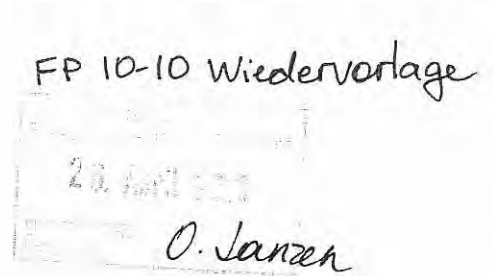


# Antrag auf Förderung eines Forschungsprojektes im Rahmen der Schwerpunktsetzung des Niedersächsischen Instituts für frühkind- liche Bildung und Entwicklung



## 1 Titel und Antragsteller/innen

Titel:

Zum Lebensalltag adipöser und stark übergewichtiger Kinder sozial benachteiligter Familien. Bewegungsaktivitäten, Essgewohnheiten, Problembewusstsein und Ressourcen. (Eine qualitative Studie)

Antragsstellerin: Prof. Dr. Ina Hunger, Universität Göttingen

<b>2</b>	<b>Inhaltsverzeichnis</b>	
<b>3</b>	<b>Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt.....</b>	<b>3</b>
3.1	Kenndaten.....	3
3.1.1	Ansprechpartnerin.....	3
3.1.2	Teilprojekte.....	3
3.1.3	Beteiligte Wissenschaftler/innen.....	3
3.1.4	Förderzeitraum und Fördersumme.....	3
3.2	Forschungsprojekt.....	4
3.2.1	Zusammenfassung.....	6
3.2.2	Ausgangssituation und Genese des Projektes.....	6
3.2.3	Ziel des Forschungsprojektes.....	7
3.2.4	Inhaltliche Einordnung der Teilprojekte.....	8
3.2.5	Stand der Forschung.....	8
3.2.6	Eigene Vorarbeiten.....	16
3.2.7	Darstellung des Forschungsprogramms.....	16
3.2.8	Kooperationspartner.....	23
3.3	Einbindung in die Themensetzung der Ausschreibung.....	23
3.4	Arbeits- und Zeitplan.....	24
<b>4</b>	<b>Beantragte Fördermittel.....</b>	<b>25</b>
4.1	Personal.....	25
4.2	Sachmittel.....	25
4.3	Kostenkalkulation und Zeitplan.....	26
<b>5</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>27</b>
	Kurzbiographie und Schlüssel-Publikationen.....	27
	Literatur.....	27

### 3. Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt

#### 3.1 Kenndaten

Prof. Dr. Ina Hunger  
Georg-August Universität Göttingen  
Institut für Sportwissenschaften  
Abteilung Sport und Pädagogik

Sprangerweg 2  
37075 Göttingen  
0551-398916/5653  
Ina.hunger@sport.uni-goettingen.de

#### 3.1.1 Sprecherin des Forschungsvorhabens/Ansprechpartnerin

Prof. Dr. Ina Hunger  
Institut für Sportwissenschaften der Georg-August-Universität Göttingen  
Sprangerweg 2  
37075 Göttingen  
0551-398916 / 5653  
Ina.hunger@sport.uni-goettingen.de  
<http://www.uni-goettingen.de/de/111235.html>

#### 3.1.2 Teilprojekte

entfällt

#### 3.1.3 Beteiligte Wissenschaftler/innen

Name, Vorname, akad. Grad	Fachrichtung	Hochschule	Stelle soll aus Mitteln des Antrags finanziert werden
Hunger, Ina, Prof. Dr.	Sportwissenschaft	Uni Göttingen	Nein
Wartini, Sebastian	Sportwissenschaft	Uni Göttingen	Nein
N.N.	Sportwissenschaft/Sozialwissenschaft	Uni Göttingen	Ja
N.N.	Sportwissenschaft/Psychologie	Uni Göttingen	Ja

#### 3.1.4 Förderzeitraum und Fördersumme

Förderzeitraum: 01. Juli 2010 bis 30. Juni 2012

Die beantragte Fördersumme beträgt 198.250 Euro.



### 3.2 Forschungsprojekt

Starkes Übergewicht und Adipositas sind bereits im frühen Kindesalter zu konstatieren. Folgt man den Zahlen der aktuellen KiGGS Studie, so sind insgesamt 15% der Kinder im Alter von 3 – 17 Jahren übergewichtig und 6,3% können bereits als adipös eingestuft werden. Betrachtet man die Zahlen bei den 3- bis 6-Jährigen, so gelten 9% dieser Kinder als übergewichtig, die Verbreitung von Adipositas liegt bei dieser Altersgruppe bei 2,9% (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Besonders bemerkenswert hierbei ist die Tatsache, dass insbesondere Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status und geringem Bildungsgrad von Übergewicht und Adipositas betroffen sind (Lampert & Kurth, 2007; Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Bei Kindern mit Migrationshintergrund ist, wie verschiedene Studien belegen, das Risiko für Adipositas sogar doppelt so hoch wie bei herkunftsdeutschen Kindern.

Die Prognosen, die stark übergewichtigen und adipösen Kindern im Kindergartenalter - aus interdisziplinärer Perspektive - gestellt werden, sind insgesamt negativ: Zwar können medizinische Untersuchungen im frühen Kindesalter noch keine evidenten - durch Übergewicht und Adipositas - verursachten Krankheiten nachweisen. Doch gilt einerseits das Risiko für schwere chronische Krankheiten (Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schädigungen am Haltungs- und Bewegungsapparat) als hoch, andererseits sind diese Kinder motorisch oftmals eingeschränkt und mit psycho-sozialen Problemen belastet (Strauss, 2000). Die Tendenz, dass aus stark übergewichtigen und adipösen Kindern auch übergewichtige bzw. adipöse Jugendliche und Erwachsene werden, wird durch diverse Studien bestätigt (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Hesecker (2005) betont in diesem Zusammenhang, dass in der Kindheit erworbene Muster des Ernährungsverhaltens ein Leben lang beibehalten werden. Damit einher geht die Prognose, dass die Betroffenen später (zumeist) einem hohen psychischen und sozialen Leidensdruck ausgesetzt sind.

Als Ursache für die *Zunahme* an übergewichtigen und adipösen Kindern wird gemeinhin und vordergründig Bewegungsmangel und zu hohe Energieaufnahme angeführt. Differenziertere Analysen verweisen in diesem Zusammenhang auf Defizite an Entwicklungsimpulsen und Herausforderungen, auf Erziehungsunsicherheiten, bildungsbedingte Wissensdefizite oder auch auf strukturell begrenzte Bewegungsmöglichkeiten (vgl. u.a. Hurrelmann, 2005; Wabitsch, Zwiauer, Kiess & Hebebrand, 2005). Bei *näherer* Betrachtung der Veröffentlichungen, die sich mit den Hintergründen von Übergewicht und Adipositas beschäftigen, wird allerdings deutlich, dass die Studien primär auf das Grundschulalter fokussieren. Die Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen bleibt bei den Analysen zumeist außen vor.

Ob die Betroffenen in dieser Altersspanne, in der Bewegungsaktivitäten für die ganzheitliche Entwicklung von besonderer Bedeutung sind und in der Kindern noch ein ‚natürlicher Bewegungsdrang‘ zugesprochen wird, *tatsächlich* einen inaktiven Lebensstil, gepaart mit übermäßigem Essverhalten bzw. falschen Ernährungsgewohnheiten, führen, bleibt unklar. Empirische - am Alltag der Betroffenen ausgerichtete - Studien, die dezidiert über den Stellenwert von Bewegungsaktivitäten und Essgewohnheiten der Kinder informieren, liegen bislang nicht vor. Auch differenzierte Aussagen über den alltäglichen Umgang mit dem kindlichen Übergewicht im Kontext von Familie und Kindergarten und über die elterliche Bedeutungsbeimessung von Bewegung im Lebensalltag der Kinder sind kaum auszumachen. Schließlich fehlen gesicherte Daten über die subjektive Perspektive der Kinder selbst im Hinblick auf



die Bedeutung der Bewegungsaktivitäten und ihrer Essgewohnheiten, vor allem aber was das Erfahren und Verarbeiten ihrer 'körperlichen Auffälligkeit' betrifft.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass für die Altersgruppe der von starkem Übergewicht und Adipositas betroffenen 3- bis 6-Jährigen *die empirische Basis fehlt*, um differenzierte Aussagen über ihren subgruppenspezifischen Lebensalltag zu treffen. Insbesondere das Fehlen von empirischen Daten über den Lebensstil der betroffenen Familien, darüber, welche Bedeutung Bewegung und Nahrung im Lebensalltag zugesprochen wird, wie die Betroffenen die 'körperliche Auffälligkeit' erleben und erfahren und wie sich das Problembewusstsein des unmittelbaren erzieherischen Umfelds des betroffenen Kindes darstellt, macht es derzeit schwierig, das Bedingungsgeflecht der Gewichtszunahme bei Kindern dieser Altersstufe zu durchleuchten und auf die Problematik mit ressourcenorientierten Fördermaßnahmen zu reagieren.

So deuten erste Evaluationsstudien an, dass die in den letzten Jahren - oft unter hohem Handlungsdruck entwickelten - Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht zu fruchten scheinen, da diese Maßnahmen ohne zielgruppenspezifische Differenzierung angeboten werden und vor allem solche Subgruppen davon profitierten, die sie am wenigsten nötig haben (Buck, 2008).

Genau an dieser Stelle setzt die Untersuchung an.

Ziel der Untersuchung ist es zunächst, den Lebensalltag der von Adipositas und starkem Übergewicht betroffenen Kindergartenkinder zu untersuchen. Von besonderem Interesse ist dabei, den Stellenwert von Bewegungsaktivitäten, die Essgewohnheiten und das Problembewusstsein des erzieherischen Umfeldes und der Kinder aufzudecken. Dabei soll vor allem auf die Kinder bzw. Familien fokussiert werden, die aus statistischer Sicht besonders von Adipositas und Übergewicht betroffen sind, nämlich bildungsferne, sozial-ökonomisch schwache Familien sowie Familien mit Migrationshintergrund.

Die differenzierte Einsicht in die oben genannten fraglichen Bereiche wird in dem darauf folgenden Schritt als theoretische Basis fungieren, zielgruppenspezifische, ressourcenorientierte Maßnahmen zu entwickeln und settingbezogene Projekte - vornehmlich unter dem Aspekt 'Bewegung' - zu erarbeiten. Das heißt, auf der Grundlage der genauen Kenntnis der Lebensgewohnheiten und des Problembewusstseins der Betroffenen und ihrer Familien ist es möglich, die potenziellen Ressourcen, die zur Förderung der Gesundheit und des aktuellen Wohlbefindens der Betroffenen beitragen können, zu identifizieren und zu analysieren. Darauf aufbauend werden subgruppenspezifische Maßnahmen - ansetzend bei Familien, Kindergärten und noch induktiv zu explorierenden Settings - entwickelt und erprobt.

Die Untersuchung orientiert sich - gemäß dem Erkenntnisinteresse - am qualitativen Paradigma und ist - im Hinblick auf die Fokussierungsebenen - multimethodal angelegt. Mittels teilnehmender Beobachtungen (Feldaufenthalte bei den Familien und Kindergärten der ausgewählten Kinder), leitfadengestützten Interviews mit Eltern und Erzieher/innen sowie kindzentrierten Impulsinterviews sollen die Daten erhoben werden. Mit ausgewählten - an dem Konzept der Grounded Theory orientierten - Verfahren werden die gesammelten Daten ausgewertet. Die gesundheits- und bewegungspädagogischen Maßnahmen werden auf der Basis der empirischen Befunde und vor der theoretischen Hintergrundfolie des ressourcenorientierten Ansatzes erarbeitet sowie im Hinblick auf ihre 'Wirksamkeit' an ausgewählten Fällen untersucht.



### **3.2.1 Zusammenfassung**

Starkes Übergewicht und Adipositas sind bereits im frühen Kindesalter zu konstatieren und schränken die Lebensqualität der Betroffenen mit zunehmendem Alter ein. Unter Handlungsdruck werden derzeit - weit verbreitet und weitgehend ohne zielgruppenspezifische Differenzierung - Interventionsprogramme mit dem Fokus auf Bewegung und Ernährung durchgeführt, obwohl kaum empirische Befunde über die Lebensbedingungen der betroffenen 3- bis 6-Jährigen vorliegen.

Mit dem Forschungsprojekt wird angestrebt, differenzierten Einblick in den Lebensalltag stark übergewichtiger und adipöser Kindergartenkinder zu gewinnen und dabei den Stellenwert und die Bedeutung von Bewegungsaktivitäten und Nahrung sowie das Problembewusstsein der Betroffenen und ihres erzieherischen Umfeldes aufzudecken. Das besondere Forschungsinteresse richtet sich hierbei auf vulnerable Gruppen, also primär sozial benachteiligte Familien.

Auf der Grundlage der Befunde werden subgruppenspezifische, ressourcenorientierte und settingbezogene Maßnahmen erarbeitet, mit dem Ziel gesundheitsrelevante Verhaltensweisen unter ganzheitlicher Perspektive zu fördern. Wesentlicher Bestandteil der Maßnahmen werden körper- und bewegungsfokussierte Angebote sein. Die Interventionen werden in Fallstudien erprobt.

Das umrissene Untersuchungsfeld kann als eklatante Forschungslücke gekennzeichnet werden. Insofern in der frühen Kindheit erworbene Muster in Bezug auf das Bewegungs- und Ernährungsverhalten prägend für den späteren Lebensstil sind, ist die Untersuchung als richtungsweisend zu bezeichnen.

Die Studie ist qualitativ und multimethodal angelegt, konzeptionell orientiert sie sich an der Grounded Theory. Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen teilnehmende Beobachtungen (Feldaufenthalte bei den Familien und Kindergärten der ausgewählten Kinder), leitfadengestützte Interviews mit Eltern und Erzieher/innen sowie kindzentrierte Impulsinterviews.

### **3.2.2 Ausgangssituation und Genese**

Die Frage nach dem Lebensalltag stark übergewichtiger und adipöser Kinder im Alter zwischen 4 und 6 Jahren, ihrem Zugang zu Bewegung, ihrem Erleben der körperlichen Auffälligkeit etc. wurde im Kontext unterschiedlicher Forschungsprojekte der Antragstellerin immer wieder relevant.

Vor allem im Kontext der von der Antragstellerin durchgeführten Untersuchung zum Thema 'Körpererleben und Sport' mit Kindern im Grundschulalter, bei der vor allem auf 'Sportschwache und Übergewichtige' fokussiert wurde, zeigte sich, dass bei adipösen und stark übergewichtigen Kinder die Lebensgewohnheiten resp. Lebensstile sich bereits so verfestigt haben, dass die betroffenen Kinder ihr Übergewicht (teilweise) als zwangsläufig interpretieren und als 'Schicksal' erleiden, obwohl sie zum Teil differenziert ihre individuellen Lebensbedingungen und ihr Übergewicht in einen Bedingungs Zusammenhang bringen konnten. Heraus kristallisiert hat sich ferner, dass die betroffenen Kinder sich überaus gerne bewegen - dies jedoch mit zunehmenden Alter aus Sorge vor sozialer Stigmatisierung weniger (öffentlich) tun (Hunger, 2007).

Bei der derzeitigen Arbeit der Antragstellerin zum Thema 'Adipositas und sportpädagogische Konsequenzen im späten Kindesalter' (Projekt "Mein Coach" - zusammen mit Mitarbeiter/innen des Sozial-



pädiatrischen Zentrums Göttingen und Studierenden der Universität Göttingen) deutet sich an, dass die Innensicht von familiären Lebensbedingungen und insbesondere die genaue Kenntnis des Problembewusstseins der Mitglieder vulnerabler Gruppen *der* Schlüssel zu nachhaltigen bewegungs- bzw. sportpädagogischen Maßnahmen zu sein scheint. Schließlich hat sich im Kontext ihrer psychomotorischen Förderung von entwicklungs- und verhaltensauffälligen Kindern (4-6 Jahre) herauskristallisiert, dass die 'körperliche Auffälligkeit' bei adipösen Kindern zwar bereits im Selbstkonzept negativ verankert ist; ihr Bewegungsbedürfnis und ihr sinnliches Interesse an Bewegungserlebnissen jedoch dem der Normalgewichtigen entspricht.

Das heißt, die Idee des o.g. Forschungsprojekts speist sich vor allem aus verschiedenen forschungspraktischen Zusammenhängen der Antragstellerin. Das Interesse an einer konkreten Fokussierung auf die hier dargelegten Forschungsfragen beruht auf der Einsicht, dass die geplante Studie mit ihrem Erkenntnisinteresse eine Lücke im Schnittfeld von (frühkindlicher) Kindheitsforschung, Sport-/Bewegungspädagogik und ressourcenorientierter Gesundheitsförderung im Bereich Adipositas schließen könnte, insofern empirisch gesicherte Aussagen zum aufgeworfenen Thema kaum existieren und derzeitige Präventionsprogramme eine subgruppenspezifische Differenzierung vermissen lassen.

Die Forschungsfragen des Projekts wurden also auf der Basis vorliegender Untersuchungen und des konstatierten Forschungsdesiderats entwickelt; das Forschungsdesign wurde im Hinblick auf die Forschungsgegenstände, den Forschungsstand und nicht zuletzt den durch die Ausschreibung vorgegebenen Zeitrahmen erarbeitet.

Die Antragstellerin kann auf eine einschlägige Expertise im Gebiet der qualitativen Forschung verweisen. Methodisch ist sie vor allem auf den Gebieten teilnehmende Beobachtung, (Impuls-) Interviews mit (Kindergarten-)Kindern und Leitfaden-Interviews spezialisiert. Sie verfügt über weit reichende forschungspraktische Erfahrungen im Kontext der frühen Kindheit und setzt sich seit Jahren mit der Thematik Adipositas - theoretisch und in Hinblick auf praktische Konsequenzen - auseinander.

### **3.2.3 Ziel des Forschungsprojektes**

Mit dem Forschungsprojekt wird angestrebt, einen differenzierten Einblick in den Lebensalltag stark übergewichtiger und adipöser Kindergartenkinder zu gewinnen und dabei den Stellenwert und die Bedeutung von Bewegungsaktivitäten und Ernährungs- bzw. Essgewohnheiten sowie das Problembewusstsein der Betroffenen und ihres erzieherischen Umfeldes aufzudecken. Das besondere Forschungsinteresse richtet sich hierbei auf bildungsferne bzw. sozial benachteiligte Familien.

Im Einzelnen wird im Rahmen einer qualitativen Studie angestrebt,

- I. - den Lebensalltag der Betroffenen hinsichtlich seiner typischen Strukturen zu rekonstruieren;
- die alltäglichen Bewegungssituationen zu identifizieren und zu interpretieren, die das Kind einerseits spontan sucht bzw. herstellt und die andererseits dem Kind angeboten werden bzw. von außen vorstrukturiert sind;



- die Essgewohnheiten der Kinder (bzw. das Ernährungsverhalten der für sie Verantwortlichen) in ihrer Struktur und Funktion zu analysieren;
- II. - aufzudecken, wie das betroffene Kind seine (sozial definierte) 'Auffälligkeit' erfährt und verarbeitet;
- III. - den alltäglichen elterlichen Umgang mit dem Übergewicht des Kindes sowie die elterliche Bedeutungsbeimessung von kindlichen Bewegungsaktivitäten transparent zu machen;
- IV. - die Perspektive der Erzieher/innen auf das betroffene Kind zu rekonstruieren und deren Handlungsorientierungen zu eruieren.
- V. - ressourcenorientierte Maßnahmen zur ganzheitlichen Förderung der Gesundheit der Betroffenen zu erarbeiten und zu erproben.

### **3.2.4 Inhaltliche Einordnung der Teilprojekte**

- entfällt -

### **3.2.5 Stand der Forschung**

Die Gesundheit von Kindern ist ein komplexes Gefüge vielfältiger, sich bedingender Faktoren. Sie wird in hohem Umfang von gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen bestimmt. Insbesondere die allgemeine soziale Lage, die Familiensituation, Umweltbedingungen oder ein Migrationshintergrund sind Beispiele für solche Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern. Zahlreiche Studien, insbesondere die KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts, belegen einen Zusammenhang von Gesundheitsstatus und sozialer Herkunft (vgl. Lampert & Kurth, 2007).

Mögliche Ursachen für die immer größere Verbreitung von Übergewicht und Adipositas gerade bei Kindern werden, neben einer genetischen Prädisposition, in einer verringerten körperlichen Aktivität („Bewegungsmangel“) bei gleichzeitiger Überernährung sowie bei familiärer Belastung, bei übergewichtigen Eltern, bestimmten ethnischen Zugehörigkeiten sowie dem sozialen Status der Familie gesehen.

Die Relevanz des genetischen Einflusses in Bezug auf die Entstehung von Adipositas soll im Rahmen dieses Forschungsprojekts vernachlässigt werden, weshalb im Folgenden zunächst Studien aufgeführt werden, die sozioökonomische und kulturelle Einflüsse sowie Lebensstilanalysen fokussieren.

#### Sozioökonomische und kulturelle Einflüsse

Die Gesundheit wird in hohem Maße von gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen bestimmt. Insbesondere die allgemeine soziale Lage, die Familiensituation, Umweltbedingungen oder ein Migrationshintergrund sind Beispiele für Einflussfaktoren auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und mögliche Erklärungsansätze für die Entstehung von Übergewicht bzw. Adipositas (vgl. Landsberg, Plachta-Danielzik & Müller 2008).

Migration, als ein Prozess mit weit reichenden ökonomischen, sozialen und psychischen Konsequenzen, hat Einfluss auf die Gesundheit allgemein und auf das Körpergewicht der betroffenen Personen



im Besonderen. So haben Personen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Risiko für Übergewicht. Mögliche Ursachen und Einflüsse werden in der Fachliteratur entsprechend diskutiert (Robert Koch Institut, 2008). Relevant sind zum Beispiel die Länge der Aufenthaltsdauer der Eltern im Migrationsland, Veränderungen gesundheitsrelevanter Lebensgewohnheiten und des sozioökonomischen Status etc. (Will, Zeeb & Baune, 2004). Bislang gibt es zwar einige US-amerikanische Untersuchungen zu diesem Thema, empirische Daten für verschiedene ethnische Gruppen in Europa und für Deutschland im Speziellen sind allerdings rar (Will, Zeeb, & Baune 2005, S. 45). Besonders Studien über Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren sind kaum vorhanden. Hier besteht Forschungsbedarf.

Erb & Winkler (2004) diskutieren verschiedene Möglichkeiten, wie das Immigrieren in ein gegebenenfalls auch kulturell fremdes Land Einfluss nehmen kann auf das kindliche Gewicht. Die Autoren erfassen Body Mass Index (BMI), Nationalität und Sozialraumtyp von Stuttgarter Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren im Rahmen der Einschulungsuntersuchung. Deutsche und nicht deutsche Kinder unterschieden sich signifikant. Kinder mit Migrationshintergrund haben über alle unterschiedenen Nationalitätsgruppen höhere Prävalenzwerte für Übergewicht und Adipositas (zum Beispiel Jungen türkischer Nationalität mit einer Auftretenshäufigkeit für Übergewicht von 15,6%) als deutsche Kinder (zum Vergleich deutsche Jungen mit 5,4%). Zwischen den Migrationsgruppen wurden keine signifikanten Unterschiede beobachtet.

Will et al. führten 2005 eine Untersuchung in insgesamt 12 Schulen in Bielefeld durch. Die Kinder waren 6 bis 7 Jahre alt und standen kurz vor ihrer Einschulung. Die Prävalenzrate für Übergewicht und Adipositas war für Kinder mit Migrationshintergrund (14,7% und 3,1%) deutlich höher als für deutsche Kinder (9,1% und 1,9%).

Kuepper-Nybelen et al. (2005) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie verglichen den BMI von deutschen 5- bis 6-jährigen Kindern vor ihrem Schuleintritt mit dem von Kindern mit Migrationshintergrund. Es zeigte sich ein deutlicher Unterschied. Bei Kindern mit Migrationshintergrund war die Prävalenzrate für Übergewicht mit 14,8% doppelt so hoch wie bei deutschen Kindern (7,2%). Türkische Kinder hatten dabei mit 21,2% die höchste Prävalenzrate. Die Autoren konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sich die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf Unterschiede im Bildungsstand der Mutter und dem sozioökonomischen Status (SES) der Familie zurückführen ließen: Mütter mit Migrationshintergrund hatten einen deutlich niedrigeren Bildungsstand als deutsche Mütter, welcher somit (auch in seiner Funktion als Indikator für niedrigen sozioökonomischen Status) als Risikofaktor für kindliches Übergewicht betrachtet werden kann (vgl. Danielzik, Czerwinski-Mast, Langnäse, Dilba & Müller, 2004; Langnäse, Mast & Müller, 2002; Kolip, 2004). Entsprechend fand sich in der Gruppe der Übergewichtigen häufiger ein geringer sozioökonomischer Status, der nachweislich einen bedeutenden Einfluss auf die kindliche Gesundheit hat: Kurth & Schaffrath Rosario (2007) belegen die zunehmenden Prävalenzraten von Adipositas bei Kindern von hohem Sozialstatus (1,3% für 3- bis 6-Jährige) über mittleren Sozialstatus (3,0% für 3-bis 6-Jährige) bis zu niedrigem Sozialstatus (4,4% für 3- bis 6-Jährige). So zeigt sich, dass soziale Einflüsse, wie der sozioökonomische Status, schon in einem frühen Lebensalter (3 bis 6 Jahre) großen Einfluss auf die Gesundheit der betroffenen Kinder nehmen. Ähnliche Ergebnisse finden sich in einer Vielzahl weiterer Studien: ein niedriger sozioökonomischer Status wirkt sich nachteilig auf das Gesundheitsverhalten wie zum Beispiel Ernährung, Medienkonsum



oder Bewegung aus (vgl. Danielzik & Müller 2006; Langnäse et al., 2002; Danielzik et al., 2004; Langnäse, Mast, Danielzik, Spethmann, & Müller, 2003).

Studien, wie die beschriebene von Kurth & Schaffrath Rosario (2007), die den Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Adipositas bei Kindern zwischen 3 und 6 Jahren untersuchen, sind sehr selten. Häufig werden ältere Kinder ab 5 bzw. 6 Jahren in die Studien einbezogen. So bleiben eventuelle Verursachungsmechanismen von kindlichem Übergewicht, die in der frühen Kindheit liegen, verborgen.

Interessanterweise variiert der Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und Adipositas im internationalen Vergleich. Wang (2001) verglich den BMI von 6- bis 18-Jährigen aus urbanen und ländlichen Gegenden Chinas, Russlands und den USA. Den höchsten Anteil an übergewichtigen oder adipösen untersuchten Kindern zwischen 6 und 9 Jahren hatte Russland (30,5%), gefolgt von den USA (24,4%) und China (11,9%). Kinder mit hohem sozioökonomischem Status in China und Russland hatten ein höheres Adipositasrisiko als Kinder mit niedrigerem sozioökonomischem Status aus den beiden Ländern. Ein Phänomen, das konträr ist zu den Ergebnissen aus westlichen Ländern wie den USA. So hatten amerikanische Kinder aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus die höchsten Prävalenzraten für Adipositas. Der Autor führt dies auf einen spezifischen, kulturell bedingten Einfluss des sozioökonomischen Status' hinsichtlich des Lebensstils der jeweiligen Einwohner zurück.

#### Lebensstil

Die Auswirkungen eines gesundheitsschädlichen Lebensstils mit Bewegungsmangel, Fehlernährung und übermäßigem Medienkonsum auf das Gewicht von Kindern sind offensichtlich. Die Vermutung ist nahe liegend, dass sozioökonomische und soziokulturelle Einflüsse den familiären und kindlichen Lebensstil prägen. Deshalb ist es wichtig, die detaillierten Zusammenhänge zwischen SES, Lebensstil und Gesundheit genauer zu untersuchen, da angenommen werden kann, dass sich alle drei gegenseitig stark beeinflussen (Danielzik & Müller, 2006, S. 214).

#### Bewegungsmangel

Graf et.al. (2004) weisen auf den Zusammenhang von Freizeitaktivitäten, motorischen Fähigkeiten und dem Body Mass Index bei Kindern und Jugendlichen hin. Adipositas wird von den Autoren als zunehmendes Phänomen beobachtet, das durch verschiedene Faktoren wie Bewegungsmangel beeinflusst wird. Die Untersuchungen des CHILT (Children's Health Interventional Trail) Projektes bezogen sich auf die Grobmotorik und die Ausdauer von Grundschüler/innen sowie deren Freizeitverhalten in Bezug auf regelmäßige sportliche Betätigung und Fernsehverhalten. Es wurde ein Zusammenhang zwischen regelmäßiger sportlicher Betätigung und der grobmotorischen Entwicklung identifiziert. Graf et.al. (2004) schlussfolgern, dass ein erhöhter BMI mit der grobmotorischen Entwicklung und der Ausdauer korreliert. Es wurde nur ein geringfügiger Zusammenhang mit dem Fernsehverhalten der Kinder gefunden. Trotz allem ist zu vermerken, dass ein aktiver Lebensstil in der Kindheit Übergewicht und Adipositas vorbeugen kann.

Bünemann (2008a) sowie Hebebrand und Bös (2005) vermissen eine fundierte Untersuchung zum Zusammenhang zwischen den rückläufigen körperlichen Betätigungen und dem zunehmenden Übergewicht deutscher Heranwachsender. Die Längsschnittstudien von Must und Tybors (2005) weisen



auf einen signifikanten Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Körperstatus hin. Eindeutigere Ergebnisse konnten aus Untersuchungen an übergewichtigen und adipösen Heranwachsenden geschlossen werden. Weiterhin wird aber die Untersuchungslücke in der frühen Kindheit bemängelt sowie eindeutige Aussagen über den präventiven Nutzen von körperlich-sportlichen Aktivitäten in Bezug auf Übergewicht und Adipositas (Bünemann, 2008b).

Dass Bewegungsmangel gesundheitliche Folgen für den Menschen hat, ist vielfach belegt. Wie schon Must and Tybors (2005), resümieren Trost, Kerr, Ward und Pate (2001), die Schwierigkeit liege in der Beantwortung der Frage, ob Bewegungsmangel Übergewicht hervorrufe oder ob Übergewicht der Grund für mangelnde Bewegung sei. Jedoch ist sicher, dass die beiden Faktoren korrelieren. An den grundlegenden Daten der Kieler Studie KOPS ist zu erkennen, dass ein erhöhter Grad an Inaktivität mit einem erhöhten BMI zusammenhängt und dass darüber hinaus ein Adipositaspräventionsprogramm die Förderung von Aktivitäten im Freien beinhalten sollte (Danielzik et al., 2004). Die Studie zeigt außerdem, dass Präventivprogramme schon vor dem Untersuchungsalter (5 bis 7 Jahre) ansetzen müssten, also im Kindergartenalter. Graf, Dordel, Tokarski und Predel (2006) betonen des Weiteren die Notwendigkeit der Kombination von Familie und Institutionen (Schule bzw. Kindergarten) in Bezug auf präventive Programme, da dadurch effektiver Einfluss auf den BMI und die Steigerung der Ausdauerfähigkeit von Kindern genommen werden könne, wie das Projekt CHILT II zeige.

In einer amerikanischen Studie kommen Trost et. al. (2001) außerdem zu dem Schluss, dass übergewichtige und adipöse Kinder weniger Selbstwirksamkeit in Bewegungsaktivitäten erleben, dass sie weniger in Sportvereinen oder anderen Gemeinschaften körperlich-sportlicher Betätigung zu finden sind und dass sie kaum auf elterliche Vorbilder bezüglich Bewegung zurückgreifen können. Es gilt aber weiterhin eine Forschungslücke im Bereich der Lebensstil-Untersuchungen bezüglich Bewegung und Bewegungsmangel zu schließen.

#### Medienkonsum

Der Medienkonsum gilt als wichtiger Faktor im Gefüge von Lebensbedingungen, die gerade bei bestimmten Bevölkerungsgruppen zu systematischen Benachteiligungen führen (Theunert, 2008). Vor allem in den Milieus, die sozial und den Bildungsstand betreffend schlechter gestellt sind, ist ein übermäßiger Medienkonsum deutlich häufiger zu finden als in anderen Bevölkerungsschichten. Je geringer das familiäre Bildungsniveau, desto stärker ist die Konsumorientierung der Mediennutzung ausgeprägt und desto häufiger werden problematische Gewohnheiten wie andauerndes Fernsehen bei Heranwachsenden vorgefunden (vgl. Theunert & Demmler, 2007). So unterstreichen auch die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (Lampert, Sygusch & Schlack, 2007), dass Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder mit Migrationshintergrund vermehrt zu der Gruppe gehören, die vor allem Fernsehen, Video, Spielkonsolen und den Computer stark nutzen. Dieser milieuspezifische Medienungang ändert sich in späteren Lebensabschnitten kaum. Auch die Wahrscheinlichkeit von negativen Allianzen zwischen Mediennutzung, körperlich wenig aktivem Freizeitverhalten und ungesunden Ernährungsgewohnheiten liegt hier höher.

Die Annahme, dass ein hoher Medienkonsum, vermittelt über eine geringere körperliche Aktivität, die Ausbildung von Übergewicht fördert, lässt sich anhand vorhandener Literatur zum Teil belegen (Lampert et al., 2007). So haben sich verschiedene Autoren in einem ersten Schritt mit der Frage beschäftigt, ob die Nutzung von Medien zu einer geringeren körperlichen Aktivität führt. Eine im Jahr 2004



durchgeführte Metaanalyse (vgl. Biddle, Gorely & Stensel 2004; Gorely, Marshall & Biddle 2004; Marshall, Biddle, Gorely, Cameron & Murday, 2004) zeigt, dass die Hypothese, dass Fernsehen, Computer und Spielkonsolen im Alltag der Heranwachsenden körperlich-sportliche Aktivitäten ersetzen, nicht eindeutig belegt werden kann. Gorely et al. (2004) beschreiben darüber hinaus den Zusammenhang zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und der Mediennutzung mit dem Faktor Null, eine Annahme, die von späteren Untersuchungen gestützt wird (vgl. Bünemann, 2008b; Burrmann, 2005). Lampert et al. kamen hingegen 2007 zu dem Schluss, dass die Nutzung von Medien erst ab einem gewissen Zeitkontingent mit körperlicher Inaktivität einhergeht. Die Autoren fanden bedeutsame Zusammenhänge ab 6 Stunden Medienkonsum pro Tag bei Jungen und 5 Stunden bei Mädchen.

Ein erster Überblick über die Literatur zu der Fragestellung, ob Medienkonsum des Weiteren direkt zu einer Erhöhung des Körperfettanteils führt, legt eine Bestätigung dieser Annahme nahe (Bünemann 2008b). So wird davon ausgegangen, dass Fernsehkonsum mit einem erhöhten Konsum von Zwischenmahlzeiten einhergeht (Gorely et al. 2004). Hier werden vor allem zuckerhaltige Getränke und energiedichte Snacks zu sich genommen (van den Bulck, 2000). Zudem wiesen Klesges, Shelton & Klesges 1993 nach, dass der körperliche Energieumsatz beim Fernsehkonsum im Vergleich zu normalen Ruhephasen herabgesetzt ist. Dennoch ließ sich metaanalytisch kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der Mediennutzung und dem prozentualen Körperfettanteil im Kindes- und Jugendalter finden (Gorely et al., 2004; Marshall et al., 2004). Neuere Studien kommen für Kinder von bis zu zehn Jahren jedoch zu abweichenden Ergebnissen (Must & Tybor, 2005; Bünemann, 2008b). Die erfassten Daten deuten darauf hin, dass gerade in dieser jüngeren Altersgruppe „Medienkonsum eindeutig einen Einfluss auf die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas hat“ (Bünemann, 2008b, S. 121).

Die vorliegenden Befunde legen somit eine Altersabhängigkeit des Einflusses des Medienkonsums auf die Entwicklung von Adipositas und Übergewicht nahe. Während eine solche Beziehung bei älteren Heranwachsenden nicht zu bestehen scheint, mehren sich die Hinweise, dass Medienkonsum gerade bei jüngeren Kindern einen negativen Einfluss hat. Vor allem vor dem Hintergrund der Vermeidung von Adipositas bei Kindern mit Migrationshintergrund oder aus Familien mit niedrigem sozialen Status, die sich durch einen besonders hohen Medienkonsum auszeichnen, scheint eine detaillierte Betrachtung dieses Zusammenhangs sinnvoll und notwendig zu sein.

### Ernährungsverhalten

Eine entscheidende Rolle zur Erhaltung und Förderung von Gesundheit kommt neben anderen Faktoren der Ernährung zu (Stahl, 2008). Ist eine angemessene Ernährung nicht gegeben, können ernährungsbedingt Krankheiten auftreten, wobei die Adipositas stark im Fokus der Literatur steht (vgl. z.B. Graf et al., 2006; Wabitsch, 2006; Koletzko et al., 2009). Als Ursache dieser wird neben genetischen Faktoren eine hyperkalorische Ernährung in Kombination mit herabgesetztem Energieverbrauch angenommen (Ahrens et al., 2007).

Zu beobachten ist generell, dass sich Essverhalten und Esskultur verändern (vgl. Methfessel, 1999; Wabitsch, 2004). Lebensmittel mit hoher Energiedichte, die fett- und zuckerreich sind (Prentice & Jebb, 2003; Nielsen & Popkin, 2003; Erbersdobler, 2005), sowie solche mit hohem glykämischen Index (Ludwig, 2002) werden vermehrt konsumiert. Zudem nimmt der Verzehr von Fast-Food-Produkten



zu (Ebbeling et al., 2004) und die Portionsgrößen von Lebensmitteln und Mahlzeiten werden umfangreicher (Rolls, 2003). So ist z.B. das Einnehmen der Mahlzeiten außer Haus mit größeren Portionsmengen verbunden (Diliberti, Bordi, Cinklin & Rolls, 2004). Ungünstig beeinflusst wird die Ernährung von Kindern zudem durch Werbung für Kinder-Lebensmittel (Hastings et al., 2003; Becker, Bizer, Führ, Krieger & Scholl, 2005). Gerade die Lebensmittelgruppen, die besonders intensiv beworben werden (Süßigkeiten, Limonaden, Snacks etc.), weichen diskrepant von den Lebensmittelgruppen ab, die von Fachgesellschaften für den Verzehr empfohlen werden (Heseker, 2005). So verzehren Kinder und Jugendliche beispielsweise mehr Fett als empfohlen (Alexy, Sichert-Hellert & Kersting, 2002), nehmen zu viel Eiweiß und zu wenig Kohlenhydrate zu sich (Baerlocher & Laimbacher, 2001).

Der Zusammenhang zwischen Ernährung und sozialen Aspekten wie Einkommen und Bildung wurde seit den 1980er Jahren vorwiegend bei Jugendlichen und Erwachsenen untersucht. Insgesamt zeigte sich, dass auch das Ernährungsverhalten von sozialen Unterschieden geprägt ist. Eine ungünstige Lebensmittelauswahl findet sich vorwiegend in Bevölkerungsgruppen, die ein niedriges Einkommen und/oder geringe Bildung kennzeichnet. Studien, die diesen Zusammenhang bei Kindern untersuchen, sind rar (Stahl, 2008). 2006 wurde die Ernährung von 6- bis 11-jährigen Kindern erstmals im Rahmen der EsKiMo-Studie des KiGGS-Moduls (Mensink et al., 2007) umfassend analysiert. Ein besonderer Fokus lag dabei auf den sozialen Unterschieden der kindlichen Ernährung, für die sich statistische Zusammenhänge fanden. Frühere Altersgruppen wurden nicht betrachtet. Vor allem unter Berücksichtigung der Annahme, dass in der Kindheit erworbene Muster des Ernährungsverhaltens ein Leben lang beibehalten werden (Heseker, 2005), liegt in dem Feld der sozialen Unterschiede frühkindlicher Ernährung somit eine eklatante Forschungslücke vor.

#### Körperbild

Inwiefern möglicherweise ein verzerrtes Körperbild und infolge dessen ein mangelndes Problembewusstsein seitens der Kinder und/oder auch innerhalb des erzieherischen Umfeldes einen Einfluss auf Entstehung bzw. Manifestation von Übergewicht hat, ist eine Frage, die bislang noch nicht eindeutig beantwortet wurde. Studien, die diesen Zusammenhang – insbesondere im Hinblick auf subgruppenspezifische Differenzen – untersuchen, sind rar. Lediglich die KiGGS-Studie liefert in diesem Zusammenhang erste Befunde (vgl. Robert Koch Institut, 2008). Die Untersuchungen zeigen zum Beispiel, dass ein Teil der Eltern mit türkeibezogenem Migrationshintergrund bzw. niedrigem Sozialstatus „blind“ zu sein scheint für das (Über-)Gewicht der Kinder. So schätzten ein Drittel ihre Kinder oft auch dann als „zu dünn“ ein, wenn diese normalgewichtig waren. Diese verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich des Gewichtszustandes der Kinder findet sich auch bei Eltern anderer Herkunftsländer wie Polen, arabisch-islamische Länder sowie Russland, bei denen ca. ein Fünftel ihre Kinder trotz vorhandener Normalgewichtigkeit als zu dünn einschätzte. Demgegenüber bewerteten nur ca. 15% der Eltern aus Deutschland und Westeuropa ihre normalgewichtigen Kinder als zu dünn. Besonders evident sind die Differenzen im Kindesalter. Hier liegt die Vermutung nahe, dass das Bild eines wohlgenährten Kindes mit dem eines gesunden gleichgesetzt wird. Neben der Elterneinschätzung wurde im Rahmen der KiGGS-Studie (Kurth & Ellert, 2008; Robert Koch Institut, 2008) auch die Körperselbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren analysiert. Kurth & Ellert (2008) resümieren, dass viele Kinder und Jugendliche in Deutschland eine verzerrte subjektive Einschätzung im Hinblick auf ihr Körpergewicht haben, wobei beachtet werden muss, dass die Fehleinschätzungen in beide Richtungen



gehen: lediglich 60,9 % der tatsächlich adipösen Mädchen halten sich für „viel zu dick“, bei den adipösen Jungen ist das verzerrte Körperbild noch deutlicher, denn nur 32,2% von ihnen stufen sich tatsächlich als „viel zu dick“ ein.

Im Hinblick auf subgruppenspezifische Unterschiede bestätigte sich die oben beschriebene kulturbedingte Tendenz der Elterneinschätzung auch bei der Selbsteinschätzung der Kinder: Wurden Selbstbild und tatsächlicher Gewichtsstatus in Beziehung zueinander gesetzt, so wurde deutlich, dass die eigene Wahrnehmung oft ein verzerrtes Abbild der Wirklichkeit darstellt. Türkischstämmige Kinder (20,9%) und Kinder aus Polen (20,3%) bezeichneten sich zu einem wesentlich höheren Anteil als zu dünn, selbst wenn sie normalgewichtig waren, der Anteil der Kinder aus Deutschland lag hingegen nur bei 11,9%. (Robert Koch Institut, 2008, S. 64).

Die Autoren resümieren, dass ein oftmals kulturspezifisch geprägtes Körperbild der Eltern, aber auch der (älteren) Kinder, einen erheblichen Einfluss bei Entstehung und Manifestation von Übergewicht haben und als ein möglicher Erklärungsfaktor für die ethnische Ungleichheit von Übergewicht betrachtet werden kann (Robert Koch Institut, 2008).

Die oben aufgeführten Befunde unterstreichen den hohen Stellenwert von Förderung und Anregung der Körperwahrnehmung von Kindern im Rahmen von bewegungsorientierten Maßnahmen und belegen die Relevanz dieses Themenbereichs im Rahmen des Forschungsvorhabens.

#### Prävention und Intervention

Die epidemiologischen Studien über die zunehmende Prävalenz und Persistenz von Übergewicht und Adipositas lassen die Entwicklung von Interventionskonzepten dringend notwendig erscheinen (vgl. z.B. Robert Koch Institut, 2008). Dies scheint geboten nicht zuletzt wegen der gesundheitlichen Prognosen, der vielfältigen Ursachen und Folgekrankheiten, die mit Übergewicht und Adipositas assoziiert sind, wie Störungen im Glucosestoffwechsel (bei 6% der betroffenen Kinder), Diabetes mellitus Typ 2 (1%), prämetabolisches Syndrom (35%), Steatosis hepatis (Fettleber; 30%), Gallensteine (2%), orthopädische Folgestörungen und Störungen der psychosozialen Entwicklung und der Lebensqualität (3%) (vgl. die Murnauer Komorbiditätsstudie 1998-2001, zitiert nach Wabitsch, 2004).

#### Isoliert vs. systemisch

Da die generelle Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Gewichtsreduktionsprogrammen, insbesondere in Form von Schulungen, für adipöse Kinder und Jugendliche keineswegs als nachgewiesen gelten kann (vgl. Reinehr & Wabitsch, 2003; Summerbell et al., 2003; Kromeyer-Hauschild, Zellner, Jäger & Hoyer, 1999), „ist nicht davon auszugehen, dass ein solcher ‘therapeutischer’ Ansatz als Präventionsstrategie geeignet ist“ (Böhler & Wabitsch 2004, S. 860). Die Autoren betonen hingegen die Bedeutung der Einbeziehung des Lebensumfeldes der Kinder, insbesondere der Eltern als Zielgruppe für Verhaltensänderungen (vgl. McLean, Griffin, Toney & Hardeman, 2003, zitiert nach Böhler & Wabitsch, 2004). So zeigt sich z.B., dass eine rein schulbasierte Präventionsstrategie nur wenig Wirkung auf die Prävalenz von Adipositas zeitigt (vgl. Ebbeling, Pawlak & Ludwig, 2002) und keine nachhaltigen Effekte erwarten lässt (vgl. z.B. die südenglische Langzeituntersuchung mit vierteljährlicher Ernährungsschulung zu Beginn und Follow-Up nach zwei Jahren CHOPPS (Christchurch Obesity Prevention Programme in Schools) von James, Thomas & Kerr, 2007).



Auch der Cochrane-Review über 22 Präventionsstudien (Summerbell et al. 2005) zeigt, dass isolierte Maßnahmen in Klassenzimmern weniger erfolgreich sind als diejenigen, welche das Gesamtsystem Schule betreffen und solche, die das Umfeld der Kinder (Familie, Kommune) mit einbeziehen. Zu demselben Ergebnis gelangt die Untersuchung des *National Institute for Clinical Excellence in the United Kingdom* (NICE; 2006) über 33 Studien und 2 Übersichtsarbeiten: isolierte Interventionen greifen weniger gut als systemische. Der Calgary-Review (Flynn, McNeil & Maloff, 2006), der 36 Studien umfasst, bestätigt dieses Resultat und betont u.a. die Notwendigkeit der Integration der Eltern in die Maßnahme.

Blättner, Kohlenberg-Müller und Grewe (2008) stellen den Erfolg von bisherigen Präventionsstrategien in Frage und konstatieren, dass eine generelle, langfristige Wirksamkeit von Gewichtsreduktionsprogrammen für adipöse Kinder und Jugendliche derzeit noch nicht nachgewiesen ist. Die Tatsache, dass sich in den durchgeführten Fallanalysen in keinem Fall mehr als punktuelle Veränderungen des Essverhaltens ergaben, führen sie darauf zurück, dass belastende Interaktionen im sozialen Umfeld die Adipositas unter Umständen aufrecht erhalten. Somit wäre eine professionelle Gestaltung dieser Interaktionen nötig, um eine dauerhafte Bewältigung der Adipositas zu ermöglichen. Veränderungen sind somit nur über eine Veränderung der sozialen Kontexte der Kinder und Jugendlichen möglich und eine isolierte Betrachtung der individuellen Verhaltensweisen erscheint unangemessen.

#### Sozioökonomischer Hintergrund

Plachta-Danielzik et al. (2007) fanden in ihrer 4-Jahres-Follow-up-Untersuchung der *Kiel Obesity Prevention Study* (KOPS) heraus, dass vor allem diejenigen Kinder von den schulischen Gesundheitsförderprogrammen und familiären Interventionen profitieren, deren Eltern nicht übergewichtig sind oder einen höheren Bildungsstand aufweisen, während Übergewicht oder niedriger sozioökonomischer Status der Eltern eine deutliche Hürde gegenüber der Prävention darstellen. Fröschl, Wirl und Haas (2009) kommen nach „systematischem Literaturreview“ (bei dem zehn Primärstudien mit sieben Interventionen und 19 Reviews den Kriterien „randomisiert“, „kontrolliert“, „mindestens 30 Kinder“, „Angabe anthropometrischer Werte“ standhielten) zu folgendem Schluss: „Zielgruppenorientierte Interventionen, zumal für sozial- bzw. sozioökonomisch Benachteiligte, sind besonders unterrepräsentiert, was angesichts der Tatsache, dass in erster Linie diese Gruppe von Übergewicht und Adipositas betroffen ist, speziell problematisch zu beurteilen ist“ (S. 9).

#### Bewegung

Zahlreiche Studien zur Prävention und Therapie von Übergewicht bei Kindern weisen auf die zentrale Bedeutung der körperlichen Aktivität für die Verringerung des Körperfettanteils (vgl. Gutin et al. 2002; Owens & Gutin 1999; Trost, Sirard, Dowda, Pfeiffer & Pate 2003). Präventionsbemühungen über das Vehikel Bewegung sind bei Kindern und Jugendlichen mit ihrem natürlichen Bewegungsdrang deutlich erfolgreicher als bei Erwachsenen (Hauner & Berg, 2000).

#### Alter der Kinder

Neben der Bedeutsamkeit eines systemischen, bewegungsorientierten Ansatzes und der Berücksichtigung subgruppenspezifischer Präventionsbedürfnisse (z.B. bei Migrationshintergrund oder geringem sozio-ökonomischem Status) spielt das Alter der Kinder, für die Vorsorgemaßnahmen getroffen werden sollen, eine zentrale Rolle: Wie Baerlocher und Laimbacher (2003) schreiben, steigert z.B. ein



früher *Rebound* (d.h. ein früher Wiederanstieg des BMI in den ersten Jahren nach der Säuglingszeit) das Risiko für Übergewicht beim Erwachsenen mit den bekannten Folgen, so dass es angezeigt scheint, mit der Prävention frühzeitig zu beginnen. Insgesamt sind Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche in Deutschland noch relativ selten (Sonnenmoser, 2009); für Kinder im Kindergartenalter sind aktuell in Deutschland implementierte Präventionsprogramme explizit als rar zu bezeichnen: das Programm *Fit Kid* (Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, 2002) *Plattform Ernährung und Bewegung e.V.* (peb; 2004), *TigerKids - Kindergarten aktiv* Adipositasprävention im Kindergarten (Strauß 2006), *Kindergarten Mobil* (KiMo; Deutsche Sporthochschule Köln, 2007) und das Programm der *Paderborner Adipositas Prävention und Intervention* (PAPI; Department Sport & Gesundheit der Universität Paderborn, 2009).

Fazit

Nach Sonnenmoser (2009) weisen die Präventionsprogramme in Deutschland einen gravierenden Mangel auf: Sie „lassen ... immer noch besonders adipositasgefährdete Gruppen außer Acht beziehungsweise fördern diese nicht intensiv genug, zum Beispiel Kinder aus bildungsfernen, sozial schwachen Familien und Kinder mit Migrationshintergrund. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass einige Projekte lediglich Information und Psychoedukation einsetzen“ (S. 77 – 78).

### **3.2.6 Eigene Vorarbeiten**

Für dieses Projekt existieren diverse Vorarbeiten. So erfolgte eine intensive Auseinandersetzung mit den geplanten methodischen Verfahren: Hierbei stand zum einen die *Entwicklung und Erprobung kindzentrierter Interviewverfahren* im Mittelpunkt.

Zum anderen wurden *Feldaufenthalte bei sozial schwachen Familien* realisiert, um – im Bewusstsein, dass die teilnehmende Beobachtung hier eine besondere Herausforderung darstellt – praktikable und sozial verträgliche Strategien in Bezug auf die geplanten Datenerhebungen zu entwickeln. Die forschungspraktischen Erfahrungen wurden reflektiert, systematisiert und konzeptionalisiert. Es liegen insofern forschungsstrategische Konsequenzen vor, was den Zugang zu den Familien, die Schaffung von vertrauensbildenden Maßnahmen, das Verhalten der Forscher/in im Feld u.ä. betrifft. Durch die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Institutionen (dem sozialpädiatrischen Zentrum Göttingen, der Frühförderung und mit verschiedenen Kinderärzt/innen und Kindergärten) wird - bei Beginn des Forschungsprojekts - der Kontakt zu betroffenen Familien schnell realisiert werden können.

Nicht zuletzt wurde die einschlägige Literatur zu den fraglichen Themenbereichen aufgearbeitet. (Weitere Vorarbeiten der Antragstellerin sind unter 3.2.2 auf Seite 6 und 7 aufgeführt.)

### **3.2.7 Darstellung des Forschungsprogramms**

Die Untersuchung fokussiert auf unterschiedliche Zielgruppen (Kinder, Eltern und Erzieher/innen) und setzt bei unterschiedlich theoretisch konzeptualisierten Gegenstandsbereichen (Alltagshandeln, Wissens- und Erfahrungsbestände der Kinder, Alltagsbewusstsein der Eltern und Erzieher/innen) an. Insofern ist das Untersuchungsdesign entsprechend multimethodal ausgerichtet. Die einzelnen Untersuchungsbereiche sind, was die Datenerhebung betrifft, als jeweils eigenständige Studien konzipiert; sie



stehen aber sowohl in der Datenerhebungs- als auch in der Auswertungsphase in wechselseitiger Beziehung zueinander.

Insgesamt ist die Untersuchung als qualitative Forschung konzipiert. Qualitative Forschung gilt als eine der methodischen Säulen im Rahmen der empirischen Sozialforschung. Sie geht von einem Gegenstandsverständnis aus, das „die soziale Welt als eine durch interaktives Handeln konstituierte Welt begreift, die für den Einzelnen, aber auch für Kollektive sinnhaft strukturiert ist“ (Krüger, 1997, S. 204) und zielt entsprechend ihrer konstruktivistischen Grundannahmen darauf ab, die untersuchten Phänomene *sinnhaft-zusammenhängend* und nicht nur empirisch-korrelativ zu interpretieren (Hopf, 1993, S. 18ff.). Ziel qualitativer Forschung ist es also *nicht*, Aussagen über Häufigkeit und Verteilung von beobachteten Phänomenen zu treffen und allgemeingültige – möglichst unabhängig von den untersuchten Fällen – Gesetzeshypothesen über Ursache-Wirkungszusammenhänge aufzustellen. Vielmehr wird angestrebt, fallbezogen und differenziert subjektive Denk- und Handlungsmuster, Strukturen in sozialen Feldern, den latenten Sinn von Handlungen etc. zu rekonstruieren und unter Berücksichtigung des Gesamtkontextes zu analysieren (Kelle, 1994, S. 11f.).

Entsprechend der epistemologischen Implikationen und o.g. Zielsetzungen gelten im Rahmen der Qualitativen Forschung zwangsläufig andere als am klassischen Ideal der Naturwissenschaften orientierte Bewertungskriterien (Steinke, 1999). Als zentrale Kennzeichen des Forschungsprozesses gelten „Theoriebildung“, „Kontextualität“, „Prinzip der Offenheit“, „Gegenstandsangemessenheit der Methoden“, „Zirkularität des Vorgehens“ und „Reflexivität“. Diese Kennzeichen sind aufeinander bezogen.

Konzeptionell für die Untersuchung orientierend ist die ‚Grounded Theory‘ (Glaser & Strauss, 1993; Strauss & Corbin, 1996). Hierbei handelt es sich „um eine Methodik der *Theorie-Entwicklung* auf der Basis einer detaillierten, quasi mikroskopischen Untersuchung und Interpretation sozialer Phänomene. Hauptsächlich auf induktivem Entdeckungs-, Kontrastierungs- und Schlußfolgerungs-Weg werden die herausanalysierten Strukturen empirischer Einzelphänomene zu Theorie-Entwürfen verallgemeinert und im fortwährenden rekursiven Kontakt mit dem Untersuchungsfeld elaboriert“ (Breuer, 1996a, S. 16). Die Theorie wird also durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich sind Datensammlung, Analyse und die Theorie im Forschungsprozess stets aufeinander bezogen (Strauss & Corbin, 1996, S. 7f.).

Im Folgenden werden zunächst das theoretische Sampling beschrieben und Grundannahmen zur theoretischen Konzeptualisierung der Untersuchungsbereiche grob skizziert. Es folgt die nähere Beschreibung der einzelnen Teile der geplanten Untersuchung, vorbehaltlich des Umstands, dass einer qualitativen Untersuchung kein in allen Einzelheiten ausgearbeiteter Untersuchungsplan a priori zugrunde gelegt werden kann, da im fortschreitenden Prozess der Untersuchung forschungsstrategische Schritte einem Fokussierungs- und Modifikationsprozess unterworfen sind.

### **A. Theoretisches Sampling**

Das theoretische Sampling im Rahmen der grounded theory baut auf einem induktiv-deduktiven Vorgehen auf. Es folgt somit einer anderen Logik als die des statistischen Samplings traditioneller Verfahren, welche u.a. durch Zufallsauswahl, Quotenziehung etc. eine repräsentative Fallauswahl zusammenstellen. Bei dem Sampling nach Strauss (1991) erfolgt die Auswahl der vorläufigen Untersu-



chungsgruppe zunächst nach groben Differenzierungsmerkmalen. Im Anschluss an die erste Auswertungsphase werden - auf der Basis der zu entwickelnden hypothetischen Theorie(konzepte) – dann neue Fälle ausgewählt. Die Fallauswahlstrategie bzw. der Prozess der Datenerhebung wird also durch die sich entwickelnde Theorie kontrolliert.

Geplant ist, mit einer Untersuchungsgruppe von ca. 16 Kindern zu beginnen. Aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes der teilnehmenden Beobachtung in den Familien und der sich anschließenden Phase der Datenauswertung scheint eine größere Untersuchungsgruppe zu *Beginn* des Projektes nicht realistisch.

Unter der Voraussetzung, dass gezielt stark übergewichtige und adipöse Kinder in dem Projekt einbezogen werden, orientiert sich die Auswahl formal an folgenden Kriterien: Geschlecht (Junge, Mädchen), Alter (vier, fünf, sechs Jahre), soziale Herkunft (sozial ökonomischer Status, Bildungshintergrund) und nationale/kulturelle Herkunft (deutschstämmig, Migrationshintergrund). Idealerweise setzt sich das theoretical sampling im Sinne der Grounded Theory am Anfang der Studie wie folgt zusammen: Sechs Kinder (jeweils ein Junge und ein Mädchen im Alter von vier, fünf und sechs Jahren) aus bildungsfernen, sozial schwachen deutschstämmigen Familien; vier Kinder (jeweils ein Junge und ein Mädchen im Alter von fünf und sechs Jahren) aus bildungsfernen, sozial schwachen Familien mit Migrationshintergrund (wobei die türkische Herkunft eine besondere Rolle spielt) sowie - im Sinne der produktiven Fallkontrastierung - zwei Kinder (jeweils ein Junge und ein Mädchen im Alter von fünf Jahren) aus einer sozial ökonomisch nicht benachteiligten Familie mit Migrationshintergrund und zwei Kinder (jeweils ein Junge und ein Mädchen im Alter von fünf Jahren) aus einer sozial ökonomisch nicht benachteiligten deutschstämmigen Familie sowie jeweils ein Kind aus einer deutschstämmigen und ‚ausländischen‘ Familie mit hohem sozialen Status und Bildungshintergrund. Die Auswahl bedingt sich, wie eingangs erwähnt, durch theoretische Erwägungen; eine noch stärkere theoretische, a priori Differenzierung innerhalb der Untersuchungsgruppe ist im Sinne des qualitativen, induktiven Ansatzes nicht sinnvoll. Nach Erarbeitung einer allgemeinen, vorläufigen Ordnungsstruktur und der Herausarbeitung der sich für den Forschungsbereich als relevant herausgestellten Aspekte werden – im Sinne von Strauss & Corbin (1996) – *gezielt weitere ‚Fälle‘ ausgewählt*, wobei der Fokus auf den vulnerablen Gruppen liegt. Der Abschluss der Datenerhebung (und -interpretation) ist erreicht, wenn plausibel erscheint, dass wesentliche Strukturen des Untersuchungsbereichs aufgeklärt sind (= theoretische Sättigung). Das heißt, die „Kategorien und ihre Modellkonfigurationen müssen durch oftmalige Konfrontation mit Fällen und Daten hinsichtlich ihrer Strukturen und Bedingungsbeziehungen den auftretenden empirischen Variationen standhalten und theoretisch detailliert, kohärent und dicht ausgearbeitet sein“ (Breuer, 2009, S. 110). Die Anzahl der Kinder bzw. Familien, die an dieser Studie teilnehmen, kann insofern vorab bestimmt werden. Im Hinblick auf den zeitlichen Rahmen der Untersuchung erscheint eine Teilnahme von mindestens 50 Familien realistisch.

Die konkrete Auswahl der Kinder soll einerseits durch die Hilfe des sozialpädiatrischen Zentrums Göttingen, der Göttinger Frühförderung sowie verschiedener Göttinger Kinderarztpraxen und Kindertagesstätten erfolgen. Das heißt, persönlich bekannte Mitarbeiter/innen der genannten Institutionen, die Kontakt zu betroffenen Familien haben, sollen für die Teilnahme am Forschungsprojekt sensibilisieren und den Erstkontakt herstellen. Die Mitarbeiter/innen des Projekts werden im nächsten Schritt im di-



rekten Kontakt mit den betroffenen Familien das Vorhaben näher skizzieren, Vorbehalte ausräumen und nicht zuletzt die Chancen, die durch die Teilnahme am Projekt bestehen, darlegen.

Andererseits sind Kontakte zu betroffenen Familien bereits durch die von der Antragstellerin angebotenen vorschulischen Psychomotorikangebote vorhanden, insofern bei diesen Angeboten stets auch adipöse Kindergartenkinder unterschiedlichster sozialer Herkunft teilnehmen.

## **B. Gegenstandstheoretische Vorbemerkungen**

Grundsätzlich rekurriert die Studie auf das so genannte 'epistemologische Subjektmodell'. Ausgangspunkt ist die Grundannahme, dass Menschen ihre Umwelt deutend wahrnehmen, perspektivisch ordnen und typisierend auslegen und auf der Basis von Bedeutungen bzw. auf der Grundlage von - im Laufe der Biographie entwickelten - Wissensbeständen handeln.

Bezogen auf das interessierende Themengebiet wird im Sinne von Schütz & Luckmann (1979) davon ausgegangen, dass die erwachsenen Personen (Eltern, Erzieher/innen) Alltagsroutinen im Kontext ihrer sozialen Rahmungen entwickelt haben und im Sinne von Berger & Luckmann (1993) über einen (m.o.w.) biographisch geprägten Wissensvorrat verfügen, der ihr Handeln bewusst oder unbewusst beeinflusst. In diesem Sinne haben die erwachsenen Personen auch in Bezug auf die kindliche Entwicklung, das kindliche Verhalten, das kindliche Übergewicht, Bewegung etc. mehr oder weniger ausgeprägte Erklärungsmuster, Erwartungen etc. entwickelt, die ihr Handeln im Alltag (mit-)beeinflussen (z.B. Interaktionsformen, Verhaltensinterpretationen, Zugeständnisse, organisatorische Abläufe etc.). Die Handlungsmuster spielen sich nicht immer und explizit auf der Bewusstseinssebene voll realisiert ab. Gerade im familiären Alltag können sie sich quasi als Modell verfestigt haben und geraten nur in besonderen Situationen in den Bereich bewusster Reflexion. Letzteres soll intentional im Interview bewirkt werden.

Was die Kinder betrifft, so rekurriert die Untersuchung im engeren Sinne gegenstandstheoretisch auf das Konzept ‚Kind als sozialer Akteur‘. Die Akteurs-Perspektive wendet sich gegen ein erwachsenendominiertes ‚advokatorisches Kindheitsbild‘ und verweist darauf, dass der Aspekt der ‚Finalisierung‘ von Entwicklung hier obsolet ist. Das Konzept basiert auf einem konstruktivistischen Denkansatz. Die Entwicklung der Persönlichkeit wird als ein kontinuierlicher, produktiver Aneignungs- und Auseinandersetzungsprozess mit der Umwelt gesehen, der nicht auf Kindheit allein beschränkt ist (vgl. u.a. Hurrelmann, Mürrmann & Wissinger, 1986; Kelle & Breidenstein, 1996; Leu & Krappmann, 1999; Lipitz, 1999). Kinder werden als im Hier und Jetzt lebende Individuen gesehen, die Zugang zur gesellschaftlichen Wirklichkeit haben, diese deuten und verarbeiten. Die Wissens- und Erfahrungsbestände sind dem Individuum zwar nicht immer und ständig bewusst, sie können aber zumindest partiell intentional aktualisiert und verbalisiert werden (vgl. u.a. Zinnecker, 1996). „Damit können Kinder auch methodologisch betrachtet zu Subjekten werden, die ihren eigenständigen Zugang zur Welt artikulieren“ (Honig, Lange & Leu 1999, S. 20).

### ***Zur Erfassung des typischen Lebensalltags adipöser und stark übergewichtiger Kinder unter besonderer Berücksichtigung von Bewegungsaktivitäten, Essgewohnheiten und Ressourcen***

Um differenzierten Einblick in den Lebensalltags der Kinder zu erhalten und die Bedeutung von Bewegungsaktivitäten, Essgewohnheiten und Ressourcen aufzudecken und zu analysieren, ist es notwen-



dig, an dem Lebensalltag der Betroffenen teilzunehmen. Nur durch die individuelle Teilnahme am Lebensalltag des Kindes kann rekonstruiert werden, wann welche Bewegungsaktivitäten vollzogen werden, wie und wo diese entstehen, mit welchem Sinn sie unterlegt sind, von wem sie begleitet werden, zu welchen Gelegenheiten was in welcher sozialen Rahmung gegessen wird u.ä. Nicht zuletzt können die geplanten ressourcenorientierten, gesundheitsbezogenen Maßnahmen nur in Kenntnis der Lebensumstände der Betroffenen erarbeitet werden.

Die Daten sollen hier im Rahmen einer ‚Flexiblen Teilnehmenden Beobachtung‘ erhoben werden. Unter der Konzeption der ‚teilnehmenden Beobachtung‘ wird im Allgemeinen die Verschmelzung zwischen Forscher- und Teilnehmerrolle verstanden (Schwartz & Jacobs, 1979). Die Beobachterin hat die Aufgabe, „aktuelles Verhalten in natürlichen Situationen“ (Dechmann, 1978, S. 26) zu ermitteln, welches die zu Beobachtenden ohne Anwesenheit der Forscherin ausgebildet haben. Sie sollte ein ‚natürliches Element‘ der Situation darstellen und eine rezeptive Haltung einnehmen, um somit bei den zu Beobachtenden keine durch sie provozierten Interaktionen zu bewirken (Girtler 1984, S. 133ff.; Friebertshäuser, 1997, S. 503ff.).

Da diese idealtypische Situation (Verschmelzung zwischen Forscher- und Teilnehmerrolle) nur bei sehr langen Feldaufenthalten erzielt werden kann, wird die teilnehmende Beobachtung in diesem Forschungskontext in einer abgewandelten Form angewandt. Anstelle einer möglichst unauffälligen Beobachtung soll der Forscher/die Forscherin sich mit seinem/ihrem Interesse („Ich möchte wissen, was Du normalerweise so machst“ / „wie ein Tag in Eurer Familie so abläuft“) zunächst aktiv in die Familie einbringen. Geplant ist, dass ein Familienmitglied (idealerweise das Kind) zu Beginn des Feldaufenthalts die Aufgabe des ‚aktiven Zeigens‘ des Alltagslebens übernehmen soll. Ist das Kind mit der Forscherin vertraut, so ist anzunehmen, dass das Kind der Anwesenheit der Forscherin entweder weniger Bedeutung beimisst und sich mit den Relevanzen des Alltags auseinandersetzt - oder aber die Forscherin aktiv in die Alltagshandlungen oder in die Gestaltung seines Alltags mit einbezieht. Für das Forschungsprojekt sind die Reaktionen des Kindes auf die Forscherin unerheblich, solange die Forscherin von dem Kind als vorübergehendes Feldmitglied (mit besonderer Funktion) akzeptiert wird.

Fokussiert wird bei der Beobachtung vor allem

- a) auf die zeitliche und thematische Strukturierung des Tagesablaufs des Kindes: ‚was passiert wann?‘,
- b) auf die Bewegungsaktivitäten des Kindes: welches sind situative Anlässe (z.B. sitzende Tätigkeiten, wenn andere aktiv sind), wie entstehen die Bewegungsaktivitäten (z.B. vorstrukturiert, geplant, selbst initiiert, spontan), wo finden diese statt (z.B. im Kinderzimmer, im Außengelände des Kindergartens, auf dem Heimweg), wie sind sie sozial gerahmt (z.B. allein, mit Geschwistern, Elternteil, Kindergartenfreunden), mit welchem Sinn sind sie unterlegt (z.B. explorativ, kompetitiv, Wegstreckenbewältigung) u.ä.,
- c) auf die Essgewohnheiten: wann wird gegessen, was wird gegessen, in welcher sozialen Rahmung oder Situation wird gegessen, wann und wie wird Essen zum Gegenstand der Kommunikation u.ä.,
- d) auf die Interaktionsformen der Beteiligten.



Hervorgehoben sei an dieser Stelle nochmals, dass die teilnehmende Beobachtung nicht nur auf die eben skizzierten Teilaspekte fokussiert ist, sondern die Feldforscher/innen gehalten sind, möglichst alles, was für das Projekt interessant sein könnte, als Beobachtungsdaten festzuhalten (Breuer, 1996b). Da sich erst in genauerer Kenntnis des Untersuchungsgebiets herausstellt, welche lebensweltlichen Aspekte zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind (vor allem der Frage nach den ressourcenorientierten Maßnahmen), können Ausdifferenzierungen oder Erweiterungen der Beobachtungsfragen erst im fortschreitenden Prozess der Studie erfolgen.

Die Protokollierung der Beobachtungsdaten erfolgt, wenn es die soziale Situation erlaubt, zeitnah zum Geschehen. Das heißt, die Forscherin spricht ihre Beobachtungen während des Feldaufenthalts in ein Diktiergerät, nimmt - sofern die Erlaubnis vorliegt - Gesprächssequenzen der Beteiligten (z.B. wenn das Kind Erläuterungen vornimmt o.ä.) auf dem Tonträger auf, zeichnet informelle Randgespräche der Beteiligten nach etc. Der Aufenthalt bei den Familien wird zunächst auf fünf bis sieben Tage in einer Woche veranschlagt (sechs bis acht Stunden). Dabei ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Tagesabschnitte erfasst werden sollen. Im Anschluss an den längeren Aufenthalt werden zur Ausdifferenzierung der Beobachtungen einzelne Tagesabschnitte als Termine zur Beobachtung ausgemacht. Individuell wird zu entscheiden sein, welche ‚Gegenleistungen‘ die Forscher/innen den Familien anbieten (i.d.R. Beratungen).

Die Beobachtungen werden im jeweiligen Anschluss zu narrativ-deskriptiven Protokollen verdichtet und zu – vorläufigen – thematischen Sequenzen aufbereitet. Im Anschluss werden die Beobachtungen kodiert bzw. das Material im Hinblick auf die aufgeworfenen Fragestellungen ausgewertet. Dabei werden einerseits ‚von außen‘ Kategorien an die Daten herangetragen, andererseits werden aber auch datenbasierte Codes und Kategorien entwickelt (Breuer, 1996b; Legewie, 1995; Friebertshäuser, 1997). Unter Einbezug der Gesamtdaten wird abschließend die Frage nach den potenziellen Ressourcen im Hinblick auf gesundheitsfördernde Maßnahmen geklärt.

### ***Der Lebensalltag aus der Perspektive der Kinder unter besonderer Berücksichtigung des Erfahrens und Verarbeitens der (sozial definierten) körperlichen 'Auffälligkeit'***

Um die Perspektive der Kinder auf ihren Lebensalltag einzuholen und zu rekonstruieren, wie die Kinder ihre körperliche Auffälligkeit erfahren und Rückmeldungen verarbeiten, kommen - neben den im Alltag initiierten Gesprächen mit den Kindern - Interviews zum Tragen. Hierzu werden die Kinder in einer 1:1-Situation in Form von offenen Impuls-Interviews befragt (Heinzel, 1997; Hunger, 2005; Mey, 2001). Die Impuls-Interviews sehen offene, animierende Fragen zu den ausgewählten Themengebieten und Einzelaspekten vor und sollen die Kinder zum Erzählen anregen. Zur Ausdifferenzierung der Thematik werden Beobachtungen und kindliche Aussagen aus dem Tagesablauf eingebracht. Darüber hinaus sollen durch das Aufgreifen einzelner Aussagen der Kinder bestimmte Gesprächssequenzen für das Interview produktiv gemacht werden.

Die Impuls-Interviews haben weitgehend offenen Charakter, um der subjektiven Perspektive der Kinder gerecht zu werden. Zwar werden die Gespräche durch die vorgegebenen Fragen vorstrukturiert, der Spielraum für Spontaneität und freie Assoziationen ist jedoch so weit wie möglich zu sichern. Während der Gesprächsinteraktionen wird das Alter bzw. der Entwicklungsstand der Kinder mitberücksichtigt. Die Gespräche werden aufgezeichnet.



Die verbalen Daten werden im Anschluss transkribiert. Die Auswertung der Daten hat das Ziel - auf der Basis einer abduktiven Haltung - aus den Daten theoretische Konzepte zu generieren (Glaser & Strauss, 1993, S. 108). Der Erkenntnisweg erfolgt, wie es für qualitative Forschung üblich ist, von der Analyse von Einzelfällen zu Verallgemeinerungen, vom individuell Besonderen zum übergreifenden Allgemeinen. Die Interpretation der Aussagen erfolgt unter Mitberücksichtigung von Ausführungen zur hermeneutischen Rekonstruktion, zur Sequenzanalyse und zu vergleichenden Fallanalysen (u.a. Soeffner, 1989; Soeffner & Hitzler, 1994; Lüders & Meuser, 1997). Darüber hinaus werden sprechakttheoretische Ansätze und Grundlegungen miteinbezogen, die sich speziell mit der Analyse von kindlichen Sprech- und Erzählhandlungen beschäftigen (u.a. Wunderlich, 1979; Hausendorf & Quasthoff, 1996; Alldred, 1998; Hoppe-Graff, 1998). Im Anschluss erfolgt die vergleichende Analyse herausgearbeiteter Konzepte und Kategorien (Glaser & Strauss, 1993, 96ff.).

### ***Die Aufdeckung des Problembewusstseins von Erzieherinnen und Eltern in Hinblick auf das Übergewicht des betroffenen Kindes und unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung von Bewegungsaktivitäten***

Mit Hilfe von Leitfaden-Interviews (vgl. Witzel, 1989) soll aufgedeckt werden, wie die Eltern und Erzieher/innen mit dem kindlichen Übergewicht im Alltag umgehen. Hier stehen Fragen nach subjektiven Ursachenzuschreibungen, Erklärungsmustern und Maßnahmen zum Umgang mit dem Problem im Vordergrund. Das Thema Bewegungsaktivitäten soll dabei einen besonderen Stellenwert einnehmen. Fraglich ist hier, welche Bedeutung Eltern und Erzieher/innen Bewegung im Lebensalltag zuschreiben. Im weiteren Verlauf der Untersuchung werden diese Daten auch dazu genutzt, die gesundheitsorientierten Ressourcen zu identifizieren.

Der Leitfaden umfasst die Dimensionen, die zur Aufklärung der Fragestellungen wichtig erscheinen. Er resultiert aus freien Vorgesprächen mit Betroffenen sowie aus eigenen Analysen des Problembereiches. In der unmittelbaren Gesprächssituation ist es die Intention, möglichst umfassende und differenzierte Aussagen über das fragliche Themengebiet zu erhalten und die Bewusstheit und Selbstreflexivität der Befragten zu erhöhen.

Die Auswertung der Daten erfolgt zunächst Fall für Fall. Jedes Interview wird mehrmals im mikroskopischen Verfahren unter der im Mittelpunkt stehenden Perspektive systematisch nach deskriptiven, teleologischen oder moralischen Hinweisen, Zuschreibungs- und Erklärungsmustern, theoretischen Wissensmustern etc. 'abgesucht' und interpretiert (Soeffner, 1989, S. 193ff.; Heeg, 1996, S. 177ff.). Die Interpretation der Aussagen erfolgt sowohl in Anlehnung an hermeneutisch orientierte textwissenschaftliche Verfahren als auch unter Einbeziehung sprechakttheoretischer Ansätze (vgl. u.a. Wunderlich, 1979; Soeffner & Hitzler, 1994). Die Herausarbeitung typischer Strukturen vollzieht sich mittels vergleichender Analysen der Daten (Glaser & Strauss, 1993, 96ff.).

### ***Zur Erarbeitung ressourcenorientierter Maßnahmen***

Im Anschluss an die Erhebung und Auswertung der Daten sollen Maßnahmen konzipiert werden, die die spezifischen Ressourcen der Kinder und ihrer Familie einbeziehen. Auf der Basis der durch die Beobachtungen und Interviews gewonnenen Erkenntnisse gilt es, die Potenziale der Betroffenen herauszuarbeiten und gemeinsam mit ihnen in geeignete Maßnahmen zur Unterstützung eines aktiven Lebensstils umzusetzen.



### **3.2.8 Kooperationspartner**

Als Kooperationspartner vor Ort wird das Sozialpädiatrische Zentrum der Universitätsmedizin Göttingen (SPZ) fungieren. Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) Göttingen befindet sich in der Universitäts-Kinderklinik und gehört zur Pädiatrie II, Kinderheilkunde und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie. Hier werden u.a. adipöse Kinder ambulant untersucht und behandelt. Die Betreuung der Kinder im SPZ erfolgt in enger Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kinderärzten und den umliegenden Frühförderzentren.

Der ärztliche Leiter des SPZ Herr Professor Dr. Knut Brockmann sowie der für den Bereich „Adipositas im Kindesalter“ verantwortliche Arzt Herr Dr. Markus Röbl (beide Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin) sowie Herr Dr. Michael Lingen (Psychologe im SPZ) werden das Projekt insbesondere bei der Vermittlung der zu untersuchenden Kinder unterstützen; ihr Kooperationsangebot gilt aber auch im Hinblick auf die Diskussion der Ergebnisse und der Entwicklung gesundheitsorientierter Maßnahmen.

Des Weiteren wird Frau Prof. Dr. Renate Zimmer Kooperationspartnerin sein. Ihre Expertise liegt vor allem in der Entwicklung ressourcenorientierter Maßnahmen im Rahmen von Gesundheitsförderung in der frühen Kindheit. Die Zusammenarbeit mit ihr wird insbesondere am Ende des Untersuchungszeitraums forciert, wenn auf der Grundlage der Befunde subgruppenspezifische, settingbezogene Maßnahmen erarbeitet werden sollen. Da ein wesentlicher Bestandteil der Maßnahmen körper- und bewegungsfokussierte Angebote sein werden, die das Ziel haben, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen unter ganzheitlicher Perspektive zu fördern, ist die Expertise von Frau Professor Zimmer von besonderer Bedeutung.

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

Das Projekt ist in den Themenschwerpunkt 2 der Ausschreibung „Zur Multidimensionalität von Gesundheit - Förderung körperlicher, personaler und sozialer Ressourcen“ einzuordnen. Es nimmt die individuellen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern in sozial benachteiligten Familien in den Blick. Die Problematik des in diesen gesellschaftlichen Gruppen überzufällig häufig anzutreffenden starken Übergewichts und der verhältnismäßig weit verbreiteten Adipositas wird jedoch weniger aus einer am Defizit ansetzenden Perspektive betrachtet, es geht vielmehr darum, die besonderen Ressourcen und Potenziale der betroffenen Kinder und ihrer Familien herauszuarbeiten und auf der Basis dieser Erkenntnisse gesundheits- und bewegungsorientierte Maßnahmen für einen gesunden, aktiven Lebensstil zu konzipieren.



### 3.4 Arbeits- und Zeitplan

Zeitraum	Tätigkeit
<b>2010</b>	Vorbereitung der Impuls-Interviews und Erarbeitung der Interview-Leitfäden auf der
Juli	Basis von (freien) Probe-Interviews mit Kindern, Eltern und Erzieher/innen
August	Schulung der Mitarbeiter/innen hinsichtlich der teilnehmenden und videogestützten Beobachtung
September	Auswahl der teilnehmenden Familien sowie diesbezügliche organisatorische Vorbereitungen
Oktober	teilnehmende Beobachtungen in ca. 16 Familien
November	Interviews mit Kindern, deren Eltern und Erzieherinnen
Dezember	Aufbereitung und Auswertung der Beobachtungsdaten Auswertung der Interviews
<b>2011</b>	
Januar	Auswahl der nächsten Kinder auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse
Februar	
März	teilnehmende Beobachtungen in ca. 20 Familien
April	Interviews mit Kindern, deren Eltern und Erzieherinnen
Mai	Aufbereitung und Auswertung der Beobachtungsdaten
Juni	Auswertung der Interviews
Juli	Auswahl der nächsten Kinder auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse
August	Übergreifende Analyse der erhobenen Daten Verfassen des ersten Zwischenberichtes
September	teilnehmende Beobachtungen in ca. 14 weiteren Familien
Oktober	Interviews mit Kindern, deren Eltern und Erzieherinnen
November	Aufbereitung und Auswertung der Beobachtungsdaten
Dezember	Auswertung der Interviews
<b>2012</b>	
Januar	u.U. teilnehmende Beobachtungen und weitere Interviews zur Ausdifferenzierung der ressourcenorientierten Maßnahmen
Februar	Überprüfung/Abgleichung der theoretischen Erkenntnisse an dem/mit dem Datenmaterial
März	
April	Erprobung der ressourcenorientierten Maßnahmen in Fallstudien
Mai	Abschlussbericht
Juni	



## 5 Anhang

### Kurzbiographie und Publikationsliste

**Prof. Dr. Ina Hunger** studierte in Göttingen Germanistik und Sportwissenschaft und legte 1993 ihr erstes Staatsexamen für das Lehramt am Gymnasium ab. 1996 bis 2008 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin bzw. (Ober-)Assistentin an der Universität Osnabrück im Fachgebiet Sportwissenschaft und als Lehrbeauftragte an den Universitäten in Gießen, Hamburg und Münster. Ihre Promotion (1999) befasste sich mit dem „Pädagogischen Selbstverständnis und den Handlungsorientierungen von Erzieherinnen im Kontext der Bewegungserziehung im Kindergarten“; in ihrer Habilitation (2004) stand die Einholung der kindlichen Sicht auf Körper und Sport im Mittelpunkt. Seit August 2008 ist sie Professorin für Sport und Pädagogik (Didaktik) an der Georg-August-Universität Göttingen. Schwerpunkte ihrer wissenschaftlichen Arbeit sind „qualitative Forschungsmethoden“, „Adipositas und Übergewicht im Kindesalter“, „Sportlehrer/innenhandeln“ und „geschlechtsspezifische Körper- und Bewegungssozialisation in der frühen Kindheit“.

### Schlüssel-Publikationen

- Hunger, I. (2002). Sport aus der Perspektive von Kindern – Forschungsmethodische Zugänge, Erfahrungen im Untersuchungsfeld und erste Ergebnisse. In G. Friedrich (Hrsg.), *Sportpädagogische Forschung. Konzepte – Ergebnisse – Perspektiven* (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft, 126, S. 261-267). Hamburg: Czwalina.
- Hunger, I. (2005). Qualitative Interviews mit Kindern. Besonderheiten, Erfahrungen und methodische Konsequenzen. In D. Kuhlmann & E. Balz (Hrsg.), *Qualitative Forschungsansätze in der Sportpädagogik* (S. 69-84). Schorndorf: Hofmann.
- Hunger, I. (2007). Kindliches Übergewicht in der Diskussion. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.) *Bewegung, Bildung, Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 91-101). Schorndorf: Hofmann.
- Hunger, I. & Zimmer, R. (Hrsg.). (2007). *Bewegung – Bildung – Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an*. Schorndorf: Hofmann.
- Hunger, I. (2000). *Handlungsorientierungen im Alltag der Bewegungserziehung. Eine qualitative Studie* (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport; Bd. 126) Schorndorf: Hofmann.

### Literatur

- Ahrens, W., Hassel, H., Hebestreit, A., Peplies, J., Pohlabein, H., Sulig, M. & Pigeot, I. (2007). IDEFICS – Ursachen und Prävention ernährungs- und lebensstilbedingter Erkrankungen im Kindesalter, *Ernährung*, 7, 314-321.
- Alexy, U., Sichert-Hellert, W. & Kersting, M. (2002). Fifteen-year time trends in energy and macronutrient intake in German children and adolescents: results of the DONALD study. *British Journal of Nutrition*, 87, 595-604.



- Allred, P. (1998). Ethnography and Discourse Analysis. Dilemmas in Representing the Voices of Children. In J. Ribbens, & R. Edward. (Hrsg.), *Feminist Dilemmas in Qualitative Research* (S.147-170). London: Public Knowledge and Private Lives.
- Baerlocher, K. & Laimbacher, J. (2001). Ernährung von Schulkindern und Jugendlichen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 25-34.
- Baerlocher, K. & Laimbacher, J. (2003). Interventionen für ein gesundes Körpergewicht im Kindes- und Jugendalter. *Suisse Balance*. Zugriff am 06. November 2009 unter [http://www.swissbalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Interventionen\\_kind\\_de.pdf](http://www.swissbalance.ch/logicio/client/suissebalance/file/Grundlagen/Interventionen_kind_de.pdf)
- Becker, C., Bizer, K., Führ, M., Krieger, N. & Scholl, J. (2005). *Lebensmittelwerbung für Kinderprodukte -Strategieentwürfe für den vorbeugenden Verbraucherschutz. Forschungsprojekt im Auftrag des BLE*. Zugriff am 09. November 2009 unter <http://www.sofia-darmstadt.de/fileadmin/Dokumente/Studien/2005/Studie-05-2.pdf>
- Berger, L. B. & Luckmann, T. (1993). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Biddle, S. J., Gorely, T. & Stensel, D. J. (2004). Health-enhancing physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents. *Journal of Sport Sciences*, 22 (8), 679-701.
- Blättner, B., Kohlenberg-Müller, K. & Grewe, A. (2006). Adipositasprogramme für Kinder und Jugendliche. Warum sind sie nur bei manchen Kindern erfolgreich? *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1, 121-127.
- Böhler, T. & Wabitsch, M. (2004). Adipositas therapie und –prävention im Kindesalter. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152, 856-853.
- Breuer, F. (Hrsg.). (1996a). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, F. (1996b). Theoretische und methodologische Grundlinien unseres Forschungsstils. In F. Breuer (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils* (S.14-40). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, F. (2009). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Buck, M. (2008). *Konzepte der Gesundheitsförderung im Kindergartenalltag: Gesundheitsbewusstsein stärken durch gesundheitsfördernde Angebote; aktueller Stand präventiver Ansätze zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen in Kindergärten der Stadt Emden*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachhochschule Oldenburg.
- Bünemann, A. (2008a). *Energiebilanzrelevante Lebensstile von Heranwachsenden – Ein multivariater Erklärungsansatz für Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. München: Grin.



- Bünemann, A. (2008b). Zum komplexen Ursachengeflecht von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In W. Schmidt (Hrsg.). *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht – Schwerpunkt Kindheit* (S. 115 – 124). Schorndorf: Hofmann.
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (2002). *Fit Kid. Die Gesundheits-Aktion für Kitas*. Zugriff am 06. November 2009 unter <http://www.fitkid-aktion.de/fitkit+aktion/startseite/>
- Burrmann, U. (2005). Betrachtungen zum „Stubenhockerphänomen“. In U. Burrmann (Hrsg.), *Sport im Kontext von Freizeitengagements Jugendlicher. Aus dem Brandenburgischen Längsschnitt 1998-2002*. Köln: Sport & Buch Strauß.
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Dilba, B. & Müller, M. J. (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 28, 1494-1502.
- Danielzik, S. & Müller, M. J. (2006). Sozioökonomische Einflüsse auf Lebensstil und Gesundheit von Kindern. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 57 (9), 214-219.
- Dechmann, M. D. (1978). *Teilnahme und Beobachtung als soziologisches Basisverhalten. Ein Lehrbuch für Sozialwissenschaftler und soziale Berufe*. Bern: Haupt.
- Department Sport & Gesundheit der Universität Paderborn (2009). *PAPI (Paderborner Adipositas Prävention und Intervention). Unbeschwert aufwachsen in Paderborn*. Zugriff am 05. November 2009 unter <http://papi-paderborn.de/index.htm>
- Deutsche Sporthochschule Köln (2007). *KiMo. Kindergarten Mobil*. Zugriff am 06. November 2009 unter <http://www.kindergarten-mobil.de/>
- Diliberti, N., Bordi, P. L., Cinklin, M. T., Rolls, L. S & Rolls, B. J (2004). Increased portion size leads to increased energy intake in a restaurant meal. *Obesity Research*, 12, 562-568.
- Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B. & Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.
- Ebbeling, C. B., Sinclair, K. B., Pereira, M. A, Garcia-Lago, E., Feldman, H. A & Ludwig, D. S. (2004). Compensation for energy intake from fast food among overweight and lean adolescents. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2828-2833.
- Erb, J. & Winkler, G. (2004). Rolle der Nationalität bei Übergewicht und Adipositas bei Vorschulkindern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152, 291-298.
- Erbersdobler, H. (2005). Energiedichte, eine vernachlässigt Größe? *Ernährungs-Umschau*, 52, 136-139.



- Flynn, M. A., McNeil, D. A. & Maloff, B. (2006). Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with „best practice“ recommendations. *Obesity Reviews*, 7 (Suppl. 1), 7-66.
- Friebertshäuser, B. (1997). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In B. Friebertshäuser & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S. 503 - 534). Weinheim: Juventa.
- Fröschl, B., Wirl, C. & Haas, S. (2009). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention). *GMS Health Technology Assessment*, 5, Doc05.
- Girtler, R. (1984). *Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit (Studien zur qualitativen Sozialforschung (Bd. 1))*. Wien: Böhlau.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1993). Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie. Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 91 - 111.) Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gorely, T., Marshall, S. J. & Biddle, S. J. (2004). Couch kids: correlates of television viewing among youth. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11 (3), 152-163.
- Graf, C., Dordel, S., Tokarski, W. & Predel, H.-G. (2006). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter- Ist Prävention möglich? *Herz*, 31 (6), 507-513.
- Graf, C., Koch, B., Kretschmann-Kandel, E., Falkowski, G., Christ, H., Coburger, S., Lehmacher, W., Bjarnason-Wehrens, B., Platen, P., Tokarski, W., Predel, H. G. & Dordel, S. (2004). Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in childhood (CHILT-Project). *International Journal of Obesity*, 28, 22-26.
- Gutin, B., Barbeau, P., Owens, S., Lemmon, C. R., Bauman, M., Allison, J., Kang, H.-S. & Litaker, M. S. (2002). Effects of exercise intensity on cardiovascular fitness, total body composition, and visceral adiposity of obese adolescents. *American Journal of Clinical Nutrition*, 75 (5), 818-826.
- Hastings, G., Stead, M., McDermott, L., Forsyth, A, MacKintosh, A. M., Rayner, M., Godfrey, C., Caraher, M. & Angus, K. (2003). *Review of research of the effects of food promotion to children*. Zugriff am 06. November 2009 unter <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/foodpromotiontochildren1.pdf>
- Hauner, H. & Berg, A. (2000). Körperliche Bewegung zur Prävention und Behandlung der Adipositas. *Deutsches Ärzteblatt*, 97 (12), A768-774.
- Hausendorf, H. & Quasthoff, U. M. (1996). *Sprachentwicklung und Interaktion. Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hebebrand, J. & Bös, K. (2005). Umgebungsfaktoren – Körperliche Aktivität. In M. Wabitsch, J. Hebebrand, W. Klier & K. Zwiauer (Hrsg.), *Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik* (S. 50-60). Berlin: Springer.



- Heeg, P. (1996). Informative Forschungsinteraktionen. In F. Breuer (Hrsg.), *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils* (S.41-60). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heinzel, F. (1997). Qualitative Interviews mit Kindern. In B. Friebertshäuser (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (S.396 - 413). Weinheim, München: Juventa.
- Heseker, H. (2005). Ernährung und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *sportunterricht*, 54 (12), 356-361.
- Honig, M.-S., Lange, A. & Leu, H. R. (1999). Eigenart und Fremdheit. Kindheitsforschung und das Problem der Differenz von Kindern und Erwachsenen. In M.-S. Honig, A. Lange & H. R. Leu (Hrsg.), *Aus der Perspektive von Kindern? Zur Methodologie der Kindheitsforschung* (S. 9 - 32). Weinheim: Juventa.
- Hopf, C. (1993<sup>3</sup>). Soziologie und qualitative Sozialforschung. In C. Hopf & E. Weingarten, E. (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 11 – 37). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hoppe-Graff, S. (1998). Tagebücher, Gespräche und Erzählungen: Zugänge zum Verstehen von Kindern und Jugendlichen. In H. Keller (Hrsg.), *Lehrbuch Entwicklungspsychologie* (S.261 - 294). Bern: Huber.
- Hunger, I. (2005). Qualitative Interviews mit Kindern. Besonderheiten, Erfahrungen und methodische Konsequenzen. In D. Kuhlmann & E. Balz (Hrsg.), *Qualitative Forschungsansätze in der Sportpädagogik* (S. 69 - 84). Schorndorf: Hofmann.
- Hunger, I. (2007). Kindliches Übergewicht in der Diskussion. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegung, Bildung, Gesundheit. Entwicklung fördern von Anfang an* (S. 91 – 101). Schorndorf: Hofmann.
- Hunger, Ina (2007a). "Kinder stark machen!" - Zur Bedeutung von Sportunterricht und Bewegung in der 'gesunden Schule'. *Die Grundschulzeitschrift* (Schwerpunkt: Gesunde Schule), 21 (203), 16-23.
- Hurrelmann, K. (2005). Der schwere Start ins Leben – Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Newsletter zur Gesundheitsförderung. *Impulse*, 46, S. 2-4
- Hurrelmann, K., Mürrmann, M. & Wissinger, J. (1986). Persönlichkeitsentwicklung als produktive Realitätsverarbeitung. Die interaktions- und handlungstheoretische Perspektive in der Sozialisationsforschung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 6 (1), 91-109.
- James, J., Thomas, P. & Kerr, D. (2007). Preventing childhood obesity: Two year follow-up results from the Christchurch obesity programme in schools (CHOPPS). *BMJ*, 335 (7623), 762.



- Kelle, U. (1994). *Empirisch begründete Theoriebildung. Zur Logik und Methodologie interpretativer Sozialforschung*. (Statuspassagen und Lebensverlauf; Bd. 6) Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Kelle, H. & Breidenstein, G. (1996). Kinder als Akteure. Ethnographische Ansätze in der Kindheitsforschung. *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 16 (1), 47-67.
- Klesges, R. C., Shelton, M. L. & Klesges, L. M. (1993). Effects of television on metabolic rate: potential implications for childhood obesity. *Pediatrics*, 91 (2), 281-286.
- Kolip, P. (2004). Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt - Bundesgesundheitsforschung - Bundesgesundheitschutz*, 47, 235-239.
- Koletzko B., von Kries R, Monasterolo R.C., Subías J.E., Scaglioni S., Giovannini M., Beyer J., Demmelmair H., Anton B., Gruszfeld D., Dobrzanska A., Sengier A., Langhendries J.P., Cachera M.F. & Grote V. European Childhood Obesity Trial Study Group. (2009). Infant feeding and later obesity risk. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 646, 15-29.
- Kromeyer-Hauschild, K., Zellner, K., Jäger, U. & Hoyer, H. (1999). Prevalence of overweight and obesity among school children in Jena (Germany). *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23, 1143-1150.
- Krüger, H.-H. (1997). *Einführung in Theorien und Methoden der Erziehungswissenschaft*. Opladen: Leske + Budrich.
- Kuepper-Nybelen, J., Lamerz, A., Bruning, N., Hebebrand, J., Herpertz-Dahlmann, B. & Brenner, H. (2005). Major differences in prevalence of overweight according to nationality in preschool children living in Germany: determinants and public health implications. *Archives of Disease in Childhood*, 90 (4), 359-363.
- Kurth, B.-M. & Ellert, U. (2008). Gefühltes oder tatsächliches Übergewicht: Worunter leiden Jugendliche mehr? *Deutsches Ärzteblatt*, 105 (23), 406-412.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 736-743.
- Lampert, T. & Kurth, B.-M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), A 2944–2949.
- Lampert, T., Sygusch, R. & Schlack, R. (2007). Nutzung elektronischer Medien im Jugendalter. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 643-652.



- Landsberg, B., Plachta-Danielzik, S. & Müller, M. J. (2008) Zum komplexen Ursachengeflecht von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In W. Schmidt (Hrsg.), *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht. Schwerpunkt: Kindheit* (S. 115-124). Schorndorf: Hofmann.
- Langnäse, K., Mast, M., Danielzik, S., Spethmann, C. & Müller, M. J. (2003). Socioeconomic Gradients in Body Weight of German Children Reverse Direction between the Ages of 2 and 6 Years. *Journal of Nutrition*, 133, 789-796.
- Langnäse, K., Mast, M. & Müller, M. J. (2002). Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26 (4), 566-572.
- Legewie, H. (1995). Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In U. Flick, E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 189 - 193). Weinheim: Beltz.
- Leu, H. R. & Krappmann, L. (1999). Subjektorientierte Sozialisationsforschung im Wandel. In L. Krappmann & H. R. Leu (Hrsg.), *Zwischen Autonomie und Verbundenheit. Bedingungen und Formen der Behauptung von Subjektivität* (S. 11 - 18). Frankfurt/M.: suhrkamp.
- Lippitz, W. (1999). Aspekte einer phänomenologisch orientierten pädagogisch-anthropologischen Erforschung von Kindern. Anmerkungen zur aktuellen These der Kindheitsforschung: „Das Kind als sozialer Akteur“. *Vierteljahresschrift für wissenschaftliche Pädagogik*, 75 (2), 238-247.
- Ludwig, D.S. (2002). The glyceimic index: physiological mechanisms relating to obesity, diabetes, and cardiovascular disease. *Journal of the American Medical Association*, 287, 2414-2423.
- Lüders, C. & Meuser, M. (1997). Deutungsmusteranalyse. In R. Hitzler & A. Honer (Hrsg.), *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung* (S. 57 - 79). Opladen: Leske & Budrich.
- Marshall, S. J., Biddle, S. J., Gorely, T., Cameron, C. & Murday, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 28 (10), 1238-1246.
- Mensink, G. B., Bauch, A., Vohmann, C., Stahl, A., Six, J., Kohler, S., Fischer, J. & Heseker, H. (2007). EsKiMo - Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50 (5-6), 902-908.
- Methfessel, B. (1999). Ernährungserziehung, Selbstbewusstsein und Eigenverantwortlichkeit Forderungen und Überforderungen. In Dr. Rainer Wild-Stiftung (Hrsg.), *Gesunde Ernährung zwischen Natur-und Kulturwissenschaft* (S. 91-106). Münster: Rhema-Verlag.
- Mey, G. (2001). „Den Kindern eine Stimme geben! Aber können wir sie hören?“. Zugriff am 08. November 2009 unter <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-01/2-01review-mey-d.pdf>



- Must, A. & Tybor, D.J. (2005). Physical activity and sedentary behavior: a review of longitudinal studies of weight and adiposity in youth. *International Journal of Obesity*, 29 (2), 84-96.
- National Institute for Clinical Excellence in the United Kingdom (NICE) (2006). Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. *NICE clinical guideline* (43). London: NICE.
- Nielsen, S. J. & Popkin, B. M. (2003). Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. *Journal of the American Medical Association*, 289, 450-453.
- Owens, S. & Gutin, B. (1999). Exercise Testing of the Child with Obesity. *Pediatric Cardiology*, 20 (1), 79-83.
- Plachta-Danielzik, S., Pust, S., Asbeck, I., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Fischer, C., Bosy-Westphal, A., Kriwy, P. & Müller, M. J. (2007). Four-year Follow-up of School-based Intervention on Overweight Children: The KOPS Study. *Obesity*, 15 (12), 3159-3169.
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) (2004). *Gründungsprogramm. „Im Gleichgewicht – für ein gesundes Leben“*. Zugriff am 06. November 2009 unter <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/site/pictures/Gruendungsprogramm.pdf>
- Prentice, A. M. & Jebb, S. A. (2003). Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obesity Review*, 4, 187-194.
- Reinehr, T. & Wabitsch, M. (2003). Strukturierte Erfassung der Therapieangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151, 757-761.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.). (2008). *Kinder – und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin: RKI.
- Rolls, B. J. (2003). The Supersizing of America: Portion Size and the Obesity Epidemic. *Nutrition Today*, 38, 42-53.
- Schmidt, W. (2008). Sozialstrukturelle Ungleichheiten in Gesundheit und Bildung – Chance des Sports. In W. Schmidt (Hrsg.), *Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. (S. 43 – 61). Schorndorf: Hofmann.
- Schmidt, W. (in Druck). Bewegung, Spiel und Sport als soziale Chance. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bildungschancen durch Bewegung – Von früher Kindheit an!* Schorndorf: Hofmann.
- Schütz, A. & Luckmann, T. (1979). *Strukturen der Lebenswelt* (Bd. 1). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schwartz, H. & Jacobs, J. (1979). *Qualitative Sociology. A method to the madness*. New York: Free Press.
- Sobal, J. & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105 (2), 260-275.



- Soeffner, H.-G. (1989). *Auslegung des Alltags – Der Alltag der Auslegung. Zur wissenssoziologischen Konzeption einer sozialwissenschaftlichen Hermeneutik*. Frankfurt/M.: suhrkamp.
- Soeffner, H.-G. & Hitzler, R. (1994). Qualitatives Vorgehen – „Interpretation“. In T. Herrmann & W. H. Tack (Hrsg.), *Methodologische Grundlagen der Psychologie* (S. 98-136). Göttingen: Hogrefe.
- Sonnenmoser, M. (2009). Präventionsprogramme. Gegen Übergewicht im Kindes- und Jugendalter. *Deutsches Ärzteblatt, PP* (2), 77-79.
- Stahl, A. (2008). *Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr bei Kindern der deutschlandweiten EsKiMo-Studie unter besonderer Berücksichtigung des Sozialstatus*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Paderborn.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*. Weinheim und München: Juventa.
- Strauß, A. (2006). *Adipositasprävention im Vorschulalter*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105,15.
- Strauss, A. L. (1991). *Qualitative Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung* (im Original 1987). Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Summerbell, C. D., Ashton, V., Campbell, K. J., Edmunds, L., Kelly, S. & Waters, E. (2003). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 3, CD001872.
- Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S. Brown, T. & Campbell, K. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.*, 3, CD001871.
- Theunert, H. (2008). Medien: Dickmacher oder Mittel zur Förderung einer gesunden Lebensweise. In H. Schmidt-Semisch & F. Schorb (Hrsg.), *Kreuzzug gegen Fette. Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Theunert, H. & Demmler, K. (2007). Medien entdecken und erproben. Null- bis Sechsjährige in der Medienpädagogik. In H. Theunert (Hrsg.), *Medienkinder von Geburt an. Medienaneignung in den ersten sechs Lebensjahren*. München: Kopaed.
- Trost, S. G., Kerr, L. M., Ward, D. S. & Pate R. R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *International Journal of Obesity*, 25, 822-829.
- Trost, S. G., Sirard, J. R., Dowda, M., Pfeiffer, K. A. & Pate, R. R. (2003). Physical activity in overweight and nonoverweight preschool children. *International Journal of Obesity*, 27, 834-839.



- Ungerer-Röhrich, U., Eisenbarth, I., Thieme, I., Quante, S., Popp, V. & Biemann, A. (2007). Schatzsuche im Kindergarten- ein ressourcenorientierter Ansatz zur Förderung von Gesundheit und Bewegung. *Motorik*, 30, 27-34.
- Van den Bulck, J. (2000). Is television bad for your health? Behavior and body image of the adolescent "couch potato". *Journal of Youth and Adolescence*, 29 (3), 273-288.
- Wabitsch, M. (2004). Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 47, 251-255.
- Wabitsch, M. (2006). Adipositas bei Kindern und Jugendlichen - Aktuelle Empfehlungen zur Prävention und Therapie. *Internist*, 47, 130-140.
- Wabitsch, M., Zwiauer, K., Kiess, W. & Hebebrand, J. (Hrsg.). (2005). Adipositas im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Therapie. Heidelberg: Springer.
- Wang, Y. (2001). Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1129-1136.
- Will, B., Zeeb, H. & Baune, B. T. (2005). Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross sectional study. *BMC Public Health*, 5, 45-52.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England Journal of Medicine*, 337 (13), 869-873.
- Witzel, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Heidelberg: Asanger.
- Wunderlich, D. (1979). Was ist das für ein Sprechakt? In G. Grewendorf (Hrsg.), *Sprechakttheorie und Semantik* (S. 275-324). Frankfurt/M.: suhrkamp.
- Zimmer, R. (2007). *Handbuch Bewegungserziehung. Didaktisch - methodische Grundlagen und Ideen für die Praxis*. Freiburg: Herder.
- Zimmer, R. & Dzikowski, P. (2007). Sozialkompetenz stärken – Ein Beitrag aus dem Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“. *Motorik* (30), 35-43.
- Zinnecker, J. (1996). Kindersurveys: Ein neues Kapitel Kindheit und Kindheitsforschung. In L. Clausen (Hrsg.), *Gesellschaften im Umbruch. Verhandlungen des 27. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie* (S. 783-794). Frankfurt/M.: suhrkamp.