

**Abschlussarbeit im Rahmen
des Aufbaulehrganges Jugendarbeit 2014**

A xunde Jausn

Ernährung und Essen in der offenen Kinder- und
Jugendarbeit



Margit Lausecker

JUVIVO 15 / Fair-Play-Team-15.Plus

institut für freizeitpädagogik

Albertg. 35/II, 1080 Wien, Tel. 4000 83 415, E-Mail: ifp@wienextra.at

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	2
2. Definitionen	4
2.1 Epidemiologie	4
2.2 Übergewicht und Adipositas	4
2.3 Prävalenz und Inzidenz	5
2.4 Prävention	5
3. Gesundheit österreichischer und Wiener Kinder	6
3.1 Ziel- bzw. Altersgruppenauswahl.....	6
3.2 Ernährungszustand österreichischer und Wiener Kinder.....	6
3.3 Ernährungsverhalten österreichischer und Wiener Kinder	7
3.4 Körperliche Aktivität.....	10
3.5 Sozioökonomische Faktoren	11
4. Ernährungsbezogene Gesundheitsförderung.....	12
4.2 Strategien auf nationaler Ebene	13
4.3 in Wien	16
4.4 Gedanken zu geeigneten Methoden für Kinder	18
5. Empirischer Teil.....	20
5.1 Die Erhebung	20
5.2 Die Auswertung.....	21
5.2.1 Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	21
5.2.2 Beschreibung der Angebote und Aktivitäten.....	22
5.2.3 konzeptionelle Überlegungen	24
5.2.4 Wirkungsabschätzung	25
5.3 Die Interpretation.....	25
6. Resumee	27
7. Literaturverzeichnis:.....	29

1. Einleitung

Das Thema Ernährung rückt heutzutage mehr denn je in den Fokus der öffentlichen Diskussion. Neben täglichen Schlagzeilen über Lebensmittelskandale finden sich immer wieder Berichte über die weltweite Zunahme von Fettleibigkeit und die daraus folgenden gesundheitlichen Risiken. Demgegenüber leidet ein beträchtlicher Teil der Menschheit nach wie vor an Unter- bzw. Mangelernährung, welche durch Armut, Versorgungsengpässe und Verteilungsungerechtigkeit verursacht wird. (vgl. WHO 2003: 4 f) Paradoxerweise zeigen Untersuchungen, dass in industrialisierten Nationen Menschen mit sozioökonomischer Benachteiligung am stärksten von der wachsenden Übergewichtsproblematik betroffen sind (vgl. Lampert et Kurth 2007: 2944; WHO 2003: 4). Neben anderen Lebensstilfaktoren (z.B. Bewegung) trägt vor allem eine unausgewogene Ernährung zu dieser problematischen Entwicklung bei. Der steigende Konsum an zucker- und fettreichen, meist industriell erzeugten Produkten bewirkt darüber hinaus, dass die für eine ausgewogene Ernährungsweise erforderlichen Kompetenzen sowohl auf kognitiver wie auf handlungsorientierter Ebene zunehmend verloren gehen (vgl. Wakolbinger 2013).

Zusätzlich zu diesen problematischen Entwicklungen im Gesundheitsbereich zeigt das Ernährungsverhalten der Menschheit auch dramatische Auswirkungen auf das ökologische Gleichgewicht. Lebensmittelproduktion (Agro- und Lebensmittelindustrie) sowie –konsum leisten einen massiven Beitrag zur globalen Erwärmung und anderen Umweltschäden wie Bodenerosion, Gewässerverunreinigung etc. Es liegt die Vermutung nahe, dass all diese Entwicklungen bei gleichbleibendem Bevölkerungswachstum in naher Zukunft auch enorme Auswirkungen auf die Welternährungssicherheit haben werden (vgl. FAO 2002: 7, 75 ff, 79 ff).

Angesichts dieser Herausforderungen besteht dringender Handlungsbedarf auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Gefordert sind vor allem Entscheidungsträger_innen, welche durch Schaffung von gesetzlichen Steuerungselementen ebenso wie durch Entwicklung von Bildungsmaßnahmen (z.B. durch stärkere Verankerung des Themas in der Schule und in der Erwachsenenbildung) geeignete Rahmenbedingungen ermöglichen sollten. Gefordert ist jedoch auch jede_r Einzelne, trotz zunehmend „beschleunigtem“ Lebensalltag, die richtigen (Konsum)Entscheidungen für die eigene Gesundheit zu treffen und dabei gleichzeitig, nach dem Motto „Think global – act local“,

die Auswirkungen der eigenen Ernährung auf die Umwelt nicht aus den Augen zu verlieren.

Gesundheitsexpert_innen fordern zielgruppenorientierte Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung vor allem für Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status (vgl. Lampert et Kurth 2007: 2944). Die offene Kinder- und Jugendarbeit¹ bietet einen Zugang zu sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen und könnte mit niederschweligen, lebensweltorientierten, erlebnis- und handlungsorientierten Angeboten auf diese gesundheitspolitischen Herausforderungen reagieren.

Ausgehend von meinen Wahrnehmungen und Erfahrungen, welche ich in den letzten Jahren im Kontext der offenen Kinder- und Jugendarbeit machen konnte, stellt sich mir die Frage, ob und wie die oben genannten Herausforderungen im Rahmen von Angeboten, Aktionen und Projekten thematisiert werden. Im speziellen interessiert mich, welche methodischen Ansätze es ermöglichen, Kinder und Jugendliche dazu zu motivieren, einen gesunden und nachhaltigen Lebensstil zu wählen und ihnen gleichzeitig die dazu benötigten Kompetenzen auf der Handlungsebene zu vermitteln.

Der erste Teil (theoretischer Teil) enthält zunächst eine Bestandsaufnahme über die Gesundheit und das Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Österreich und Wien. Dazu werden verschiedene Daten aus epidemiologischen Untersuchungen herangezogen. Anschließend folgen eine Literaturrecherche über mögliche methodische Ansätze aus der offenen Kinder- und Jugendarbeit und anderen Kontexten (wie z.B. Schule) sowie ein Überblick über bereits erfolgte Projekte.

Im zweiten Teil (empirischer Teil) werden anhand eines leitfadengestützten Interviews Expert_innen der Wiener Jugendarbeit befragt, ob und mit welchen Methoden „Essen und Ernährung“ in den einzelnen Einrichtungen für die Zielgruppe der Kinder von 6 bis 10 Jahren thematisiert wird. Diese Interviews werden anschließend anhand der „Inhaltsanalyse nach Mayring“ ausgewertet.

¹ „Offene Kinder- und Jugendarbeit ist ein sozialpädagogisches Arbeitsfeld bzw. sozial orientiertes Angebot, welches zum Ziel hat, Jugendliche in ihrer Persönlichkeitsentwicklung, ihrer Identitätsfindung und in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe zu unterstützen und dabei verschiedene Lern-, Bildungs- und Sozialisationsprozesse zu ermöglichen bzw. zu fördern.“ (Krisch et al. 2011: 7)

2. Definitionen

2.1 Epidemiologie

„Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von übertragbaren und nicht übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten und deren physikalische, chemische, psychische und sozialen Determinanten und Folgen in der Bevölkerung umfasst (Pschyrembel 1998: 441).“

2.2 Übergewicht und Adipositas

Übergewicht und Adipositas werden im Sprachgebrauch oftmals als Synonyme verwendet. In der medizinischen Fachsprache werden diese beiden Begriffe jedoch unterschiedlich verwendet. Beide Bezeichnungen beziehen sich auf eine Krankheit, welche durch Überernährung gekennzeichnet ist und sich durch ein erhöhtes Körpergewicht in Relation zur Körpergröße auszeichnet. Demnach wird zur Klassifizierung, ob Übergewicht bzw. Adipositas vorliegt, der sogenannte Körpermaßindex (BMI = Body Mass Index) berechnet.

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

Bei Erwachsenen wird Übergewicht ab einem Body Mass Index (BMI) von 25,0 – 29,9 kg/m² und Adipositas (= Fettsucht) ab einem BMI von 30,0 kg/m² festgestellt (vgl. Elmadfa et Leitzmann 2004: 518ff).

Die Richtwerte für Erwachsene eignen sich nicht zur Bestimmung von Übergewicht bzw. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Es wurden eigene geschlechts- und altersspezifische Tabellen errechnet. (Kronmeyer-Hauschild et al. 2001 zit. nach Zwiauer et al. 2007: 5f)

Übergewicht und Adipositas sind in Österreich und weltweit zu einem ernsten volksgesundheitlichen Problem mit steigender Tendenz geworden. Als Ursache gelten zu hohe Energieaufnahme, verminderte körperliche Aktivität sowie genetische Faktoren. Zudem wird derzeit in internationalen Studien ein möglicher Einfluss von Kunststoffbestandteilen (aus Lebensmittel- und Getränkeverpackungen) auf das Hormonsystem und den Fettstoffwechsel untersucht (vgl. Elmadfa et al. 2012: 29).

2.3 Prävalenz und Inzidenz

Der Begriff Prävalenz stammt aus der Epidemiologie und beschreibt die Häufigkeit einer bestimmten Erkrankung bzw. Anzahl an Erkrankungsfällen zu einem bestimmten Zeitpunkt (bzw. innerhalb einer bestimmten Periode) innerhalb eines bestimmten Kollektivs (vgl. Pschyrembel 1998: 1288).

Unter Inzidenz wird im epidemiologischen Kontext die Anzahl Neuerkrankungen einer bestimmten Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb eines bestimmten Kollektivs (vgl. Pschyrembel 1998: 775) verstanden. Die Inzidenz ist daher ein Maß dafür, wie schnell sich eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Kollektivs ausbreitet.

2.4 Prävention

Unter Prävention werden Maßnahmen zur Krankheitsvorsorge bzw. Behandlung von Krankheiten gemeint. Es gibt mehrere Formen der Prävention. Unter Primärprävention verstehen Gesundheitsexpert_innen die Ausschaltung bzw. Vermeidung von gesundheitsschädigenden Faktoren, um einen Krankheitsausbruch zu verhindern. Sekundäre Prävention bedeutet eine möglichst frühe Diagnose und Therapie einer bestimmten Erkrankung. Vorsorgeuntersuchungen und Screenings können dieser Präventionsform zugeschrieben werden. Demgegenüber beschäftigt sich die Tertiäre Prävention mit einer Begrenzung der Krankheitsfolgen einer nicht mehr heilbaren Krankheit. (vgl. Pschyrembel 1998: 1288)

Bei der Primärprävention wird zwischen Verhaltens- bzw. Verhältnisprävention unterschieden. Während erstere auf individueller Ebene ansetzt und vorwiegend Verhaltensänderungen erreichen will, umfasst zweite das Lebensumfeld der Menschen. Damit sind gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z.B. Gesetze, Werte und Normen) ebenso gemeint wie sozialräumliche Gegebenheiten (z.B. Schulausstattung). (vgl. BMG 2013: 20)

3. Gesundheit österreichischer und Wiener Kinder

3.1 Ziel- bzw. Altersgruppenauswahl

Im Rahmen dieser Arbeit wird die Altersgruppe der Wiener Kinder von 6 bis 10 Jahren ins Auge gefasst. Sie besuchen bereits die Schule und gehören zur Zielgruppe der offenen Kinder und Jugendarbeit. Public Health Expert_innen betonen, dass mit der Vermittlung von Ernährungswissen so früh wie möglich begonnen werden soll. Einerseits werden Ernährungsgewohnheiten, Geschmacksprägungen und individuelle Nahrungspräferenzen in diesem Alter entwickelt (vgl. Rützler 2007: 180), andererseits verdichten sich die Hinweise, dass erhöhtes Körpergewicht im Kindesalter meist auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt (vgl. Elmadfa et al. 2012: 34).

3.2 Ernährungszustand österreichischer und Wiener Kinder

Die systematische Erfassung von Übergewicht und Adipositas stellt einen wichtigen gesundheitspolitischen Schritt dar, welcher die Grundlage für die Planung zielgruppenspezifischer Präventionsmaßnahmen bilden soll. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wird seit 1998 zur Erfassung des Ernährungszustandes der Bevölkerung vom Institut für Ernährungswissenschaft der Österreichische Ernährungsbericht erstellt.

Laut aktuellem Bericht aus dem Jahr 2012 sind in Österreich durchschnittlich gut ein Fünftel der Mädchen und knapp ein Viertel der Buben (Alter 7 bis 14 Jahre) übergewichtig oder adipös. Die Prävalenz von Übergewicht ist zudem seit dem letzten Bericht aus dem Jahr 2008 deutlich gestiegen. (vgl. Elmadfa et al. 2012: 30)

Erste repräsentative (Anzahl der Teilnehmer_innen 114 000) Daten zur Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern lieferte eine ebenfalls vom BM für Gesundheit in Auftrag gegebene breitangelegte Studie, welche im Jahr 2005/2006 im gesamten Bundesgebiet durchgeführt wurde. Demnach sind rund 18 % der Mädchen und 20 % der Buben (Alter 6 bis 14 Jahre) übergewichtig oder adipös. (vgl. Zwiauer et al. 2007)

Zwei kürzlich bei Wiener Kindern durchgeführte Untersuchungen zeigen, dass die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im österreichischen Vergleich sehr hoch ausfällt. Beide kommen zum Ergebnis, dass rund ein Viertel der Kinder übergewichtig ist (vgl. Wakolbinger 2013; Widhalm 2011).

Diese dramatische Entwicklung führt dazu, dass metabolische Veränderungen wie z.B. erhöhte Cholesterinwerte (vgl. Elmadfa et al. 2012: 111f) oder erhöhte Blutdruckwerte (vgl. Widhalm 2011) – beides Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen - bereits im Kindesalter auftreten und die Entwicklung sogenannter Zivilisationserkrankungen beschleunigen könnten.

Eine unausgewogene Ernährung zählt also zu den Hauptursachen von Übergewicht. Zudem werden bei langfristiger inadäquater Ernährung nicht alle essentiellen Nährstoffe in ausreichender Menge zugeführt. Laut Ernährungsbericht 2012 besteht bei Kindern bezüglich der Vitaminen A und D, beim Provitamin A, Calcium, Zink und Selen eine kritische Versorgung (vgl. Elmadfa et al. 2012: 65f; 107f).

Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper(-bild bzw. -gewicht) ist zudem in den letzten Jahren parallel zur zunehmenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas angestiegen. Eine negative Körperwahrnehmung muss jedoch nicht unbedingt mit einem tatsächlich bestehenden Übergewicht verbunden sein. *„Viele leiden an solch einem negativen Selbstbild trotz eines gesunden Gewichts und guter Körperproportionen (BMG 2011: 29)“*. Diese unter anderem stark von Medien beeinflusste Entwicklung zeigt negative Auswirkungen besonders dann, wenn „ungesunde“ Maßnahmen zur Gewichtskontrolle bzw. -reduktion (wie beispielsweise einseitige Diätformen) angewandt werden (vgl. ebd.: 29f).

3.3 Ernährungsverhalten österreichischer und Wiener Kinder

Laut Ernährungsbericht 2012 nehmen Kinder aller Altersgruppen zu viel Nahrungsenergie zu sich. In Verbindung mit einer zunehmend sinkenden körperlichen Aktivität (vgl. Kap 3.4) lässt sich dadurch die steigende Übergewichtsproblematik erklären. Die Aufnahme der Hauptnährstoffe (Kohlenhydrate, Eiweiß, Fett) entspricht weitgehend den Referenzbereichen, obschon der Anteil an Nahrungsfett mit zunehmendem Alter auf Kosten der Kohlenhydratzufuhr steigt. Die Nahrungsfettzufuhr der Kinder zeigt ein ernährungsphysiologisch ungünstiges Muster. So ist der Anteil an gesättigten Fettsäuren, welche aus tierischen Produkten stammen, zu hoch, während der Anteil an mehrfach ungesättigten Fettsäuren, welche von pflanzlichen Quellen und/oder Seefisch stammen zu niedrig ausfällt. Die Zuckerzufuhr liegt an der Obergrenze der Empfehlungen, während der Ballaststoffanteil viel zu gering ausfällt.

Nach wie vor in zu geringem Ausmaß werden Obst und vor allem Gemüse, aber auch Milchprodukte konsumiert. (vgl. Elmadfa et al. 2012: 30 ff)

Die Ergebnisse einer von der WHO unterstützten internationalen Studie (WHO-HBSC = Health Behaviour in School-aged Children)² zum Gesundheitsverhalten junger Menschen, welche seit 1982³ regelmäßig alle 4 Jahre durchgeführt wird, geben Anlass zu Besorgnis. Auf Basis eines umfangreichen Fragenkatalogs werden bei dieser Studie gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen von Schüler_innen erfasst und damit sowohl international als auch chronologisch vergleichbar. Das Ernährungsverhalten der Schüler_innen in Österreich weist laut dieser Untersuchung starkes Verbesserungspotential auf. Neben einem deutlich zu geringem Obst- und Gemüsekonsum werden von vielen Kindern zu große Mengen an Süßigkeiten genascht und stark zuckerhaltige Softdrinks getrunken. Demnach wird von mehr als der Hälfte der Kinder weder Obst noch Gemüse täglich konsumiert. Zudem sinkt mit steigendem Alter der Verbrauch, wobei Mädchen diesbezüglich etwas besser abschneiden. Dahingegen werden von fast einem Drittel der Schüler_innen täglich Süßigkeiten genascht oder süße Limonaden getrunken. Von etwa 10 Prozent wird täglich beides konsumiert, wobei auch hier die Mädchen einen niedrigeren Konsum aufweisen. Der Studie zufolge wird zudem häufig auf das Frühstück verzichtet. (BMG 2011: 40f)

Eine Untersuchung mit Wiener Kindern⁴ zeigt, dass 20 % der täglichen Energiezufuhr durch den in Soft Drinks enthaltenen Zucker zugeführt wird. Ein Drittel der Kinder isst drei- bis viermal wöchentlich Fast Food wie Hamburger oder Kebap. Während die Hälfte der Kinder angibt, weniger als einmal täglich Gemüse zu konsumieren, isst ein Viertel der Kinder nie Gemüse. Mehr als die Hälfte der Kinder trinkt mindestens drei- bis viermal pro Woche Softdrinks. Bezüglich des Ernährungswissens war anhand dieser Studie nur jedes vierte der untersuchten Kinder gut informiert. 10 Prozent der Kinder wies extrem mangelhafte Kenntnisse auf und stufte Pizza, Süßigkeiten und Co den „gesunden Nahrungsmitteln“ zu. (vgl. Walkolbinger 2013)

² Die Altersgruppe war hier zwar zwischen 11 und 17 Jahre. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieses unausgewogene Ernährungsverhalten bereits im Volksschulalter geprägt wird.

³ In Österreich wird die Befragung seit 1994 durchgeführt.

⁴ Die Altersgruppe war hier zwar zwischen 10 und 14 Jahre. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieses unausgewogene Ernährungsverhalten bereits im Volksschulalter geprägt wird

Wie kommt es aber zu solch einer Entwicklung angesichts eindringlicher Warnungen, welche bereits seit langem in den Berichten nationaler und internationaler Public Health Organisationen und Gesundheitsexpert_innen angeführt werden und medienwirksam zu „gesunder Ernährung“ ermahnen?

Einen massiven Beitrag leisten sicherlich veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche in den letzten Jahrzehnten zur zunehmenden Auflösung der traditionellen Mahlzeitengestaltung geführt haben. Dort wo häusliche Gemeinschaften noch bestehen, gestaltet sich die Organisation von gemeinsamen Frühstück, Mittag- und Abendessen aufgrund unterschiedlicher Tagesabläufe oftmals sehr schwierig. Trotz der zunehmenden Erwerbstätigkeit von Frauen leisten diese nach wie vor den Großteil der Versorgungsarbeit und greifen dabei aufgrund von Zeitmangel zunehmend auch auf die Angebote der Lebensmittelindustrie zurück. Der Ernährungsalltag vieler Menschen besteht damit aus einem Mix an Außer-Haus-Verzehr und Schnell- bzw. Fertiggerichten. Viele Kinder und Jugendliche verlassen ohne Frühstück das Haus und greifen dann – sofern die finanziellen Ressourcen ihnen das ermöglichen - oftmals auf die Angebote von Schulbuffets, Supermärkten oder Fast-Food-Ketten zurück. Kindern und Jugendlichen werden damit heutzutage kaum mehr Grundkenntnisse über eine ausgewogene Ernährung sowie Kompetenzen zum Einkaufen, Lagern und Zubereiten von Lebensmitteln vermittelt. (vgl. Rützler 2007 S 30f)

„Auf die Frage, ob man sich eine Zubereitung von Gerichten der Hausmannskost aus dem Kopf mit Grundzutaten zutraut, zeigt sich: Rund 85 bis 90 % der 40-jährigen Frauen sahen sich dazu fähig, bei den Frauen unter 40 sind es noch 40 bis 50 % mit abnehmender Tendenz“ (Rützler 2003 zit. nach Schnögl et al. 2006: 17)

Durch diese „Enthäuslichung“ der Ernährung entsteht ein enormes Vakuum. Bislang erfolgte jedoch noch keine Verantwortungsübernahme beispielsweise durch Gesellschaft oder Staat. Es besteht also dringender Handlungsbedarf. Es muss auf gesellschaftlicher Ebene geklärt werden, von wem und unter welchen Voraussetzungen in Zukunft die Versorgungsarbeit geleistet wird.

3.4 Körperliche Aktivität

Regelmäßige und moderate Bewegung leistet in jedem Alter einen wichtigen Beitrag zu geistigem und körperlichem Wohlbefinden. *Darum sollte österreichischen Bewegungsempfehlungen zufolge das Ausmaß an körperlicher Aktivität für Kinder und Jugendliche mindestens 60 Minuten täglich bei zumindest mittlerer Intensität betragen* (Titze et al. 2010 zit. nach BMG 2011: 36). Die meisten Untersuchungen über das Ausmaß der körperlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in westlichen Industrienationen kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Kinder und Jugendliche bewegen sich immer weniger. So auch in Österreich, wo nur ein Fünftel der Kinder die diesbezüglichen Empfehlungen erreicht. (vgl. BMG 2011: 38 ; Walkolbinger 2013)

Zu dieser Entwicklung tragen mehrere Faktoren bei. Einerseits steigt die Anzahl der täglich inaktiv verbrachten Freizeitstunden kontinuierlich. Gegenwärtig verbringen Kinder und Jugendliche in Österreich durchschnittlich 4,9 Stunden an Schultagen und 7,1 Stunden an schulfreien Tagen vor dem Fernseher und/oder Computer (vgl. BMG 2011: 38). Das Risiko für die Entwicklung von Übergewicht ist für Kinder doppelt so hoch, wenn sie täglich zwei Stunden oder mehr vor dem Fernseher verbringen. Nicht nur die fehlende Bewegung ist hierfür ausschlaggebend, sondern die Tatsache, dass vor dem Bildschirm mehr genascht und geknabbert wird. Eine „bewegte“ Kindheit ist zudem vor allem in städtischen Ballungsräumen zunehmend schwieriger organisierbar. Denn Bewegungsräume wie Parks bzw. Spielplätze werden immer schwerer erreichbar und es liegt ein teilweise sehr hoher Nutzungsdruck vor. Der Weg zur Schule wird auch kaum mehr zu Fuß oder mit dem Fahrrad erledigt. (vgl. Rützler 2007: 108f)

Dem Schulsport wird erst seit dem schlechten Abschneiden österreichischer Sportler_innen bei der Sommerolympiade London 2012 wieder mehr Bedeutung beigemessen. Seitdem wird auf breiter Basis eine tägliche Turnstunde gefordert. Es scheint als ob diese Forderung in naher Zukunft zumindest in Ganztagschulen einer Umsetzung näher gebracht wird. Denn eine aktuelle Gesetzesnovelle des Bildungsministeriums soll die gesetzlichen Grundlagen dafür schaffen. *Ganztagschulen dürfen dem Entwurf zufolge zwar weiterhin autonom festlegen, wie viel Zeit für Lernen und Freizeit vorgesehen ist. Künftig sind dabei aber*

„Bewegungseinheiten in ausreichender Zahl sicherzustellen“, sodass es fünf davon pro Woche gibt. (APA 2014)

3.5 Sozioökonomische Faktoren

Anlässlich des Internationalen Tages für die Beseitigung der Armut, welcher am 17. Oktober 2014 stattfand, wurde von der Volkshilfe eine Faktensammlung zum Thema Kinderarmut herausgegeben, welche auf Basis der EU-SILC-Studie 2012 (European Community Statistics on Income and Living Conditions) erstellt wurde. Demnach sind in Wien 117.000 Kinder bis 19 Jahre armutsgefährdet. Dies entspricht rund einem Drittel der Kinder und Jugendlichen. Auch in diesem Bericht wird der enge Zusammenhang zwischen Armut, geringeren Bildungschancen und höherem gesundheitlichen Risiko erwähnt. (vgl. Volkshilfe 2014)

Dass sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen in westlichen Industrienationen am meisten von der Übergewichtsproblematik betroffen sind, bestätigt sich auch an den österreichischen Daten. So wurde festgestellt, dass der Anteil an adipösen Kindern in Hauptschulen etwa doppelt so hoch ausfällt als in allgemein bildenden höheren Schulen (vgl. Zwiauer et al., 2007). Besonders dramatisch lesen sich die Ergebnisse einer Studie, bei der Übergewichtsdaten von Kindern mit unterschiedlichen ethnischen Bezügen verglichen wurden. Dabei wiesen Kinder mit türkischem Migrationshintergrund die höchste Prävalenz von Übergewicht auf, gefolgt von Kindern mit anderen Migrationshintergründen (vgl. Segna et al. 2012).

Über die Gründe für den Zusammenhang zwischen Armut und Fehl-, Über- bzw. Mangelernährung wird viel spekuliert. Ein Mangel an Ernährungswissen und Erfahrung in der Zubereitung von frischen Lebensmitteln scheint nicht nur in sozial benachteiligten Kontexten zu bestehen. Dieses Unwissen führt jedoch bei vielen von Armut Betroffenen dazu, dass aus Geldmangel auf (scheinbar) billige energiedichte Lebensmittel wie Fast Food, Snacks und Fertigprodukte zurückgegriffen wird. Zudem wird angenommen, dass besonders energiereiche Produkte (z.B. Schokolade, Chips) zur Kompensation vielseitig erlebter Ausgrenzungserfahrungen – sozusagen als Möglichkeit den Anschluss an die Gesellschaft aufrecht zu erhalten - konsumiert werden. (vgl. Barlösius 2011: 115; 2006: 23f) Gleichzeitig scheinen mediale Ermahnungen zu gesundem Lebensstil und ausgewogener Ernährung gegenwärtig gerade in diesen Bevölkerungsschichten wenig Wirkung zu zeigen. Die derzeit

proklamierte „gesunde Ernährung“ habe einen „*universellen Anspruch an die gesamte Bevölkerung: Für alle gelten die gleichen Gesundheitsrichtlinien. [...] Soziale Diversität ist damit gelöscht. Gleichzeitig werden jedoch Ungleichheiten genau dadurch verstärkt. Die propagierten Ernährungsnormen entsprechen nämlich überwiegend dem Essstil, der in gehobenen sozialen Milieus, und hier insbesondere von Frauen praktiziert wird (Rose 2013: 467).*“

Dies könnte unter anderem ein Grund dafür sein, dass Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten Gruppierungen sich kaum mit den derzeitigen Empfehlungen für eine gesunde Ernährung identifizieren können (vgl. Schnögl et al. 2006: 23). Essen bedeutet für Menschen eben mehr als nur das Stillen des Hungers oder Versorgung mit Nährstoffen. Es gilt als Mittel zur Selbstinszenierung, sozialen Positionierung, Distanzierung von anderen Alters- bzw. Lebensstilgruppierungen sowie zur Abgrenzung vom anderen Geschlecht (vgl. Kullmann, 2009: S 184f).

4. Ernährungsbezogene Gesundheitsförderung

Eine bedarfsgerechte ausgewogene Ernährung bildet in jedem Lebensalter die Basis für die Aufrechterhaltung von Gesundheit, Wohlbefinden und körperlicher Leistungsfähigkeit. Der Zugang zu Nahrungsmitteln in ausreichender Menge und Qualität war bis weit ins 20. Jahrhundert für einen Großteil der Menschheit limitiert. Strategien im Umgang mit dem Mangel waren daher für das Überleben enorm wichtig und haben sich in allen Gesellschaften (Werte und Normen, Sitten und Bräuche) entwickelt, um den Esstrieb zu bändigen.

„Tradierte (Ess-)Erziehungsregeln haben uns durch magere Zeiten geholfen. Angesichts des heutigen Überflusses sind sie jedoch hilflos geworden. Mehr noch: Sie sind kontraproduktiv (Rützler 2007: 23).

Industrialisierung und Globalisierung haben in den letzten Jahrzehnten vor allem in westlichen Industrienationen zu einer Änderung der Ernährungsgewohnheiten in zuvor noch nie da gewesenem Ausmaß geführt.

„Essen ist dank eines reichhaltigen, preiswerten und permanent zugänglichen Nahrungsmittelmarktes jederzeit und allerorten individuell verfügbar. Essen wird damit in einer historisch so noch nicht dagewesenen Weise zunehmend aus räumlichen, materiellen, zeitlichen und sozialen Vorgaben freigesetzt. Man kann Essen, was, wie und wann immer man will. Der Trieb wird damit entgrenzt.“ (Rose 2013: 467)

Weltweit beschränken immer weniger Menschen ihren täglichen Speiseplan auf regionale und saisonale Lebensmittel. Stattdessen wird zunehmend auf eine standardisierte Kost bestehend aus energiedichten, zucker- und fettreichen jedoch nährstoff- und ballaststoffarmen Bestandteilen zurückgegriffen. In Verbindung mit einer zunehmenden körperlichen Inaktivität führt diese Entwicklung zu einer weltweit steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas und daraus resultierenden chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsformen. Neben eingeschränkter individueller Lebensqualität werden die Gesundheitsbudgets vieler Staaten durch explodierende Behandlungskosten stark belastet (vgl. WHO 2003; BMG 2013: 4). Laut Weltgesundheitsorganisation versterben gegenwärtig mehr Menschen an den Folgen von Übergewicht als an den Folgen von Unterernährung (vgl. WHO 2014).

Da die Menschheit durch diese Entwicklungen auf neue Weise mit der gesellschaftlichen Frage nach Regulierung der Ernährung konfrontiert ist, verwundert es nicht, dass öffentliche Normierungsprogramme auf nationaler wie internationaler Ebene zunehmen. Die gegenwertige Fokussierung solcher Programme auf das Verhalten Einzelner (Verhaltensprävention) wird jedoch kritisiert. Einerseits wird dadurch die Ernährungsfrage entpolitisiert und damit zur Angelegenheit individueller Lebensführung, andererseits müssen dadurch weder gesellschafts- und wirtschaftspolitische noch ökologische Fragestellungen (Verhältnisprävention) geklärt werden. (vgl. Rose 2009: 285f)

4.2 Strategien auf nationaler Ebene

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde im Jahr 2009 erstmals der **Nationale Aktionsplan Ernährung** erstellt. Dieser wurde nach einem breit angelegten Konsultationsverfahren im Jahr 2011 vom Ministerrat beschlossen und gilt seither als zentrales ernährungspolitisches Instrument, in dem klare Ziele definiert sind und

Maßnahmen zur Zielerreichung dokumentiert werden. Um eine qualitätsgesicherte Vorgangsweise zu gewährleisten, wird der Nationale Aktionsplan Ernährung jährlich aktualisiert. Als prioritäre Ziele gelten die Verringerung von Fehl-, Über- und Mangelernährung sowie eine Trendumkehr bezüglich der steigenden Übergewichts- und Adipositasprävalenz bis zum Jahr 2020. (vgl. BMG 2013: 1f)

Die Maßnahmen sollen sowohl auf der Ebene der individuellen Ernährungsgewohnheiten ansetzen, um alle Personen dabei zu unterstützen, eine gesunde Lebensmittelauswahl zu treffen (Mikroebene) als auch gesellschaftliche und soziale Systeme sowie Lebenswelten (Schule, Wohnumfeld, Freizeiteinrichtung) berücksichtigen, welche das Essverhalten beeinflussen können (Mesoebene). Als Basis für die nachhaltige Wirkung der Maßnahmen sollen zudem gesundheitsförderliche gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen werden (Makroebene). (vgl. ebd.: 20)

Die folgenden Ausführungen gewähren einen Einblick in ernährungsbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen für die Altersgruppe der Kinder von 6 bis 10 Jahren in Österreich. Im letzten Jahrzehnt – insbesondere seit Inkrafttreten des Nationalen Aktionsplan Ernährung – werden für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen enorme Anstrengungen⁵ zur Gesundheitsförderung unternommen. Diese lassen sich grob einteilen in:

- ✓ Ordnungspolitische Maßnahmen/ Gesetzliche Regelungen / strukturelle Verbesserungen / Forschung (Makroebene)
- ✓ Angebotsoptimierung vor allem in der Gemeinschaftsverpflegung (Mesoebene)
- ✓ Aufklärung / Infokampagnen / Materialerstellung (Mikroebene)
- ✓ Praxisorientierte Projekte (Mikroebene)
- ✓ Erhöhung des Beratungsangebotes (Mikroebene)

In der aktuellen Version des Nationalen Aktionsplan Ernährung befindet sich eine Übersicht der bereits erledigten, laufenden und für die Zukunft geplanten Maßnahmen. Im Bereich gesetzliche Regelungen soll in den nächsten Jahren der Salzanteil von Lebensmitteln (z.B. bei Brot und Gebäck) reduziert sowie die Fett- und Kohlenhydratzufuhr modifiziert werden. Dieses Ziel soll durch Optimierung von

⁵ Aufgrund der großen Fülle an Maßnahmen und Aktivitäten, welche bereits umgesetzt wurden bzw. sich in der Umsetzung befinden, handelt es sich hier keinesfalls um eine vollständige Auflistung.

Inhaltsstoffen bei unterschiedlichen Lebensmitteln mittels ordnungspolitischer Maßnahmen und/oder Schaffung von Anreizen erreicht werden⁶. Zudem soll eine bessere Verfügbarkeit von ernährungsphysiologisch wertvollen Lebensmitteln wie (Gemüse, Obst, Vollkornprodukte, fettarme Milchprodukte, Fisch, kalorienarme bzw. -freie Getränke) erzielt werden. Mit der Erstellung der „Leitlinie Schulbuffet“, welches von einem kostenlosen Beratungsangebot für Schulbuffetbetreiber_innen begleitet wird und mittels Zertifizierungssystem versehen ist, wurden Schritte im Bereich der Gemeinschaftsverpflegung gesetzt. (vgl. BMG 2013: 24) Hierzu wurde eigens eine Homepage eingerichtet, auf welcher ersichtlich ist, dass in Wien aktuell 85 Schulbuffets an diesem Projekt teilnehmen (vgl. www.unerschulbuffet.at). Hier scheint jedoch ein Überhang an höheren Schulen (viele Gymnasien) zu bestehen. Es bleibt also zu hoffen übrig, dass in naher Zukunft auch vermehrt Schulbuffetbetreiber_innen von allgemeinbildenden Pflichtschulen zur Teilnahme gewonnen werden können, damit auch Schüler_innen mit niedrigerem Bildungsniveau und/oder sozialem Status in den Genuss eines gesundheitsförderlichen Angebotes kommen.

Die Forschungstätigkeit in Bezug auf gesundheitsförderliche Ernährung wurde ebenfalls erhöht. Derzeit wird vom Institut für Ernährungswissenschaften eine Interventionsstudie für Kinder und Erwachsene durchgeführt. Zum Zeitpunkt der Recherche konnte jedoch nicht eruiert werden, welche Altersgruppen speziell angesprochen werden sollen. Auch die Erhebungen von gesundheitlich relevanten bzw. epidemiologischen Daten - wie beispielsweise im Rahmen der bereits erwähnten HBSC-Studie – werden dieser Kategorie zugeordnet. (vgl. BMG 2013)

Ebenfalls wurden in den letzten Jahren lebensmittelbasierten Ernährungsempfehlungen vereinheitlicht und vereinfacht. So wurde im Jahr 2010 die „österreichische Ernährungspyramide“ mittels groß angelegter Informationskampagne veröffentlicht.⁷ Derzeit wird eine Ernährungspyramide eigens für Kinder und Jugendliche erarbeitet, welche in naher Zukunft begleitet von Informationsmaterialien publiziert werden wird. Zusätzlich wurden Materialien zu ausgewählten Ernährungsthemen (Rezeptbroschüren, Praxisleitfäden, „Ernährungspixi“, bilinguale Broschüren etc.) erstellt.⁷ (vgl. BMG 2013)

⁶ Diese Maßnahme soll alle Altersgruppen erreichen.

⁷ Diese Maßnahmen sollen alle Altersgruppen erreichen.

Praxisorientierte Projekte werden überwiegend im schulischen Setting angeboten. Hier ist die Angebotslandschaft groß und sehr unübersichtlich. Die Aktivitäten reichen von Ernährungstagen bzw. –wochen, Vermittlung von Ernährungswissen und –kompetenz, Kochaktivitäten etc., wobei eine Recherche über genauere Inhalte dieser Aktivitäten bzw. in welchen Schulen die Angebote konkret stattfinden den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Es scheint jedoch, dass dieses Angebot von vielen Kindern nicht angenommen wird, da der institutionelle Kontext der Schule kein sehr hohes Identifikationsmerkmal aufweist (vgl. Marent 2011: 67). Zudem *„spricht einiges dafür, dass es vor allem die Kinder aus der Mittelschicht sind, die davon am meisten profitieren (Vogt 2009: 278).“*

Institutionelle Beratungsangebote gibt es zwar – wenn auch nicht flächendeckend - werden jedoch von Vielen nicht in Anspruch genommen. Als Begründung dafür wird angenommen, dass fehlende Anonymität (zum Beispiel beim Betreten einer Beratungseinrichtung, Besuch des schulpsychologischen Beratungsangebot) zu einer abneigenden Haltung führen kann (vgl. Marent, 2011 74).

Dass dem Thema Gesundheitsförderung in den letzten Jahren mehr gesellschaftliche Relevanz beigemessen wird und damit auch mehr Ressourcen zur Verfügung stehen, ist zweifelsohne eine positive Entwicklung. Dennoch bleibt die Frage offen, ob diejenigen Personengruppen, welche ein besonders hohes gesundheitliches Risiko tragen, von den gesetzten Maßnahmen überhaupt erreicht werden. Sofern dazu Untersuchungen vorliegen, scheint es eher so zu sein, dass sozial benachteiligte Gruppierungen weniger von Gesundheitsförderungsmaßnahmen profitieren (vgl. BMG 2013: 11; Zwiauer 2007).

4.3 in Wien

Vieler der in Kapitel 4.2 erwähnten Maßnahmen wirken auch in Wien, da sie das gesamte Bundesgebiet erreichen sollen. Zudem werden in Wien viele Schulprojekte umgesetzt. Eine Recherche darüber, in welchen Schulen⁸ Projekte angeboten werden, wäre spannend würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Von den Vereinen der offenen Kinder- und Jugendarbeit besteht ein vielfältiges Angebot an gesundheitsfördernden Aktivitäten, Projekten etc. Auch im Bereich

⁸ Annahme der Verfasserin: mehr „höhere“ Schulen machen von diesem Angebot Gebrauch.

Ernährung tut sich einiges. Eine Internetrecherche (aktuelle Programme, Jahresberichte etc.) ergab, dass im Prinzip jede Einrichtung bereits Aktivitäten zu diesem Thema angeboten hat bzw. anbietet, mit stark steigender Tendenz.

Durch ein neuartiges und sehr spannendes Projekt kommt es aktuell zu einer Zusammenarbeit von Expert_innen des Gesundheitswesens mit Expert_innen der Jugendarbeit.

Das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesunde Parks“** ist Teil des von der WiG (Wiener Gesundheitsförderung) initiierten Programmes „Gesunde Bezirke“ und hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen in Parks gesundheitsfördernd (mit-)zu gestalten. Zielgruppen sind einerseits Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 13 Jahren im außerschulischen/freizeitpädagogischen Bereich andererseits Mitarbeiter_innen aus Wiener Vereinen der offenen Kinder- und Jugendarbeit. Folgende Maßnahmen sind geplant:

- Partizipative Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Angeboten gemeinsam mit Kindern und Jugendlichen in Parks der (derzeit sieben: 2., 5., 10., 16., 20., 21., 22.) „Gesunden Bezirke“.
- Durchführung einer Weiterbildungsreihe für beteiligte Organisationen der Parkbetreuung.
- Schulungen für Kooperationspartner_innen
- Etablierung der „Vernetzungs- und Entwicklungsplattform“
www.gesundeparks.at

Im Rahmen dieses mehrjährigen Projekts werden in Parks der kooperierenden Organisationen (Vereine der offenen Kinder und Jugendarbeit) Aktionen und Aktivitäten zum Thema Gesundheit mit jährlichem Schwerpunkt gesetzt:

- 2014 – gesunde Ernährung
- 2015 – seelisches Wohlbefinden
- 2016 – Bewegung

Die private Forschungseinrichtung „queraum. kultur- und sozialforschung“ ist für die Koordination des Projektes zuständig. Laut Auskunft einer Mitarbeiterin von queraum waren die Angebote, welche im Laufe des Sommers im Bereich Ernährung gesetzt wurden, vielfältig und reichten von Kochworkshops über die Zubereitung gesunder Smoothies, dem Basteln von Dreidimensionalen Ernährungspyramiden bis hin zu längerfristigen aufbauenden Modulen. Derzeit wird das bisher verwendete Material so aufbereitet, dass es auch von Jugendarbeiter_innen aus anderen Bezirken jederzeit

aufgegriffen werden kann. Da es sich um ein neuartiges Projekt handelt sind derzeit weder Erfahrungsberichte oder sonstige Dokumentation verfügbar. Die Ergebnisse über mögliche Wirkung bei der Zielgruppe wird von der Verfasserin mit Spannung erwartet. Bleibt zu hoffen übrig, dass auch Kinder anderer Wohnbezirke von den Erfahrungen profitieren können bzw. das Angebot zeitlich und räumlich stark ausgeweitet wird.

(Quellen: www.gesundeparks.at, Telefonat mit einer Mitarbeiterin von querraum, Telefonat mit einer Mitarbeiterin der MA 13 sowie Interview mit einer Mitarbeiterin aus der Parkbetreuung einer kooperierenden Organisation).

4.4 Gedanken zu geeigneten Methoden für Kinder

In den bisherigen Kapiteln wurde ausführlich diskutiert, wie das Ernährungsverhalten der Kinder aktuell beschaffen ist. Zudem wurden einige Faktoren benannt, welche sich für das Umsetzen einer gesundheitsförderlichen Ernährung als hinderlich erweisen. Nun stellt sich die Frage, welche Aspekte beachtet werden sollten, damit Kinder (und auch andere Altersgruppen) zu einem gesunden Lebensstil motivierbar sind. Zudem werden - soweit möglich - geeignete methodische Ansätze diskutiert.

Zunächst einmal muss festgestellt werden, dass das Argument „Gesundheit“ (nicht nur) für Kinder nicht nachvollziehbar ist, da sie eher gegenwartsorientiert sind und im Regelfall als gegeben angenommen wird. Es ist einfach nicht verlockend, etwas nicht zu essen, weil es „ungesund“ ist. Im Gegenteil, gerade Kinder bekommen durch eine solche Argumentationsweise eher das Gefühl, *„dass Gesundheit mit Druck, Verzicht oder schlechtem Geschmack verbunden ist (Rützler 2007: 202)“*. Wenn Kinder gezwungen werden gesunde Nahrungsmittel zu essen bzw. verboten wird „Ungesundes“ zu essen, kann dies sogar zur Entwicklung eines problematischen Ernährungsverhalten führen. Studienergebnisse legen nahe, dass Kinder eine Vorliebe für Süß entwickeln, wenn sie das Gemüse aufessen müssen, bevor sie den Nachtisch bekommen (vgl. Rützler 2007: 206). Dahingegen scheint das Hervorheben von positiven Aspekten mit unmittelbarerem Nutzen wie psychisches und physisches Wohlbefinden, Vitalität, Konzentrationsfähigkeit, Fitness, gutes Aussehen etc. vielversprechender zu sein.

„Dies kann dadurch geschehen, dass sie zum einen auf Potentiale achtet, indem die positiven Aspekte des Verhaltens von Jugendlichen gezielt gefördert werden. Zum anderen sollten Aufklärungskampagnen etc. nicht derart gestaltet sein, dass „richtiges“ Verhalten vorgegeben wird. Es geht dabei darum, Alternativen aufzuzeigen und Absolutheitsansprüche zu vermeiden.“ (Marent 2011: 9)

Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass Gesundheitsförderungsprogramme, welche mit erhobenem Zeigefinger einen „ungesunden Essstil“ abgewöhnen wollen, an ihre Grenzen stoßen werden. Stattdessen sollten sie *„primär nicht auf Defizite zielen, sondern die Chancen eines ressourcenorientierten Umgangs nutzen.“ (Marent 2011: 43)*

Zudem zeigt sich, dass Gesundheitsförderung umso besser von der Zielgruppe angenommen wird desto mehr sie in die Planung und Umsetzung der Aktivitäten eingebunden ist. *„Partizipation [...] ist ein unabdingbarer Garant für die Akzeptanz und die Nutzung von Gesundheitsangeboten.“ (ebd: 73)* Zudem sollten die vermittelten Botschaften Bezug zur Lebenswelt der Kinder nehmen und die durch den Wandel der Zeit veränderten Lebensstile und Bedürfnisse berücksichtigen (vgl. ebd. 73).

Viele Autor_innen sprechen sich zudem für eine geschlechtssensible Gestaltung ernährungsbezogener Gesundheitsförderung aus (vgl. Marent 2011: 64). Als Begründung dafür werden geschlechtsspezifische Differenzen im Ernährungsverhalten angegeben, welche sich bereits im Alter zwischen 6 und 10 Jahren entwickeln (vgl. Vogt 2009: 271).

Erlebnis- und Handlungsorientierung - Gemeinsames Kochen

Gemeinsame Kochaktivitäten mit anschließendem Essen in angemessenem Ambiente zeigen sich ausgesprochen förderlich für die Vermittlung von Ernährungskompetenzen.

„Kochen nur aus Büchern zu lernen ist nahezu unmöglich. Es ist viel einfacher und sinnvoller jemandem zuzuschauen, der kocht und dabei zu lernen. Gemeinsam mit einer erfahrenen Person in der Küche eine Speise zuzubereiten bringt den größten Lerneffekt: Zuschauen, (Mit-)tun, Erfahrungen sammeln, Ausprobieren, Üben.“ (Schnögl 2010: 7)

Darüber hinaus werden beim Kochen ganz nebenbei noch andere Skills wie Kommunikationsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Teamfähigkeit aber auch alltägliche Aufgaben wie Einkaufen, Rechnen und Messen vermittelt. Somit eignet sich kochen ausgesprochen gut als Ausgangspunkt für Lernprozesse.

Sieben Gründe fürs Kochen: (Quelle: Schnögl 2010: 7)

- Kochen ist Kultur – es gilt als die älteste Kulturtechnik der Welt.
- Kochen ist Autonomie – der eigene Herd macht unabhängig von anderen.
- Kochen ist Kreativität – es eröffnet die Möglichkeit, selbst etwas zu gestalten.
- Kochen ist Handwerk – mit den eigenen Händen eine Speise „bauen.“
- Kochen ist Freundschaft – wir tun uns selbst und anderen etwas Gutes.
- Kochen ist Lernen – planen, einteilen, entscheiden, agieren, reagieren, bewerten.
- Kochen ist Politik – in unseren Küchen entscheiden wir über den Zustand der (Um-)Welt.

5. Empirischer Teil

5.1 Die Erhebung

Zur Datenerhebung wurden qualitative Interviews mit Jugendarbeiter_innen der aufsuchenden Kinder- und Jugendarbeit in Wien, wobei die Anzahl von vorneherein mit vier festgelegt wurde, durchgeführt, um deren subjektive Sicht über die in ihrer Einrichtung angebotenen Aktivitäten im Bereich Gesundheitsförderung mit Themenschwerpunkt Ernährung zu erfahren. Von speziellem Interesse war, welche methodischen Ansätze es ermöglichen, Kinder und Jugendliche dazu zu motivieren, einen gesunden und nachhaltigen Lebensstil zu wählen und ihnen gleichzeitig die dazu benötigten Kompetenzen auf der Handlungsebene zu vermitteln.

Der qualitative Ansatz kommt dann zum Tragen, wenn im Zentrum der Forschung das Interesse an persönlichen, kontroversen und komplexen Phänomenen steht. Dabei ist es im Sinne qualitativer Forschung nicht das Ziel, ein repräsentatives Sample mit Antworten zu einer bestimmten Frage zu finden. Hierbei geht es vielmehr darum, die Forschungsfragen tiefgehend innerhalb einer spezifischen Zielpopulation zu untersuchen und all die Faktoren zu verstehen, die den Meinungen, Einstellungen und Verhaltensmustern der Interviewpartner_innen zugrunde liegen.

Bei der qualitativen Befragung wurde die Form des leitfadengestützten Expert_innen-Interviews nach Meuser und Nagel gewählt. Bei dieser Befragungsmethode stehen nicht die interviewten Personen im Zentrum des Forschungsinteresses, sondern deren Meinungen als Expert_innen für ein bestimmtes Handlungsfeld (vgl. Flick 2006: 139).

Die befragten Jugendarbeiter_innen sind in der aufsuchenden Jugendarbeit tätig. Während drei der Befragten an der Konzeptionierung der gesundheitsbezogenen Betriebe aktiv beteiligt waren, konnte ein_e Befragte_r teilweise bereits auf etablierte Konzepte zurückgreifen bzw. hat die Betreuung bereits laufender Betriebe übernommen.

Die Auswahl der Befragten orientierte sich danach, ob in ihren Einrichtungen Aktivitäten der Gesundheitsförderung mit Themenschwerpunkt Ernährung für die Zielgruppe der 6 bis 10-jährigen Mädchen und Buben angeboten worden sind bzw. werden. Ein weiteres Kriterium war die Bereitschaft zur Teilnahme sowie vorhandene zeitliche Ressourcen.

5.2 Die Auswertung

5.2.1 Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Auswertung des Datenmaterials erfolgt nach der von Mayring in den 80er Jahren entwickelten „Qualitativen Inhaltsanalyse“. Bei der Wahl dieses Auswertungsverfahrens stehen folgenden Überlegungen im Zentrum: Das qualitativ-inhaltsanalytische Verfahren zielt nicht nur auf den Inhalt des transkribierten Materials ab, sondern ermöglicht auch, formale Aspekte und latente Sinnstrukturen aus diesem abzuleiten.

Ein wesentliches Kennzeichen der qualitativen Inhaltsanalyse ist *„die Verwendung von Kategorien, die häufig aus theoretischen Modellen abgeleitet sind: Kategorien werden an das Material herangetragen und nicht unbedingt daraus entwickelt, wenngleich sie immer wieder daran überprüft und gegebenenfalls modifizierbar werden (Flick 2006: 279)“*.

Die „strukturierende Inhaltsanalyse“ ermöglicht, die Strukturen eines Textes unter der Anwendung eines Kategoriensystems herauszufiltern und alle Textbestandteile, welche durch die Kategorien angesprochen werden, aus dem Material zu extrahieren. Dabei wird genau formuliert, welche Textpassagen unter eine Kategorie fallen. Hierbei

werden „Ankerbeispiele“, welche unter die Kategorie fallen, angeführt, welche als Beispiele für die Kodierung dienen sollen. In der Folge entstehen Kodierregeln und ein Kodierleitfaden, welche die Strukturierungsarbeit präzisieren (vgl. Flick 2006: 279ff).

„Nach formalen Strukturierungsgesichtspunkten kann eine innere Struktur herausgefiltert werden (formale Strukturierung); es kann Material zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahiert und zusammengefasst werden (inhaltliche Strukturierung); man kann auf einer Typisierungsdimension nach einzelnen markanten Ausprägungen im Material suchen und diese genauer beschreiben (typisierende Strukturierung); schließlich kann das Material in Skalenform eingeschätzt werden (skalierende Strukturierung).“ (Mayring 1983: 53f, zit. n. Flick 2006: 281)

5.2.2 Beschreibung der Angebote und Aktivitäten

Alle Befragten gaben an, dass ernährungsbezogene Gesundheitsförderung eine Angebotsform für die Zielgruppe Kinder von 6 bis 10 Jahren innerhalb ihrer Einrichtung darstellt und Betriebe, welcher dieser Zielsetzung zugeordnet werden können, in regelmäßigen Abständen abgehalten werden. Während in zwei Einrichtungen mindestens einmal wöchentlich die Ernährung zum Thema gemacht wird, bieten zwei mindestens einmal monatlich eine diesbezügliche Aktion an.

„Wir haben vor Kochworkshops anzubieten, so oft wie wir sie planen. Ich habe gedacht, ein- bis zweimal im Monat...“ (A).

Bei den Angeboten handelt es sich vordergründig um Kochworkshops mit anschließenden gemeinsamen Essen. Daneben werden in drei der vier Einrichtungen auch Betriebe angeboten, welche der Vermittlung von Wissen über Ernährung und Lebensmittel dienen. In zwei Einrichtungen wird zudem gemeinsam mit den Kindern und Jugendlichen ein Garten betrieben. Diese Vorgangsweise, so betonen die Interviewten, ermöglicht es den Kindern einen Einblick in Kreisläufe der Natur zu gewinnen und Anschlussenerfahrungen in Bezug auf die Lebensmittelproduktion zu machen.

Die Dauer der angebotenen Betriebe ist durchschnittlich 3 Stunden und wird zur gemeinsamen Zubereitung der Gerichte und das gemeinsame Essen benötigt. Wird der Lebensmitteleinkauf gemeinsam mit der Zielgruppe erledigt, so muss dieser meistens zeitlich vorgelagert werden. Alle Befragten betonen zwar, dass der

gemeinsame Lebensmitteleinkauf einen tiefgreifenden Lerneffekt hätte und Anknüpfungspunkte für Lernprozesse (z.B. über unterschiedliche Produktionsmethoden und/oder Marketingstrategien; alltagspraktische Aufgaben wie Umgang mit Geld etc.) bieten würde. Dennoch kann das Besorgen der Zutaten in zwei der vier Einrichtungen aktuell nicht mit der Zielgruppe gemeinsam erledigt werden. Als Grund hierfür werden zeitliche und personelle Ressourcen angegeben: *„Wir benötigen drei Stunden für Kochen und Essen. Der Einkauf ist nicht dabei und wird von XXX und dem Zivildienstler erledigt. Das müssen wir wieder aktivieren, aber es braucht Zeit. (B)“*

Die durchschnittliche Teilnehmer_innenzahl variiert zwischen 6 und 15 bei Indoorangeboten, während bei Aktivitäten im öffentlichen Raum bis zu 30 Kinder aktiv teilnehmen. Die mögliche Anzahl an Teilnehmer_innen ist jedoch bei Kochworkshops in allen Einrichtungen aufgrund begrenzter räumlicher und personeller Ressourcen eingeschränkt, so dass manchmal nicht alle interessierten Kinder teilnehmen können. Um diese Diskrepanz zu bewältigen, haben zwei der vier Einrichtungen (zeitweise) ein Anmeldesystem eingeführt bzw. ausprobiert. Diese Vorgangsweise musste in einer Einrichtung wieder verworfen werden: *„Wir hatten ein Problem an der Tür, weil andere auch mitmachen wollten. Heute machen wir das nicht mehr, um niemanden auszuschließen (B).“*

Alle Befragten gaben an, dass ernährungsbezogene Betriebe bzw. Kochworkshops für beide Geschlechter angeboten werden. In Bezug auf die Nutzung gab es jedoch Differenzen. Während drei der Interviewten erwähnen, dass die Betriebe mehrheitlich von männlichen Teilnehmern genutzt werden, gibt eine Betreuungsperson an, dass die Betriebe hauptsächlich von Mädchen besucht werden bzw. diese aktiver teilnehmen. Die unterschiedliche Nutzung lässt sich vermutlich durch die Besucher_innenstruktur der jeweiligen Einrichtung am ehesten erklären.

Zur Motivation der Einrichtung ernährungsbezogene Gesundheitsförderung für diese Zielgruppe anzubieten, kamen neben Gedanken zur Prävention unterschiedliche Antworten. Drei der vier Befragten gaben an, dass in letzter Zeit zunehmend mehr Kinder mit Hunger kamen und diesen auch artikulierten. In zwei Einrichtungen gibt es Mitarbeiter_innen, welche gerne kochen.

In Bezug auf die Entscheidung, welche Gerichte überhaupt gekocht werden, kommen unterschiedliche Modelle zum Einsatz. Zwei Befragte gaben an, dass die Wünsche der

Kids im Vorfeld erfasst werden und dann gemeinsam entschieden wird. In zwei Einrichtungen werden vom Betreuungspersonal Rezeptvorschläge gemacht bzw. mehrere zur Auswahl vorgegeben, woraufhin gemeinsam entschieden wird.

Auf die Frage, welche Aspekte bei der Lebensmittelauswahl im Vordergrund stehen, wurde von allen Interviewpartner_innen die Bevorzugung von saisonalen und regionalen Produkten erwähnt. Als Hintergrund dafür werden nicht nur ökologische Überlegungen genannt, sondern auch ökonomische. Frisches Obst und Gemüse der Saison sind zu erschwinglichen Preisen erhältlich und entsprechen daher den finanziellen Ressourcen der Zielgruppe. Dahingegen kommen Biolebensmittel weniger oft zum Einsatz, „*da sich die Kids das nicht leisten können (C)*.“

Die Wichtigkeit der gemeinsamen Mahlzeit in gemütlicher Atmosphäre, bei der das Hervorheben des Genussmomentes im Vordergrund steht, betonen zudem alle Interviewpartner_innen. Beim gemeinsamen Essen erschließen sich Anknüpfungspunkte für Diskussionen (z.B. über Normen und Werte, kulturelle Aspekte etc.) ebenso wie Gemeinschaftserfahrungen und das Erlernen sozialer Skills wie Kommunikations- und Teamfähigkeit.

5.2.3 konzeptionelle Überlegungen

Auf die Frage, welche konzeptionellen Aspekte bei der Planung von ernährungsbezogenen Angeboten zugrunde liegen, wurde von allen Interviewpartner_innen die Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung sowie Handlungskompetenzen im Bereich des Einkaufs und der Lagerung von Lebensmitteln, der Zubereitung von Mahlzeiten und dem Erproben unterschiedlicher Kochtechniken genannt. Trotz dieser konzeptionellen Hintergründe wird von drei der Befragten betont, dass dabei Spaß und Freude im Vordergrund stehen sollen - die Wissensvermittlung also quasi beim Tun nebenbei passieren soll (Erlebnis- und Handlungsorientierung).

Ebenfalls von allen Befragten wurde die Wichtigkeit von Partizipation – also die Einbindung der betroffenen Zielgruppe in die Planung und Umsetzung von entsprechenden Aktivitäten – betont.

Die Beobachtung, dass zunehmend mehr Kinder mit Hunger in die Einrichtung kommen und diesen auch artikulieren, betonen drei der vier Interviewpartner_innen auch auf die Frage nach konzeptionellen Überlegungen. Ökologische Gesichtspunkte,

also die Vermittlung von Umweltbewusstsein und Nachhaltigkeitsaspekte werden ebenfalls von drei Interviewpartner_innen genannt.

Neben den bereits erwähnten wurden vereinzelt weitere konzeptionelle Überlegungen angeführt:

- Freiwilligkeit
- Stärkung von Eigeninitiative
- Kulturelle Aspekte - Diversität
- Genderaspekte

5.2.4 Wirkungsabschätzung

Im Interviewleitfaden fanden sich auch Fragen dazu, wie der/die Befragte die Wirkung der Angebote einschätzt. Obwohl alle Interviewpartner_innen betonen, dass sie eine Wirkungsabschätzung als schwierig empfinden, können sie dennoch positive Beispiele benennen. Hierzu kamen Aussagen wie: *„Die Kids fragen aktiv nach Obst. (C)“* sowie: *„Durch das Kennenlernen unterschiedlicher Lebensmittel und Geschmäcker sind sie offener für Neues geworden (D).“*

Zwei der Befragten gaben außerdem an, dass durch das gemeinsame Zubereiten und Essen von Mahlzeiten, gruppenspezifische Lernprozesse in Gang gesetzt wurden, welche über das eigentliche Ziel der Gesundheitsförderung hinausgehen. Sie betonten, dass zudem soziale Skills wie Kommunikation, Teamfähigkeit und Konfliktlösungskompetenz ganz nebenbei vermittelt wurden.

Schließlich, betonen drei der vier Befragten, erzählen viele Kids in ihren familiären und sozialen Kontexten über die Erlebnisse beim gemeinsamen Kochen und die dabei gesammelten Erfahrungen. Es kommt auch vor, dass Kinder die Gerichte zuhause für ihre Familie nachkochen und dadurch Wertschätzung und Selbstwirksamkeit erfahren: *„Ja sporadisch. Eine Geschichte kann ich schon erzählen. Einer von den Burschen hat das neue Gericht gleich zuhause [...] nachgekocht. [...] Bei dem hab ich zum Beispiel gemerkt, dass er das anscheinend auch immer wieder zuhause probiert. (B)“*

5.3 Die Interpretation

Ausgehend von den Ergebnissen der Befragung werden nun einige Aspekte, welche in den Interviews Erwähnung fanden, genauer diskutiert. Bei der Frage über die durchschnittliche Dauer der Angebote fanden die begrenzten zeitlichen Ressourcen

öfters Erwähnung. Im Fall von Kochworkshops wird die vorgegebene Zeit meist für die Zubereitung der Gerichte und die gemeinsame Mahlzeit verwendet. Der Lebensmitteleinkauf muss vor- bzw. ausgelagert werden. Dies bedeutet, dass ein möglicher zusätzlicher Lerneffekt durch die Beschäftigung mit Produkten unterschiedlicher Qualität (z.B. Bio versus Konventionell) bzw. durch das Erkunden verschiedener Verkaufseinrichtungen (Wochenmarkt versus Supermarkt) in der Realität oftmals aufgrund zeitlicher Beschränkungen geringer ausfällt.

Bei Indoor stattfindenden Kochworkshops wurde von allen Befragten das Problem der begrenzten räumlichen und personellen Ressourcen erwähnt. Dadurch kann meist nur eine begrenzte Teilnehmer_innenzahl an den Angeboten aktiv teilnehmen. Hier zeigt sich ein limitierender Faktor, welcher Gegenstand ständiger Reflexion im Team sein sollte. Wird auf die Beschränkungen mittels Anmeldesystem reagiert, werden jene, die sich nicht angemeldet haben bzw. zu spät zur Anmeldung kamen, ausgeschlossen. Zudem werden durch eine solche Vorgangsweise wichtige Arbeitsprinzipien der Jugendarbeit wie Niederschwelligkeit⁹, Partizipation und Freiwilligkeit in Frage gestellt. Wird der Zugang zu Kochworkshops prinzipiell offen gehalten, kann es andererseits passieren, dass die Durchführung der Aktion dadurch beeinträchtigt wird, dass zu wenige oder zu viele Teilnehmer_innen mitmachen wollen. Diese Problematik ist in der Jugendarbeit nicht neu und es bedarf einer hohen Flexibilität der Mitarbeiter_innen bzw. des Teams, um mit kreativen Lösungen auf die jeweilige Situation reagieren zu können.

Anhand der Tatsache, dass ein Großteil der Interviewpartner_innen beobachten, dass zunehmend mehr Kinder mit Hunger in die Einrichtung kommen, bestätigen sich die Trends, welche bereits im Theorieteil (vgl. Kap. 3.3: 10) angeführt wurden. Die Reaktion der Jugendarbeit mittels gemeinsamer Kochaktivitäten und Mahlzeitsituationen kann einerseits mit den Prinzipien der Lebenswelt- und Bedürfnisorientierung gerechtfertigt werden. Nicht zuletzt tragen Wissen und Handlungskompetenzen im Bereich Ernährung zu erhöhter Autonomie, Selbstbestimmung und Eigenverantwortung bei, weil dadurch geringere Abhängigkeit von Angeboten der Lebensmittelindustrie sowie von Fast-Food-Ketten erreicht werden

⁹ Der Zugang und die Teilnahme an den Angeboten erfolgt im unmittelbaren sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen und kann unkompliziert, ohne Bedingungen oder vorher erbrachte Leistungen, in Anspruch genommen werden (vgl. Krisch et al. 2011: 30).

kann. In diesem Sinne kann gemeinsames Kochen und Essen als Empowerment, ja mehr noch als politische Bildung angesehen werden (vgl. Rose et Sturzenbecker 2009: 15). Andererseits muss die Reaktion auf die Bedürfnisartikulation Hunger mittels „gesunder Ernährung“ kritisch betrachtet werden. Wenn nämlich das Gesundheitsargument im Vordergrund steht, kann bei Kindern schnell das Gefühl entstehen, dass Gesundheit mit Druck und Verzicht in Verbindung stehen (vgl. Kap. 4.4; Rützler 2007: 202)

Zwei der vier Interviewpartner_innen erwähnten bei der Frage nach den Angeboten, dass ein_e Mitarbeiter_in gerne kocht. Hier scheint das persönliche Interesse von Betreuungspersonen an gesunder Ernährung als Motiv für ein gesundheitsförderndes Angebot zugrunde liegen. Dies ist an sich kein großes Problem. Wird jedoch im Team nicht ausführlich darüber diskutiert, reflektiert und eine gemeinsame Teamlinie definiert, besteht Gefahr, dass die Inhalte zum Thema Ernährung nicht von allen mitgetragen werden. Es erscheint also unabdingbar, dass im Team ein gemeinsames Verständnis von gesunder Ernährung entwickelt wird.

6. Resumee

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Gesundheitszustand und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen auf Basis der vorhandenen Daten betrachtet. Es wurde festgestellt, dass eine ausgewogene Ernährung neben anderen Lebensstilfaktoren zur Erhaltung der Gesundheit unverzichtbar ist. Die Darstellung der steigenden Prävalenz von Übergewicht und Adipositas vor allem bei Kindern und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Kontexten untermauert den dringenden gesellschaftlichen Handlungsbedarf. Gerade diese Personengruppe profitiert aber am wenigsten von den angebotenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Nicht zuletzt um Schlagwörtern wie „gesundheitliche Chancengleichheit“ eine Relevanz zu verleihen, braucht es dringend geeignete Methoden. Wie im Kapitel 4.4 dargelegt, eignen sich einige Arbeitsprinzipien der Jugendarbeit ebenfalls sehr gut für die Vermittlung von Ernährungskompetenz. Zu nennen wären hier ohne Anspruch auf Vollständigkeit Partizipation, Freiwilligkeit, Niederschwelligkeit, Lebensweltorientierung, Ressourcenorientierung, Handlungsorientierung, Erlebnisorientierung. Besonders wichtig für den Zugang sozioökonomisch Benachteiligter zu

Gesundheitsförderungsmaßnahmen erscheint der niederschwellige Zugang der Jugendarbeit, mit welcher diese Personengruppe erreicht werden kann.

Die Befragung ergab, dass zur Vermittlung von Ernährungskompetenz begrenzte zeitliche, räumliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen. Sollen die Ziele des Nationalen Aktionsplans Ernährung erreicht werden, nämlich die Herstellung von „gesundheitlicher Chancengleichheit“ durch zielgruppenspezifische Maßnahmen für Kinder aus bildungsfernen und/oder einkommensschwachen Schichten, müssen dementsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Die Entwicklung von Projekten wie z.B. „Gesunde Parks“ erscheint in diesem Zusammenhang als Schritt in die richtige Richtung. Bleibt zu hoffen übrig, dass solche Projekte nach eingehender Evaluierung zeitlich und räumlich ausgeweitet werden. Zusätzlich unterstützt werden könnten diese Entwicklungen durch die Bereitstellung zusätzlicher Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zum Thema gesunde Ernährung für Jugendarbeiter_innen.

7. Literaturverzeichnis:

APA, 2014: Gesetzesnovelle bringt tägliche Turnstunde an Ganztagschule (Pressemeldung der Austria Presseagentur) veröffentlicht im Online-Standard. Internet: <http://derstandard.at/2000007686068/Gesetzesnovelle-bringt-taegliche-Turnstunde-an-Ganztagschule> Zugriff: 09.11.2014

Barlösius Eva, 2011: Soziologie des Essens: Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Grundlagentexte der Soziologie. Weinheim: Verlag Juventa 2. Auflage

BMG - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2011 (Hg.). Die Gesundheit der Österreichischen Schüler_innen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Internet: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/ernaehrungsverhalten-schulkinder.html> Zugriff: 01.09.2014

BMG - Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend, 2013: Nationaler Aktionsplan Ernährung, Eigenverlag, Wien Internet: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/5/8/CH1046/CMS1378816554856/nap.e_20130909.pdf Zugriff: 01.09.2014

Deinet Ulrich, Sturzenhecker Benedikt (Hrsg.), 2013: Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. Springer Verlag Wiesbaden, 4. Auflage.

Elmadfa Ibrahim, Leitzmann Claus, 2004: Ernährung des Menschen. Verlag Eugen Ulmer. Stuttgart. 4. Auflage

Elmadfa Ibrahim, Hasenegger Verena, Wagner Karin, Putz Peter, Weidl Ninj-Maria, Wottawa Denise, Kuen Timo, Seiringer Günter, Meyer Alexa Leonie, Sturtzel Bärbel, Kiefer Ingrid, Zilberszac Aleksander, Sgarabottolo Verena, Meidlinger Bettina, Rieder Anita 2012: Österreichischer Ernährungsbericht 2012, Druckerei Berger, Wien

FAO (FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS) Rome, 2002: The State of Food Insecurity in the World. Internet: <http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf> Zugriff: 01.10.2014

Flick Uwe, 2006: Qualitative Sozialforschung, Rowohlt Verlag

Krisch Richard, Stoik Christopf, Benraszougui-Hofbauer Evelyn, Kellner Johannes 2011: Glossar Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit, Wien

Kullmann Kirsten, 2009: Pizza oder Suppe? Verhandlungen zum Essen im Jugendhaus. In: Rose Lotte, Sturzenbecker Benedikt (Hrsg.): Erst kommt das Fressen – Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 177 - 189

Lampert Thomas, Kurth Bärbel-Maria 2007: Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) Deutsches Ärzteblatt Jg. 104 Heft 43, Oktober 2007, S. 2944 - 2949. Internet: <http://edoc.rki.de/oa/articles/reCiWOPzE5Ew/PDF/22i2D768dz98o.pdf> Zugriff: 01.10.2014

Marent Johannes, Eisendle Martina 2011: Forschungsbericht Gesundheit und Wohlbefinden im Kontext jugendlicher Lebenswelten - Einblicke, Essenzen, Ausblicke. Internet: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_813/72647.pdf Zugriff: 01.11.2014

Pschyrembel (1998): Klinisches Wörterbuch. 258. Auflage. Verlag de Gruyter, Berlin 1998.

Rose Lotte, Sturzenbecker Benedikt, 2009: Erst kommt das Fressen – Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Rose Lotte, 2009: Gesundes Essen. Anmerkungen zu den Schwierigkeiten, einen Tisch gesellschaftlich zu regulieren. In: Rose Lotte et Sturzenbecker Benedikt (Hrsg.): Erst kommt das Fressen – Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S 281 – 294.

Rose Lotte, 2013: Essen und Kochen im Jugendhaus. In: Deinet Ulrich, Sturzenhecker Benedikt (Hrsg.): Handbuch Offene Kinder- und Jugendarbeit. Springer Verlag Wiesbaden, 4. Auflage. S 465-469

Rützler Hanni, 2003: Future Food – Die 18 wichtigsten Trends für die Esskultur der Zukunft. Zukunftsinstitut Kelkheim.

Rützler Hanni, 2007: Kinder lernen Essen – Strategien gegen das Zuviel, Verlag Krenn, Wien

Schnögl Sonja, Zehetgruber Rosemarie, Danninger Silvia, Setzwein Monika, Wenk Regina, Freudenberg Madlen, Müller Claudia, Groeneveld Maike 2006: Schmackhafte Angebote für die Erwachsenenbildung und Beratung – Food Literacy - Handbuch und Toolbox. Plancopy Eder, Wien

Schnögl Sonja, 2010: The Learning Kitchen - Hot Spots für neue Lernprozesse. Internet: <http://www.muendig.at/blog/wp-content/uploads/2014/11/lk-concept-de.pdf> Zugriff: 01.11.2014

Segna Daniel, Widhalm Harald, Pandey Maitrayee P., Zehetmayer Sonja, Dietrich Sabine, Widhalm Kurt 2012: Impact of mother tongue and gender on overweight, obesity and extreme obesity in 24,989 Viennese children/adolescents (2–16 years), Wiener Klinische Wochenschrift, November 2012, Volume124(Issue21-22) S 782-788

Titze, S., Ring-Dimitriou, S., Schober, P. H., Halbwachs, C., Samitz, G., Miko, H. C., Lercher, P., Stein, K. V., Gäbler, C., Bauer, R., Windhaber, J., Bachl, N., Dorner, T. E., 2010: Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

Vogt Irgard, 2009: Kochen und Essen mit Lust. In: Rose Lotte, Sturzenbecker Benedikt, 2009: Erst kommt das Fressen – Über Essen und Kochen in der Sozialen Arbeit, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 267 – 280.

Volkshilfe Österreich (Hg.), 2014: Tag gegen Armut 2014 Faktensammlung: Kinderarmut in Österreich, Internet: <http://www.volkshilfe.at/content/images/files/kinderarmut/FaktenKinderarmut-2014.pdf> Zugriff: 05.11.2014

Wakolbinger Barbara, 2013: Adipositas-Studie an Wiener Kindern. Österreichische Ärztezeitung Nr. 23-24, Dezember 2013 Internet: <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2013/oeaez-2324-15122013/adipositas-studie-eddy-wien-kinder-fastfood.html> Zugriff: 01.09.2014

WHO (World Health Organisation), 2003: Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Internet: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_916.pdf Zugriff: 01.10.2011

WHO (World Health Organisation), 2014: WHO Obesity and overweight Factsheet Fact sheet N°311. Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> Zugriff: 09.11.2014

Widhalm Kurt, 2011: HELENA – Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence. Internet: http://www.klinikschoensicht.de/de/pdf/Prof_Dr_K_Widhalm_-_Ernaehrungstherapie.pdf Zugriff: 01.10.2014

Zwiauwer Karl, 2007: Studienbericht: Österreichische Feldstudie zur Erhebung der Prävalenz von Übergewicht bei 6- bis 14-jährigen Schülerinnen und Schülern. Internet: http://www.gruenes-kreuz.org/ogk/tl_files/gruenes_kreuz/dynamics/files/1197368158_Studienbericht.pdf Zugriff: 15.10.2014

Internetquellen:

Gesunde Parks: www.gesundeparks.at

Unser Schulbuffet: www.unerschulbuffet.at

Wiener Gesundheitsförderung: <http://www.wig.or.at>