

Masterarbeit

**ERNÄHRUNGSBASIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM KLEINKINDALTER
AKTUELLE ENTWICKLUNG, EMPFEHLUNGEN
UND PRÄVENTIVE ANSÄTZE IN ÖSTERREICH**

eingereicht von

Peter Fillaus

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Health Education (MHE)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgang Master of Health Education

unter der Anleitung von Betreuer

Ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med. Erwin Petek

Graz, am 15.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 15.03.2019

Peter Fillaus, eh

Danksagungen

Ein ganz besonderer Dank gilt meinem Masterarbeitsbetreuer ao.Univ.-Prof. Mag. Dr.rer.nat. Dr.scient.med. Erwin Petek für seine stets rasche, äußert freundliche sowie umfangreiche Unterstützung und geduldige Betreuung meiner Abschlussarbeiten. Ebenso danke ich meiner Lehrgangsheiterin und künftigen Kollegin Frau ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med.univ. Daisy Kopera, MBA, MEd, für ihre bereits langjährige Bekanntschaft und stetige Förderung über diverse Funktionen und Umgebungen hinweg. Auch möchte ich mich ganz herzlich bei Frau Magdalena Wolf für ihre warmherzige Art, umfangreiche Hilfestellung, Geduld und Betreuung im Universitätslehrgang sowie zahlreichen erheitenden Momente im kollegialen Setting bedanken.

Darüber hinaus bedanke ich mich bei all meinen Freunden, welche mich meine Studienzeit über begleitet und unterstützt sowie mir Motivation gegeben haben.

Vor allem möchte ich mich jedoch bei meinen Eltern bedanken, welche keine Mühen gescheut haben, um mir meine umfangreiche Ausbildung zu ermöglichen, mich stets mit allen Mitteln unterstützten und mir mein Leben lang zur Seite gestanden sind.

Zusammenfassung

Hintergrund: Rezent unternommene Studien zeigen eine rasant steigende Prävalenz lebensstilbedingter Erkrankungen im frühen Kindesalter. Insbesondere ernährungsassoziierte Beschwerden sowie deren gravierende Folge- und Begleiterkrankungen bringen moderne Gesundheitssysteme an ihre Grenzen, obwohl ernährungswissenschaftliche Empfehlungen als auch Richtlinien und präventive Ansätze mehrfach vorliegen. Gesundheitsförderung im elementarpädagogischen Setting ermöglicht es bereits frühzeitig gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu beeinflussen und diesen Entwicklungen entgegen zu steuern.

Methode: Diese Arbeit beleuchtet im Rahmen einer ausführlichen, systematischen Literaturrecherche neben allgemeinen Grundlagen zu Gesundheit, Gesundheitsförderung, dem elementarpädagogischen Setting in Österreich und Ernährung sowohl die Ist-Situation hinsichtlich Ernährungszustand und ernährungsbezogenem Verhalten österreichischer Kleinkinder im Alter von ein bis sechs Jahren, als auch aktuelle Empfehlungen und gesundheitspolitische Maßnahmen in Bezug auf frühkindliche Ernährung und Gesundheitsförderung mit Fokus auf das Setting elementarer Bildungseinrichtungen in Österreich.

Ergebnisse: Die Auswertung statistischer Erhebungen den Ernährungszustand sowie das ernährungsassoziierte Verhalten österreichischer Kleinkinder betreffend zeigt nicht nur sich auf hohem Niveau langsam stabilisierende Prävalenzen von Übergewicht sowie falschen Ernährungsgewohnheiten, sondern auch grobe Lücken im Ausmaß von mehr als 15 Jahren in den Datenbeständen auf. Gesundheitspolitische Positionspapiere und Strategien in Bezug auf frühkindliche Gesundheitsförderung liegen seit wenigen Jahren auf, praxisorientierte und breitenwirksame Empfehlungen sowie Richtlinien für Bildungsinstitutionen fehlen.

Schlussfolgerung: Ein Wandel von theoriebasierten gesundheitspolitischen Modellen frühkindlicher Gesundheitsförderung hin zu bundesweit umsetzbaren Vorgaben für elementarpädagogische Institutionen sowie die Etablierung kontinuierlicher Erhebungen den Gesundheitszustand unserer nachfolgenden Generationen betreffend ist dringend indiziert.

Abstract

Background: Recent studies show rapidly emerging numbers of lifestyle diseases in early childhood. Nutrition-related diseases and associated conditions are becoming a major burden on modern health care systems, although nutritional recommendations as well as guidelines and preventive approaches exist. Health promotion in elementary educational settings allows to influence health related behavioral patterns at an early stage and to counteract this development.

Method: This systematic literature review examines apart from general principles of health, health promotion, the elementary educational setting in Austria and nutrition both the situation regarding nutritional status and behavior of Austrian infants aged one to six years, as well as recent recommendations and health policy measures regarding early childhood nutrition and health promotion with a focus on the setting of elementary educational institutions in Austria.

Results: Evaluation of statistical investigations on the nutritional status and nutrition-associated behavior of Austrian infants not only point out a on a high level slowly stabilizing prevalence of overweight and wrong eating habits, but also major gaps of more than 15 years in available data stocks. Health policy position papers and strategies concerning early childhood health promotion are existing for a few years now, though practically oriented and widespread recommendations as well as guidelines for educational institutions are missing.

Conclusion: A change from theory-based health policy models of early childhood health promotion to nationwide realizable guidelines for elementary educational institutions as well as the establishment of continuous surveys on the state of health of following generations is strongly recommended.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	i
Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	iv
Inhaltsverzeichnis	v
Glossar und Abkürzungen	vii
Abbildungsverzeichnis	viii
Tabellenverzeichnis	ix
1. Einleitung	1
1.1. Gesundheit und gesundheitspolitische Grundlagen	2
1.1.1. Gesundheitsbegriff	2
1.1.2. Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Maßnahmen	4
1.1.3. Health in All Policies	5
1.1.4. Gesundheitsdeterminanten	5
1.1.5. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	7
1.1.6. Gesundheitskompetenz	8
1.1.7. Differenzierung gesundheitsbeeinflussender Maßnahmen	9
1.2. Prävention	10
1.2.1. Primärprävention	10
1.2.2. Sekundärprävention	11
1.2.3. Tertiärprävention	11
1.2.4. Quartärprävention	11
1.2.5. Kritische Betrachtung der Krankheitsprävention	11
1.3. Gesundheitsförderung	13
1.3.1. Gesundheitsberatung und -aufklärung	15
1.3.2. Gesundheitserziehung und -bildung	16
1.3.3. Settingansatz der Gesundheitsförderung	16
1.4. Gesundheitsförderung im frühkindlichen Alter	18
1.4.1. Demografische Daten - Kinder und Jugendliche in Österreich	19
1.4.2. Settingansatz elementarer Bildungseinrichtungen in Österreich	19
1.4.2.1. Verpflichtendes Kindergartenjahr	21
1.4.2.2. Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan	22
1.4.2.3. Betreuungsquoten und Trends	25

1.5.	Kindliche Ernährung als Gesundheitsfaktor	27
1.5.1.	Ernährungszustand.....	28
1.5.2.	Ernährungsverhalten.....	29
1.6.	Übergewicht und Adipositas	31
1.6.1.	Ätiologie, Risiko- und Schutzfaktoren	32
1.6.2.	Assoziierte Erkrankungen	33
1.7.	Aktuelle Ernährungsempfehlungen für Kinder.....	36
1.7.1.	Nährstoffbezogene Empfehlungen	36
1.7.2.	Lebensmittelbezogene Empfehlungen	38
1.7.3.	Mahlzeitenbezogene Empfehlungen.....	41
2.	Material und Methoden	43
3.	Ergebnisse	45
3.1.	Entwicklung des Ernährungsverhaltens sowie -zustandes im Kleinkindalter binnen der letzten 20 Jahren in Österreich	46
3.1.1.	Österreichischer Ernährungsbericht	47
3.1.2.	Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht	49
3.1.3.	Österreichischer Gesundheitsbericht.....	50
3.1.4.	„Health Behaviour in School-Aged Children“-Studie.....	50
3.1.5.	Österreichischer Adipositasbericht	51
3.1.6.	Europäischer Vergleich.....	52
3.2.	Gesundheitspolitische Maßnahmen und Zielsetzungen in Österreich zur ernährungsbasierten Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter.....	54
3.2.1.	Gesundheitsförderungsgesetz und Fonds „Gesundes Österreich“	55
3.2.2.	Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie	55
3.2.3.	Rahmen-Gesundheitsziele.....	55
3.2.4.	Gesundheitsförderungsstrategie.....	57
3.2.5.	Nationaler Aktionsplan Ernährung	57
3.2.6.	„Richtig Essen von Anfang an!“	58
3.2.7.	Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan.....	58
4.	Diskussion.....	59
	Literaturverzeichnis	63

Glossar und Abkürzungen

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
et al.	Und andere
etc.	et cetera
FGÖ	Fonds „Gesundes Österreich“
FKE	Forschungsdepartment Kinderernährung Bochum (ehem. Forschungsinstitut Kinderernährung Dortmund)
ggf.	gegebenenfalls
NAP.e	Nationaler Aktionsplan Ernährung
NEK	Nationale Ernährungskommission
ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
optiMIX®	Optimierte Mischkost
REVAN	Richtig Essen von Anfang an!
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung
SVE	Schweizerische Vereinigung für Ernährung
dgl.	dergleichen
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Modell der sozialen Gesundheitsdeterminanten, Eigene Darstellung in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead 1991 (16).....	7
Abbildung 2 - Verhältnis von Prävention zu Gesundheitsförderung, Eigene Darstellung.....	12
Abbildung 3 - Lebensmittelverteilung kalte Hauptmahlzeiten, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27).....	41
Abbildung 4 - Lebensmittelverteilung warme Hauptmahlzeit, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27).....	42
Abbildung 5 - Lebensmitteverteilung kalte Zwischenmahlzeiten, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27).....	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 - Prinzipien elementarer Bildungsprozesse (25).....	23
Tabelle 2 - BMI Referenzwerte für Erwachsene (30)	28
Tabelle 3 - BMI Referenzwerte für Kinder (31).....	29
Tabelle 4 - Empfohlene Nährstoffzufuhr für Kinder (33).....	37
Tabelle 5 - Altersadaptierte Verzehrsmengen der optimierten Mischkost (27)	40
Tabelle 6 - 10 Rahmen-Gesundheitsziele (45).....	56

1. Einleitung

Die bestmögliche Förderung der Gesundheit gilt laut Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen seit mehreren Jahrzehnten als Grundrecht aller Kinder. Trotzdem zeigen Studien über den Gesundheitszustand österreichischer Kinder und Jugendlicher, wie z.B. der österreichische Ernährungsbericht, einen deutlichen Anstieg von ernährungsbedingten Zivilisationskrankheiten sowie deren Folge- und Begleiterscheinungen. (1,2)

Die Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitserziehung und -förderung im frühkindlichen Alter kann den späteren Lebensstil massiv beeinflussen und zu langanhaltender Gesundheit als Grundvoraussetzung von Entwicklung, Wachstum und Wohlbefinden beitragen. Vor allem Kinderbetreuungseinrichtungen stellen ein Setting mit großen Chancen der nachhaltigen Gesundheitsförderung von Kindern und Familien in allen Lebensbereichen und aus allen Bevölkerungsschichten dar. Eine zentrale Position nimmt dabei die richtige Ernährung ein: vollwertige Kost sowie qualitativ hochwertige Lebensmittel fördern die physische und psychische Gesundheit von Kindesbeinen an. (3,4)

Hauptziel dieser Arbeit ist es, anhand des aktuellen Wissensstands sowie rezenter statistischer Auswertung folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Wie steht es um den Ernährungszustand sowie das ernährungsbezogene Verhalten österreichischer Kleinkinder? Welche Daten gibt es?
- Welche Empfehlungen in Bezug auf gesunde Ernährung im frühkindlichen Alter gibt es im deutschsprachigen Raum?
- Welche gesundheitspolitischen Maßnahmen und Zielsetzungen zur ernährungsbasierten Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter gibt es in Österreich? Wo bestehen Mängel?

Zum besseren Gesamtverständnis werden Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsförderung, elementarpädagogischen Bildungsumgebung in Österreich, Ernährung sowie ernährungsassoziierter Erkrankungen wiedergegeben.

1.1. Gesundheit und gesundheitspolitische Grundlagen

Die im Folgenden thematisierten Begrifflichkeiten und Definitionen als auch gesundheitspolitischen Grundlagen und Entwicklungen der letzten Jahrzehnte geben einen Überblick über die theoretischen Hintergründe des Gesundheitskonstrukts sowie den dieses beeinflussende Faktoren. Sie stellen die Grundlage der im weiteren Verlauf erwähnten Methoden zur Optimierung von Gesundheitsverhältnissen und -ressourcen sowie ernährungsbasierten Maßnahmen frühkindlicher Gesundheitsförderung dar.

1.1.1. Gesundheitsbegriff

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert den Begriff „Gesundheit“ als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. (5)

Diese Begriffsdefinition bietet eine grobe, jedoch nützliche und heutzutage zumeist verwendete Umschreibung der mit dem Gesundheitsbegriff beschriebenen Thematik, umfasst allerdings bei weitem nicht das vielschichtige, multidisziplinäre und durchaus äußerst uneinige Verständnis von Gesundheit in den diversen Wissenschaftsfeldern. Gesundheit wird durch ein Zusammenwirken der körperlichen, psychischen, sozialen sowie ökologischen Dimensionen geprägt, eine Definition über alleinige bio-medizinische Betrachtungsweisen ist daher nicht möglich. Insbesondere aufgrund der subjektiven Eigenschaft des Begriffs variiert dessen Bedeutung in Bezug auf fachliche, philosophische sowie moralische und emotionale Aspekte stark, eine einheitliche und interdisziplinär angewandte Legaldefinition gibt es bis heute nicht. (6)

Mit der Begriffsumschreibung der WHO-Verfassung sowie darauf aufbauenden Differenzierungsversuchen des Gesundheitskonstrukts hat sich ein Wandel vom zuvor weltweit dominierenden bio-medizinischen Modell, mit Gesundheit als einmalig zu erreichenden Zustand bei Abwesenheit vom Gegenbegriff der Krankheit, in ein ganzheitliches, im kontinuierlichen Wandel und gesellschaftlichen

Zusammenhang befindliches Zustandsbild physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens etabliert.

Es verlagerte sich der Fokus von der Pathogenese der Erkrankungen, einem sozusagen krankheitsfokussierten, negativen Ansatz, auf die Salutogenese als Konzept von Entstehung und Entwicklung von Gesundheit, einem Zustand des Wohlbefindens und damit positivem Ansatz. (5,6)

Das Modell der Salutogenese wurde im Jahr 1980 durch den israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky präsentiert und definiert das Gesundheitskonstrukt als einen dynamischen, stets der aktiven Beteiligung bedürftigen Prozess, anstelle eines einmalig zu erreichenden, passiven Zustandes in Abwesenheit von Krankheit. Er beschreibt ein Kontinuum zwischen den beiden Extremen Krankheit und Gesundheit, wobei das Individuum kontinuierlich versucht Letztere herzustellen. (7)

Klaus Hurrelmann, deutscher Sozial-, Bildungs- und Gesundheitswissenschaftler, setzt an diesem Gesundheitsverständnis an und definiert den Gesundheitsbegriff als Wohlbefinden innerhalb eines stets zu erarbeitenden Gleichgewichtsstadiums von gesundheitlichen Risiko- und Schutzfaktoren, welches fortwährend durch das Individuum sowie die Umwelt neu definiert und ausgerichtet wird. Nur im Stadium des ausgewogenen Gleichgewichts ist es dem Individuum möglich ein sinnvolles, erfülltes Leben bei voller Entfaltung von Potentialen und gesellschaftlicher Integration zu führen. (8)

Die österreichischen politischen Rahmenleitlinien um den Fokus Gesundheitsförderung definieren Gesundheit als ein multidimensionales Konzept, welches durch physische und psychische Beschwerdefreiheit, umfassendes Wohlbefinden sowie uneingeschränkte Leistungs- und Handlungsfähigkeit gekennzeichnet wird. Das Konzept beschreibt entsprechend dem Modell der Salutogenese ein Entwicklungskontinuum: Gesundheit entspringt aus fortwährenden Entwicklungs-, Entfaltungs- und Anpassungsprozessen unter Einfluss individueller sowie gesellschaftlicher gesundheitlicher Rahmenbedingungen und Wechselwirkungen. (9)

1.1.2. Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Maßnahmen

Der Wandel des Gesundheitsbegriffs sowie -verständnis wurde maßgeblich durch gesundheitspolitische sowie gesamtgesellschaftliche Entwicklungen und Übereinkommen der letzten Jahrzehnte geprägt.

Als zentrales Dokument hinsichtlich Gesundheitsförderung gilt die 1986 im Rahmen der ersten globalen Konferenz zum Themenbereich Gesundheitsförderung durch die Weltgesundheitsorganisation verabschiedete Ottawa-Charta mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ durch Erlangen eines höheren Maßes an die eigene Gesundheit betreffender Selbstbestimmung für alle Menschen. Grundlage hierfür war neben der zuvor im Jahr 1978 verabschiedeten Deklaration von Alma-Ata zur Basisgesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung insbesondere das Bestreben eine im interdisziplinären Zusammenspiel langfristig wirkende Strategie zum Erreichen der Gesundheitsziele in einer sich im Wandel befindlichen gesundheitlichen Umwelt zu schaffen. (10)

Die Ottawa-Charta definiert dabei erstmals gesundheitspolitisch wirksam soziokulturelle sowie -ökonomische Voraussetzungen als gewichtige Faktoren für Gesundheit wie z.B. Frieden, Chancengleichheit, Bildung, Einkommen, Ernährung und Wohnverhältnisse. Damit rücken weltweit gesundheitspolitische Bemühungen und Maßnahmen zur Beeinflussung genannter Faktoren als Vorläufer der wenige Jahre später genauer definierten Gesundheitsdeterminanten (siehe Kapitel 1.1.3.) in den Vordergrund. (10)

In der im Jahre 1997 erschienenen Jakarta-Deklaration sowie weiteren durch die Weltgesundheitsorganisation und assoziierten international tätigen Institutionen der Gesundheitspolitik verabschiedeten Grundsatzdokumenten wie z.B. der Bangkok-Charta aus dem Jahre 2005, welche allesamt auf den Grundlagen und Resultaten der Ottawa-Charta basieren, wurden weitere Errungenschaften zur weltweiten Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen im Sinne der Gesundheitsförderung sowie eine Festigung bestehender Strategien, Maßnahmen und Zielsetzungen dokumentiert. (11,12)

1.1.3. Health in All Policies

Gesundheit als komplexes Gefüge sowohl individueller als auch auf der Verhältnisebene angesiedelter Faktoren kann nur durch aufeinander abgestimmte, langfristige und spezifische Maßnahmen dauerhaft und nachhaltig gefördert werden. Eine nicht nur auf einzelne Gesundheitssektoren und -institutionen beschränkte, sondern gesamtpolitische gesundheitsfördernde Verantwortung wurde im weiteren Verlauf basierend auf den ersten Ergebnissen der Deklaration von Alma-Ata und der Ottawa-Charta mehrfach als „Health in All Policies“ durch die Weltgesundheitsorganisation 1988 sowie nochmals 2010 in Adelaide untermauert. Gesundheitsförderung und Prävention als essentieller Kern einer nachhaltigen Gesundheitspolitik müssen in alle unmittelbaren und mittelbaren Politikbereiche miteinbezogen werden. Politische Verantwortung und Entscheidungen jeglicher Art können nur unter Anbetracht daraus für die Gesellschaft resultierender gesundheitsrelevanter Konsequenzen getroffen werden. Später folgende Definitionen sozialer Gesundheitsdeterminanten als Mittelpunkt jeglicher „Health in All Policies“-Strategie unterstützten diese Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsförderung, sodass im Jahre 2011 seitens Weltgesundheitsorganisation die „Rio Political Declaration on Social Determinants of Health“ bestärkend verabschiedet wurde. (13,14)

1.1.4. Gesundheitsdeterminanten

Unter dem Begriff der Gesundheitsdeterminanten werden Faktoren zusammengefasst, welche Gesundheit, als Konstrukt entsprechend der zuvor definierten Parameter, signifikant beeinflussen. Sie stellen somit die Basis sämtlicher Maßnahmen zur Einwirkung auf die individuelle und gesellschaftliche Gesundheit und damit einhergehenden gesundheitspolitischen Entscheidungen dar (siehe Kapitel 1.1.2.). Eine positive Einflussnahme auf schützende Faktoren im Sinne einer Ressourcenförderung ermöglicht eine Steigerung von individuellen und gesellschaftlichen Gesundheitspotentialen sowie Minderung von Erkrankungsrisiken. Sie erlauben es Individuen Gesundheitsbelastungen körperlich und seelisch zu bewältigen, entsprechendes die Gesundheit belastendes Verhalten

zu überwinden und Fähigkeiten zur Veränderung schädlicher Einflüsse zu entwickeln. Es handelt sich um über den ganzen Lebensverlauf reichende Bedingungen auf sowohl individueller als auch verhältnisbezogener Ebene, unter welchen Individuen geboren werden, leben, lernen, arbeiten und altern. (6,15)

Bereits in der Ottawa-Charta 1986 als Voraussetzungen für Gesundheit erwähnt, unterscheidet man heute entsprechend dem Modell der Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren und Whitehead aus dem Jahre 1991 vier elaboriertere Ebenen an den die Gesundheit des Individuums beeinflussenden Faktoren (16):

- **Individueller Lebensstil und Gesundheitsverhalten:** z.B. Sport, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum
- **Soziale und kommunale Umwelt:** z.B. Familie und Freunde, Vereine
- **Lebens- und Arbeitsbedingungen:** z.B. medizinische Versorgung, Bildung, Beruf, Wohnverhältnisse, Freizeitaktivitäten
- **Allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Umwelt:** z.B. Frieden, Gesetze, finanzielle Situation, Medien, Natur

Dabei steht der Mensch als soziales, ganzheitlich betrachtetes Individuum, definiert durch gesundheitlich ggf. prädisponierende biologische und genetische Gegebenheiten, im Zentrum der Gesellschaft und befindet sich in stetiger wechselseitiger Beziehung mit den vier Einflussebenen seiner Umwelt im Sinne eines multifaktoriellen Gesundheitskonstrukts. Diese Ebenen und damit assoziierte Gesundheitsdeterminanten dienen somit als wesentliche Ansatzpunkte für Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Zur Ausschöpfung gesundheitlicher Potentiale ist eine alle Ebenen übergreifende Strategie erforderlich. (16)

Gesundheitsdeterminanten gelten folgend als zentrale Ansatzpunkte der „Health in All Policies“-Strategie. Eine verstärkte Determinantenorientierung aller Politikbereiche auf Ebene von Rahmenbedingungen der individuellen und

gesellschaftlichen Gesundheit (Verhältnisse) bildet die Basis gesundheitspolitischer Bemühungen im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes. (9)

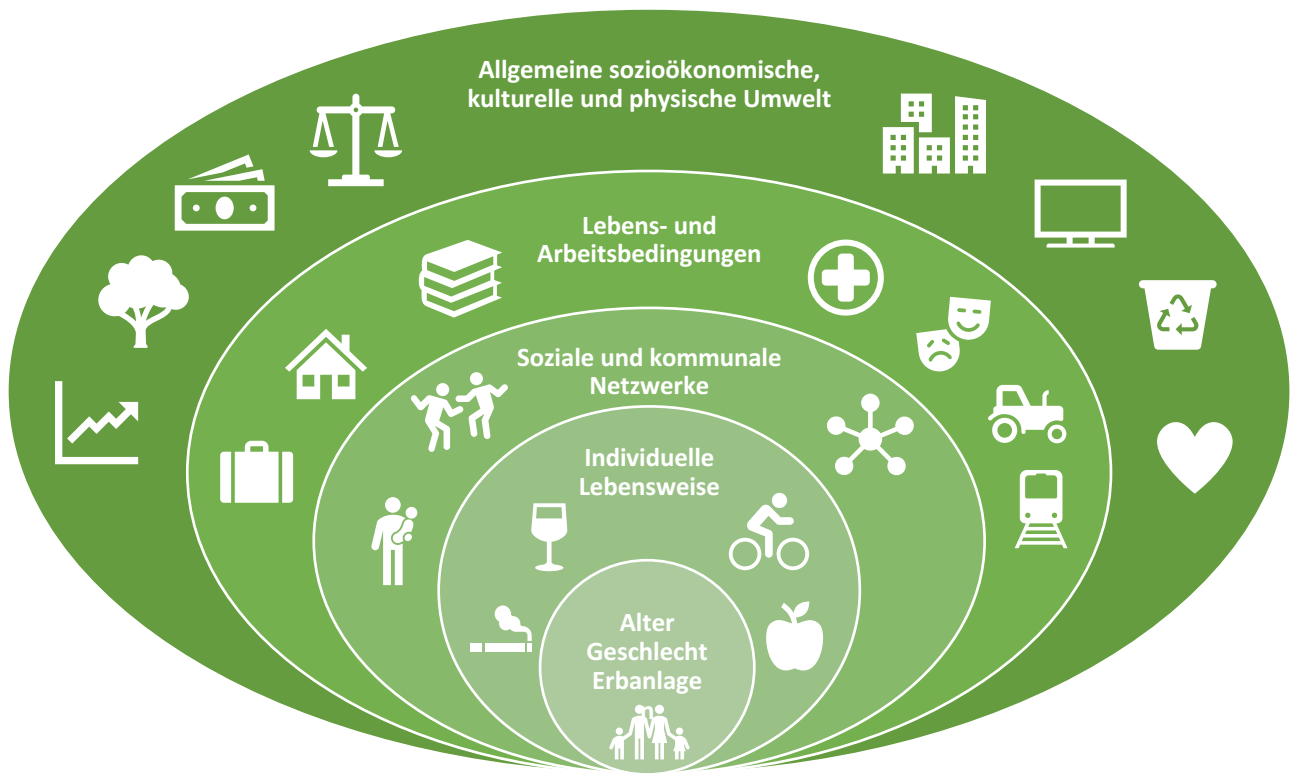


Abbildung 1 - Modell der sozialen Gesundheitsdeterminanten, Eigene Darstellung in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead 1991 (16)

Im Auftrag der österreichischen Bundesregierung wurde im Jahr 2015 ergänzend zu und basierend auf den Stärken internationaler gesundheitswissenschaftlicher bzw. -politischer Entwürfe ein Modell zur Beobachtung und Analyse der öffentlichen Gesundheit und ihrer relevanten Gesundheitsdeterminanten, das „Public Health Monitoring Framework“, etabliert. Dieses dient seither als Basis für weitere Analysen sowie Interventionsstrategien gesundheitsförderlicher Zielsetzungen in Österreich. (9,17)

1.1.5. Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit bedeutet, dass Individuen unabhängig ihrer persönlichen oder sozialen Merkmale gleiche Möglichkeiten zur Förderung, zum Erhalt sowie zur Wiederherstellung ihre Gesundheit haben sollten. Durch soziale

und gesellschaftliche Einschränkungen auf vertikaler, sprich in Bezug auf Einkommen, Ausbildung und Beruf, als auch horizontaler Ebene, welche über alle Lebenslagen verlaufende Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund, Wohnort, und dgl. vereint, kommt es in Anbetracht der Optimierung und Ausschöpfung von Gesundheitspotentialen zu Ungleichheiten. Diese basieren mitunter auf den mit sozialen Unterschieden einhergehenden, andersgearteten gesundheitliche Belastungen und geringeren Ressourcen in Kombination mit einer schlechteren gesundheitsbezogenen Versorgung sowie Lebensstil. Entsprechende gesundheitliche Ungleichheiten kumulieren über das gesamte Leben hinweg, potenzieren sich bis ins höhere Alter und entfalten ihre gesundheitsrelevante Wirkung über Generationen hinweg. (6,17)

Personen mit geringem Sozialstatus verfügen somit gesellschaftlich bedingt über eine schlechtere Ausgangslage in Bezug auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenserwartung. Aktuellen Studien nach sollen so etwa 40 bis 70 Prozent aller Gesundheitsunterschiede zwischen den Bevölkerungsschichten zu erklären sein. Zum Ausgleich dieser Ungleichheiten bedarf es gesamtgesellschaftlicher sowie gesundheitspolitischer Anstrengungen kompensatorischer Natur. (18)

1.1.6. Gesundheitskompetenz

Der immer wieder im Kontext gesundheitsförderlicher Maßnahmen verwendete Begriff der Gesundheitskompetenz beschreibt das individuell und je nach Bildungsgrad vorhandene Ausmaß an Wissen und Kenntnissen, Motivation sowie Fertigkeiten in Bezug auf das Auffinden, Verstehen, Bewerten sowie Anwenden von gesundheitsrelevanten Informationen um kompetente Entscheidungen in gesundheitlichen Belangen treffen sowie Gesundheit und Wohlbefinden langfristig erhalten und optimieren zu können. Im Kindesalter bereits früh ansetzende Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Gesundheitserziehung ermöglichen es, Individuen durch Wissensvermittlung und Aufbau von Gesundheitschancen und -ressourcen sowie Reduktion möglicher Krankheitsrisiken ihre gesundheitlichen Potentiale und Kompetenzen zu optimieren und einen langfristig gesunden, stabilen Lebensstil zu etablieren. (19)

1.1.7. Differenzierung gesundheitsbeeinflussender Maßnahmen

Die zur positiven Beeinflussung des subjektiven sowie objektiven gesundheitlichen Befindens notwendigen Handlungen auf individueller als auch gesellschaftlicher Ebene im Sinne einer Optimierung und Stärkung zuvor erwähnter ressourcenfördernder Gesundheitsdeterminanten werden in unterschiedliche Interventionsstrategien unterteilt. Diese unterscheiden sich einerseits im mittels der Maßnahme zu erreichendem individuellen als auch gesellschaftlichen Ziel, der Methode der geplanten Handlung, der Reichweite, der Ausrichtung und dem Gesundheitsverständnis sowie dem Zeitpunkt der Intervention in Relation zum gewünschten Ergebnis. Man unterscheidet die Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration sowie Langzeitbehandlung, wobei letztere zwei Strategien in die gemeinhin bekannte Gesundheitsversorgung zusammengefasst werden. (6,15)

Folgende Differenzierung der Interventionsstrategien bzw. -begrifflichkeiten Prävention und Gesundheitsförderung, deren Methoden beiderseits einen Gesundheitsgewinn über einen Determinantenansatz erzielen möchten aber dieses Ziel anhand unterschiedlicher Betrachtungswinkel verfolgen, dient dem theoretischen Überblick sowie besseren Gesamtverständnis der im weiteren Verlauf dieser Arbeit behandelten Maßnahmen. Eine absolute Abgrenzung der einzelnen Strategien und Methoden ist nicht möglich, da diese fließend ineinander übergehen bzw. sich begrifflich überschneiden. Ein Fokus wird aufgrund des vorliegenden Themas auf den Begriff der Gesundheitsförderung gelegt.

1.2. Prävention

„Prävention versucht durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern.“ (15)

Das Interventionskonzept der Prävention verfolgt dahingehend einen krankheitsfokussierten, pathogenetischen Ansatz. Die Beseitigung von Risikofaktoren, welche sich wiederum mit den verschiedenen Gesundheitsdeterminanten assoziieren lassen, steht im Mittelpunkt und dient der Vorbeugung bzw. Milderung von Erkrankungen und Krankheitslasten. Zu solchen präventiven Maßnahmen zählen beispielweise Impfungen, gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung. (6,15)

Präventionsmaßnahmen erfolgen je nach erwünschtem Ziel entweder in Bezug auf das Gesundheitsverhalten einzelner Individuen, bezeichnet als Verhaltensebene, oder in Bezug auf die vorhandenen Rahmenbedingungen bzw. Lebensumstände mehrerer Individuen, wiederum beschrieben als Verhältnisebene. Außerdem lässt sich die universale Prävention, mit der Gesamtbevölkerung als Adressat, von der selektiven Prävention für mögliche Risikogruppen und der indizierten Prävention für bestätigte Risikogruppen sowie bei manifesten Erkrankungen unterscheiden. Eine zusätzliche Unterteilung entsprechender Interventionen erfolgt anhand des Zeitpunkts in Relation zum möglichen Erkrankungszeitpunkt (15):

1.2.1. Primärprävention

Maßnahmen der Primärprävention wie z.B. Impfungen dienen der ungezielten Beseitigung gesundheitsschädlicher Risikofaktoren vor Erstmanifestation einer Erkrankung im Sinne einer Senkung der Erkrankungsinzidenz. Sie stellen den theoretischen Kern rezenter gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Bemühungen dar und stehen methodisch in engem Zusammenhang mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung. (15)

1.2.2. Sekundärprävention

Interventionen, welche sich der Früherkennung sowie Progressionshemmung von bestehenden aber noch symptomlosen Erkrankungen innerhalb eines Risikokollektivs widmen, werden als Sekundärprävention zusammengefasst. Im Gegensatz zur Primärprävention dienen sie der Eindämmung der Erkrankungsprogredienz, z.B. Massenscreening im Rahmen der Brustkrebsvorsorge. (15)

1.2.3. Tertiärprävention

Nach Krankheitsmanifestation gilt es im Rahmen der Tertiärprävention der Milderung des weiteren Verlaufs sowie möglicher Konsequenzen und Langzeitschäden im Rahmen therapeutischer Maßnahmen. (15)

1.2.4. Quartärprävention

Das Ziel weiterer präventiver Handlungen nach erfolgter Genesung ist es mögliche Rückfälle als auch unnötige weitere Behandlungsschritte oder -konsequenzen zu vermeiden. (15)

1.2.5. Kritische Betrachtung der Krankheitsprävention

Hauptkritikpunkt am Strategiemodell der Prävention stellt insbesondere die an dem bio-medizinischen Krankheitsmodell angelehnte Fokussierung auf die Erkrankung als zu vermeidenden bzw. dem zu widerstrebenden Faktor dar. Moderne gesundheitswissenschaftliche und -politische Interventionen sowie Strategien sehen den Schwerpunkt in der Stärkung von Gesundheitsressourcen bzw. Förderung auf Gesundheitsdeterminanten positiv einwirkender Faktoren anstelle der Beseitigung oder Minderung von Risikofaktoren in Anbetracht einer zu erwartenden Erkrankung. Es werden gesundheitspolitisch gesehen somit im Folgenden erörterte Modelle der Gesundheitsförderung heutzutage bevorzugt, auch wenn eine allzu scharfe Abgrenzung aufgrund der einander ergänzenden

Eigenschaften beider Modelle nicht als sinnvoll erscheint und Interventionen stets aus Elementen beider sich immerhin doch stets ergänzender und in einer wechselseitigen Beziehung befindlichen Strategien bestehen. (6,20)

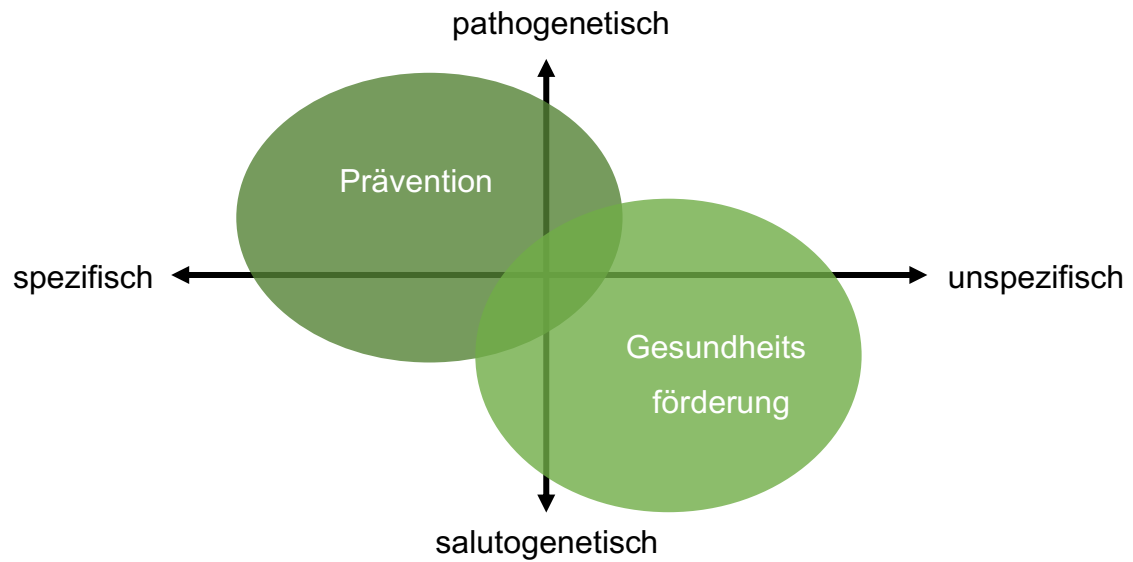


Abbildung 2 - Verhältnis von Prävention zu Gesundheitsförderung,
Eigene Darstellung

1.3. Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (10)

Gesundheitsförderung fokussiert damit auf partizipatorische Stärkung von persönlichen sowie sozialen Gesundheitskompetenzen und entsprechender Gesundheitsressourcen zur Erlangung, Verbesserung sowie Aufrechterhaltung von Gesundheit in einer ganzheitlich betrachteten Sichtweise. Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens wird stets gesellschaftlich beeinflusst und benötigt systematische, nachhaltige sowie interdisziplinäre Handlungsansätze zum Aufbau von förderlichen Gesundheitsdeterminanten und Abbau gesundheitlicher Ungleichheit. Rein methodisch knüpft sie eng an das Konzept der Primärprävention an, als sie eher ungezielt und vor Eintreten etwaiger Symptome oder verstärktem Einwirken von Risikofaktoren ansetzt. (6,20)

Maßnahmen der Gesundheitsförderung richten sich einerseits an das individuelle Gesundheitsverhalten als auch andererseits an die gesundheitsrelevanten Verhältnisse rund um das Individuum und verfolgen dabei eine salutogenetische, determinantenorientierte Strategie. Sie können auf individueller Ebene oder im Setting-Ansatz (siehe Kapitel 1.3.3.) erfolgen und sollen einen Zugang zur selbstbestimmten Kontrolle über Bedingungen von Gesundheit sowie physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden schaffen. Mit Gesundheit als wesentlichem Bestandteil des alltäglichen Lebens obliegt die gesundheitspolitische Verantwortung dabei im Sinne eines „Health in All Policies“-Ansatzes allen Politikbereichen. (6,20)

Als grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung wurden drei Kernbereiche zur Orientierung und Bildung eines einheitlichen Verständnisses von Gesundheitsförderung dargelegt (10):

- **Interessen vertreten:** Aktives Eintreten für Gesundheit und Förderung von der Gesundheit zutragender politischer, sozioökonomischer, kultureller, biologischer Faktoren durch alle AkteurInnen und MultiplikatorInnen.
- **Befähigen und ermöglichen:** Durch Etablierung eines offenen, gemeinschaftlichen Zugangs zu relevanten Informationen sowie Ressourcen soll eine eigenständige Kontrolle und Stärkung von Gesundheitsfaktoren ermöglicht werden. Individuen und gesellschaftliche Strukturen sollen befähigt werden verantwortungsvoll und selbstbestimmt mit der eigenen und sozialen Gesundheit umzugehen.
- **Vermitteln und vernetzen:** Aktive und fortwährende Kooperation von AkteurInnen, MultiplikatorInnen und Assoziierten des Gesundheitswesens zur Gewährleistung eines kontinuierlichen Fortbestehens etablierter gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Zusätzlich wurden seitens Weltgesundheitsorganisation fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung fokussiert (10):

- **Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik:** Politische Entscheidungen aller Bereiche und ihre Konsequenzen beeinflussen die Gesundheitsdeterminanten maßgeblich, im Sinne der „Health in All Policies“ werden alle Politikbereiche aufgefordert Verantwortung gegenüber der Gesundheit ihrer Bürger zu tragen.
- **Gesundheitsfördernde Lebenswelten:** Alltägliche Lebenswelten wie Arbeitsplatz, Ausbildungsstätte, Stadt, etc. sollen Individuen in Gesundheitsbelangen stärken und ihre gesundheitlichen Ressourcen schützen.

- **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen:** Zusammenschlüsse wie Gemeinden, Selbsthilfegruppen, Nachbarschaften und dergleichen sollen zur eigenständigen Kontrolle und Förderung ihrer Gesundheitsbelange animiert und dahingehend unterstützt werden.
- **Persönliche Kompetenzen fördern:** Durch partizipative Gesundheitserziehung, -bildung, -beratung und -aufklärung sollen Individuen in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten gestärkt und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen selbstbestimmt in den lebenslangen Alltag integriert werden.
- **Gesundheitsdienste neu ausrichten:** Anstelle eines rein kurativen Zugangs sollen sich Gesundheitsinstitutionen künftig verstärkt auf Gesundheitsförderung fokussieren und an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren.

Edukative Maßnahmen der Gesundheitsförderung zur Stärkung persönlicher Kompetenzen können auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen und unterscheiden sich dabei aufgrund von Anlass, Ziel, Methode und Infrastruktur:

1.3.1. Gesundheitsberatung und -aufklärung

Gesundheitsberatung beschreibt die in einem Gesprächssetting stattfindende Informationsvermittlung, sei es z.B. im politischen oder medizinischen Kontext, zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen und Schutzfaktoren. Dies kann sowohl in Gruppen als auch im Einzelgespräch, geführt durch ProfessionistInnen oder speziell geschulten MultiplikatorInnen erfolgen. Der Begriff findet heutzutage vielerorts auch in Zusammenhang mit esoterischen Bereichen irreführende Anwendung, eine Differenzierung für Laien ist nur schwer oder eingeschränkt möglich. (6,15)

Gesundheitsaufklärung grenzt sich von der Gesundheitsberatung durch weitreichende Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen über Medien oder Veranstaltungen in unserer Gesellschaft ab. Beispielhaft können Kampagnen zur Impf- oder der HIV-Vorsorge genannt werden. (6,15)

1.3.2. Gesundheitserziehung und -bildung

Interventionen der Gesundheitserziehung und -bildung beschreiben, im Gegensatz zu rein informationsvermittelnden Maßnahmen, vorab definierte, zweckorientierte Lernmöglichkeiten zur Stärkung und Entwicklung von Gesundheitskompetenzen sowie Erweiterung von gesundheitsrelevanten Kenntnissen. (21)

Gesundheitserziehung zeichnet sich durch gezielte und strukturierte Einflussnahme auf gesundheitsfördernde Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen als eine Intervention pädagogischer Art im Sinne einer Anleitung durch direkte Kommunikation eines als EdukatorIn auftretenden Individuums oder Institution aus. Diese Lernform ist darauf basierend primär in elementarpädagogischen Einrichtungen sowie Schulen vorzufinden, dazu zählen z.B. Programme der Zahnprophylaxe oder Verkehrserziehung. (15,21)

Gesundheitsbildung bezieht sich hingegen auf eine weniger direkte Art pädagogischer Einwirkung. Sie fokussiert die selbstgesteuerte Aneignung von gesundheitsförderlichen Fertigkeiten und Kenntnissen und findet deshalb primär im Bereich der Erwachsenenbildung Anwendung. (15)

1.3.3. Settingansatz der Gesundheitsförderung

Setting, oder Lebenswelt, beschreibt einen nahezu fortwährenden Sozialzusammenhang, gleich ob in institutioneller, regionaler, durch gleiche Lebenslagen oder Werte bedingter Form, von welchem sowohl gesundheitsrelevante Belastungen als auch Ressourcen ausgehen können. (6)

Interventionen mit Setting-Ansatz, mitunter eine der wichtigsten und komplexesten gesundheitsförderlichen Strategien, führen zu Veränderungen von alltäglichen Lebenswelten durch niederschwellige, langfristige und systemische Maßnahmen. In alltägliche Lebensbereiche und Aktivitäten integrierte Konzepte auf sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisebene ermöglichen es so auch ansonsten schwer erreichbare, ressourcenschwache und gefährdete Individuen und Gruppen zu

erreichen. Dabei stehen insbesondere partizipatorische Faktoren wie aktive Beteiligung und Selbstbestimmung aller Zielgruppen im Vordergrund. Individuen erwerben eigenständig Fähigkeiten zur kompetenten Umsetzung Ihrer eigenen gesundheitsbezogenen Interessen und sind nicht nur Rezipienten einer dominierenden Gesundheitspolitik. (3,15)

1.4. Gesundheitsförderung im frühkindlichen Alter

Kinder stellen statistischen Erhebungen der letzten Jahre nach aufgrund verringerter Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie Rückgang bzw. effektiverer Behandlung von Infektionskrankheiten die mitunter gesündeste Bevölkerungsgruppe in Österreich dar. Insbesondere in den letzten Gesundheitsberichten kündigte sich jedoch eine Trendwende an. So treten heutzutage chronische Krankheiten, Erkrankungen des Haltungs- und Bewegungsapparates sowie psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten in den Vordergrund und stellen eine neue ernstzunehmende gesundheitspolitische Herausforderung dar. (17,22)

Dabei ist genau das frühe Kindesalter die entscheidende Lebensphase, in welcher Gesundheitsverhalten, -chancen und -risiken geprägt und Gesundheitsressourcen aufgebaut sowie für das spätere Leben gestärkt werden. Früh erworbene schädigende Verhaltensweisen oder Erkrankungen setzen sich bis ins Erwachsenenalter fort und bleiben langfristig bestehen. Späte Interventionen sind nicht nur aufwändig und kostspielig, sondern meist auch nicht langfristig wirksam, gesundheitsrelevantes Verhalten kann im frühen Kindesalter noch leichter positiv beeinflusst werden. (17)

Familie und enge Angehörige stellen als erste Bezugsinstanzen der Sozialisation, Persönlichkeitsentwicklung und Verhaltensbildung einen grundlegenden Einflussfaktor auf die frühkindliche als auch langfristige Gesundheit sowie entsprechendem Gesundheitsverhalten und damit einhergehender gesundheitsförderlicher Chancen sowie Krankheitsrisiken dar. Konzepte von Gesundheit und Krankheit als auch entsprechendem Verhalten werden bereits frühzeitig kommuniziert und vermittelt. (3,17)

Ein weiteres wichtiges Setting des frühkindlichen Alters stellen insbesondere elementare Bildungseinrichtungen dar. Über diese kann nahezu die gesamte Bevölkerung unabhängig der sozialen Schicht bei gesundheitlicher Chancengleichheit im Rahmen frühzeitig ansetzender, partizipativer Interventionen

mit einer sich gleichzeitig bis in die Familien erstreckenden Reichweite erreicht werden. Als wesentlicher Lebensbereich verfügen diese Institutionen über große Potentiale in Bezug auf die Förderung frühkindlicher Gesundheit sowie Optimierung individueller gesundheitsbezogener Verhaltensweisen und Lebensverhältnisse unter den heutzutage herausfordernden Lebens- und Umweltgewohnheiten. (3,15,23)

1.4.1. Demografische Daten - Kinder und Jugendliche in Österreich

Österreich registrierte am 01. Januar 2018 insgesamt 1.719.499 Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, was in etwa 19,5 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung entspricht und unter dem gesamteuropäischen Mittelwert liegt. Der Anteil an Kindern und Jugendlichen in Österreich befindet sich bereits seit den 1970ern drastisch im Sinken, im Jahr 1971 stellte diese Altersgruppe noch 31,2 Prozent der Gesamtbevölkerung dar. Die demografische Entwicklung hin zu einer stetig älter werdenden Bevölkerung drängt den Wert langfristiger Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit sowohl in Bezug auf die individuelle Lebensqualität als auch gesamtgesellschaftliche und ökonomische Aspekte immer mehr in den Vordergrund. (24)

Die für diese Arbeit im primären Fokus befindliche und von behandelten Themengebieten betroffene Altersgruppe von Kleinkindern bis zum sechsten Lebensjahr stellt 6,8 Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung dar. (17,24)

1.4.2. Settingansatz elementarer Bildungseinrichtungen in Österreich

Bildungsinstitutionen des Kindes- und Jugendalters gelten als wichtigstes Setting und zentrale Interventionsfelder der Gesundheitsförderung, da über diese Einrichtungen nahezu die gesamte Bevölkerung über längere Zeiträume hinweg auf niederschwelliger Basis erreicht werden kann (siehe Kapitel 1.4.). Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen, Kenntnisse und Einstellungen werden insbesondere im frühkindlichen Alter erworben und verinnerlicht. Der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Leben in Bezug auf Gesundheits- und

Krankheitsverhalten steht im Mittelpunkt. Früh ansetzende, in elementaren Bildungseinrichtungen situierte und bestenfalls übersektorale Maßnahmen können somit den Lebensstil wesentlich beeinflussen und Individuen bereits frühzeitig ihr Gesundheitsverhalten kompetent und selbstbestimmt auf positive Art und Weise steuern. Schutzfaktoren werden gefördert und bleiben erhalten während gesundheitsrelevante, möglicherweise schädigende Lebensweisen noch auf einfache Art und Weise modifiziert werden können. (3,15,17)

Die Außer-Haus-Betreuung österreichischer Kinder im Alter von 1-6 Jahren wird bei Bedarf freiwillig bzw. im Rahmen des im Jahre 2010 eingeführten verpflichtenden Kindergartenjahres primär durch öffentliche oder private Kinderkrippen für 1-3-jährige Kinder sowie Kindergärten für 4-6-jährige Kinder (bzw. bis zum Schuleintritt) angeboten. Als weitere Betreuungsoptionen stehen noch Horte, Kinderhäuser, alterserweiterte Gruppen sowie Tagesmütter bzw. -väter zur Verfügung, diese werden in der vorliegenden Arbeit jedoch nur eingeschränkt berücksichtigt.

Die Verwaltung, Verteilung und Beaufsichtigung finanzieller Mittel sowie Planung und Ausführung qualitätssichernder Maßnahmen in Hinblick auf elementarpädagogische Kinderbetreuungseinrichtungen obliegt in Österreich den jeweiligen Landesregierungen und -gesetzen. Strukturelle und inhaltliche Angelegenheiten als auch pädagogische Abläufe unterliegen der Kontrolle pädagogischer Fachaufsichten im Landesdienst. (23)

Sowohl Kinderkrippen als auch -gärten unterliegen als zentrale Institutionen der elementaren Bildung, Betreuung und Erziehung seit einigen Jahren einem drastischen Wandel. Von einem veralteten Konzept der Aufbewahrung und alleinigen Betreuung von Kleinkindern entwickelten sich diese Institutionen zu einem Ort frühkindlicher Bildung und Erziehung, verknüpft mit extrem hohen und unterschiedlichen Erwartungshaltungen aller Beteiligten. Neben der Ergänzung und Unterstützung elterlicher Obsorge und Erziehung können Förderungsmaßnahmen der Persönlichkeitsbildung und -entwicklung sowie zum Ausgleich von Ungleichheiten sozialer, kognitiver, motorischer, emotionaler und gesundheitlicher Natur effektiv in einem neutralen Handlungsraum ohne Verpflichtungen oder Konkurrenzdruck (z.B. Noten, administrative Vorgaben, Verhaltensrichtlinien, etc.) umgesetzt werden. (3)

Der Aufbau eines positiven Selbstkonzepts durch Selbsttätigkeit, Selbstwirksamkeit und Vertrauen in die eigenen Stärken, die Etablierung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Förderung persönlicher Kompetenzen sowie Ressourcen als auch Umsetzung entsprechender Maßnahme auf partizipatorischer und kommunikativer Ebene kann bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Chancengleichheit zu künftig längerfristig gesunden Generationen beitragen. (21)

1.4.2.1. Verpflichtendes Kindergartenjahr

Im Jahre 2010 wurde das verpflichtende Kindergartenjahr vor Schuleintritt als Folgeerscheinung der im Jahre 2005 publizierten, für Österreich eher mäßig ausgefallenen, PISA Testergebnisse mit dem Ziel der Aufwertung elementarpädagogischer Einrichtungen in Österreich eingeführt. Basis der zentralen gesetzlichen Verankerung stellte das im Rahmen der seitens der Vereinten Nationen 1989 beschlossene Konvention über die Rechte des Kindes mit dem Wohl des Kindes bei allen Maßnahmen als zentralen Pfeiler dar. (2,23)

Im Rahmen einer aus diesem Anlass durchgeführten Gesundheitsfolgenabschätzung durch Haas et al konnte nachgewiesen werden, dass bereits nach relativ kurzer Zeit langfristig positive Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahres auf die Gesamtgesundheit aller Kinder abgeleitet werden können. Bei vorhandener elementarpädagogischer Qualität sowie qualitätssichernder Vorgaben besteht durch zielgesteuerte Maßnahmen und Erschließung einer gesamten Generation die Möglichkeit soziale, kognitive, sprachliche, emotionale als auch motorische Kompetenzen zu fördern, spezifischen Förderbedarf einzelner Kinder frühzeitig zu erkennen sowie auf sozioökonomischen Bedingungen basierte gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. (23)

Aufgrund dieser Resultate befindet sich ein womöglich zweites verpflichtendes Kindergartenjahr bereits seit einiger Zeit im politischen Diskurs. Entsprechende Umsetzung kann jedoch nur bei gleichzeitiger Optimierung der Rahmenbedingungen erfolgen. Zentrales Ziel stellen hierbei die Sicherung sowie Aufwertung der pädagogischen Qualität und Qualifizierung dar, einerseits durch Aufwertung der elementarpädagogischen Einrichtungen in politischer sowieso

gesellschaftlicher Sicht, als auch durch die Verlagerung der elementarpädagogischen Ausbildung auf Hochschulniveau analog zu anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union. (23)

1.4.2.2. Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan

Eine weitere aus den im Jahre 2005 veröffentlichten PISA Testergebnissen resultierende und auf die kindliche Gesundheit einwirkende Konsequenz für die österreichische elementarpädagogische Bildungslandschaft stellt der im Jahre 2009 durch die Ämter der Landesregierungen der österreichischen Bundesländer veröffentlichte und 2010 über die Artikel 15a Bundesvereinbarung zum verpflichtenden Kindergartenjahr verbindlich integrierte „Bundesländerübergreifende BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich“ dar. (23,25)

Diese Richtlinie soll in elementarpädagogischen Einrichtungen betreute Kinder, insbesondere im Rahmen des damit einhergehend eingeführten verpflichtenden Kindergartenjahres, unter Ausschluss jedes schulartigen Unterrichts, auf den Eintritt in das Schulsystem vorbereiten, Kompetenzen fördern und Ungleichheiten reduzieren. Sie fungiert als umfangreiche Erweiterung zu den unmittelbar auf die PISA Studie gefolgt Initialmaßnahmen der „verpflichtenden frühen sprachlichen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen“ sowie dem Ausbau der Betreuungsplätze elementarer Bildungsinstitutionen. (25)

Im Sinne eines Bekenntnisses zum Bildungsauftrag elementarpädagogischer Kinderbetreuungseinrichtungen sowie deren steigendem Stellenwert aus politischer sowie gesellschaftlicher Sicht wurden zur Sicherstellung pädagogischer Qualität Grundlagen und Prinzipien elementarer Bildungsprozesse formuliert (siehe Tabelle 1 – Prinzipien elementarer Bildungsprozesse). In diesen Grundprinzipien finden sich einige ebenso in den grundlegenden Handlungsstrategien und -feldern der Gesundheitsförderung definierte Punkte zur Stärkung sozialer Gesundheitsdeterminanten wieder. (25)

Prinzipien elementarer Bildungsprozesse

Ganzheitlichkeit	Individualisierung
Differenzierung	Empowerment
Lebensweltorientierung	Inklusion
Sachrichtigkeit	Diversität
Geschlechtssensibilität	Partizipation
Transparenz	Bildungspartnerschaft

Tabelle 1 - Prinzipien elementarer Bildungsprozesse (25)

Neben der Orientierung an den genannten Prinzipien werden elementare Bildungsprozesse als eine stete Kombination von Lernen als Basis, mitunter durch Experimentierfreudigkeit, Selbsttätigkeit, Entdeckungslust als auch am Modell, sowie dem Spiel als wichtigste Form der kindlichen Aneignung definiert. Dabei sollen kindliche Interessen und Bedürfnisse im Vordergrund stehen und individuelle Kompetenzen sowie Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Das Kind agiert nicht als EmpfängerIn, sondern Ko-KonstrukteurIn der entsprechenden, ganzheitlich zu verstehenden, Entwicklungsprozesse, welche ebenso gesundheitliche und gesundheitsförderliche Belange umfassen. (25)

Hinzukommend werden im BildungsRahmenPlan sechs Bildungsbereiche elementarer Pädagogik definiert, wobei im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein besonderer Fokus auf dem vierten Bereich, Bewegung und Gesundheit, liegt (25):

- **1 Emotionen und soziale Beziehungen:** Als erstes soziales Umfeld fernab der familiären Bezugspersonen entwickeln Kinder im Kindergarten ihre soziokommunikativen Fähigkeiten und emotionale Kompetenzen. Identität, Vertrauen und Wohlbefinden, Kooperation und Konfliktkultur stellen zentrale Pfeiler dieses Bildungsbereiches dar.
- **2 Ethik und Gesellschaft:** Essentielle, unsere Gesellschaft formende und universell gültige Werte wie Würde, Gerechtigkeit, Diversität, Inklusion, Partizipation und Demokratie sollen bereits im Kleinkindalter vermittelt und verinnerlicht werden.

- **3 Sprache und Kommunikation:** Die sprachliche Förderung steht im Mittelpunkt rezenter elementarpädagogischer Reformen. Neben verbaler und non-verbaler Kommunikation wird ein weiterer Schwerpunkt auf den richtigen Umgang mit digitalen Kommunikations- und Informationstechnologien gelegt.
- **4 Bewegung und Gesundheit:** Der BildungsRahmenPlan setzt hinsichtlich Gesundheit einen Schwerpunkt auf Bewegung, Körper und Wahrnehmung sowie Bildung des Gesundheitsbewusstseins. Weitere Themenbereiche der frühkindlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung wie z.B. Ernährung werden im BildungsRahmenPlan nicht thematisiert.

Ein gesundes Individuum wird im BildungsRahmenPlan definiert als „sich auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene im Einklang mit seinen individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten sowie mit seinen äußeren Lebensbedingungen“ befindend. Im Fokus steht dementsprechend die Entwicklung kognitiver, emotionaler, sozialer sowie kommunikativer Fähigkeiten zur Stärkung sozialer Gesundheitsdeterminanten. Kenntnisse über Krankheiten, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Präventionsmaßnahmen sollen Kinder zur gesundheitlichen Eigenverantwortung befähigen.

- **5 Ästhetik und Gestaltung:** Sinnliche Eindrücke, Kreativität, ein Verständnis von Kunst und Kultur sowie verschiedenste Bräuche und Religion sollen bereits im frühen Kindesalter individuell gefördert und vermittelt werden.
- **6 Natur und Technik:** Natur und der sorgsame Umgang mit unserer Umwelt, einfache physikalische und technische Grundlagen sowie spielerische mathematische Grundkenntnisse werden im Rahmen elementarer Bildungsprozesse vorbereitend für den Schulalltag vermittelt.

Ein weiterer Schwerpunkt der im BildungsRahmenPlan definierten Maßnahmen liegt in der Sicherung pädagogischer Qualität. Dabei stehen insbesondere die Faktoren Prozess-, Orientierungs- und Strukturqualität und Qualitätsmanagement im Vordergrund. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der zuvor genannten

Gesundheitsfolgenabschätzung durch Haas et al, wonach ganzheitliche sowie langfristige Gesundheitsförderung bei Sicherstellung der pädagogischen Qualität maßgeblich in elementaren Bildungseinrichtungen wirken kann. (23,25)

1.4.2.3. Betreuungsquoten und Trends

Bereits seit Beginn der jährlichen statistischen Auswertungen im Jahre 1973 zeigt sich ein kontinuierlicher Anstieg der Kinderbetreuungsquoten, welcher sich binnen der letzten Jahre aufgrund mehrerer Faktoren massiv beschleunigt hat. Allein bei den Betreuungsquoten von Ein- bis Dreijährigen kam es zwischen 2012 und 2017 zu einem Anstieg von ehemals 25.539 Kindern (1.349 Einrichtungen) auf 43.396 Kinder (2.121 Einrichtungen) um 70 Prozent, bei den Vier- bis Sechsjährigen von ehemals 209.615 Kindern (4.668 Einrichtungen) auf 220.658 Kinder (4.570 Einrichtungen) um 5,25 Prozent, trotz reduzierter Einrichtungszahl. Zum Vergleich: Zu Beginn der Auswertungen im Jahre 1973 wurde das Betreuungsangebot von lediglich 128.951 Kindergarten- sowie 4.888 Kinderkrippenkindern genutzt. (26)

Diese Werte entsprechen Betreuungsquoten bezogen auf den Anteil von Kindern in elementarpädagogischen Kinderbetreuungseinrichtungen im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung von 23,6 Prozent bei den Einjährigen, bereits 52,4 Prozent bei den Zweijährigen, 86,3 Prozent bei den Dreijährigen, 96,1 Prozent bei den Vierjährigen sowie ganze 97,9 Prozent bei den Fünfjährigen. Letzterer Wert ist mitunter durch die Einführung des verpflichtenden Kindergartenjahres vor Schuleintritt bedingt. Damit liegt Österreich insbesondere bei den Vier- bis Sechsjährigen im Europavergleich über dem Durchschnitt. (26)

Ein weiterer sich im kontinuierlichen Steigen befindlicher Trend betrifft die Ausdehnung der Betreuungszeiten. Im Kinderbetreuungsjahr 2017/18 wurden immerhin 59,9 Prozent aller österreichischen Ein- bis Dreijährigen Kinder in Kinderkrippen ganztägig und lediglich 38 Prozent nur vormittags bzw. 2 Prozent nur nachmittags betreut. Bei den etwas älteren Kleinkindern im Alter von vier bis sechs Jahren befanden sich hingegen 50,0 Prozent in ganztägiger, 48,9 Prozent in

ausschließlicher vormittäglicher sowie 0,2 Prozent in ausschließlicher nachmittags stattfindender Betreuung. (26)

Zu den die bereits frühzeitige Außer-Haus-Betreuung beschleunigenden Faktoren zählen mitunter das im Jahr 2010 eingeführte verpflichtende Kindergartenjahr, ein mittlerweile suffizienteres elementarpädagogisches Angebot, soziale Anspruchshaltungen hinsichtlich frühkindlicher Sozialisierung und Bildung als auch die zunehmende Berufstätigkeit beider Elternteile im frühen Kindesalter. Alleine im Kinderbetreuungsjahr 2016/17 waren 72,7 Prozent der Mütter von Kinderkrippenkindern erwerbstätig, bei den Kindergartenkindern ebenso ganze 63,8 Prozent. (26)

Aufgrund der soeben veranschaulichten, kontinuierlich steigenden und bereits frühzeitigen Außer-Haus-Betreuung von Kleinkindern, nehmen elementare Bildungseinrichtungen heutzutage eine immer essentiellere Position und auch Verantwortung hinsichtlich frühkindlicher Gesundheitserziehung und -förderung sowie frühen Vermittlung eines gesunden Lebensstils ein. Dabei gilt es nicht nur pädagogische, sondern auch organisatorische bzw. strukturelle Rahmenbedingungen hinsichtlich gesundheitsfördernden Potentials zu optimieren.

Nachhaltige Gesundheitsförderung im frühkindlichen Alter bedarf eines individuellen, integriert-partizipativen, setting-übergreifenden, determinantenorientierten sowie ressourcenstärkenden Konzepts zur positiven Beeinflussung von Gesundheitskompetenz und -verhalten als Basis eines langfristig gesunden Lebensstiles. Gesundheitsförderliche Lebenswelten in der familiären als auch institutionellen Umgebung müssen im Sinne eines kompetenzorientierten Zugangs individuelle Stärken sowie Potentiale heranwachsender Kinder fördern und zur nachhaltigen Prägung von Verhalten Interessen wecken sowie Wohlbefinden steigern. Gesundheit, Persönlichkeitsentwicklung sowie Bildung unterliegen stetiger Wechselwirkung. Lediglich bei gegebener Chancengerechtigkeit können sich alle drei Grundpfeiler frühkindlicher Entwicklung vollständig entfalten. (15,17,21)

1.5. Kindliche Ernährung als Gesundheitsfaktor

Eine ausgewogene, bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie gesundheitsfördernde Ernährung mit ausreichender Energie- und Nährstoffzufuhr durch vollwertige Kost sowie hochwertige Lebensmittel ist essentiell für die optimale physische und psychische Entwicklung, Wohlbefinden sowie Prävention ernährungsbedingter Erkrankungen über die ganze Lebensspanne hinweg. Falsche, in der Kindheit erworbene Ernährungsgewohnheiten ziehen langfristige, bis ins Erwachsenenalter hineinreichende, gravierende gesundheitliche Schäden nach sich und führen so zu einem breiten Spektrum an ernährungsassoziierte Krankheiten (siehe Kapitel 1.6.2.). Der Großteil der heutzutage als Zivilisationskrankheiten zusammengefassten, durch einen ungesunden Lebens- und insbesondere Ernährungsstil hervorgerufenen Erkrankungen, wird zwar erst im späteren Erwachsenenalter für die Betroffenen klinisch relevant, die Ursachen bestehen doch meist seit dem Kindesalter. (1,27)

Aufgrund rasch wachsender Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas als mittlerweile häufigstes Gesundheitsproblem des Kindesalters in Industrienationen rücken gesundheitspolitische Maßnahmen und gesamtgesellschaftliche Interventionen zur Schaffung einer ein gesundes Ernährungsverhalten fördernden Lebenswelt unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen wie Chancengerechtigkeit und Nachhaltigkeit in den Vordergrund. Die langfristige Erleichterung der gesünderen Wahl, Förderung von Gesundheits- und Ernährungskompetenzen, sowie Verankerung entsprechender Strategien im elementarpädagogischen Setting als auch Etablierung von qualitätssichernden Maßnahmen und Analysemethoden zählen zu den zentralen Herausforderungen aktueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung in elementaren Bildungs- und Betreuungseinrichtungen. Erste Studienergebnisse bestätigen bereits, dass sich entsprechende Bemühungen lohnen. Gezielte gesundheitsförderliche Interventionen im elementarpädagogischen Setting in Bezug auf eine gesunde Ernährung wirken sich positiv auf das ernährungsbezogene Verhalten von Kindern und deren Angehörigen aus. (27–29)

1.5.1. Ernährungszustand

Der Ernährungszustand beschreibt die Körperzusammensetzung in Bezug auf den Körperfettanteil in Relation zu Körpergröße, Alter und Geschlecht. Er wird durch das Ernährungs-, aber mitunter auch durch das Bewegungs- sowie allgemeine Gesundheitsverhalten über langfristige Zeit hinweg beeinflusst. (29)

Zur Ermittlung des Ernährungszustandes stehen sowohl anthropometrische Verfahren wie z.B. der Body-Mass-Index, kurz BMI, als auch komplexere apparative Messmethoden zur Verfügung. Dabei erlauben insbesondere anthropometrische Verfahren eine sehr rasche, einfache und meist kostengünstige Abschätzung des Körperfettgehalts und eine damit einhergehende schnelle Beurteilung von Ernährungsdefiziten sowie Rückschlüsse auf das ggf. vorhandene Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen. (29,30)

Der Body-Mass-Index als seitens Weltgesundheitsorganisation definiertes Standardmaß zur Festlegung des relativen Körpergewichts sowie gebräuchlichste und nützlichste konventionelle Messmethode zum Monitoring und Dokumentation des Ernährungszustandes wird über folgende Formel berechnet (29,30):

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht in Kilogramm} / (\text{Körpergröße in Meter})^2$$

In alters- sowie geschlechtsunabhängiger Betrachtung gelten für Erwachsene folgende international gültigen Referenzwerte (30):

BMI Referenzwerte für Erwachsene	
<i>Untergewicht</i>	kleiner 18,5kg/m ²
<i>Normalgewicht</i>	zwischen 18,5kg/m ² und 24,9kg/m ²
<i>Übergewicht</i>	zwischen 25kg/m ² und 29,9kg/m ²
<i>Adipositas 1</i>	zwischen 30kg/m ² und 34,9kg/m ²
<i>Adipositas 2</i>	zwischen 35kg/m ² und 39,9kg/m ²
<i>Adipositas 3</i>	ab 40kg/m ²

Tabelle 2 - BMI Referenzwerte für Erwachsene (30)

Aufgrund der im kindlichen Wachstum noch relativ rasch schwankenden Relation von Körpergewicht, Körpergröße und Körperfettanteil finden bei Kindern eigene Referenzwerte zur Verwendung in Kombination mit in der Kinderheilkunde gebräuchlichen statistischen Wachstums- bzw. Perzentilenkurven Anwendung. Im deutschsprachigen Raum haben sich hierbei die Referenzkurven nach Krohmeier-Hausschild etabliert (31):

BMI Referenzwerte für Kinder

<i>Untergewicht</i>	kleiner 10. Perzentile
<i>Normalgewicht</i>	10. bis 90. Perzentile
<i>Übergewicht</i>	über der 90. Perzentile
<i>Adipositas</i>	über der 97. Perzentile

Tabelle 3 - BMI Referenzwerte für Kinder (31)

1.5.2. Ernährungsverhalten

Das zur detaillierten Beschreibung der Ernährungsverhältnisse zusätzlich zum Ernährungszustand zu analysierende Ernährungsverhalten wird durch die individuelle Auswahl an Lebensmitteln, Zusammensetzung der Ernährung, Portionsgrößen und Nährstoffaufnahme sowie Essgewohnheiten definiert. Zusätzlich spielt auch die Auswahl von qualitativ hochwertigen Lebensmitteln unter Anbetracht von Faktoren wie Regionalität, Saisonalität, biologischer Landwirtschaft sowie Vermeidung von Müll eine zentrale Rolle in gesundheitsförderlichen und verantwortungsvollem Ernährungsverhalten. (29)

Unsere Art und Weise der Ernährung entspricht einer Kumulation an erlerntem Verhalten und Gewohnheiten, gewonnen aus unseren Lebensräumen und beeinflusst durch gustatorische Neigungen sowie soziokulturelle Bedingungen. Falsche Ernährungsgewohnheiten führen zu Nährstoff- bzw. Energieüberschuss oder -mangel mit konsekutiver Störung der physischen und geistigen Entwicklung sowie Leistungsfähigkeit. (30,32)

Zahlreiche Institutionen der Gesundheits- und Ernährungswissenschaften bieten heutzutage wissenschaftlich fundierte Ernährungsempfehlungen in Bezug auf das Ernährungsverhalten an. Für Kinder und Jugendliche im deutschsprachigen Raum finden heutzutage insbesondere die Vorgaben seitens Deutscher Gesellschaft für Ernährung sowie Forschungsdepartment für Kinderernährung (siehe Kapitel 1.7.) Anwendung. Oft mangelt es jedoch nicht am Wissen, sondern daran, dieses in entsprechendes alltägliches Verhalten auf gesundheitsförderliche Art und Weise zu integrieren und umzusetzen. Methoden der Gesundheitsförderung und -erziehung sollten demnach einen partizipatorischen und niederschweligen, gesamtgesellschaftlichen Zugang im Sinne einer Kombination aus Wissensvermittlung und Veränderung entsprechender Lebenswelten anstreben. Um dieses Ziel zu erreichen ist es umso wichtiger, dass verantwortliche Politikbereiche zusammenarbeiten und umdenken. (15,27,33)

1.6. Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas stellen das weltweit am rasantesten wachsende sowie mittlerweile, statistisch als auch sprichwörtlich, schwerwiegendste Gesundheitsproblem dieses Jahrhunderts dar. Die weltweit äußerst rasch und kontinuierlich steigende Prävalenz in allen Regionen, Bevölkerungsschichten sowie Altersgruppen zwingt Gesundheitsinstitutionen sowie Politik zügig effektive Maßnahmen zu entwickeln, zu etablieren und zu evaluieren, um weitere gesundheitspolitische Folgen nach Möglichkeit einzudämmen. (1,17,32,34)

Übergewicht wird als eine durch meist Fehl- und Überernährung bedingte, über die Norm hinausgehende Körpergewichtserhöhung definiert. Kommt es dabei im weiteren Verlauf zu einer pathologisch hohen Ansammlung von Fettgewebe in Relation zu Alter und Geschlecht, spricht man von Adipositas, einer chronischen Gesundheitsstörung mit Krankheitswert und damit in Verbindung stehender extrem erhöhter Morbidität und Mortalität. (30,32)

Laut Weltgesundheitsorganisation hat sich der weltweite Anteil Adipöser seit dem Jahr 1980 mehr als verdoppelt. Im Jahre 2016 waren ganze 39 Prozent der erwachsenen Weltbevölkerung über 18 Jahre übergewichtig sowie 13 Prozent adipös. In den meisten Nationen sterben heutzutage mehr Menschen an den Folgen und Begleiterkrankungen von Übergewicht sowie Adipositas als wie an Untergewicht und entsprechender Komorbiditäten. (35)

In der Altersgruppe der Fünf- bis 17-jährigen galten im Jahr 2003 7,3 Prozent weltweit als übergewichtig und 2,7 Prozent als adipös. Umgelegt auf Europa entspricht dies einem Anteil von 15,5 Prozent übergewichtiger sowie 5,5 Prozent adipöser Kinder sowie Jugendliche im Alter von fünf bis 17 Jahren im Jahr 2003. In den noch jüngeren Generationen zeichneten sich noch drastischere Entwicklungen ab, so waren bereits 3,6 Prozent aller Kinder unter fünf Jahren weltweit adipös. Innerhalb von nur 40 Jahren, zwischen 1975 und 2015, hat sich der weltweite Anteil übergewichtiger sowie adipöser Kinder im Alter von fünf bis 19 Jahren von 4,0 Prozent auf 18 Prozent mehr als vervierfacht. (32,36)

Auch in Österreich zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Wurden 2003 noch Werte von 37 Prozent an übergewichtigen sowie 9,1 Prozent an adipösen Erwachsenen publiziert, ergab die Gesundheitsbefragung 2007 bereits ein Ergebnis von 35,9 Prozent an Übergewichtigen sowie 12,8 Prozent an Adipösen. Im Jahre 2014 immerhin 32,6 Prozent Übergewichtige sowie mit 14,4 Prozent an Adipösen ein neuer Rekordwert. (22,29)

Statistisch gesehen sind dabei Männer häufiger übergewichtig, Frauen eher adipös. Insbesondere Individuen aus sozioökonomisch schwächeren Schichten sowie mit Migrationshintergrund weisen eine besonders hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas auf. Bei Kindern steigt aktuellen Zahlen nach hinzukommend nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Beständigkeit von Übergewicht, Adipositas sowie deren gesundheitlichen Folgen ins Erwachsenenalter hinein zeigt sich mittlerweile als bestätigt. (32,34)

1.6.1. Ätiologie, Risiko- und Schutzfaktoren

Die Entstehung von Übergewicht und Adipositas versteht sich als multifaktorieller Prozess. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen insbesondere ein inaktiver, passiver Lebensstil sowie starker Konsum energiedichter, nährstoffarmer Lebensmittel in einer heutzutage weit verbreiteten adipogenen Umwelt. Fehlende alltägliche Bewegungsanreize aufgrund primär sitzender Tätigkeiten und fortschreitenden Transporttechnologien, eine passive Freizeitgestaltung, die schnelle Verfügbarkeit und massive Bewerbung günstiger, nährstoffarmer, aber energiedichter Lebensmittel sowie großer Portionsgrößen und gleichzeitig steigender Außer-Haus-Verzehr führen zu einem Anstieg des Körperfettgehalts aufgrund einer fortwährend positiven Energiebilanz. Hinzukommende Risikofaktoren wie Vererbung, Grunderkrankungen, Medikamente, psychische Belastung sowie sozioökonomische Benachteiligung oder soziokulturelle Bedingungen können diesen Effekt verstärken. Insbesondere das Vorhandensein eines nur niedrigen Bildungsniveaus sowie geringem Einkommen bei gleichzeitiger Wohnhaft in städtischen Gebieten gelten als zusätzliche belastende Umweltbedingungen für die Entstehung von Übergewicht. (32,34)

Sowohl Bewegungs- als auch Ernährungsverhalten können durch Lebensstilmodifikation im Sinne regelmäßiger körperlicher Aktivität, Steigerung der Ballaststoffaufnahme sowie Optimierung von Umgebungsfaktoren, welche eine gesunde Lebensmittelauswahl ermöglichen, beeinflusst werden. Im Fokus dieser Arbeit stehende ernährungsbasierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung gelten somit als essentielle Bestandteile zur Eindämmung der weltweiten Progredienz von Übergewicht, Adipositas und entsprechender Komorbiditäten. (32,34)

1.6.2. Assoziierte Erkrankungen

Pathologisch erhöhtes Übergewicht steht in engem Zusammenhang mit einer stark erhöhten Mortalität und Morbidität. Neben direkten physischen und psychischen, teils chronischen, Folgeerkrankungen des Übergewichts stehen auch zahlreiche Begleiterkrankungen im Fokus multipler alarmierender Berichte zu kurz- als auch langfristigen Folgen der Adipositas. Insbesondere bei bereits im jungen Alter unter Adipositas leidenden Menschen kommt es zu einer Verkürzung der Lebenserwartung von bis zu mehr als einem Jahrzehnt. (32,34,37)

Die meisten mit Übergewicht bzw. Adipositas assoziierten, physischen Erkrankungen treten erst im langfristigen Verlauf, sozusagen im Erwachsenenalter, als weitläufig bekannte Zivilisationskrankheiten auf. Die pathophysiologischen Prozesse in Zusammenhang mit Übergewicht unterliegen dabei einem komplexen Zusammenspiel meist multifaktorieller Genese. Neben der hochaktiven endokrinen Funktion des bei Adipositas gut ausgeprägten viszeralen Fettdepots wirken so mitunter auch metabolische als auch physikalische Mechanismen krankheitsverursachend. (32)

Zu den mit Übergewicht und Adipositas assoziierte Komorbiditäten zählen unter anderem folgende Erkrankungen und Beschwerden (32,38):

- **Kardiovaskuläre Erkrankungen** wie Arteriosklerose, arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinfarkt, Beinvenenthrombosen sowie ein erhöhtes Operations- und Narkoserisiko stellen die führende Todesursache

in Industrieländern dar, die jedoch durch Lebensstilmodifikation zum größten Teil verhindert werden könnten.

- **Metabolische Störungen** im Rahmen eines metabolischen Syndroms sowie Dyslipidämien, Insulinresistenz, Diabetes mellitus Typ 2 (mit Übergewicht und Adipositas als Hauptverursacher), Hyperurikämie oder Gicht.
- **Malignome** wie z.B. Brust-, Endometrium- oder Kolonkarzinome werden durch falsche Ernährung mit z.B. hoher Zufuhr an Salz und Fett sowie gleichzeitig geringem Konsum von Obst und Gemüse in Kombination mit bei diesem Ernährungsstil meist vorliegendem Übergewicht gehäuft diagnostiziert. Mitausschlaggebend ist hier insbesondere die endokrine Funktion viszeralen Fettgewebes bei Vorliegen hormonsensitiver entarteter Zellen.
- **Respiratorische Beschwerden** wie z.B. Atemnot und Schlafapnoe, zum Teil im Rahmen kardiorespiratorischer Insuffizienz.
- **Orthopädische Beschwerden** des Stütz- und Bewegungsapparates wie Rückenschmerzen, Arthrosen oder Osteoarthritis insbesondere der Knie.
- **Gastrointestinale Folgen** wie Gallenblasen- oder Lebererkrankungen.
- **Dermatologische Erkrankungen** durch Überbeanspruchung wie z.B. Zellulitis, Stasis-Dermatitis, Nekrosen oder Pannikulitis sowie diabetisch bedingte Durchblutungs- und Wundheilungsstörungen
- **Störungen des Sexualhormonhaushalts**, Infertilität, polyzystisches Ovarialsyndrom, fetale Defekte sowie Schwangerschaftskomplikationen.
- **Psychische Belastungen und Probleme** aufgrund Stigmatisierung, Selbstwertminderung, sozialer Diskriminierung, Unzufriedenheit und Depression.

Laut österreichischem Adipositasbericht 2006 entfallen allein 45 Prozent aller Erkrankungsfälle der arteriellen Hypertonie, 85 Prozent aller Diabetes mellitus Typ 2 Diagnosen, 18 Prozent der Fälle von Hypercholesterinämie sowie 35 Prozent aller koronaren Herzkrankheiten auf Adipositas als Hauptverursacher. (32)

Neben erwähnten physischen und psychischen Erkrankungen sowie Beschwerdebildern kommt es durch Übergewicht und Adipositas zusätzlich zu einer maßgeblichen Reduktion der Lebensqualität in Bezug auf Vitalität und Mobilität. Auch schulische und berufliche Chancen unterliegen einem meist negativen Einfluss im Falle einer womöglich bestehenden Adipositas. (32)

1.7. Aktuelle Ernährungsempfehlungen für Kinder

Aktuelle ernährungswissenschaftliche Empfehlungen in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Ernährung von Kleinkindern im Alter von ein bis sechs Jahren unterliegen im deutschsprachigen Raum einem weitläufigen Konsens. Federführend wirkten die letzten Jahre hierbei insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Ernährung sowie das ehemalige Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund, welches mittlerweile als Forschungsdepartment für Kinderernährung Bochum neu aufgestellt wurde. (27,33)

1.7.1. Nährstoffbezogene Empfehlungen

Als Basis nährstoffbezogener Referenzwerte gelten die seitens Deutscher Gesellschaft für Ernährung, kurz DGE, gemeinsam mit der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, ÖGE, Schweizerischen Gesellschaft für Ernährungsforschung sowie Schweizerischen Vereinigung für Ernährung publizierten und erst rezent im Jahre 2017 überarbeiteten D-A-CH-Leitwerte. Diese wurden im gesamten deutschsprachigen Raum sowie in umliegenden Ländern des mitteleuropäischen Raums wie z.B. Slowenien oder Tschechien nahezu ident übernommen und akzeptiert. (17)

Der sich aus einem Grundumsatz zur Aufrechterhaltung der Körperfunktionen sowie Arbeitsumsatz im Sinne körperlicher Aktivität zusammensetzende Energiebedarf wird primär durch Kohlenhydrate, Fette und Proteine gedeckt, welche allesamt ebenso über spezifische ernährungsphysiologische Bedeutungen verfügen. Grob orientierend sollte eine gesunde Kinderernährung mit dem Ziel ausreichender Energiezufuhr sowie adäquater Versorgung mit essentiellen Nährstoffen nach einem initial im Säuglingsalter sehr hohen Fettbedarf von 50 Prozent und darauffolgender Übergangsphase im Kleinkindalter etwa 30-35 Prozent Fettanteil beinhalten. Kohlenhydrate, im besten Fall jene hochwertiger Art und Natur, sollten zu einem Mindestanteil von 50 Prozent in der Kost beinhaltet sein. Der dritte Grundbestandteil bzw. Klasse an Makronährstoffen unserer Ernährung, die Proteine, reduzieren sich mit sinkender Wachstumsgeschwindigkeit von ca. 1,0g in

den ersten drei Lebensjahren auf 0,9g pro Kilogramm Körpergewicht. Die Nährstoffdichten z.B. Vitamine und Mineralstoffe bleiben ab dem zweiten Lebensjahr in Relation zur Energiezufuhr über die weitere Lebensspanne weitestgehend konstant (27,33):

Empfohlene Nährstoffzufuhr pro Tag für Kinder

	1-3 Jahre	4-6 Jahre
<i>Energie (kcal)</i>	1100 (m) bzw. 1000 (w)	1500 (m) bzw. 1400 (w)
<i>Protein (g/kg/tag)</i>	1,0	0,9
<i>Essenzielle Fettsäuren n6/n3 (% der Energie)</i>	3,0/0,5	2,5/0,5
<i>Vitamin a (mg RÄ)</i>	0,6	0,7
<i>Vitamin d (µg)</i>	5	5
<i>Thiamin (mg)</i>	0,6	0,8
<i>Riboflavin (mg)</i>	0,7	0,9
<i>Vitamin b6 (mg)</i>	0,4	0,5
<i>Folsäure (µg RÄ)</i>	200	300
<i>Vitamin b12 (µg)</i>	1,0	1,5
<i>Vitamin c (mg)</i>	60	70
<i>Kalzium (mg)</i>	600	700
<i>Magnesium (mg)</i>	80	120
<i>Eisen (mg)</i>	8	8
<i>Jod (µg)</i>	100	120

Tabelle 4 - Empfohlene Nährstoffzufuhr für Kinder (33)

Diese nährstoffbasierten, wissenschaftlich fundierten Vorgaben stellen eine nützliche Orientierungshilfe dar, müssen jedoch erst alltagstauglich und leicht verständlich aufbereitet werden. Die Übersetzung in gemeingesellschaftlich umsetzbare und lebensmittelbezogene Empfehlungen stellt eine essentielle Bedingung zur erfolgreichen Etablierung empfohlener Ernährungsstandards im Sinne einer gesundheitsförderlichen Strategie dar. (27)

1.7.2. Lebensmittelbezogene Empfehlungen

Das deutsche Forschungsinstitut für Kinderernährung entwickelte im Rahmen der „Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinal Designed Study“ (DONALD) und damit verbundener Untersuchungen von Ernährung, Stoffwechsel, Wachstum, Entwicklung sowie des Versorgungsstatus deutscher Kinder lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen für Kinder und Jugendliche auf Basis der D-A-CH-Referenzwerte der Nährstoff- und Energiezufuhr. Das Konzept der optimierten Mischkost, optiMIX®, soll dabei für eine adäquate, gesundheitsförderliche Ernährung anhand dem Alter entsprechender optimaler Verzehrsmengen unter Berücksichtigung bester Versorgung für Wachstum und Entwicklung sorgen. (27)

Die Basis stellen dabei entsprechend den Referenzwerten erstellte 7-Tages-Spiesepläne dar, welche nährstoffbezogen durchschnittlich 13,8 Prozent Proteine, 32,8 Prozent Fette (10,3 Prozent gesättigt, 15,2 Prozent einfach ungesättigt, 7,3 Prozent mehrfach ungesättigt) sowie 53,4 Prozent Kohlenhydrate in Bezug auf den altersgerechten Energiebedarf liefern. Mikronährstoffe wie Mineralien oder Vitamine werden durch die optimierte Mischkost suffizient und altersadaptiert zugeführt. Lediglich empfohlene Folsäuremengen können nicht zur Gänze gedeckt werden und sollten durch Verwendung von folsäureangereichertem, jodiertem sowie fluoridiertem Speisesalz ausgeglichen werden. Zu jeder Mahlzeit sowie auch zwischen den Mahlzeiten sollten ausreichend energiefreie bzw. -arme Getränke wie z.B. Wasser oder Tee zur Verfügung stehen. (27)

Bezugnehmend auf eine optimale, gesundheitsförderliche Versorgung sollen mindestens 90 Prozent des Energie- sowie 100 Prozent des Nährstoffbedarfs über empfohlene, nährstoffdichte Lebensmittelgruppen und lediglich 10 Prozent des Energiebedarfs mittels geduldeter Lebensmittel gedeckt werden. Die empfohlenen Lebensmittelgruppen werden wiederum in die drei Kategorien bzw. Grundsätze entsprechend eines Ampelsystems bzw. ggf. auch Pyramidensystems zur Veranschaulichung unterteilt (27):

- **Reichlich:** Energiefreie- und arme Getränke, Obst, Gemüse sowie hochwertige Kohlenhydratquellen wie Vollkornbrot, Kartoffeln oder Reis stellen die Basis

einer ausgewogenen Ernährung dar und liefern wichtige Mineralstoffe, Vitamine, Ballaststoffe bei gleichzeitig geringer Fett- und Energiezufuhr.

- **Mäßig:** Tierische Produkte wie Milch, Milchprodukte, Fleisch und Wurstwaren, Fisch und Eier sorgen für eine ausreichende Zufuhr an Kalzium, Jod, Eisen und Zink, sollten jedoch in Maßen konsumiert werden.
- **Sparsam:** Nur genügsam sollten stark fett- und zuckerhaltige Lebensmittel wie Fette, Öle, Süßigkeiten, süße Speisen, Limonaden und Snackartikel verwendet werden. Der Fokus sollte auf hochwertige Produkte gelegt werden.

Dabei überschneidet sich die Kategorie „Sparsam“ mit den zuvor genannten „geduldeten“ Lebensmitteln, zu welchen Süßigkeiten, Knabberartikel oder gesüßte Getränke wie Limonaden zählen. Von diesen sollten nur geringe Mengen in genüsslichem Kontext konsumiert werden. Eine strikte Meidung entsprechender nährstoffarmer, energiereicher und eher weniger gesundheitsförderlicher Lebensmittel wäre jedoch ernährungspädagogisch nicht zielführend, die Vermittlung eines korrekten, maßvollen Umgangs hingegen schon. Aus diesem Grund werden unter Bedachtnahme entsprechender Verhältnismengen auch von Kindern oft begehrte, aber als ungesund erachtete Lebensmittel erlaubt. (27)

Gesunde Ernährung zwanghaft umzusetzen ist langfristig gesehen nicht möglich, die Freude am Essen sollte stets im Vordergrund stehen. Auch sollten Kinder niemals zum Essen gezwungen werden. Um eine Überernährung zu verhindern, müssen Kinder selbst entscheiden können, wie viel sie essen möchten. Generell gilt, dass zur einfachen Umsetzung im familiären als auch institutionellen Setting der lebensmittelbasierten Ernährungsempfehlungen von optiMIX® es keiner speziellen Kinderlebensmittel oder Produkte bedarf. (27)

Altersgemäße Lebensmittelverzehrungen in der optimierten Mischkost unter Berücksichtigung der drei Grundsätze ausgewogener Ernährung

	1 Jahr	2-3 Jahre	4-6 Jahre
Gesamtenergie (kcal/Tag)	850	950	1250

Empfohlene Lebensmittel \geq 90 Prozent der Gesamtenergie

Reichlich (78 Prozent)			
Getränke (ml/Tag)	600	700	800
Gemüse (g/Tag)	120	150	200
Obst (g/Tag)	120	150	200
Kartoffeln, Nudeln (g/Tag)	120	140	180
Brot, Getreide (g/Tag)	80	120	170
Mäßig (17 Prozent)			
Milch, -produkte (ml/Tag)	300	330	350
Fleisch, Wurst (g/Tag)	30	35	40
Eier (Stk./Woche)	1-2	1-2	2
Fisch (g/Woche)	25	35	50
Sparsam (5 Prozent inkl. geduldeter Lebensmittel)			
Öl, Margarine, Butter (g/Tag)	15	20	25
Geduldete Lebensmittel (\leq 10 Prozent der Gesamtenergie)			
Süßwaren, Knabberartikel, Limonade (max. kcal/Tag)	85	95	125

Tabelle 5 - Altersadaptierte Verzehrmenngen der optimierten Mischkost (27)

Die seitens österreichischem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) und der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) unter Unterstützung der nationalen Ernährungskommission (NEK) im Jahre 2012 ins Leben gerufenen Maßnahme „Richtig essen von Anfang an!“ (REVAN) bezieht ihre erarbeiteten, lebensmittelbasierten Ernährungsempfehlungen für Kinder zwischen ein und drei Jahren aufgrund ähnlicher Ernährungsmuster im gesamten deutschsprachigen Raum auf die Vorgaben des optiMIX® Konzepts. Zusätzlich wurden zur weiteren Vereinfachung in der alltäglichen Umsetzung lebensmittelbasierte Portions- und Mengeneempfehlungen für Kinder im Alter von ein bis drei Jahren publiziert. (1,39)

Zu beachten gilt jedoch, dass die definierten Mengen lediglich durchschnittliche Richtwerte bei moderater körperlicher Aktivität anhand statistischer Auswertungen darstellen, und nicht zur Beurteilung des Ernährungsverhaltens eines einzelnen Kindes herangezogen werden sollten. Eine individuelle Berücksichtigung von Bedürfnissen, Vorlieben oder Abneigungen gegenüber Lebensmitteln ist wichtiger als altersgemäße Ernährungsempfehlungen und -richtlinien. Ein Fokus sollte auf das Verhältnis der Lebensmittelgruppen zueinander gelegt werden. (27)

1.7.3. Mahlzeitenbezogene Empfehlungen

Zusätzlich zu den genannten lebensmittelbezogenen Empfehlungen stellt das Forschungsdepartment für Kinderernährung Deutschland im Rahmen des Konzepts der optimierten Mischkost Empfehlungen zu Mahlzeitenfrequenz und mahlzeiteinspezifischer Nährstoff- bzw. Lebensmittelverteilung zur Verfügung. Regelmäßige Mahlzeiten bieten Kindern Struktur, Ernährungsqualität und verhindern die Entstehung von Übergewicht. Empfohlen werden fünf Mahlzeiten in gleichmäßigen Abständen am Tag (27):

- **Zwei kalte Hauptmahlzeiten:** Frühstück und Abendessen haben Milch oder Milchprodukten zur Basis. Hinzu kommen Obst oder rohes Gemüse, ein belegtes Brot oder Getreideprodukte wie Flocken oder Müsli. Beide kalten Hauptmahlzeiten liefern jeweils 25 Prozent der täglich notwendigen Energie.

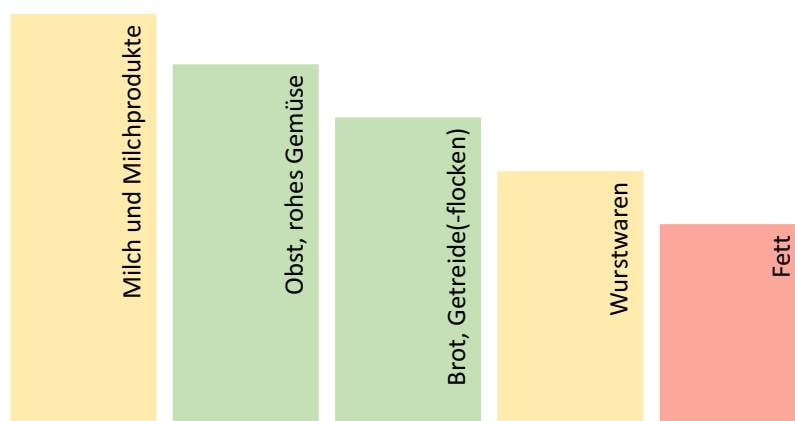


Abbildung 3 - Lebensmittelverteilung kalte Hauptmahlzeiten, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27)

- **Warme Hauptmahlzeit:** Ein warmes Mittagessen (oder Abendessen) besteht zu einem Großteil aus wertigen Kohlenhydratquellen wie Kartoffeln, Reis oder Vollkornnudeln, hinzu kommt reichlich Gemüse oder Salat. Dreimal pro Woche sollte eine kleine Portion, sozusagen als „Beilage“, mageres Fleisch, und einmal pro Woche Fisch serviert werden. Die restlichen Tage werden vegetarische Speisen mit Hülsenfrüchten oder anderen Getreiden empfohlen. Die warme Hauptmahlzeit deckt ebenfalls 25 Prozent des täglichen Energiebedarfs.

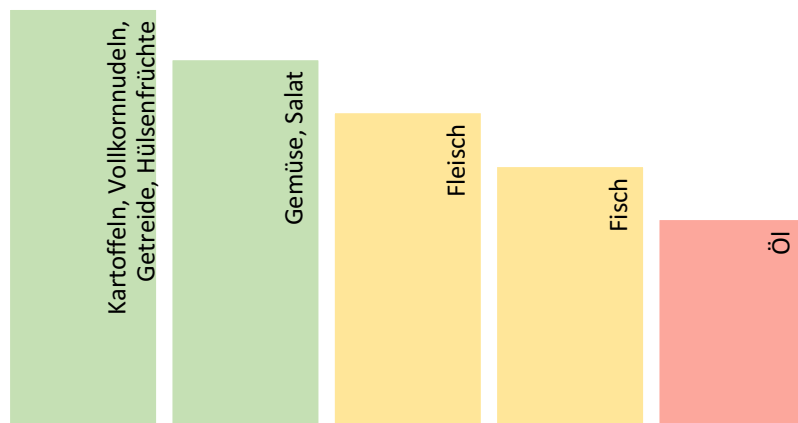


Abbildung 4 - Lebensmittelverteilung warme Hauptmahlzeit, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27)

- **Zwei kleinere kalte Zwischenmahlzeiten:** Vormittags und nachmittags sollten primär Obst oder rohes Gemüse mit etwas Brot oder Getreideflocken sowie eine Portion Milch bzw. Milchprodukt am Teller landen. Diese Zwischenmahlzeiten decken jeweils 12,5 Prozent des Tagesenergiebedarfs.

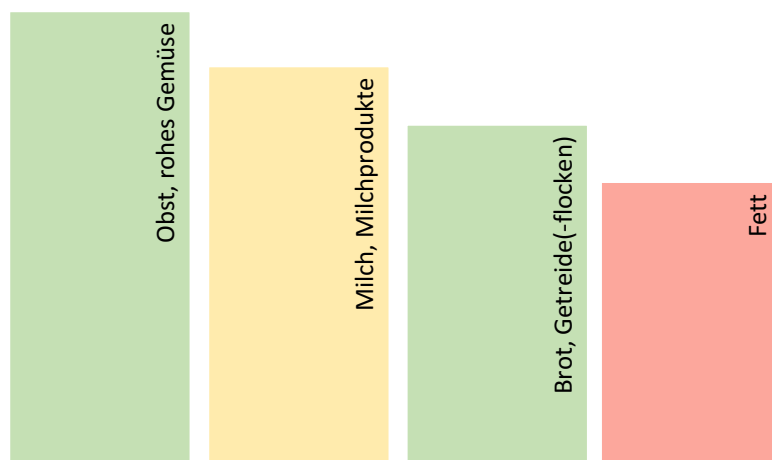


Abbildung 5 - Lebensmittelverteilung kalte Zwischenmahlzeiten, Eigendarstellung in Anlehnung an optiMIX® 2013 (27)

2. Material und Methoden

Bei der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeit handelt es sich um das Ergebnis einer strukturierten Literaturrecherche mit konsekutiver Aufbereitung sowie quantitativer Inhaltsanalyse zum Thema ernährungsfokussierter frühkindlicher Gesundheitsförderung und -erziehung.

Im Rahmen der strukturierten Literaturrecherche wurden die Bibliothekskataloge der Medizinischen Universität Graz sowie Karl-Franzens-Universität Graz, die fach einschlägige Literaturdatenbank PubMed, Websites von Institutionen des österreichischen und internationalen Gesundheitswesens wie z.B. Weltgesundheitsorganisation, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie Fonds „Gesundes Österreich“, als auch wissenschaftliche Journals aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Ernährungswissenschaften im deutschsprachigen Raum durchsucht. Hinzukommend wurden Referenzen bereits erhobener Literaturquellen nach weiteren relevanten Publikationen abgesucht und diese verarbeitet. Der Zugang zur medizinischen Literaturdatenbank PubMed der U.S. National Library of Medicine wurde seitens Bibliothek der Medizinischen Universität Graz zur Verfügung gestellt.

Die Suche in Datenbanken und Registern erfolgte dabei mithilfe verschiedener boolescher Kombinationen der Schlagwörter „Gesundheit“, „Gesundheitsförderung“, „Prävention“, „Ernährung“, „Kinder“, „Kindergarten“, „Gesundheitspolitik“, „Adipositas“, „Übergewicht“, „Nährstoffe“, „BMI“, „Ernährungszustand“ und „Ernährungsverhalten“ über einen aufgrund der bedürftigen Datenlage auf 20 Jahre erweiterten Publikationszeitraum, ausgenommen Grundlagenliteratur, in den Sprachen Deutsch und Englisch. Formale Qualitätskriterien beinhalteten dabei die Anführung von AutorInnen, Publikationsjahr und -ort sowie die Nutzung fundierter, evidenzbasierter Quellen.

Die Verwaltung, Archivierung sowie Referenzierung erhobener Literatur erfolgte mithilfe des frei erhältlichen Literaturverwaltungsprogramms Mendeley.

Bei der Verarbeitung recherchierter Literaturquellen wurde ein inhaltlicher Schwerpunkt hinsichtlich Inkludierung auf die Auswertung rezenter, evidenzbasierter Daten zum Ernährungszustand österreichischer Kleinkinder im Alter von ein bis sechs Jahren im Vergleich zu bereits bestehenden Vergleichsstudien der letzten Jahre gelegt. Hinzukommend wurden aktuelle Ernährungsempfehlungen, Möglichkeiten des Settings elementarer Bildungseinrichtungen sowie bestehende Maßnahmen und deren Wirksamkeit in Anbetracht vorliegender Daten zum Ernährungszustand in Österreich bzw. deutschsprachigen Raum analysiert. Einen Rahmen sollen allgemeine Daten und Definitionen zu Gesundheit, Prävention und Ernährung bilden.

Die Literaturrecherche endete am 31.01.2019.

3. Ergebnisse

Im Folgenden wird näher auf die rezenten Entwicklungen in Bezug auf die ernährungsbezogene Gesundheitssituation österreichischer Kinder eingegangen. Sowohl der Ernährungszustand als auch das Ernährungsverhalten sollen im Verlauf der letzten 20 Jahre nach Maßgabe vorhandener Daten aufgezeigt und analysiert werden. Die Entwicklungen des Ernährungsverhaltens sollen dabei in Bezug auf die zuvor genannten Ernährungsempfehlungen umgelegt und deren Einhaltung sowie Verbesserungspotentiale aufgezeigt werden.

Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Überwachung und Berichterstattung von ernährungsbezogenen Gesundheitsdaten österreichischer Kinder sowie Sichtbarmachung etwaiger Mängel in Anbetracht rezenter und aktuell vorliegender gesundheitspolitischer Ankündigungen und Zielsetzungen gelegt werden.

Hinzukommend werden über die letzten Jahre hinweg getroffene gesundheitspolitische Stellungnahmen, Strategien und Interventionen der Gesundheitsförderung sowie präventivpolitische Ansätze und Handlungsempfehlungen der österreichischen Regierung angeführt und mögliche Folgen entsprechender Maßnahmen reflektiert.

3.1. Entwicklung des Ernährungsverhaltens sowie -zustandes im Kleinkindalter binnen der letzten 20 Jahren in Österreich

Die Datenlage zum Ernährungsverhalten sowie -zustand Österreichischer Kinder ist in zweierlei Hinsicht besorgniserregend. Zum einen scheint sich die Prävalenz von sowohl Übergewicht als auch Adipositas und damit einhergehender Erkrankungen im frühen Kindesalter und in den darauffolgenden Entwicklungsjahren nach wie vor in raschen Schritten zu steigern bzw. auf einem hohen Niveau zu befinden und das Ernährungsverhalten trotz zahlreicher Vorgaben und Empfehlungen nicht zu bessern. Andererseits ist die Datenbasis zur Ernährungssituation von Kindern im Vorschulalter denkbar schlecht und für effektive gesundheitsförderliche Maßnahmen mehr als unzureichend. (17,32)

Die letzte tatsächliche Erhebung von ernährungsbezogenen als auch allgemeinen Gesundheitsdaten österreichischer Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren fand im Jahre 2003 im Rahmen des österreichischen Ernährungsberichts 2003 statt, somit mehr als 15 Jahre zurückliegend. Hinsichtlich der noch jüngeren Generationen gab es bis heute noch keine Evaluierung über deren Ernährungszustand oder -verhalten im gesamten deutschsprachigen Raum, obwohl bereits seit Jahren klare, ausführliche Ernährungsempfehlungen für diese als auch die zuvor erwähnte Altersgruppe vorliegen. Elementare Bildungseinrichtungen unterliegen keinerlei ärztlicher Betreuung, wodurch basale präventivmedizinische Daten nicht erhoben, dokumentiert oder ausgewertet werden. Ergebnisse der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen des frühkindlichen Alters entsprechen keinen standardisierten Auswertungsstrategien und werden weder zentral elektronisch gesammelt noch analysiert. (9,17,29)

Mit seit über 15 Jahren nicht aktualisierten bzw. ausführlicher erhobenen Daten der Entwicklung der Ernährungssituation in Bezug auf gesundheitsförderliche bzw. -schädigende Aspekte in Österreich bei sich heutzutage gleichzeitig äußerst rasch ändernder Lebens- und Umweltbedingungen (z.B. Lebensmittelangebot, Ernährungsgewohnheiten und -trends, Bewegungsausmaß, Gesundheitsrisiken) ist eine vage Abschätzung der aktuellen Versorgung sowie des ernährungsbezogenen

Gesundheitszustandes von Kindern im frühen Kindesalter lediglich anhand einer rückwirkenden Betrachtung aktueller Ergebnisse älterer Kinder möglich. Selbst auf diesem Weg stößt man jedoch auf limitierende Faktoren, als auch Kinder im Volksschulalter kaum Beachtung im Rahmen nationaler Ernährungsanalysen finden und schulärztliche Untersuchungen seit einigen Jahren aufgrund der teils sehr unterschiedlichen Beurteilungsschemata, Ausführlichkeit sowie Subjektivität ebenso nicht mehr zentral ausgewertet werden. Einzig die im weiteren Verlauf erwähnten österreichischen Ernährungsberichte 2008 sowie 2012 berücksichtigen teilweise Schulkinder von sieben bis 14 Jahren. Die häufig referenzierte „Health Behaviour in School-Aged Children“-Studie der Weltgesundheitsorganisation, kurz HBSC, erst Schulkinder ab 11 Jahren, und dies auch in einem statistisch gesehen nur bedingt aussagekräftigen Modus des Selbstberichts. (1,17,40)

3.1.1. Österreichischer Ernährungsbericht

Der österreichische Ernährungsbericht wird seit 1998 im Rahmen der österreichischen Studie zum Ernährungsstatus, kurz ÖSES, ca. alle vier Jahre vom Institut für Ernährungswissenschaften im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen veröffentlicht. Er stellt dabei eine wissenschaftlich fundierte Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen und Implementierung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie Identifizierung möglicher Risikofaktoren. (1)

Kinder im Vorschulalter fanden trotz zahlreicher mittlerweile seitens österreichischer Regierung veröffentlichter Handlungsempfehlungen zum Thema frühkindlicher Ernährung und Prävention von Übergewicht lediglich zuletzt im Jahre 2003 Berücksichtigung. Kinder im Alter von sieben bis 14 Jahren wurden in den Berichten 2008 und 2012 miteinbezogen und erlauben immerhin einen vagen Rückschluss auf die Gesundheitssituation jüngerer Kinder. Im Ernährungsbericht 2017 wurde erneut lediglich auf die HBSC-Studie verwiesen. (1,29,37)

Der österreichische Ernährungsbericht 2003 beschäftigte sich als einziges mit der Ernährungssituation von österreichischen Kindern im Vorschulalter. Insgesamt waren im Jahr 2003 10% der drei- bis sechsjährigen Kinder übergewichtig sowie 6

Prozent der Buben und 3 Prozent der Mädchen adipös. Bei den sieben- bis zehnjährigen waren es hingegen 11 Prozent bzw. 5 Prozent der Buben und 10 Prozent bzw. 4 Prozent der Mädchen, welche übergewichtig bzw. adipös waren. (29)

2003 zeigte sich, dass bei den Kindern im Vorschulalter die energieliefernden Makronährstoffe mit 54 Prozent Kohlenhydrate, 13 Prozent Proteine und 33 Prozent Fette im Vergleich zu den Ernährungsempfehlungen in guter Relation aufgenommen wurden. Die Zufuhr an gesättigten Fettsäuren sowie Saccharose war hingegen zu hoch. Ballaststoffe, ungesättigte Fettsäuren, komplexe Kohlenhydrate sowie die Mikronährstoffe Kalzium, Folsäure, Vitamin D und Jod wurden in zu geringen Mengen zugeführt. Eine Reduktion der zu viel verzehrten Lebensmittelgruppen Fleisch und Wurst, Mehlspeisen sowie Süßigkeiten zugunsten von ballaststoff- und nährstoffreichen Lebensmitteln wie Gemüse, Obst, Fisch, Vollkornprodukte sowie energieärmer Getränke könnte entsprechende Mangelkonzentrationen ausgleichen. (29)

Dem österreichischen Ernährungsbericht 2012 nach waren in entsprechendem Zeitraum insgesamt 24 Prozent der 7- bis 14-jährigen übergewichtig bzw. adipös womit die Prävalenz im Vergleich zu vorhergehenden Ernährungsberichten deutlich angestiegen ist. Insgesamt 16,2 Prozent Mädchen und 17,1 Prozent Burschen wurden als übergewichtig registriert, im Jahr 2003 waren dies noch zehn bzw. 11 Prozent. Adipös waren 2012 hingegen 5,5 Prozent der Mädchen sowie ganze neun Prozent der Burschen. Auch 2012 kam es nach wie vor zu einer zu hohen Aufnahme an Fetten sowie Saccharose bei gleichzeitig zu niedrigem Konsum von Ballaststoffen, grenzwertigem Verzehr von Kohlenhydraten sowie Mangel an Vitamin D, Folsäure, Kalzium, Eisen und Jod. (37)

Der Ernährungsbericht 2017 widmete sich lediglich der erwachsenen Population Österreichs, hinsichtlich Kinder und Jugendliche wird auf die HBSC-Studie der Weltgesundheitsorganisation verwiesen. Um dem aktuellen Ausmaß der Problematik trotz allem einen kurzen Überblick über die bereits im Kindesalter initiierten gesundheitlichen und ernährungsbezogenen Probleme zu geben, hier ein kurzer Auszug der Ernährungssituation Erwachsener in Österreich: 41 Prozent der

erwachsenen Österreicher sind übergewichtig oder adipös. Jeder vierte 19- bis 25-jährige Mann sowie jede sechste Frau in selbigem Alter ist übergewichtig, im Vergleich zu den letzten Ernährungsberichten zeigt sich eine deutliche Zunahme in dieser Altersgruppe. Insgesamt wird nahezu das Dreifache der empfohlenen Fleischmenge, das Drei- bis Vierfache an Fetten, insbesondere jene der gesättigten, sowie viel zu viel Salz und Saccharose konsumiert. Die Energiezufuhr wird bei 50 Prozent der Bevölkerung signifikant überschritten. Vorgaben für Obst und Gemüse werden nur zu einem Drittel erfüllt, Fisch und Vollkornprodukte in weitaus zu geringen Mengen konsumiert. Mängel gibt es insbesondere hinsichtlich Ballaststoffe, die Empfehlungen werden nur von 14 Prozent der erwachsenen Bevölkerung erreicht. Folsäure, die wasserlöslichen Vitamine D und E, Mengenelemente wie Kalium und Kalzium sowie Spurenelemente wie Eisen werden ebenso in zu geringen Mengen zugeführt. (1)

3.1.2. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht

Der im Jahre 2015 erstmal erschienene österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen soll den Gesundheitsstatus sowie aktuelle Entwicklungen von Kindern und Jugendlichen wiedergeben, um als Basis für künftige gesundheitspolitische Entscheidungen sowie Handlungsstrategien zu fungieren. Seit der Erstpublikation steht ein Folgebericht aus. (17)

Auch der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht kommt zum Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche zwar die gesündeste Bevölkerungsgruppe heutzutage darstellen, doch insbesondere chronische, psychische als auch ernährungsassoziierte Erkrankungen vorzugsweise in sozioökonomisch niedrigeren Schichten am Vormarsch sind. Insbesondere die Konsequenzen für das spätere Erwachsenenalter werden in den Vordergrund gehoben. Gleichzeitig wird ebenfalls darauf verwiesen, dass der Datenbestand hinsichtlich kindlicher Gesundheit und den dieser beeinflussende Faktoren spärlich ausfällt, da es kaum bundesweite Untersuchungen von standardisierter Art und entsprechender Dokumentation gibt. Aus diesem Grund werden lediglich Ergebnisse aus dem österreichischen Ernährungsbericht 2012, der „Health Behaviour in School-Aged Children“-Studie

der Weltgesundheitsorganisation sowie der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland angeführt. (17)

Mit der Elementarpädagogik und dem frühkindlichen Alter als weiterhin in Bezug auf gesundheitliche Anliegen blindem Fleck, verschreibt sich der Kinder- und Jugendgesundheitsbericht schlussendlich dem „Aufbau eines systematischen Gesundheitsmonitorings inklusive aller dafür notwendigen Voraussetzungen an Datengrundlagen“ sowie dem „Aufbau eines systematischen Maßnahmenetzes zur nachhaltigen Beeinflussung der Kinder- und Jugendgesundheit im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik“. (17)

3.1.3. Österreichischer Gesundheitsbericht

Der zuletzt im Jahre 2016 erschienene, vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen publizierte, österreichische Gesundheitsbericht verweist in den meisten die kindliche Gesundheit betreffenden Belangen auf den österreichischen Kinder- und Jugendgesundheitsbericht sowie assoziierte Studien (z.B. HBSC, KiGGS). Übergewicht und Adipositas sowie die Bedeutung früh ansetzender Gesundheitsförderung werden auch in diesem Bericht als zentrale Interventionsfelder wahrgenommen, Handlungsempfehlungen fehlen jedoch. (9)

3.1.4. „Health Behaviour in School-Aged Children“-Studie

Die „Health Behaviour in School-Aged Children“-Studie der Weltgesundheitsorganisation, kurz HBSC, analysiert das Gesundheitsverhalten, die gesundheitliche Situation sowie Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern und Jugendlichen und versteht sich dabei als kontinuierliche Orientierungshilfe zur zielgerichteten gesundheitspolitischen Entscheidungsfindung sowie Ausrichtung internationaler sowie nationaler Interventionen zur Optimierung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. (40)

Die letzte Erhebung im Jahre 2014 berücksichtigte Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13, 15 sowie erstmalig auch 17 Jahren. Da es sich bei der Studie um eine

Erhebung von Selbstberichten handelt, sind die entsprechenden statistischen Auswertung mit Vorbehalt zu betrachten. Insbesondere Über- oder Untergewicht sowie Verzehrsmengen werden zumeist falsch eingeschätzt. (17,40)

Laut Selbstangaben waren im Jahr 2014 insgesamt 12,2 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen übergewichtig sowie 2,6 Prozent adipös, womit Österreich bei den 11- bis 13-Jährigen im mittleren europäischen Bereich sowie bei den 15-Jährigen im schlechtesten Drittel liegt. Die seit 1998 ansteigende Prävalenz scheint sich analog zu den Ergebnissen aus Deutschland (siehe Kapitel 3.1.6.) auf einem hohen Niveau stabilisiert zu haben. Tatsächliche Fallzahlen liegen jedoch mit Sicherheit höher. (40)

Entsprechend der berichteten Zahlen konsumierten 2014 gerade einmal 43,8 Prozent täglich Obst, 30,6 Prozent täglich Gemüse sowie 24 täglich beides. Dabei versteht sich letzterer Wert bereits als eine Verbesserung im Vergleich zu 2006, als noch gerade einmal 12 der Kinder und Jugendlichen beides täglich konsumiert haben. Österreich liegt aufgrund dieser Verbesserung bei Obst im Vergleich bei den 11- bis 13-Jährigen sogar im besten Drittel, mit den 15-Jährigen aufgrund mit dem Alter sinkender Verzehrshäufigkeit im unteren Mittelfeld. Der Gemüseverzehr ist bei allen Altersgruppen durchgehend weitaus zu niedrig im europäischen Vergleich, über die letzten Jahre jedoch auch angestiegen. (40)

Süßigkeiten, Limonaden und Junk Food werden wie auch anderen Berichten zu entnehmen ist definitiv zu häufig konsumiert, immerhin 28 Prozent konsumieren täglich Süßigkeiten oder Schokolade. Der Verzehr von süßen Limonaden ist binnen der letzten Jahre gesunken, wodurch Österreich hier bei den 11- bis 13-Jährigen im besten Drittel und bei den 15-Jährigen im mittleren Bereich liegt. Trotzdem konsumieren noch 16 Prozent täglich entsprechende Getränke. (40)

3.1.5. Österreichischer Adipositasbericht

Der 2006 erschienene und bisher einzige österreichische Adipositasbericht setzt einen Fokus auf die durch Übergewicht und Adipositas verursachten gesundheitlichen Folgen sowie therapeutische und teil präventive Maßnahmen.

Interventionen im frühen Kindesalter werden als wichtiger Bestandteil künftiger Strategien der Gesundheitsförderung anerkannt, insbesondere sollte ein Fokus auf gesundheitliche Ungleichheiten bei Familien mit Mehrfachbelastungen sowie Auf- und Ausbau kindlicher Gesundheitskompetenzen gelegt werden, unmittelbare Handlungsempfehlungen gibt es jedoch nicht. (32)

3.1.6. Europäischer Vergleich

Die für den Vergleich mit Österreich relevanteste und erst kürzlich aktualisierte Studie zur kindlichen Ernährung in europäischen Raum stellt die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, kurz KiGGS, des Robert-Koch-Instituts Berlin dar. Diese seit dem Jahre 2003 laufende Erhebung erfolgte in drei Schritten, mit einer Basiserhebung zwischen 2003 und 2006, der ersten Wiederholung zwischen 2009 und 2012 und einer zweiten Welle zwischen 2014 und 2017. Untersucht und befragt wurden dabei deutsche Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis 17 Jahren mit dem Ziel ausführliche Daten zum Gesundheitszustand sowie gesundheitsrelevantem Verhalten zu gewinnen. (41)

Hinsichtlich des Ernährungszustandes kam die Studie dabei zum überraschenden Ergebnis, dass der initial im Rahmen der Basiserhebung zu verzeichnende Prävalenzanstieg kindlichen Übergewichts sowie Adipositas auf 15 Prozent bzw. 6,3 Prozent (gegenüber der Referenzdaten der 1990er mit 10 Prozent bzw. 3 Prozent) sich binnen der letzten zehn Jahre auf sehr hohem Niveau stabilisiert zu haben scheint. Im Jahre 2017 konnten 15,4 Prozent übergewichtiger sowie 5,9 Prozent adipöser Kinder ohne statistisch signifikanten Geschlechterunterschied dokumentiert werden. Die Prävalenz dabei jedoch mit dem Kindesalter steigend und in enger Korrelation zu sozioökonomisch niedrigem Status. (41)

Im Rahmen der Analyse des Ernährungsverhaltens drei- bis 17-jähriger Kinder in Deutschland zeigte sich, dass sich drei- bis 10-jährige Kinder heutzutage tendenziell gesünder ernähren, als 11- bis 17-Jährige. Der Konsum von Süßwaren und Limonaden hat sich laut Studienergebnissen generell signifikant reduziert, hingegen konsumieren jedoch ältere Kinder weitaus seltener Gemüse und Obst als noch vor zehn Jahren. Jüngere Kinder erreichen heute mit insgesamt 14 Prozent

öfter das Ziel von mindestens fünf Portionen Obst und Gemüse täglich, doch liegt dieser Wert nach wie vor auf einem fragwürdig niedrigen Niveau. (42)

Die ebenfalls das kindliche Ernährungsverhalten in Deutschland näher betrachtende, seit 1985 laufende und als Basis aktueller Ernährungsempfehlungen dienende „Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed“-Studie des Forschungsinstituts für Kinderernährung empfiehlt nach wie vor eine Reduktion von Süßigkeiten und zuckerhaltigen Getränken aufgrund deutlicher Überschreitung der Empfehlungen. Pflanzliche Lebensmittel wie Gemüse, Kartoffeln als auch Vollkornprodukte werden nach wie vor zu wenig konsumiert. Hinsichtlich tierischer Produkte sollte ein Fokus auf fettreduzierte Milchprodukte sowie fettarme Fleischwaren gelegt werden, die deutsche Bevölkerung und damit auch Kinder konsumieren nach wie vor zu viele tierische Produkte. (27)

3.2. Gesundheitspolitische Maßnahmen und Zielsetzungen in Österreich zur ernährungsbasierten Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter

Gesundheitsförderung in Bezug auf Ernährung zur Prävention von Übergewicht, Adipositas sowie damit assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen stellt heutzutage insofern eine essentielle gesundheitspolitische Kernstrategie dar, als aufgrund der vorliegenden und nach wie vor rasch steigenden Prävalenzzahlen Ressourcen zur therapeutischen Versorgung, Kuration sowie ggf. Langzeitbehandlung bei fortgeschrittenem Krankheitsausmaß knapp zu werden drohen und eine Überlastung der Gesundheitsversorgung bevorsteht. (32)

Maßnahmen der frühkindlichen, ernährungsbasierten Gesundheitsförderung im Sinne von Ernährungs- bzw. Gesundheitserziehung und -bildung sollen heranwachsende Individuen bereits frühzeitig dazu befähigen, kompetent individuelle und verantwortliche Entscheidungen in der Auswahl ihrer Lebensmittel, in Bezug auf ihr Ernährungsverhalten sowie ihre Ernährungsgewohnheiten treffen zu können. Hierbei ist Ernährungsbildung als offener und lebenslanger Prozess zu definieren, welcher sozioökonomischen und -kulturellen Bedingungen sowie täglicher Prägung und Festigung unterliegt. Sie findet im frühkindlichen Alter sowohl im familiären als auch institutionellen Setting statt. Insbesondere Letzterem kommt heutzutage aufgrund hoher Betreuungsquoten und ausgedehnter Betreuungszeiten ein besonders großes Potential nachhaltiger, bevölkerungsweiter, schichtenübergreifender Gesundheitsförderung zu. (4,30,43)

Elementarpädagogischen Institutionen in Österreich mangelt es jedoch an Konzepten und Strategien zur erfolgreichen Etablierung entsprechender gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Etablierung gesundheits- sowie kompetenzfördernder Lebenswelten. Ein Problem, hinsichtlich welchem eine verstärkte Zusammenarbeit aller Politikbereiche gefragt ist und dringend effektive sowie intersektorale Lösungen gefunden werden müssen. Erste gesundheitspolitische Ansätze liegen seit Jahren vor, eine tatsächlich breitenwirksame Umsetzungsstrategie lässt jedoch noch auf sich warten:

3.2.1. Gesundheitsförderungsgesetz und Fonds „Gesundes Österreich“

Nach Verabschiedung der Ottawa-Charta durch die Weltgesundheitsorganisation 1986 wurde in Österreich erst 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz erlassen. Dieses reguliert „Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“ mit den Zielen der „Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens“ sowie „Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren“. Die Kontrolle und Durchführung entsprechender, durch jährlich seitens der Regierung zur Verfügung gestellter finanzieller Mittel unterstützter Maßnahmen obliegt dem gemeinnützigen Fonds „Gesundes Österreich“. (29)

3.2.2. Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie

Im Rahmen des Kindergesundheitsdialogs 2010 wurde in Zusammenarbeit von sechs fachübergreifenden ExpertInnengruppen die sich als gesamtpolitische Maßnahme zur Erarbeitung von Handlungsempfehlungen verstehende Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erarbeitet und 2011 veröffentlicht. Insgesamt 20 Ziele aus fünf verschiedenen Themenbereichen der Gesundheitsförderung und -versorgung wurden deklariert und werden seither regelmäßig aktualisiert. Zu den übergeordneten Zielen gehören die Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit, Förderung und Erhalt gesundheitlicher Ressourcen, frühzeitige Förderung gesunder Entwicklung, Gesundheitsrisiken reduzieren sowie die Sensibilisierung für einen alle politischen Felder übergreifenden Ansatz der Gesundheitsförderung. (44)

3.2.3. Rahmen-Gesundheitsziele

Ebenfalls im Jahr 2011 wurden seitens Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zehn verstärkt determinanten-orientierte Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich erarbeitet und 2012 durch die Regierung beschlossen.

Fächerübergreifende Arbeitsgruppen definieren und überarbeiten dabei für jedes der zehn Rahmenziele regelmäßig Ziele, Strategien und Maßnahmen unter gleichzeitiger Überwachung der Umsetzung. (45)

Österreichische Rahmen-Gesundheitsziele

	Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle
1	Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen.
2	Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter sorgen
3	Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken
4	Natürliche Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern
5	Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken
6	Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten und unterstützen
7	Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen
8	Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern
9	Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern
10	Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Tabelle 6 - 10 Rahmen-Gesundheitsziele (45)

Während alle Rahmen-Gesundheitsziele erwähnte Themenbereiche frühkindlicher Gesundheitsförderung adressieren, sind es insbesondere das Ziel sechs, welches ein Hauptaugenmerk auf die Verankerung entsprechender gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Handlungsempfehlungen im Kindesalter, sowie das Ziel sieben, welches einen ernährungsbasierten Ansatz der Gesundheitsförderung verfolgt, die

eine bedeutende Rolle in Zusammenhang mit Ernährungsbildung im elementarpädagogischen Setting spielen.

3.2.4. Gesundheitsförderungsstrategie

Mit den 2012 publizierten Rahmen-Gesundheitszielen sowie den Landesgesundheitszielen als Basis wurde 2014 die Gesundheitsförderungsstrategie als Orientierungshilfe für alle AkteurInnen des Gesundheitswesens sowie als Vorgabe für die Mittelverwendung zielgerichteter und aufeinander abgestimmter Maßnahmen der Gesundheitsförderung erarbeitet. Ein Fokus wird insbesondere auf die Schwerpunkte „frühe Hilfen“, „gesunde Kinderkrippen und gesunde Kindergärten“, „gesunde Schulen“ sowie „gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter“ gelegt. (46)

3.2.5. Nationaler Aktionsplan Ernährung

Der 2011 vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen präsentierte Nationale Aktionsplan Ernährung stellt das erste ernährungspolitische Strategiekonzept Österreichs mit dem Ziel der Reduktion falscher Ernährungsweisen sowie ernährungsassoziierter Erkrankungen bis 2020 in Anlehnung an internationale Projekte und Initiativen dar. Als begleitende Maßnahme wurde die aus österreichischen FachexpertInnen bestehende nationale Ernährungskommission im Sinne eines Beratungsgremiums für die Regierung ins Leben gerufen. (1,39)

Der Aktionsplan versteht sich vorrangig als Maßnahmendokumentation, welche zur Qualitätssicherung regelmäßig überarbeitet wird und Planungs- sowie Handlungsempfehlungen für national koordinierte Projekte beinhaltet. Die primär an den Zielgruppen Kleinkinder, Kinder, Jugendliche, Schwangere sowie Stillende ausgerichteten Konzepte zur Optimierung des Ernährungsverhaltens sowie entsprechender Verhältnisse sollen die gesündere Wahl zur Einfacheren machen.

Einen Schwerpunkt stellen hier insbesondere Settings der Gemeinschaftsverpflegung wie z.B. Kindergärten oder Schulen dar. (39)

3.2.6. „Richtig Essen von Anfang an!“

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Ernährung wurde zur Förderung einer gesunden Ernährung über das gesamte Kindesalter hinweg das gesamtgesellschaftlich wirksame Programm „Richtig Essen von Anfang an!“, kurz REVAN, etabliert. (1)

In Zusammenarbeit mit der nationalen Ernährungskommission wurden unter REVAN mittlerweile mehrere nationale Ernährungsempfehlungen, mitunter für ein- bis dreijährige Kinder (siehe Kapitel 1.7.2), publiziert. Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Schulung von MultiplikatorInnen sowie Abhaltung von Fortbildungen zu Ernährungsthemen der Schwangerschaft, Stillzeit, frühen als auch späteren Kindheit dar. Im Zuge einer Evaluierung stattgefundener sowie aktueller Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Bezug auf kindliche Ernährung wurde hinzukommend ein detaillierter Maßnahmenkatalog von „Best Practice“-Modellen zur weiteren Vernetzung sowie gegebenenfalls nationalen Ausrollung unter Anbetracht gesamtpolitischer Umsetzungsmöglichkeiten erstellt. Weitere Tätigkeitsfelder des Programms sind die Lebensmittel-Kennzeichnung, Vernetzung sowie Erhebung von Verpflegungssituationen. (1)

3.2.7. Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan

Der im Kapitel 1.4.2.2. bereits detailliert beschriebene, 2009 publizierte bundesländerübergreifende BildungsRahmenPlan für elementare Bildungsinstitutionen definiert „Bewegung und Gesundheit“ als 4. Schwerpunktbereich elementarer Bildungsprozesse. Der Fokus wird dabei jedoch lediglich auf eine aktive Förderung des Bewegungsverhaltens gelegt. Maßnahmen zur Ernährungserziehung oder -bildung bzw. detailliertere Beschreibung gesundheitsförderlicher Maßnahmen für elementarpädagogische Einrichtungen fehlen zur Gänze. (25)

4. Diskussion

Aufgrund maßgeblicher Errungenschaften in der Gesundheitsversorgung sowie Eindämmung infektiöser Erkrankungen stellen Kinder und Jugendliche heutzutage die gesündeste Bevölkerungsgruppe in Österreich dar. Trotzdem warnen zahlreiche Erhebungen der letzten Jahre über eine sich abzeichnende Trendumkehr und steigende Zahlen sowohl chronischer, lebensstilbedingter als auch psychischer Erkrankungen und deren langfristigen Folge- sowie Begleitbeschwerden im frühen Kindesalter. Insbesondere ernährungsassoziierte, durch eine Dysbalance von Energiezufuhr und -verbrauch sowie Nährstoffmangel gekennzeichnete, Zivilisationskrankheiten ziehen weitreichende gesellschaftliche sowie gesundheitspolitische Folgen nach sich. (1,17)

Maßnahmen der frühkindlichen Gesundheitsförderung im familiären sowie institutionellen Setting ermöglichen es entsprechend der Vorgaben seitens Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen sowie Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation bereits frühzeitig gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu beeinflussen, aktuellen Trends entgegen zu steuern und den gesundheitsbezogenen Lebensstil über die ganze Lebensspanne hinweg nachhaltig zu beeinflussen. Insbesondere elementarpädagogischen Institutionen kommt aufgrund steigender Betreuungsquoten, -zeiten sowie vorliegender Potentiale zum Ausgleich gesundheitlicher Chancenungleichheit eine besonders große Rolle in der Umsetzung früh ansetzender, nachhaltiger, weitreichender sowie kindliche Gesundheitskompetenzen und -ressourcen stärkender Strategien der Gesundheitsförderung zu. Vor allem gesundheitsförderlicher Ernährung und Ernährungsverhalten nehmen aufgrund aktueller Prävalenzen von Übergewicht, Adipositas sowie deren Folgeerkrankungen eine zentrale Position im Rahmen frühkindlicher Interventionen ein und bedürfen partizipatorischer, determinanteorientierter Zugänge zur Förderung eines langfristig gesunden Lebensstils. (3,17)

Umso erstaunlicher scheint es, dass in Österreich zwar seit einigen Jahren gesundheitspolitische Positionspapiere sowie theoretische Strategien zur Förderung frühkindlicher Gesundheit und Ernährung vorliegen, es jedoch

maßgeblich einerseits an Datenbeständen zum Gesundheitszustand sowie Ernährungsverhalten des frühkindlichen Alters in Österreich als auch andererseits an praxisorientierten Richtlinien und Empfehlungen sowie lokaler Unterstützung für elementarpädagogische Institutionen fehlt. Sowohl der bundesländerübergreifende BildungsRahmenPlan als zentrale Leitlinie der elementaren Pädagogik, der nationaler Aktionsplan Ernährung als erste ernährungsbezogene bundesweite Gesundheitsstrategie, die Gesundheitsförderungsstrategie, die Rahmen-Gesundheitsziele als auch die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie verschreiben sich explizit der frühkindlichen Gesundheitsförderung und definieren gesunde Ernährung auf sowohl verhaltens- sowie verhältnisbezogener Ebene als eines der Hauptanliegen entsprechender Bemühungen. (25,39,44–46)

Seit über 15 Jahren gibt es keine bundesweiten, standardisierten Erhebungen den Gesundheitszustand von Kindern im Vorschulalter betreffend. Noch gibt es qualitativ wertige Primärstudien zur Adipositasprävention im Kindesalter in Österreich. Auch an Daten der darauffolgenden, bereits im frühen schulischen Setting sich befindlichen Generationen fehlt es maßgeblich, als weder Mutter-Kind-Pass- bzw. pädiatrische noch schulärztliche Untersuchungen standardisiert dokumentiert und analysiert werden. Es bleibt lediglich die rückwirkende Betrachtung von Ergebnissen der Studien bezogen auf ältere Kinder, jedoch bleibt auch hier die Frage nach Manifestationszeitpunkt und -setting entsprechender Ernährungsgewohnheiten bzw. ernährungsassoziierter Erkrankungen offen. (17)

Ohne entsprechende Daten scheint jedoch eine sinnvolle Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im frühkindlichen Alter sowie in elementarpädagogischen Lebenswelten wenig erfolgsversprechend. Die bestehenden Lücken scheinen katastrophal, selbst eine Auswertung möglicher Erfolge oder Misserfolge von zu etablierenden Maßnahmen wäre nicht möglich. Ob, wie und wann eine umfassende, standardisierte sowie bestenfalls kontinuierliche Erhebung der Gesundheitssituation österreichischer Kinder im Vorschulalter etabliert wird, bleibt offen.

Eine weitere sich in Anbetracht dieser Mängel aufdrängende Frage stellt jene nach ärztlicher Betreuung elementarpädagogischer Institutionen dar. Mit SchulärztInnen als gesetzlich verankerte, wenn auch sich heutzutage etwas im subjektiven

Rückzug befindliche, gesundheitliche Anlaufstellen im heimischen Schulsystem erscheint der Mangel solcher im elementarpädagogischen Setting trotz zentraler Positionierung und Anhebung der Rolle frühkindlicher Gesundheit in bundesweiten Rahmenplänen fragwürdig. Man scheint sich auf die in der breiten Bevölkerung heutzutage in subjektiver Betrachtung nicht mehr als essentiell wahrgenommenen Kontrollen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sowie vermeintlicher Selbstverständlichkeit regelmäßiger ärztlicher Kontrollen durch Pädiater zu verlassen, anstelle die Bevölkerung direkt im Setting abzuholen. Warum werden gesundheitsförderliche Möglichkeiten sowie jene, Einblick in den Gesundheitszustand unserer jüngsten Generationen zu gewinnen, verspielt und die sich mit dem bereits eingeführten verpflichtenden Kindergartenjahr ergebenden Chancen einer bundesweiten, vorschulischen Untersuchung nicht genutzt?

Trotz zahlreicher vorliegender Empfehlungen und ernährungswissenschaftlicher Richtlinien scheinen die bisherigen Effekte marginal, auch wenn sich Prävalenzen von Adipositas und Übergewicht auf hohem Niveau stabilisiert zu haben scheinen. Es stellt sich darauf basierend und in Anbetracht der aufgrund heutiger Umweltbedingungen sinkenden körperlichen Aktivität sowie hoher Energiedichte konsumierter Lebensmittel die Frage, ob gültige Ernährungsempfehlungen nicht einer Überarbeitung im Sinne einer Reduktion von Empfehlungen die Lebensmittelmengen betreffend unterzogen werden sollten. Womöglich würde man hierdurch jedoch präventiv ungünstige Verhaltensweisen indirekt fördern. (47)

Fragwürdig scheint hinzukommend der Zustand, dass der 2009 publizierte bundesländerübergreifende BildungsRahmenPlan zwar das Thema Gesundheit als zentralen Bildungsbereich definiert, doch jegliche Erwähnung von Ernährung oder ernährungsbezogener Maßnahmen ausbleibt. Als zentrale und erstmals bundesweit gültige Leitlinie für elementarpädagogische Einrichtungen stellt sich die Frage nach der Vertretbarkeit entsprechend schwerwiegender Lücke im Sinne eines gesamtpolitischen gesundheitsförderlichen Ansatzes. Dabei könnten insbesondere im elementarpädagogischen Setting bereits vorhandene organisatorische, pädagogische sowie soziale Strukturen maßgeblich zur Kommunikation gesundheitsförderlicher Maßnahmen an alle Bevölkerungsschichten genutzt werden. Gesundheitsförderliche sowie

ernährungspädagogische Maßnahmen müssen in Bildungszielen und pädagogischen Konzepten einheitlich verankert sowie gesundheitsförderliche Ernährungsumfelder unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bundesweit als standardisierte Mindestvorgaben geschaffen werden. (25)

Kinder verbringen einen Großteil ihrer Zeit sowie ihre zentralen Entwicklungsperiode im Setting Kinderkrippe bzw. Kindergarten und nehmen zumeist drei ihrer fünf täglichen Mahlzeiten dort ein. So waren es allein im Jahr 2017 78,1 Prozent der Kinderkrippenkinder sowie 48,6 Prozent der Kindergartenkinder, welche Mittagsverpflegung über die elementarpädagogische Institution bezogen. Bundesweite Handlungsempfehlungen oder Vorgaben bzw. qualitätssichernde Maßnahmen in Bezug auf die Mittagsverpflegung fehlen jedoch. (1,26)

Auf die beiden kalten Zwischenmahlzeiten wird in den meisten Regionen und pädagogischen Konzepten zur Gänze vergessen bzw. entsprechende Verantwortung von sich. Dabei sind dies genau jene Mahlzeiten, welche aufgrund der Zubereitungsart und -weise das größte ernährungspädagogische Potential und damit eine verschenkte Chance frühkindlicher Gesundheitsförderung aufweisen.

Die seitens Gesundheitspolitik publizierten und sehr löblich wirkenden Maßnahmenkataloge scheinen in Anbetracht weiterhin auf hohem Niveau befindlicher Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas nicht nachhaltig und weitreichend zu greifen. Auch scheinen die meisten Interventionen eher kurzfristiger Natur, als diese nach Auslauf initialer Finanzierung durch Förderungen meist nicht eigenständig fortführbar sind. Es fehlen evidenzbasierte, praxisorientierte und bundesweit umzusetzende Handlungsempfehlungen. (39)

Regionale Maßnahmen einzelner Institutionen sind äußerst positiv zu werten, doch meist nicht nachhaltig gestaltet, so z.B. die meist genannte lediglich einmal wöchentlich stattfindende und subjektiven Gesundheitskonzepten unterliegende gesunde kalte Zwischenmahlzeit. Diese nicht im alltäglichen Setting integrierte Maßnahmen erfüllen meist nicht die Kriterien langfristiger Gesundheitsförderung.

Die Lücke zwischen gesundheitspolitischem Ideal sowie praxisbezogenem, settingübergreifenden Alltag in Bezug auf gesundheitsförderliche, frühkindliche Ernährung ist bei weitem noch nicht geschlossen.

Literaturverzeichnis

1. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Ernährungsbericht 2017. Wien; 2017.
2. Vereinte Nationen. Übereinkommen über die Rechte des Kindes. New York; 1989.
3. Zimmer R. Der Kindergarten als Setting der Gesundheitsförderung. In: „Früh übt sich.“ Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2002. S. 46–55.
4. Bartsch S, Büning-Fesel M, Cremer M, Heindl I, Lambeck A, Lührmann P. Ernährungsbildung – Standort und Perspektiven. Ernährungsumschau. 2013;(2):M84–95.
5. Weltgesundheitsorganisation. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. New York; 1946.
6. Naidoo J, Wills J. Lehrbuch der Gesundheitsförderung: Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; 2003.
7. Antonovsky A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag; 1997.
8. Hurrelmann K, Razum O. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016.
9. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Wien; 2017.
10. Weltgesundheitsorganisation. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa; 1986.
11. Weltgesundheitsorganisation. Bangkok-Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Bangkok; 2005.
12. Weltgesundheitsorganisation. Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Jakarta; 1997.
13. Weltgesundheitsorganisation, Regierung des Bundesstaats Südastralien. Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Adelaide; 2010.

14. Weltgesundheitsorganisation. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. Rio de Janeiro; 2011.
15. Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S. Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2018.
16. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm; 1991.
17. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2015. Wien; 2016.
18. Richter M, Hurrelmann K. Gesundheitliche Ungleichheit. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2009.
19. Sørensen K, Van den Brouke S, Fullam J. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
20. Steinbach H. Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 5. Auflage. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG; 2018.
21. Wulfhorst B, Hurrelmann K. Handbuch Gesundheitserziehung. 1. Auflage. Bern: Huber; 2009.
22. Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014, Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien; 2015.
23. Haas S, Gruber G, Kerschbaum H, Knaller C, Sax G, Türscherl E. Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr: Wissenschaftlicher Ergebnisbericht 2012. Wien; 2012.
24. Statistik Austria. Volkszählungen 1951 bis 2001, Registerzählung 2011, Abgestimmte Erwerbsstatistik 2016. Wien; 2018.
25. Ämter der Landesregierungen der österreichischen Bundesländer. Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich. Wien; 2009.
26. Statistik Austria. Kindertagesheimstatistik 2017/18. Wien; 2018.
27. Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund. Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. Die Optimierte Mischkost optiMIX. 9. Auflage. Lüdinghausen: Druck- und Medienhaus Rademann;

- 2013.
28. Hu C, Ye D, Li Y, Huang Y, Li L, Gao Y, u. a. Evaluation of a kindergarten-based nutrition education intervention for pre-school children in China. *Public Health Nutr.* 2010;13(2):253–60.
 29. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Ernährungsbericht 2003. Wien; 2003.
 30. Biesalski HK, Bischoff SC, Pirlich M, Weimann A. Ernährungsmedizin: Nach dem Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer. 5. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2017.
 31. Kromeyer-Hauschild K. Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschrift Kinderheilkd.* 2001;(149):807–818.
 32. Rathmanner T, Meidlinger B, Baritsch C, Lawrence K, Dorner T, Kunze M. Erster Österreichischer Adipositasbericht 2006: Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Wien; 2006.
 33. Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE). Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Auflage. Bonn: Umschau-Verlag; 2017.
 34. Weltgesundheitsorganisation. Nutrition, diet, and the prevention of chronic disease. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva; 2003.
 35. Weltgesundheitsorganisation. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva; 2016.
 36. International Obesity Task Force of the International Association for the Study of Obesity. IOTF Position Paper 2003. London; 2003.
 37. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Österreichischer Ernährungsbericht 2012. Wien; 2012.
 38. Weltgesundheitsorganisation. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva; 2002.
 39. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. NAP.e Nationaler Aktionsplan Ernährung inkl. Maßnahmenübersicht und Planung 2013. Wien; 2013.
 40. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern.

- Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Wien; 2015.
41. Schienkiewitz A, Brettschneider A, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Heal Monit. 2018;3(1):16–23.
 42. Krug S, Finger J, Lange C, Richter A, Mensink G. Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. J Heal Monit. 2018;3(2):3–22.
 43. Methfessel B, Höhn K, Miltner-Jürgensen B. Essen und Ernährungsbildung in der KiTa. Entwicklung - Versorgung - Bildung. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2016.
 44. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Wien; 2011.
 45. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesündere Österreich. Wien; 2012.
 46. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Wien; 2014.
 47. Alexy U, Kersting M, Clausen K. Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimalen Mischkost. Ernährungsumschau. 2008;(55):168–177.