschule Kagraan angelegt. Die Bepflanzung, Bewirtschaftung und Ernte erfolgte mit den SchülerInnen gemeinsam und reichte vom Bio-Gemüse über – Obst bis zu –Kräuter.

- Externe ExpertInnen von „die Umweltberatung“ informierten vorab in einem Workshop über die richtige Kompostierung, da auch ein Komposthaufen angelegt wurde.
- Auf spielerische Weise analysierte Profiesser Schlaufix, die blinkende Roboterin Lili und der ErnährungscLOWN Jausenmaxi die VITAMINI-Jause.
- Eine Biobäuerin besuchte eintägig alle Klassen und brachte den SchülerInnen landwirtschaftliche Geräte nahe.
- Es fanden einmalige Exkursionen aller Klassen in die zuliefernde Bäckerei und einen Biohof statt. Zwei Klassen besuchten im Rahmen einer Exkursion die Gartenbauschule Kargan [GUTESSEN CONSULTING, 2006].

Dokumentation und Evaluierung:

- Die Akzeptanz der Schuljause wurde mittels einer Erhebung evaluiert. Eltern, PädagogInnen und Schüler waren mit den durchgeführten Maßnahmen und der angebotenen Jause zufrieden [GUTESSEN CONSULTING, 2006].

Nähere Analyse des Projektes hinsichtlich der Kriterienerfüllung:

Die bereits eingangs erwähnten **Projektziele** waren klar definiert und wurden erreicht. Die Sensibilisierung für gesundes Essen und Trinken erfolgte auf verschiedensten Ebenen durch die gesetzten Maßnahmen. Es ist anzunehmen, dass das Ziel erreicht wurde. Die Entwicklung eines Modells zur Jausenverpflegung wurde erreicht. Sowohl das Anlegen des schuleigenen Gartens und die Nutzung dessen, als auch das Näherbringen von biologischer Landwirtschaft durch den Besuch eines Biohofes und den Workshop einer Biobäuerin wurden erfüllt.

Die Kriterien **Evaluierung** und **Dokumentation** sind ebenfalls erfüllt. Schülerbefragungen und Akzeptanzerhebung der gesunden Jause wurden durchgeführt. Die statistische Auswertung erfolgte durch das Zentrum für Sozialforschung und Wissenschaftsdidaktik, der detaillierte Projektbericht liegt beim Sponsor auf.

Der nächste Kriterienpunkt **Partizipation** Dritter wurde von allen angeführten Personengruppen erfüllt. Die Eltern wurden vor dem Projektstart durch Elternbriefe, Elternverein, Sprechtagen und Elternabende über den Verlauf informiert und regelmäßig in die Aktivitäten eingebunden. Die PädagogInnen waren durchgängig an den Maßnahmen beteiligt und externe Kräfte wurden ebenfalls herangezogen (Biobäuerin, ExpertInnen von der Umweltberatung, Gartenbauschule). Durchgehende Projektbetreuung durch die ProjektleiterInnen.

Das Kriterium **Nachhaltigkeit** betreffend ist zu erwähnen, dass der Schulgarten zur weiteren Nutzung zur Verfügung steht. Eine Wiederholung des Projektes war zunächst geplant, konnte jedoch aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht durchgeführt werden. Der Sponsor JA!Natürlich wurde nur für ein Jahr gewonnen.

4.1.2 Projekt „Sbar – gemeinsam.frisch.genießen“

Dieses Projekt wurde zur Verbesserung der Schulverpflegung an den Landesberufsschulen Lehen durchgeführt. Die Projektleitung übernahm SIPCAN save your life – Initiative für ein gesundes Leben und Gesund mit Bildung [SIPCAN, 2012].

Beurteilung des Projektes „Sbar – gemeinsam.frisch.genießen“				
Kriterien		erfüllt	tlw. erfüllt	nicht erfüllt
Projektziele / -ergebnisse				
	Ziele klar definiert	x		
	Formulierte Ziele erreicht	x		
	Projekt wurde dokumentiert	x		
	Projekt wurde evaluiert	x		
Partizipation Dritter				
	Eltern			x
	Pädagogen	x		
	Externe Experten/Kräfte	x		
Nachhaltigkeit				
	Folgeaktivitäten geplant		x	
	Projektwiederholung geplant			x
Ressourcen				
	Verwendete Ressourcen	Im Fließtext ausgeführt		
	Nutzung			
	Akzeptanz			
	Turnus / Regelmäßigkeit			

Tab. 5: Sbar-gemeinsam.frisch.genießen

Die Ziele des Projektes waren:

- die ernährungswissenschaftliche Verbesserung des in der Schule angebotenen Essens in Zusammenarbeit mit den Schulen und dem Verpflegungsbetrieb
- Erreichen einer gesünderen Ernährungsweise durch Motivation, Aufklärung bzw. Sensibilisierung
- Eingliederung und Förderung des Themas Ernährung [SIPCAN, 2012].

Im Folgenden werden die getroffenen Maßnahmen angeführt, die verwendeten Ressourcen, sowie Regelmäßigkeit der Nutzung, Dokumentation und Evaluierung zusammengefasst:

(Projektzeitraum Juli 2008 bis Juni 2009; Beteiligung aller ersten Klassen)

Maßnahmen:

- Regelmäßige gemeinsame Einbringung und Erarbeitung von Verbesserungen und Umsetzung im Verpflegungsangebot der s-bar (verhältnisorientiert)
- Regelmäßige Arbeitstreffen und Schulungen mit dem Küchenteam und den ProjektpädagogInnen, sowie Austausch zwischen dem Verpflegungsbetrieb und den SchülerInnen und PädagogInnen (verhaltensorientiert)
- Durchführung eines aktionsbezogenen Stationenbetriebs (zwei-stündig) [SIPCAN, 2012].

Genutzte Ressourcen:

- Anschaffung einer umfangreichen Materialienbörse (pro Schule) zum Themengebiet Ernährung für die Bearbeitung im Unterricht (Inhalt: Poster, CD's, Filme, Arbeitshefte und diverses Anschauungsmaterial) .
- Angebot von Kochkursen zur Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der PädagogInnen für gesunde Ernährung.
- Einführung eines „Jausenchecks mit der Ampel“ in der s-bar, um die

gesündere Wahl der angebotenen Produkte zu erleichtern - die Lebensmittel wurden dabei mit Farbpunkten gekennzeichnet (rot, gelb, grün) [SIPCAN, 2012].

Dokumentation und Evaluierung:

- Umfangreiche Erhebung zum Thema Ernährungsverhalten, Ernährungswissen und zur allgemeinen Einstellung der SchülerInnen zur Ernährung mittels Fragebogen (einmalig).
- Regelmäßige Evaluierung der Essensakzeptanz bei SchülerInnen und PädagogInnen.
- Während des Projektjahres fanden regelmäßige Befragungen der SchülerInnen zur Akzeptanzerhebung statt. Das Projekt wurde mit großem Interesse der SchülerInnen verfolgt [SIPCAN, 2012].

Nähere Analyse des Projektes hinsichtlich der Kriterienerfüllung:

Die **Ziele** des sbar-Projekts wurden klar definiert und eingangs aufgezählt. Die ernährungsphysiologische Verbesserung des Angebotes wurde durch die Projektleitung und der ProjektpädagogInnen in Kooperation mit dem Verpflegungsbetrieb und der laufenden Schülerbefragungen umgesetzt. Das Ziel durch Aufklärung und Motivation einen Zugang zu einer gesünderen Ernährung bei den Zielgruppen zu schaffen, wurde vor allem durch die im Unterricht transformierten Inhalte erreicht.

Der Kriterienpunkt **Partizipation** wurde, die SchülerInnen und ProjektpädagogInnen betreffend, als erfüllt begutachtet. Die SchülerInnen hatten von Beginn an Mitsprache bei der Lebensmittelauswahl des Verpflegungsbetriebes, erarbeiteten Verbesserungsvorschläge, nahmen an jeglichen Maßnahmen des Projekts teil und wurden mittels Fragebogen auf Akzeptanz befragt.

Die PädagogInnen konfrontierten sich ebenfalls laufend mit dem Verpflegungsbetrieb, organisierten die projektbezogenen Maßnahmen und

waren Teil davon. Darüber hinaus nahmen sie als primäre Zielgruppe an extra organisierten Kochkursen teil.

Die Eltern der Schüler nahmen in keinem Punkt partizipativ teil bzw. wurden im Projektbericht nicht erwähnt.

Externe Experten / Kräfte waren in das Projekt ebenfalls involviert: Eine Ernährungswissenschaftlerin und eine Gesundheitspädagogin übernahmen die Projektleitung.

Die Materialienbörse lieferte den Beitrag zur Ernährungserziehung, die Evaluierung des Ernährungsverhaltens und -wissens sowie der Jausencheck mit der Ampel und der aktionsbezogene Stationenbetrieb ermöglichten einen vielfältigen Zugang zum Thema Ernährung.

Die Integration und Förderung des Themas Ernährung im Schulalltag wurde durch die soeben angeführten Punkte ebenfalls umgesetzt. Der Jausencheck mit der Ampel in der s-bar konfrontierte die SchülerInnen täglich mit gesünderer Essensauswahl.

Bezüglich des Kriterienpunktes **Nachhaltigkeit** wurde in Anbetracht des sehr guten Projektfeedbacks seitens der Schulen und der gesammelten Erfahrungen Folgeaktivitäten geplant. Eine Projektwiederholung wurde nicht vorgesehen, da die finanziellen Ressourcen, vor allem die Verpflegungsstation betreffend, nicht vorhanden waren. Durch die Schulung der PädagogInnen ist jedoch Nachhaltigkeit für die zukünftige Arbeit mit den Kindern gegeben.

4.1.3 Projekt „Die gesunde Jause“

Die Durchführung des Projekts „Die gesunde Jause“ erfolgte in der Volksschule Haebergasse 1a in Wien und wurde mit dem GUT DRAUF-Gesundheitspreis 2003 ausgezeichnet [GIVE- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG, 2012].

Beurteilung des Projektes „Die gesunde Jause“				
Kriterien		erfüllt	tlw. erfüllt	nicht erfüllt
Projektziele / -ergebnisse				
	Ziele klar definiert	x		
	Formulierte Ziele erreicht	x		
	Projekt wurde dokumentiert	x		
	Projekt wurde evaluiert		x	
Partizipation Dritter				
	Eltern	x		
	Pädagogen	x		
	Externe Experten/Kräfte		x	
Nachhaltigkeit				
	Folgeaktivitäten geplant	x		
	Projektwiederholung geplant	x		
Ressourcen				
	Verwendete Ressourcen	Im Fließtext ausgeführt		
	Nutzung			
	Akzeptanz			
	Turnus / Regelmäßigkeit			

Tab. 6: Die gesunde Jause

Die **Ziele des Projektes** waren:

- Gemeinsames Einnehmen einer Vormittagsjause
- Auseinandersetzung mit den Ernährungsgewohnheiten und das Erlernen der Einschätzung einer geeigneten Lebensmittelauswahl
- Erlernen des richtigen Umgangs mit Zubereitungsutensilien (Gemüseputzmesser, Brotmesser etc.)
- das Erreichen gleicher Ernährungschancen unter den SchülerInnen [GIVE- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG, 2012].

Im Folgenden werden die getroffenen Maßnahmen angeführt, die verwendeten **Ressourcen**, sowie Regelmäßigkeit der Nutzung, **Dokumentation und Evaluierung** zusammengefasst:

(Projektstart im Jahr 2003 für mind. 1 Jahr, 1 Klasse mit 25 Schülern)

Maßnahmen:

- Gemeinsame (PädagogInnen und Klasse) Erstellung eines Speiseplans, der alle SchülerInnen zufrieden stellt und ausgewogen ist.
- Gemeinsame Ausarbeitung einer Einkaufsliste für haltbare Lebensmittel und frische Lebensmittel, die in Folge täglich von einem Lebensmittelgeschäft angeliefert wurden.
- Gemeinsame Kalkulation des Pro-Kopf-Verbrauchs an Jause pro SchülerIn.
- Einmalige Schneideübung, um das Hantieren mit den verschiedenen Messern zu üben.
- Organisation der Kochteams, die sich wöchentlich abwechselten [GIVE- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG, 2012].

Genutzte Ressourcen:

- Beschaffung von Koch- und Essgeschirr, Becher, Besteck, Wasserkocher und Zubereitungsutensilien, wie diverse Messer (Gemüseputzmesser, Brotmesser, Gemüseschäler etc). Ein Kühlschrank wurde von den Eltern organisiert.
- Raumbeschaffung für eine Kochnische, die für die Zubereitung der täglichen Jause verwendet werden kann [GIVE- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG, 2012].

Dokumentation und Evaluierung:

- Die Befragungen der SchülerInnen als auch deren Eltern zeigten eine sehr große Zufriedenheit und Akzeptanz der Projektinhalte [GIVE- SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEITSBILDUNG, 2012].

Nähere Analyse des Projektes hinsichtlich der Kriterienerfüllung:

Die Definition und Erreichung der oben beschriebenen **Ziele** wurden erfüllt. Das Ziel der täglichen, gemeinsamen Einnahme einer Vormittagsjause wurde definitiv umgesetzt. Die Auseinandersetzung mit den Ernährungsgewohnheiten und das Erlernen der Einschätzung einer geeigneten Lebensmittelauswahl wurden mit der Erhebung des Ist-Zustandes am Anfang des Projekts erreicht. Des Weiteren erfolgte die gemeinschaftliche Gestaltung des Speiseplans, welche den Kindern eine gesündere Auswahl der Lebensmittel näher brachte. Das Erlernen des Umgang mit diversen Messern und Zubereitungsutensilien wurde anfangs mit einer Schneideübung und danach durch das tägliche Hantieren bewerkstelligt. Das Ziel den Kindern, zumindest in der Schule die gleichen Ernährungschancen zu geben, wurde mit der einheitlichen Gestaltung der Vormittagsjause ebenfalls umgesetzt. Durch das Erreichen einer gemeinsamen Ernährungsbasis wurden das Betteln und der Neid untereinander ebenfalls gestoppt.

Das Projekt wurde **dokumentiert**, **evaluiert** wurde in Form einer Akzeptanzprüfung.

Das Kriterium **Partizipation** wurde von den PädagogInnen und Eltern erfüllt. Die PädagogInnen erarbeiteten gemeinsam mit den SchülerInnen das gesamte Konzept der Vormittagsjause und nahmen sie auch täglich mit ihnen ein. Die Eltern der Kinder wurden über das Projekt informiert und am Beginn als HelferInnen für die Kochteams miteingebunden. Als teilweise erfüllt gilt das Kriterium bezüglich der externen Experten/Kräfte, da es sich dabei nur um die Lieferung des Lebensmittelgeschäftes handelt. Ansonsten wurden laut Bericht keine externen Kräfte involviert.

Aufgrund des positiven Feedbacks der Eltern und SchülerInnen und des ausdrücklichen Wunsches das Projekt weiterzuführen, wurde die gesunde Schuljause fortgeführt. Sie ist zu einem fixen Bestandteil des Schulalltags geworden und diente sogar als Motivation für eine weitere Klasse, einen Schultag mit gesunder Jause einzuführen.

4.1.4 Projekt „Gescheite Jause - coole Pause“

Dieses Projekt wird an 20 Schulen in Wien durchgeführt, die ein Schulbuffet betreiben und SchülerInnen im Alter von 10 bis 14 Jahren unterrichten. Aufgrund des Erfolges in Wien wurde das Projekt bereits auf die Steiermark ausgeweitet. Gescheite Jause – coole Jause wurde initiiert von SIPCAN save your life - Initiative für ein gesundes Leben und Impuls Styria (in der Steiermark). SPAR Österreich ermöglicht den BuffetbetreiberInnen im Raum Wien den Zugang zu biologischen Produkten zu günstigeren Preisen [SIPCAN, 2012/ IMPUSLS STYRIA, 2009].

Beurteilung des Projektes „Gescheite Jause – coole Pause“				
Kriterien		erfüllt	tlw. erfüllt	nicht erfüllt
Projektziele / -ergebnisse				
	Ziele klar definiert	x		
	Formulierte Ziele erreicht	x		
	Projekt wurde dokumentiert	x		
	Projekt wurde evaluiert	x		
Partizipation Dritter				
	Eltern	x		
	Pädagogen	x		
	Externe Experten/Kräfte	x		
Nachhaltigkeit				
	Folgeaktivitäten geplant	x		
	Projektwiederholung geplant	x		
Ressourcen				
	Verwendete Ressourcen	Im Fließtext ausgeführt		
	Nutzung			
	Akzeptanz			
	Turnus / Regelmäßigkeit			

Tab. 7: Gescheite Jause – coole Pause

Die Ziele des Projektes waren:

- Optimierung des Ernährungsverhaltens der SchülerInnen sowie des Angebots am internen Schulbuffet nach den Kriterien einer gesunden Kinderernährung [SIPCAN, 2012/ IMPULS STYRIA, 2009].

Im Folgenden werden die getroffenen Maßnahmen angeführt, die verwendeten Ressourcen, sowie Regelmäßigkeit der Nutzung, Dokumentation und Evaluierung zusammengefasst:

Maßnahmen:

- Interventionen mit erlebnisorientierten Stationsbetrieben in den Klassen. Dabei wird in Form von Verkostungen, Erfühlen von Lebensmitteln und Erkennen von Gerüchen etc. das „Essen mit allen Sinnen“ gefördert.
- Durchführung eines zweiten Stationsbetriebs namens „Ernährungsspione“. Dabei werden z.B. auf spielerische Weise Zucker- und Fettgehalte von Lebensmitteln sichtbar gemacht. Die „Geschmacksschule“ bringt den SchülerInnen das Genießen von Nahrung näher.
- Kreieren eines gesunden Weckerls im Rahmen eines Wettbewerbs im Unterrichtsfach bildnerische Erziehung. Die beste Jause bekommt einen Namen und wird am Schulbuffet zu einem anfangs günstigeren Preis (1 Euro) angeboten [STYRIA IMPULS, 2009].

Genutzte Ressourcen:

- Unterstützung der PädagogInnen durch die Bereitstellung von Arbeitsmappen als Informations- und Unterrichtsmaterial. Die Themen der Arbeitsmappen umfassen folgende Themenbereiche: Allgemeines Ernährungswissen, Inhaltsstoffe von Lebensmitteln, Esskulturen, Konsumhäufigkeit von verschiedenen Lebensmitteln und Etikettierung von Lebensmitteln. Die Bearbeitung der Themen durch den Lehrkörper mit den Kindern im Unterricht nimmt circa 10-15 Minuten in Anspruch,

womit eine Implementierung leichter fällt [STYRIA IMPULS, 2009].

- Schulung der BuffetbetreiberInnen und Optimierung der Angebotspalette. Es wurde ein Ampelsystem mit grünen, gelben und roten Farbmarkierungen eingeführt, um den Kindern eine Orientierungshilfe für eine geeignete Nahrungsmittelauswahl zu geben. Als Bewertungs- und Unterstützungsgrundlage dient seit 2012 die vom Bundesministerium für Gesundheit und SIPCAN erarbeitete Leitlinie für Buffetbetriebe [STYRIA IMPULS, 2009].

Dokumentation und Evaluierung:

- Anonyme Befragungen der SchülerInnen am Beginn und am Ende des Projekts, um eine nachvollziehbare, projektorientierte Dokumentation zu ermöglichen [STYRIA IMPULS, 2009].

Nähere Analyse des Projektes hinsichtlich der Kriterienerfüllung:

Die **Projektziele** sind klar definiert und wurden/werden erreicht. Das angebotene Schulbuffet wurde ernährungsphysiologisch optimiert und mit einem Ampelsystem versehen. Darüber hinaus wird als Bewertungsgrundlage die „Leitlinie Schulbuffet“, erstellt vom Bundesministerium für Gesundheit in Kooperation mit SIPCAN, hinzugezogen. Das Ernährungsverhalten wird durch die zahlreichen verhaltens- und verhältnisorientierten Interventionen positiv beeinflusst.

Eltern, PädagogInnen und externe ExpertInnen sind am Projekt beteiligt. Die Eltern werden laufend über die Aktivitäten des Projekts informiert. Darüber hinaus gibt die Projekthomepage Auskunft über die Projekthalte. Dadurch wird das Verständnis für ein verbessertes Ernährungsverhalten der Kinder geschärft und ein Multiplikatoreffekt erzielt. Die **Partizipation** der PädagogInnen ist ausschlaggebend für das Projekt. Sie sind im Unterricht und der Organisation der projektbezogenen Interventionen durchgehend involviert. Die Beteiligung

externer ExpertInnen ist in Form von StudentInnen der Ernährungspädagogik gegeben, die das Projekt hinsichtlich den Ernährungsverhältnissen als auch dem Ernährungsverhalten der SchülerInnen und praxisorientierten Interventionen begleiten. Außerdem ist die Betreuung durch SIPCAN und Impuls Styria regelmäßig gegeben. Darüber hinaus wird die Gestaltung des Projekts prinzipiell von Beginn an mit allen Projektmitgliedern koordiniert (DirektorIn, LehrerInnenschaftsvertreter, SchülerInnen, SchulärztInnen und BuffetbetreiberInnen).

Die **Dokumentation und Evaluation** ist ebenfalls erfüllt. Zu Projektstart erfolgt eine Anfangsevaluierung des Buffetangebots und der Getränkeautomaten. Die Abschlussevaluierung gibt Auskunft darüber ob die Verbesserungsaktionen erfolgreich waren.

Der Kriterienpunkt **Nachhaltigkeit** ist ebenfalls zur Gänze erfüllt. Das Projekt „Gescheite Jause – coole Pause“ umfasst bisher 20 Schulen in Wien, im Schuljahr 2010/2011 wurde es an vier Schulen in Graz erstmals umgesetzt. Im Schuljahr 2011/2012 nehmen fünf Schulen in der Steiermark teil. Die Projekthalte werden komplett übernommen.

4.1.5 Projekt „Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“

Das Projekt wurde von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse initiiert und erstmals im Jahr 2007/2008 an fünf teilnehmenden Volksschulen gestartet. Das große Interesse ermöglichte eine Fortführung des Gesundheitsförderungsprojektes für weitere drei Jahren. Es erhielt die Auszeichnung „Gesundheitspreis der Stadt Linz“ sowie den „Vorsorgepreis 2009“. Die Auswahl der Schulen erfolgte durch den Landesschulrat für Oberösterreich anhand eigens definierter Kriterien. Im Schuljahr 2010/2011 nahmen insgesamt 17 Schulen an dem Programm teil [OÖGKK, 2012].

Beurteilung des Projektes „Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“				
Kriterien		erfüllt	tlw. erfüllt	nicht erfüllt
Projektziele / -ergebnisse				
	Ziele klar definiert	x		
	Formulierte Ziele erreicht	x		
	Projekt wurde dokumentiert	x		
	Projekt wurde evaluiert	x		
Partizipation Dritter				
	Eltern	x		
	Pädagogen	x		
	Externe Experten/Kräfte	x		
Nachhaltigkeit				
	Folgeaktivitäten geplant	x		
	Projektwiederholung geplant		x	
Ressourcen				
	Verwendete Ressourcen	Im Fließtext ausgeführt		
	Nutzung			
	Akzeptanz			
	Turnus / Regelmäßigkeit			

Tab. 8: Der kleine Mugg – mir und uns geht's gut

Für die Analyse wurde die Volksschule Traun ausgewählt. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieser „Gesunden Schule Oberösterreich“ gliedern sich in die Bereiche Ernährung, Bewegung und Psychosoziale Gesundheit. In dieser Analyse wird jedoch nur der Ernährungsteil betrachtet.

Die Ziele des Projektes waren:

- Bewusstseinsbildung hinsichtlich gesunder Ernährung
- Positive Änderung des Essverhaltens [OÖGKK, 2012].
- 90 bis 100% der SchülerInnen trinken ungesüßte Säfte
- Einführung eines wöchentlichen Obst bzw. Gemüsetags
- Vermittlung der Wichtigkeit frischer regionaler Lebensmittel
- Gesundes Kochen innerhalb des Familienkreises
- Umweltfreundliche Verpackung der Jause für jedes Kind [OÖGKK, 2012].

Im Folgenden werden die getroffenen Maßnahmen angeführt, die verwendeten Ressourcen, sowie Regelmäßigkeit der Nutzung, Dokumentation und Evaluierung zusammengefasst:

Maßnahmen:

- Wöchentliches gemeinsames Zubereiten und Konsumieren von Gemüse und Obst, d.h. Schneiden von Gemüse und Obst in mundgerechte Portionen. Zusätzlich gibt es über mehrere Wochen jeden Mittwoch einen Apfel von der Gesundheitsabteilung der Gemeinde gesponsert.
- Angebot der Teilnahme an einem Kochkurs für die Zielgruppe Eltern. Die Sammlung der Rezepte erfolgte an der Schule.
- Informationsveranstaltung über gesunde Kinderernährung für die Zielgruppe Eltern. Eine regelmäßige Veranstaltung dieser Art ist geplant.
- Im Rahmen der Zahngesundheitserziehung wurden gesunde Aufstriche, Müslis und Fruchtsalate hergestellt, um den Zusammenhang zwischen Ernährung und Zahngesundheit zu behandeln [OÖGKK, 2012].

Genutzte Ressourcen:

- Zu Schulbeginn Lieferung von Trinkwasserflaschen durch die Linz AG sowie gleichzeitige Anweisungen an die Eltern den Kindern keine Säfte mitzugeben (=Schulregel). Die Kinder werden dazu angehalten sich gegenseitig zu erinnern, dass Wasser trinken gesünder ist.
- Wöchentlicher Verkaufsstand mit gesunder Jause aus der Produktion eines Bauernhofes in der Schule. Das Sortiment ist sehr vielfältig und auch auf die Bedürfnisse islamischer SchülerInnen ausgerichtet.
- Ausgabe einer Jausenbox vom Umweltreferat der Gemeinde in der ersten Schulwoche. Die Kinder werden dazu aufgefordert, diese regelmäßig für ihre mitgebrachten Jausen zu benutzen [ÖÖGKK, 2012].

Dokumentation und Evaluierung: (siehe nähere Analyse des Projektes)Nähere Analyse des Projektes hinsichtlich der Kriterienerfüllung:

Die **Ziele** wurden klar definiert und umgesetzt. Die Bewusstseinsbildung über gesunde Ernährung und eine Verbesserung der Ernährungsweise wurden über oben erwähnte Maßnahmen erreicht und durch Beobachtung der PädagogInnen bestätigt. Das Ziel gesüßte Säfte fast zur Gänze durch Wasser zu ersetzen wurde laut PädagogInnen gut umgesetzt. Von circa 50% der SchülerInnen wurde zusätzlich Kakao oder Milch konsumiert. Die Zielerreichung wöchentlicher „Gemüse- und Obsttag“ erfolgte durch einen Jausenkalender mit Belohnungssystem (Sticker oder Punkte werden vergeben), der gleichzeitig als Überprüfungstool fungierte. Das Ziel den SchülerInnen die Wichtigkeit regionaler Produkte näher zu bringen, wird vor allem durch das wöchentliche Jausenangebot der Bäuerin umgesetzt. Laut ihrer Angabe weisen die SchülerInnen dieser Schule ein besseres Ernährungsverhalten auf als externe SchülerInnen. Der Anstoß gesundes Kochen im Familienkreis zu fördern wurde durch den Elternkochkurs gesetzt. Die rege Teilnahme der Eltern an diesem Angebot lässt auf eine Erreichung des Ziels schließen. Durch die Verteilung der

Jausenbox durch die Stadtgemeinde Traun wurde eine umweltfreundliche Verpackung der mitgebrachten Jausen gewährleistet.

Der Punkt **Partizipation** Dritter wurde durchgängig erfüllt. Die Eltern wurden über jede Maßnahme via Elternbrief, diverse Schulforen und Informationsabende informiert bzw. um Einverständnis gebeten. Der angebotene Elternkochkurs sowie die Informationsveranstaltung über gesunde Ernährung waren auch sehr gut besucht. Die PädagogInnen waren ebenfalls das ganze Projekt hindurch beteiligt. Externe Experten/Kräfte: die Schule verfügt über ein eigenes Gesundheitsteam bestehend aus 4 PädagogInnen, die jeweils einem Bereich zugewiesen sind (Ernährung, Bewegung, Psychosoziales, Suchtprävention und Rahmenbedingungen). Sie sind unter anderem AnsprechpartnerInnen für Fragen, besuchen Fortbildungen im Zusammenhang mit den von der Schule gesetzten Schwerpunkten und sind hinsichtlich der durchgeführten Maßnahmen die erste Instanz der Entscheidungsfindung. Zusätzlich greift die Schule bei der Planung der Maßnahmen auf externe Experten zurück. Nicht zuletzt sind die Zahngesundheitserzieherin und die Bäuerin mit ihrem wöchentlichen Verkaufsstand in der Schule zu erwähnen.

Evaluierungen des Projekts werden durch die Beobachtung der Kinder und durch Feedback der Eltern sowie PädagogInnen an das Gesundheitsteam gemacht. Maßnahmen, die auf hohe Akzeptanz stießen und Erfolge erzielten, wurden als konstante Bestandteile aufgenommen und wiederholt.

Dokumentiert wurde mit Abschlussberichten für jede Maßnahme (Entwicklung, Ziele, Umsetzung, Reflexion) sowie durch Materialien wie Poster und Kalender in den Klassen, Mitschriften der Konferenzen, der Homepage, in der Schulchronik, durch Fotos und der Pinnwand beim Schuleingang.

Folgeaktivitäten, die fix in den Schulalltag eingebaut wurden, sind die wöchentlichen Obst- und Gemüsetage und das Angebot der regionalen

Produkte vom Bauernhof. Das Gesamtprojekt „der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“ wird laufend von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse weitergeführt, ob es ohne diese Unterstützung nachhaltig wäre bleibt zu bestätigen.

5 SCHLUSSBETRACHTUNG

Die Ergebnisse der analysierten Schulprojekte sind insgesamt positiv ausgefallen. Die im Raster aufgestellten Kriterien für das Gelingen eines gesundheitsfördernden Projekts mit Schwerpunkt Ernährung wurden fast zur Gänze erfüllt.

Die vorherrschenden **Zielsetzungen** der Schulprojekte waren:

- Sensibilisierung für das Thema gesunde Ernährung und Erreichen einer gesunden Ernährungsweise
- Die ernährungswissenschaftliche Verbesserung der Schulverpflegung bzw. Jause in der Schule

Die formulierten **Projektziele** wurden von allen fünf analysierten Projekten erreicht.

Die **Dokumentation und Evaluierung** erfolgte bei 4 von 5 Schulen durch Akzeptanzerhebungen mittels Fragebogen. In den Projekten „Vitamini – Biojause in der Volksschule“ (Kap. 4.1.1.), „Sbar – gemeinsam.frisch.genießen“ (Kap. 4.1.2.) und „Gscheite Jause – coole Pause“ (Kap. 4.1.4) wurden vor und nach der Einführung der gesunden Jause bzw. der Optimierung des Verpflegungsangebotes Erhebungen durchgeführt. Beim Projekt „Die gesunde Jause“ wurde nach Einführung der gesunden Jause eine Akzeptanzerhebung gemacht. Im Projekt „Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“ (Kap.4.1.5.) erfolgte die Befragung mündlich. Außerdem wurde durch Beobachtung der Kinder auf Akzeptanz geschlossen. PädagogInnen und Eltern gaben ihr Feedback an das Gesundheitsteam weiter. Die Dokumentation in diesem Projekt war im Gegensatz zu den anderen Interventionen vielfältiger ausgeprägt. Neben dem Abschlussbericht wurde mit unterschiedlichsten Materialien wie Poster, Kalender in Klassen und Fotos dokumentiert.

Das Kriterium **Partizipation** wurde teilweise bis ganz erfüllt. Erfreulich ist die gut ausgeprägte Partizipation der Eltern sowie externer Experten in den Projekten.

Projekt „Vitamini – Biojause in der Volksschule“:

Die Eltern wurden vorab durch Elternbriefe, Elternabende und an Sprechtagen informiert sowie in Projektaktivitäten miteingebunden. Einige externe Kräfte wurden ebenfalls herangezogen (Biobäuerin, ExpertInnen zur Durchführung von Workshops, SchülerInnen einer Gartenbauschule und die ProjektleiterInnen). Die PädagogInnen waren ebenfalls durchgehend beteiligt.

Projekt „Sbar – gemeinsam.frisch.genießen“:

Die Partizipation der Eltern ist bei dieser Intervention nicht gegeben. Externe ExpertInnen (Ernährungswissenschaftlerin, Gesundheitspädagogin) übernahmen die gesamte Projektleitung. Die Teilhabe der PädagogInnen ergab sich durch die Organisation der projektbezogenen Maßnahmen, der Teilnahme an Kochkursen und der laufenden Kommunikation mit dem Verpflegungsbetrieb und den SchülerInnen.

Projekt: „Die gesunde Jause“:

Die Eltern wurden vor Beginn des Projektes umfangreich informiert und beteiligten sich in der Anfangsphase direkt an der Zubereitung der Jause. Externe Kraft war in diesem Fall der Lebensmittellieferant. Die Teilhabe der PädagogInnen war für die Umsetzung des Projektes durchgehend nötig.

Projekt „Gescheite Jause – coole Pause“:

Die Eltern wurden vor Projektstart über Elternbriefe informiert und über die regelmäßigen Aktivitäten durch eine Homepage am Laufenden gehalten. StudentInnen der Ernährungspädagogik, MitarbeiterInnen von SIPCAN sowie Impuls Styria begleiteten als externe Kräfte das Projekt. Die PädagogInnen waren stets am Prozess beteiligt.

Projekt „Der kleine Mugg – mir & uns geht's gut“:

Information der Eltern über Elternbriefe, Informationsveranstaltungen, und Schulforen. Es wurden Elternkochkurse und ein Informationsabend mit dem Thema „Gesunde Ernährung“ angeboten. Ein eigenes Gesundheitsteam bestehend aus vier PädagogInnen waren die Hauptansprechpartner für die SchülerInnen.

Durch die Beteiligung und Information der Eltern ist es wahrscheinlicher, dass die Änderungen im Ernährungsverhalten der SchülerInnen auch im familiären Bereich beibehalten bzw. umgesetzt werden. Zusätzlich wird ein Multiplikationseffekt erzielt [SIPCAN, 2012].

Externe ExpertInnen ermöglichen den SchülerInnen nach Ansicht der Autorin einen noch besseren Zugang zum Thema Ernährung.

In den analysierten Projekten wurden folgende **Ressourcen** genutzt:

Materielle Ressourcen:

- Biojausenbox (Nutzung/Regelmäßigkeit: täglich)
- Handpuppen: Profiesser Schlaufix, Roboterin Lili, Ernährungsclown Jausenmaxi (Nutzung/Regelmäßigkeit: einmalig)
- Materialien (Arbeitshefte, Anschauungsmaterial, Poster, CD's, Filme) zum Thema Ernährung (Nutzung/Regelmäßigkeit: laufende Verwendung im Unterricht)
- Ampelsystem für eine gesündere Produktauswahl
- Koch- und Essgeschirr, Besteck, Becher, Wasserkocher, Zubereitungsutensilien, Schneidemesser, Kühlschrank (Nutzung/Regelmäßigkeit: täglich)
- Arbeitsmappen und Informationsmaterial für die Bearbeitung im Unterricht; Themen: Ernährungswissen, Lebensmittelinhaltsstoffe, Esskulturen, Etikettierung und Konsumhäufigkeit von Lebensmitteln.

(Nutzung/Regelmäßigkeit: 15 min pro Unterrichtseinheit)

- gesponserte Trinkwasserflaschen
- gratis Äpfel (Nutzung/Regelmäßigkeit: über mehrere Wochen/ jeweils mittwochs)
- gratis Jausenbox (Nutzung/Regelmäßigkeit: einmalig)

Räumliche Ressourcen:

- Schulgarten mit Obst- und Biogemüsebepflanzung, Kräuterspirale und Komposthaufen (Nutzung/Regelmäßigkeit: täglich)
- Exkursion zum Biohof und der zuliefernden Bäckerei (Regelmäßigkeit: einmalig)
- der Verpflegungsbetrieb (Nutzung/Regelmäßigkeit: täglich)
- Kochnische für die Zubereitung der Jause (Nutzung/Regelmäßigkeit: täglich)
- Buffetbetrieb
- Verkaufsstand mit gesunder Jause vom Bauernhof in der Schule (Nutzung/Regelmäßigkeit: wöchentlich)

Personelle Ressourcen:

- Externe ExpertInnen für „Kompost-Workshop“ (Regelmäßigkeit: einmalig)
- Besuch einer Biobäuerin in den Klassen (Regelmäßigkeit: einmalig)
- Schulungen des Küchenteams (Regelmäßigkeit: laufend)
- Kochkurse für PädagogInnen
- Schulung der Betreiber des Buffets und gleichzeitige Verbesserung der Produktpalette (Nutzung/Regelmäßigkeit: laufend)

Maßnahmen die im Rahmen der analysierten Projekte durchgeführt wurden:

- Regelmäßige Workshops, Kreation des Vitamini-Logos in Form eines Wettbewerbs (verhaltensorientiert)
- Aktionsbezogener Stationenbetrieb (Regelmäßigkeit: einmal zwei Stunden, verhaltensorientiert)

- Speiseplanerstellung mit den Kindern
- Erstellung einer Einkaufsliste für die Zusammenstellung der Vormittagsjause mit haltbaren und frischen Lebensmitteln
- gemeinsame Berechnung des Verbrauches an Jause pro SchülerIn pro Tag
- Zusammenstellung von Kochteams
- Schneideübung zur Erlernung des Umgangs mit Messern
- Durchführung von Stationsbetrieben in den Klassen: Verkostungen, Erfühlen und Erkennen von Lebensmitteln und Gerüchen; Benutzen aller Sinne
- Durchführung eines Stationsbetriebes „Ernährungsspione“: Z.B. Erraten von Zucker und Fettgehalt von Lebensmitteln; Geschmacksschule bringt das Genießen von Essen näher
- Wettbewerb: Kreation eines gesunden Weckerls. Die beste Jause wird gekürt, bekommt einen eigens ausgesuchten Namen und wird am Schulbuffet zu Beginn günstig angeboten
- gemeinsames Zubereiten und Genießen von Obst und Gemüse (wöchentlich)
- Möglichkeit der Teilnahme der Eltern an Kochkursen
- Informationsveranstaltung über gesunde Kinderernährung für die Eltern

Das Kriterium „**Nachhaltigkeit**“ wurde in den analysierten Projekten wie folgt erfüllt bzw. nicht erfüllt:

Die Nachhaltigkeit ist im ersten analysierten Projekt (Kap. 4.1.1) durch die weitere regelmäßige Nutzung und Bewirtschaftung des Schulgartens gegeben. Eine Fortsetzung des Bezugs der Biojause bzw. eine gesamte Wiederholung des Projektes ist aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht umsetzbar.

Laut Projektbericht des zweiten Projektes (Kap. 4.1.2.) sind Folgeaktivitäten geplant, diese wurden jedoch nicht genau ausgewiesen. Aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel kann der Verpflegungsbetrieb der Schule in dieser Form nicht weitergeführt werden. Nachhaltigkeit ist jedoch zumindest teilweise durch die Ausbildung der PädagogInnen und des Küchenteams gegeben.

Die im dritten Projekt (Kap. 4.1.3.) initiierte Vormittagsjause ist bei den Eltern und SchülerInnen so gut angekommen, dass eine vollständige Integration in

den Schulalltag statt fand. Das Projekt wird somit weitergeführt und ist nachhaltig.

Im vierten Projekt (Kap. 4.1.4.) ist die Nachhaltigkeit einerseits durch die laufende Schulung der Buffetbetreiber gewährleistet und andererseits dadurch, dass dieses Projekt in mittlerweile 20 Wiener Schulen durchgeführt wird, sowie in 5 weiteren Schulen in der Steiermark.

Im fünften analysierten Projekt (Kap. 4.1.5.) wurden die wöchentlichen Obst- und Gemüsetage sowie der Verkaufsstand mit den regionalen Produkten vom Bauernhof weiterführend fix in den Schulalltag integriert. Das Projekt ist eine Initiative ausgehend von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, wird an vielen Schulen praktiziert, aber jeweils mit anderen Inhalten. Nachhaltigkeit ist somit gegeben.

Fazit:

Das Projekt (in Kap. 4.1.1.) hat die Kriterien des aufgestellten Rasters erfüllt und kann als gesundheitsfördernd eingestuft werden. Im Punkt Nachhaltigkeit könnte durch Fremdfinanzierung eine Fortführung der Biojausenbox gewährleistet werden.

Das Projekt (in Kap. 4.1.2.) ist relativ komplex aufgebaut und gut strukturiert. Es hat die Kriterien des aufgestellten Rasters erfüllt und kann als gesundheitsfördernd eingestuft werden. Im Punkt Nachhaltigkeit könnte auch hier durch Fremdfinanzierung eine Fortführung des Verpflegungsbetriebs gewährleistet werden.

In Kap. 4.1.3. handelt sich hierbei um ein kleineres Projekt, dass aufgrund seiner leichten Umsetzbarkeit eine dauerhafte Fortführung erlaubt. Es partizipieren zwar außer dem Lebensmittellieferanten keine externen Kräfte, alle anderen Kriterien wurden jedoch erfüllt.

Beim vorletzten Projekt (Kap. 4.1.4) handelt es sich um ein komplexeres Projekt mit strukturiertem Hintergrund. Alle aufgestellten Kriterien wurden vollständig erfüllt, somit kann es als gesundheitsförderlich Erfolg bringendes Projekt eingestuft werden.

Das Projekt (Kap. 4.1.5) wird als gesundheitsfördernd eingestuft, da es alle aufgestellten Kriterien erfüllt.

6 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit dem Thema Gesundheitsförderung in Österreich, gibt einen Einblick in die aktuellen Entwicklungen und beschäftigt sich in weiterer Folge mit gesundheitsfördernden Projekten im Setting Schule.

Im Literaturteil werden die Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention erörtert um ein Gesamtbild über den Aufbau und die Zusammenhänge der Gesundheitsförderung zu schaffen. Es werden grundlegende Begriffe wie „Setting“, „Zielgruppe“ und MultiplikatorInnen definiert, ein Einblick in die aktuelle Ernährungssituation der ÖsterreicherInnen gegeben sowie derzeit laufende Gesundheitsförderungsprogramme analysiert. Detailliert wird auf die Prävalenz von Übergewicht bzw. Adipositas, sowie Risikonährstoffe im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Zudem wird erörtert, warum die Settings Kindergarten und Schule zur Aneignung von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen besonders geeignet sind.

Ziel dieser Arbeit war es, aus einer Reihe von bestehenden Leitfäden einen Kriterienkatalog zu erarbeiten, welcher der Unterstützung der Etablierung und Evaluierung von Gesundheitsförderungsprojekten mit dem Schwerpunkt Ernährung dient. Mit dem von der Autorin erstellten Beurteilungsraster wurden fünf Projekte im Setting Schule analysiert. Die in den Projekten verwendeten Ressourcen und Maßnahmen wurden extra betrachtet.

Die Ergebnisse der analysierten Schulprojekte waren zufriedenstellend. Die vorherrschenden Projektziele „Sensibilisierung für das Thema gesunde Ernährung“ und „Erreichen einer gesunden Ernährungsweise sowie die ernährungswissenschaftliche Verbesserung der Schulverpflegung bzw. Jause in der Schule“ wurden in den analysierten Projekten erreicht. Die Kriterien „Dokumentation“, „Evaluierung“ und die partizipative Einbindung von externen Kräften, Eltern und PädagogInnen wurden fast zur Gänze umgesetzt. Der Punkt Nachhaltigkeit sollte bei der Implementierung neuer Projekte stärker bedacht werden.

7 ABSTRACT

The following paper deals with the subject of health promotion programs in Austria. It provides a summary of current developments followed by a description of health promotion projects in the school environment.

The literature section discusses the basics of health promotion and disease prevention in order to provide an overview of the structure and context of health promotion concepts. Fundamental terms like “setting”, “target group” and “multipliers” are defined, and the present dietary situation of the Austrian population as well as currently active health promotion projects are presented in detail. Although, overweight, obesity and nutrients consumed in very low amounts among children and youths are discussed. Furthermore, it is explained why the school and nursery school settings are particularly suitable for the adoption of health-promoting behavior.

The goal of the presented research was to compile a catalog of criteria, designed to aid the success of health promotion projects with an emphasis on nutrition, from various existing guidelines and compendia. An evaluation pattern was devised and used to analyze five projects in school settings. Resources and procedures utilized in the analyzed projects were examined separately.

The results of the analyzed school projects were found to be very satisfactory. The primary project goals “Sensitization to the topic of healthy nutrition” and “Achieving a healthy way of life and nutritional improvement of school meals and snacks” were reached in every project. The criteria “documentation” and “evaluation” as well as the participation and integration of external personnel, parents and pedagogues were implemented nearly completely.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- ABEL T, SOMMERHALDER K, BRUHIN E. Health Literacy/ Gesundheitskompetenz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 337-340.
- ALTGELD T, KOLIP P. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck, Verlag Hans Huber, 2009.
- ALTGELD T. Gesundheit gemeinsam fördern- Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, Hrsg., 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2011, 52-62.
- ALTGELD T. Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche spielt im Gesundheitswesen noch keine Rolle. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis, 53:99-102.
- BERGMANN K, BERGMANN R. Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Hrsg., 2. Überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck, 2009, 53-60.
- BLÜMEL S, LEHMANN F. Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 575-579.
- BRANDES S, STARK W. Empowerment/Befähigung. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 57-60.
- BRÖSSKAMP U, DIETSCHER C. Die Ottawa Charta für Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, Hrsg., 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, 2011, 27-31.
- DÜR W. Visionen für die Gesundheitsförderung in Österreich. In: Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Hrsg., Facultas Verlag, 2008, 48-60.
- ELMADFA I, FREISLING H, NOWAK V, HOFSTÄDTER D, HASENEGGER V, FERGE M, FRÖHLER M, FRITZ K, MEYER A, PUTZ P, RUST P, GROSSGUT R, MISCHKE D, KIEFER I, SCHÄTZER M, SPANBLÖCHEL J, STURTZEL B, WAGNER K.H, ZILBERSZAC A, VOJIR F, PLSEK K. Österreichischer Ernährungsbericht 2008, Institut für Ernährungswissenschaften, Wien, 2009.
- ELMADFA I, FREISLING H, NOWAK V, HOFSTÄDTER D, HASENEGGER V,

FERGE M, FRÖHLER M, FRITZ K, MEYER A, PUTZ P, RUST P, GROSSGUT R, MISCHKE D, KIEFER I, SCHÄTZER M, SPANBLÖCHEL J, STURTZEL B, WAGNER K.H, ZILBERSZAC A, VOJIR F, PLSEK K. Public health nutrition in Österreich. In: Österreichischer Ernährungsbericht 2008, Institut für Ernährungswissenschaften, Wien, 2009, 351-353.

ELMADFA I, HASENEGGER V, WAGNER K, PUTZ P, WEIDL N.M, WOTTAWA D, KUEN T, SEIRINGER G, MEYER A, STURTZEL B, KIEFER I, ZILBERSZAC A, SGARABOTTOLO V, MEIDLINGER B, RIEDER A. Ernährungszustand der Bevölkerung. In: Österreichischer Ernährungsbericht 2012, 1. Auflage, Institut für Ernährungswissenschaften, Wien, 2012, 19-109.

FALTERMAIER T. Die Gesundheitspsychologie als wissenschaftliche Disziplin. In: Gesundheitspsychologie, Verlag Kohlhammer, Stuttgart, 2005.

FRANZKOWIAK P. Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 298-299.

GILLIES P. Effectiveness of Alliances and Partnerships for Health Promotion Int., 1998, 13:99-120.

GRÖNE-BENTZ E. Übergewicht und Adipositas. In: Übergewichtige und adipöse Kinder im Setting im Setting Gesundheitsförderung in der Schule. Eine evidenzbasierte Intervention im Vergleich zur aktuellen Situation des Sportförderunterrichts in Rheinland-Pfalz. Dissertation, Feldhaus Verlag, 2011, 33-56.

HURRELMANN K, FRANZKOWIAK P. Gesundheit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 100-105.

HURRELMANN K, KLOTZ T, HAISCH J. Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 2. Überarbeitete Auflage, 1. Nachdruck, Verlag Hans Huber, 2009.

KABA-SCHÖNSTEIN L. Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und –strategien. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 137-144.

KABA-SCHÖNSTEIN L. Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge (bis zur Ottawa-Charta 1986 und den Folgekonferenzen). In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 145-150.

-
- KASPER H, BURGHARDT W. Ernährungsmedizin und Diätetik, Urban & Fischer, München, 2004.
- KICKBUSCH I. Gesundheitsförderung und Prävention. In: Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg., 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2003, 187.
- KICKBUSCH I. Gesundheitsförderung: die dritte Public-Health-Revolution. In: Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg., 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2003, 182-184.
- KIEFER I, RIEDER A, RATHMANNER T, MEIDLINGER B, BARITSCH C, LAWRENCE K, DORNER T, KUNZE M. In: Erster Österreichischer Adipositasbericht, Hrsg., Verein Altern mit Zukunft, 2006.
- KROMEYER-HAUSCHILD K, WABITSCH M, KUNZE D. Perzentile für den Body-mass-Index für das Kinder- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 149, 2001, 807-818.
- LIPPKE S, RENNEBERG B. Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens. In: Gesundheitspsychologie, Springer Verlag, Heidelberg, 2006, 35-60.
- MARTI T. Wie kann Schule die Gesundheit fördern? Erziehungskunst und Salutogenese, 1. Auflage, Verlag Freies Geistesleben, 2006.
- MÜLLER M. Public Health und Public Health Nutrition. In: Gesundheit und Ernährung - Public Health nutrition, Hrsg. Müller M J, Trautwein E A, Eugen Ulmer, Stuttgart, 2005, 18-39.
- NAIDOO J, WILLS J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung, 1. Auflage der deutschen Ausgabe, BZgA-Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2003.
- NUTBEAM D, HARRIS E. Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung; Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften, Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad, Gamburg, 2001.
- NUTBEAM D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, Health promotion International, 2000, 15:3, 259-267.
- PSCHYREMBEL W. Pschyrembel- Klinisches Wörterbuch, 258., neu bearbeitete Auflage, Verlag Walter de Gruyter, New York, 1998.
- PUDEL V. Verhältnisprävention muss Verhaltensprävention ergänzen. In:

Ernährungsumschau: 53, Heft 3, 2006, 95-98.

RICHTER M, HURRELMANN K. Determinanten von Gesundheit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 45-48.

RICHTER-KORNWEITZ A. Gesundheitsförderung im Kindesalter. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 215-218.

RICHTER-KORNWEITZ A. Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 246-249.

ROHRAUER-NÄF G, WALDHERR K. Gesundheitsförderung in Österreich. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 223-230.

ROSENBROCK R, HARTUNG S. Settingansatz/Lebensweltansatz. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 497-500.

ROSENBROCK R. Erfolgskriterien und Typen moderner Primärprävention. In: Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses, Hrsg (Kirch W, Badura B), Springer, Dresden, 2005.

SACHER A. Gesundheitsförderung zwischen Utopie und Wirklichkeiten-Zur Entwicklung der WHO-Programmatik. In: Gesundheitsförderung-Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld, dgvt-Verlag, Tübingen, 1998, 53-71.

SCHIENKIEWITZ A, WALTER U. Glossar. In: Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg., 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2003, 805-829.

SCHMID H. Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung, Hrsg., 1. Auflage, Verlag Huber, 2011, 94-100.

SCHWARTZ F.W, BADURA B, BUSSE R, LEIDL R, RASPE H, SIEGRIST J, WALTER U. Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg., 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2003.

SPICKER I, SPRENGSEIS, G. Gesundheitsförderung stärken; Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Hrsg., 1. Auflage, facultas.wuv Universitätsverlag, Wien, 2008.

STARK W, WRIGHT M. Partizipation- Mitwirkung und Mitgestaltung der Bürgerinnen und Bürger. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 404-408.

WALTER U, GERLICH M, SCHWARTZ F.W. Gesundheitsindikatoren. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention; Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, Hrsg., BZgA, Köln, 2011, 286-289.

WALTER U, SCHWARZ F.W. Prävention. In: Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, Hrsg., 2. Auflage, Urban & Fischer, München, 2003, 189-215.

Internetquellen

ADIPOSITAS GESELLSCHAFT. Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Version 2012. Internet: www.adipositas-gesellschaft.de (Zugriff: 12. August 2012).

ARBEITSGEMEINSCHAFT ADIPOSITAS IM KINDES- UND JUGENDALTER (AGA). Leitlinien. Konsensus-Konferenz 2008. Internet: <http://www.google.at/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDIQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.adipositas-gesellschaft.de%2Ffileadmin%2FPDF%2FLeitlinien%2FLeitlinie-AGA-S2-2008.pdf&ei=QggPUPGNK4eO4gTa8IGAAQ&usg=AFQjCNEg0jgpf11oKA2meP01ZIVE1Pz9tg&cad=rja> (Zugriff: 27. Oktober 2012).

BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG. Version 2012. Internet: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64776&p_tabid=2 (Zugriff: 10. August 2012).

BUNDESGESETZBLATT FÜR ÖSTERREICH. 267. Verordnung: Trans-Fettsäuren-Verordnung. 2009. Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/9/3/CH1047/CMS1291115625360/bgbla_2009_ii_267_trans-fettsauren-verordnung.pdf (Zugriff: 27. Oktober 2012).

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Gesundheit und Gesundheitsförderung. Version 2012. Internet: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (Zugriff: 15 Juni 2012).

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Kindergesundheitsstrategie. Version 2012. Internet: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Kinder_und_Jugendgesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheitsstrategie/ (Zugriff: 10. August 2012).

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Nationaler Aktionsplan Ernährung. Version 2012. Internet: <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/> (Zugriff: 10. August 2012).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. Rahmengesundheitsziele für Österreich. Version 2012. Internet: www.gesundheitsziele-oesterreich.at (Zugriff: 10. Juni 2012).
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress. Version 2012. Internet: <http://www.in-form.de/profiportal/in-form-erleben/neues-aus-den-projekten/leitfaden-bzga-qualitaetskriterien.html> (Zugriff: 19. August 2012).
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. Leitfragen zur Auswahl von Medien. Version 2012. Internet: <http://www.bzga.de/ernaehrung-klasse1-6/pdf.php?id=8cb112138a603a873fc0ea90f243c2d4>; Seite 56 (Zugriff: 19. August 2012).
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG. Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen . Version 2012. Internet: www.bzga.de (Zugriff: 19 August 2012).
- ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG. Gesunde Kitas – starke Kinder. Internet: <http://www.ernaehrungundbewegung.de/gesunde-kitas-starke-kinder1.html> (Zugriff: 11. August 2012).
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH. Begriffe und Theorien. Version 2005. Internet: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien> (Zugriff: 18. August 2012).
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH. Kampagnen. Version 2005. Internet: <http://www.fgoe.org/der-fonds> (Zugriff: 10. August 2012).
- FONDS GESUNDES ÖSTERREICH. Leitfaden für Antragsteller/innen und Fördernehmer/innen. Version 2009. Internet: <http://www.fgoe.org/projektfoerderung/Leitfaden> (Zugriff: 19. August 2012).
- GESUND MIT BILDUNG (GMB). Projekte. Internet: <http://www.gesundmitbildung.at/> (Zugriff: 27. Oktober 2012).
- GESUNDHEITLICHE CHANCENGLEICHHEIT. Version 2012. Internet: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung->

bei-kindern-und-jugendlichen/gute-praxis/partizipation/ (Zugriff: 04. August 2012).

GIVE – SERVICESTELLE FÜR GESUNDHEIT. Projektplanung & Projektförderung. Version 2012. Internet: <http://give.or.at/index.php?id=49&L=0> (Zugriff: 19. August 2012).

IMPULS STYRIA. Optimierung der Pausenverpflegung – „Gscheite Jause – Coole Pause“. Internet: http://www.impulsstyria.at/index.php?option=com_content&view=article&id=37:pause&catid=1:laufende&Itemid=45 (Zugriff: 27. Oktober 2012).

KAIBLINGER&ZEHETGRUBER OEG. Gutessen consulting. Version 2006. Internet: www.gutessen.at (Zugriff: 11. August 2012).

LUDWIG BOLTZMANN INSTITUTE HEALTH PROMOTION RESEARCH. Jahresberichte. Version 2012. Internet: <http://lbihpr.lbg.ac.at/jahresberichte> (Zugriff am: 15. August 2012).

OÖGKK – FORUM GESUNDHEIT. Projekt „Der kleine Mugg – mir & uns geht’s gut“. 2012. Internet: http://www.oegkk.at/mediaDB/817898_Abschlussbericht_Gesamtbericht.pdf (Zugriff: 27. Oktober 2012).

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR PUBLIC HEALTH. Version 2010. Internet: <http://www.oeph.at/public-health-in-oesterreich/public-health-faq> (Zugriff: 15. August 2012).

ÖSTERREICHISCHES GRÜNES KREUZ. Studienbericht: Österreichweite Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen SchülerInnen und Schülern. 2007. Internet: www.gruenes-kreuz.org (Zugriff: 15. August 2012).

QUINT ESSENZ. Qualitätskriterien für Projekte. Version 5.1, 2012. Internet: <http://www.quint-essenz.ch/de/dimensions> (Zugriff: 19. August 2012).

SIPCAN INITIATIVE FÜR EIN GESUNDES LEBEN. Gescheite Jause – Coole Pause. Internet: <http://www.sipcan.at/index.php?id=73> (Zugriff: 27. Oktober 2012).

SIPCAN INITIATIVE FÜR EIN GESUNDES LEBEN. s-bar. gemeinsam.frisch.genießen. Internet: <http://www.sipcan.at/index.php?id=50> (Zugriff: 27. Oktober 2012).

STATISTIK AUSTRIA. Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation (im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend). 2007. Internet: http://www.statistik.at/web_en/static/oesterreichische_gesundheitsbefrag

ung_20062007_bericht_029865.pdf (Zugriff: 27. Oktober 2012).

WHO. International classification of diseases (ICD). Version 2012. Internet: <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (Zugriff: 28. September 2012).

WHO. Obesity and overweight. Version 2012. Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (Zugriff: 28. September 2012).

WHO. Ottawa-Charta. Version 2012. Internet: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (Zugriff: 27. Oktober 2012).

WHO/FAO (2003). Expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO technical report. Series No. 916; 56-57. Internet: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf (Zugriff: 27. Oktober 2012).

NETZWERK BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG. Internet: www.netzwerk-bgf.at. (Zugriff: 27. Oktober 2012).

LEBENS LAUF

Person

Name	Kerstin Maria Lepuschitz
Geburtsort / -datum	Klagenfurt / 23.11.1981

Ausbildung

02/2008- 12/2009	Ausbildung zur Ernährungsberaterin nach der Traditionellen Chinesischen Medizin an der Wiener Schule für TCM
03/2002	Studium Ernährungs-wissenschaften an der Universität Wien
2000 – 2002	Medizinstudium an der Universität Wien
1992 – 2000	Bundesrealgymnasium Lerchenfeld in Klagenfurt
1988 – 1992	Volksschule in Klagenfurt

Wissenschaftlicher Werdegang/ Praktika

Seit 05/2011	Angestellt bei Mingo Services Wirtschaftsagentur Wien
Seit 01/2009	Angestellt bei Firma Walletschek Vinothek-Greißlerei-Cafe in Wien
08/2008- 09/2008	Volontariat im Bundesministerium für Gesundheit, Abteilung für Lebensmittelsicherheit in Wien
07/2008- 08/2008	Praktikum im Kompetenzzentrum Ernährung der Agentur für Ernährungssicherheit (AGES) in Wien
04/2007- 07/2007	Mitarbeit am EU-weiten Projekt HELENA (Healthy Lifestyle in Europe

by Nutrition in Adolescence), Abteilung
für Ernährungsmedizin am AKH Wien

07/2006

Verzehrserhebung beim Ironman
Austria im Rahmen des Department für
Ernährungswissenschaften

05/2002- 11/2004

Angestellt bei H&M in Wien

07/200- 2004

Praktika im Sekretariat für Marketing
und Produktmanagement bei PayLife
Bank GmbH in Wien

Interessen, Fähigkeiten, Sonstiges

Sprachen

Englisch, Italienisch, Spanisch

Sonstiges

Verein für Ernährungswissenschaften
Ehrenamtliche Tätigkeit bei der Caritas
Wien

Wien, im Oktober 2012