

Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit

Eine systematische Recherche



Hintergrund

Kommunikation ist allgegenwärtig, einflussreich und sehr vielfältig.

Entsprechend wichtig ist es zu wissen, wie Ernährungsbotschaften erfolgreich verfasst und verbreitet werden können. Das trifft vor allen Dingen auf die Kommunikation mit werdenden und jungen Familien zu – aber auch mit Fachkräften, die in einem engen Vertrauensverhältnis zu den Familien stehen.

Bislang gibt es zu diesem Thema allerdings keine umfassenden wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Dieser Bericht präsentiert die Ergebnisse einer erstmaligen systematischen Auswertung des internationalen Forschungsstands zur Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit. Er leitet dabei auch konkrete Empfehlungen zu kommunikativen Zugängen und Ansprachen ab und liefert auf diese Weise wichtige Impulse für Entscheidungsträger*innen.

Der Bericht richtet sich somit an die interessierte Fachöffentlichkeit bzw. an alle, die Medien und Botschaften zur Förderung eines gesunden Lebensstils bei werdenden und jungen Familien entwickeln, entsprechende Projekte bzw. Maßnahmen planen oder durchführen oder in diesen Bereichen wissenschaftlich tätig sind.

Diese systematische Auswertung wurde von Prof. Dr. Matthias R. Hastall, Cosima Nellen und Dr. Alexander Röhm unter Mitarbeit von Marie-Christin Lueg und Johannes Zensen-Möhring an der TU Dortmund durchgeführt. Sie wurde durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. gefördert und vom Netzwerk Gesund ins Leben koordiniert und inhaltlich begleitet.

Der Anhang zu diesem Bericht kann unter folgendem Link heruntergeladen werden:
www.gesund-ins-leben.de/0525

Zusammenfassung

Ziel dieses Projekts

Ziel dieses Projekts ist es, auf der Basis umfangreicher Sichtungen des internationalen Forschungsstands zu eruieren, welche Erkenntnisse bezüglich evidenzbasierter Strategien zur Ernährungskommunikation in kommunalen Settings sich aus Übersichtsartikeln (Reviews) und Einzelstudien mit einem mittleren oder hohen Evidenzgrad ableiten lassen. Im Fokus stehen dabei kommunikative Aktivitäten, die auf eine gesündere Ernährung innerhalb der Lebensphasen Schwangerschaft, Säuglings- und Kleinkindalter abzielen. Drei Hauptzielgruppen werden dabei unterschieden:

1. **Schwangere, junge Familien und Kinder im Alter bis 36 Monate**
2. **lokale Multiplikator*innen**
3. **Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen**

Untersucht werden soll, welche Botschaften mit welchen Botschaftsmerkmalen über welche Kanäle kommuniziert werden und in welchen Konstellationen dies zu einem verbesserten Ernährungsverhalten oder zu positiven Veränderungen von physiologischen bzw. anthropometrischen Indikatoren führt. Bezüglich der Zielgruppen 2 und 3 wird analysiert, inwieweit evidenzbasierte Kommunikationsstrategien zur Gewinnung und Sicherung eines Engagements dieser Personengruppen vorliegen und wie diese konkret aussehen.

Methodisches Vorgehen

Die Erkenntnisse basieren auf vier Recherchen des Forschungsstands, die in Abschnitt 2 näher beschrieben sind:

1. **Scoping Review of Reviews**
Recherche und Sichtung von Reviews des Forschungsstands zu ernährungsbezogenen Interventionsstudien mit Kommunikationsbezug
2. **Systematisches Review relevanter Einzelstudien**
Recherche und Sichtung von Einzelstudien mit einer ernährungsbezogenen kommunikativen Intervention bei den o. g. Zielgruppen
3. **Analyse der eingesetzten Kommunikationsmaterialien und -strategien**
Nachrecherche und Sichtung der Materialien, die bei den dokumentierten Interventionen eingesetzt wurden, sowie Analyse der Zugänge und Botschaftsstrategien anhand eines detaillierten Kodierschemas
4. **Nachrecherchen**
von Lehrbüchern, Guides und grauer Literatur, insbesondere zur kommunikativen Ansprache von Personen der Zielgruppen 2 und 3

Zentrale Erkenntnisse

Die Detailanalysen ergaben eine Vielzahl an Erkenntnissen und Hinweisen für eine effektive Konzeption von Präventionsaktivitäten, die in Abschnitt 5 zusammengefasst werden. Fünf zentrale Ergebnisse seien an dieser Stelle schon einmal genannt:

1. Das Thema Ernährungsprävention ist bezüglich der o. g. Zielgruppen sehr gut beforscht. Detaillierte Angaben zu den eingesetzten Materialien, Botschaften und kommunikativen Zugängen fehlen aber oft und sind häufig auch durch Nachrecherchen nicht rekonstruierbar. Welche Inhalte auf welche Weise kommuniziert wurden, bleibt in vielen Publikationen eine „Black Box“.
2. Langfristig angelegte und theoriebasierte Multi-Komponenten-Ansätze in Kommunen, die mehrere Informationskanäle einschließlich interpersonaler Kontakte einsetzen, erwiesen sich als besonders erfolgreich.
3. Positive Ansprachen, Framing-Strategien, soziale Appelle und Fallbeispiele sind besonders erfolgversprechende Botschaftsstrategien. Bei Kindern ist die Verwendung kreativer oder lustiger Namen für Gerichte oder Mahlzeiten eine wirksame Strategie zur Verbesserung des Essverhaltens.
4. Eine evidenzbasierte stigma- und abwehrsensible Präventionskommunikation ist dringend anzuraten, um die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Effekte zu senken. Eine interdisziplinäre theoretische Fundierung der Kommunikationsaktivitäten im Kontext von Präventionskampagnen erscheint sehr sinnvoll.
5. Es fehlen akzeptierte Standards zur Evaluation des Präventionserfolgs sowie zur Dokumentation der eingesetzten kommunikativen Zugänge und Botschaften.

Inhaltsverzeichnis

1 Grundlagen evidenzbasierter Präventionskommunikation	8
1.1 Begriff Präventionskommunikation	9
1.2 Modellvorstellungen von Kommunikation	9
1.2.1 Vorstellungen vom Kommunikationsprozess	10
1.2.2 Phasen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens	12
1.2.3 Einflussfaktoren für gelingende Kommunikation	12
1.2.4 Variationsbreite kommunikativer Stilmittel	13
1.2.5 Zwischenfazit	17
<hr/>	
2 Methodisches Vorgehen: Literaturrecherchen	19
2.1 Zielgruppe 1: Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate	19
2.1.1 Review 1: Scoping Review of Reviews	20
2.1.2 Review 2: Systematisches Review von Einzelstudien	21
2.2 Zielgruppen 2 und 3: Lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen	24
<hr/>	
3 Ergebnisse für Zielgruppe 1 (Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate)	25
3.1 Ergebnisse des Review-Screenings (Review 1)	25
3.1.1 Bewertung des Dokumentationsstands	25
3.1.2 Generelle Erkenntnisse zur Anlage präventiver Interventionen	26
3.1.3 Erfolgsfaktoren für präventive Interventionen	26
3.1.4 Barrieren	28
3.1.5 Negative und unintendierte Effekte	29
3.1.6 Theoretische Fundierung von Präventionsaktivitäten	31
3.2 Ergebnisse der Sichtung der Einzelstudien (Review 2)	31
Erfolgreiche versus nicht erfolgreiche Studien	31
3.2.1 Kurzprofile 1: Erfolgreiche Studien	32
3.2.2 Kurzprofile 2: Nicht erfolgreiche Studien	38
3.2.3 Ziele der Interventionen	41
3.2.4 Settings	42
3.2.5 Zielgruppen	43
3.2.7 Medien, Technologien und Dienste	44
3.2.6 Einsatz interpersonaler Kommunikationskanäle	44
3.2.8 Zielgruppenspezifische Analyse der erfolgreichen Studien	46
3.2.9 Zusammenfassung	51
3.2.10 Analyse der nicht erfolgreichen Studien	53
3.2.11 Botschaftsstrategien	53
3.2.12 Negative Ergebnisse	55
3.3 Good-Practice-Beispiele	56

4 Ergebnisse für Zielgruppe 2 und 3 (lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen)	57
4.1 Zielgruppe 2: Lokale Multiplikator*innen	57
4.1.1 Ergebnisse aus Sichtungen der Einzelstudien	57
4.1.2 Ergebnisse aus Sichtungen der restlichen Literaturquellen	59
4.2 Zielgruppe 3: Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen	60
4.3 Bausteine eines Kommunikationsleitfadens zur Gewinnung und Ansprache von Akteur*innen	61
4.3.1 Zielvorstellung, Problemidentifizierung und Framing	62
4.3.2 Identifizierung von Akteur*innen	63
4.3.3 Ansprache und Gewinnung	66
4.3.4 Zusammenarbeit mit Akteur*innen	67
4.3.5 Nachhaltiger Beziehungsaufbau	72
<hr/>	
5 Zusammenfassung	73
5.1 Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen	73
5.1.1 Klarheit über Ziele	74
5.1.2 Klarheit über Zielgruppen	75
5.1.3 Klarheit über die Inhalte	75
5.1.4 Klarheit über das Setting	75
5.1.5 Ansprache der Zielgruppe 1: Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate	76
5.1.6 Ansprache der Zielgruppen 2 und 3: lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen	76
5.1.7 Effektive Botschaftsstrategien	77
5.1.8 Vermeidung negativer Effekte	79
5.1.9 Theoretische Fundierung	79
5.1.10 Methodische Begleitung	80
5.1.11 Dokumentation des Vorgehens	81
5.2 Identifizierte Forschungslücken	82
5.2.1 Inhaltliche Forschungslücken	82
5.2.2 Methodische Forschungslücken	82
5.3 Limitationen	83
5.4 Ausblick	83
<hr/>	
6 Literaturverzeichnis	85
6.1 Zitierte Literatur	85
6.2 Zielgruppe 1: Einzelstudien-Recherche	88
6.2.1 Erfolgreiche Interventionen (E01–E43)	88
6.2.2 Nicht erfolgreiche Interventionen (N01–N22)	91
6.3 Zielgruppen 2 und 3: Einzelstudien-Recherche und zusätzliche Literatur	93
6.4 Recherchierte Reviews (R001–R187)	96
<hr/>	

1 Grundlagen evidenzbasierter Präventionskommunikation

Präventionsaktivitäten umfassen eine Vielzahl von Kommunikationsprozessen, die sich an verschiedene Zielgruppen richten und unterschiedliche Ziele verfolgen. Nicht nur mit den jeweiligen Primärzielgruppen der Präventionsmaßnahmen (z. B. junge Familien) muss angemessen kommuniziert werden, oft wird darüber hinaus auch die Unterstützung der Medien, der Öffentlichkeit sowie von Multiplikator*innen und politischen Entscheidungsträger*innen benötigt. Kommunikation ist auch notwendig, um relevante Institutionen, Einrichtungen und Vereine langfristig erfolgreich einzubeziehen, um dadurch gesundheitsförderliche Veränderungen von Lebenswelten oder Modifikationen der rechtlichen Rahmenbedingungen (sog. Policies) zu erreichen.

Unabhängig von den jeweiligen Zielgruppen und Zielen besteht die grundlegende Herausforderung fast immer darin:

1. einen unmittelbaren Kontakt zwischen den erstellten Botschaften und den Mitgliedern der Zielgruppe zu erreichen,
2. die Aufmerksamkeit der Zielgruppe durch eine interessante und emotionsorientierte Ansprache mindestens so lange zu sichern, dass eine Verarbeitung der präventionsrelevanten Informationen stattfinden kann,
3. zum richtigen Zeitpunkt durch entsprechende motivierende Impulse die angestrebten Einstellungs-, Wissens- und Verhaltensänderungen zu erreichen.

Bereits diese allgemeine Auflistung macht deutlich, dass zur Erreichung der Ziele von Präventionskampagnen eine Vielzahl kommunikativer Kompetenzen benötigt wird. Ein aktiver Einbezug einer kommunikationswissenschaftlichen Expertise erscheint daher naheliegend. Die Realität sieht bislang jedoch anders aus:

Obwohl interpersonale, organisationale, interdisziplinäre, interprofessionelle und massenmediale Kommunikationsprozesse entscheidend für den kommunikativen Erfolg oder Misserfolg präventiver Interventionsprogramme sind, erfolgt bis heute ein Großteil dieser Aktivitäten ohne kommunikationswissenschaftliche Fundierung und Begleitung.

Ein Grund hierfür liegt darin, dass die Gesundheitskommunikation im deutschsprachigen Raum noch eine relativ junge Wissenschaftsdisziplin ist. Die gleichnamige Fachgruppe wurde erst 2012 in der Deutschen Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft (DGPK) gegründet, Professuren mit einer entsprechenden Denomination gibt es erst seit 2015/2016. Im angloamerikanischen Sprachraum hingegen gilt die Health Communication spätestens seit den 1990er-Jahren als etablierter Forschungsbereich mit dezidierten Konferenzen, Fachzeitschriften und Professuren.

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte wurde viel Wissen über gesundheitsbezogene Kommunikationsprozesse in der Gesundheitskommunikation zusammengetragen. Außerdem gab es deutliche Fortschritte in der Theoriebildung, die ebenfalls stärker in die Konzeption und Umsetzung von Präventionsaktivitäten einfließen kann.

Folgen einer fehlenden Evidenzbasierung der Kommunikation

Lai*innen und Expert*innen haben oft fundamental verschiedene Vorstellungen davon, wie welche Ziele kommunikativ erreicht und wie Zielgruppen am besten angesprochen werden. Eine Folge sind wenig effektive Präventionskampagnen, die mehr Schaden als Nutzen verursachen können (vgl. Abschnitte 1.2.1 und 3.1.5). Intuitive anstelle evidenzbasierter Präventionskommunikation führt auch zur Verschwendung personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen. Dementsprechend nehmen Forderungen nach einer evidenzbasierten Gesundheitskommunikation zu [19; 25].

Für einen erfolgreichen interprofessionellen Austausch zu Aspekten der Präventionskommunikation ist es wichtig, dass vergleichbare und möglichst kompatible Verständnisse vom Kommunikationsprozess und relevanten Einflussfaktoren vorliegen. In den folgenden Abschnitten wird etwas Grundlagenwissen zum besseren Verständnis der darauf aufbauenden Analysen vermittelt. Die Darstellung basiert zum Teil auf einschlägigen Überblickswerken [04; 18; 21; 36; 40], geht aber an vielen Stellen auch darüber hinaus.

1.1 Begriff Präventionskommunikation

Zunächst soll der Begriff „gesundheitsbezogene Präventionskommunikation“ definiert werden:

Unter gesundheitsbezogener Präventionskommunikation werden alle kommunikationsbasierten strategischen Aktivitäten verstanden, deren Ziel es ist, dass Angehörige bestimmter Zielgruppen mehr Wissen über ein gesundheitliches Risiko sowie Möglichkeiten zur Risikominimierung verfügen oder motiviert werden, ihr Gesundheitsverhalten den Empfehlungen entsprechend zu verbessern.

Präventionskommunikation kann somit verschiedene Teilziele und Zielgruppen haben, über verschiedene Kanäle erfolgen und verschiedene Formen annehmen. Direkte Gespräche wie Beratungen oder Coachings zählen ebenso dazu wie Werbe- und Marketingaktivitäten, Unterhaltungsangebote (z. B. Entertainment-Education-Serien), Postings in sozialen Netzwerken, Smartphone-Apps, Spiele („Serious Games“), strategische Umgestaltungen der Umwelten („Nudging“), Initiativen zur Etablierung gesundheitsförderlicher Gesetzesänderungen oder die Gewinnung der Unterstützung von lokalen Multiplikator*innen, Politiker*innen oder Leiter*innen von Einrichtungen.

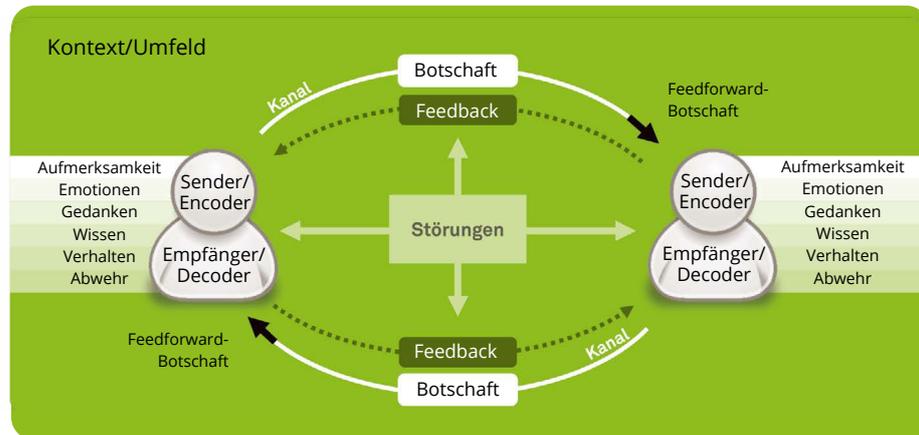
1.2 Modellvorstellungen von Kommunikation

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich unzählige Modellannahmen und Definitionen von Kommunikation. Für den vorliegenden Anwendungskontext sollen vier Aspekte vorab etwas detaillierter betrachtet werden, da sie die Planung kommunikativer Aktivitäten beeinflussen. Es handelt sich dabei um: (1) den Prozess der Kommunikation, (2) mögliche Phasen einer Verhaltensänderung, (3) relevante Einflussfaktoren auf den Erfolg oder Misserfolg von Kommunikation sowie (4) die Variationsbreite kommunikativer Stilmittel.

1.2.1 Vorstellungen vom Kommunikationsprozess

Abbildung 1 zeigt eine stark vereinfachte Modellvorstellung von Kommunikation. Obwohl nur zwei Personen abgebildet sind, gelten die meisten Aspekte analog auch für Settings mit größeren Personenkonstellationen.

Abbildung 1: Modellvorstellung vom Kommunikationsprozess



Anmerkung: Zur Verbesserung der Lesbarkeit wurden Personenbezeichnungen in Abbildung 1 nicht gegendert.

Kommunikation ist grundsätzlich dynamisch angelegt, d. h. alle Kommunikationsteilnehmer*innen sind – zumindest potenziell – gleichzeitig Sender*in und Empfänger*in und beeinflussen sich gegenseitig. Interaktionen finden immer in einem bestimmten Kontext statt (z. B. Arztbesuch, Abendessen in der Familie), der durch Faktoren wie Ort, Uhrzeit, Anwesenheit anderer Personen, Machtunterschiede, Werte, geltende Regelungen usw. beeinflusst wird.

Kodierung

Botschaften werden nicht direkt zum Gegenüber übermittelt, sondern zunächst mittels bestimmter Worte, Symbole, Gesten usw. kodiert. Nach ihrer erfolgreichen Übertragung müssen die Botschaften von den Empfänger*innen wieder dekodiert werden, was nur gelingt, wenn beide Seiten dasselbe Codesystem verwenden und die verbalen und nonverbalen Signale in ähnlicher Weise interpretieren. Botschaften müssen daher stets so kodiert sein, dass die Empfänger*innen sie wie intendiert wahrnehmen und interpretieren können, anderenfalls sind Missverständnisse vorprogrammiert. Die eigentliche Botschaft kann durch eine sog. Feedforward-Botschaft angekündigt werden (z. B. „Du wirst nicht glauben, was mir heute passiert ist“), um das Gegenüber auf die Hauptbotschaft vorzubereiten und eine aufmerksam-akzeptierende Wahrnehmung zu fördern.

Kanäle und Feedback

Botschaften können über verschiedene Kanäle gesendet werden, die individuelle Vor- und Nachteile haben (z. B. direktes Gespräch, Whatsapp-Nachricht, Smartphone-Pushnachricht, Event, Theaterstück). In vielen Fällen existieren Feedback-Kanäle, d. h. die kommunizierenden Personen können Reaktionen ihres Gegenübers (z. B. ein irritiertes Hochziehen der Augenbrauen) mehr oder weniger direkt wahrnehmen, darauf reagieren und z. B. die Kommunikation entsprechend anpassen. Auch bei massenmedialen Kanälen gibt es oft Feedback-Schleifen. Diese können allerdings langsamer und weniger direkt ausfallen (z. B. Leserbriefe, Telefonanrufe, Online-Shitstorm).

Störungen

Bei jeder Kommunikation ist mit einem gewissen Maß an Störungen zu rechnen. Diese können technischen Ursprungs (z. B. Internet-Verbindungsprobleme) oder durch die Umwelt verursacht sein (z. B. Lärm), aber auch sozialer (z. B. Ablenkung) oder psychischer Natur (z. B. Ermüdung, Reaktanz).

Intrapersonaler Kommunikationsprozess

Für eine erfolgreiche Kommunikation ist es wichtig zu verstehen, was während des Kommunikationsprozesses innerhalb der beteiligten Personen passiert. Entscheidend ist zunächst, dass Aufmerksamkeit erzielt und aufrechterhalten werden kann. In der Praxis ist das oft herausfordernd, nicht zuletzt angesichts einer Vielzahl paralleler Reize. Im Falle erreichter Aufmerksamkeit vermittelt eine Botschaft bestimmte Informationen und löst dadurch Kognitionen (z. B. Einschätzung der Bedrohung und der Selbstwirksamkeit) und Emotionen (z. B. Optimismus, Sorge) aus, was zu Verhaltensänderungen führen kann. Eine solche Verhaltensänderung erfolgt nicht zwangsläufig in die von den Kommunikator*innen gewünschte Richtung. Sie kann auch darin bestehen, dass sich die Person von der Kommunikation abwendet und zukünftig Informationen zu diesem Thema oder aus derselben Quelle vermeidet. Damit sind unerwünschte Verhaltensreaktionen angesprochen, zu denen auch Abwehrreaktionen zählen.

Diese Prozesse beeinflussen sich zudem gegenseitig. Eine Information kann z. B. zum Nachdenken über ernährungsbedingte Risiken anregen (Kognitionen), was Sorgen und Furcht hervorruft (Emotionen). Dies kann eine Re-Evaluation der Risiken und Bewältigungsmöglichkeiten motivieren (Kognitionen), welche leichten Optimismus (Emotion) und eine weitere Informationssuche (Verhaltensänderung) bewirkt. Es ist wichtig, diese dynamischen Prozesse zu kennen und zu wissen, welche davon eine Ausübung des gewünschten Zielverhaltens (z. B. verbesserte Ernährung) eher fördern und welche es eher verhindern.

Negative Effekte

Wie nicht zuletzt Debatten um Impfgegner*innen oder Coronaleugner*innen zeigen, kann die Kommunikation gesundheits- oder risikobezogener Informationen herausfordernd sein und eine Reihe negativer Effekte hervorrufen [05; 06; 14; 16; 26; 31; 37]. Die Hauptgründe hierfür liegen in einigen Besonderheiten der „typisch menschlichen“ Informationssuche, -aufnahme und -verarbeitung:

- verzerrte Risikowahrnehmung; Schwierigkeit bei der Interpretation von Statistiken
- Grundbedürfnis nach Verdrängung und Verleugnung von Bedrohungen
- unrealistischer Optimismus oder Fatalismus
- Schutz des emotionalen Wohlbefindens, z. B. Angst aufgrund negativer Assoziationen (Krankheit, Krankenhausaufenthalt, Tod) oder vor einer emotionalen Überforderung
- Schutz des Selbstwertgefühls/Egos
- Bedürfnis nach Autonomie, Ablehnung von „Bevormundung“ oder „Manipulation“
- Bedürfnis nach Stabilität (Konsonanzmotiv) und nach einem positiv wertschätzenden Blick auf das bisherige Gesundheitsverhalten

Wenn diese Aspekte bei der Gestaltung von präventiven Botschaften nicht ausreichend berücksichtigt werden, sind negative Effekte auf individueller wie gesellschaftlicher Ebene vorprogrammiert. Hierzu zählen beispielsweise:

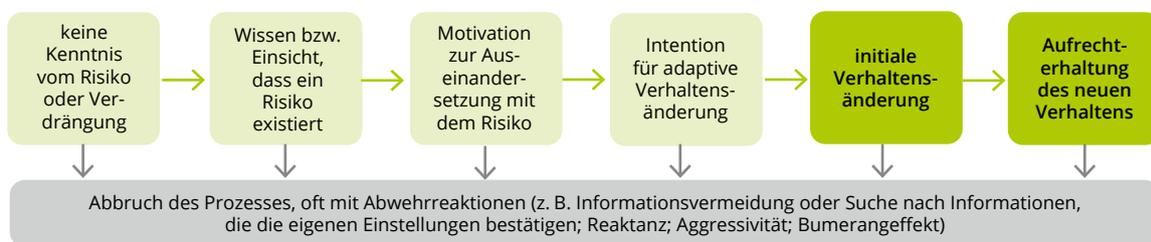
1. Bumerangeffekte (das Gegenteil des intendierten Ziels wird erreicht)
2. höhere Attraktivität des beanstandeten Gesundheitsverhaltens
3. Missverständnisse
4. unnötige Sorgen, Ängste, Panik, Hypochondrie
5. unnötige finanzielle Ausgaben
6. unnötige Konsultationen von Ärzt*innen

7. selektive Interpretation und Vermeidung von Präventionsbotschaften
8. Angriffe auf Botschaftsinhalte und Kommunikator*innen, Proteste
9. unbeabsichtigte Verstärkung der Stigmatisierung vulnerabler Personengruppen
10. unbeabsichtigte Verstärkung sozialer Ungleichheiten

1.2.2 Phasen der Veränderung des Gesundheitsverhaltens

Mehrere Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens [z. B. 35; 42; 48] postulieren, dass gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen überwiegend nicht plötzlich und spontan erfolgen. Stattdessen geht ihnen ein länger andauernder Prozess der Informationsaufnahme, der Abwägung von Argumenten und Handlungsoptionen, der Emotionsregulation usw. voraus. Abbildung 2 zeigt in einer vereinfachten Darstellung, wie ein solcher Prozess aussehen könnte.

Abbildung 2: Mögliche Phasen im Prozess der Änderung des Gesundheitsverhaltens



Dieser theoretischen Perspektive zufolge sind mehrere Transformationsprozesse erfolgreich zu durchlaufen, bis eine Person eine Verhaltensänderung umsetzt und dauerhaft aufrechterhält. Jede Phase ist durch spezifische Informationsbedürfnisse, Gedanken und Emotionen gekennzeichnet.

Präventionsbotschaften, die in einer Phase hilfreich sind, um den Prozess einer adaptiven Umstellung des Gesundheitsverhaltens zu fördern, können in einer anderen Phase unpassend sein und sogar dafür sorgen, dass der Prozess abgebrochen wird. Präventionskommunikation sollte dementsprechend an die jeweilige Phase der Zielpersonen angepasst sein, was ein substantielles Wissen sowohl über die Zielgruppe als auch über phasenadäquate Kommunikationsstrategien erfordert und in der Praxis bislang erst selten erfolgt.

1.2.3 Einflussfaktoren für gelingende Kommunikation

Den vielen für den Erfolg oder Misserfolg von Präventionskommunikation verantwortlichen Faktoren lassen sich fünf Oberkategorien zuordnen:

1. **Merkmale der Empfänger*innen** (z. B. Vorwissen, Vorerfahrungen, Werte, aktuelle Bedürfnisse, Aufnahmebereitschaft, Sprachkenntnisse, kognitive Fähigkeiten)
2. **Merkmale der Sender*innen bzw. der Botschaftsquelle** (z. B. Glaubwürdigkeit, sozialer Status, Sympathie, unterstellte Motive, Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blickkontakt, Stimmlage, Tonfall, Artikulation, Sprechtempo, Sprachmelodie, Kleidung)
3. **Merkmale des Kommunikationskanals** (z. B. Zugänglichkeit, Kosten, Geschwindigkeit, Gestaltungsmöglichkeiten, Interaktivitätsgrad)

- 4. Merkmale der Botschaft** (z. B. sachlicher Inhalt, emotionale Tönung, Argumente, Belege, optische Gestaltung, sprachliche und rhetorische Aufbereitung)
- 5. Merkmale der Kommunikationssituation** (z. B. Anwesenheit anderer Personen, ablenkende Reize, Normen, Umwelteinflüsse, Existenz konträrer Botschaften)

Da bereits ein einziger Faktor, wie eine als unseriös eingeschätzte Quelle oder eine als manipulativ eingeschätzte Abbildung, bewirken kann, dass die Kommunikation abgebrochen wird, sollte den Faktoren der Kategorien 2 bis 4 größtmögliche Aufmerksamkeit zuteilwerden. Bei der Wahrnehmung von Botschaften kommt es ausschließlich auf die Einschätzung der Empfänger*innen an, was eine alte Marketingweisheit wie folgt auf den Punkt bringt: „Der Wurm muss dem Fisch schmecken und nicht dem Angler.“ Für den Erfolg von Präventionskampagnen ist daher eine absolute Empfänger*innenorientierung unverzichtbar. Um erfolgreiche Botschaften zu entwickeln, müssen die Zielgruppen und ihre individuellen Bedürfnisse, Kompetenzen, Überzeugungen, Vorerfahrungen, kulturellen Werte, Ressourcen, medialen Vorlieben usw. bestmöglich gekannt werden, was i. d. R. umfangreiche Vorab-Analysen erfordert (Kategorie 1). Genauso sollten die präventionsbeeinflussenden Merkmale der jeweiligen Settings bekannt sein (Kategorie 5). Dadurch können Botschaften gut auf die Settings abgestimmt werden, oder es kann zunächst versucht werden, die relevanten Settings durch eine entsprechende Kommunikation präventionsfreundlicher zu gestalten.

Merkmale der Botschaft (Kategorie 4) können von den Kommunikator*innen nahezu beliebig beeinflusst werden, wobei die Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten von Lai*innen oft unterschätzt wird. Im nächsten Abschnitt wird daher auf einige wesentliche Möglichkeiten und Differenzierungen näher eingegangen.

1.2.4 Variationsbreite kommunikativer Stilmittel

Es gibt viele Möglichkeiten, eine bestimmte Information zu übermitteln oder eine bestimmte Reaktion zu erzeugen. Einige Optionen der Botschaftsgestaltung werden nachfolgend kurz vorgestellt.

Ziel der Intervention und Wege zur Zielerreichung

Zunächst sollte absolute Klarheit darüber bestehen, welches Ziel erreicht werden soll. Es muss so konkret wie möglich spezifiziert sein: Die pauschale Absicht, eine „bessere Ernährung des Kindes“ zu erreichen, ist weniger geeignet als z. B. das Ziel, den Anteil bestimmter Fertigprodukte bei der Kinderernährung in einem bestimmten Zeitraum um einen bestimmten Anteil zu reduzieren.

Nachdem das Ziel spezifiziert ist, sollte geprüft werden, welche Wege zur Zielerreichung vielversprechend sind. Auch wenn es im obigen Beispiel naheliegend wäre, die Eltern über die Problematik von Fertiggerichten aufzuklären, könnte das Ziel auf einem anderen Weg vielleicht schneller und mit weniger Widerstand erreicht werden. Oft ist das sogar möglich, ohne dass der Konsum von Fertiggerichten überhaupt thematisiert werden muss. Ernährungsverhalten lässt sich auch durch finanzielle Impulse (z. B. Preiserhöhungen oder Preissenkungen, kostenlose Bereitstellungen von Alternativen), Umweltänderungen (z. B. Verbesserung der Versorgung mit hochwertigen Lebensmitteln), die Motivation zur eigenen oder gemeinsamen Zubereitung von Speisen oder durch längere gemeinsame Essenszeiten ohne begleitenden TV-Konsum erreichen, um nur einige Beispiele zu nennen.

Möglichkeiten der Botschaftsgestaltung

Zwei grundlegende Aspekte der Botschaftsgestaltung lassen sich unterscheiden:

1. **Formale Gestaltung:** z. B. optische Aufmachung, Farben, Visualisierungen, Schriftarten, Flächen, Abstände, Kontraste, Schnitte, Bewegungen, Logos, Töne, Musik

2. **Inhaltliche Gestaltung:** z. B. Inhalte, Argumente, Belege, Assoziationen, Framing, emotionale Appelle, soziale Appelle, Furchtappelle, emotionale Tönung

Auf die vielen Möglichkeiten der formalen Gestaltung wird nachfolgend nur noch selten eingegangen, weil dieser Aspekt als unkontrovers gilt: Die optische Gestaltung sollte stets so hochwertig und ansprechend wie möglich erfolgen, wofür es akzeptierte Regeln gibt [03] und sich der Einsatz professioneller Agenturen anbietet.

Die inhaltlichen Gestaltungsmöglichkeiten sind ebenfalls umfangreich, werden abseits kommunikations- oder medienwissenschaftlicher Kreise aber nur selten in der nötigen Differenziertheit diskutiert. An dieser Stelle soll ein grober Eindruck über das Spektrum der Botschaftsstrategien gegeben werden, die im Kontext der Gesundheits- und Präventionskommunikation wiederholt getestet oder diskutiert wurden (vgl. für nähere Informationen z. B. [15; 17; 40]).

1. Framing-Strategien

- a. Verlust-Framing: Betonung möglicher Verluste
- b. Gewinn-Framing: Betonung möglicher Gewinne
- c. Konsonanz-Framing: Betonung der Übereinstimmung des Zielverhaltens mit den Werten, Wünschen oder dem Selbstbild der Zielperson
- d. Dissonanz-Framing: Hinweis auf die Nicht-Übereinstimmung eines Risikoverhaltens mit Werten, Wünschen oder dem Selbstbild der Zielperson
- e. Re-Framing: strategische „Umdeutungen“ (z. B. „Scheitern“ als „Lernchance“, „Probleme“ als „kleine Herausforderungen“, „Scherben bringen Glück“)

2. Risiko- und Bewältigungsinformationen

- a. Schweregrad der negativen Konsequenzen
- b. persönliche Betroffenheit der Zielperson von der Bedrohung
- c. Selbstwirksamkeit, die Verhaltensänderung erfolgreich auszuführen
- d. Ergebniswirksamkeit, d. h. Überzeugung von der Effektivität der empfohlenen Verhaltensänderung zur Abwehr oder Minimierung der Bedrohung

3. Emotionale Appelle

- a. positiv-emotionale Appelle: Freude, Glück, Hoffnung, Liebe, Überraschung
- b. negativ-emotionale Appelle: Furcht-, Angst-, Wut-, Ekel-, Schuld-, Scham- und Verlegenheitsappelle
- c. „Mixed Emotion“: spezifische Reihenfolge emotionaler Appelle

4. Soziale Appelle

- a. Affiliation-Appelle: Akzeptanz und Anerkennung durch andere
- b. Mating-Appelle: Attraktivität für romantische Partner*innen, Intimität
- c. Caring-Appelle: Unterstützung anderer Personen, Vorbildfunktion

5. Normative Appelle

- a. injunktive Appelle: Hinweise darauf, welches Verhalten von anderen Personen als richtig oder falsch angesehen wird
- b. deskriptive Appelle: Hinweise darauf, welches Verhalten von anderen Personen überwiegend ausgeführt wird

6. Evidenzen/Belege

- a. Statistiken: summarische Realitätsbeschreibungen durch quantifizierende Informationen (basierend auf vielen Fällen)
- b. Fallbeispiele: episodische, anekdotische oder narrative Realitätsbeschreibungen (basierend auf Einzelfällen)
- c. Testimonials/Endorsements: Empfehlungen durch andere Personen, z. B.:
 - Expert*innen
 - Prominente
 - Angehörige der Zielgruppe
- d. kostenlose Proben oder Tests von z. B. Produkten, Aktivitäten oder Services
- e. Garantien
- f. Vergleiche/Kontrastierungen, z. B., um die Überlegenheit einer Empfehlung zu verdeutlichen

7. Humor [vgl. z. B. 41]

- a. widersprüchlicher Humor: Inkongruenz-Auflösung
- b. sentimental Humor: Erregung-Gefahrlosigkeit
- c. sentimentale Komik: Inkongruenz-Auflösung, Erregung-Gefahrlosigkeit
- d. aggressiver Humor: Inkongruenz-Auflösung
- e. vollständige Komik: Inkongruenz-Auflösung, Erregung-Gefahrlosigkeit

8. Belohnungen/Bestrafungen

- a. positive Bestrafung: Erreichen von etwas Unangenehmem
- b. negative Bestrafung: Wegnahme von etwas Angenehmem
- c. positive Verstärkung: Erreichen von etwas Angenehmem
- d. negative Verstärkung: Wegnahme von etwas Unangenehmem

9. Überzeugungsprinzipien von Cialdini [07]

- a. Reziprozität: Überzeugung durch Ausnutzung des Bedürfnisses nach Gegenseitigkeit (z. B. durch kleine Geschenke, Gefallen oder Gratisproben)
- b. Sympathie: Überzeugung durch sympathische Botschaften und Identifikationsfiguren
- c. Autorität: Überzeugung durch Expert*innen, angesehene Personen in machtvolleren Positionen oder akzeptierte Autoritäten
- d. soziale Bewährtheit: Überzeugung durch Hinweise auf die Vielzahl von Personen bzw. idealerweise die Mehrheit, die (vermeintlich) genauso denkt oder handelt
- e. Knappheit: Überzeugung durch (vermeintlich) knappe und dementsprechend als wertvoll erachtete Güter
- f. Konsistenz: Überzeugung durch Anknüpfung an bereits bestehende Werte und Verhaltensweisen
- g. Zusammengehörigkeit: Überzeugung durch Angehörige der „eigenen“ Gruppe

10. Art der Aufforderung für Verhaltensänderungen

- a. direkte explizite Aufforderung
- b. indirekte Aufforderung
- c. „Tarnung“ der Aufforderung als Frage
- d. konkrete Trigger für Verhaltensänderungen, z. B. Erinnerungen durch Freunde, Push-Nachrichten auf dem Smartphone

11. Weitere Strategien

- a. Storytelling/narrative Persuasion/Entertainment-Education: Überzeugung durch strategisch konstruierte Geschichten
- b. Serious Games/Gamification: Einsatz spielerischer Settings oder spieltypischer Elemente
- c. soziale Roboter/virtuelle Agenten/Avatare: Einsatz von interagierenden Maschinen oder Programmen
- d. Nudging: strategische „Stupse“ in Richtung positiver Verhaltensänderungen ohne Verbote oder eine Reduktion von Verhaltensoptionen
- e. Events: z. B. Aktionstage, Projektwochen, Feste, Messen, Gewinnspiele
- f. Demonstrationen: z. B. Workshops, Schaukochen, Verkostungen

Diese Aufzählung ist weder vollständig noch sind alle Zuordnungen trennscharf. Sie soll lediglich einen Eindruck davon vermitteln, wie groß die Bandbreite inhaltlicher Botschaftsstrategien ist und unter welchen Bezeichnungen die Strategien in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert werden. Darüber hinaus soll sie dafür sensibilisieren, wie viele vermeintlich unwesentliche Details einen großen Einfluss darauf haben können, ob eine Botschaft erfolgreich ist oder nicht.

Variationsbreite adressierbarer Konsequenzen

Da konkrete gesundheitsbezogene Bedrohungen den Startpunkt vieler Präventionsaktivitäten bilden, verwundert es nicht, dass viele Botschaften gesundheitliche Vor- und Nachteile thematisieren. Vielen Menschen ist die eigene Gesundheit zwar wichtig, dennoch können andere Konsequenzen wesentlich stärker motivieren als in Aussicht gestellte Verbesserungen oder Verschlechterungen des Gesundheitszustands.

Bei der Gestaltung von Botschaften und hierbei insbesondere bei der Formulierung von Gewinn- und Verlustappellen sollte daher stets auf die positiven oder negativen Konsequenzen Bezug genommen werden, die für die jeweilige Zielgruppe am bedeutendsten sind:

1. körperliche oder medizinisch-biologische Aspekte (z. B. Körperfettanteil)
2. Kognitionen (z. B. mehr Wissen, reduzierte Unsicherheit)
3. emotionale Zustände (z. B. Stolz, Freude)
4. Aussehen, Schönheit
5. Attraktivität für Lebens- und Sexualpartner*innen
6. sozialer Status (z. B. Ansehen oder Bewunderung durch andere Personen)
7. Ressourcen (z. B. Gewinn von Zeit oder Geld)
8. Freiheit, Mobilität
9. Selbstwertgefühl
10. Autonomie, Selbstbestimmtheit
11. Leistungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, Fitness
12. Teilhabe am sozialen Leben

Assoziationen und Suggestionen

Beim Thema Ernährung ist analog zu beachten, dass Essen für die meisten Menschen mehr ist als eine reine Nahrungsaufnahme. Abbildung 3 zeigt exemplarisch, wie breit der Fokus ernährungsbezogener Assoziationen sein kann.

Abbildung 3: Mögliche Assoziationen zum Thema Ernährung

Sensorisch: Geruch, Geschmack, Wärme, Knusprigkeit, Aroma	Körperzustände: Appetit, Hunger, Sätttheit, Verdauung	Körperbild: Figur, Übergewicht, Fettleibigkeit, Diät	Gesundheit: Kalorien, Nährwert, Fitness	Körper: Mund, Zunge, Magen, Verdauungstrakt
Konsum: Essen, Trinken, Kauen, Schlucken, Verdauen	„Fett“-Assoziationen: Fett, Fettanteil, Low-Fat, Fat-Free	Emotionen: Lust, Freude, Genuss, Ekel, Schuldgefühle	Affekte: lecker, appetitlich, wohlschmeckend	Inhaltsstoffe: Fett, Zucker, Allergene, Aromen, E501
Zubereitung: Kochen, Backen, Frittieren, Braten, Würzen	Soziales: Freunde, gemeinsames Essen, Feiertage, Familie	Identität: Identität, soziale Distinktion, Lebensstil	Routine/Struktur: Frühstück, Mittag, Abendbrot	Ethik: Bio, Tierwohl, Herkunft, Fair, Tiertötung
Krankheit: Übergewicht, Krebs, Diabetes, Blutdruck	Stillen: Brust, Nähe, Baby, Fläschchen, Ausgrenzung	Handel: Preis, Verpackung, Supermarkt	Herstellung: Industrie, Landwirtschaft, Tierwohl	Region: regional, Heimat, mediterran, asiatisch, Bordeaux

Ein großer Vorteil dieses breiten Spektrums an Assoziationen ist, dass sich dadurch sehr viele Möglichkeiten ergeben, ernährungsbezogene Informationen zu konstruieren sowie zu visualisieren. Wie bereits bei den Konsequenzen des Gesundheitsverhaltens sollten allerdings auch hier die Assoziationen adressiert werden, die für die Zielgruppe am relevantesten sind.

1.2.5 Zwischenfazit

Bei Kommunikation handelt es sich um einen sehr dynamischen Vorgang mit vielen Rückkoppelungen. Um Missverständnisse und negative Ergebnisse zu vermeiden, ist es wichtig, die entscheidenden Prozesse und ihre Wechselwirkungen zu kennen und zu beachten.

Die „Kunst“ erfolgreicher Präventionskommunikation besteht darin:

- in einem idealerweise für die Kommunikation gut geeigneten Umfeld
- durch eine geglückte Kodierung und Wahl der Botschaften und Kanäle
- zunächst das Mindestmaß an Aufmerksamkeit zu erreichen, das für ein Verstehen der Kernbotschaft nötig ist,
- welche wiederum präventionsfördernde Gedanken und Emotionen
- sowie ggf. einen präventionsförderlichen Wissenserwerb auslöst
- und schließlich präventive Verhaltensänderungen motiviert,
- ohne Abwehrreaktionen oder negative Effekte auszulösen.

Sobald feststeht, was als kommunikatives Ziel bei welcher Zielgruppe erreicht werden soll, stellen sich folgende Fragen:

1. Wie kann die Aufmerksamkeit der Zielgruppe erreicht und sichergestellt werden? Inwiefern können Aufmerksamkeit und Interesse durch die Wahl der Kommunikationskanäle sowie die formale und inhaltliche Botschaftsgestaltung gesichert werden?

2. Welche konkreten Gedanken (z. B. Einstellungen gegenüber Risiken und Schutzmaßnahmen, Bewertung der Gefährlichkeit und Betroffenheit) und Emotionen (z. B. Sorge, Optimismus) sind hilfreich, damit Personen ihr Risikoverhalten überdenken? Wie können Botschaften gestaltet sein und welches Wissen sowie welche Impulse müssen wann gegeben werden, damit diese Prozesse ausgelöst werden?
3. Wie kann sichergestellt werden, dass die Botschaften möglichst wenig Abwehrreaktionen und sonstige negative Effekte auslösen? Welche Elemente der Ansprache und der inhaltlichen wie formalen Botschaftsgestaltung könnten diese unerwünschten Prozesse auslösen und welche sie minimieren? Ebenfalls: Welche Gegner*innen oder Gegenbotschaften sind zu erwarten und wie lassen sich solche Impulse abschwächen oder erfolgreich inhaltlich adressieren?
4. Welche Facetten des Umfeldes bzw. der Rezeptionssituation wirken sich positiv oder hemmend auf die Kommunikation und die Ausführung des Zielverhaltens aus? Inwieweit lässt sich das Umfeld produktiv in das Präventionsvorhaben einbeziehen oder verändern, sodass es das Ziel der Kommunikation fördert?

Die vorliegende Studie versucht, diese Fragen auf der Basis einer umfassenden Sichtung des einschlägigen Forschungsstands zu beantworten. Der hierfür verwendete methodische Zugang wird im folgenden Abschnitt 2 erläutert.

2 Methodisches Vorgehen: Literaturrecherchen

Die folgenden Abschnitte beschreiben das methodische Vorgehen zur Systematisierung des Forschungsstands zu kommunikativen Interventionen im Kontext ernährungsbezogener Präventionen. Dabei werden drei Zielgruppen separat betrachtet:

Zielgruppe 1: Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate

Zielgruppe 2: lokale Multiplikator*innen

Zielgruppe 3: Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Einrichtungen

Zielgruppe 1 umfasst damit die Personengruppen, die durch das Präventionsangebot direkt angesprochen und zu einem Überdenken und einer Veränderung ihres Ernährungsverhaltens motiviert werden sollen. Zielgruppe 2 besteht aus Multiplikator*innen in den entsprechenden Settings, die zunächst als Unterstützung gewonnen und im Anschluss in die Lage versetzt werden müssen, Angehörige der Zielgruppe 1 erfolgreich anzusprechen und den Prozess der Verhaltensänderung bestmöglich zu motivieren und zu unterstützen. Angehörige der Zielgruppe 3 können präventive Interventionen durch unterschiedliche Formen der ideellen, finanziellen oder regulatorischen Unterstützung vereinfachen oder erschweren.

2.1 Zielgruppe 1: Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate

Zur Erhebung des Forschungsstands wurden zwei systematische Literaturreviews durchgeführt, die nachfolgend im Detail beschrieben sind.

Review 1: Recherche und Screening von Reviews des einschlägigen interdisziplinären internationalen Forschungsstandes (Scoping Review of Reviews)

Review 2: Recherche und Screening von Einzelstudien zu kommunikativen Interventionen im Kontext der Kleinkindergesundheit inkl. Nachrecherche und Kodierung der eingesetzten Kommunikationsstrategien und ihrer Effekte

Review 1 hatte das Ziel, relevante Zusammenfassungen des Forschungsstands insbesondere bezüglich der kommunikativen Anlage von Präventionsvorhaben zu identifizieren. Bereits eine erste Sichtung der Treffer zeigte, dass diese Datenbasis nicht zur Ableitung konkreter Aussagen ausreichen würde. Aus diesem Grund wurde eine deutlich umfangreichere Sichtung von Einzelstudien (Review 2) durchgeführt. Erwartet wurde, dass diese Studien einen deutlich detaillierteren Einblick in die verwendeten Materialien und kommunikativen Zugänge sowie in deren jeweilige Effektivität geben.

2.1.1 Review 1: Scoping Review of Reviews

Zur Identifikation bereits vorliegender Übersichtsarbeiten (Reviews) zu Ernährungsinterventionen wurde ein Scoping Review of Reviews in 14 wissenschaftlichen Datenbanken durchgeführt, die alle relevanten wissenschaftlichen Disziplinen abdecken:

- Business Source Premier
- ERIC
- GreenFILE
- MEDLINE
- SocINDEX
- Education Source
- Film & Television Literature Index
- EconLit
- APA PsycArticles
- APA PsycInfo
- PSYINDEX Literature with PSYINDEX Tests
- CINAHL
- Academic Search Ultimate
- Political Science Complete

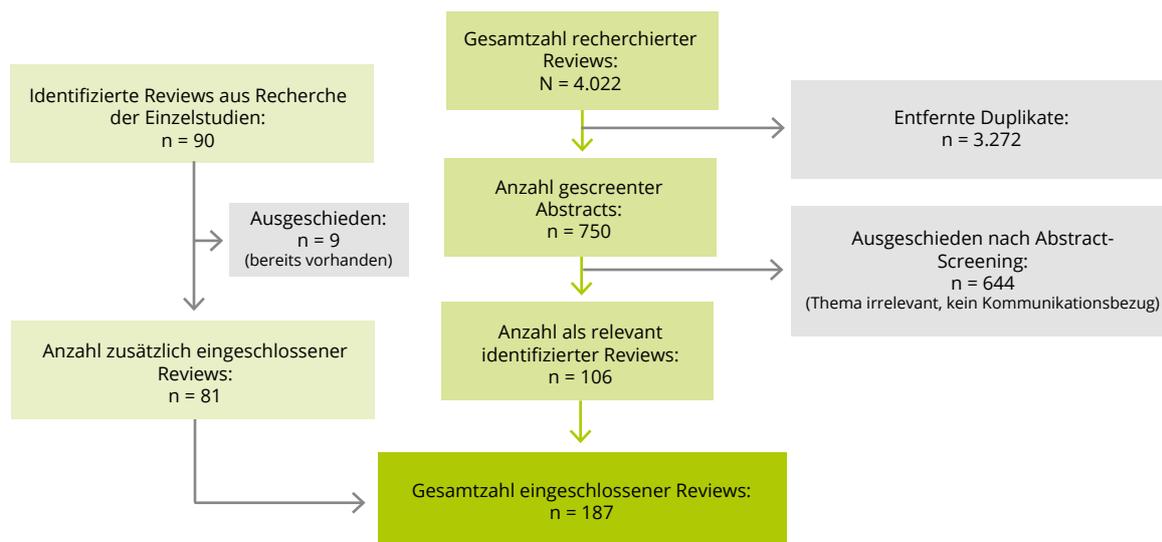
Die Titel und Keywords der Artikel wurden für alle Jahre bis einschließlich 2020 mit folgendem Suchstring durchsucht:

Suchbegriffe Scoping Review of Reviews:

(nutrition* or food* or diet* or eat*) AND (family or families or parent* or child* or baby or babies) AND (review or „meta-analy*“ or overview or summary)

Diese Recherche ergab mehr als 4.000 Treffer (siehe Abbildung 4). Nach einer automatischen und manuellen Entfernung von Duplikaten wurden alle verbliebenen Titel und Abstracts unabhängig voneinander von zwei Projektmitarbeitenden auf ihre thematische Passung (Bezug zur Kinderernährung) und einen Kommunikationsbezug gescreent. Reviews, deren Passung nicht eindeutig erkennbar war, wurden im Anschluss durch ein Mitglied der Projektleitung überprüft und entsprechend klassifiziert.

Abbildung 4: Flussdiagramm des Scoping Review of Reviews



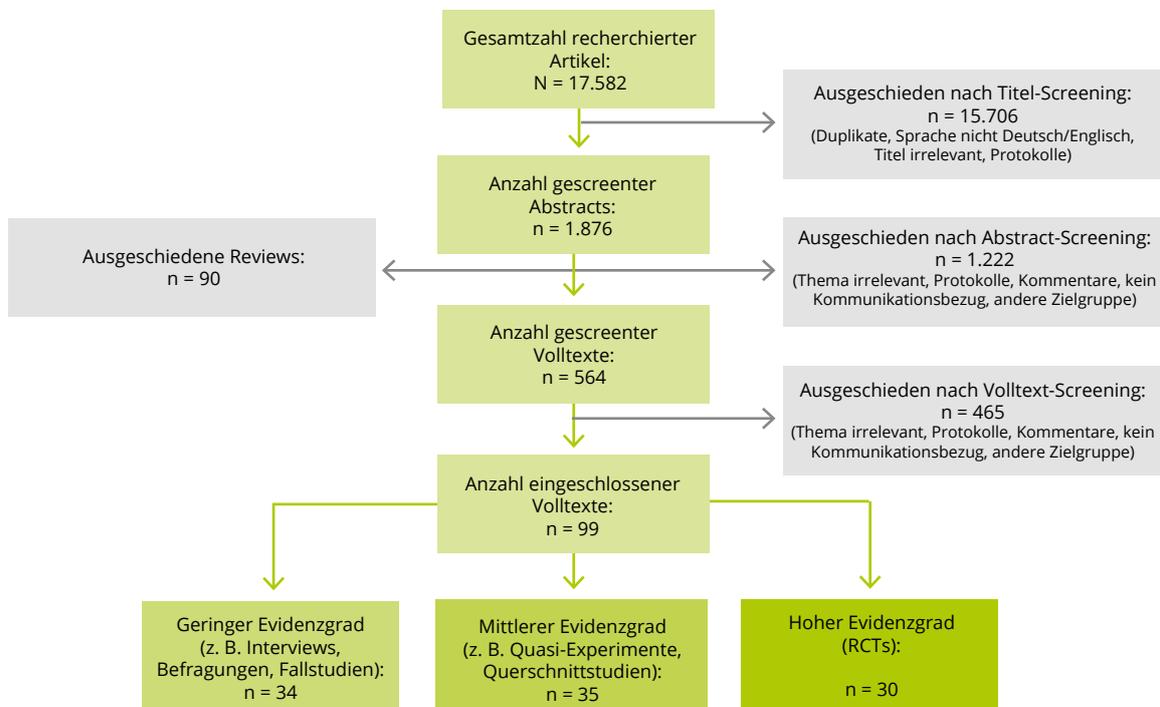
Im nächsten Schritt wurden die 106 als relevant identifizierten Reviews vom Forschungsteam im Volltext gesichtet. Der Fokus lag zunächst darauf, die in diesen Reviews verwendeten Suchbegriffe zu identifizieren, um diese zur weiteren Optimierung der Suchbegriffsliste für Review 2 zu nutzen. Darüber hinaus wurde – leider weitgehend erfolglos – nach detaillierteren Darstellungen einbezogener kommunikativer Strategien gesucht, die in die Erstellung des Kodierschemas für Review 2 einfließen können.

Im Zuge der parallelen Literaturrecherchen und Screenings der Einzelstudien von Review 2 (vgl. Abschnitt 2.1.2) wurden 81 weitere potenziell relevante Reviews identifiziert. Die Gesamtzahl identifizierter Reviews stieg damit auf 187 (vgl. Abschnitt 6.4 für Literaturangaben). Diese 187 Reviews wurden bezüglich kommunikationsrelevanter Erkenntnisse und sonstiger wichtiger Parameter für die erfolgreiche oder nicht erfolgreiche Anlage von Präventionsinterventionen gescreent. Die Ergebnisse hiervon finden sich in den Abschnitten 3.1 (für die Zielgruppe 1) sowie 4.1 (Zielgruppe 2) und 4.2 (Zielgruppe 3).

2.1.2 Review 2: Systematisches Review von Einzelstudien

Zur Identifikation relevanter Einzelstudien zu kommunikativen Interventionen bezüglich der Ernährung von Kleinkindern im Alter bis 36 Monate wurde ein systematisches Review in denselben 14 wissenschaftlichen Datenbanken wie in Review 1 mit 288 deutschen und 274 englischen Suchbegriffen (siehe Anhang – Anhang als Download erhältlich) in Titeln und Keywords für alle Jahre bis einschließlich 2020 durchgeführt. Abbildung 5 zeigt den Verlauf des Rechercheprozesses.

Abbildung 5: Flussdiagramm des systematischen Reviews der Einzelstudien



Nach einer automatischen und manuellen Entfernung von Duplikaten, nicht deutsch- oder englischsprachigen Treffern, inhaltlich irrelevanten Artikeln sowie unpassenden Publikationsformen (z. B. Protokolle, Poster) wurden die verbliebenen Titel und Abstracts von vier Projektmitarbeitenden auf thematische Passung (Bezug zur Kinderernährung, Alter der Kinder bis 36 Monate) und Kommunikationsbezug gescreent. Dazu wurden Kodier-Tandems gebildet, die jeden Treffer anhand eines Ampelsystems (grün = Einschluss; gelb = unklar; rot = Ausschluss) unabhängig voneinander bewerteten. Treffer, die eine uneindeutige Bewertung erhielten, wurden zunächst innerhalb des Tandems und bei weiterer Unentschiedenheit innerhalb des Projektteams diskutiert. Anschließend wurde auf Ein- oder Ausschluss entschieden. In einem nächsten Schritt wurden die Volltexte der verbliebenen 654 Treffer im Detail hinsichtlich der Merkmale Land, untersuchte Intervention, Ziel, Kommunikationsbezug, Studiendesign, Zielgruppe, Zugang und Setting, Evaluationsinstrumente und Ergebnisse überprüft und erfasst. Als Resultat dieses Schrittes wurden 99 Studien identifiziert, die Interventionen bezüglich der Ernährung von Kleinkindern im Alter bis 36 Monaten aufwiesen sowie eine oder mehrere kommunikative Interventionen beschrieben. Im Anschluss wurden diese 99 Studien in Abhängigkeit von ihrem Evidenzgrad in Studien mit geringer (z. B. Interviews, Befragungen, Fallstudien), mittlerer (z. B. Quasi-Experimente, Querschnittstudien) und hoher Evidenz (kontrolliert-randomisierte Studien) klassifiziert.

Aufgrund der nur geringen Anzahl von Studien mit hohem Evidenzgrad ($n = 30$) werden bei den nachfolgenden Analysen Studien mit mittlerem und hohem Evidenzgrad ($n = 65$) gemeinsam betrachtet.

Länderverteilung

Fast die Hälfte der als relevant identifizierten Studien mit mittlerem oder hohem Evidenzgrad ($n = 65$) wurde in den USA ($n = 30$) durchgeführt, gefolgt von Australien ($n = 9$), China ($n = 3$), Großbritannien ($n = 3$), Bangladesch ($n = 2$), Indien ($n = 2$), Indonesien ($n = 2$) und den Niederlanden ($n = 2$). Jeweils eine Studie wurde in Weißrussland, Bolivien, Brasilien, Finnland, Ghana, Irak, Iran, Irland, Israel, Italien, Schweden und Singapur durchgeführt, keine in Deutschland.

Kodierung der Interventionen

Zur Bewertung der eingesetzten Kommunikate wurden die 65 als relevant identifizierten Studien mittlerer und hoher Evidenz einem Kategoriensystem mit sieben Hauptkategorien unterzogen (siehe Anhang für das detaillierte Kategoriensystem inklusive aller Unterkategorien – Anhang als Download erhältlich):

Hauptkategorien bei den Kodierungen der Einzelstudien

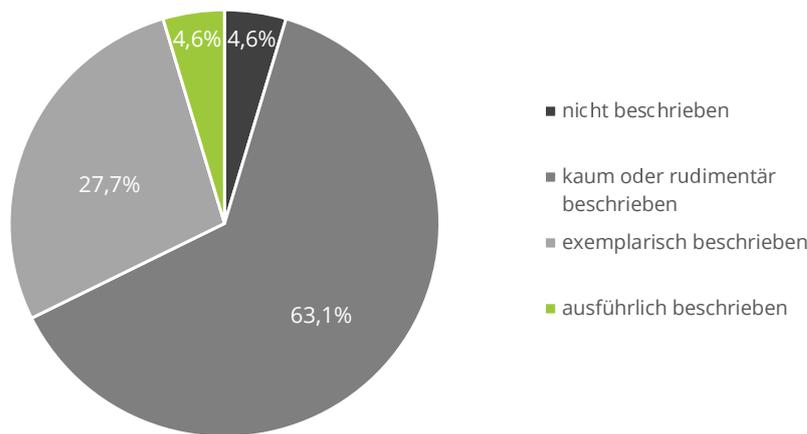
- 1. Ziel der Intervention**
- 2. Medien und Kommunikationskanäle**
- 3. Zielgruppe**
- 4. Kommunikatives Setting**
- 5. Form der Intervention**
- 6. Ausgestaltung der Intervention**
- 7. Ergebnis der Intervention**

Eine Zweitkodierung von mehr als 10 % der identifizierten Kommunikate ergab eine Gesamtübereinstimmung von 93 % zwischen den vier kodierenden Personen (Ziel der Intervention: 90 %; Medium: 96 %; Zielgruppe: 95 %; kommunikatives Setting: 94 %; Form: 89 %; Ausgestaltung: 93 %; Ergebnis der Intervention: 95 %) sowie eine Interkoderreliabilität nach Krippendorffs Alpha von .73 für Medium, .69 für Zielgruppe und .90 für Ergebnis der Intervention.

Umfang der Beschreibung und Verfügbarkeit der eingesetzten Materialien

Hinsichtlich der Beschreibung und Verfügbarkeit der eingesetzten Materialien (Kommunikate) zeigte sich, dass diese in drei Studien (4,6 %) gar nicht beschrieben wurden, in 41 Studien (63,1 %) kaum oder nur rudimentär, in 18 Studien (27,7 %) exemplarisch und lediglich in drei Studien (4,6 %) sehr ausführlich (Abbildung 6). Für mehr als 95 % der Interventionen liegen damit keine oder kaum Informationen über die konkret kommunizierten Inhalte und Zugangswege vor. Das ist nicht nur für die geplanten Analysen problematisch, damit bleibt auch im Dunkeln, wie konkret kommuniziert wurde und welche Strategien erfolgreich waren.

Abbildung 6: Umfang der Beschreibung und Verfügbarkeit der eingesetzten Materialien



Um noch zu ansatzweise aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, wurde eine manuelle Nachrecherche durchgeführt. Diese ergab, dass die Materialien für 20 Studien (30,8 %) überhaupt nicht verfügbar waren, in 23 Studien (35,4 %) nur beschrieben wurden, in neun Studien (13,8 %) immerhin exemplarisch dokumentiert wurden, für sechs Studien (9,2 %) online recherchierbar waren und bei sieben Studien (10,7 %) im Anhang oder einem Online-Dokument verlinkt waren. Trotz der umfangreichen Nachrecherche liegen nur für 22 Studien exemplarische Informationen (z. B. Beschreibungen oder eingeschränkt einsehbare Materialien) vor, die dennoch eine Bewertung der eingesetzten Botschaften (Abschnitt 3.2.11) ermöglichten.

2.2 Zielgruppen 2 und 3: Lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen

Obgleich die Unterstützung lokaler Multiplikator*innen (Zielgruppe 2) sowie von Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen (Zielgruppe 3) für den Erfolg von Präventionsvorhaben oft entscheidend ist, gibt es bislang kaum Literatur bezüglich der kommunikativen Ansprache, Überzeugung und Generierung von Unterstützung durch diese Zielgruppen. Daher wurden zusätzlich drei weitere Teilrecherchen durchgeführt, um die diesbezügliche Datenbasis zu vergrößern.

1. Einzelstudien-Screening

Für lokale Multiplikator*innen (Zielgruppe 2) wurden die n = 718 Volltexte, die beim Screening der Abstracts in Review 2 als relevant identifiziert wurden (654 Studien zur Zielgruppe 1 plus 54 zusätzlich relevante Studien), mit folgenden neun Suchbegriffen durchsucht:

Suchbegriffe Einzelstudienrecherche Zielgruppe 2:

stakeholder, institution, facilit, organisation, organization, management, professional, health service, network

Die Suchbegriffe lieferten n = 7.380 Treffer, wobei die Begriffe „management“ (n = 1.880 Treffer), „facilit“ (n = 1.759 Treffer) und „organization“ (n = 1.009 Treffer) am häufigsten vorkamen und der Begriff „health service“ (n = 202 Treffer) am seltensten. Für Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen (Zielgruppe 3) wurden dieselben 718 Volltexte mit folgenden elf Suchbegriffen durchsucht:

Suchbegriffe Einzelstudienrecherche Zielgruppe 3:

polic*, public, policymaker, government, administration, politic*, provide*, framework, regulat*, restrict*, strateg*

Diese Suchbegriffe führten zu insgesamt 23.101 Treffern. Am häufigsten wurde der Begriff „public“ (n = 6.151) gefunden, gefolgt von „polic*“ (n = 6.052) und „strateg*“ (n = 4.426).

2. Review-Screening

Im Rahmen des Scoping Reviews von 187 als relevant erachteten Reviews (vgl. Abschnitt 2.1.1) wurde in diesen Übersichtsartikeln systematisch nach Hinweisen geschaut, die sich auf die Zielgruppen 2 und 3 beziehen. Das betraf neben konkreten kommunikativen Strategien auch Möglichkeiten für ihren effektiven Einbezug und mögliche theoretische Fundierungen hierfür.

3. Ergänzende Literaturrecherchen

Für die Recherche von Guides, Richtlinien, grauer Literatur und Lehrbüchern, die einen kommunikativen Fokus zur Ansprache und Einbeziehung von Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen haben, wurde eine zusätzliche Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, die Erkenntnisse aus dem Einzelstudien-Screening zu vertiefen und zu erweitern.

3 Ergebnisse für Zielgruppe 1 (Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate)

Die Ergebnisse zu kommunikativen Zugängen zur Zielgruppe 1 werden in diesem Abschnitt vorgestellt. In einem ersten Schritt werden in Abschnitt 3.1 die wesentlichen Erkenntnisse aus den 187 gesichteten Reviews des Forschungsstands (Review 1) zusammengefasst. Im Anschluss werden in Abschnitt 3.2 die Ergebnisse des systematischen Reviews der 65 Einzelstudien mit mittlerem und hohem Evidenzgrad (Review 2) präsentiert.

3.1 Ergebnisse des Review-Screenings (Review 1)

Die in diesem Abschnitt zitierten Reviews tragen zur leichteren Identifikation den Buchstaben R vor ihrer Nummer (z. B. R001). Die entsprechenden Literaturangaben finden sich in Abschnitt 6.4.

3.1.1 Bewertung des Dokumentationsstands

In keinem der recherchierten Reviews fand sich eine gut fundierte Detailanalyse der verschiedenen kommunikativen Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Präventionsaktivitäten, wie wir sie in Abschnitt 1.2.4 skizzieren. Nur sehr selten – und selbst dann i. d. R. nur kursorisch – wurde auf konkrete Strategien der inhaltlichen und formalen Botschaftsgestaltung eingegangen. Der unzureichende Dokumentationsstand der eingesetzten Interventionsstrategien wurde in mehreren Reviews kritisiert [z. B. R014–016; R053; R060; R090; R095; R119; R151; R167; R173; R183]. Eine wesentliche Erkenntnis lautet daher:

Präventionskommunikation ist eine „Black Box“.

Darstellungen präventiver Zugänge erfolgen in Reviews des Forschungsstands überwiegend auf Ebene der eingesetzten Medienkanäle (z. B. Broschüren, Videos), Technologien (z. B. Smartphones) oder Verhaltensänderungstechniken (z. B. Zielvereinbarung, Verstärkung). Was dabei an konkreten Inhalten in welcher Form, Intensität und Häufigkeit kommuniziert wurde, bleibt so gut wie immer unklar.

Eine Ausnahme stellen Reviews aus den Bereichen Werbung und (soziales) Marketing dar, in denen häufiger kommunikative Zugänge differenzierter dargestellt werden [z. B. R027]. Obgleich solche Strategien sehr einflussreich sein können und daher auch nachfolgend Berücksichtigung finden, repräsentieren sie nur einen Bruchteil der strategischen Präventionskommunikation und können zudem, je nach Kontext und Ausgestaltung, in bestimmten Situationen auch kontraproduktiv wirken.

Einen Vorschlag zur verbesserten Dokumentation von Interventionsstudien unterbreiten wir in Abschnitt 5.1.11.

3.1.2 Generelle Erkenntnisse zur Anlage präventiver Interventionen

Grundsätzlich zeigen die Reviews, dass viele Strategien erfolgreich sein können. Einschränkung ist anzumerken, dass der Dokumentationsstand überwiegend derart unzureichend ist, dass unklar bleibt, inwieweit selbst bei vermeintlich identischen (oder verschiedenen) Zugängen gleiche (oder unterschiedliche) kommunikative Strategien angewendet wurden und wie diese konkret ausgestaltet waren.

Die Reviews zeigen aber ebenso, dass viele Interventionen nicht erfolgreich sind, wobei die unterschiedlichen Anlagen und Auswertungsstrategien Vergleiche und Meta-Analysen erschweren. Ein allgemein akzeptierter Goldstandard für die Anlage präventiver Interventionen existiert zwar noch nicht, allerdings lässt sich ein gewisser Konsens ausmachen, welche Merkmale für das Gelingen oder Misslingen verantwortlich sind. Diese Merkmale werden in den kommenden Abschnitten systematisiert.

3.1.3 Erfolgsfaktoren für präventive Interventionen

Die Liste der in den Reviews identifizierten Erfolgsfaktoren ist sehr lang. Zu den wichtigsten und am häufigsten genannten Aspekten zählen die folgenden zehn Punkte:

1. **Multi-Komponenten-Ansatz:** Große Einigkeit besteht darin, dass Präventionsinitiativen nach Möglichkeit als Multi-Komponenten-Ansätze umgesetzt werden sollten. Statt eines einzigen Zugangs sollte möglichst eine Vielzahl von Zugangswegen und kommunikativen Strategien genutzt werden [z. B. R053; R063; R085; R106; R119]. Ein „One-size-fits-all“-Zugang wird als nicht erfolgversprechend angesehen.
2. **Sektorenübergreifender Ansatz:** Durchgehend empfohlen wird ein sektorenübergreifender Ansatz, der möglichst verschiedene Lebensbereiche adressiert [z. B. R054; R065; R084; R175]. Das impliziert den Einbezug verschiedener Personengruppen: Neben den Eltern als Hauptzielgruppe sollten beispielsweise weitere Familienangehörige, Personal von Kindertagesstätten, Lehrer*innen, Multiplikator*innen und weitere Mitglieder der Kommune einbezogen werden [z. B. R120; siehe hierzu auch Abschnitt 4.3.2].
3. **Kommunen-/Lebensweltbasierung:** Interventionen sollten so gut wie möglich auf der jeweiligen Kommune bzw. Lebenswelt der Zielgruppe basiert und dort präsent sein, um für die Zielgruppe tatsächlich relevant und zugänglich zu sein [z. B. R084; R115]. Idealerweise wird auf etablierten sowie von der Zielgruppe akzeptierten und als vertrauenswürdig eingeschätzten Strukturen, Institutionen oder Programmen aufgebaut [z. B. R070]. Hierfür müssen die Zielgruppen und präventionsrelevante Aspekte der Lebenswelten bzw. Settings gut bekannt sein, was umfassende Vorab-Analysen erfordert. Relevant sein können z. B. demografische, personelle, institutionelle, wohnsituationsbezogene, kulturelle, sprachliche, organisatorische oder kommerzielle Einflüsse oder Besonderheiten, welche bei der Planung der Interventionen und deren kommunikativer Begleitung zu berücksichtigen sind [z. B. R081; R084].

4. **Multidisziplinäres Team:** Ein sektorenübergreifender Multi-Komponenten-Ansatz in Kommunen, der fast immer verschiedene Zielgruppen und Ebenen adressiert, erfordert den Reviews zufolge ein multidisziplinäres Interventionsteam [z. B. R084].
5. **Zielgruppenkenntnis und -anpassung:** Ebenso wie ihre konkreten Lebenswelten müssen die relevanten Zielgruppen sehr gut gekannt werden, um die gesamte Kommunikationsstrategie auf ihre Bedürfnisse, Werte, Kompetenzen und Motivationsstrukturen abzustimmen sowie Barrieren und Widerstände adressieren zu können. Zielgruppen sollten adäquat differenziert und Techniken wie Tailoring oder Targeting verwendet werden, um eine möglichst gute Passung der Botschaften zu den Zielpersonen zu sichern (siehe Abschnitt 4.3.4).
6. **Anbindung an Routine-Settings:** Um die Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe zu erhöhen, sollten Interventionen nach Möglichkeit an etablierten Routine-Settings anknüpfen. Beispielsweise genießen Kinderärzt*innen ein großes Vertrauen der Eltern und werden regelmäßig aktiv für z. B. Vorsorgeuntersuchungen aufgesucht. Die Nutzung eines solchen Settings kann bewirken, dass große Teile der Zielgruppe relativ problemlos (insbesondere ohne zusätzlichen Zeit- oder Koordinationsaufwand der Eltern) in einer vertrauten Umgebung erreicht werden. Zudem sorgt die Vertrautheit mit dem Setting und den dort tätigen Personen für eine gute Vertrauensbasis bezüglich der neuen Intervention [z. B. R063].
7. **Interpersonale Unterstützung:** Für erfolgreiche ernährungsbezogene Interventionen erscheint es wichtig, dass – auch in Ergänzung zu technischen oder medialen Zugängen – persönliche Unterstützung angeboten wird [R109; R102]. Dies kann beispielsweise durch medizinisches Fachpersonal erfolgen, durch Peer-Support oder andere kompetente Multiplikator*innen, die als Adressat*innen von persönlichen Fragen, Sorgen oder generellem Austausch angesehen werden.
8. **Interventionsdauer und Nachhaltigkeit:** Eine ausreichende Intensität des Botschaftskontakts sowie ausreichend lange Interventionsdauer sind essenziell für den Erfolg von Interventionen [R070; R119; R120]. Zur Sicherung eines längerfristigen Interventionserfolgs ist ein Nachhaltigkeitskonzept sinnvoll (siehe Abschnitt 4.3.5).
9. **Professionalität der Kommunikation:** Eingesetzte Medien, Materialien und Interfaces (z. B. Broschüren, Apps, Nachrichten) sollten professionell gestaltet sein. Das bezieht sich auf formale Merkmale (z. B. Schriftarten, Visualisierungen) ebenso wie auf sprachliche oder inhaltliche Aspekte und erfordert i. d. R. eine professionelle Unterstützung durch z. B. Agenturen.
10. **Theoretische Fundierung:** Generelle Einigkeit besteht darin, dass Interventionen eine angemessene theoretische Fundierung zugrunde liegen sollte [R120; R060]. Das ist oft jedoch nicht der Fall oder Interventionen sind eher „theorieinformiert“ statt theoriebasiert. Eine Theoriebasierung ist jedoch keine automatische Erfolgsgarantie, es kommt auch hier auf die Art, den Gegenstandsbereich und die tatsächliche Anwendung der Theorie an (siehe hierzu Abschnitte 3.1.6 und 5.1.9).

3.1.4 Barrieren

Die Reviews enthielten viele Hinweise auf mögliche Barrieren. Besonders umfangreich waren Systematisierungen basierend auf qualitativen Erhebungen, in denen Barrieren im Detail eruiert wurden [R009, R103, R116, R132]. Da Barrieren spezifisch für Zielgruppen und das jeweilige Zielverhalten (bzw. das beanstandete Risikoverhalten) ausfallen, werden nachfolgend nur einige zentrale aufgeführt:

Barrieren in Bezug zur Zielgruppe

- geringe Teilnahmemotivation, geringe Aufmerksamkeit, hohe Abbruchrate
- fehlendes Wissen, Fehlinformationen, Missverständnisse, falsche Überzeugungen
- Skepsis oder Irritationen aufgrund zu vieler, zu komplexer oder widersprüchlicher Informationen
- hohe Anzahl nicht evidenzbasierter Informationen im Internet
- Attraktivität „ungesunder“ Lebensmittel
- unzureichend wahrgenommene Selbstwirksamkeit
- geringe Motivation zur Verhaltensänderung
- unzureichende Unterstützung
- kommerzielles Marketing mit konträren Botschaften (z. B. Werbung für Lebensmittel mit einem hohen Zucker-, Fett- und Salzgehalt)

Barrieren in Bezug zum Zielverhalten

- Stillen: fehlendes oder falsches Wissen bzgl. Veränderungen der Brust, der gesundheitlichen Vorteile von Muttermilch, der positiven und negativen Folgen des Stillens, der notwendigen Menge und des gesundheitlichen Vorteils von Ersatznahrung; geringes Selbstvertrauen; Probleme und Schmerzen beim Stillen; Erkrankungen; Interpretationsschwierigkeiten der Signale des Babys; weinende Babys; stillfeindliche Umwelten und Traditionen; unzureichende Unterstützung durch Familienangehörige; öffentliche Stigmatisierung des Stillens; unzureichend ausgebildete Hebammen; negative Medieneffekte; widersprüchliche Informationen
- Umstellung der Ernährung: Geschmack, Textur, Geruch, geringe Attraktivität, schlechte Verfügbarkeit, Preis, Zeitdauer, Zubereitung, Schwierigkeit der Beschaffung „gesunder“ Lebensmittel, geringe Abwechslung
- körperliche Aktivität: fehlende Motivation, fehlende Nachhaltigkeit, fehlende Aktivität aufgrund von Nachahmung inaktiver Verhaltensweisen der Eltern oder Lehrer*innen, fehlende Bewegungsanlässe

Barrieren in Bezug zur Durchführung der Initiativen

- unzureichende Reichweite der Intervention, unzureichendes Erreichen der Zielgruppe
- geringe Teilnahmemotivation, geringes User-Engagement, geringe Adhärenz, geringes Interesse an Veränderung des Lebensstils
- unzureichende finanzielle oder personelle Unterstützung
- logistische Probleme
- geringe Nachhaltigkeit
- fehlende Kollaboration
- unklare oder ineffektive Kommunikationsstrategien

Kritisch erscheinen insbesondere die geringe Motivation zur Teilnahme an Präventionsprogrammen, die geringe Aufmerksamkeit für Präventionsbotschaften sowie der parallele Kontakt mit nicht evidenzbasierten Online-Informationen oder attraktiven, aber inhaltlich konträren Werbe- und Marketingmaßnahmen. Das spricht dafür, die Kommunikation professionell, anregend und abwechslungsreich zu gestalten. Deutlich wird aber auch:

Es gibt sehr viele Barrieren. „Mangelndes Wissen“ ist lediglich eine von vielen. Präventive Ansätze, die allein auf eine Wissensvermittlung setzen und nicht auf einen Abbau weiterer Barrieren, sind daher oft wenig oder gar nicht erfolgreich.

Viele der angeführten Barrieren lassen sich durch eine entsprechende Kommunikation adressieren oder minimieren. Ein detailliertes Wissen über die tatsächlich in der Zielgruppe existierenden Barrieren ist daher essenziell, um Präventionsprogramme zielgruppengerecht zu planen.

3.1.5 Negative und unintendierte Effekte

Negative und unintendierte Effekte sind in der Praxis fast immer in einem gewissen Ausmaß zu erwarten [vgl. z. B. R116] und wurden dementsprechend auch in mehreren Reviews dokumentiert. Fünf wichtige Klassen von negativen und unintendierten Effekten verdienen besondere Erwähnung:

- 1. Bumerangeffekte:** Solche Effekte liegen vor, wenn Präventionen das Gesundheitsverhalten verschlechtern statt verbessern und damit das Gegenteil des eigentlich intendierten Ziels erreichen. Beispielsweise kann ein von Kindern wahrgenommener Druck der Eltern, mehr zu essen, einen höheren Konsum ungesunder Nahrungsmittel und einen geringeren Obst- und Gemüseverzehr bewirken [R024; R035]. Elterliche Restriktionen sowie autoritäre Erziehungsstile werden aufgrund negativer Effekte überwiegend als problematisch erachtet [z. B. R024; R035; R045]. Allerdings gibt es auch Konstellationen, in denen sie die erwünschten positiven Ernährungseffekte zeigen [R050; R059].
- 2. Verstärkung präventionsgegenläufiger Einstellungen:** Der Kontakt mit Präventionsbotschaften kann eine Verstärkung der bisherigen Einstellungen bewirken bei Personen, die von den Informationen nicht überzeugt wurden. Als Resultat hiervon können die problematisierten Verhaltensweisen an Attraktivität gewinnen und Prozesse des Gegenargumentierens und der Suche einstellungsunterstützender Informationen starten [R142]. Möglich sind auch Angriffe auf die Informationen und deren Sender*innen, Quellenabwertungen oder soziale Validierungen durch andere Personen, die dieselbe Auffassung teilen.
- 3. Negative Folgen der Sensibilisierung für Körpergewicht und Figur:** Ernährungsbezogene Präventionsprogramme können unintendiert problematische gesellschaftliche Standards für Schönheit, Körperfigur und Körpergewicht reproduzieren. Die daraus resultierende Sensibilisierung für das eigene Aussehen kann Essstörungen und problematische Gewichtsreduzierungen provozieren [R125].
- 4. Problematische Suggestionen:** Präventionsprogramme aus dem Bereich der Essstörungen zeigen, dass suggestive Darstellungen von problematischen Strategien zur Kontrolle des Körpergewichts (z. B. Erbrechen, Rauchen von Zigaretten, Hungern, Einnahme von Diättabletten oder Abführtabletten) dazu führten, dass diese Strategien Kindern und Erwachsenen erst bewusst wurden [R125]. Das bewirkte, dass sie im Anschluss häufiger eingesetzt wurden. Analoge Effekte sind aus (vermeintlich abschreckenden oder sehr detaillierten) Darstellungen von Anti-Drogen-Kampagnen bekannt. Es ist nicht auszuschließen, dass es auch im Kontext der kleinkinderbezogenen Ernährungskommunikation problematische Suggestionen gibt, die erkannt und verhindert werden sollten.

5. Stigmatisierung von Personengruppen oder Verstärkung gesellschaftlicher Ungleichheiten: Interventionen können bestehende gesellschaftliche Ungleichheiten weiter verstärken, beispielsweise wenn besser gebildete oder weniger gesundheitlich gefährdete Personen in stärkerem Maße als die eigentlichen Zielgruppen erreicht oder die Botschaften von ihnen besser verstanden werden [R108]. Derartige „intervention generated inequalities“ [ebd.] sind problematisch, aber schwierig zu vermeiden. Dennoch wäre das Resultat in diesem Beispiel, dass ein tatsächlicher Unterschied im ernährungsbezogenen Wissen und Verhalten durch die Prävention weiter verstärkt worden wäre. Dementsprechend wichtig ist es, bereits im Vorfeld zu eruieren, wie die tatsächlichen Risikogruppen möglichst effektiv erreicht und überzeugt werden können. Ein weiteres Problem besteht darin, dass Präventionskommunikation bestehende Stigmatisierungen reproduzieren und dadurch verstärken kann. Das kann durch stigmatisierende Darstellungen geschehen, aber auch durch als stigmatisierend empfundene Begriffe (z. B. „fettleibig“, „krankhaft adipös“ versus „übergewichtig“ oder „curvy“) [R164].

Diese unvollständige Übersicht zeigt, dass eine Vielzahl negativer Effekte durch „gut gemeinte“ Präventionsaktivitäten entstehen kann. Problematisch sind insbesondere Bumerangeffekte, bei denen sich das Gesundheitsverhalten aufgrund der Präventionsaktivität verschlechtert, sowie Stigmatisierungen oder die Verstärkung sozialer Ungleichheiten. Beides hat neben sozialen oft auch negative gesundheitliche Folgen.

Mit Abwehr und Resistenz ist zu rechnen, wenn Personen das Gefühl haben, dass Vorgesetzte die Präventionsprogramme nicht unterstützen oder dass eine Mehrheit der Personen eines Unternehmens bzw. einer Einrichtung die Maßnahmen ablehnen [R177]. Auch wenn Personen Inkonsistenzen oder Widersprüche in den Kommunikaten wahrnehmen [R125], in starkem Maße eine negative problemfokussierte Sprache [R125] oder Schuld- oder Schamappelle verwendet werden [R115; R125], ist mit Widerstand und negativen Effekten zu rechnen (siehe auch Abschnitt 4.3.4). Gamification-Strategien in sozialen Netzwerken oder Apps, die auf Wettkämpfe zwischen Personen oder Gruppen setzen, können die Teilnahmemotivation senken. Das gilt insbesondere, wenn Mitglieder der eigenen Gruppe nicht oder nicht erfolgreich teilnehmen oder die beste Freundin bzw. der beste Freund nicht in derselben Gruppe sein kann [R170].

Unintendierte negative Effekte lassen sich jedoch durch eine stigma- und abwehrsensible Präventionskommunikation vermeiden oder zumindest minimieren. Zusammenfassend lässt sich damit festhalten:

Es erscheint dringend geboten, die an der Ausgestaltung der Präventionsaktivitäten beteiligten Personen für unerwünschte Effekte zu sensibilisieren [z. B. R045; R125] und derartige Effekte kontinuierlich zu evaluieren, um ggf. gegensteuern zu können. Darüber hinaus sollte in Entscheidungsprozessen über Präventionsstrategien und deren konkrete kommunikative Ausgestaltung eine fundierte Expertise bezüglich Arten und Möglichkeiten der Minimierung von negativen Effekten einschließlich Abwehrreaktionen und unintendierten Stigmatisierungen einfließen.

3.1.6 Theoretische Fundierung von Präventionsaktivitäten

Obgleich es allgemeiner Konsens ist, dass Präventionsaktivitäten theoretisch fundiert sein sollten, um erfolgreich zu sein [R004; R060; R119; R120], erfolgen viele entsprechende Aktivitäten ohne theoretische Fundierung oder lediglich „theorieinformiert“ (siehe Abschnitt 3.1.3). Ein Hauptgrund mag darin bestehen, dass die vielen Elemente und Kommunikationsprozesse einer komplexen präventiven Intervention kaum durch eine Theorie allein abgedeckt werden können. In den Reviews wurden dementsprechend eine Vielzahl theoretischer Fundierungen (Theorien, Modelle, Frameworks) identifiziert, die sich sechs Anwendungsfeldern zuordnen lassen:

1. Lerntheorie, insbesondere Social Cognitive Theory (SCT) [02])
2. Modelle des Gesundheitsverhaltens
 - a. Nichtstadienmodelle, z. B. Health Belief Model (HBM [39]), Theory of Planned Behavior (TPB [01])
 - b. Stadienmodelle, insbesondere Transtheoretisches Modell (TTM [29])
3. Motivationsansätze, z. B. Self-Determination Theory (SDT [08])
4. Kommunikationsansätze, z. B. Elaboration Likelihood Model of Persuasion [34], Uses and Gratifications Approach [38]
5. Umweltmodelle, z. B. Behavior Change Wheel [33], Ecological Model [44], ANGELO [22; 45]
6. Umsetzungsmodelle für Interventionen, z. B. PRECEDE-PROCEED (PP) [11], 6 P's Framework [30], RE-AIM [12], Sustainability Framework [49]

Diese Einteilung in Anwendungsfelder ist nicht in jedem Fall trennscharf möglich. Insgesamt zeigt sich, dass lerntheoretische Fundierungen, Modelle des Gesundheitsverhaltens und umweltbezogene Ansätze am häufigsten verwendet werden. Kommunikations- und medienwissenschaftliche Ansätze finden sich hingegen so gut wie gar nicht, obwohl sie in vielen Fällen einschlägig sein sollten.

3.2 Ergebnisse der Sichtung der Einzelstudien (Review 2)

Insgesamt konnten in den 65 Einzelstudien mit mittlerem und hohem Evidenzgrad (vgl. Abschnitt 2.1.2) N = 148 Kommunikate identifiziert werden. Ein Kommunikat beschreibt einen konkreten kommunikativen Zugang, der in der Intervention eingesetzt wird (z. B. direkte oder telefonische Beratung durch Hebammen, Ernährungsbroschüre, App, Schulung). Da in einer Studie mehrere Kommunikate eingesetzt worden sein können, wird jedes Kommunikat separat erfasst. Um Eigenschaften wirksamer Präventionszugänge mit denen unwirksamer kontrastieren zu können, differenzieren wir nachfolgend zwischen „erfolgreichen“ und „nicht erfolgreichen“ Studien:

Erfolgreiche versus nicht erfolgreiche Studien

Als „erfolgreich“ sind Interventionen klassifiziert, die einen positiven Einfluss auf ernährungsbezogene Verhaltensmaße oder physiologische bzw. anthropometrische Maße zeigten. Ein positiver Einfluss lediglich auf der Ebene von Einstellungsänderungen reicht damit nicht aus, um als erfolgreich klassifiziert zu werden.

Alle 65 einbezogenen Studien weisen einen eindeutigen Bezug zur Kinderernährung in einem Zeitraum zwischen Schwangerschaft (z. B. Gewichtszunahme von Schwangeren) und Stillen (z. B. Gewichtszunahme von Säuglingen) bis zum Kindesalter von 36 Monaten (z. B. Ernährung in Kindertageseinrichtungen) und mindestens eine kommunikative Intervention auf. Zur leichteren Einordnung tragen erfolgreiche Studien den Buchstaben E vor ihrer Nummer (z. B. E13) und nicht erfolgreiche Studien stattdessen ein N (z. B. N07). Die entsprechenden Literaturangaben finden sich in den Abschnitten 6.2.1 und 6.2.2.

Bevor die Studien im Detail analysiert werden, werden in den beiden nächsten Abschnitten zunächst Kurzprofile der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Interventionen präsentiert.

3.2.1 Kurzprofile 1: Erfolgreiche Studien

Die folgende Übersicht (Tabelle 1) zeigt die Profile der 43 als erfolgreich klassifizierten Studien hinsichtlich Zielgruppen, Kommunikate, Settings, Verfügbarkeit der Materialien, Evidenzgrad und Stichprobengröße. Die letzte Zeile jeder Studie zeigt jeweils an, hinsichtlich welcher Maße die Studie erfolgreich (+) war bzw. keinen Effekt hatte (0).

Tabelle 1: Profile der erfolgreichen Studien (E01–E43)

	E01	E02	E03
Zielgruppe(n)	Kleinkinder/Mütter	Schwangere/Mütter	Eltern
Kommunikate	<ol style="list-style-type: none"> 1. Video 2. Kochdemonstration & Probe-Verkostung 3. Poster 4. Hausverkäufe 5. Lieder & Straßentheater 6. Ernährungs- und Gesundheitskurs 7. Produktplatzierung in Radio-Soap-Opera 8. Talkshow-Beitrag 9. Kommunendiskussionen 10. Facebook-Post 1 11. Facebook-Post 2 12. Facebook-Post 3 13. Checkliste zur Anwendung 14. Facebook-Seite 	<ol style="list-style-type: none"> 1. individuelle Beratung 2. Checkliste bei Hausbesuchen 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lektion zum Thema Frühstück in der Schule 2. Plakatwand mit Fotos 3. MyPlate-Darstellung 4. Gruppendiskussionen 5. Broschüre „Easy Breakfast with WIC Foods“
Setting	Z/U	Z	unklar
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	teilweise verfügbar
Evidenzgrad	mittel	mittel	hoch
Stichprobe (N)	919	361	590
Erfolgsmaß	+ Anwendung des Produkts	+ exklusives Stillen + Hygiene	+ Häufigkeit des Frühstückens

	E04	E05	E06
Zielgruppe(n)	Schwangere/Eltern	Schwangere/Eltern/sonstige Familie	Mütter
Kommunikate	1. Gesundheits-eKitchen-Video	1. Webseite	1. Beratungssitzung mit Ernährungsfachkraft
Setting	unklar	Z	unklar
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	mittel	hoch
Stichprobe (N)	4.460	225	56
Erfolgsmaß	+ Aufruf des Videos und weiterer Links	+ Aufruf der Webseite	+ Gewichtszunahme + Sport + Nahrungsaufnahme 0 Entwicklung des Kindes
	E07	E08	E09
Zielgruppe(n)	Mütter	Mütter	Mütter
Kommunikate	1. telefonbasierter Peer-Support	1. telefonbasierter Peer-Support	1. Newsletter 2. Broschüre
Setting	unklar	unklar	unklar
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	hoch	hoch
Stichprobe (N)	1.016	256	92
Erfolgsmaß	+ Ernährung mit Muttermilch	+ Dauer des Stillens	+ Fütterungspraktiken
	E10	E11	E12
Zielgruppe(n)	Mütter	Schwangere/Mütter	Schwangere
Kommunikate	1. telefonische Beratung durch Still-Experten	1. Facebook-Peer-Group	1. persönliche Beratung 2. Gesundheitsaktivitäten
Setting	H	unklar	unklar
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	1.164	85	766
Erfolgsmaß	+ exklusives und teilweises Stillen	+ Fütterungspraxis 0 Schlafverhalten 0 Wachstum 0 Aktivität	+ Intention, eisenreiche Nahrungsmittel zu konsumieren
	E13	E14	E15
Zielgruppe(n)	Mütter	Schwangere	Multiplikator*innen
Kommunikate	1. Textnachrichten	1. Ernährungserziehungsprogramm 2. individueller Ernährungsplan 3. Broschüre mit Ernährungsempfehlungen	1. Workshop zur Menüplanung 2. Lehrmaterialien 3. Audit 4. Prozessbegleiter 5. Memorandum
Setting	unklar	Z/K/H	K
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	hoch	hoch
Stichprobe (N)	80	192	69
Erfolgsmaß	+ Verhaltensänderungen	+ Änderung des Essverhaltens	+ Umsetzung von Ernährungsrichtlinien

	E16	E17	E18
Zielgruppe(n)	Schwangere/Mütter	Eltern	Schwangere/Eltern
Kommunikate	1. Hausbesuche von Ernährungsberater*innen 2. Ernährungshandbuch	1. gewichtsbezogene Botschaften	1. individualisierter Ernährungs-Newsletter 2. Hausbesuche 3. Mitsinggeschichten mit Audio-Kassetten
Setting	Z	Z	unklar
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	495	112	1.306
Erfolgsmaß	+ Stillrate + Wachstum des Kindes, Stillzeit	+ elterliches Fütterungsverhalten + BMI 0 gewichtsbezogenes Verhalten	+ Verfügbarkeit und Konsum von Obst und Gemüse + elterliches Modellverhalten und Fütterungspraxis 0 Gewicht der Kinder
	E19	E20	E21
Zielgruppe(n)	Eltern	Kleinkinder	Schwangere
Kommunikate	1. webbasierte Wissens- und Aktivitätsmodul 2. moderierte Facebook-Peer-Gruppe	1. Video	1. webbasiertes 2. Aufklärungsprogramm
Setting	unklar	K	H
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	mittel	mittel
Stichprobe (N)	86	20	120
Erfolgsmaß	+ BMI + Ernährungsverhalten + Fütterungsdruck	+ Konsum von Obst und Gemüse	+ Stillrate
	E22	E23	E24
Zielgruppe(n)	Mütter	Schwangere	Mütter
Kommunikate	1. persönliche Beratung 2. Telefonberatung	1. Stillberatung	1. Stillförderung
Setting	Z/H	H	H
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	mittel	mittel
Stichprobe (N)	129	600	17.046
Erfolgsmaß	+ ausschließliches Stillen + Wachstum des Kindes	+ Stillanbahnung	+ Stilldauer + ausschließliches Stillen + Auftreten von Magen-Darm- und Atemwegsinfektionen oder Ekzemen bei Säuglingen

	E25	E26	E27
Zielgruppe(n)	Schwangere	Mütter	Mütter, Multiplikator*innen
Kommunikate	1. Smartphone-App	1. Gesundheitshelfer*innen	1. Ernährungsschulung durch wissenschaftliches Personal 2. Train-the-Trainer-Ernährungsschulung
Setting	H	Z	K
Materialien	verfügbar	nicht verfügbar	teilweise verfügbar
Evidenzgrad	hoch	mittel	mittel
Stichprobe (N)	30	75	1224
Erfolgsmaß	+ Schwangerschaftsgewicht + Cholesterinaufnahme	+ Verhaltensweisen zum hygienischen Abstillen	+ Konsum von Früchten 0 BMI
	E28	E29	E30
Zielgruppe(n)	Mütter	Mütter	Eltern, sonstige Familie, Umfeld, Multiplikator*innen
Kommunikate	1. Besprechungen mit Ernährungsberater*in 2. wöchentliche Gruppenmeetings 3. Webseite mit wöchentlichen Lektionen 4. Web-Tagebuch 5. Erklär- und Motivationsvideos 6. Schwarzes Brett	1. situiertes Lernangebot	1. interpersonale Kommunikation (Madagaskar) 2. Gruppeninterventionen (Madagaskar) 3. massenmediale Interventionen (Madagaskar) 4. interpersonale Kommunikation (Ghana) 5. Gruppeninterventionen (Ghana) 6. massenmediale Interventionen (Ghana) 7. interpersonale Kommunikation (Bolivien) 8. Gruppeninterventionen (Bolivien) 9. massenmediale Interventionen (Bolivien)
Setting	unklar	Z/H	unklar
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	teilweise verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	371	42	6.000.000 (Madagaskar) 3.500.000 (Ghana) 1.000.000 (Bolivien)
Erfolgsmaß	+ Gewichtsänderung 0 körperliche Aktivität 0 Ernährungsverhalten	+ Mutter-Kind-Interaktion 0 Fütterungsfähigkeiten	+ exklusives Stillen + Beginn des Stillens

	E31	E32	E33
Zielgruppe(n)	Schwangere	Eltern, sonstige Familie	Mütter
Kommunikate	1. telefonische Peer-Beratung	1. Lebensmittelmarke Snack Right 2. Broschüre 3. Sozialarbeiter*innen 4. halbtägige Events 5. Beiträge in Lokalzeitung und -radio 6. Event in lokalem 7. Supermarkt	1. Videoberatung
Setting	unklar	Z/K/S/U	Z
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	mittel	mittel
Stichprobe (N)	1.948	563	10
Erfolgsmaß	+ Länge nicht exklusiven Stillens 0 Länge exklusiven Stillens	+ Investition in gesunde Snacks	+ Nutzung und Zufriedenheit mit der Videoberatung
	E34	E35	E36
Zielgruppe(n)	Mütter	Mütter	Mütter
Kommunikate	1. Hausbesuche 2. Telefonkontakt 3. Sonstige Kontakte	1. Gesundheitskurs	1. Facebook vermittelte Information
Setting	Z/H/U	unklar	Z/H
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	teilweise verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	5.886	235	67
Erfolgsmaß	+ exklusive Stillrate	+ Stillrate + Füttern halb-fester Nahrung	+ Gewicht + Engagement (Kommentare, Likes) + Akzeptanz der Intervention (Weiterempfehlung)
	E37	E38	E39
Zielgruppe(n)	Schwangere	Mütter	Schwangere, Eltern
Kommunikate	1. strukturierte Telefonberatung	1. Broschüre 2. SMART Goal Chart 3. Kalorienzähler-Taschenbuch 4. Ernährungs-Webseite/ iPhone-App 5. Telefonberatung 6. Gruppenunterstützung 7. mit Online-Forum	1. SMS-Coaching 2. E-Mail-Coaching 3. Webseite
Setting	unklar	unklar	unklar
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	mittel	hoch
Stichprobe (N)	114	119	254
Erfolgsmaß	+ Stillrate	+ Taillenumfang 0 Nahrungsaufnahme 0 körperliche Aktivität 0 Sitzverhalten	+ Compliance + Verbesserung der Ernährung

	E40	E41	E42
Zielgruppe(n)	Schwangere, Mütter	Schwangere	Multiplikator*innen
Kommunikate	1. TV-Werbung 2. Poster 3. Arisans-Gruppen 4. Emo-Demos 5. Hausbesuche 6. Aufkleber 7. private und öffentliche Facebook-Gruppen 8. Schwarze Bretter	1. Textnachrichten 2. Webseite 3. private Facebook-Seite	1. Newsletter 2. Merkzettel 3. Workshop 4. Beratung
Setting	Z/K/S	unklar	K
Materialien	teilweise verfügbar	teilweise verfügbar	größtenteils verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	1033	91	17
Erfolgsmaß	+ Veränderung des Ernährungsverhaltens + Ernährungsdiversität + exklusives Stillen	+ Gewicht + Obst- und Gemüsekonsum 0 sportliche Aktivität	+ Häufigkeit der Mitarbeiter*innen-/Elterntrainings + Umsetzung von Richtlinien 0 Größe der Essensportionen
	E43		
Zielgruppe(n)	Multiplikator*innen		
Kommunikate	1. webbasiertes Menüplanungsprogramm 2. Training zur Menüplanung		
Setting	K		
Materialien	teilweise verfügbar		
Evidenzgrad	mittel		
Stichprobe (N)	54		
Erfolgsmaß	+ Einhaltung der Ernährungsrichtlinien + kindliche Nahrungsaufnahme 0 Ernährungsqualität 0 BMI 0 gesundheitsbezogene Lebensqualität		

Anmerkung: + = positiver Effekt; 0 = Null-Effekt; - = negativer Effekt; Z = Zuhause; K = Kindertagesstätte; H = Krankenhaus; S = Supermarkt; U = Umwelt.

3.2.2 Kurzprofile 2: Nicht erfolgreiche Studien

Die folgende Übersicht (Tabelle 2) zeigt die Profile der 22 nicht erfolgreichen Studien hinsichtlich Zielgruppen, Kommunikate, Settings, Verfügbarkeit der Materialien, Evidenzgrad, Stichprobengröße und Erfolgsmaße. Da unsere Definition einer „erfolgreichen“ Studie positive Effekte auf Verhaltensmaße oder physiologische bzw. anthropometrische Maße erforderte, befinden sich in der folgenden Übersicht auch Studien, die diesbezüglich zwar nicht wirksam waren, stattdessen aber erfolgreich Einstellungsänderungen bewirkten. Aus Gründen der Transparenz befindet sich daher am Ende jedes Profils eine Übersicht bezüglich des Erfolgs von Einstellungsänderungen.

Tabelle 2: Profile der nicht erfolgreichen Studien (N01–N22)

	N01	N02	N03
Zielgruppe(n)	Schwangere, Eltern, sonstige Familie	Kleinkinder	Schwangere, Mütter
Kommunikate	1. Kochbuch 2. Ernährungslehrstunde	1. Videotape mit Werbung vs. Bildungsspot	1. telefonische Beratung
Setting	Z	L	Z/H/A
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	hoch
Stichprobe (N)	225	46	41
Erfolgsmaße	0 Häufigkeit des Obst- und Gemüsekonsums 0 Nutzung des Rezeptbuchs 0 Veränderung der Zubereitung von Obst und Gemüse		0 Gewicht der Mutter und des Kindes 0 aufgenommene Kalorien 0 sonstiges Verhalten (Schlaf, nächtliches Essen, Stimmung, Anzeichen einer Essstörung)
Einstellungsänderungen	+ Einstellungsänderungen zu Obst und Gemüse	+ Präferenz (un)gesunder Lebensmittel	nicht erhoben
	N04	N05	N06
Zielgruppe(n)	Eltern	Mütter	Schwangere
Kommunikate	1. webbasiertes Aufklärungsprogramm	1. proaktiver Telefon-Support	1. individualisierte Einzelsitzungen 2. Health-Coaching Gruppensitzungen
Setting	H	unklar	K/H
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	hoch	mittel
Stichprobe (N)	20	493	247
Erfolgsmaße		0 Stilldauer	0 Gewichtszunahme
Einstellungsänderungen	+ Gefallen und Zufriedenheit mit der Webumgebung 0 Informationsgewinn	+ elterlicher Stress 0 Zufriedenheit 0 Lebensqualität	+ Coping-Strategien

	N07	N08	N09
Zielgruppe(n)	Schwangere	Schwangere, Frauen im gebärfähigen Alter	Mütter
Kommunikate	1. SMS	1. Verpackungslabels 2. Verkaufsstellenschilder 3. Werbeplakate 4. persönliche Gespräche	1. Kurse zur Fütterungsberatung 2. Demonstrationsvideo 3. Merkblatt mit Video
Setting	Z/H	U	Z/H
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	mittel	hoch
Stichprobe (N)	641	685 bis 9.800	104
Erfolgsmaße	0 Stillrate 0 Zeitpunkt der Einführung fester Nahrung 0 Gewicht, Größe und BMI bei 12 und 14 Monaten	0 Alkoholkonsum 0 Trinkverhalten in der Schwangerschaft 0 Botschaftszuwendung	0 Flaschenfütterungsverhalten 0 mütterliches Essverhalten und Ernährungsgewohnheiten - Wachstum und Gewicht des Kindes
Einstellungsänderungen	nicht erhoben	nicht erhoben	nicht erhoben
	N10	N11	N12
Zielgruppe(n)	Mütter, Multiplikator*innen	Schwangere	Mütter
Kommunikate	1. Peer-Supporter-Training	1. Webseite	1. Beratungs- und Feedback-Angebot
Setting	unklar	H	Z/H
Materialien	teilweise verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	hoch
Stichprobe (N)	28	250	107
Erfolgsmaße		0 Versorgung mit Calcium, Eisen, Folsäure und Jod	
Einstellungsänderungen	+ Wissen zum Stillen + stillbezogene Einstellungen	nicht erhoben	+ Akzeptanz der Interventionskomponenten
	N13	N14	N15
Zielgruppe(n)	Mütter	Mütter	Schwangere
Kommunikate	1. Gesundheitshelfer*innen	1. private Peer-Supportgruppe auf Facebook	1. Seminare zum Stillen 2. Broschüre zum Stillen
Setting	Z	unklar	H
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	hoch
Stichprobe (N)	3.009	124	130
Erfolgsmaße	0 ernährungsbedingte Unterentwicklung 0 Ernährungspraktiken nach Intervention	0 Dauer der Stillphase	
Einstellungsänderungen	+ Wissen zur Ernährung von Kleinkindern	0 Einstellungen zum Stillen	+ Wissen, Einstellungen und Selbstwirksamkeitserwartungen zum Stillen

	N16	N17	N18
Zielgruppe(n)	Eltern	Schwangere	Väter
Kommunikate	1. SMS	1. Telenovela	1. Smartphone-App 2. Webseite 3. Online-Forum
Setting	unklar	H	Z
Materialien	nicht verfügbar	teilweise verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	mittel	hoch	mittel
Stichprobe (N)	59	145	645
Erfolgsmaße	0 Ernährung der Kinder mit Obst und Gemüse		0 elterliche Fütterungspraktiken 0 kindliche Nahrungspräferenzen 0 Nahrungsangebot 0 Erkennen und Reaktion auf Sättigungsanzeichen
Einstellungsänderungen	+ Selbstwirksamkeitserwartungen + Einstellungen zur Ernährung mit Obst und Gemüse + Zufriedenheit mit Programm	0 Einstellungen zum Stillen	- erhöhte Sorge der Eltern vor Überfütterung
	N19	N20	N21
Zielgruppe(n)	Schwangere	Eltern, sonstige Familie, Umfeld	Schwangere
Kommunikate	1. kultursensible Still-Seminare	1. Videoclips im Lokalfernsehen 2. kommunale Gesundheitsvertreter*innen	1. telefonische Peer-Beratung
Setting	H	U	unklar
Materialien	nicht verfügbar	nicht verfügbar	nicht verfügbar
Evidenzgrad	hoch	mittel	hoch
Stichprobe (N)	30	405	120
Erfolgsmaße	0 Stillrate		0 Stillrate
Einstellungsänderungen	nicht erhoben	± Ernährungswissen	0 Selbstwirksamkeitserwartung
	N22		
Zielgruppe(n)	Schwangere, Mütter, Frauen im gebärfähigen Alter		
Kommunikate	1. Webseite		
Setting	unklar		
Materialien	nicht verfügbar		
Evidenzgrad	mittel		
Stichprobe (N)	98		
Erfolgsmaße			
Einstellungsänderungen	+ Einstellung zum Stillen		

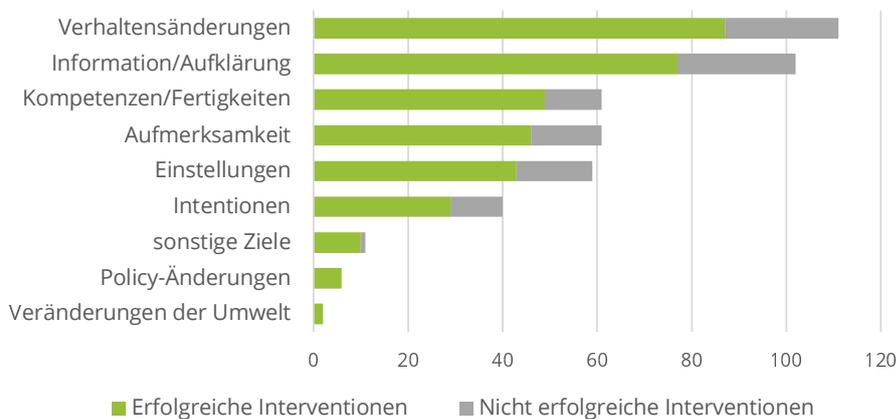
Anmerkung: + = positiver Effekt; 0 = Null-Effekt; - = negativer Effekt; Z = Zuhause; K = Kindertagesstätte; H = Krankenhaus; U = Umwelt; A = Arztpraxis; L = Labor.

Wie die Kurzprofile der erfolgreichen und nicht erfolgreichen Studien zeigen, lag die Anzahl der erfassten Kommunikate zwischen 1 und 14. Die insgesamt 148 Kommunikate konnten jeweils unterschiedliche Zielsetzungen haben (Abschnitt 3.2.3), in unterschiedlichen Settings angewendet werden (Abschnitt 3.2.4), verschiedene Zielgruppen ansprechen (Abschnitt 3.2.5), interpersonale Kommunikationswege nutzen (Abschnitt 3.2.6) und unterschiedliche Medien einsetzen (Abschnitt 3.2.7). Aus diesem Grund erfolgt die Auswertung in diesen Abschnitten auf der Ebene der Kommunikate (statt auf der Ebene der einzelnen Intervention oder Studie).

3.2.3 Ziele der Interventionen

Die verwendeten Kommunikate zielten mehrheitlich auf Verhaltensänderungen (n = 111) und Information/Aufklärung (n = 102; Abbildung 7) ab. Beide Ziele wurden in drei Viertel aller Fälle auch erreicht (78 % Verhaltensänderungen; 75 % Information/Aufklärung).

Abbildung 7: Verteilung nach Zielen der Interventionen



Anmerkung:
N = 148 Kommunikate;
Mehrfachkodierung
möglich.

In 96 Fällen bezogen sich Verhaltensänderungen auf Kinderernährung, 49 hiervon betrafen das Thema Stillen. Die Ernährungszubereitung wurde in 68 Kommunikaten angesprochen, 57 davon betrafen die Zubereitung von Kindernahrung.

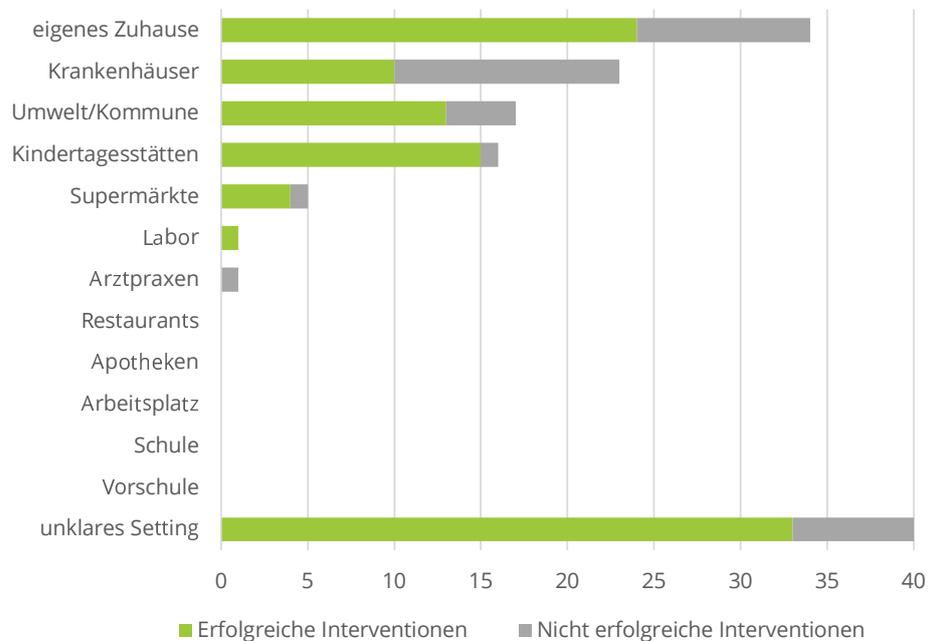
Deutlich seltener zielten die in den Interventionen angewendeten Kommunikate auf Änderungen von Kompetenzen oder Fertigkeiten (n = 61; 80 % erfolgreich), auf Aufmerksamkeit bzw. Awareness (n = 61; 75 % erfolgreich), auf Einstellungsänderungen (n = 59; 73 % erfolgreich) oder auf die Ausbildung von Intentionen für präventive Verhaltensänderungen (n = 40; 73 % erfolgreich). Policy-Änderungen (n = 6; 100 % erfolgreich), Veränderungen der Umwelt (n = 2; 100 % erfolgreich) oder sonstige Ziele (n = 11; 90 % erfolgreich; z. B. sozialer Austausch, Veränderung des häuslichen Umfelds, Akzeptanz der Intervention, Zufriedenheit mit dem Ernährungsprogramm, Öffentlichkeitsarbeit und Budgetplanung) waren am seltensten Ziele der analysierten Studien.

3.2.4 Settings

Die häufigsten Settings, in denen die kommunikativen Interventionen stattfanden, waren das eigene Zuhause (n = 34; 71 % erfolgreich), Krankenhäuser (n = 23; 43 % erfolgreich), die eigene Lebenswelt bzw. Kommune (n = 17; 76 % erfolgreich) und Kindertagesstätten (n = 16; 94 % erfolgreich; siehe Abbildung 8). Interventionen mit dem Einbezug von Supermärkten (n = 5; 80 % erfolgreich), Laborumgebungen (n = 1; 100 % erfolgreich) oder Arztpraxen (n = 1; nicht erfolgreich) kamen seltener vor.

Restaurants, Apotheken, Arbeitsplätze, Schulen und Vorschulen waren hingegen, soweit anhand der Studienbeschreibung rekonstruierbar, bei keiner der untersuchten Interventionen intendierte Settings. Einschränkend ist anzumerken, dass ein großer Anteil der Kommunikate in einem unklaren Setting (n = 40; 83 % erfolgreich) eingesetzt wurde. Dies kann daran liegen, dass das Setting nicht angemessen beschrieben war oder dass insbesondere bei Interventionen, die mobile Endgeräte wie Smartphones oder Telefone einsetzten, nicht planbar oder nachvollziehbar war, wo sich eine Person zum Zeitpunkt der Kommunikation befand.

Abbildung 8: Verteilung nach Settings



Anmerkung:
N = 148 Kommunikate;
Mehrfachkodierung
möglich.

Insgesamt zeigt sich damit, dass insbesondere das eigene Zuhause ein wichtiges Setting für erfolgreiche kommunikative Interventionen darstellt. Inwiefern die Ergebnisse hinsichtlich der unklaren Settings dahingehend interpretiert werden können, dass Interventionen auch unabhängig von einem spezifischen Setting erfolgreich sind, kann aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht abschließend beantwortet werden.

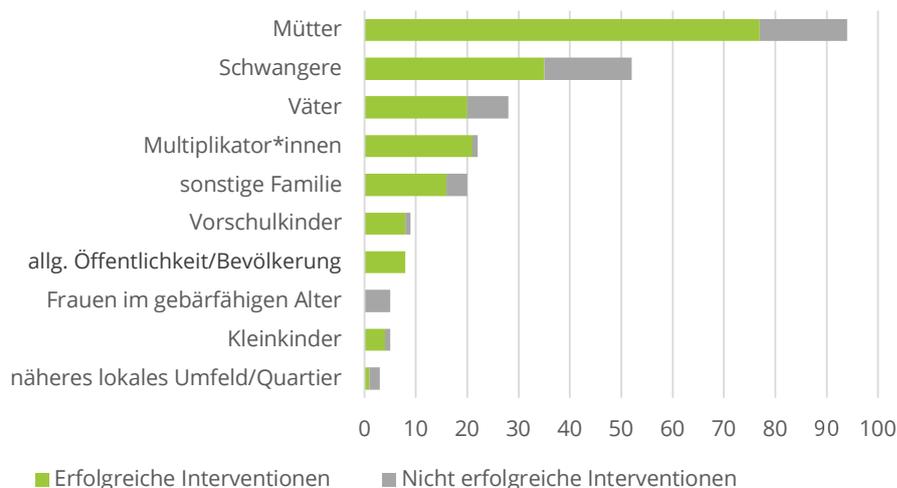
3.2.5 Zielgruppen

Die Zielgruppe, die am häufigsten durch die Kommunikate adressiert wurde, waren Mütter (n = 94; 82 % erfolgreich), gefolgt von Schwangeren (n = 52; 73 % erfolgreich; siehe Abbildung 9). Deutlich seltener adressiert wurden Väter (n = 28; 71 % erfolgreich), Multiplikator*innen (z. B. Personal in Kindertagesstätten; n = 22; 95 % erfolgreich) und sonstige Familienmitglieder (n = 20; 80 % erfolgreich). Vergleichsweise wenig direkt angesprochen wurden Vorschulkinder (n = 9; 89 % erfolgreich), die allgemeine Öffentlichkeit bzw. Allgemeinbevölkerung (n = 8; 100 % erfolgreich) sowie Frauen im gebärfähigen Alter (n = 5; kein Erfolg). Direkt angesprochen wurden Kleinkinder in n = 5 Fällen (80 % erfolgreich). Das nähere lokale Umfeld oder Quartier wurde dreimal adressiert (33 % erfolgreich).

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu beachten, dass insbesondere die Zielgruppe der Väter nur bei einer Studie [N18] mit drei Kommunikaten alleine angesprochen wurde und dies ohne Erfolg. In den übrigen Studien wurden Väter immer in Verbindung mit Müttern adressiert. Insgesamt sprachen 89 Kommunikate (76 % erfolgreich) nur eine einzelne Zielgruppe an, während 59 Kommunikate (78 % erfolgreich) mehr als eine Zielgruppe adressierten (vgl. hierzu auch Tabellen 1 und 2).

Darüber hinaus wurden 37 Kommunikate (95 % erfolgreich) unter weiterem Einbezug der Kommune, z. B. zur Rekrutierung der Zielgruppe oder Autorisierung der Intervention durch Gemeindevertreter*innen, eingesetzt.

Abbildung 9: Verteilung nach Zielgruppen der Intervention



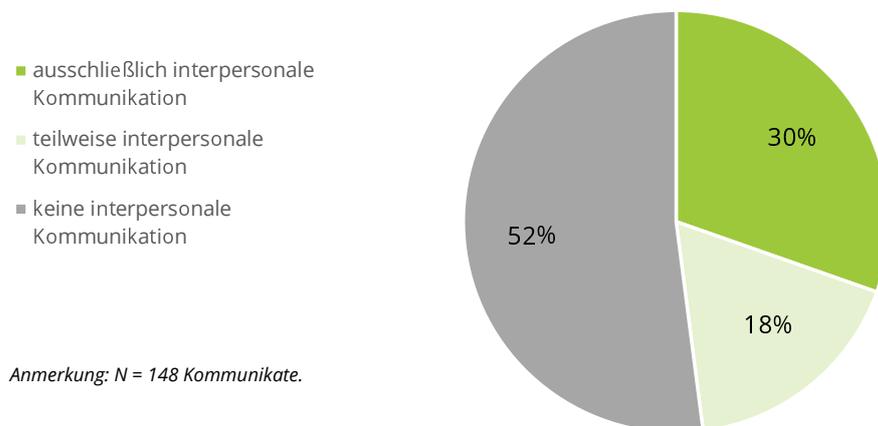
Anmerkung:
N = 148 Kommunikate;
Mehrfachkodierung
möglich.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass kommunikative Interventionen zur Ernährung am häufigsten Mütter und Schwangere adressieren. Väter stellen eine noch unterrepräsentierte Zielgruppe dar. Auch eine Ansprache von Multiplikator*innen (siehe dazu Abschnitt 4) sowie direkte Ansprache der Kinder könnten wichtige Zugänge darstellen. Insbesondere bezüglich der letztgenannten Zielgruppe ist die Forschungslage allerdings bisher noch unzureichend.

3.2.6 Einsatz interpersonaler Kommunikationskanäle

Für $n = 71$ (82 % erfolgreich) der 148 insgesamt analysierten Kommunikate konnte ein Einsatz interpersonaler Kommunikationswege, z. B. in Form von Stillberaterinnen oder Ernährungsexpert*innen, identifiziert werden (Abbildung 10). In davon 45 Fällen (84 % erfolgreich) erfolgte die Kommunikation ausschließlich auf interpersonalem Weg, in den restlichen 26 Fällen (77 % erfolgreich) hingegen in Kombination mit einem oder mehreren zusätzlichen Medien, Technologien oder Diensten (siehe für Details Abschnitte 3.2.8 und 3.2.10). Dementsprechend war der Einsatz alleiniger interpersonaler Kommunikation tendenziell erfolgreicher als in Kombination mit weiteren Medien, Technologien oder Diensten.

Abbildung 10: Anteil des Einsatzes interpersonaler Kommunikation



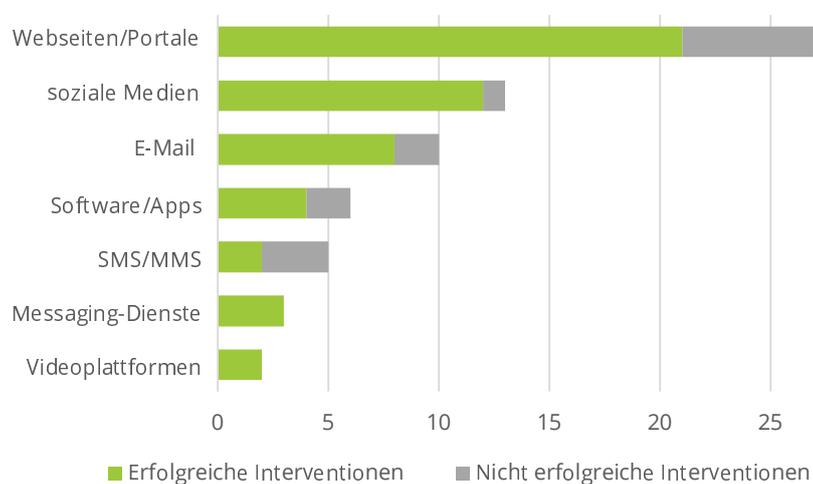
Anmerkung: $N = 148$ Kommunikate.

3.2.7 Medien, Technologien und Dienste

Die am häufigsten eingesetzten Dienste (Abbildung 11) waren Webseiten oder Internetportale ($n = 27$; 78 % erfolgreich). Deutlich seltener wurden soziale Medien (z. B. Facebook-Seiten; $n = 13$; 92 % erfolgreich), E-Mails ($n = 10$; 80 % erfolgreich), Software oder Apps ($n = 6$; 67 % erfolgreich), SMS oder MMS ($n = 5$; 40 % erfolgreich), Messaging-Dienste ($n = 3$; 100 % erfolgreich) und Videoplattformen ($n = 2$; 100 % erfolgreich) verwendet.

Abbildung 11: Verteilung nach eingesetzten Diensten

Anmerkung:
 $N = 148$ Kommunikate;
 Mehrfachkodierung
 möglich.

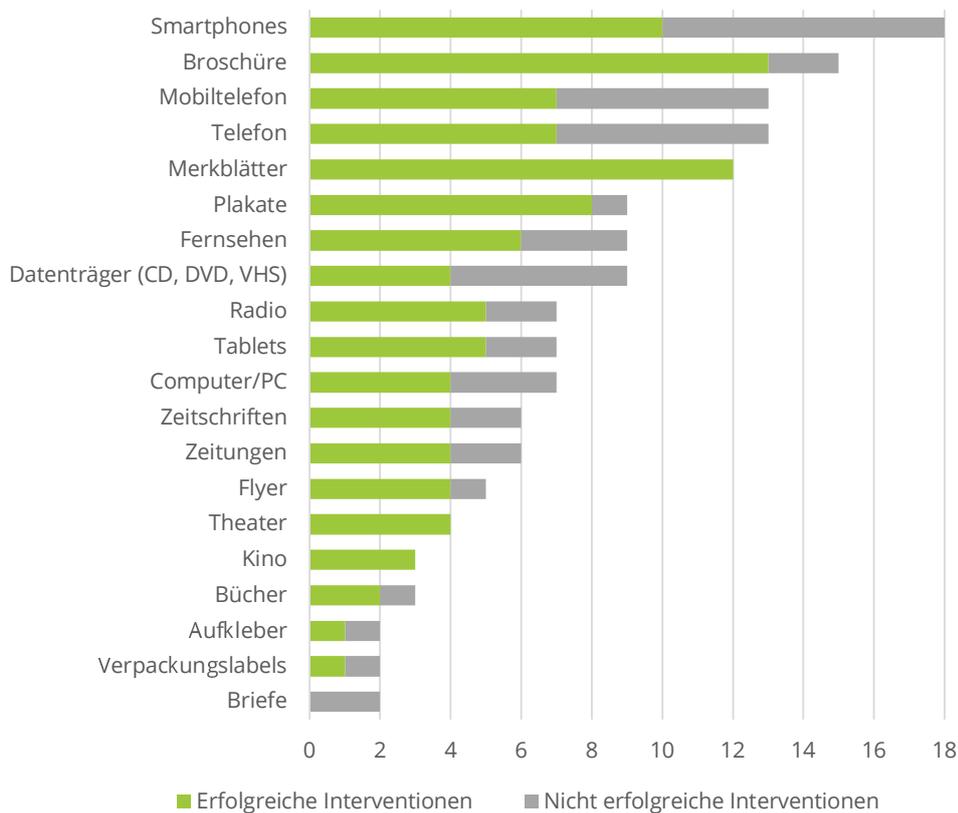


Zu den am häufigsten eingesetzten Medien (Abbildung 12) zählten Smartphones (n = 18; 56 % erfolgreich), Broschüren (n = 15; 87 % erfolgreich), Mobiltelefone und Telefone (jeweils n = 13; 54 % erfolgreich) und Merkblätter (n = 12; 100 % erfolgreich). Seltener Anwendung fanden Plakate (n = 9; 89 % erfolgreich), das Fernsehen (n = 9; 67 % erfolgreich), Datenträger (n = 9; 44 % erfolgreich), das Radio und Tablets (jeweils n = 7; 71 % erfolgreich), Computer oder PCs (n = 7; 57 % erfolgreich), Zeitschriften und Zeitungen (jeweils n = 6; 67 % erfolgreich) sowie Flyer (n = 5; 80 % erfolgreich).

Weniger bis kaum eingesetzt wurden Theater (n = 4; 100 % erfolgreich), Kinos (n = 3; 100 % erfolgreich), Bücher (n = 3; 67 % erfolgreich), Aufkleber und Verpackungslabels (je n = 2; 50 % erfolgreich) sowie Briefe (n = 2; nicht erfolgreich).

Das Gesamtbild zeigt zunächst, dass viele mediale Zugänge erfolgreich sein können. Das verdeutlicht erneut, dass weniger das Medium entscheidend ist als vielmehr, was tatsächlich kommuniziert wird. Auffällig ist der relativ hohe Anteil elektronischer Medien bzw. Kanäle (insbesondere Smartphones, Mobiltelefone, Telefon, Datenträger, Tablets, Computer). Klassische Printmedien, insbesondere Broschüren und Merkblätter, wurden aber ebenfalls in starkem Maße eingesetzt und waren im Schnitt sogar erfolgreicher.

Abbildung 12: Verteilung nach eingesetzten Medien.



Anmerkung:
N = 148 Kommunikate;
Mehrfachkodierung
möglich.

3.2.8 Zielgruppenspezifische Analyse der erfolgreichen Studien

In den vorherigen Abschnitten wurden die identifizierten Kommunikate unabhängig voneinander betrachtet. Im Sinne eines Multi-Komponenten-Ansatzes wurden in den meisten Interventionen jedoch mehrere Kommunikate eingesetzt, weswegen der Erfolg oder Misserfolg der Interventionen auch von der spezifischen Kombination der Kommunikate abhängen kann. Daher erfolgt nachfolgend ein Blick auf spezifische Kombinationen dieser kommunikativen Zugänge getrennt für verschiedene Zielgruppen, wieder separat für erfolgreiche und nicht erfolgreiche Interventionen.

Die folgenden Detailanalysen beziehen sich zunächst auf erfolgreiche Interventionen für die Zielgruppen Schwangere (n = 17; Tabelle 3), Mütter (n = 22; Tabelle 4), Familien (n = 9; Tabelle 5) und Kleinkinder (n = 2; Tabelle 6). Dargestellt sind die jeweils eingesetzten Kommunikate, die interpersonalen Kommunikationswege und Dienste/Medien sowie Zielgruppenmerkmale, Stillbezüge, Setting und Einbezüge von Kommunen. Auch der Evidenzgrad ist jeweils angegeben. Für diese Übersicht wurden die zuvor einzeln kodierten Kommunikate auf Studienebene aggregiert.

Zu beachten ist, dass sowohl mehrere Kommunikate über denselben Kanal als auch ein identisches Kommunikat über mehrere Kanäle verbreitet worden sein konnte, weswegen die Anzahl von Kommunikaten und Medienkanälen nicht übereinstimmen müssen. Wenn eine Intervention mehrere Zielgruppen (z. B. sowohl Schwangere als auch Kleinkinder) adressiert hat, befindet sich die jeweilige Studie entsprechend in allen zutreffenden Tabellen.

Zielgruppe Schwangere

Bei erfolgreichen Interventionen mit der Zielgruppe der Schwangeren zeigt sich, dass in knapp der Hälfte dieser Studien [E02; E11; E14; E16; E18; E31; E40; E41] zusätzlich zu verschiedenen eingesetzten Diensten und Medien noch interpersonale Kommunikation, z. B. in Form von Peer-Berater*innen, zum Einsatz kamen (siehe Tabelle 3). Nur in drei Studien [E06; E12; E23] wurde ausschließlich auf interpersonale Kommunikation gesetzt. Die Studien wiederum, in denen keine interpersonale Kommunikation genutzt wurde, setzten eher wenige Kommunikate und dabei häufig webbasierte Dienste ein [E04; E05; E21; E39]. Zwei Studien nutzten ausschließlich Telefon und Messaging-Dienste [E25] bzw. Tablet-Computer [E37], um die Zielgruppe zu erreichen. Hinsichtlich der eingesetzten Dienste und Medien lässt sich eine leichte Mehrheit neuer Technologien und Medien gegenüber herkömmlichen und nicht-elektronischen Medien erkennen. Insbesondere zur Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Risikogruppen erscheinen entweder eine Kombination neuer Technologien und Medien [E11; E41; E25; E31], herkömmliche elektronische Medien und Printmedien [E16; E18] oder eine alleinige interpersonale Kommunikation [E12] erfolgversprechend.

Ein Bezug zum Thema Stillen fand sich in insgesamt fünf Studien, die interpersonale Kommunikation einsetzten. Eine Studie davon nutzte keine weiteren Dienste und Medien [E23], zwei Studien setzten interpersonale Kommunikation in Verbindung mit Broschüren oder Merkblättern ein [E02; E16]. Studie E11 verwendete zusätzlich soziale Medien und Apps, Studie E40 setzte eine Kombination von sozialen Medien, Mobiltelefon, Fernsehen und Plakaten ein. Eine Studie [E21] nutzte eine Webseite zur Ansprache Schwangerer zum Thema Stillen. Ein Einbezug der Kommune erfolgte in vier Studien [E02; E06; E16; E39], während Settings, sofern kodierbar, hauptsächlich das eigene Zuhause, Kindertagesstätten und Krankenhäuser waren.

Zielgruppe Mütter

Auch bei den erfolgreichen Studien, die ausschließlich Mütter als Zielgruppe ansprechen, zeigt sich, dass fünf Studien [E06; E24; E26; E27; E35] allein interpersonale Kommunikation einsetzten (siehe Tabelle 4). Wiederum die Hälfte der Studien kombinierte dies mit unterschiedlichen Diensten und Medien [E01; E02; E08; E10; E11; E16; E22; E24; E28; E33; E34; E40]. Insgesamt wurden soziale Medien, Webseiten und Messaging-Dienste am häufigsten eingesetzt, wobei bei den Medien Merkblätter, z. B. in Verbindung mit dem Setting Krankenhaus [E10; E34; E22], noch vor mobilen Endgeräten wie Mobiltelefonen und Smartphones am häufigsten zum Einsatz kamen. Zur Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Risikogruppen erscheinen neben alleiniger interpersonaler Kommunikation [E26; E27] soziale Medien, Webseiten und Messaging-Dienste [E11; E28; E36], Plakate [E16], Merkblätter [E34] oder eine Kombination verschiedener Kanäle (soziale Medien, Webseiten, Videoplattformen, Telefon, Broschüren, Radio und Computer) erfolgversprechend. Das Thema Stillen wurde in 14 Studien adressiert. Ein Einbezug der Kommune fand sich in sieben Studien, von denen sechs eine Kombination interpersonaler Kommunikation mit weiteren Medien nutzten [E01; E02; E10; E16; E22; E34]. Eine Studie [E06] setzte diesbezüglich nur einen interpersonalen Kommunikationszugang ein. Als häufigste Settings ließen sich das eigene Zuhause gefolgt von Krankenhäusern, Kindertageseinrichtungen und der Umwelt/Kommune identifizieren.

Zielgruppe Familien

Unter der Zielgruppe Familien wurden alle erfolgreichen Studien zusammengefasst, in denen die eingesetzten Kommunikate sowohl Mütter als auch Väter und/oder sonstige Familienmitglieder ansprechen (siehe Tabelle 5). Auch hier wurde in einer Studie auf die alleinige Verbreitung über interpersonale Kommunikation gesetzt [E17]. Vier der übrigen acht Studien setzten interpersonale Kommunikation in Kombination mit einer Vielzahl verschiedener Medien ein [E03; E18; E30; E32]. Die restlichen erfolgreichen Studien nutzten eine Webseite als einziges Mittel [E04] oder eine Webseite in Verbindung mit weiteren Diensten [E05; E19] sowie elektronischen Medien [E39].

Hervorzuheben ist insbesondere die Vielfalt der eingesetzten Medien in den erstgenannten Studien E03, E18, E30 und E32, die mit interpersonaler Kommunikation verbunden war: In allen Studien wurde das Telefon sowie ein massenmedialer Zugang über Print- und elektronische Medien gewählt. Ein Stillbezug ließ sich nur für die Studie mit der größten Vielfalt der eingesetzten Kommunikate identifizieren [E30]. Eine Ansprache soziostruktureller Risikogruppen erfolgte entweder ausschließlich über interpersonale Kommunikation [E17] oder in Verbindung mit verschiedenen Medien [E18; E30; E32]. Ein Einbezug der Kommune fand sich nur in zwei Studien [E30; E39], während als häufigstes Setting das eigene Zuhause genutzt wurde [E05; E17; E32].

Tabelle 3: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der erfolgreichen Studien (n = 17) mit der Zielgruppe Schwangere

Studiennummer	Anzahl Kommunikate																	Σ
	E12	E16	E18	E40	E02	E06	E41	E11	E14	E31	E23	E05	E04	E39	E21	E37	E25	
Dienste																		
Interpersonale Kommunikation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	35
Webseiten/Portale	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	11
Soziale Medien	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
SMS/MMS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
E-Mail	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Messaging-Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Software, Apps	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Videoplattformen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Telefon	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Mobiltelefon	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Smartphones	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Tablet-Computer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Broschüre	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Merkblatt	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bücher	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Computer, PC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fernsehen	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Flyer	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Plakate	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Zeitungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeitschriften	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Theater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Briefe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aufkleber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verpackungsetiketten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mit Still-Bezug	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6
Soziostrukturelle Risikogruppe	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	6
Gesundheitliche Risikogruppe	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Einbezug der Kommune	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Setting	?	Z	?	Z/K/S	Z	?	?	?	Z/K/H	?	K	Z	?	?	K	?	?	H
Evidenzgrad	m	m	m	m	m	h	h	H	h	h	m	m	m	h	m	h	h	h

Anmerkung: z = Zuhause; K = Kindergarten; H = Krankenhaus; S = Supermarkt; ? = unklares Setting; h = hoher Evidenzgrad; m = mittlerer Evidenzgrad.

Tabelle 4: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der erfolgreichen Studien (n = 22) mit der Zielgruppe Mütter

	E01	E10	E16	E34	E40	E02	E06	E08	E11	E26	E27	E33	E35	E28	E22	E24	E38	E36	E29	E07	E13	E09	Σ
Studiennummer	14	1	2	3	8	2	1	1	1	1	2	1	1	6	2	1	6	1	1	1	1	2	59
Anzahl Kommunikate	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	16
Dienste																							
Interpersonale Kommunikation	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	16
Soziale Medien	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	5
Webseiten/Portale	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Messaging-Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
E-Mail	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Videoplattformen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Software, Apps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
SMS/MMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Merkblatt	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	6
Mobiletelefon	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	5
Smartphones	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	5
Telefon	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Plakat	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
Broschüre	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Fernsehen	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Radio	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Computer, PC	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Flyer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tablet-Computer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Theater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeitungen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zeitschriften	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bücher	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Verpackungsetiketten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Briefe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aufkleber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mit Still-Bezug	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	14
Soziostrukturelle Risikogruppe	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	9
Gesundheitliche Risikogruppe	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
Einbezug der Kommune	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7
Setting	Z/U	H	Z	Z/H/U	Z/K/S	Z	?	?	?	Z	K	Z	?	?	Z/H	H	?	Z/H	Z/H	?	?	?	?
Evidenzgrad	m	m	m	m	m	m	h	H	h	m	m	m	h	m	m	m	m	m	m	h	h	h	h

Anmerkung: Z = Zuhause; K = Krankenhaus; S = Supermarkt; U = Umwelt; ? = unklares Setting; h = hoher Evidenzgrad; m = mittlerer Evidenzgrad.

Tabelle 5: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der erfolgreichen Studien (n = 9) mit der Zielgruppe Familien

Studiennummer		E18	E30	E32	E03	E17	E05	E04	E39	E19	Σ	
Anzahl Kommunikate		3	9	6	5	1	1	1	3	2	31	
Interpersonale Kommunikation		1	1	1	1	1	0	0	0	0	5	
Dienste	Webseiten/Portale	0	0	0	1	0	1	1	1	1	5	
	E-Mail	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3	
	Software, Apps	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2	
	SMS/MMS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	Messaging-Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	
	Soziale Medien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Videoplattformen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Medien	Telefon	1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	
	Plakat	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	
	Broschüre	0	1	1	1	0	0	0	0	0	3	
	Theater	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
	Zeitungen	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Zeitschriften	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Computer, PC	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	
	Bücher	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
	Mobiltelefon	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	Smartphones	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	Fernsehen	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	Radio	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
	Flyer	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Tablet-Computer	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Kino	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Verpackungslabels	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
	Merkblatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Briefe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Aufkleber	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	mit Still-Bezug	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Soziostrukturelle Risikogruppe	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	
	Gesundheitliche Risikogruppe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Einbezug der Kommune	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
	Setting	Z/K/S					Z	Z				
	Evidenzgrad	M	m	m	h	H	m	m	h	h		

Anmerkung: Z = Zuhause; K = Kindertagesstätte; S = Supermarkt; U = Umwelt; ? = unklares Setting; h = hoher Evidenzgrad; m = mittlerer Evidenzgrad.

Zielgruppe Kleinkinder

Für die direkte Ansprache von Kleinkindern ließen sich nur zwei erfolgreiche Studien [E01; E20] identifizieren (siehe Tabelle 6). In Studie E01 wurden neben Kleinkindern auch Mütter durch unterschiedliche Kommunikate adressiert. Es wurde eine Kombination aus interpersonaler Kommunikation mit Radio, Fernsehen, Plakaten und Merkblättern genutzt. Die Intervention war an soziostrukturelle und gesundheitliche Risikogruppen gerichtet, thematisierte bei den angesprochenen Eltern das Stillen, fand im eigenen Zuhause sowie der Umwelt statt und bezog die Kommune mit ein. Im Unterschied hierzu wurde bei Studie E20 ausschließlich ein Datenträger (VHS-Kassette) im Setting Kindertagesstätte eingesetzt.

Tabelle 6: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der erfolgreichen Studien (n = 2) mit der Zielgruppe Kleinkinder

	Studiennummer	E01	E20	Σ
	Anzahl Kommunikate	14	1	15
	Interpersonale Kommunikation	1	0	1
Dienste	Videoplattformen	1	0	1
	Webseiten/Portale	1	0	1
	Soziale Medien	1	0	1
	E-Mail	0	0	0
	Messaging-Dienste	0	0	0
	SMS/MMS	0	0	0
	Software, Apps	0	0	0
Medien	Radio	1	0	1
	Fernsehen	1	0	1
	Plakat	1	0	1
	Merkblatt	1	0	1
	Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	1	1
	Bücher	0	0	0
	Zeitungen	0	0	0
	Zeitschriften	0	0	0
	Theater	0	0	0
	Kino	0	0	0
	Broschüre	0	0	0
	Flyer	0	0	0
	Verpackungslabes	0	0	0
	Aufkleber	0	0	0
	Briefe	0	0	0
	Telefon	0	0	0
	Mobiltelefon	0	0	0
	Smartphones	0	0	0
	Tablet-Computer	0	0	0
	Computer, PC	0	0	0
	mit Still-Bezug	1	0	1
	Soziostrukturelle Risikogruppe	1	0	1
	Gesundheitliche Risikogruppe	1	0	1
Einbezug der Kommune	1	0	1	
Setting	Z/U	K		
Evidenzgrad	m	m		

Anmerkung: Z = Zuhause; K = Kindertagesstätte; U = Umwelt; m = mittlerer Evidenzgrad.

3.2.9 Zusammenfassung

Insgesamt lässt sich festhalten, dass zur Ansprache der Zielgruppen Schwangere, Mütter, Familien und Kleinkinder insbesondere Studien erfolgreich waren, die einen interpersonalen Kommunikationszugang verwendeten. Lag dieser nicht vor, erweisen sich häufig Webseiten als zielführend – mit Ausnahme der Zielgruppe Mütter, bei denen stattdessen häufiger soziale Medien erfolgreich zum Einsatz kamen. Bei Müttern fanden auch am häufigsten Merkblätter noch vor elektronischen Medien erfolgreiche Anwendung, während die übrigen Zielgruppen am meisten über mobile Endgeräte und neue Technologien erreicht wurden.

Zur Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Risikogruppen zeigte sich über alle Zielgruppen hinweg, dass sowohl interpersonale Kommunikation als auch die Kombination verschiedener Dienste und Medien erfolgversprechend sind. Als häufigstes Setting wurde das eigene Zuhause der Zielgruppen identifiziert, gefolgt von Kindertagesstätten und Krankenhäusern.

Tabelle 7: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der nicht erfolgreichen Studien (n = 22)

Studiennummer	Anzahl Kommunikate																						Σ
	N08	N03	N19	N09	N15	N06	N20	N13	N05	N01	N10	N18	N14	N11	N22	N04	N21	N07	N17	N02	N16	N12	
Dienste	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Interpersonale Kommunikation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5
Webseiten/Portale	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
SMS/MMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Software, Apps	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Soziale Medien	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
E-Mail	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Messaging-Dienste	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Videoplattformen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Smartphones	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	8
Mobiletelefon	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	6
Telefon	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	5
Computer, PC	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Tablet-Computer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Broschüre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bücher	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Merkblatt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Fernsehen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Flyer	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Plakate	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Zeitungen	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Zeitschriften	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Radio	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Aufkleber	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Verpackungsetiketten	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Theater	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kino	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Briefe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
mit Still-Bezug	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	9
Soziostrukturelle Risikogruppe	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	7
Gesundheitliche Risikogruppe	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3
Einbezug der Kommune	S/U	Z/H/A	H	Z/H	K	K/H	U	Z	?	Z	?	Z	?	H	?	H	?	Z/H	H	L	?	Z/H	0
Setting	m	h	h	h	h	m	m	m	h	m	m	m	h	h	m	h	h	h	h	h	h	h	?
Evidenzgrad																							h

Anmerkung: z = Zuhause; K = Krankenhaus; H = Arbeitsplatz; W = Kindertagesstätte; W = Arbeitsstätte; S = Supermarkt; U = Umwelt; A = Arztpraxis; L = Labor; h = hoher Evidenzgrad; m = mittlerer Evidenzgrad.

3.2.10 Analyse der nicht erfolgreichen Studien

Zur Identifikation von Faktoren, die zu einer nicht erfolgreichen kommunikativen Intervention beigetragen haben könnten, werden in Tabelle 7 die nicht erfolgreichen Studien gegenübergestellt hinsichtlich:

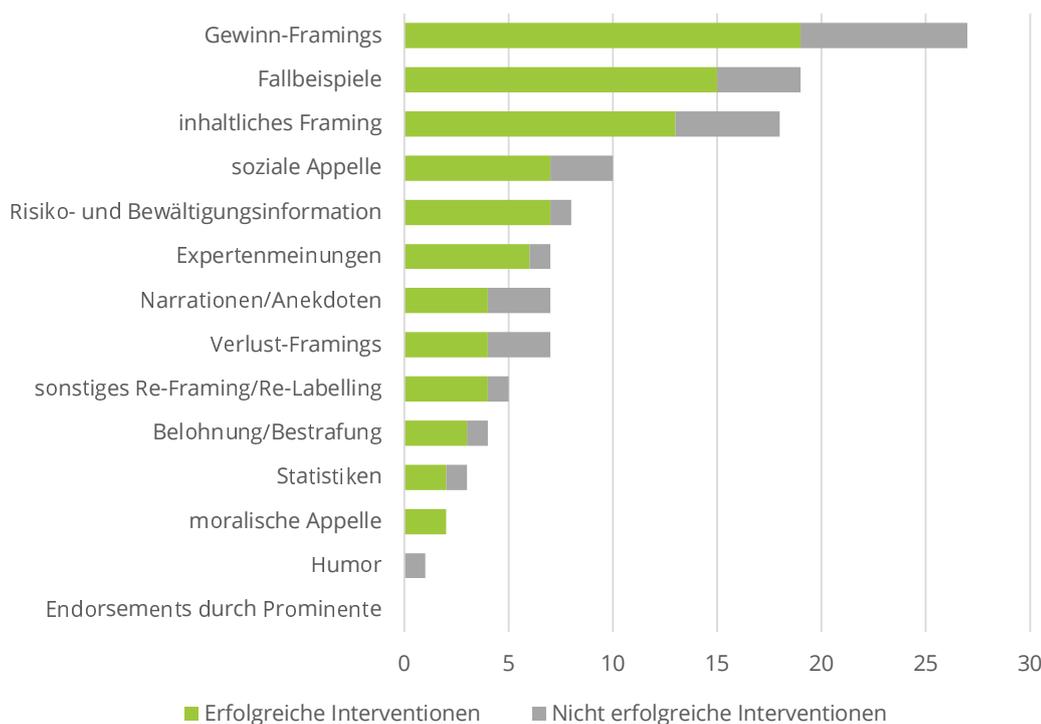
- der Anzahl der eingesetzten Kommunikate
- des Einsatzes interpersonaler Kommunikationswege
- der eingesetzten Dienste und Medien
- des Stillbezugs
- der Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen
- des Einbezugs der Kommune, des Settings
- des Evidenzgrades

Im Hinblick auf den Einsatz interpersonaler Kommunikation sowie die eingesetzten Medien und Dienste ergibt sich ein mit den erfolgreichen Studien vergleichbares Bild (Tabelle 7): Interpersonale Kommunikation wird in der Hälfte der Studien eingesetzt. In der anderen Hälfte finden eher Webseiten und mobile Endgeräte Anwendung. Auch hinsichtlich des Stillbezugs, der Ansprache der Risikogruppen und der berichteten Settings sind keine Unterschiede auszumachen. Bemerkenswert ist allerdings, dass keine der nicht erfolgreichen Studien einen Einbezug der Kommune aufweist.

3.2.11 Botschaftsstrategien

Ein Hauptziel unserer Studie war es herauszufinden, wie Botschaften konkret kommuniziert werden müssen, damit sie zu einer positiven Veränderung ernährungsbezogener Verhaltensmaße und physiologischer bzw. anthropometrischer Maße führen.

Abbildung 13: Botschaftsmerkmale der eingesetzten Kommunikate



Anmerkung:
n = 48 Kommunikate;
Mehrfachkodierung
möglich.

Leider waren Informationen zu den konkret eingesetzten Botschaften häufig nicht (20 Studien) oder nur rudimentär (23 Studien) oder exemplarisch (22 Studien) dokumentiert. Auch unsere manuellen Nachrecherchen nach den eingesetzten Materialien blieben überwiegend erfolglos. Die Darstellung (Abbildung 13) bezieht sich somit lediglich auf n = 48 Kommunikate, da in mehr als zwei Dritteln (68 %) der Kommunikate aufgrund fehlender Informationen keine Kodierung der Botschaftsstrategien möglich war. Bei der Interpretation ist dementsprechend zu beachten, dass lediglich ein Bruchteil der nötigen Informationen rekonstruiert werden konnte und ein vollständiges Bild nicht vorliegt.

Am häufigsten eingesetzt wurden Framing-Strategien (Gewinn-Framings: n = 27, 70 % erfolgreich; inhaltliches Framing: n = 18, 72 % erfolgreich; Verlust-Framings: n = 7, 57 % erfolgreich; sonstiges Re-Framing/Re-Labeling: n = 5, 80 % erfolgreich).

Gewinn-Framings beziehen sich auf die Rahmung eines gewünschten Verhaltens als vorteilhaft, z. B. für die körperliche und gesundheitliche Entwicklung des Kindes. Beispielbotschaften aus den Kommunikaten betonten, dass Stillen das Risiko für Übergewicht bei Kindern und das Risiko für Brustkrebs und Diabetes bei Müttern senken kann [N17] oder dass das Setzen von Zielen helfen kann abzunehmen [E36].

Verlust-Framings hingegen betonen Nachteile. Im Rahmen einer kommunikativen Intervention zum Erkennen von Sättigungsanzeichen [N09] wurden z. B. sowohl die Vorteile (satter und zufriedener Säugling; Gewinn-Framing) als auch Nachteile (Überfütterung; Verlust-Framing) durch Flaschennahrung erwähnt.

Ein inhaltliches Framing wiederum kann sich, wie in Studie E32, auf die Hervorhebung der Verantwortung für das Kind oder die Adressierung von elterlichen Unsicherheiten beziehen. Beispielsweise wurde in einer Intervention ein Nahrungsergänzungsmittel im Gespräch einer Mutter mit ihrem Sohn thematisiert. Dabei soll das Produkt das Kleinkind darin unterstützen, stark und schlau zu werden, „just as I did for you when you were a baby“ [E01].

Der Einsatz von Fallbeispielen ließ sich in n = 19 Kommunikaten feststellen (79 % erfolgreich). In Studie E11 wurden diese beispielsweise in privaten Facebook-Gruppen in Form von Videos mit Müttern und Kleinkindern aus der gleichen Kommune zum Thema gesundes Wachstum eingesetzt. Andere Einsätze waren in Radio-Beiträgen, Soaps oder TV-Werbespots [E01; E30].

Als Fallbeispiele gelten Darstellungen einzelner Personen, die als repräsentativ für eine bestimmte Zielgruppe angesehen werden können. Sie werden genutzt, um Änderungen von Werten, Einstellungen und Verhaltensintentionen zu bewirken.

Seltener eingesetzt wurden soziale Appelle (n = 10; 70 % erfolgreich; z. B. Post „Be a hands on dad for a happy home by introducing your Wife to KOKO Plus“ [E01] oder die SMS „Hi Jenny. Women are enjoying aqua aerobics @Ivanhoe Aquatic, & Watermarc. [...]“ [E41]).

Es gibt verschiedene Risiko- und Bewältigungsinformationen (vgl. Abschnitt 1.2.4). Informationen zur Selbstwirksamkeit und Ergebniswirksamkeit betonen beispielsweise, wie in Studie E36, die Einfachheit, Praktikabilität und Effektivität des empfohlenen Verhaltens. Der Schweregrad der Bedrohung bezieht sich wiederum auf die Gefährlichkeit eines Verhaltens (z. B. „Bottle-feeding may be dangerous“; [E16]). Risiko- und Bewältigungsinformationen wurden insgesamt achtmal eingesetzt (88 % erfolgreich), wobei am häufigsten die Ergebniswirksamkeit (n = 7; 86 % erfolgreich) vor der Selbstwirksamkeit (n = 6; 83 % erfolgreich) und dem Schweregrad der Bedrohung (n = 2; 100 % erfolgreich) identifiziert werden konnten (Mehrfachkodierungen möglich).

Expertenmeinungen (n = 7; 86 % erfolgreich, z. B. auf einer Facebook-Seite [E40]) sowie Narrationen und Anekdoten (n = 7; 57 % erfolgreich, z. B. durch die Einbettung der Gesundheitsbotschaften in eine Telenovela; [N17]) wurden ebenso eher selten eingesetzt. Kaum eingesetzt wurden Strategien der Belohnung oder Bestrafung (n = 4; 75 % erfolgreich), Statistiken (n = 3; 67 % erfolgreich, z. B. in Form von Nährwerttabellen in einer App; [E43]), moralische Appelle (n = 2; 100 % erfolgreich, z. B. innerhalb von TV-Werbepots; [E40]) und Humor (n = 1; nicht erfolgreich). Endorsements durch Prominente wurden für kein Kommunikat identifiziert.

Die Ergebnisse lassen sich mit aller Vorsicht so interpretieren, dass eine Reihe von Botschaftsstrategien verwendet wurden, insbesondere verschiedene Framing-Strategien. Auffällig ist, dass überwiegend positive Botschaften gesendet wurden, was auch der hohe Anteil des Gewinn-Framings deutlich macht. Hinweise auf negative Botschaftsstrategien wie Verlust-Frames oder Furchtappelle fanden sich vergleichsweise wenig, wozu auch moralische Appelle zählen. Wenn Risiken thematisiert wurden, adressierten die Informationen vornehmlich deren Bewältigung in Form von Selbst- und Ergebniswirksamkeit. Nur in zwei Fällen wurde der Schweregrad der Bedrohung durch ein nicht gewünschtes Verhalten angesprochen. Vergleichsweise intensiv wurden soziale Hinweisreize eingesetzt, etwa durch Fallbeispiele, soziale Appelle und Expertenmeinungen. Etwas untypisch erscheint die geringe Anzahl statistischer Angaben und Humorappelle sowie das Fehlen von Endorsements durch Prominente. Hier kann nur vermutet werden, dass sich bei einem vollständigen Vorliegen von deutsch- oder englischsprachigen Materialien ein anderes Bild ergeben hätte, weswegen unsere Ergebnisse nur mit Vorsicht zu interpretieren sind.

3.2.12 Negative Ergebnisse

Hinweise auf negative Effekte fanden sich lediglich in der Studie N09, in der der Einfluss einer kommunikativen Intervention zum Erkennen von Sättigungsanzeichen und zur Vermeidung der Überfütterung von Säuglingen mit Flaschennahrung untersucht wurde. Als Erfolgsmaß wurden das Flaschenfütterungsverhalten, das mütterliche Essverhalten und die Ernährungsgewohnheiten sowie das Wachstum und Gewicht des Kindes untersucht. In einem kontrolliert-randomisierten Design mit 104 Teilnehmenden wurden drei Kommunikate (1. Kurse zur Fütterungsberatung; 2. Demonstrationsvideo; 3. Merkblatt mit Video) getestet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Fütterungs- und Essverhalten sowie die Ernährungsgewohnheiten nicht veränderten, jedoch die Säuglinge in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant mehr zunahmten. Die Intervention hat also einen Bumerangeffekt ausgelöst.

Zwar ist es theoretisch möglich, dass es in den anderen Studien keine weiteren negativen Effekte gab. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass diese entweder nicht erkannt oder nicht erhoben, nicht ausgewertet oder nicht publiziert wurden.

3.3 Good-Practice-Beispiele

Um eine der analysierten Interventionen als Best-Practice-Empfehlung vorzuschlagen, hätten folgende vier Kriterien erfüllt sein müssen:

1. **überzeugende Anlage der Intervention**
2. **sehr gute Dokumentation der kommunikativen Zugänge und Materialien**
3. **überzeugende Evaluation und Ergebnisbeschreibung**
4. **eindeutige positive Ergebnisse**

Diese Kriterien waren bei keiner der analysierten Studien gegeben. Zwei Interventionen stachen dennoch in der Gesamtwürdigung heraus, die auf der Basis des derzeitigen Informationsstands eingeschränkt als Good-Practice-Beispiele angesehen werden könnten.

txt4two-Intervention

Eine Studie, die ein gutes Beispiel für die Beschreibung des Vorhabens darstellen könnte, ist E41. In der txt4two-Intervention wurden drei Kommunikate eingesetzt (1. Textnachrichten; 2. Webseite; 3. private Facebook-Seite; siehe Tabelle 1). Diese wurden zwar in der Studie nicht allzu detailliert beschrieben, dafür aber in den online verfügbaren Zusatzinformationen (Supplements). Basierend auf der CALO-RE-Taxonomie [32] wurde für jede Technik der Verhaltensänderung eine Botschaft per Textnachricht kommuniziert. Beispielsweise lautete die Textnachricht bezüglich der Technik „Konsequenzen für die Einzelperson verdeutlichen“ in übersetzter Form „Jenny, fühl dich nicht schuldig, wenn du dir eine Auszeit nimmst, um zu trainieren. Frauen sagen, sie fühlen sich entspannter & glücklicher, weil sie trainieren. Jane – txt4two“. Die Technik zur normativen Informationsweitergabe wurde durch die Nachricht „Möchtest du einen Schwangerschaftsgruppenkurs oder Schwimmen ausprobieren? Sieh dir an, was andere Frauen in der Facebook-Gruppe machen. Jane – txt4two“ umgesetzt. Die Inhalte der Webseite wurden hingegen nur oberflächlich beschrieben und waren nicht mehr im Original verfügbar, dasselbe gilt für die Facebook-Gruppe.

WIC-Programm

Bei WIC (Special Supplement Nutrition Program for Women, Infants, and Children) handelt es sich um ein umfangreiches Ernährungsprogramm aus den USA, das in allen 50 Bundesstaaten insbesondere für benachteiligte Zielgruppen zur Verfügung steht und bereits 1974 gegründet wurde [47]. WIC wurde von mehreren Studien als Zugangsweg zur Zielgruppe genutzt [z. B. bei E05, E28, E30 und E36]. Hierfür kann beispielsweise für jede Person ein eigenes Profil auf einer Webseite angelegt werden, die verschiedene Materialien wie Coaching-Videos oder Informationsmaterialien enthält. Durch WIC kann effektiv eine große Zielgruppe erreicht werden, die von Benachteiligung bedroht ist. Für ein Best-Practice-Beispiel (statt des hier gekennzeichneten Good-Practice-Beispiels) käme es nur infrage, wenn die Dokumentation der verwendeten Materialien besser wäre. Die Webseite sowie alle enthaltenen Inhalte sind zugangsbeschränkt. Einige globalere Aussagen bezüglich der eingesetzten Kommunikation ließen sich durch die Nachrecherche treffen. Allerdings war nicht klar, welche konkreten Inhalte der Zielgruppe vorlagen oder welche konkrete Kommunikationsbotschaft eingesetzt wurde (z. B. welche Bilder den Studienteilnehmenden präsentiert wurden).

4 Ergebnisse für Zielgruppe 2 und 3 (lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen)

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Zielgruppen 2 (lokale Multiplikator*innen) und 3 (Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen) berichtet. Da es zu diesen Zielgruppen relativ wenig wissenschaftliche Studien gibt, wurden Informationen aus mehreren Quellen zusammengefasst (vgl. Abschnitt 2.2):

1. Befunde aus Einzelstudien der Recherchen zur Zielgruppe 1
2. Stichwortsuche in 719 recherchierten Einzelstudien
3. Screening der 187 recherchierten Reviews
4. ergänzende Literaturrecherchen in Guides, Richtlinien und sog. grauer Literatur

4.1 Zielgruppe 2: Lokale Multiplikator*innen

Zunächst werden die Ergebnisse aus den Detailanalysen der recherchierten Einzelstudien mit hoher und mittlerer Evidenz dargestellt. Im Anschluss wird der Forschungsstand aus den restlichen Quellen zusammengefasst.

4.1.1 Ergebnisse aus Sichtungen der Einzelstudien

In den Analysen zur Zielgruppe 1 (Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder) fanden sich sechs Einzelstudien, in die Multiplikator*innen als Zielgruppe einbezogen waren. Fünf dieser Studien klassifizierten wir als „erfolgreich“, da die intendierten Verhaltensänderungen oder Veränderungen physiologischer bzw. anthropometrischer Maße eintraten [E15; E27; E30; E42; E43]. Tabelle 8 zeigt eine Übersicht dieser Studien mit Bezug zu den eingesetzten Diensten, Medien, dem Vorliegen von interpersonaler Kommunikation, eines möglichen Stillbezugs, dem Einbezug von Risikogruppen, dem Setting, dem Kommunen-Einbezug sowie hinsichtlich des Evidenzgrades. Zur Gegenüberstellung wurde die nicht erfolgreiche Studie N10, die ebenfalls Multiplikator*innen adressierte, mit in die Tabelle aufgenommen.

Bei allen erfolgreichen Studien, die Multiplikator*innen als Zielgruppe ansprachen, wurde interpersonale Kommunikation entweder alleine [E27] oder in Kombination mit E-Mail und Merkblättern bzw. Broschüren [E15; E42], Webseiten [E43] oder verschiedenen elektronischen und nicht-elektronischen (Massen-)Medien [E30] eingesetzt. Für die letztgenannte Studie [E30] ließen sich außerdem ein Stillbezug, eine Ansprache soziostruktureller Risikogruppen und ein Einbezug der Kommune identifizieren. Vier der fünf erfolgreichen Studien nutzten das Setting einer Kindertageseinrichtung [E15; E27; E30; E42; E43].

Zu den in den sechs Studien angesprochenen Multiplikator*innen gehörten:

- Köch*innen und Leiter*innen von Kindertageseinrichtungen, in denen ein neues Ernährungsprogramm umgesetzt werden sollte [E15; E43]
- Erzieher*innen einer Kindertagesstätte [E27; E42]
- kommunale Gesundheitshelfer*innen [E30]
- Mütter mit Still Erfahrung als Peer-Unterstützerinnen [N10]

Einzig für die Studie E43 ließ sich der Einsatz von Framing-Strategien, insbesondere Gewinn-Framings und inhaltliches Framing, identifizieren. Hervorgehoben wurde beispielsweise der Vorteil des Ernährungsprogramms für die Gesundheit der Kinder und für das Wissen der Köch*innen über gesunde Ernährung (Gewinn-Framings) sowie die Verantwortung der Köch*innen für eine gesunde Ernährung der Kinder (inhaltliches Framing).

*Tabelle 8: Anzahl der Kommunikate, Einsatz interpersonaler Kommunikation, eingesetzte Dienste und Medien, Stillbezug, Ansprache soziostruktureller und gesundheitlicher Zielgruppen, Einbezug der Kommune, Setting und Evidenzgrad der erfolgreichen (n = 5) und nicht erfolgreichen (n = 1) Studien mit der Zielgruppe Multiplikator*innen*

Studiennummer		E15	E27	E30	E42	E43	N10	Σ
Anzahl Kommunikate		5	2	9	4	2	1	23
Interpersonale Kommunikation		1	1	1	1	1	1	6
Dienste	E-Mail	1	0	0	1	0	0	2
	Webseiten/Portale	0	0	0	0	1	0	1
	Software, Apps	0	0	0	0	0	0	0
	Soziale Medien	0	0	0	0	0	0	0
	SMS/MMS	0	0	0	0	0	0	0
	Messaging-Dienste	0	0	0	0	0	0	0
	Videoplattformen	0	0	0	0	0	0	0
Medien	Merkblatt	1	0	1	1	0	0	3
	Broschüre	0	0	1	1	0	0	2
	Telefon	0	0	1	0	0	0	1
	Datenträger (CD, DVD, VHS)	0	0	1	0	0	0	1
	Computer, PC	0	0	1	0	0	0	1
	Kino	0	0	1	0	0	0	1
	Flyer	0	0	1	0	0	0	1
	Plakate	0	0	1	0	0	0	1
	Zeitungen	0	0	1	0	0	0	1
	Zeitschriften	0	0	1	0	0	0	1
	Radio	0	0	1	0	0	0	1
	Mobiltelefon	0	0	0	0	0	0	0
	Smartphones	0	0	0	0	0	0	0
	Tablet-Computer	0	0	0	0	0	0	0
	Bücher	0	0	0	0	0	0	0
	Theater	0	0	0	0	0	0	0
	Fernsehen	0	0	0	0	0	0	0
	Briefe	0	0	0	0	0	0	0
	Aufkleber	0	0	0	0	0	0	0
	Verpackungslabes	0	0	0	0	0	0	0
	mit Still-Bezug	0	0	1	0	0	1	2
	Soziostrukturelle Risikogruppe	0	1	1	0	0	0	2
	Gesundheitliche Risikogruppe	0	0	0	0	0	0	0
Einbezug der Kommune	0	0	1	0	1	0	2	
Setting	K	K	?	K	K	?		
Evidenzgrad	h	m	m	m	m	m		

Anmerkung: K = Kindertagesstätte; ? = unklares Setting; h = hoher Evidenzgrad; m = mittlerer Evidenzgrad.

4.1.2 Ergebnisse aus Sichtungen der restlichen Literaturquellen

In der weiteren Durchsicht der 7.380 Treffer, die sich aus der Stichwortsuche aller relevanten Einzelstudien ergaben (siehe Abschnitt 2.2), fanden sich insgesamt eher allgemeine Informationen über generelle kommunikative Zugänge, die nachfolgend kurz skizziert werden.

Zusammensetzung des Projektteams & Kommunikation innerhalb des Projektteams

Über die Zusammensetzung der Projektteams zur Verbesserung der Ernährung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen herrscht insofern Einigkeit, als dass ein interdisziplinäres Team gefordert wird [z. B. M14]. Dieses Team sollte stets als Einheit auftreten und die gleichen Botschaften kommunizieren, um Verwirrungen oder Verunsicherungen zu vermeiden [z. B. M24]. Stakeholder*innen sollen frühzeitig einbezogen werden [M06].

Gewinnung von Multiplikator*innen

Für die Gewinnung von Multiplikator*innen sollte der Mehrwert der geplanten Intervention klar und deutlich kommuniziert werden, um diese Stakeholder*innen zur Unterstützung zu gewinnen [M09]. [M07] legt nahe, dass der wahrgenommene Support durch partizipierende Organisationen und der wahrgenommene Impact der Intervention in der Kommune einen wesentlichen Einfluss auf den Erfolg der Intervention hat.

Grundlegende Gestaltung der Kommunikation

Auch die Aussagen zur generellen Gestaltung der Kommunikation blieben vergleichsweise allgemein. Beispielsweise definiert [M14] den Anspruch für alle verwendeten Botschaften im Kontext der Ernährung:

- einfach („simple“)
- klar („clear“)
- leicht zu verstehen („easy to understand“)

Die Kommunikation sollte evidenzbasiert [M20], intensiv, offen [M18] und ehrlich [M05] sein. Der Mehrwert eines multiplikator*innenzentrierten und kooperativen Vorgehens bei ernährungsbezogenen Interventionen wurde in vielen untersuchten Studien deutlich [z. B. M13; M21; M22; M23].

Sicherung von Commitment

Für die erfolgreiche Umsetzung ernährungsbezogener Maßnahmen bedarf es einer unterstützenden Organisation und eines Commitments auf Organisationsebene [z. B. M17]. Beispielsweise kann ein Memorandum of Understanding genutzt werden, um die Unterstützung und Partizipation der Multiplikator*innen zu sichern [siehe z. B. E15; M27].

Um Multiplikator*innen bestmöglich in Interventionen einzubeziehen, finden sich Hinweise darauf, dass gemeinsame Meetings oder Schulungen von Vorteil sind, um die Informationsweitergabe und die Verantwortungsteilung sicherzustellen [z. B. M24] und generell Einsicht darüber zu gewinnen, wer in welchem Maße beteiligt und verantwortlich ist [z. B. M18].

Persönliche Treffen als Zugangsweg

Persönliche Besuche oder persönliche Gespräche in den teilnehmenden Einrichtungen durch Projektverantwortliche vermitteln die Wichtigkeit der Multiplikator*innen und können als Zugangsweg eingesetzt werden [z. B. M21]. Gleichzeitig zeigten sich auch Hinweise auf gegenteilige Effekte, die beim Zusammentreffen verschiedener Multiplikator*innen auftreten können. Beispielsweise wurden in einer Studie Meinungsverschiedenheiten und unterschiedliche Interessenslagen als Konfliktpotenzial genannt, die bei einem persönlichen Treffen der Beteiligten auftraten [M18]. E15 empfiehlt daher, die Treffen ausgerichtet an den Interessen, Bedarfen und Zielvorstellungen der Stakeholder*innen-Gruppen zu gestalten. Beispielsweise können zunächst kleinere Gesprächsrunden in den teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt werden, um mögliche „Krisenherde“ vor dem eigentlichen Projekt anzusprechen.

Kommunikationskanäle

Es sollten verschiedene Kommunikationskanäle genutzt werden, um generell mehr Personen zu erreichen, die Botschaft zu verstärken, Meinungsführer*innen in Gemeinden und Familien zu erreichen und kritisches Gesundheitsverhalten direkt zu adressieren [E30; M01].

Abschließende Würdigung

In der Summe bleiben viele der identifizierten Ratschläge und Empfehlungen sehr allgemein und wirken daher teilweise banal. Es fehlen evidenzbasierte Informationen, durch welche konkreten Ansprachen Multiplikator*innen gewonnen und adäquat informiert werden können. Deutlich wurde, dass eine Schulung sinnvoll ist, die evidenzbasierte Techniken zur effektiven Ansprache und Unterstützung der Hauptzielgruppen (Schwangere, junge Familien oder Kleinkinder) vermittelt. Wie eine solche Schulung jedoch didaktisch aufgebaut sein soll, welche konkreten Informationen vermittelt und welche Kompetenzen ggf. in Übungen trainiert werden sollten, bleibt weitgehend unklar. Aufgrund der immensen Bedeutung, die Multiplikator*innen für den Erfolg von Präventionsvorhaben in Lebenswelten haben, muss dieser Wissensstand insgesamt als ungenügend bewertet werden.

4.2 Zielgruppe 3: Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen

Die ersten drei Recherchewege zu diesen Zielgruppen (vgl. Abschnitt 2.2) ergaben ebenfalls nur sehr wenige und allgemeine Hinweise zum Einbezug politischer Positionsinhaber*innen. Das überrascht vor dem Hintergrund, dass allgemein ein Konsens darin besteht, dass eine nachhaltige Verbesserung der Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen Veränderungen ernährungsbezogener politischer Richtlinien bedarf [z. B. M08; M15]. An mehreren Stellen [z. B. R149] fanden sich Forderungen an die Politik, Werbung für Nahrungsmittel, die viele gesättigte Fettsäuren enthalten oder stark zucker- oder salzhaltig sind, einzuschränken, wobei sich auf die Empfehlungen der WHO [M25] bezogen wird. Regierungsorganisationen, Kommunen und weiteren Institutionen kommt darüber hinaus eine wichtige Rolle bei der Erstellung und Verbreitung gesundheitsbezogener Informationen zu [z. B. M28]. Ohne politische Unterstützung sind größere präventive Initiativen nicht oder nur schwierig umsetzbar. Regierungsbehörden sollten als vertrauenswürdige Informationsquellen frei von

Interessenkonflikten (z. B. kommerziellen Einflüssen) agieren. Die politische Einflussnahme und der Einbezug politischer Entscheidungsträger*innen gilt als erfolgversprechende Public-Health-Strategie [M16]. Die Richtlinien sollten dabei nicht nur von politischen Entscheidungsträger*innen oder Regierungen kommuniziert werden. Wichtig ist auch, dass diese Richtlinien in der Praxis umgesetzt und in weitere politische, ernährungsbezogene Entscheidungen einbezogen werden [M02].

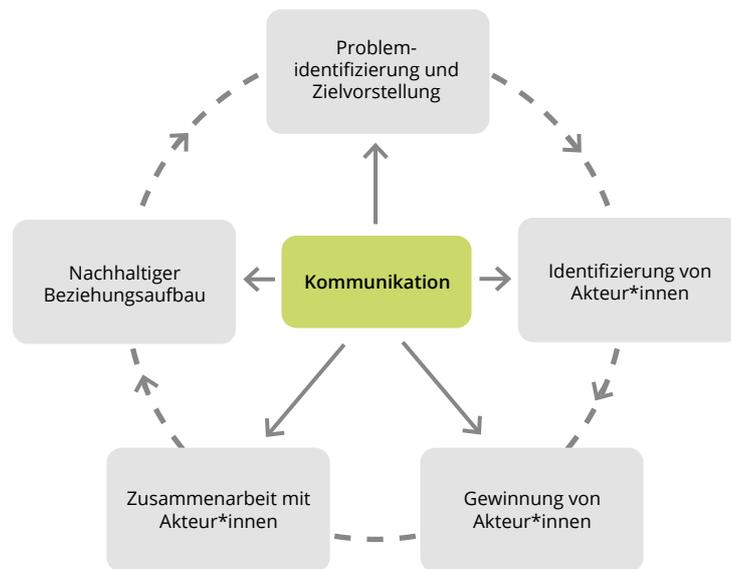
Abschließende Würdigung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich weder in den Reviews noch in den Einzelstudien konkrete kommunikationsbezogene Hinweise darauf fanden, wie Politiker*innen oder Leiter*innen lokaler Institutionen angesprochen und zur Unterstützung motiviert werden können. Analog zur Zielgruppe 2 gab es maximal sehr allgemein gehaltene Empfehlungen, die dementsprechend nicht oder kaum evidenzbasiert waren. Eine weitere kommunikative Herausforderung kommt daher, dass die öffentliche Zustimmung zu den Gesetzen, Regulierungen und Strategien am höchsten ist, die den geringsten Effekt auf eine nachhaltige Verbesserung des Ernährungsverhaltens haben [vgl. R142]. Dadurch stellt sich die Frage, durch welche kommunikativen Strategien sich die öffentliche Akzeptanz für entsprechende Änderungen erhöhen lässt. Auch hierzu ergaben die Screenings der Reviews und Einzelstudien keine zufriedenstellende Antwort.

4.3 Bausteine eines Kommunikationsleitfadens zur Gewinnung und Ansprache von Akteur*innen

Obwohl der Einbezug von Stakeholder*innen, Multiplikator*innen und Personen in politischen Positionen ein zentrales Thema in der Planung und Durchführung verschiedenster Projekte ist und zu den Best-Practice-Prinzipien für kommunenzentrierte Übergewichts-Präventionsmaßnahmen gehört [R084], konnten in den bisherigen Recherchen kaum verwertbare Hinweise zur konkreten Ansprache von potenziellen Multiplikator*innen und Politiker*innen oder zur Sicherung des Commitments dieser Personengruppen gefunden werden. Daher wurde eine weitere Recherche durchgeführt mit dem Ziel, diese Lücke zu schließen. Auf der Basis der recherchierten Materialien wurden fünf entscheidende Teilziele für erfolgreiche Präventionsvorhaben identifiziert, die in Abbildung 14 dargestellt sind und in den folgenden Abschnitten separat besprochen werden.

Abbildung 14: Teilziele für erfolgreiche Präventionsvorhaben



Da die entsprechenden Rollen nicht immer trennscharf sind und zur Verbesserung der Lesbarkeit verwenden wir nachfolgend die Bezeichnung Akteur*innen stets für die Gesamtheit der Angehörigen von Zielgruppen 2 und 3 (also Multiplikator*innen, Politiker*innen, Leiter*innen lokaler Institutionen und Stakeholder*innen).

4.3.1 Zielvorstellung, Problemidentifizierung und Framing

Vor der eigentlichen Interventionsplanung sollte Klarheit darüber bestehen, mit welchem konkreten Ziel die verschiedenen Akteur*innen an dem Projekt mitwirken. Dazu bedarf es zunächst eines globaleren Projektzieles, das mit Unterstützung dieser Gruppen erreicht werden soll. Insgesamt sollten diese zwar zu individuellen Zielen angesprochen werden, jedoch sollten alle ein gemeinsames übergeordnetes Ziel verfolgen, zu dessen Erreichung sie sich mitverantwortlich zeigen [R109].

Die Umsetzung dieses Zieles und der individuellen Einbringungsmöglichkeiten der Akteur*innen ist im Dialog zu kären. Die entsprechende Kommunikation sollte folgende sechs Elemente umfassen:

1. Darstellung, warum die jeweiligen Personengruppen zur Projektmitarbeit ausgewählt wurden
2. Klärung der vorgesehenen Erwartungen und Aufgaben innerhalb des Projekts
3. Befragung aller Akteur*innen, welche Methoden und Herangehensweisen sie zur Erreichung der Projektziele für geeignet halten
4. Verdeutlichung, dass sie Schlüsselpersonen für die erfolgreiche Erreichung des Projektzieles sind
5. Kommunikation von Erwartungen und Wünschen an die Akteur*innen
6. Wertschätzung der Meinungen, Expertise und Erfahrungen der Akteur*innen

Projektziel und Framing

Unabhängig von der Thematik des Projekts sollte vor der ersten Kontaktaufnahme mit Vertreter*innen der Akteur*innengruppen intensiv überlegt werden, wie konkret das Projektziel sprachlich kommuniziert werden kann und welches Framing sich hierfür eignet [M11]. Weitere zu beachtende Punkte betreffen die Verständlichkeit der Projektthematik und eine möglichst wertfreie Darstellung der Herausforderungen, die das Projekt adressieren soll. Für die Vorstellung des Projekts sollte ein möglichst unparteiisches und unabhängiges Framing verwendet werden [M11]. Insbesondere beim Zusammentreffen des gesamten Projektteams kann anderenfalls das Framing der Thematik für Spannungen sorgen.

Sorgfältig durchdachte und wertfreie Formulierungen ohne Zuschreibungen von Schuld oder vernachlässigter Verantwortung sollten die Grundlage für die Gewinnung von Akteur*innen bilden [R084]. Ein geeignetes Framing schafft soziale Verantwortung und verhindert Stigmatisierungen [R084]. Die Wahl der Projekt-Framingstrategie ist auch deswegen wichtig, weil auf Grundlage dieser „Rahmung“ der Projektaktivitäten bestimmte Lösungsmöglichkeiten entfallen oder erst möglich werden können [R084].

Ein konkreter Hinweis zum Framing von Übergewichtsmaßnahmen findet sich bei R084: Statt des Begriffs „Fettleibigkeit“ sollte besser von „gesundem Essverhalten“, „gesundem Essen“ (healthy eating) oder „Sportprogrammen“ gesprochen werden. R164 zufolge wurde die Bezeichnung „ungesundes Gewicht“ (unhealthy weight) nicht als anstößig empfunden, während die Bezeichnung „fettleibig“ (obese) negativ besetzt war. Gleiches gilt auch für „sehr ungesundes Gewicht“ statt „krankhaft fettleibig“ (morbidly obese) [R164]. Problemfokussierte Frames (z. B. „Fette sind böse“ oder die Bezeichnung von Essen als „Junkfood“) generieren Angst vor Essen, Nahrungsfetten und einer Gewichtszunahme und können daher Essstörungen oder Sorgen bezüglich des eigenen Körpers hervorrufen [R125]. Positive, motivierende Frames schaffen hingegen eine angenehme Atmosphäre, in der ein positives Verhältnis zum Essen gefördert wird [R125]. Ein möglicher Ansatzpunkt einer sensibleren Bezeichnung und Ansprache einer Zielgruppe kann der People-First-Approach sein [R164]. Hierbei steht der Mensch in der Kommunikation an erster Stelle und nicht die Erkrankung oder ein Problem. Statt also von „den Übergewichtigen“ zu sprechen, sollte besser „Personen mit Gewichtsproblemen“ gesagt werden, um Personen nicht auf ein stigmatisierendes Merkmal zu reduzieren.

Zu berücksichtigen ist allerdings, dass diese Empfehlungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum kommen. Vor einer Übernahme sollte stets geprüft werden, inwieweit dieselben oder ähnliche Begriffe, Assoziationen und Frames auch in dem jeweiligen Projektumfeld und den adressierten Zielgruppen anwendbar und in welchem Ausmaß kulturelle oder sprachliche Adaptionen nötig sind.

4.3.2 Identifizierung von Akteur*innen

Akteur*innen können zu unterschiedlichen Gruppen gehören, die:

- von einem im Projekt definierten Problem betroffen sind,
- die dieses Problem beeinflussen können oder
- die ein Interesse an der Thematik des Projekts haben [M04].

Für ihre Mobilisierung sollten lokale Leitungen von Interessensvertretungen, Schlüsselpersonen und lokale Gruppen sowie Subgruppen angesprochen werden [M26]. Die adressierten Personen sollten für eine bestmögliche Projektzusammensetzung aus verschiedenen Sektoren stammen (siehe Abschnitt 3.1.3). Ziel sollte sein, Einzelpersonen aus relevanten Gruppierungen zu versammeln, um klare Verantwortlichkeiten und Zielvorstellungen (siehe Abschnitt 4.3.1) kommunizieren zu können. Nach Möglichkeit sollte ein multidisziplinäres Team angestrebt werden [R084].

Identifizierung von Akteur*innengruppen

Für die Identifizierung von Akteur*innengruppen, die in ein Projekt einbezogen werden könnten, sollte zunächst erfasst werden:

- welche Akteur*innen von Relevanz sind
- aus welchem Bereich diese stammen
- warum diese Akteur*innen involviert werden sollten
- warum die Akteur*innen ein Interesse an der Mitwirkung im Projekt haben [M04]

Zusätzlich können Informationen bezüglich der Kontaktperson, der Art des angestrebten Einbezugs sowie zur Wichtigkeit und Einflussnahme der Akteur*innen schriftlich festgehalten werden. Tabelle 9 zeigt ein Beispiel, wie diese Informationen transparent dokumentiert werden können.

Tabelle 9: Beispiel für den Tabellenkopf eines Kommunikationsplans

Akteur*innen-Kategorie (z. B. potenzielle Partner, NGOs, Öffentlichkeit)	Kontaktperson	Gründe zum Einbezug in das Projekt (aus Projektsicht)	Motivation zur Mitarbeit (aus der Perspektive der Akteur*innen)	Art des Einbezugs (informieren vs. konsultieren vs. involvieren vs. kollaborieren)	Wichtigkeit und Einflussnahme auf das Projekt (hoch vs. mittel vs. niedrig)
...

Hinweis: Adaptierte und übersetzte Darstellung nach M04.

Identifizierung von verantwortlichen Einzelpersonen

Bei der Identifikation möglicher Akteur*innen sollte Wert darauf gelegt werden, innerhalb der relevanten Gruppierungen geeignete Einzelpersonen zu identifizieren, die als Botschaftsvermittler*innen („Ambassador“) oder Meinungsvertreter*innen infrage kommen. Diese Einzelpersonen sind die Kontaktpersonen ihrer jeweiligen Gruppe und können in ihrer Mobilisierungsfunktion („Mobilizers“) weitere Akteur*innen gewinnen [M03; M10; M26; R179]. Einige Interessengruppen werden offener, wenn sie Informationen, die sich möglicherweise auf sie auswirken könnten, direkt mit Kolleg*innen, Gleichgesinnten oder einer vertrauenswürdigen Quelle besprechen können, anstatt mit „fremden“ Vertreter*innen (wie z. B. einem Forschungsteam [M03]). Diese Anführer*innen („Leader“) können zudem die Interaktion, Innovationen und Kollaboration fördern [R179].

Es wird empfohlen, eine Beziehungskarte („relationship map“) zu erstellen, um die besten Wege zu den Akteur*innen und besten Botschafter*innen für jede Gruppe zu bestimmen ([M03] siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Beziehungskarte (übersetzt und in Anlehnung an [M03])

Personen	Potenzielle Stakeholder*innen									Strategie/Ansatz
	Zielgruppe A	Zielgruppe B	Eltern	Einrichtung A	Einrichtung B	Beirat A	Verein A	Stadtrat A	Gesundheitszentrum A	
Person A			X			X			X	Information per persönlichem Treffen in der nächsten Beiratssitzung; Zugang zum Eltern-Baby-Kurs
Person B			X	X						Mailingliste; arbeitet mit Eltern von Kindern mit Untergewicht
Person C	X	X	X							Arbeitet in Kindergruppe, die zu beiden Altersgruppen der Zielgruppe gehören und die regelmäßig stattfinden

Es sollte klar definiert werden, wann und wie diese Botschaftsvermittler*innen sinnvoll eingesetzt werden können [M03]. Als Unterstützung kann zudem der Kommunikationsplan eingesetzt werden, der unterschiedliche Strategien beinhaltet und in das Budget eingeplant werden sollte ([R179] siehe Tabelle 9 oder Tabelle 11).

Tabelle 11: Kommunikationsplan und Eingrenzung potenzieller Stakeholder*innen

Einbezug	Akteur*in	Beziehungen insgesamt	Beziehungen zu anderen Akteur*innen	Wissen zum Projekt	Perspektive auf das Projekt	beste Kommunikationsstrategie	Bereitschaft zur Mitwirkung am Projekt	Kapazitäten zur Mitwirkung	Zeitpunkt der Erstansprache	weitere Zeitpunkte zur Einbindung
Kollaborieren	Akteur*in A									
Involvieren	Akteur*in B									
Konsultieren	Akteur*in C									
Informieren	Akteur*in D									

Hinweis: Übersetzt und adaptiert von [M04].

Die auf der linken Seite dargestellten Möglichkeiten des Einbezugs werden in Abschnitt 4.3.4 näher erläutert und wurden hier der Vollständigkeit halber mit genannt.

4.3.3 Ansprache und Gewinnung

Vor der Ansprache potenzieller Akteur*innen sollten kurze und prägnante Informationen formuliert werden, die das Projekt, die Hintergrundinformationen und die dahinterliegenden Absichten verdeutlichen. Beispielsweise kann ein „Pitch-Brief“, der auf die verschiedenen Zielgruppen zugeschnitten ist, als Mittel zur Gewinnung dieser Personengruppe verwendet werden [M11]. Die in Abschnitt 4.3.1 dokumentierten Überlegungen bezüglich eines geeigneten Framings des Projekts und der Projektziele sollten dabei Beachtung finden.

Persönliche Treffen

Idealerweise werden persönliche Treffen mit potenziell interessierten Akteur*innen vereinbart [M03]. Um Akteur*innen zur Teilnahme an diesen Gesprächen zu motivieren, sollten Einladungen von persönlichen Kontakten und vertrauenswürdigen Quellen überbracht werden, beispielsweise durch interne Multiplikator*innen der Akteur*innengruppen [M11]. Wichtig ist, dass jede Person eine individuelle, am besten schriftliche Einladung erhält und keine generellen Gruppeneinladungen verschickt werden [M11]. Personengruppen, bei denen von einer eher großen Hemmung zur Teilnahme an gemeinsamen Gesprächen auszugehen ist, sollten entsprechend intensiver rekrutiert („überrekrutiert“) werden, um eine ausreichende Beteiligung sicherzustellen [M11].

Die Ausgestaltung des Treffens sollte bezüglich der vorzubereitenden Hintergrundinformationen, der Ansprache, der eingesetzten Methoden usw. auf die Akteur*innen angepasst sein [M10]. Beispielsweise sollte vorab überlegt werden, wie die Akteur*innen zur Partizipation an dem Projekt motiviert werden können, welche Schlüsselbotschaften an die Akteur*innen herangetragen werden sollten und welchen Bezug die Akteur*innen zu den Key Messages haben (z. B. Tragen sie zur Lösung des Problems bei? Sind sie Multiplikator*innen neuer Informationen? Stellen sie den Zugang zu der Zielgruppe her? [M04]).

Nach Austauschtreffen mit Akteur*innen sollten Dankesbriefe oder Dankesmails an die Beteiligten gesendet werden [M11], die enthalten:

- Hinweise auf die weiteren Schritte
- eine Zusammenfassung des Meetings (Themen, Aktionsideen, Aktivitäten, entwickelte Materialien)
- mögliche weitere Unterlagen, die im Treffen gewünscht wurden (z. B. Hintergrundinformationen in Form eines Steckbriefes)

Sicherung der Absprachen

Für die Sicherung einer Beteiligung sollte ein schriftliches Commitment verfasst werden, beispielsweise in Form eines Letter of Intent [M10; M19]. Im Nachgang von Treffen sollten Zusammenfassungen der wichtigsten Inhalte, Entscheidungen und vereinbarten Aufgaben an alle Teilnehmenden versendet werden (siehe Abschnitt 4.3.4 [M03]).

Tabelle 12: Beispielaufbau einer Zusammenfassung

Zusammenfassung des Treffens vom:		
Anwesende	Person A, Person B, Person C	
Inhalte:	Thema ...	
Zentrale Entscheidungen:	Thema:	Zeitpunkt der Ersterhebung
	Ergebnis:	
	Stimmenverteilung:	
Aufgaben:	Was/Wer:	Newsletter/Person A
	Bis:	

Nutzung bestehender Netzwerke

In Projekten sollten möglichst verschiedene Perspektiven vertreten sein, die unterschiedliche Ansätze zur Problemlösung einbringen und zur gemeinsame Zielvereinbarung beitragen können [M03; M10]. Nach Möglichkeit sollten bereits bestehende Netzwerke innerhalb und außerhalb der Einrichtungen der Akteur*innen genutzt werden [M03; M10]. Zusammen mit den Projektpartner*innen können sie gebeten werden, Kontakte zu bestehenden Gemeinde- und Peer-Netzwerken herzustellen und die Führungskräfte in diesen Gruppen zu überzeugen, sich an dem Projekt zu beteiligen. Es empfiehlt sich, mit nationalen und landesweiten Verbänden zusammenzuarbeiten und die dortigen Verbindungen zu weiteren Personen oder Arbeitsgruppen zu nutzen.

4.3.4 Zusammenarbeit mit Akteur*innen

Je nach der Intensivität des Engagements, die sich durch das Interesse und die Möglichkeiten der Einflussnahme im Projekt bestimmt, lassen sich vier kommunikative Grundstrategien ableiten [M04], die in Abbildung 15 dargestellt sind.

Abbildung 15: Formen des Akteur*innen-Engagements

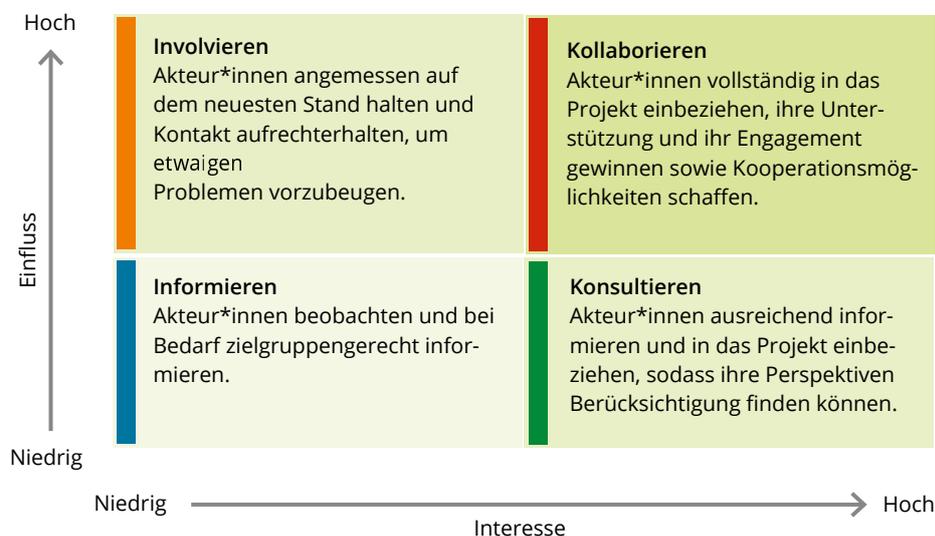


Abbildung nach [M04], eigene Übersetzung.

Akteur*innengruppen mit niedrigem Engagement werden eher informiert, Akteur*innengruppen mit mittlerem Engagement-Level hingegen konsultiert oder involviert. Akteur*innengruppen mit dem höchsten Engagement-Level sollten möglichst eng in die Zusammenarbeit einbezogen werden (Kollaboration). [M10] empfiehlt, Partner*innen aus dem wissenschaftlichen Kontext zu gewinnen, um sie in ein Projekt einzubeziehen. Die Rolle dieser wissenschaftlichen Partner*innen kann je nach Projekt variieren: Es sind Beteiligungen in Form von wissenschaftlicher Begleitung denkbar (informierend oder konsultierend) oder als aktiver, veränderungsbringender Bestandteil des Projektes (involvierend oder kollaborierend). Zur genauen Definition der Projektkontrolle kann auch Tabelle 11 genutzt werden.

Möglichkeit der kommunikativen Einflussnahme

Für die gelingende Zusammenarbeit mit Akteur*innen ist es wichtig, dass die Kommunikation innerhalb der Projektgruppe von allen Beteiligten beeinflusst werden kann. Alle Beteiligten sollten Input liefern, sich an den Konversationen beteiligen und sich für das Projekt engagieren können [M03]. Es sollte nicht der Eindruck entstehen, dass entscheidende Diskussionen bereits vorab im Hintergrund stattfanden und Entscheidungen schon im Vorfeld der Treffen gefällt wurden. Es kann sich daher anbieten, größere Veranstaltungen als Livestream zur Verfügung zu stellen [M03]. Zudem sollte vor dem eigentlichen Treffen oder spätestens am Anfang des Treffens kommuniziert werden, wozu die Ergebnisse des Meetings konkret gedacht sind (z. B. Verbesserung derzeitiger Policies, Unterstützung neuer Initiativen).

Expert*innenwissen

In der Kommunikation mit den Akteur*innen sollten keine starren Denkschemata bezüglich der jeweiligen Interessen und Expertisen vorherrschen. Alle Personen haben Expertise in verschiedenen Bereichen und unterschiedliche Interessen, die es bestmöglich zu berücksichtigen gilt. Beispielsweise können Personen als Expert*innen für das Thema Stillen von Säuglingen in das Projekt einbezogen werden und zusätzlich Expert*innenwissen in einem anderen Bereich wie z. B. dem Thema Ernährung von Kleinkindern haben.

Kommunikationskanäle

Projekte sollten nicht allein auf Online-Kanäle zurückgreifen und nach Möglichkeit bereits etablierte Kommunikationskanäle nutzen. Die Akteur*innen sollten befragt werden, welche Kanäle sie für die Kontaktaufnahme bevorzugen [M03].

In Anlehnung an [M03] können folgende Kanäle genutzt werden:

- Social-Media-Kanäle (Facebook, Youtube, Messenger etc.)
- Webseiten, Internetplattformen, Blogs, Foren
- Webinare, Konferenzen, Videokonferenzen
- Fokusgruppen
- Diskussionen durch Runde Tische
- Newsletter, Briefe
- Umfragen
- E-Mail, E-Mail-Liste
- SMS
- Livestreams
- weitere Massenmedien (z. B. Broschüren, Flyer)

Auch telefonische Reminder können sinnvoll sein [M11].

Empfohlen werden darüber hinaus auch persönliche Besuche in Einrichtungen der Akteur*innen und lokale Diskussionen, in denen die durch das Projekt adressierten Probleme (z. B. Ernährungsverhalten) sowie mögliche Lösungsvorschläge besprochen werden [M10]. Beispielsweise könnten Räumlichkeiten der Kommune genutzt werden, die als Versammlungsort für alle interessierten Personen (z. B. Stakeholder*innen, Zielgruppe, nicht am Projekt beteiligte Personen) dienen. Neben Informationen über die Interventionen könnten bestimmte Barrieren oder Themen angesprochen werden, zu denen die Anwesenden Input liefern können. Wichtig bei der Wahl der Räumlichkeiten ist es, möglichst unparteiische Gebäude auszuwählen, in denen möglichst unabhängige Diskussionen geführt werden können (z. B. wäre der Besprechungsraum eines Babynahrungsproduzenten hierfür nicht geeignet).

Entscheidungsfindungen

Entscheidungen sollten möglichst auf lokaler Ebene getroffen werden [M26]. Wichtige Projektentscheidungen sollten rechtzeitig vorab angekündigt werden, damit interessierte Personen sich darauf vorbereiten können. Entscheidungsfindungsprozesse sollten ergebnisoffen angelegt sein. Vor der Entscheidung sollten alle Akteur*innen um ihren Input gebeten werden [M03]. Während der Treffen, in denen eine Entscheidung zu treffen ist, sollte klar kommuniziert werden, welche Aspekte und Möglichkeiten diskutierbar sind und welche ggf. nicht [M03]. Diese Art der Transparenz beugt Konflikten vor und hilft den Beteiligten zu verstehen, welche Rolle sie in dem Entscheidungsprozess einnehmen [M03]. Die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses sollten offen kommuniziert werden.

Kommunikativer Einbezug

Als methodische Herangehensweisen, um Akteur*innen zu erreichen, ihre Perspektiven zu verstehen und die Grundlage für weitere Kooperationen zu legen, sind [M11] zufolge Fokusgruppen, Akteur*innen-Dialoge und Community-Foren besonders geeignet:

- Fokusgruppen können eingesetzt werden, um Prioritäten, Wünsche, Sorgen und kritischen Sichtweisen zu erfassen und aktuelle „Brandherde“ des Themas zu identifizieren [M11]. Hierdurch können wichtige Hinweise auf das Framing des Themas (siehe Abschnitt 4.3.1) und auf Informationslücken erhalten werden.
- Akteur*innen-Dialoge können sowohl mit heterogenen als auch mit homogenen Gruppen gestaltet werden und sind weniger wissenschaftlich strikt angelegt. Ziel ist es, einen produktiven Dialog zu generieren, der das Interesse der potenziell im Projekt agierenden Akteur*innen weckt und neue Ideen entstehen lässt. Möglichkeiten der Zusammenarbeit können identifiziert und erste Schritte für einen Beziehungs- und Vertrauensaufbau initiiert werden.
- Community-Foren sind öffentlich geführte Gespräche mit Akteur*innen aus der Kommune. Hierbei sollen möglichst viele und unterschiedliche Personen einbezogen werden, um die Diversität der Kommune widerzuspiegeln [M11].

Je nach Bedarf können eröffnende (z. B. Ideensammlung per Mindmap), explorierende (z. B. Bedarfsermittlung der Akteur*innen per SWOT-Analyse), entscheidende (z. B. Entscheidungsprozesse per Votings) oder integrierende (Kombination) Techniken der Gesprächsführung eingesetzt werden.

Moderationsrollen

Werden offene Diskussionen geführt, kann es sinnvoll sein, die Moderationsrolle an eine Person aus der Gruppe der Akteur*innen weiterzugeben. Die Teilnehmenden sollten selbst wählen können, wer diese Aufgabe übernimmt [M03]. Bei vorab terminierten Diskussionen sollten die Diskussionsmoderator*innen genauestens über ihre Rolle und ihre eigenen Möglichkeiten zur Einbringung ihrer Perspektive informiert und instruiert werden. Die Rolle der Diskussionsmoderation kann interaktiv gewechselt werden [M03].

Unterstützende Kommunikationsmittel

Eine weitere Strategie, Akteur*innen möglichst gut in das Projekt einzubeziehen, besteht in der Erstellung und Weitergabe von Lehrmaterialien und Unterlagen. Diese Kommunikationsmittel sollten professionell gestaltet und möglichst durch Grafiken und Abbildungen unterstützt werden [M10; M19]. Alle Materialien sollten vor der Verbreitung mit den Akteur*innen besprochen werden, um weitere Perspektiven einzuarbeiten und den aktiven Personen Wertschätzung entgegenzubringen. Die Unterlagen können auch helfen, dass alle Projektbeteiligten die gleichen Botschaften kommunizieren. Dadurch werden Verunsicherungen, Verwirrungen, Skepsis und inkonsistente Botschaften reduziert und gleichzeitig das Ernährungswissen gefördert [M24; R069].

Kommunikative Anforderungen an Fachpersonal

Für die Kommunikation mit Akteur*innen bedarf es trainierten Fachpersonals, das über eine Reihe kommunikativer Fähigkeiten verfügen sollte [M11]:

- aktives Zuhören
- Objektivität bezüglich der Thematik
- Eigenwahrnehmung (Wissen um Wirkung auf die Gruppe)
- Gruppenwahrnehmung (Wahrnehmung der Gruppenmitglieder)
- Gesprächsführungs- und -leitungskompetenz
- Sinn für Humor
- Anpassungsfähigkeit (z. B. beim Umgang mit neuen Informationen)
- öffentliches Sprechen oder Sprechen vor Publikum
- Selbstdarstellungskompetenzen

Umgang mit Konflikten

Erfolgreiche Präventionsprojekte erfordern ein fundiertes und frühzeitiges Risikomanagement, das mögliche Barrieren, Schwierigkeiten oder „Gegner*innen“ rechtzeitig identifiziert und Lösungsoptionen vorbereitet. So können Spannungen im Projektteam auftreten, die es zu bewältigen gilt, aber auch Abwehr, Reaktanz oder nachlassende Motivation. R177 betont die Wichtigkeit, das Management erfolgreich einzubeziehen und die Mehrheit der Angestellten einer Organisation von der geplanten Intervention zu überzeugen, um Resistenz zu verringern. Wichtig hierbei ist, dass diese Mehrheit und die Zustimmung der Managements dauerhaft erhalten werden, auch während sich das Projekt dynamisch weiterentwickelt.

Aus der Literatur zum Change-Management ist bekannt, dass so gut wie jede Veränderung ein gewisses Maß an Abwehr und Resistenz auslöst. Konflikte, Reaktanz und Skepsis können auch vonseiten der Zielgruppe kommen, die ihr Verhalten in eine bestimmte Richtung verändern soll. Hinweise dazu, wie auf Skepsis oder Resistenz der Primärzielgruppe reagiert werden kann, wird in Anlehnung an R180 in Tabelle 13 illustriert.

In den Reviews fanden sich Hinweise darauf, dass Multiplikator*innen unabsichtlich Fehlinformationen, falsche Ratschläge, Vorurteile, Stereotype oder zu furchterregende Botschaften verbreiten und damit un intendierte negative Effekte hervorrufen können [R125]. Diese Gefahr lässt sich durch professionell gestaltete Hintergrundinformationen für die Multiplikator*innen, die an deren Informationsbedarfe angepasst sind, minimieren.

Schließlich ist insbesondere bei potenziell erfolgreichen Policy-Interventionen mit Abwehr oder Resistenz zu rechnen, während bei potenziell eher weniger effektiven Policies mehr öffentlicher Support erzeugt wird [R142]. Auch das spricht für eine professionelle Begleitkommunikation, die z. B. darauf abzielen kann, Verständnis für die Änderungen zu fördern und individuelle Vorteile aus der Änderung wahrzunehmen.

Tabelle 13: Reaktionen auf Einwände der Zielgruppe

Einwände	Reaktion
Gesundes Essen kostet zu viel.	Richtiges Essen kann dabei helfen, Geld zu sparen. <ul style="list-style-type: none"> • Iss weniger Fleisch und mehr Bohnen. • Iss tiefgefrorenes Obst und Gemüse oder Obst und Gemüse in Gläsern oder Dosen. • Iss Zuhause statt außer Haus.
Gesundes Essen schmeckt nicht so gut wie Junkfood.	Gib nicht dein Lieblingsessen auf, iss kleinere Mengen. <ul style="list-style-type: none"> • Probiere neue Lebensmittel und Rezepte aus.
Ich esse, wenn ich gelangweilt, müde, wütend oder traurig bin.	Finde etwas anderes, das dich ablenkt. <ul style="list-style-type: none"> • Suche dir ein Hobby, rufe einen Freund oder eine Freundin an, mache einen Spaziergang etc. • Achte darauf, nur gesunde Snacks Zuhause zu haben. • Nimm Mahlzeiten zu geregelten Tageszeiten zu dir.
Es ist schwierig, sich gesund zu ernähren, wenn ich außer Haus essen gehe.	Vermeide All-You-Can-Eat-Angebote und Restaurants, in denen du keine gesunden Alternativen findest. <ul style="list-style-type: none"> • Probiere neue Essenslokalitäten aus. • Bestelle dir gegrillte oder fettarme Sandwiches und Salate anstelle von frittierten Lebensmitteln. • Frage nach fettarmen Dressings. • Frage nach halben Portionen, teile mit Freund*innen oder nimm die übrig gebliebenen Lebensmittel mit nach Hause.
Ich esse zu viel bei sozialen Events.	Du kannst dich immer noch gesund ernähren bei sozialen Events. <ul style="list-style-type: none"> • Iss einen gesunden Snack, bevor du losgehst. • Wähle einige wenige Dinge vorab aus, die du essen möchtest. • Bring selbst gesunde Lebensmittelalternativen mit bei Veranstaltungen, in denen jede Person etwas zu essen mitbringen kann.
Ich esse zu viel, wenn ich koche oder sauber mache.	Iss nicht nur, weil die Lebensmittel gerade da sind. <ul style="list-style-type: none"> • Kaue Kaugummi oder nutze einen Zahnstocher im Mund. • Bitte jemand anderes darum, das übrig gebliebene Essen wegzuräumen, während du für Ordnung sorgst. • Achte bewusst auf deine Tätigkeit und lenke dich nicht durch Essen ab.
Ich neige dazu, regelmäßige Mahlzeiten zu überspringen und dafür vor dem Fernseher oder zwischendurch immer wieder zu essen.	Nimm dir Zeit für regelmäßige Mahlzeiten. <ul style="list-style-type: none"> • Setze dich an einen Tisch und iss gesunde Mahlzeiten mit Freund*innen, Familie oder Arbeitskolleg*innen. • Nimm dir selbst Mittagessen und gesunde Snacks für die Arbeit oder Reisen mit.

Anmerkung: Darstellung nach [R180], eigene Übersetzung.

4.3.5 Nachhaltiger Beziehungsaufbau

Ziel sollte es sein, die für das Projekt gewonnenen Akteur*innen langfristig in weitere Projekte, Initiativen oder lockeren Kooperationen einzubeziehen. Für einen derartigen Beziehungsaufbau sollte ein regelmäßiger Austausch formeller oder informeller Art stattfinden, um den Kontakt nicht mühsam erneut herstellen zu müssen [M03]. Hierfür bietet es sich an, für jede Person aus diesen Gruppen eine konkrete Ansprechperson zu bestimmen.

5 Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Reviews des internationalen Forschungsstands zu Präventionsaktivitäten im Kontext der Kleinkinderernährung war es, evidenzbasiertes Wissen über die Rolle der begleitenden Kommunikationsprozesse zu systematisieren. Im Zentrum des Interesses standen Kommunikationsprozesse für drei Zielgruppen:

1. **Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate**
2. **lokale Multiplikator*innen**
3. **Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen**

Es handelt sich unseres Wissens nach um die erste systematische Sichtung einschlägiger Reviews und Einzelstudien zu diesem Themenbereich aus einer kommunikationswissenschaftlichen Perspektive und unter Verwendung eines ausdifferenzierten Kategoriensystems zur detaillierten Beschreibung des konkreten Vorgehens. Unsere Recherchen haben auch keine vergleichbaren Reviews identifizieren können, auch nicht zu anderen Anwendungsfeldern der Gesundheitskommunikation.

In Abschnitt 5.1 werden zunächst elf zentrale Erkenntnisse und darauf basierende Empfehlungen abgeleitet. Im Anschluss werden Forschungslücken (Abschnitt 5.2) und Limitationen (Abschnitt 5.3) thematisiert, bevor in Abschnitt 5.4 ein Ausblick gegeben wird.

5.1 Zentrale Erkenntnisse und Empfehlungen

Trotz einiger Einschränkungen (vgl. hierzu Abschnitt 5.3), die vor allem auf die mangelhafte Dokumentation des kommunikativen Vorgehens in den Einzelstudien zurückgehen, lassen sich mehrere wichtige Erkenntnisse ableiten.

Ganz grundsätzlich zeigte sich, dass es viele Möglichkeiten gibt, das Ernährungsverhalten von Kindern und Erwachsenen zu beeinflussen.

Erfolgsversprechend erscheinen insbesondere langfristig angelegte multizentrische Ansätze in der jeweiligen Kommune, die mehrere Informationskanäle verwenden und persönliche Ansprechpartner*innen bzw. ein persönliches Coaching integrieren.

Reine informationsbasierte bzw. edukative Ansätze sind, genauso wie Ansätze die ausschließlich auf Technologien oder eine Änderung gesundheitsbezogener Policies setzen, selten erfolgreich. Die größte Aussicht auf eine nachhaltige Wirksamkeit haben settingübergreifende Multikomponentenzugänge, die:

- konkrete Ziele haben
- verschiedene Kanäle, Medien und Botschaften einsetzen
- in den Settings stattfinden, in denen sich die Zielgruppe überwiegend aufhält
- die Lebenswelt einbeziehen und ggf. gesundheitsfreundlicher gestalten

- Strategien zur Erhöhung der Aufmerksamkeit und des Engagements umfassen
- zielgruppenspezifische Botschaften und Ansprachen verwenden
- Möglichkeiten für individualisiertes Feedback anbieten
- interpersonale Gespräche beinhalten
- aktiv Barrieren abbauen
- durch gesundheitsförderliche Policy-Änderungen begleitet werden
- eine ausreichende Dauer aufweisen
- theoriebasiert sind
- durch ein multidisziplinäres Team koordiniert werden

In den folgenden Abschnitten werden einige dieser Empfehlungen detaillierter betrachtet.

5.1.1 Klarheit über Ziele

Alle Ziele sollten vorab definiert und z. B. anhand der SMART-Formel (spezifisch, messbar, akzeptiert, realistisch und terminiert) operationalisiert werden. Die Kommunikation muss auf diese Ziele abgestimmt sein. Zu berücksichtigen ist, dass Ziele phasenspezifisch sind, d. h. aufeinander aufbauen und sich entwickeln können.

Unsere Analysen zeigten, dass vor allem Ziele der Verhaltensänderung sowie der Information und Aufklärung bezüglich der Ernährung im Kleinkindalter erfolgreich waren. Im Sinne settingübergreifender Multikomponentenansätze sollten darüber hinaus auch Ziele der Policy-Einbeziehung und der Umweltveränderung angestrebt werden.

Je nach Hintergrund können verschiedene Ziele und Unterziele definiert werden:

1. Hauptziele des Projektes
2. Ziele bei den Hauptzielgruppen der Intervention (z. B. Schwangere, Mütter, Eltern)
3. Ziele bei weiteren involvierten Personengruppen, beispielsweise:
 - Multiplikator*innen
 - Leiter*innen relevanter Einrichtungen und Institutionen
 - Stakeholder*innen
 - Politiker*innen
 - Medienvertreter*innen
 - Gegner*innen
4. kommunikationsbezogene Ziele, beispielsweise:
 - Erreichen von Aufmerksamkeit
 - Erreichen eines Wissenserwerbs
 - Auslösen bestimmter Gefühle, Gedanken oder Assoziationen
 - Änderung von Einstellungen
 - Auslösen einer Verhaltensänderung
 - Vermeidung oder Reduktion von Abwehrreaktionen und Stigmatisierungen
 - Erreichen einer Unterstützung des Projekts
5. Ziele bezüglich der jeweiligen Settings
6. wissenschaftliche Ziele
7. methodische Ziele

5.1.2 Klarheit über Zielgruppen

Präventionsprogramme sind erfolgversprechend, wenn sie:

- die richtigen Zielgruppen auswählen
- die Zielgruppen sehr gut kennen
- die Kommunikation so gut wie möglich auf diese Zielgruppen zuschneiden

Das erfordert in der Regel nicht nur umfangreiche Voranalysen, um die Zielgruppen und ihre Lebensstile, Ernährungsstile, Präferenzen, Selbstwirksamkeit, Bedenken, Werte, Mediennutzungen, Settings, Influencer*innen usw. gut zu kennen (vgl. hierzu Abschnitt 5.1.10). Es bedarf auch eines intensiven Einbezugs von Vertreter*innen der Zielgruppe in die Situationsanalysen, in Planungen der Präventionsmaßnahmen und in die Evaluation.

5.1.3 Klarheit über die Inhalte

In unseren Recherchen fanden sich Hinweise darauf, dass auch innerhalb von Expert*innenteams Fehlannahmen und Vorurteile bestehen können und/oder dass diese durch die Multiplikator*innen reproduziert werden. Um bei allen Projektbeteiligten eine gemeinsame Wissensbasis und eine konsistente evidenzbasierte Kommunikation der wesentlichen Botschaften zu erreichen, sollten vorab evidenzbasierte Informationen zu wesentlichen Aspekten der Ernährung, kommunikativen Zugängen und zentralen Botschaften erstellt und abgestimmt werden. Je präziser und detaillierter der kommunikative Zugang beschrieben ist, umso einfacher kann dieser umgesetzt und übertragen werden und desto konsistenter kann die Kommunikation mit den Zielgruppen erfolgen.

5.1.4 Klarheit über das Setting

Genauso wie die Zielgruppen sollten alle präventionsrelevanten Eigenschaften der einbezogenen Settings (z. B. Zuhause, Arbeitsplatz, Kindertagesstätten, Schulen, Communitys, Schnellimbisse und Restaurants, Supermärkte, Eckläden) bekannt sein. Zu derartigen Eigenschaften zählen beispielsweise:

- vorherrschende Ernährungsrituale, -überzeugungen und -werte
- besondere Bezeichnungen für relevante Lebensmittel oder Ernährungsformen
- wichtige Barrieren einer Ernährungsumstellung
- Zugangsmöglichkeiten zu empfohlenen und nicht empfohlenen Lebensmitteln
- Kosten für „gesunde“ und „ungesunde“ Lebensmittel und Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung
- tatsächliche Umsetzbarkeit einer gesunden Ernährung
- relevante Orte mit Bezug zur Nahrungsaufnahme
- soziale Einflüsse, geeignete/ungeeignete Influencer*innen und Rollenmodelle
- Informationswege, genutzte Medien und Medienkanäle
- organisatorische Einflüsse
- rechtliche und regulatorische Einflüsse
- Werbe- und Marketingeinflüsse
- Unterstützer*innen und Gegner*innen der Präventionsziele

Eine detaillierte Kenntnis dieser und weiterer Aspekte der verschiedenen Settings ist hilfreich, um vielversprechende Ansatzpunkte für die Präventionsaktivitäten und mögliche Unterstützer*innen zu identifizieren.

5.1.5 Ansprache der Zielgruppe 1: Schwangere, Mütter, junge Familien und Kleinkinder im Alter bis 36 Monate

Die wesentlichen Ergebnisse unserer Recherchen lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Am besten lassen sich Schwangere, junge Eltern oder Familien adressieren, Ansprachen von Frauen im gebärfähigen Alter sind weniger erfolgversprechend.
2. Am erfolgversprechendsten erwies sich die Kombination von direkten interpersonellen Kontakten (z. B. Beratungen, Coachings) mit digitalen Medien (z. B. Webseiten, Apps).
3. Rein telefon- bzw. smartphonebasierte Interventionen sind weniger erfolgreich als Interventionen, die zusätzlich mindestens ein weiteres Medium einsetzen. Auf der Basis von rein telefonischen Beratungen ließen sich allenfalls Einstellungsänderungen erzielen, aber keine Veränderungen im Ernährungsverhalten oder in körperbezogenen Kenngrößen (z. B. Gewicht).
4. Bei erfolgreichen Interventionen ermittelten wir eine höhere durchschnittliche Anzahl an Kommunikaten als bei nicht erfolgreichen, insbesondere bei der Zielgruppe Familie. Empfehlenswert erscheint somit die Verwendung mehrerer (zielgruppengerechter) Kommunikate und Kommunikationswege.
5. Ein intensiver Einbezug der Kommune erhöht die Erfolgchancen von Präventionsinitiativen.
6. Auf Basis der vorliegenden Daten können noch keine differenzierten Empfehlungen zur Ansprache soziostrukturell benachteiligter Personengruppen oder Angehöriger gesundheitlicher Risikogruppen gegeben werden. Erkennbar wurde jedoch, dass interpersonale Kommunikationswege bei diesen Zielgruppen sehr erfolgversprechend sind.

5.1.6 Ansprache der Zielgruppen 2 und 3: lokale Multiplikator*innen, Politiker*innen und Leiter*innen lokaler Institutionen

Der Forschungsstand zu den Zielgruppen 2 und 3 fiel vergleichsweise gering und wenig ergiebig aus. Als zentrale Ergebnisse lassen sich festhalten:

1. Die erste Ansprache sollte möglichst auf interpersonellem Weg erfolgen, idealerweise über bereits bestehende soziale Kontakte.
2. Für die weitere projektinterne Kommunikation sollten die Kanäle genutzt werden, die die Angehörigen der jeweiligen Zielgruppen bevorzugen.

3. Klar zu kommunizieren sind insbesondere das Anliegen des Projekts sowie die konkreten Ziele, die durch das Involvement der Akteur*innen erreicht werden sollen.
4. Wichtig zur Gewinnung und verlässlichen Mitarbeit der Multiplikator*innen ist die Unterstützung durch deren Vorgesetzte.
5. Erwartungen an die Zusammenarbeit sollten transparent kommuniziert und das Commitment am besten schriftlich festgehalten werden.
6. Für die Zusammenarbeit ist die Einigung auf eine „gemeinsame“ Sprache sinnvoll, mit der sich alle Beteiligten identifizieren können.
7. Die Identifikation mit dem Projekt und das Engagement können dadurch gestärkt werden, dass teilnehmende Akteur*innen die Moderationsrolle übernehmen.

5.1.7 Effektive Botschaftsstrategien

Wie die Kommunikation mit den relevanten Zielgruppen konkret angelegt war, blieb leider in den meisten Fällen eine „Black Box“. Die Recherchen ergaben nur relativ wenige Hinweise:

- Für die Zielgruppe 1 bieten sich insbesondere positive Framing-Strategien (Gewinn-Framing, inhaltliche Framings oder Re-Labeling) an. Auch soziale Hinweisreize wie Fallbeispiele, soziale Appelle oder Expertenmeinungen und bestimmte Angaben zu Risiko- und Bewältigungsinformationen wurden erfolgreich eingesetzt.
- Bei Kindern erwies sich die Nutzung kreativer Namen für Nahrungsmittel oder Mahlzeiten (z. B. „Boxer-Brokkoli“ oder „Kraft-Karotten“) als effektiv.
- Für die Gewinnung von Akteur*innen ist ein neutrales und möglichst wertfreies Framing der Projektziele ohne explizite oder implizite Schuldzuschreibungen anzuraten.

Angesichts der Vielzahl typischerweise in der Gesundheitskommunikation diskutierter Botschaftsstrategien erscheinen diese Erkenntnisse relativ reduziert. Der Forschungsstand der Gesundheitskommunikation basiert jedoch überwiegend auf experimentellen Untersuchungen kurzzeitiger Effekte von Botschaften, die sich überwiegend auf Einstellungs- und Intentionsmaße und nur selten auf tatsächliche Verhaltensänderungen beziehen. Eine direkte Übertragbarkeit auf komplexe Multi-Setting- und Multi-komponenten-Strategien ist daher nicht gegeben. Einige relativ robuste Kenntnisse sollen dennoch ergänzend angeführt werden:

1. Unzureichende Aufmerksamkeit ist fast immer eine Hauptbarriere für Gesundheitsinformationen. Aufmerksamkeitsstarke Inhalte und eine aufmerksamkeitsförderliche Gestaltung sind daher dringend anzuraten.
2. Positive emotionale Ansprachen sind im Allgemeinen erfolgreicher als das Auslösen negativer Gefühle. Insbesondere Furchtappelle sind oft wenig effektiv, rufen dafür aber in starkem Maße negative Effekte (Bumerangeffekte, Protest) hervor.
3. Humorappelle sind auch deswegen oft effektiv, da sie intensiv in sozialen Medien geteilt werden.

4. Soziale Appelle können sehr einflussreich sein, normative Appelle hingegen führen leicht zu Widerstand.
5. Die Verwendung von Fallbeispielen ist oft, aber nicht immer erfolgreich. Promi-Testimonials sind potenziell kritisch, da sich ein gewisser Anteil der Zielgruppe nicht mit diesen Personen identifizieren kann oder diese sogar ablehnt. Problematisch ist auch, wenn im Laufe der Kampagne bekannt wird, dass die Testimonials sich selbst nicht an die Empfehlungen halten. Expert*innen- und Betroffenen-Testimonials sind vergleichsweise unkritisch und deswegen eher anzuraten.
6. Wenn gesundheitliche Risiken kommuniziert werden, ist es wichtiger, die persönliche Betroffenheit (Vulnerabilität) als die Schwere der Bedrohung herauszustellen. Positive Effekte sind nur zu erwarten, wenn Personen in hohem Maße überzeugt sind, dass sie die empfohlenen Verhaltensänderungen auch (dauerhaft) ausführen können (Selbstwirksamkeit) und dass die Ausführungen tatsächlich das Risiko minimieren (Ergebniswirksamkeit). Die beiden letztgenannten Aspekte sollten stets besonders betont werden und können nur erfolgreich adressiert werden, wenn die von der Zielgruppe wahrgenommenen Barrieren bekannt sind.
7. Eine positive und selbstwertstärkende Ansprache sollte Standard sein, Ansprachen „von oben herab“ bewirken Abwehr und Resistenz.
8. Statistische Angaben können hilfreich zur Einschätzung der eigenen Situation und der Bewältigungsmöglichkeiten sein, werden aber oft falsch interpretiert. Neben einer ansprechenden grafischen und ggf. sogar interaktiven Aufbereitung ist es wichtig, die existierenden Leitlinien zur Kommunikation von Wahrscheinlichkeiten und statischen Angaben [28] zu beachten.
9. Statt Personen direkt aufzufordern, ihr Verhalten zu ändern, kann es sinnvoller sein, sie selbst auf diesen Gedanken kommen zu lassen. Hierfür eignen sich z. B. Fragetechniken oder Darstellungen, die eine bestimmte Lösung implizit nahelegen.
10. Am wenigsten Widerstand ist zu erwarten, wenn Personen gar nicht bemerken, dass sie gerade in Richtung eines gesünderen Ernährungsverhaltens beeinflusst werden. Hierzu eignen sich beispielsweise Nudging-Strategien [46] oder Ansätze der narrativen Persuasion wie z. B. der Entertainment-Education-Ansatz [43]. Der Einsatz solcher Zugänge ist jedoch ethisch zu reflektieren und kann Widerstand hervorrufen.

Weitere potenziell einschlägige Erkenntnisse lassen sich aus den Forschungsbereichen der Organisationskommunikation, der Change Communication, der Wissenschaftskommunikation, der Öffentlichkeitsarbeit, des Marketings oder aus Beratungsansätzen ableiten. Eine dezidierte kommunikationswissenschaftliche und -praktische Expertise ist auch zur Umsetzung zielgruppengerechter Ansprachen (Stichworte: Tailoring, Targeting) und entsprechender kultureller Adaptationen (z. B. Symbole, Farben, Werte, sprachliche Besonderheiten, Fallbeispiele, Influencer*innen) sinnvoll.

5.1.8 Vermeidung negativer Effekte

In den recherchierten Einzelstudien mit mittlerer und hoher Evidenz fanden wir nur in einem Fall Hinweise auf negative Effekte (vgl. Abschnitt 3.2.12), dafür aber mehrere in den Reviews (vgl. Abschnitt 3.1.5). Nicht zuletzt aus ethischen Erwägungen heraus spricht viel dafür, bei der Entwicklung von Präventionsbotschaften sowie der Ansprache von Multiplikator*innen und Politiker*innen stark darauf zu achten, dass keine unerwünschten Effekte ausgelöst werden. Hierzu zählen insbesondere:

- Bumerangeffekte
- Abwehr, Gegenargumentieren, Aggressivität
- zukünftige Vermeidung von Präventionsbotschaften
- Stigmatisierung oder Verstärkung sozialer Ungleichheiten

Präventionskommunikation muss dementsprechend stigma- und abwehrsensibel gestaltet sein. Eine detaillierte Zielgruppenanalyse müsste Hinweise darauf ergeben, welche Formulierungen oder Assoziationen unerwünschte Reaktionen hervorrufen oder stigmatisierend wirken könnten. In methodischer Hinsicht sollte die gesamte Projektkommunikation durchgängig auf mögliche negative Effekte geprüft werden, um ggf. gegensteuern zu können.

5.1.9 Theoretische Fundierung

Auch wenn eine theoretische Fundierung allein noch keine Garantie dafür ist, dass Interventionen erfolgreich sind, erhöhen sie deutlich ihre Erfolgschancen:

Alle wesentlichen Elemente einer Präventionskampagne sollten nach Möglichkeit theoriebasiert sein.

Die Bezeichnung Theorie umfasst hier auch Ansätze, Modelle und Frameworks. Die entscheidende Frage lautet, welche theoretischen Ansätze für den jeweils geplanten Zweck geeignet sind, wobei sich Eignung sowohl auf die thematische Passung als auch auf den Grad der empirischen Bestätigung bezieht. Insofern für einen erfolgsrelevanten Aspekt keine passende Theorie existiert, sollte das Vorgehen auf dem hierzu verfügbaren evidenzbasierten Wissen aufbauen.

Da komplexe Präventionsprogramme eine Vielzahl an Zielen und Ansatzpunkten haben, kommen mehrere Klassen von Theorien infrage. Hierzu zählen beispielsweise:

1. allgemeine Motivationstheorien
2. Theorien des Gesundheitsverhaltens
3. allgemeine Lerntheorien
4. ernährungswissenschaftliche Theorien
5. kommunikationswissenschaftliche Theorien
 - a. Medienauswahlansätze
 - b. Botschaftsstrategien-Ansätze
 - c. Beratungsansätze
 - d. Ansätze der Organisationskommunikation und Change Communication
 - e. Marketingansätze
6. Ansätze der Interventionsplanung
7. Ansätze der Umwelt bzw. des Einbezugs der Kommune

5.1.10 Methodische Begleitung

Bereits sehr früh im Projektverlauf sollten umfangreiche Situationsanalysen durchgeführt werden, um präventionsrelevante Merkmale der Zielgruppen und Settings zu erheben. Sämtliche Elemente der Intervention sollten nach Möglichkeit einem Vorab-Test (Pretest) unterzogen und hinsichtlich aussagekräftiger Ergebnismaße fundiert evaluiert werden.

Zielgruppenanalysen

Da für eine erfolgreiche Präventionskommunikation eine starke Zielgruppenorientierung unerlässlich ist, wird zunächst ein detailliertes Wissen über Vorwissen, Werte, Kompetenzen, Ernährungsstile, Mediennutzungsmuster usw. benötigt. Auf dieser Basis können relevante Unterzielgruppen differenziert und passende kommunikative Ansprachen vorbereitet werden. Im Rahmen der Zielgruppenanalyse ist auch zu klären, über welche Personen oder Kanäle die Kommunikation erfolgen kann. Hierbei ist ggf. zu differenzieren zwischen den Empfänger*innen der Botschaften (z. B. Mütter und Väter) und der Zielgruppe, bei der ein gewünschtes Verhalten oder Ziel erreicht werden soll (z. B. Kleinkinder). Zielgruppenanalysen sollten auch projektrelevante Multiplikator*innen, Politiker*innen oder Leiter*innen von Organisationen oder Institutionen sowie geeignete Möglichkeiten ihrer Ansprache identifizieren.

Settinganalysen

Analog zu den Zielgruppenanalysen müssen projektrelevante Merkmale der Settings (vgl. hierzu Abschnitt 5.1.4) erhoben und bezüglich ihrer Eignung für bestimmte Präventionsmaßnahmen eingeschätzt werden.

Vorab-Test

Ein Vorab-Test betrifft sowohl technische Aspekte als auch die Botschaften selbst sowie Zugänge zu den Zielgruppen, benötigte (personelle, materielle, finanzielle) Ressourcen und weitere relevante Aspekte der Intervention. Das Vorgehen geht über einen Standard-Pretest der Wissenschaft (z. B. zur Validierung kommunikativer Stimuli) deutlich hinaus, als dass ein derartiger Vorab-Test wichtige Hinweise dafür liefert, inwiefern die Kernelemente der geplanten Intervention die jeweiligen Zielgruppen tatsächlich erreichen und dort die gewünschten Effekte zeigen.

Evaluation

Der Multikomponenten-Ansatz sollte sich auch in der (wissenschaftlichen) Methodik widerspiegeln. Grundsätzlich gilt, dass die Evaluation einer Intervention im Optimalfall sowohl formativ (qualitativ) als auch summativ (quantitativ) erfolgen sollte. Für eine formative Evaluation sollten immer nach Möglichkeit alle beteiligten Akteur*innen und Zielgruppen einbezogen werden. Bei der summativen Evaluation ist zu beachten, dass verschiedene Zielgrößen aus verschiedenen Lebensbereichen erhoben und in Beziehung zueinander gesetzt werden. Beispielsweise gaben einige Studien Hinweise darauf, dass zwar keine Veränderung des BMI oder der gewichtsbezogenen Maße stattfand, jedoch ein verändertes Konsumverhalten von Obst und Gemüse oder eine erhöhte Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel zu verzeichnen war. Eine ausschließliche Evaluation über affektive (Emotionen), kognitive (Wissen) oder konative (Verhaltensabsicht) Einstellungsmaße ist als eher unzureichend anzusehen. Aus diesen lässt sich nicht oder nur sehr begrenzt auf tatsächliche Verhaltensänderungen oder physiologische bzw. anthropometrische Veränderungen schließen. Beispielsweise zeigen auch unsere Befunde, dass nicht erfolgreiche Studien, die positive Einstellungsänderungen aufwiesen, nicht notwendigerweise Veränderungen in den anderen Maßen berichteten, sofern diese überhaupt mit erhoben wurden.

Zudem sollten alle adressierten Zielgruppen in der Evaluation einbezogen und die Ergebnisse zielgruppenspezifisch ausgewertet werden, um herauszufinden, welche Kommunikate bei welchen Zielgruppen erfolgreich sind. In einigen Studien gab es Unterschiede zwischen der Zielgruppe, die durch die Kommunikate adressiert wurde, und der Zielgruppe, die letztlich die Evaluationsstichprobe war.

Zusammengenommen sollte eine aussagekräftige Evaluation:

- verschiedene Zielgrößen umfassen
- nicht alleine Einstellungsmaße fokussieren
- eine Vergleichbarkeit mit anderen Studien ermöglichen
- die unterschiedliche Wirkung der eingesetzten Kommunikate berücksichtigen
- eine zielgruppenspezifische Auswertung beinhalten

5.1.11 Dokumentation des Vorgehens

Angesichts der bislang überwiegend höchstens rudimentären Dokumentation der verwendeten kommunikativen Zugänge sollte ein größerer Wert auf die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens gelegt werden. So erscheint es empfehlenswert, neben allen eingesetzten Materialien auch folgende Aspekte gut zu dokumentieren (modifizierte Liste nach [09]):

1. konkret kommunizierte Inhalte (Originalbotschaften)
2. Art der intendierten Intervention (z. B. basierend auf der CALO-RE-Taxonomie [32]) oder verwendete Botschaftsstrategien (z. B. basierend auf Abschnitt 1.2.4)
3. Eigenschaften der kommunizierenden Personen
4. Eigenschaften der Empfänger*innen
5. Eigenschaften des Settings oder der Situation, in dem die Kommunikation stattfindet
6. Dauer und Intensität der Kommunikation
7. Einhaltung der kommunikationsbezogenen Vorgaben oder Empfehlungen

5.2 Identifizierte Forschungslücken

Trotz der hohen Anzahl publizierter einschlägiger Studien und Reviews zeigten sich viele Forschungslücken inhaltlicher als auch methodischer Art.

5.2.1 Inhaltliche Forschungslücken

1. Wissen um Spezifika deutschsprachiger Präventionskontexte: Inwieweit lassen sich Erkenntnisse aus internationalen Studien auf Deutschland übertragen, vor allem insofern es Kommunikationsstrategien betrifft? Bei welchen Aspekten sind kulturelle Unterschiede zu erwarten? Welche kulturellen Adaptionen sind für welche zugewanderte Zielgruppen sinnvoll?
2. Ansprache spezifischer Zielgruppen: Wie können sozioökonomisch benachteiligte Familien am besten zum Überdenken ihres Ernährungsverhaltens motiviert werden? Nach welchen für die Kommunikation relevanten Kriterien lassen sich Angehörige dieser Zielgruppe differenzieren? Was sind die größten Barrieren für jede Zielgruppe zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens? Wie können insbesondere Väter stärker zur Unterstützung von Präventionsprogrammen gewonnen werden? Wie lassen sich Politiker*innen zur Anpassung ernährungsbezogener Regelungen und Multiplikator*innen zur Unterstützung motivieren?
3. Wissen um Kommunikationsstrategien: Wie müssen statistische Angaben dargestellt werden, damit sie, ohne Angst auszulösen, leicht und korrekt interpretiert werden? Welche spezifische Kombination von Emotionen, Assoziationen und Überlegungen müssen evoziert werden, damit Menschen ihr Ernährungsverhalten dauerhaft verändern? Welche inhaltlichen Frames und welche emotionalen Appelle können diesen Prozess am besten und idealerweise phasenspezifisch unterstützen? Durch welche Strategien lassen sich Vorbehalte gegenüber dem Stillen in der Öffentlichkeit abbauen? Durch welche Strategien der Wissensaufbereitung und -vermittlung kann erreicht werden, dass Präventionsinitiativen bestehende Ungleichheiten im gesundheitsbezogenen Wissen tatsächlich reduzieren statt verstärken?

5.2.2 Methodische Forschungslücken

Unsere eigenen Analysen sowie die einbezogenen Reviews haben gezeigt, dass Interventionen bezüglich ihrer Anlage und Evaluation sehr unterschiedlich sind und daher oft nur schwierig vergleichbar. Methodische Forschungslücken beziehen sich beispielsweise auf:

- fehlende Standards zur Beschreibung des Vorgehens und zur Dokumentation der eingesetzten Materialien (vgl. auch Abschnitt 5.1.11)
- fehlende Standards zur Anlage formativer und summativer Evaluationen
- die Notwendigkeit einheitlicher akzeptierter Skalen und Erfolgsmaße
- möglichst effiziente Möglichkeiten, bei den Teilnehmenden Phasen der Verhaltensänderung sowie den Transfer zwischen Phasen zu erheben
- Überlegungen, wie der Publication Bias reduziert werden kann, damit auch nicht erfolgreiche Interventionen in stärkerem Maße publiziert werden

5.3 Limitationen

Obwohl in unseren Recherchen eine hohe Anzahl einschlägiger Reviews und Einzelstudien identifiziert werden konnte, war die Dokumentation des kommunikativen Vorgehens überwiegend unzureichend. Auch manuelle Nachrecherchen der eingesetzten Materialien blieben in vielen Fällen erfolglos. Überwiegend eine „Black Box“ blieb damit, was genau wie kommuniziert wurde und welche Effekte dies hatte. Evidenzbasierte Aussagen zu konkreten Botschaftsstrategien sind daher nur eingeschränkt möglich.

In die Detailanalysen wurden bewusst nur Studien einbezogen, die einen mittleren oder hohen Evidenzgrad aufwiesen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Materialien von Studien mit niedrigem Evidenzgrad besser dokumentiert wurden. Selbst dann blieben jedoch Ableitungen aufgrund der geringen Aussagekraft dieser Studien problematisch.

Unsere relativ strenge Definition einer „erfolgreichen“ Studie bezog nur Untersuchungen ein, die einen positiven Einfluss auf ernährungsbezogene Verhaltensmaße oder physiologische bzw. anthropometrische Maße zeigten. Wenn positive Einstellungsänderungen für eine Einteilung als „erfolgreich“ ausreichend gewesen wären, wären nur noch zehn (statt 22) Studien als „nicht erfolgreich“ klassifiziert worden.

Nicht zuletzt die Tatsache, dass lediglich eine von 65 analysierten Studien einen negativen Effekt berichtet, spricht für eine gewisse Verzerrung des publizierten Forschungsstands (engl.: Publication Bias). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass Untersuchungen mit positiven Effekten (statt Null- oder negativen Effekten) eine deutlich größere Wahrscheinlichkeit hatten, in angesehenen Fachzeitschriften veröffentlicht zu werden.

Abschließend ist zu berücksichtigen, dass trotz umfassender Recherchen keine Studie aus dem deutschsprachigen Raum recherchiert werden konnte, die unsere Kriterien erfüllte (z. B. weil die Zielgruppe zu alt war [10; 13;24]). Eine Übertragbarkeit der Befunde auf Interventionen in deutschen Settings ist daher kritisch zu prüfen. Für eine detaillierte Übersicht deutschsprachiger ernährungsbezogener Projekte sei auf [23] verwiesen.

5.4 Ausblick

Ziel dieses Projekts war es, auf der Basis systematischer Sichtungen des internationalen Forschungsstands Erkenntnisse zu evidenzbasierten Strategien der Ernährungskommunikation insbesondere in kommunalen Settings mit einem Fokus auf die Kleinkinderernährung zu gewinnen.

Die Analysen der Reviews und Einzelstudien sowie ergänzenden Detailanalyse der eingesetzten Materialien ergaben eine Reihe von Hinweisen darauf, wie Kommunikationsstrategien für verschiedene Zielgruppen angelegt werden können. Deutlich wurde insbesondere die wichtige Rolle persönlicher Kontakte, die Nutzung mehrerer Kommunikationskanäle und die Verankerung der Präventionsaktivitäten in den Kommunen. Für die Kommunikationspraxis wertvoll dürften auch die Hinweise zu Erfolgsfaktoren, Barrieren und möglichen negativen Effekten sein.

Als eine Hauptschwierigkeit erwies sich die mangelnde Dokumentation des kommunikativen Vorgehens. Aufgrund der kritischen Dokumentationslage ist überwiegend nicht nachvollziehbar, was in den Präventionsangeboten genau kommuniziert wurde. Das bedeutet einen großen Verlust für die Gesundheits- und Präventionskommunikation sowie für die Präventionspraxis.

Das Fehlen einer dezidierten kommunikationswissenschaftlichen Expertise zeigte sich auch daran, dass Botschaftsfaktoren und -strategien selten differenziert betrachtet wurden und kommunikationswissenschaftliche Theorien kaum Beachtung fanden. Hinweise für phasenspezifische Kommunikationszugänge (vgl. Abschnitt 1.2.2) fanden sich ebenfalls kaum. Inwieweit bei den Studien dezidierte Strategien zur kulturellen Adaption an Zielgruppen oder zur Reduktion von negativen Effekten eingesetzt wurden, bleibt ebenfalls unklar.

Insgesamt spricht viel für eine stärkere Integration kommunikationswissenschaftlicher Expertisen in Präventionsaktivitäten. Angesichts des hohen Einflusses der frühkindlichen Ernährung auf die Gesundheit, Entwicklung und Lebensqualität von Kindern und Erwachsenen erscheinen Multikomponenten-Präventionszugänge, die auch bezüglich der verwendeten Kommunikationsprozesse evidenzbasiert sind, wichtiger als jemals zuvor.

6 Literaturverzeichnis

6.1 Zitierte Literatur

- 01 Azjen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Open University Press.
- 02 Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- 03 Böhringer, J., Bühler, P., Schlaich, P. & Sinner, D. (2014). Kompendium der Mediengestaltung: Konzeption und Gestaltung, Medientechnik, Medienproduktion Print, Medienproduktion Digital (6. Aufl.). X.media.press. Springer Vieweg.
- 04 Bonfadelli, H. & Friemel, T. N. (2020). Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich: Grundlagen und Anwendungen (3., völlig überarbeitete Auflage). Herbert von Halem Verlag.
- 05 Byrne, S. & Hart, P. S. (2009). The boomerang effect a synthesis of findings and a preliminary theoretical framework. Communication yearbook 33 (Bd. 33, S. 3–38). Lawrence Erlbaum. <https://doi.org/10.1080/23808985.2009.11679083>
- 06 Cho, H. & Salmon, C. T. (2007). Unintended effects of health communication campaigns. Journal of Communication, 57(2), 293–317. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2007.00344.x>
- 07 Cialdini, R. B. (2017). Die Psychologie des Überzeugens: Wie Sie sich selbst und Ihren Mitmenschen auf die Schliche kommen (8., unveränderte Auflage). Hogrefe.
- 08 Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C. & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. Journal of Personality, 62(1), 119–142. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00797.x>
- 09 Davidson, K. W., Goldstein, M., Kaplan, R. M., Kaufmann, P. G., Knatterud, G. L., Orleans, C. T., Spring, B., Trudeau, K. J. & Whitlock, E. P. (2003). Evidence-based behavioral medicine: What is it and how do we achieve it? Annals of Behavioral Medicine, 26(3), 161–171.
- 10 Eschenbeck, H. & Kohlmann, C.-W. (2005). Förderung von gesunder Ernährung in der Grundschule durch den Besuch der Kinderliedertour „Apfelklops & Co“ der BZgA: Ergebnisse einer wissenschaftlichen Begleitung. Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 14(2), 67–72.
- 11 Green, L. W. & Glasgow, R. E. (2006). Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: Issues in external validation and translation methodology. Evaluation & the Health Professions, 29(1), 126–153. <https://doi.org/10.1177/0163278705284445>
- 12 Green, L. W. & Kreuter, M. W. (1991). Health promotion planning: Health promotion planning: An educational and environmental approach (2. Hrsg.). Mayfield Publishing Company.
- 13 Hartmann, A. S., Michael, T. & Munsch, S. (2010). Der Einfluss des Ernährungswissens auf Nahrungsmittelpräferenzen bei Kindern. Kindheit und Entwicklung, 19(1), 21–26. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000004>
- 14 Hastall, M. R. (2012). Abwehrreaktionen auf Gesundheitsappelle: Forschungsstand und Praxisempfehlungen. In S. Hoffmann, U. Schwarz & R. Mai (Hrsg.), Angewandtes Gesundheitsmarketing (S. 281–296). Springer Gabler.
- 15 Hastall, M. R. (2014). Persuasions- und Botschaftsstrategien. In K. Hurrelmann & E. Baumann (Hrsg.), Handbuch Gesundheitskommunikation (1. Aufl., S. 399–412). Verlag Hans Huber.
- 16 Hastall, M. R. (2017). Abwehrreaktionen und negative Effekte von Gesundheitsinformationen. Public Health Forum, 25(1), 63–65.

- 17 Hastall, M. R. (2018). Botschaftsstrategien in digitalen Medien. In V. Scherenberg & J. Pundt (Hrsg.), *Digitale Gesundheitskommunikation: Zwischen Meinungsbildung und Manipulation* (S. 187–210). Apollon University Press.
- 18 Hastall, M. R. (2019). Effektive Gesundheitskommunikation: Grundlagen, Barrieren und Erfolgsfaktoren aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 149, 66–72. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.01.003>
- 19 Hastall, M. R. & Lang, B. (2019). Grundlagen einer evidenzbasierten Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 15–27). Springer Fachmedien.
- 20 Hoffmann, S., Schwarz, U. & Mai, R. (Hrsg.) (2012). *Angewandtes Gesundheitsmarketing*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4035-3>
- 21 Hurrelmann, K. & Baumann, E. (Hrsg.) (2014). *Handbuch Gesundheitskommunikation*. Verlag Hans Huber.
- 22 Johnson, B. J., Hendrie, G. A. & Golley, R. K. (2016). Reducing discretionary food and beverage intake in early childhood: A systematic review within an ecological framework. *Public Health Nutrition*, 19(9), 1684–1695. <https://doi.org/10.1017/S1368980015002992>
- 23 Joisten, C., Schrameyer, L., Schmidt, L. & Wittler, L. (2021). Abschlussbericht: Gestaltung von Kleinstkind-Settings zur Förderung der Ernährungsgesundheit von Kleinstkindern (0-2 Jahre); inkl. Ernährung in der Schwangerschaft. Interner Bericht.
- 24 Kolip, P. (2004). Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 47(3), 235–239. <https://doi.org/10.1007/s00103-003-0790-3>
- 25 Kreps, G. L. (2012). Translating health communication research into practice: The importance of implementing and sustaining evidence-based health communication interventions. *Atlantic Journal of Communication*, 20(1), 5–15. <https://doi.org/10.1080/15456870.2012.637024>
- 26 Loss, J. & Nagel, E. (2009). Probleme und ethische Herausforderungen bei der bevölkerungsbezogenen Gesundheitskommunikation. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 52(5), 502–511. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0839-z>
- 27 Luecking, C. T., Hennink-Kaminski, H., Ihekweazu, C., Vaughn, A., Mazzucca, S. & Ward, D. S. (2017). Social marketing approaches to nutrition and physical activity interventions in early care and education centres: A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(12), 1425–1438. <https://doi.org/10.1111/obr.12596>
- 28 Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. & Steckelberg, A. (2017). Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. <http://www.leitlinie-gesundheitsinformation.de>
- 29 Marshall, S. J. & Biddle, S. J. (2001). The transtheoretical model of behavior change: A meta-analysis of applications to physical activity and exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 229–246. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2304_2
- 30 McGill, R., Anwar, E., Orton, L., Bromley, H., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M., Taylor-Robinson, D., Guzman-Castillo, M., Gillespie, D., Moreira, P., Allen, K., Hyseni, L., Calder, N., Petticrew, M., White, M., Whitehead, M. & Capewell, S. (2015). Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health*, 15, 457. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1781-7>
- 31 Meitz, T. & Kalch, A. (2019). Nicht-intendierte Medienwirkungen im Gesundheitsbereich. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 383–396). Springer Fachmedien.
- 32 Michie, S., Ashford, S., Sniehotta, F. F., Dombrowski, S. U., Bishop, A. & French, D. P. (2011). A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychology & Health*, 26(11), 1479–1498. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.540664>

- 33 Michie, S., van Stralen, M. M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- 34 Petty, R. E. & Cacioppo, J. T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of Persuasion. *Advances in Experimental Social Psychology*, 19, 123–205. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60214-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60214-2)
- 35 Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- 36 Reifegerste, D. & Ort, A. (2018). *Gesundheitskommunikation. Studienkurs Medien & Kommunikation. Nomos.*
- 37 Röhm, A., Hastall, M. R. & Ritterfeld, U. (2019). Stigmatisierende und destigmatisierende Prozesse in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 615–625). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6_49-1
- 38 Rosengren, K. E., Wenner, L. A. & Palmgreen, P. (1985). *Media gratifications research: Current perspectives* (1. print). Sage Publ.
- 39 Rosenstock, I. M. (1960). What research in motivation suggests for public health. *American Journal of Public Health*, 50(3), 295–302. https://doi.org/10.2105/AJPH.50.3.Pt_1.295
- 40 Rossmann, C. & Hastall, M. R. (Hrsg.) (2019). *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven*. Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-10948-6>
- 41 Schwarz, U. & Reifegerste, D. (2019). Humorappelle in der Gesundheitskommunikation. In C. Rossmann & M. R. Hastall (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitskommunikation: Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven* (S. 459–470). Springer Fachmedien.
- 42 Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- 43 Singhal, A. (Hrsg.) (2004). *Entertainment-education and social change: History, research, and practice*. Erlbaum.
- 44 Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R. & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253–272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>
- 45 Swinburn, B., Egger, G. & Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Preventive Medicine*, 29(6), 563–570. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0585>
- 46 Thaler, R. H., Sunstein, C. R. & Bausum, C. (2018). *Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt* (13. Aufl.). Ullstein.
- 47 United States Department of Agriculture (2019). *The special supplemental nutrition program for Women, Infants and Children (WIC Program)*. WIC. <https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/wic/wic-fact-sheet.pdf>
- 48 Weinstein, N. D. & Sandman, P. M. (2002). The precaution adoption process model and its application. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby & M. C. Kegler (Hrsg.), *Emerging theories in health promotion practice and research: Strategies for improving public health* (S. 16–39). Wiley.
- 49 Whelan, J., Love, P., Millar, L., Allender, S. & Bell, C. (2018). Sustaining obesity prevention in communities: A systematic narrative synthesis review. *Obesity Reviews*, 19(6), 839–851. <https://doi.org/10.1111/obr.12675>

6.2 Zielgruppe 1: Einzelstudien-Recherche

6.2.1 Erfolgreiche Interventionen (E01–E43)

- E01 Aaron, G. J., Strutt, N., Boateng, N. A., Guevarra, E., Siling, K., Norris, A., Ghosh, S., Nyamikeh, M., Attiogbe, A., Burns, R., Foriwa, E., Toride, Y., Kitamura, S., Tano-Debrah, K., Sarpong, D. & Myatt, M. (2016). Assessing program coverage of two approaches to distributing a complementary feeding supplement to infants and young children in Ghana. *PloS One*, e0162462. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162462>
- E02 Aswathy, S., Panicker, K. N., Rajani, G., Nimitha, P. & Anvar, R. (2020). Infant and young child feeding practices: An interventional behaviour change communication approach. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research*, 14(02), 17-21. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2020/42391.13531>
- E03 Au, L. E., Whaley, S., Rosen, N. J., Meza, M. & Ritchie, L. D. (2016). Online and in-person nutrition education improves breakfast knowledge, attitudes, and behaviors: A randomized trial of participants in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(3), 490–500. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.012>
- E04 Bensley, R. J. & Brusck, J. J. (2019). Impact of food preparation video exposure on online nutrition education in Women, Infants, and Children (WIC) program participants: Retrospective study. *JMIR Formative Research*, 3(1), e12508. <https://doi.org/10.2196/12508>
- E05 Brusck, J. J. & Bensley, R. J. (2016). A comparison of mobile and fixed device access on user engagement associated with Women, Infants, and Children (WIC) online nutrition education. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e216. <https://doi.org/10.2196/resprot.6608>
- E06 Buckingham-Schutt, L. M., Ellingson, L. D., Vazou, S. & Campbell, C. G. (2019). The behavioral wellness in pregnancy study: A randomized controlled trial of a multi-component intervention to promote appropriate weight gain. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(4), 1071–1079. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy359>
- E07 Della Forster, A., McLardie-Hore, F. E., McLachlan, H. L., Davey, M.-A., Grimes, H. A., Dennis, C.-L., Mortensen, K., Moorhead, A. M., Tawia, S., Gold, L., Shafiei, T., Small, R., East, C. E. & Amir, L. H. (2019). Proactive peer (mother-to-mother) breastfeeding support by telephone (Ringin up About Breastfeeding Early RUBY): A multicentre, unblinded, randomised controlled trial. *EclinicalMedicine*, 8, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.02.003>
- E08 Dennis, C. L., Hodnett, E. & Gallop, R. (2002). Telephone based peer support increased duration of breast feeding in primiparous mothers. *Evidence-based Medicine*, 5(7), 75. <https://doi.org/10.1136/ebn.5.3.75>
- E09 Essery, E. V., DiMarco, N. M., Rich, S. S. & Nichols, D. L. (2008). Mothers of preschoolers report using less pressure in child feeding situations following a newsletter intervention. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(2), 110–115. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.02.008>
- E10 Fallon, A. B., Hegney, D., O'Brien, M., Brodribb, W., Crepinsek, M. & Doolan, J. (2005). An evaluation of a telephone-based postnatal support intervention for infant feeding in a regional Australian city. *Birth*, 32(4), 291–298. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00386.x>

- E11 Fiks, A. G., Gruver, R. S., Bishop-Gilyard, C. T., Shults, J., Virudachalam, S., Suh, A. W., Gerdes, M., Kalra, G. K., DeRusso, P. A., Lieberman, A., Weng, D., Elovitz, M. A., Berkowitz, R. I. & Power, T. J. (2017). A social media peer group for mothers to prevent obesity from infancy: The Grow2Gether randomized trial. *Childhood Obesity*, 13(5), 356–368. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0042>
- E12 Gamboa, E., Broadbent, E., Quintana, N., Callaway, S., Donoso, P., Linehan, M., Wibowo, L., Santika, O., West, J. H., Hall, P. C. & Crookston, B. T. (2020). Interpersonal communication campaign promoting knowledge, attitude, intention, and consumption of iron folic acid tablets and iron rich foods among pregnant Indonesian women. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 29(3), 545–551. [https://doi.org/10.6133/apjcn.202009_29\(3\).0013](https://doi.org/10.6133/apjcn.202009_29(3).0013)
- E13 Gibby, C. L. K., Palacios, C., Campos, M., Graulau, R. E. & Banna, J. (2019). Acceptability of a text message-based intervention for obesity prevention in infants from Hawai'i and Puerto Rico WIC. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2446-9>
- E14 Goodarzi-Khoigani, M., Baghiani Moghadam, M. H., Nadjarzadeh, A., Mardanian, F., Fallahzadeh, H. & Mazloomi-Mahmoodabad, S. (2018). Impact of nutrition education in improving dietary pattern during pregnancy based on pender's health promotion model: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1), 18–25. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_198_16
- E15 Grady, A., Seward, K., Finch, M., Wolfenden, L., Wyse, R., Wiggers, J., Lecathelinais, C. & Yoong, S. L. (2020). A three-arm randomised controlled trial of high- and low-intensity implementation strategies to support centre-based childcare service implementation of nutrition guidelines: 12-month follow-up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13): 4664. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134664>
- E16 Guldan, G. S., Fan, H.-C., Ma, X., Ni, Z.-Z., Xiang, X. & Tang, M.-Z. (2000). Culturally appropriate nutrition education improves infant feeding and growth in rural Sichuan, China. *Community and International Nutrition*, 130(5), 1204–1211.
- E17 Haines, J., Rifas-Shiman, S. L., Gross, D., McDonald, J., Kleinman, K. & Gillman, M. W. (2016). Randomized trial of a prevention intervention that embeds weight-related messages within a general parenting program. *Obesity*, 24(1), 191–199. <https://doi.org/10.1002/oby.21314>
- E18 Haire-Joshu, D., Elliott, M. B., Caito, N. M., Hessler, K., Nanney, M. S., Hale, N., Boehmer, T. K., Kreuter, M. & Brownson, R. C. (2008). High 5 for Kids: The impact of a home visiting program on fruit and vegetable intake of parents and their preschool children. *Preventive Medicine*, 47(1), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.03.016>
- E19 Hammersley, M. L., Okely, A. D., Batterham, M. J. & Jones, R. A. (2019). An Internet-based childhood obesity prevention program (Time2bHealthy) for parents of preschool-aged children: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e11964. <https://doi.org/10.2196/11964>
- E20 Horne, P. J., Greenhalgh, J., Erjavec, M., Lowe, C. F., Viktor, S. & Whitaker, C. J. (2011). Increasing pre-school children's consumption of fruit and vegetables: A modelling and rewards intervention. *Appetite*, 56(2), 375–385. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.11.146>
- E21 Huang, M. Z., Kuo, S.-C., Avery, M. D., Chen, W., Lin, K.-C. & Gau, M.-L. (2007). Evaluating effects of a prenatal web-based breastfeeding education programme in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1571–1579. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01843.x>
- E22 Jerin, I., Akter, M., Talukder, K., Talukder, M. Q. E. K. & Rahman, M. A. (2020). Mobile phone support to sustain exclusive breastfeeding in the community after hospital delivery and counseling: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00258-z>
- E23 Kannaiah, B., Radha Mohan, M., Snigdha & Sharada (2019). Impact of lactation counseling to mothers on breast feeding practices. *International Archives of Integrated Medicine*, 6(2), 13–22.

- E24 Kramer, M. S., Chalmers, B., Hodnett, E. D., Sevkovskaya, Z., Dzikovich, I., Shapiro, S., Collet, J. P., Vanilovich, I., Mezen, I., Ducruet, T., Shishko, G., Zubovich, V., Mknuk, D., Gluchanina, E., Dombrovskiy, V., Ustinovitch, A., Kot, T., Bogdanovich, N., Ovchinnikova, L. & Helsing, E. (2001). Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): A randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 285(4), 413–420. <https://doi.org/10.1001/jama.285.4.413>
- E25 Li, L.-J., Aris, I. M., Han, W. M. & Tan, K. H. (2019). A promising food-coaching intervention program to achieve optimal gestational weight gain in overweight and obese pregnant women: Pilot randomized controlled trial of a smartphone app. *JMIR Formative Research*, 3(4), e13013. <https://doi.org/10.2196/13013>
- E26 Monte, C. M., Ashworth, A., Nations, M. K., Lima, A. A., Barreto, A. & Huttly, S. R. (1997). Designing educational messages to improve weaning food hygiene practices of families living in poverty. *Social Science & Medicine*, 44(10), 1453–1464. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00241-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00241-9)
- E27 Natale, R. A., Atem, F., Weerakoon, S., Lebron, C., Mathew, M. S., Sardinias, K., Chang, C., Shelnut, K. P., Spector, R., Altare, F. & Messiah, S. E. (2021). An implementation approach comparison of a child care center-based obesity prevention program. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 42(2), 135–145. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000861>
- E28 Phelan, S., Hagobian, T., Brannen, A., Hatley, K. E., Schaffner, A., Muñoz-Christian, K. & Tate, D. F. (2017). Effect of an Internet-based program on weight loss for low-income postpartum women: A randomized clinical trial. *JAMA*, 317(23), 2381–2391. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7119>
- E29 Pridham, K., Brown, R., Clark, R., Limbo, R. K., Schroeder, M., Henriques, J. & Bohne, E. (2005). Effect of guided participation on feeding competencies of mothers and their premature infants. *Research in Nursing & Health*, 28(3), 252–267. <https://doi.org/10.1002/nur.20073>
- E30 Quinn, V. J., Guyon, A. B., Schubert, J. W., Stone-Jiménez, M., Hainsworth, M. D. & Martin, L. H. (2005). Improving breastfeeding practices on a broad scale at the community level: Success stories from Africa and Latin America. *Journal of Human Lactation*, 21(3), 345–354. <https://doi.org/10.1177/0890334405278383>
- E31 Reeder, J. A., Joyce, T., Sibley, K., Arnold, D. & Altindag, O. (2014). Telephone peer counseling of breastfeeding among WIC participants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 134(3), e700–9. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-4146>
- E32 Richards, J., Hackett, A., Duggan, B., Ellis, T., Forrest, D. & Grey, P. (2009). An evaluation of an attempt to change the snacking habits of pre-school children using social marketing. *Public Health*, 123 Suppl 1, e31–7. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.07.001>
- E33 Rojjanasrirat, W., Nelson, E.-L. & Wambach, K. A. (2012). A pilot study of home-based videoconferencing for breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 464–467. <https://doi.org/10.1177/0890334412449071>
- E34 Rozga, M. R., Kerver, J. M. & Olson, B. H. (2015). Impact of peer counselling breastfeeding support programme protocols on any and exclusive breast-feeding discontinuation in low-income women. *Public Health Nutrition*, 18(3), 453–463. <https://doi.org/10.1017/S1368980014000603>
- E35 Shoham-Yakubovich, I., Pliskin, J. S. & Carr, D. (1990). Infant feeding practices: An evaluation of the impact of a health education course. *American Journal of Public Health*, 80(6), 732–734. <https://doi.org/10.2105/ajph.80.6.732>
- E36 Silfee, V. J., Lopez-Cepero, A., Lemon, S. C., Estabrook, B., Nguyen, O., Wang, M. L. & Rosal, M. C. (2018). Adapting a behavioral weight loss intervention for delivery via Facebook: A pilot series among low-income postpartum women. *JMIR Formative Research*, 2(2), e18. <https://doi.org/10.2196/formative.9597>
- E37 Simonetti, V., Palma, E., Giglio, A., Mohn, A. & Cicolini, G. (2012). A structured telephonic counselling to promote the exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to six months: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3), 289–294. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02040.x>

- E38 van der Pligt, P., Ball, K., Hesketh, K. D., Teychenne, M., Crawford, D., Morgan, P. J., Collins, C. E. & Campbell, K. J. (2018). A pilot intervention to reduce postpartum weight retention and central adiposity in first-time mothers: Results from the mums OnLiNE (Online, Lifestyle, Nutrition & Exercise) study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 314–328. <https://doi.org/10.1111/jhn.12521>
- E39 van Dijk, M. R., Koster, M. P. H., Oostingh, E. C., Willemsen, S. P., Steegers, E. A. P. & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2020). A mobile app lifestyle intervention to improve healthy nutrition in women before and during early pregnancy: Single-center randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 22(5), e15773. <https://doi.org/10.2196/15773>
- E40 White, S., Schmidt, W., Sahanggamu, D., Fatmaningrum, D., van Liere, M. & Curtis, V. (2016). Can gossip change nutrition behaviour? Results of a mass media and community-based intervention trial in East Java, Indonesia. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 348–364. <https://doi.org/10.1111/tmi.12660>
- E41 Willcox, J. C., Wilkinson, S. A., Lappas, M., Ball, K., Crawford, D., McCarthy, E. A., Fjeldsoe, B., Whittaker, R., Maddison, R. & Campbell, K. J. (2017). A mobile health intervention promoting healthy gestational weight gain for women entering pregnancy at a high body mass index: The txt4two pilot randomised controlled trial. *BJOG*, 124(11), 1718–1728. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14552>
- E42 Woodward-Lopez, G., Kao, J., Kuo, E. S., James, P., Lenhart, K., Becker, C., Boyle, K., Williamson, D. & Rauzon, S. (2018). Changes in nutrition policies and dietary intake in child care homes participating in healthy eating and active living initiative. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(5 Suppl 2), S170-S177. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.007>
- E43 Yoong, S. L., Grady, A., Wiggers, J. H., Stacey, F. G., Rissel, C., Flood, V., Finch, M., Wyse, R., Sutherland, R., Salajan, D., O'Rourke, R., Lecathelinais, C., Barnes, C., Pond, N., Gillham, K., Green, S. & Wolfenden, L. (2020). Child-level evaluation of a web-based intervention to improve dietary guideline implementation in childcare centers: A cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 111(4), 854–863. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa025>

6.2.2 Nicht erfolgreiche Interventionen (N01–N22)

- N01 Birmingham, B., Shultz, J. A. & Edlefsen, M. (2004). Evaluation of a Five-A-Day recipe booklet for enhancing the use of fruits and vegetables in low-income households. *Journal of Community Health*, 29(1), 45–62. <https://doi.org/10.1023/b:johe.0000007444.05960.40>
- N02 Borzekowski, D. L. G. & Robinson, T. N. (2001). The 30-second effect: An experiment revealing the impact of television commercials on food preferences of preschoolers. *Journal of the American Dietetic Association*, 101(1), 42–46. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(01\)00012-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(01)00012-8)
- N03 Chao, A. M., Srinivas, S. K., Studt, S. K., Diewald, L. K., Sarwer, D. B. & Allison, K. C. (2017). A pilot randomized controlled trial of a technology-based approach for preventing excess weight gain during pregnancy among women with overweight. *Frontiers in Nutrition*, 57. <https://doi.org/10.3389/fnut.2017.00057>
- N04 Cheng, W.-C., Thompson, C. B., Smith, J. A., Pugh, L. & Stanley, C. (2003). A web-based breastfeeding education program. *The Journal of Perinatal Education*, 12(1), 29–41. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.12.1.29>
- N05 Ericson, J., Eriksson, M., Hellström-Westas, L., Hoddinott, P. & Flacking, R. (2018). Proactive telephone support provided to breastfeeding mothers of preterm infants after discharge: A randomised controlled trial. *Acta Paediatrica*, 107(5), 791–798. <https://doi.org/10.1111/apa.14257>

- N06 Hill, B., Skouteris, H., Fuller-Tyszkiewicz, M. & McPhie, S. (2016). Can a health coaching intervention delivered during pregnancy help prevent excessive gestational weight gain? *Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 793–803. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9743-9>
- N07 Jiang, H., Li, M., Wen, L. M., Baur, L., He, G., Ma, X. & Qian, X. (2019). A community-based short message service intervention to improve mothers' feeding practices for obesity prevention: Quasi-experimental study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e13828. <https://doi.org/10.2196/13828>
- N08 Kaskutas, L. A., Greenfield, T., Lee, M. E. & Cote, J. (1998). Reach and effects of health messages on drinking during pregnancy. *Journal of Health Education*, 29(1), 11–20. <https://doi.org/10.1080/10556699.1998.10603292>
- N09 Kavanagh, K. F., Cohen, R. J., Heinig, M. J. & Dewey, K. G. (2008). Educational intervention to modify bottle-feeding behaviors among formula-feeding mothers in the WIC program: Impact on infant formula intake and weight gain. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(4), 244–250. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.002>
- N10 Kempenaar, L. E. & Darwent, K. L. (2013). The impact of peer support training on mothers' attitudes towards and knowledge of breastfeeding. *Maternal & Child Nutrition*, 9(3), 359–368. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00373.x>
- N11 Kennedy, R. A. K., Reynolds, C. M. E., Cawley, S., O'Malley, E., McCartney, D. M. & Turner, M. J. (2019). A web-based dietary intervention in early pregnancy and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 41(2), 371–378. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy117>
- N12 Kugler, K. C., Balantekin, K. N., Birch, L. L. & Savage, J. S. (2016). Application of the multiphase optimization strategy to a pilot study: an empirical example targeting obesity among children of low-income mothers. *BMC Public Health*, 1181. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3850-y>
- N13 Mistry, S. K., Hossain, M. B. & Arora, A. (2019). Maternal nutrition counselling is associated with reduced stunting prevalence and improved feeding practices in early childhood: A post-program comparison study. *Nutrition Journal*, 18(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12937-019-0473-z>
- N14 Niela-Vilén, H., Axelin, A., Melender, H.-L., Löyttyniemi, E. & Salanterä, S. (2016). Breastfeeding preterm infants: A randomized controlled trial of the effectiveness of an Internet-based peer-support group. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2495–2507. <https://doi.org/10.1111/jan.12993>
- N15 Piro, S. S. & Ahmed, H. M. (2020). Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: An experimental study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2701-0>
- N16 Power, J. M. & Bersamin, A. (2018). A text messaging intervention (Txt4HappyKids) to promote fruit and vegetable intake among families with young children: Pilot study. *JMIR Formative Research*, 2(2), e13. <https://doi.org/10.2196/formative.8544>
- N17 Prado, B., McMahan, S., Mouttapa, M., Salazar, I., Love, G. & Norwood, S. (2012). Educational telenovela (soap opera) approach to promote breastfeeding among U.S. latinas. *Californian Journal of Health Promotion*, 10(SI-Obesity), 67–73. <https://doi.org/10.32398/cjhp.v10iSI-Obesity.1472>
- N18 Russell, C. G., Denney-Wilson, E., Laws, R. A., Abbott, G., Zheng, M., Lymer, S. J., Taki, S., Litterbach, E.-K. V., Ong, K.-L. & Campbell, K. J. (2018). Impact of the growing healthy mhealth program on maternal feeding practices, infant food preferences, and satiety responsiveness: Quasi-experimental study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(4), e77. <https://doi.org/10.2196/mhealth.9303>
- N19 Schlickau, J. & Wilson, M. (2005). Development and testing of a prenatal breastfeeding education intervention for Hispanic women. *The Journal of Perinatal Education*, 14(4), 24–35. <https://doi.org/10.1624/105812405X72302>
- N20 Smith, J., George, V. A. & Easton, P. S. (2001). Home-grown television: A way to promote better nutrition in a native Alaskan community. *Journal of Nutrition Education*, 33(1), 59–60. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60013-4](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60013-4)

- N21 Srinivas, G. L., Benson, M., Worley, S. & Schulte, E. (2015). A clinic-based breast-feeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: Interaction with breastfeeding attitude. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 120–128. <https://doi.org/10.1177/0890334414548860>
- N22 van Acker, F. & Bakker, E. (2012). A functional assessment of the impact of advantages and disadvantages on breastfeeding attitude. *Psicológica*, 33, 533–545.

6.3 Zielgruppen 2 und 3: Einzelstudien-Recherche und zusätzliche Literatur

- M01 Baker, J., Sanghvi, T., Hajeerhoy, N., Martin, L. & Lapping, K. (2013). Using an evidence-based approach to design large-scale programs to improve infant and young child feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, 34(3 Suppl), S146-55. <https://doi.org/10.1177/156482651303435202>
- M02 Ben-Sefer, E., Ben-Natan, M. & Ehrenfeld, M. (2009). Childhood obesity: Current literature, policy and implications for practice. *International Nursing Review*, 56(2), 166–173. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00708.x>
- M03 Council of Chief State School Officers (2016). Let's get this conversation started: Strategies, tools, examples and resources to help states engage with stakeholders to develop and implement their ESSA plans. <https://ccsso.org/sites/default/files/2017-12/CCSSOStakeholderEngagementGuideFINAL.pdf>
- M04 Durham, E., Baker, H., Smith, M., Moore, E. & Morgan, V. (2014). The BiodivERsA stakeholder engagement handbook. BiodivERsA. <https://www.biodiversa.org/705/download>
- M05 Eykelenboom, M., van Stralen, M. M., Olthof, M. R., Schoonmade, L. J., Steenhuis, I. H. M. & Renders, C. M. (2019). Political and public acceptability of a sugar sweetened beverages tax: A mixed-method systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 78. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0843-0>
- M06 Farrell, L., Lloyd, B., Matthews, R., Bravo, A., Wiggers, J. & Rissel, C. (2014). Applying a performance monitoring framework to increase reach and adoption of children's healthy eating and physical activity programs. *Public Health Research & Practice*, 25(1). <https://doi.org/10.17061/phrp2511408>
- M07 Johnson, D. B., Smith, L. T. & Bruemmer, B. (2007). Small-grants programs: Lessons from community-based approaches to changing nutrition environments. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(2), 301–305. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.11.011>
- M08 Levy, D. T., Friend, K. B. & Wang, Y. C. (2011). A review of the literature on policies directed at the youth consumption of sugar sweetened beverages. *Advances in Nutrition*, 2(2), 182S-200S. <https://doi.org/10.3945/an.111.000356>
- M09 MacLellan, D., Taylor, J. & Freeze, C. (2009). Developing school nutrition policies: Enabling and barrier factors. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 70(4), 166–171. <https://doi.org/10.3148/70.4.2009.166>
- M10 Powell, B. J., Waltz, T. J., Chinman, M. J., Damschroder, L. J., Smith, J. L., Matthieu, M. M., Proctor, E. K. & Kirchner, J. E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10, 10–21. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0209-1>
- M11 Public Agenda (2017). Succes is what counts: A community college guide to community engagement & strategic partnerships. https://www.publicagenda.org/wp-content/uploads/2019/09/PublicAgenda_SuccesIsWhatCounts_Guide_2017.pdf

- M12 Ruiters, E. L. M., Molleman, G. R. M., Fransen, G. A. J., Wagenaar, M., van der Velden, K. & Engels, R. C. M. E. (2020). A set of pedagogical recommendations for improving the integrated approach to childhood overweight and obesity: A Delphi study. *PloS One*, 15(4), e0231245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231245>
- M13 Sacks, G., Swinburn, B. A. & Lawrence, M. A. (2008). A systematic policy approach to changing the food system and physical activity environments to prevent obesity. *Australia and New Zealand Health Policy*, 5, 13. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-5-13>
- M14 Sadegholvad, S., Yeatman, H., Omidvar, N., Parrish, A. M. & Worsley, A. (2016). Best strategies to improve school-leavers' knowledge of nutrition and food systems: Views from experts in Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, 7, 119. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.193094>
- M15 Schwartz, M. B., Just, D. R., Chriqui, J. F. & Ammerman, A. S. (2017). Appetite self-regulation: Environmental and policy influences on eating behaviors. *Obesity*, 25 Suppl 1, S26-S38. <https://doi.org/10.1002/oby.21770>
- M16 Seymour, J. D., Fenley, M. A., Yaroch, A. L., Khan, L. K. & Serdula, M. (2004). Fruit and vegetable environment, policy, and pricing workshop: Introduction to the conference proceedings. *Preventive Medicine*, 39 Suppl 2, S71-4. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.07.009>
- M17 Söderlund, L. L., Malmsten, J., Bendtsen, P. & Nilsen, P. (2010). Applying motivational interviewing (MI) in counselling obese and overweight children and parents in Swedish child healthcare. *Health Education Journal*, 69(4), 390-400. <https://doi.org/10.1177/0017896910373136>
- M18 Steenbock, B., Muellmann, S., Zeeb, H. & Pischke, C. R. (2017). Förderung einer ausgewogenen Ernährung und körperlicher Aktivität von Kindern: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung und Aufrechterhaltung von Mehrebeneninterventionen und politischen Maßnahmen: Ergebnisse aus zwei qualitativen Fallstudien. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 60(10), 1124-1138. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2611-0>
- M19 Swindle, T., McBride, N. M., Selig, J. P., Johnson, S. L., Whiteside-Mansell, L., Martin, J., Staley, A. & Curran, G. M. (2021). Stakeholder selected strategies for obesity prevention in childcare: Results from a small-scale cluster randomized hybrid type III trial. *Implementation Science*, 16(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01119-x>
- M20 Trude, A. C., Surkan, P. J., Anderson Steeves, E., Pollack Porter, K. & Gittelsohn, J. (2019). The impact of a multilevel childhood obesity prevention intervention on healthful food acquisition, preparation, and fruit and vegetable consumption on African-American adult caregivers. *Public Health Nutrition*, 22(7), 1300-1315. <https://doi.org/10.1017/S1368980018003038>
- M21 van Koperen, T. M., Kruif, A. de, van Antwerpen, L., Hendriks, A. M., Seidell, J. C., Schuit, A. J. & Renders, C. M. (2016). Barriers to and facilitators of the evaluation of integrated community-wide overweight intervention approaches: A qualitative case study in two Dutch municipalities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(4), 390. <https://doi.org/10.3390/ijerph13040390>
- M22 Verheijden, M. W. & Kok, F. J. (2005). Public health impact of community-based nutrition and lifestyle interventions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59 Suppl 1, 66-75. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602176>
- M23 Verweij, L. M., Proper, K. I., Leffelaar, E. R., Weel, A. N. H., Nauta, A. P., Hulshof, C. T. J. & van Mechelen, W. (2012). Barriers and facilitators to implementation of an occupational health guideline aimed at preventing weight gain among employees in the Netherlands. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(8), 954-960. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3182511c9f>

- M24 Willis, T. A., Potrata, B., Hunt, C. & Rudolf, M. C. J. (2012). Training community practitioners to work more effectively with parents to prevent childhood obesity: The impact of HENRY upon Children's Centres and their staff. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 25(5), 460–468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2012.01247.x>
- M25 World Health Organization (2010). Set of recommendations on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210_eng.pdf?ua=1
- M26 World Health Organization (2017). Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. <http://www.who.int/iris/handle/10665/259807>
- M27 Yin, Z., Ullevig, S. L., Sosa, E., Liang, Y., Olmstead, T., Howard, J. T., Errisuriz, V. L., Estrada, V. M., Martinez, C. E., He, M., Small, S., Schoenmakers, C. & Parra-Medina, D. (2019). Study protocol for a cluster randomized controlled trial to test „¡Míranos! Look at Us, We Are Healthy!“ – an early childhood obesity prevention program. *BMC Pediatrics*, 19(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1541-4>
- M28 Zarnowiecki, D., Mauch, C. E., Middleton, G., Matwiejczyk, L., Watson, W. L., Dibbs, J., Dessaix, A. & Golley, R. K. (2020). A systematic evaluation of digital nutrition promotion websites and apps for supporting parents to influence children's nutrition. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-0915-1>

6.4 Recherchierte Reviews (R001–R187)

- R001 Abdel Rahman, A., Jomaa, L., Kahale, L. A., Adair, P. & Pine, C. (2018). Effectiveness of behavioral interventions to reduce the intake of sugar-sweetened beverages in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition Reviews*, 76(2), 88–107. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nux061>
- R002 Abuhaloob, L., Carson, S., Richards, D. & Freeman, R. (2018). Community-based nutrition intervention to promote oral health and restore healthy body weight in refugee children: A scoping review. *Community Dental Health*, 35(2), 81–88. https://doi.org/10.1922/CDH_4188Abuhaloob08
- R003 Albert Pérez, E., Mateu Olivares, V., Martínez-Espinosa, R. M., Molina Vila, M. D. & Reig García-Galbis, M. (2018). New insights about how to make an intervention in children and adolescents with metabolic syndrome: Diet, exercise vs. changes in body composition. A systematic review of RCT. *Nutrients*, 10(7), 878. <https://doi.org/10.3390/nu10070878>
- R004 Andrade, J., Lotton, J. & Andrade, J. (2018). Systematic review: Frameworks used in school-based interventions, the impact on hispanic children's obesity-related outcomes. *The Journal of School Health*, 88(11), 847–858. <https://doi.org/10.1111/josh.12693>
- R005 Anzman-Frasca, S., Ventura, A. K., Ehrenberg, S. & Myers, K. P. (2018). Promoting healthy food preferences from the start: A narrative review of food preference learning from the prenatal period through early childhood. *Obesity Reviews*, 19(4), 576–604. <https://doi.org/10.1111/obr.12658>
- R006 Ash, T., Agaronov, A., Young, T., Aftosmes-Tobio, A. & Davison, K. K. (2017). Family-based childhood obesity prevention interventions: A systematic review and quantitative content analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0571-2>
- R007 Avery, A., Bostock, L. & McCullough, F. (2015). A systematic review investigating interventions that can help reduce consumption of sugar-sweetened beverages in children leading to changes in body fatness. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28 Suppl 1, 52–64. <https://doi.org/10.1111/jhn.12267>
- R008 Baranowski, T., Ryan, C., Hoyos-Cespedes, A. & Lu, A. S. (2019). Nutrition education and dietary behavior change games: A scoping review. *Games for Health Journal*, 8(3), 153–176. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0070>
- R009 Bazzano, A. N., Kaji, A., Felker-Kantor, E., Bazzano, L. A. & Potts, K. S. (2017). Qualitative studies of infant and young child feeding in lower-income countries: A systematic review and synthesis of dietary patterns. *Nutrients*, 9(10), 1140. <https://doi.org/10.3390/nu9101140>
- R010 Beynon, C., Pashayan, N., Fisher, E., Hargreaves, D. S., Bailey, L. & Raine, R. (2020). A cross-sectional study using the Childhood Measurement Programme for Wales to examine population-level risk factors associated with childhood obesity. *Public Health Nutrition*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/S1368980020001913>
- R011 Black, A. P., Brimblecombe, J., Eyles, H., Morris, P., Vally, H. & O'Dea, K. (2012). Food subsidy programs and the health and nutritional status of disadvantaged families in high income countries: A systematic review. *BMC Public Health*, 12, 1099. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1099>
- R012 Black, A. P., D'Onise, K., McDermott, R., Vally, H. & O'Dea, K. (2017). How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? A systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 818. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4795-5>
- R013 Bourke, M., Whittaker, P. J. & Verma, A. (2014). Are dietary interventions effective at increasing fruit and vegetable consumption among overweight children? A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(5), 485–490. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203238>

- R014 Brannon, E. E. & Cushing, C. C. (2015). A systematic review: Is there an app for that? Translational science of pediatric behavior change for physical activity and dietary interventions. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(4), 373–384. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu108>
- R015 Brennan, L. K., Brownson, R. C. & Orleans, C. T. (2014). Childhood obesity policy research and practice: Evidence for policy and environmental strategies. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(1), e1-16. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.022>
- R016 Brennan, L., Castro, S., Brownson, R. C., Claus, J. & Orleans, C. T. (2011). Accelerating evidence reviews and broadening evidence standards to identify effective, promising, and emerging policy and environmental strategies for prevention of childhood obesity. *Annual Review of Public Health*, 32, 199–223. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101206>
- R017 Brown, E. C., Buchan, D. S., Baker, J. S., Wyatt, F. B., Bocalini, D. S. & Kilgore, L. (2016). A systematised review of primary school whole class child obesity interventions: Effectiveness, characteristics, and strategies. *BioMed Research International*, 2016, 4902714. <https://doi.org/10.1155/2016/4902714>
- R018 Brown, H. M., Bucher, T., Collins, C. E. & Rollo, M. E. (2019). A review of pregnancy iPhone apps assessing their quality, inclusion of behaviour change techniques, and nutrition information. *Maternal & Child Nutrition*, 15(3), e12768. <https://doi.org/10.1111/mcn.12768>
- R019 Brown, T. & Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: An update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews*, 10(1), 110–141. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2008.00515.x>
- R020 Bruce, A. S., Lim, S.-L., Smith, T. R., Cherry, J. B. C., Black, W. R., Davis, A. M. & Bruce, J. M. (2015). Apples or candy? Internal and external influences on children's food choices. *Appetite*, 93, 31–34. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.061>
- R021 Brug, J., Campbell, M. & van Assema, P. (1999). The application and impact of computer-generated personalized nutrition education: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 36(2), 145–156. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00131-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00131-1)
- R022 Burrows, T. L., Khambalia, A. Z., Perry, R., Carty, D., Hendrie, G. A., Allman-Farinelli, M. A., Garnett, S. P., McNaughton, S. A., Rangan, A. M., Truby, H., Collins, C. E. & Golley, R. K. (2015). Great 'app-eal' but not there yet: A review of iPhone nutrition applications relevant to child weight management. *Nutrition & Dietetics*, 72(4), 363–367. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12184>
- R023 Calderon, K. S., Yucha, C. B. & Schaffer, S. D. (2005). Obesity-related cardiovascular risk factors: Intervention recommendations to decrease adolescent obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2004.12.001>
- R024 Cambell, K. & Crawford, D. (2001). Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviours: Family food environments as determinants of preschool-aged children's eating behaviors: Implications for obesity prevention policy. A review. *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 58(1), 19–25.
- R025 Campbell, K. J. & Hesketh, K. D. (2007). Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 8(4), 327–338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2006.00305.x>
- R026 Cannon, S., Lastella, M., Vincze, L., Vandelanotte, C. & Hayman, M. (2020). A review of pregnancy information on nutrition, physical activity and sleep websites. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 33(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.12.007>

- R027 Carducci, B., Oh, C., Keats, E. C., Roth, D. E. & Bhutta, Z. A. (2020). Effect of food environment interventions on anthropometric outcomes in school-aged children and adolescents in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Current Developments in Nutrition*, 4(7). <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa098>
- R028 Caroli, M., Argentieri, L., Cardone, M. & Masi, A. (2004). Role of television in childhood obesity prevention. *International Journal of Obesity*, 28, Suppl. 3, 104–108. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802802>
- R029 Cerin, E., Barnett, A. & Baranowski, T. (2009). Testing theories of dietary behavior change in youth using the mediating variable model with intervention programs. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(5), 309–318. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.03.129>
- R030 Chambers, S. A., Freeman, R., Anderson, A. S. & MacGillivray, S. (2015). Reducing the volume, exposure and negative impacts of advertising for foods high in fat, sugar and salt to children: A systematic review of the evidence from statutory and self-regulatory actions and educational measures. *Preventive Medicine*, 75, 32–43. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.02.011>
- R031 Champion, K. E., Newton, N. C., Spring, B., Wafford, Q. E., Parmenter, B. J. & Teesson, M. (2017). A systematic review of school-based eHealth interventions targeting alcohol use, smoking, physical inactivity, diet, sedentary behaviour and sleep among adolescents: A review protocol. *Systematic Reviews*, 6(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0645-x>
- R032 Chapman, D. J. & Pérez-Escamilla, R. (2012). Breastfeeding among minority women: Moving from risk factors to interventions. *Advances in Nutrition*, 3(1), 95–104. <https://doi.org/10.3945/an.111.001016>
- R033 Chaudhary, A., Sudzina, F. & Mikkelsen, B. E. (2020). Promoting healthy eating among young people: A review of the evidence of the impact of school-based interventions. *Nutrients*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/nu12092894>
- R034 Chaudhury, S. R. & Hyman, M. (2019). Children's influence on consumption-related decisions in single-mother families: Research review and agenda. *Cogent Business & Management*, 6(1), 1622178. <https://doi.org/10.1080/23311975.2019.1622178>
- R035 Chepkirui, D., Nzinga, J., Jemutai, J., Tsofa, B., Jones, C. & Mwangome, M. (2020). A scoping review of breastfeeding peer support models applied in hospital settings. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00331-7>
- R036 Chow, C. Y., Riantiningtyas, R. R., Kanstrup, M. B., Papavasileiou, M., Liem, G. D. & Olsen, A. (2020). Can games change children's eating behaviour? A review of gamification and serious games. *Food Quality and Preference*, 80, 103823. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2019.103823>
- R037 Cislak, A., Safron, M., Pratt, M., Gaspar, T. & Luszczynska, A. (2012). Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: A systematic umbrella review. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 321–331. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01285.x>
- R038 Cohen, G. M., Irby, M. B., Boles, K., Jordan, C. & Skelton, J. A. (2012). Telemedicine and pediatric obesity treatment: Review of the literature and lessons learned. *Clinical Obesity*, 2(3-4), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1758-8111.2012.00050.x>
- R039 Colley, P., Myer, B., Seabrook, J. & Gilliland, J. (2019). The impact of Canadian school food programs on children's nutrition and health: A systematic review. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 80(2), 79–86. <https://doi.org/10.3148/cjdpr-2018-037>
- R040 Contento I, Balch, G. I., Bronner Y. L., Lytle, L. A., Maloney, S. K., Olson, C. M. & Swadener, S. S. (1995). The effectiveness of nutrition education and implications for nutrition education policy, programs, and research: A review of research. *Journal of Nutrition Education*, 27(6), 277–418.

- R041 Cowburn, G. & Boxer, A. (2007). Magazines for children and young people and the links to Internet food marketing: A review of the extent and type of food advertising. *Public Health Nutrition*, 10(10), 1024–1031. <https://doi.org/10.1017/S1368980007666658>
- R042 Dallacker, M., Hertwig, R. & Mata, J. (2018). The frequency of family meals and nutritional health in children: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(5), 638–653. <https://doi.org/10.1111/obr.12659>
- R043 Dallacker, M., Hertwig, R. & Mata, J. (2019). Quality matters: A meta-analysis on components of healthy family meals. *Health Psychology*, 38(12), 1137–1149. <https://doi.org/10.1037/hea0000801>
- R044 Dalrymple, K. V., Martyni-Orenowicz, J., Flynn, A. C., Poston, L. & O’Keeffe, M. (2018). Can antenatal diet and lifestyle interventions influence childhood obesity? A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 14(4), e12628. <https://doi.org/10.1111/mcn.12628>
- R045 DeCosta, P., Møller, P., Frøst, M. B. & Olsen, A. (2017). Changing children’s eating behaviour – A review of experimental research. *Appetite*, 113, 327–357. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.03.004>
- R046 Deeney, M. & Harris-Fry, H. (2020). What influences child feeding in the Northern Triangle? A mixed-methods systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4), e13018. <https://doi.org/10.1111/mcn.13018>
- R047 Di Noia, J. & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Determinants of fruit and vegetable intake in low-income children and adolescents. *Nutrition Reviews*, 72(9), 575–590. <https://doi.org/10.1111/nure.12126>
- R048 Dias, J. D., Domingues, A. N., Tibes, C. M., Zem-Mascarenhas, S. H. & Fonseca, L. M. M. (2018). Serious games as an educational strategy to control childhood obesity: A systematic literature review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3036. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2509.3036>
- R049 Domínguez Rodríguez, A., Cebolla Marti, A. J., Oliver-Gasch, E. & Baños-Rivera, R. M. (2016). Online platforms to teach nutrition education to children: A non-systematic review. *Nutricion Hospitalaria*, 33(6), 1444–1451. <https://doi.org/10.20960/nh.808>
- R050 Draper, C. E., Grobler, L., Micklesfield, L. K. & Norris, S. A. (2015). Impact of social norms and social support on diet, physical activity and sedentary behaviour of adolescents: A scoping review. *Child: Care, Health and Development*, 41(5), 654–667. <https://doi.org/10.1111/cch.12241>
- R051 Dudley, D. A., Cotton, W. G. & Peralta, L. R. (2015). Teaching approaches and strategies that promote healthy eating in primary school children: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 28. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0182-8>
- R052 Elliott, C. & Truman, E. (2020). The power of packaging: A scoping review and assessment of child-targeted food packaging. *Nutrients*, 12(4), 958. <https://doi.org/10.3390/nu12040958>
- R053 Ells, L. J., Rees, K., Brown, T., Mead, E., Al-Khudairy, L., Azevedo, L., McGeechan, G. J., Baur, L., Loveman, E., Clements, H., Rayco-Solon, P., Farpour-Lambert, N. & Demaio, A. (2018). Interventions for treating children and adolescents with overweight and obesity: An overview of Cochrane reviews. *International Journal of Obesity*, 42(11), 1823–1833. <https://doi.org/10.1038/s41366-018-0230-y>
- R054 Engler-Stringer, R., Le, H., Gerrard, A. & Muhajarine, N. (2014). The community and consumer food environment and children’s diet: A systematic review. *BMC Public Health*, 14, 522. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-522>
- R055 Fazelpour, M. & Cunningham, F. (2019). Barriers and facilitators to the implementation of brief interventions targeting smoking, nutrition, and physical activity for indigenous populations: A narrative review. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1059-2>
- R056 Foster, B. A., Fu, E., Bendiks, N., Gaspard, C. S. & Sharifi, M. (2018). Capacity-oriented approaches to developing childhood obesity interventions: A systematic review. *Clinical Obesity*, 8(2), 95–104. <https://doi.org/10.1111/cob.12234>

- R057 Frerichs, L., Brittin, J., Sorensen, D., Trowbridge, M. J., Yaroch, A. L., Siahpush, M., Tibbits, M. & Huang, T. T.-K. (2015). Influence of school architecture and design on healthy eating: A review of the evidence. *American Journal of Public Health*, 105(4), 46-57. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302453>
- R058 Ganann, R., Fitzpatrick-Lewis, D., Ciliska, D., Peirson, L., Warren, R., Fieldhouse, P., Delgado-Noguera, M., Tort, S., Hams, S., Martinez-Zapata, M. J. & Wolfenden, L. (2014). Enhancing nutritional environments through access to fruit and vegetables in schools and homes among children and youth: A systematic review. *BMC Research Notes*, 7, 422. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-422>
- R059 Gibson, E. L., Kreichauf, S., Wildgruber, A., Vögele, C., Summerbell, C. D., Nixon, C., Moore, H., Douthwaite, W. & Manios, Y. (2012). A narrative review of psychological and educational strategies applied to young children's eating behaviours aimed at reducing obesity risk. *Obesity Reviews*, 13 Suppl 1, 85-95. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00939.x>
- R060 Grazioplene, M. M., Downs, S. M., O'Brien, Q. & Fanzo, J. (2018). Systematic review of the design, implementation and effectiveness of mass media and nutrition education interventions for infant and young child feeding. *Public Health Nutrition*, 21(2), 273-287. <https://doi.org/10.1017/S1368980017002786>
- R061 Gutiérrez-Camacho, C., Méndez-Sánchez, L., Klünder-Klünder, M., Clark, P. & Denova-Gutiérrez, E. (2019). Association between sociodemographic factors and dietary patterns in children under 24 months of age: A systematic review. *Nutrients*, 11(9), 2006. <https://doi.org/10.3390/nu11092006>
- R062 Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R. & Paxton, S. J. (2015). Parents and prevention: A systematic review of interventions involving parents that aim to prevent body dissatisfaction or eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157-169. <https://doi.org/10.1002/eat.22284>
- R063 Hartman, M. A., Hosper, K. & Stronks, K. (2011). Targeting physical activity and nutrition interventions towards mothers with young children: A review on components that contribute to attendance and effectiveness. *Public Health Nutrition*, 14(8), 1364-1381. <https://doi.org/10.1017/S1368980010001941>
- R064 Hendrie, G. A., Brindal, E., Baird, D. & Gardner, C. (2013). Improving children's dairy food and calcium intake: can intervention work? A systematic review of the literature. *Public Health Nutrition*, 16(2), 365-376. <https://doi.org/10.1017/S1368980012001322>
- R065 Hendrie, G. A., Lease, H. J., Bowen, J., Baird, D. L. & Cox, D. N. (2017). Strategies to increase children's vegetable intake in home and community settings: A systematic review of literature. *Maternal & Child Nutrition*, 13(1), e12276. <https://doi.org/10.1111/mcn.12276>
- R066 Herrmann, L. K., Henry, B. & Hogan, L. (2017). Building collective impact to improve health and reduce obesity among children a report on a participatory research approach. *American Journal of Health Studies*, 32(2).
- R067 Hingle, M. D., O'Connor, T. M., Dave, J. M. & Baranowski, T. (2010). Parental involvement in interventions to improve child dietary intake: A systematic review. *Preventive Medicine*, 51(2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.04.014>
- R068 Hinnig, P. d. F., Monteiro, J. S., Assis, M. A. A. de, Levy, R. B., Peres, M. A., Perazi, F. M., Porporatti, A. L. & Canto, G. D. L. (2018). Dietary patterns of children and adolescents from high, medium and low human development countries and associated socioeconomic factors: A systematic review. *Nutrients*, 10(4), 436. <https://doi.org/10.3390/nu10040436>
- R069 Holmberg Fagerlund, B., Helseth, S., Owe, J. & Glavin, K. (2017). Counselling parents on young children's healthy diet: A modified scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4039-4052. <https://doi.org/10.1111/jocn.13892>
- R070 Horodyska, K., Luszczynska, A., van den Berg, M., Hendriksen, M., Roos, G., Bourdeaudhuij, I. de & Brug, J. (2015). Good practice characteristics of diet and physical activity interventions and policies: An umbrella review. *BMC Public Health*, 15, 19. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1354-9>

- R071 Howerton, M. W., Bell, B. S., Dodd, K. W., Berrigan, D., Stolzenberg-Solomon, R. & Nebeling, L. (2007). School-based nutrition programs produced a moderate increase in fruit and vegetable consumption: Meta and pooling analyses from 7 studies. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(4), 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2007.01.010>
- R072 Hromi-Fiedler, A. J., Dos Santos Buccini, G., Gubert, M. B., Doucet, K. & Pérez-Escamilla, R. (2019). Development and pretesting of „Becoming Breastfeeding Friendly“: Empowering governments for global scaling up of breastfeeding programmes. *Maternal & Child Nutrition*, 15(1), e12659. <https://doi.org/10.1111/mcn.12659>
- R073 Innella, N. & Jameson, B. E. (2020). Interventions that impact weight status in Hispanic preschool children. *Public Health Nursing*, 37(1), 25–38. <https://doi.org/10.1111/phn.12677>
- R074 Jaime, P. C. & Lock, K. (2009). Do school based food and nutrition policies improve diet and reduce obesity? *Preventive Medicine*, 48(1), 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.10.018>
- R075 Jenkin, G., Madhvani, N., Signal, L. & Bowers, S. (2014). A systematic review of persuasive marketing techniques to promote food to children on television. *Obesity Reviews*, 15(4), 281–293. <https://doi.org/10.1111/obr.12141>
- R076 Johnson, B. J., Hendrie, G. A. & Golley, R. K. (2016). Reducing discretionary food and beverage intake in early childhood: A systematic review within an ecological framework. *Public Health Nutrition*, 19(9), 1684–1695. <https://doi.org/10.1017/S1368980015002992>
- R077 Johnson, B. J., Zarnowiecki, D., Hendrie, G. A., Mauch, C. E. & Golley, R. K. (2018). How to reduce parental provision of unhealthy foods to 3- to 8-year-old children in the home environment? A systematic review utilizing the Behaviour Change Wheel framework. *Obesity Reviews*, 19(10), 1359–1370. <https://doi.org/10.1111/obr.12702>
- R078 Kader, M., Sundblom, E. & Elinder, L. S. (2015). Effectiveness of universal parental support interventions addressing children’s dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. *Preventive Medicine*, 77, 52–67. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.005>
- R079 Kamdar, N., Rozmus, C. L., Grimes, D. E. & Meiningner, J. C. (2019). Ethnic/racial comparisons in strategies parents use to cope with food insecurity: A systematic review of published research. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 21(1), 175–188. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0720-y>
- R080 Kanhadilok, S. & McGrath, J. M. (2015). An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 24(2), 119–127. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.24.2.119>
- R081 Katz, D. L., O’Connell, M., Njike, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32(12), 1780–1789. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.158>
- R082 Kerr, J. A., Loughman, A., Knox, A., Koplin, J. J., Allen, K. J. & Wake, M. (2019). Nutrition-related interventions targeting childhood overweight and obesity: A narrative review. *Obesity Reviews*, 20 Suppl 1, 45–60. <https://doi.org/10.1111/obr.12768>
- R083 Kessler, H. S. (2016). Simple interventions to improve healthy eating behaviors in the school cafeteria. *Nutrition Reviews*, 74(3), 198–209. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuv109>
- R084 King, L., Gill, T., Allender, S. & Swinburn, B. (2011). Best practice principles for community-based obesity prevention: Development, content and application. *Obesity Reviews*, 12(5), 329–338. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00798.x>
- R085 Knai, C., Pomerleau, J., Lock, K. & McKee, M. (2006). Getting children to eat more fruit and vegetables: A systematic review. *Preventive Medicine*, 42(2), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2005.11.012>

- R086 Koplin, J. J., Kerr, J. A., Lodge, C., Garner, C., Dharmage, S. C., Wake, M. & Allen, K. J. (2019). Infant and young child feeding interventions targeting overweight and obesity: A narrative review. *Obesity Reviews*, 20 Suppl 1, 31–44. <https://doi.org/10.1111/obr.12798>
- R087 Kraak, V. I., Rincón-Gallardo Patiño, S. & Sacks, G. (2019). An accountability evaluation for the International Food & Beverage Alliance's Global Policy on Marketing Communications to Children to reduce obesity: A narrative review to inform policy. *Obesity Reviews*, 20 Suppl 2, 90–106. <https://doi.org/10.1111/obr.12859>
- R088 Kraak, V. I., Story, M. & Wartella, E. A. (2012). Government and school progress to promote a healthful diet to American children and adolescents: a comprehensive review of the available evidence. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 250–262. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.10.025>
- R089 Lambrinou, C.-P., Androutsos, O., Karaglani, E., Cardon, G., Huys, N., Wikström, K., Kivelä, J., Ko, W., Karuranga, E., Tsochev, K., Iotova, V., Dimova, R., Miguel-Etayo, P. de, M González-Gil, E., Tamás, H., Jancsó, Z., Liatis, S., Makrilakis, K. & Manios, Y. (2020). Effective strategies for childhood obesity prevention via school based, family involved interventions: A critical review for the development of the Feel4Diabetes-study school based component. *BMC Endocrine Disorders*, 20(Suppl 2), 52. <https://doi.org/10.1186/s12902-020-0526-5>
- R090 Langford, R., Bonell, C., Jones, H. & Campbell, R. (2015). Obesity prevention and the health promoting schools framework: Essential components and barriers to success. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 15. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0167-7>
- R091 Lee, J., Piao, M., Byun, A. & Kim, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of intervention for pediatric obesity using mobile technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225, 491–494.
- R092 Leis, R., Lamas, C. de, Castro, M.-J. de, Picáns, R., Gil-Campos, M. & Couce, M. L. (2019). Effects of nutritional education interventions on metabolic risk in children and adolescents: A systematic review of controlled trials. *Nutrients*, 12(1), 31. <https://doi.org/10.3390/nu12010031>
- R093 Leme, A. C., Haines, J., Tang, L., Dunker, K., Tucunduva Philippi, S., Fisberg, M., Ferrari, G. L. & Fisberg, R. M. (2020). Impact of strategies for preventing obesity and risk factors for eating disorders among adolescents: A systematic review. *Nutrients*, 12(10). <https://doi.org/10.20944/preprints202008.0299.v1>
- R094 Leroy, J. L., Gadsden, P. & Guijarro, M. (2012). The impact of daycare programmes on child health, nutrition and development in developing countries: A systematic review. *Journal of Development Effectiveness*, 4(3), 472–496. <https://doi.org/10.1080/19439342.2011.639457>
- R095 Li, J. S., Barnett, T. A., Goodman, E., Wasserman, R. C. & Kemper, A. R. (2013). Approaches to the prevention and management of childhood obesity: the role of social networks and the use of social media and related electronic technologies: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 127(2), 260–267. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182756d8e>
- R096 Ling, J., Robbins, L. B. & Wen, F. (2016). Interventions to prevent and manage overweight or obesity in preschool children: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 270–289. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.017>
- R097 Livingstone, S. & Helsper, E. J. (2006). Does advertising literacy mediate the effects of advertising on children? A critical examination of two linked research literatures in relation to obesity and food choice. *Journal of Communication*, 56(3), 560–584. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2006.00301.x>
- R098 Lu, A. S., Kharrazi, H., Gharghabi, F. & Thompson, D. (2013). A systematic review of health videogames on childhood obesity prevention and intervention. *Games for Health Journal*, 2(3), 131–141. <https://doi.org/10.1089/g4h.2013.0025>

- R099 Luecking, C. T., Hennink-Kaminski, H., Ihekweazu, C., Vaughn, A., Mazzucca, S. & Ward, D. S. (2017). Social marketing approaches to nutrition and physical activity interventions in early care and education centres: A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(12), 1425–1438. <https://doi.org/10.1111/obr.12596>
- R100 Lwas, R., Campbell, K. J., van der Pligt, P., Russell, G., Ball, K., Lynch, J., Crawford, D., Taylor, R., Askew, D. & Denney-Wilson, E. (2014). The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families a systematic review. *BMC Public Health*(14), 779. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-779>
- R101 Mah, C. L., Luongo, G., Hasdell, R., Taylor, N. G. A. & Lo, B. K. (2019). A systematic review of the effect of retail food environment interventions on diet and health with a focus on the enabling role of public policies. *Current Nutrition Reports*, 8(4), 411–428. <https://doi.org/10.1007/s13668-019-00295-z>
- R102 Nguyen, M. T., Snow, G., Wheeler, H., & Owens, T. (2016). Clinical question: In post-partum first-time mothers, what interventions are successful for helping women sustain exclusive breast feeding for one month or more?. *The Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 109(11), 521–524.
- R103 Martin, S. L., McCann, J. K., Gascoigne, E., Allotey, D., Fundira, D. & Dickin, K. L. (2020). Mixed-methods systematic review of behavioral interventions in low- and middle-income countries to increase family support for maternal, infant, and young child nutrition during the first 1000 days. *Current Developments in Nutrition*, 4(6), nzaa085. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa085>
- R104 Mason, T. B., Do, B., Wang, S. & Dunton, G. F. (2020). Ecological momentary assessment of eating and dietary intake behaviors in children and adolescents: A systematic review of the literature. *Appetite*, 144, 104465. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104465>
- R105 Matvienko-Sikar, K., Toomey, E., Delaney, L., Harrington, J., Byrne, M. & Kearney, P. M. (2018). Effects of healthcare professional delivered early feeding interventions on feeding practices and dietary intake: A systematic review. *Appetite*, 123, 56–71. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.12.001>
- R106 Matwiejczyk, L., Mehta, K., Scott, J., Tonkin, E. & Coveney, J. (2018). Characteristics of effective interventions promoting healthy eating for pre-schoolers in childcare settings: An umbrella review. *Nutrients*, 10(3), 293. <https://doi.org/10.3390/nu10030293>
- R107 McClain, A. D., Chappuis, C., Nguyen-Rodriguez, S. T., Yaroch, A. L. & Spruijt-Metz, D. (2009). Psychosocial correlates of eating behavior in children and adolescents: A review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6, 54. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-54>
- R108 McGill, R., Anwar, E., Orton, L., Bromley, H., Lloyd-Williams, F., O'Flaherty, M., Taylor-Robinson, D., Guzman-Castillo, M., Gillespie, D., Moreira, P., Allen, K., Hyseni, L., Calder, N., Petticrew, M., White, M., Whitehead, M. & Capewell, S. (2015). Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact. *BMC Public Health*, 15, 457. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1781-7>
- R109 Mclsaac, J.-L. D., Spencer, R., Chiasson, K., Kontak, J. & Kirk, S. F. L. (2019). Factors influencing the implementation of nutrition policies in schools: A scoping review. *Health Education & Behavior*, 46(2), 224–250. <https://doi.org/10.1177/1090198118796891>
- R110 McMullan, J. & Keeney, S. (2014). A review of the literature on the social and environmental factors which influence children (aged 3–5 years) to be obese/overweight and the accuracy of parental perceptions. *Health Education Journal*, 73(2), 159–165. <https://doi.org/10.1177/0017896912471034>
- R111 McPhie, S., Skouteris, H., Daniels, L. & Jansen, E. (2014). Maternal correlates of maternal child feeding practices: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 10(1), 18–43. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00452.x>
- R112 Meiklejohn, S., Ryan, L. & Palermo, C. (2016). A systematic review of the impact of multi-strategy nutrition education programs on health and nutrition of adolescents. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(9), 631-646.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.07.015>

- R113 Meynier, A., Chanson-Rollé, A. & Riou, E. (2020). Main factors influencing whole grain consumption in children and adults: A narrative review. *Nutrients*, 12(8). <https://doi.org/10.3390/nu12082217>
- R114 Micha, R., Karageorgou, D., Bakogianni, I., Trichia, E., Whitsel, L. P., Story, M., Peñalvo, J. L. & Mozaffarian, D. (2018). Effectiveness of school food environment policies on children's dietary behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 13(3), e0194555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194555>
- R115 Miller, A. L., Miller, S. E. & Clark, K. M. (2018). Child, caregiver, family, and social-contextual factors to consider when implementing parent-focused child feeding interventions. *Current Nutrition Reports*, 7(4), 303–309. <https://doi.org/10.1007/s13668-018-0255-9>
- R116 Moore, D. A., Goodwin, T. L., Brocklehurst, P. R., Armitage, C. J. & Glenny, A.-M. (2017). When are caregivers more likely to offer sugary drinks and snacks to infants? A qualitative thematic synthesis. *Qualitative Health Research*, 27(1), 74–88. <https://doi.org/10.1177/1049732316673341>
- R117 Moran, A. J., Gu, Y., Clynes, S., Goheer, A., Roberto, C. A. & Palmer, A. (2020). Associations between governmental policies to improve the nutritional quality of supermarket purchases and individual, retailer, and community health outcomes: An integrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph17207493>
- R118 Mulligan, C., Potvin Kent, M., Christoforou, A. K. & L'Abbé, M. R. (2020). Inventory of marketing techniques used in child-appealing food and beverage research: A rapid review. *International Journal of Public Health*, 65(7), 1045–1055. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01444-w>
- R119 Murimi, M. W., Moyeda-Carabaza, A. F., Nguyen, B., Saha, S., Amin, R. & Njike, V. (2018). Factors that contribute to effective nutrition education interventions in children: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 76(8), 553–580. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuy020>
- R120 Murimi, M. W., Nguyen, B., Moyeda-Carabaza, A. F., Lee, H.-J. & Park, O.-H. (2019). Factors that contribute to effective online nutrition education interventions: A systematic review. *Nutrition Reviews*, 77(10), 663–690. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuz032>
- R121 Muzaffar, H., Metcalfe, J. J. & Fiese, B. (2018). Narrative review of culinary interventions with children in schools to promote healthy eating: Directions for future research and practice. *Current Developments in Nutrition*, 2(6). <https://doi.org/10.1093/cdn/nzy016>
- R122 Nakade, M., Muto, T., Hashimoto, M. & Haruyama, Y. (2006). Internet-based education program of nutrition as a workplace health promotion tool – A review of the literature. *International Congress Series*, 1294, 135–138. <https://doi.org/10.1016/j.ics.2006.02.014>
- R123 Nigg, C., Anwar, Md Mahabub Ul Anwar, Braun, K. L., Mercado, J., Fialkowski, M. K., Areta, A. A. R., Belyeu-Camacho, T., Bersamin, A., Guerrero, R. L., Castrom, R., DeBaryshe, B., Vargo, A. M., van der Ryn, M., Braden, K. W. & Novotny, R. (2016). A review of promising multicomponent environmental child obesity prevention intervention strategies by the children's healthy living program. *Journal of Environmental Health*, 79(3), 18–26.
- R124 O'Brien, E. C., Segurado, R., Geraghty, A. A., Alberdi, G., Rogozinska, E., Astrup, A., Barakat Carballo, R., Bogaerts, A., Cecatti, J. G., Coomarasamy, A., Groot, C. J. M. de, Devlieger, R., Dodd, J. M., El Beltagy, N., Facchinetti, F., Geiker, N., Guelfi, K., Haakstad, L., Harrison, C., . . . McAuliffe, F. M. (2019). Impact of maternal education on response to lifestyle interventions to reduce gestational weight gain: Individual participant data meta-analysis. *BMJ Open*, 9(8), e025620. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025620>
- R125 O'Dea, J. A. (2005). School-based health education strategies for the improvement of body image and prevention of eating problems. *Health Education*, 105(1), 11–33. <https://doi.org/10.1108/09654280510572277>

- R126 Olstad, D. L., Ancilotto, R., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2017). Can targeted policies reduce obesity and improve obesity-related behaviours in socioeconomically disadvantaged populations? A systematic review. *Obesity Reviews*, 18(7), 791–807. <https://doi.org/10.1111/obr.12546>
- R127 Olstad, D. L., Teychenne, M., Minaker, L. M., Taber, D. R., Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J. & Ball, K. (2016). Can policy ameliorate socioeconomic inequities in obesity and obesity-related behaviours? A systematic review of the impact of universal policies on adults and children. *Obesity Reviews*, 17(12), 1198–1217. <https://doi.org/10.1111/obr.12457>
- R128 Parizkova, J. (2008). Impact of education on food behaviour, body composition and physical fitness in children. *The British Journal of Nutrition*, 99 Suppl 1, S26-32. <https://doi.org/10.1017/S0007114508892483>
- R129 Park, J. J. H., Fang, M. L., Harari, O., Dron, L., Siden, E. G., Majzoub, R., Jeziorska, V., Thorlund, K., Mills, E. J. & Bhutta, Z. A. (2019). Association of early interventions with birth outcomes and child linear growth in low-income and middle-income countries: Bayesian network meta-analyses of randomized clinical trials. *JAMA Network Open*, 2(7), e197871. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.7871>
- R130 Peralta, L. R., Dudley, D. A. & Cotton, W. G. (2016). Teaching healthy eating to elementary school students: A scoping review of nutrition education resources. *Journal of School Health*, 86(5), 334-245. <https://doi.org/10.1111/josh.12382>
- R131 Pérez-Escamilla, R., Hromi-Fiedler, A., Vega-López, S., Bermúdez-Millán, A. & Segura-Pérez, S. (2008). Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: A systematic literature review. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(4), 208–225. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2008.03.011>
- R132 Peters, J., Parletta, N., Campbell, K. & Lynch, J. (2014). Parental influences on the diets of 2- to 5-year-old children: Systematic review of qualitative research. *Journal of Early Childhood Research*, 12(1), 3–19. <https://doi.org/10.1177/1476718X13492940>
- R133 Phulkard, S., Lawrence, M., Vandevijvere, S., Sacks, G., Worsley, A. & Tangcharoensathien, V. (2016). A review of methods and tools to assess the implementation of government policies to create healthy food environments for preventing obesity and diet-related non-communicable diseases. *Implementation Science*, 11, 15. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0379-5>
- R134 Pigeot, I., Baranowski, T., Lytle, L. & Ahrens, W. (2016). Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Kritische Bewertung der Evidenzbasierung. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(11), 1423–1431. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2449-x>
- R135 Price, C., Cohen, D., Pribis, P. & Cerami, J. (2017). Nutrition education and body mass index in grades K-12: A systematic review. *The Journal of School Health*, 87(9), 715–720. <https://doi.org/10.1111/josh.12544>
- R136 Pries, A. M., Filteau, S. & Ferguson, E. L. (2019). Snack food and beverage consumption and young child nutrition in low- and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 15 Suppl 4, e12729. <https://doi.org/10.1111/mcn.12729>
- R137 Prowse, R. (2017). Food marketing to children in Canada: A settings-based scoping review on exposure, power and impact. *Health promotion and chronic disease prevention in Canada: Research, policy and practice*, 37(9), 274–292. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.9.03>
- R138 Prudhon, C., Benelli, P., Maclaïne, A., Harrigan, P. & Frize, J. (2018). Informing infant and young child feeding programming in humanitarian emergencies: An evidence map of reviews including low and middle income countries. *Maternal & Child Nutrition*, 14(1), e12457. <https://doi.org/10.1111/mcn.12457>

- R139 Raaff, C., Glazebrook, C. & Wharrad, H. (2014). A systematic review of interactive multimedia interventions to promote children's communication with health professionals: Implications for communicating with overweight children. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 14, 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-8>
- R140 Racey, M., O'Brien, C., Douglas, S., Marquez, O., Hendrie, G. & Newton, G. (2016). Systematic review of school-based interventions to modify dietary behavior: Does intervention intensity impact effectiveness? *The Journal of School Health*, 86(6), 452–463. <https://doi.org/10.1111/josh.12396>
- R141 Rahill, S., Kennedy, A. & Kearney, J. (2020). A review of the influence of fathers on children's eating behaviours and dietary intake. *Appetite*, 147, 104540. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104540>
- R142 Reynolds, J. P., Vasiljevic, M., Pilling, M. & Marteau, T. M. (2020). Communicating evidence about the environment's role in obesity and support for government policies to tackle obesity: A systematic review with meta-analysis. *Health Psychology Review*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1829980>
- R143 Riebl, S. K., Estabrooks, P. A., Dunsmore, J. C., Savla, J., Frisard, M. I., Dietrich, A. M., Peng, Y., Zhang, X. & Davy, B. M. (2015). A systematic literature review and meta-analysis: The Theory of Planned Behavior's application to understand and predict nutrition-related behaviors in youth. *Eating Behaviors*, 18, 160–178. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.05.016>
- R144 Robinson-O'Brien, R., Story, M. & Heim, S. (2009). Impact of garden-based youth nutrition intervention programs: A review. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(2), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2008.10.051>
- R145 Robson, S. M., McCullough, M. B., Rex, S., Munafò, M. R. & Taylor, G. (2020). Family meal frequency, diet, and family functioning: A systematic review with meta-analyses. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(5), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.12.012>
- R146 Rose, T., Barker, M., Maria Jacob, C., Morrison, L., Lawrence, W., Strömmer, S., Vogel, C., Woods-Townsend, K., Farrell, D., Inskip, H. & Baird, J. (2017). A systematic review of digital interventions for improving the diet and physical activity behaviors of adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 61(6), 669–677. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.05.024>
- R147 Russell, S. J., Croker, H. & Viner, R. M. (2019). The effect of screen advertising on children's dietary intake: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(4), 554–568. <https://doi.org/10.1111/obr.12812>
- R148 Sacco, J., Lillo, H. G., Chen, E. & Hobin, E. (2017). The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: A systematic review of the literature. *Perspectives in Public Health*, 137(3), 173–181. <https://doi.org/10.1177/1757913916658498>
- R149 Sadeghirad, B., Duhaney, T., Motaghipisheh, S., Campbell, N. R. C. & Johnston, B. C. (2016). Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obesity Reviews*, 17(10), 945–959. <https://doi.org/10.1111/obr.12445>
- R150 Safron, M., Cislak, A., Gaspar, T. & Luszczynska, A. (2011). Micro-environmental characteristics related to body weight, diet, and physical activity of children and adolescents: A systematic umbrella review. *International Journal of Environmental Health Research*, 21(5), 317–330. <https://doi.org/10.1080/09603123.2011.552713>
- R151 Saronga, N. J., Burrows, T., Collins, C. E., Ashman, A. M. & Rollo, M. E. (2019). mHealth interventions targeting pregnancy intakes in low and lower-middle income countries: Systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 15(2), e12777. <https://doi.org/10.1111/mcn.12777>
- R152 Scammori, D. L. & Christopher, C. L. (1981). Nutrition education with children via television: A review. *Journal of Advertising*, 10(2), 26–36. <https://doi.org/10.1080/00913367.1981.10672758>

- R153 Schoeppe, S., Alley, S., van Lippevelde, W., Bray, N. A., Williams, S. L., Duncan, M.J. & Vandelanotte, C. (2016). Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: A systematic review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12966-016-0454-y>
- R154 Schoeppe, S., Alley, S., Rebar, A. L., Hayman, M., Bray, N. A., van Lippevelde, W., Gnam, J.-P., Bachert, P., Direito, A. & Vandelanotte, C. (2017). Apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour in children and adolescents: A review of quality, features and behaviour change techniques. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0538-3>
- R155 Schroeder, K., McCormick, R., Perez, A. & Lipman, T. H. (2018). The role and impact of community health workers in childhood obesity interventions: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 19(10), 1371–1384. <https://doi.org/10.1111/obr.12714>
- R156 Schultz, C. M. & Danford, C. M. (2016). Children’s knowledge of eating: An integrative review of the literature. *Appetite*, 107, 534–548. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.08.120>
- R157 Sermeus, W., Procter, P. M. & Weber, P. (2016). A Systematic review and meta-analysis of intervention for pediatric obesity using mobile technology. *Nursing Informatics*, 225, 491–494. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-491>
- R158 Seward, K., Finch, M., Yoong, S. L., Wyse, R., Jones, J., Grady, A., Wiggers, J., Nathan, N., Conte, K. & Wolfenden, L. (2017). Factors that influence the implementation of dietary guidelines regarding food provision in centre based childcare services: A systematic review. *Preventive Medicine*, 105, 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.024>
- R159 Sherifali, D., Nerenberg, K. A., Wilson, S., Semeniuk, K., Ali, M. U., Redman, L. M. & Adamo, K. B. (2017). The effectiveness of ehealth technologies on weight management in pregnant and postpartum women: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e337. <https://doi.org/10.2196/jmir.8006>
- R160 Shimshoni, Y. & Lebowitz, E. R. (2020). Childhood avoidant/restrictive food intake disorder: Review of treatments and a novel parent-based approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 34(3), 200–224. <https://doi.org/10.1891/JCPSY-D-20-00009>
- R161 Skelton, K. R., Lowe, C., Zaltz, D. A. & Benjamin-Neelon, S. E. (2020). Garden-based interventions and early childhood health: An umbrella review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-01023-5>
- R162 Sleddens, E. F. C., Kroeze, W., Kohl, L. F. M., Bolten, L. M., Velema, E., Kaspers, P. J., Brug, J. & Kremers, S. P. J. (2015). Determinants of dietary behavior among youth: An umbrella review. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12, 7. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0164-x>
- R163 Snuggs, S., Houston-Price, C. & Harvey, K. (2019). Healthy eating interventions delivered in the family home: A systematic review. *Appetite*, 140, 114–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.05.014>
- R164 Stewart, L. & Easter, S. (2021). British Dietetic Association’s Obesity Specialist Group dietetic obesity management interventions in children and young people: Review & clinical application. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 34(1), 224–232. <https://doi.org/10.1111/jhn.12834>
- R165 Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O’Brien, R. & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, 253–272. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.020907.090926>

- R166 Summerbell, C., Moore, H. & O'Malley, C. (2014). Consequences and determinants of poor nutrition in children aged 0-3 years, and public health interventions that may improve dietary intake: A general review. *Journal of Children's Services*, 9(2), 128–142. <https://doi.org/10.1108/JCS-02-2014-0007>
- R167 Tonkin, E., Brimblecombe, J. & Wycherley, T. P. (2017). Characteristics of smartphone applications for nutrition improvement in community settings: A scoping review. *Advances in Nutrition*, 8(2), 308–322. <https://doi.org/10.3945/an.116.013748>
- R168 Turbutt, C., Richardson, J. & Pettinger, C. (2019). The impact of hot food takeaways near schools in the UK on childhood obesity: A systematic review of the evidence. *Journal of Public Health*, 41(2), 231–239. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy048>
- R169 Turner, L. & Calvert, H. G. (2019). The academic, behavioral, and health influence of summer child nutrition programs: A narrative review and proposed research and policy agenda. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119(6), 972–983. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2019.02.006>
- R170 Turner, T., Spruijt-Metz, D., Wen, C. K. F. & Hingle, M. D. (2015). Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: A systematic review. *Pediatric Obesity*, 10(6), 403–409. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12002>
- R171 Utami, A. F. & Wanda, D. (2019). Is the baby-led weaning approach an effective choice for introducing first foods? A literature review. *Enfermeria Clinica*, 29 Suppl 2, 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.014>
- R172 van Cauwenberghe, E., Maes, L., Spittaels, H., van Lenthe, F. J., Brug, J., Oppert, J.-M. & Bourdeaudhuij, I. de (2010). Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: Systematic review of published and 'grey' literature. *The British Journal of Nutrition*, 103(6), 781–797. <https://doi.org/10.1017/S0007114509993370>
- R173 van de Kolk, I., Verjans-Janssen, S. R. B., Gubbels, J. S., Kremers, S. P. J. & Gerards, S. M. P. L. (2019). Systematic review of interventions in the childcare setting with direct parental involvement: Effectiveness on child weight status and energy balance-related behaviours. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0874-6>
- R174 Verjans-Janssen, S. R. B., van de Kolk, I., van Kann, D. H. H., Kremers, S. P. J. & Gerards, S. M. P. L. (2018). Effectiveness of school-based physical activity and nutrition interventions with direct parental involvement on children's BMI and energy balance-related behaviors: A systematic review. *PLoS One*, 13(9), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204560>
- R175 Vos, M. B. & Welsh, J. (2010). Childhood obesity: Update on predisposing factors and prevention strategies. *Current Gastroenterology Reports*, 12(4), 280–287. <https://doi.org/10.1007/s11894-010-0116-1>
- R176 Ward, S., Bélanger, M., Donovan, D. & Carrier, N. (2015). Systematic review of the relationship between childcare educators' practices and preschoolers' physical activity and eating behaviours. *Obesity Reviews*, 16(12), 1055–1070. <https://doi.org/10.1111/obr.12315>
- R177 Ward, K. N. & Byrne, J. P. (2011). A critical review of the impact of continuing breastfeeding education provided to nurses and midwives. *Journal of Human Lactation*, 27(4), 381–393. <https://doi.org/10.1177/0890334411411052>
- R178 Weihrauch-Blüher, S., Kromeyer-Hauschild, K., Graf, C., Widhalm, K., Korsten-Reck, U., Jödicke, B., Markert, J., Müller, M. J., Moss, A., Wabitsch, M. & Wiegand, S. (2018). Current guidelines for obesity prevention in childhood and adolescence. *Obesity Facts*, 11(3), 263–276. <https://doi.org/10.1159/000486512>
- R179 Whelan, J., Love, P., Millar, L., Allender, S. & Bell, C. (2018). Sustaining obesity prevention in communities: A systematic narrative synthesis review. *Obesity Reviews*, 19(6), 839–851. <https://doi.org/10.1111/obr.12675>
- R180 Widen, E. & Siega-Riz, A. M. (2010). Prenatal nutrition: A practical guide for assessment and counseling. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(6),

- 540–549. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.06.017>
- R181 Wolf, M. C., Cohen, K. R. & Rosenfeld, J. G. (1985). School-based interventions for obesity: Current approaches and future prospects. *Psychology in the Schools*, 22(2), 187–200. [https://doi.org/10.1002/1520-6807\(198504\)22:2<187::AID-PI TS2310220213>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1520-6807(198504)22:2<187::AID-PI TS2310220213>3.0.CO;2-B)
- R182 arparvar, A., Jewell, J. M. & Al-Jawaldeh, A. (2019). Regional overview on maternal and child nutrition and examples of nutrition governance and policy Responses:
Europe, Central Asia and Eastern Mediterranean Regions. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 75(2), 135–138. <https://doi.org/10.1159/000503673>
- R183 Yee, A. Z. H., Lwin, M. O. & Ho, S. S. (2017). The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3>
- R184 Yousafzai, A. K., Rasheed, M. A. & Bhutta, Z. A. (2013). Annual research review: Improved nutrition-pathway to resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(4), 367–377. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12019>
- R185 Zarnowiecki, D. M., Dollman, J. & Parletta, N. (2014). Associations between predictors of children's dietary intake and socioeconomic position: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 15(5), 375–391. <https://doi.org/10.1111/obr.12139>
- R186 Zarnowiecki, D. M., Mauch, C. E., Middleton, G., Matwiejczyk, L., Watson, W. L., Dibbs, J., Dessaix, A. & Golley, R. K. (2020). A systematic evaluation of digital nutrition promotion websites and apps for supporting parents to influence children's nutrition. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-0915-1>
- R187 Zhang, Q., Liu, R., Diggs, L. A., Wang, Y. & Li Ling (2019). Does acculturation affect the dietary intakes and body weight status of children of immigrants in the U.S. and other developed countries? A systematic review. *Ethnicity & Health*, 24(1), 73–93. <https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1315365>

Leitfaden zur Kommunikation rund um das Stillen

Fachkräfte haben die Aufgabe, Familien individuell so zum Thema Stillen und Babyernährung zu beraten, dass sich niemand stigmatisiert fühlt.

Darüber hinaus gibt es für Medienschaffende und auch im Alltag vielfältige Möglichkeiten, sich für mehr Stillfreundlichkeit einzusetzen. Ein vom Netzwerk Gesund ins Leben entwickelter Leitfaden bietet Interessierten dafür Kriterien für stigmasensible Kommunikation und konkrete Beispiele für Text- und Bildsprache.

Zielgruppen:

Medienschaffende und
Fachkräfte in der Stillberatung



Best.-Nr.: 0226

**Kostenfrei erhältlich unter
www.ble-medianservice.de
als Download oder als Print-
version (zzgl. 3,00 Euro Ver-
sandkostenpauschale)**

 @gesund.ins.leben

www.gesund-ins-leben.de



Impressum

0525/2022

Herausgeberin:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Präsident:

Dr. Hanns-Christoph Eiden

Deichmanns Aue 29

53179 Bonn

Telefon: 0228 / 68 45 - 0

www.ble.de, www.bzfe.de

www.gesund-ins-leben.de

Redaktion:

Britta Klein (BLE)

Dr. Katharina Reiss (BLE)

Text:

Prof. Dr. Matthias R. Hastall (TU Dortmund)

Cosima Nellen (TU Dortmund)

Dr. Alexander Röhm (TU Dortmund)

Marie-Christin Lueg (TU Dortmund)

Johannes Zensen-Möhring (TU Dortmund)

Gestaltung:

www.berres-stenzel.de

Bilder:

Titel: © Irina Schmidt – stock.adobe.com,

© j-mel – stock.adobe.com

Druck:

Kunst- und Werbedruck GmbH & Co. KG,
32549 Bad Oeynhausen

Das Papier besteht zu 100% aus
Recyclingpapier

Nachdruck oder Vervielfältigung – auch aus-
zugsweise – sowie Weitergabe mit Zusätzen,
Aufdrucken oder Aufklebern nur mit Zustim-
mung der BLE gestattet.

© BLE 2022

Diese systematische Auswertung wurde durch
den Verband der Privaten Krankenversiche-
rung e.V. gefördert. Das Netzwerk Gesund ins
Leben hat den Prozess koordiniert und inhalt-
lich begleitet.



Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden zur Förderung der frühkindlichen Gesundheit – von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter. Es werden einheitliche Botschaften an Eltern vermittelt zur Ernährung und Bewegung, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen.

Auf www.gesund-ins-leben.de und dem Instagram-Kanal @gesund.ins.leben finden Familien und Fachkreise praktische Tipps. Gesund ins Leben ist angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Eine Einrichtung im Geschäftsbereich des



Das Netzwerk Gesund ins Leben ist Teil der Initiative IN FORM und angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE).

www.gesund-ins-leben.de

Ernährungskommunikation in Schwangerschaft und früher Kindheit

Eine systematische Recherche

Anhang



Anhang

Datenbanken und Suchbegriffe Zielgruppe 1

Die folgenden Abschnitte beinhalten die Listen der wissenschaftlichen Datenbanken für Review 1 (Scoping Review of Reviews) und Review 2 (Systematisches Review), die über EBSCOHOST abgerufen wurden. Zudem werden die für die jeweilige Recherche verwendeten Suchbegriffe und logischen Verknüpfungen aufgeführt.

Liste der wissenschaftlichen Datenbanken für Reviews 1 und 2

- Business Source Premier
- ERIC
- GreenFILE
- MEDLINE
- APA PsycArticles
- APA PsycInfo
- PSYINDEX Literature with PSYINDEX Tests
- SocINDEX
- Education Source
- Film & Television Literature Index
- EconLit
- CINAHL
- Academic Search Ultimate
- Political Science Complete

Suchbegriffe für Review 1 (Scoping Review of Reviews)

Tabelle 14: Logische Verknüpfung der Suchbegriffe für Review 1

Kategorie	Suchbegriffe und logische Operanden
Thema	Eltern
Verknüpfung	AND
Zielgruppe	(family or families or parent* or child* or baby or babies)
Verknüpfung	AND
Review-Form	(review or „meta-analy*“ or overview or summary)

Suchbegriffe für Review 2 (Systematisches Review)

Tabelle 15: Logische Verknüpfung der englischen Suchbegriffe für Review 2

Kategorie	Suchbegriffe und logische Operanden
Thema	(nutrition* or food* or diet* or eat*) (nutrition* OR nourishment OR food* OR feed* OR breastfe* OR „breast-fe“ OR bottlefe* OR „bottle-fe“ OR eat* OR „diet* habit*“ OR diet* OR meal* OR breakfast* OR lunch* OR dinner* OR cook* OR overweigh* OR weight* OR adipos* OR obes* OR intake OR nutrien* OR subsidy OR formula OR Snack* OR consumpt* OR veg* OR drink* OR beverage*)
Verknüpfung	AND
Zielgruppe/ Setting	(newborn* OR suckling* OR baby OR babies OR infant* OR toddler* OR child* OR kid* OR boy* OR girl* OR youth* OR teen* OR adolescen* OR peer* OR pupil* OR student* OR parent* OR mother* OR mater* OR pater* OR father* OR „care giv*“ OR caregiv* OR famil* OR nurs* OR carer* OR midwi* OR educator* OR „first years of life“ OR young* OR „beginning of life“ OR „first 1000 days“ OR „first 1.000 days“ OR „first 1,000 days“ OR „first thousand days“ OR „start of life“ OR immigra* OR emigra* OR migr* OR disparit* OR underprivil* OR discrimin* OR unprivil* OR socioeconom* OR „socio-econom“ OR „low-incom*“ OR „low incom*“ OR povert* OR disadvan* OR risk group* OR milieu* OR setting* OR communit* OR environment* OR nurser* OR Kindergar* OR „day-car*“ OR daycare* OR „day car*“ OR preschool* OR school* OR pregn* OR gestatio* OR intrapartum OR postpartum OR antenatal OR primipara* OR prenatal OR postnatal OR perinatal* OR multipara* OR pregestational OR neonat* OR fetal OR spous* OR grandpar* OR paediatr* OR pediat* OR expat* OR minor* OR home* OR barrier* OR educat*)
Verknüpfung	AND
Strategien	(edu* OR program* OR concep* OR train* OR counsel* OR consult* OR intervention* OR influenc* OR campaign* OR project* OR guidelin* OR polic* OR nurtur* OR tipp* OR recomm* OR support* OR promot* OR prevent* OR inform* OR Commun* OR framing* OR nudg* OR label* OR persua* OR humour* OR humor OR „entertainment education“ OR aware* OR belie* OR know* OR attitud* OR motiv* OR attention OR behav* OR effect* OR „eviden-cebase*“ OR lesson OR „mere exposure“ OR „repeated exposure“ OR familiar* OR accept* OR reward* OR coping OR gamifi* OR determinant* OR indulg* OR neglect* OR restrict* OR brand* OR eval* OR reduc* OR strateg*)
Verknüpfung	AND
Kanäle	(media OR „mass media“ OR „social media“ OR online OR digital OR „virtual reality“ OR „augmented reality“ OR internet OR web* OR „ads“ OR advertis* OR marketing OR „product placement“ OR event* OR news* OR campaign* OR cooking show OR „smart phone*“ OR mobile* OR tele* OR TV OR comput* OR tablet OR facebook OR instagram OR twitter OR Pinterest OR Youtube OR Snapchat OR Tiktok OR app* OR podcast* OR book* OR blog* OR vlog* OR poster* OR brochure* OR leaflet* OR print* OR fact* OR journal* OR text* OR wiki* OR flyer* OR comic* OR image* OR picture* OR photo* OR foto* OR pictogram* OR audiovis* OR visual* OR vision* OR video* OR graphic novel OR document* OR post OR posts OR comment* OR radio OR game* OR entertain* OR infotainment OR interact* OR interperson* OR midwi* OR multiplikat* OR influencer* OR expert* OR coach* OR communicator* OR agenda* OR guidelin* OR polic* OR claim* OR Tipp* OR message* OR messenger* OR sender* OR story OR stories OR narrat* OR testimonial* OR exempl* OR storytell* OR humour* OR emotion* OR „word-of-mouth“ OR impact* OR test* OR „role model*“ OR modelling* OR produc* OR manufact* OR museum* OR ehealth OR „e-health“ OR „e health“ OR mhealth OR „m-health“ OR „m health“ OR billboard* OR celebrit* OR movie* OR film* OR cinema* OR guide*)
Ausgeschlossene Begriffe	NOT (Parenteral OR allerg* OR omega*)

Table 16: Logische Verknüpfung der deutschen Suchbegriffe für Review 2

Kategorie	Suchbegriffe und logische Operanden
Thema	(Ernähr* OR Nahrung* OR Lebensmittel* OR Food OR Kost* OR Getränk* OR Essverhalt* OR ernährung* OR Nährstoff* OR Ergänzung* OR gemüs* OR vegan* OR veget* OR Beikost* OR Einnahme OR Konsum* OR trink* OR Essen* OR Koch* OR Speise* OR Mahlzeit* OR Frühstück* OR Mittagessen* OR Abendessen* OR Snack* OR Flaschennah* OR Flaschenernähr* OR Fütter* OR Verpfleg* OR still* OR Säuglingsnahrung OR Gläschen* OR Brei* OR zufütt* OR Übergewicht* OR Gewicht* OR Adipositas* OR fettleib*)
Verknüpfung	AND
Zielgruppe/ Setting	(Junge* OR Mädchen OR fetal* OR fötal* OR „Frühe Jahre“ OR Jüngste* OR „Beginn des Lebens“ OR „ersten 1000 Tage“ OR „ersten tausend Tagen“ OR Lebensstart* OR neugeb* OR Neugeboren* OR Säugling* OR Baby* OR Babys OR Babies OR Kleinstkind* OR Kleinkind* OR Kind* OR Schulkind* OR Schül* OR jugend* OR Heranwachs* OR Familie* OR Großeltern OR Eltern* OR Erziehungsberecht* OR Ehepartn* OR Väterl* OR Vater* OR Mutter* OR Mütterl* OR schwang* OR gestatio* OR intrapartum* OR postpartum* OR antenatal* OR primipara* OR pränatal* OR postnatal* OR perinatal* OR multipara* OR vorgeburtlich* OR peer* OR erziehung* OR Hebamme* OR Erzieher* OR Pflege* OR kinderarzt* OR kinderärzt* OR pädiat* OR Setting* OR Umfeld* OR haus* OR Milieu* OR Kommun* OR umwelt* OR kita* OR Kindergarten* OR Kindertagesstätte* OR Tagespfleg* OR Vorsch* OR Schul* OR barriere* OR auswand* OR minder* OR immigra* OR emigra* OR Migrat* OR Dispar* OR Ungleichheit* OR unterprivilegier* OR diskriminie* OR benachteilig* OR Sozioökonom* OR einkomm* OR Arm* OR Armut* OR benachteilig* OR Risiko-grupp*)
Verknüpfung	AND
Strategien	(Aufklär* OR Programm* OR Konzept* OR train* OR Berat* OR Intervention* OR einfluss* OR beeinfluss* OR Kampagn* OR Projekt* OR richtlin* OR Erzieh* OR Tipp* OR empfehl* OR Förder* OR Prävention* OR inform* OR Unterricht* OR Lern* OR strateg* OR Mark* OR Brand* OR Kommuni* OR framing* OR nudg* OR Label* OR überzeug* OR Persuasion OR humor* OR „entertainment education“ OR „mere exposure“ OR Zuwendung OR „repeated exposure“ OR „wiederholte Zuwendung“ OR Gamifi* OR Belohn* OR verbiet* OR verbot* OR redukt* OR Effekt* OR evidenzbas* OR Evalu* OR bewusst* OR glaub* OR wissen* OR einstellung* OR motiv* OR Aufmerksamkeit* OR Verhalten* OR Gewohn* OR gewöhn* OR Akzept* OR bewält* OR Determinant* OR nachg* OR nachsicht* OR vernachläss* OR missacht*)
Verknüpfung	AND
Kanäle	(Medien* OR Massenmedi* OR „social media“ OR soziale Medien OR Online OR digital OR „virtual reality“ OR „augmented reality“ OR Internet OR web* OR ehealth OR „e-health“ OR „e health“ OR mhealth OR „m-health“ OR „m health“ OR Werb* OR marketing* OR Produktplatzierung* OR Reklame* OR Event* OR News* OR Nachricht* OR Kampagn* OR Kochshow OR Promi* OR Smartphone* OR Fernseh* OR Tele* OR TV OR comput* OR PC OR laptop OR Tablet* OR Facebook* OR Instagram* OR Twitter* OR Pinterest* OR Youtube* OR Snapchat* OR Tiktok* OR App* OR podcast* OR book* OR blog* OR vlog* OR Poster* OR Broschür* OR Prospekt* OR Merkbl* OR Print* OR Fakt* OR Zeitschrift* OR Text* OR Wiki* OR Flyer* OR Comic* OR Bild* OR Foto* OR Piktogram* OR audiovis* OR visuell* OR vision* OR Video* OR „Graphic Novel“ OR Comicroman* OR Dokument* OR Post OR Posts OR Kommentar* OR Radio OR Spiel* OR Gam* OR Film* OR Kino* OR Entertain* OR Infotainmentinterak* OR interperson* OR Hebamme* OR Multiplikator* OR Ernährungsbotschaft* OR expert* OR Coach* OR Kommuni* OR Guide* OR Agenda* OR Richtlin* OR Forder* OR Tipp* OR Sender* OR Botschaft* OR Message* OR Story* OR Stories* OR narrart* OR Testimonial* OR Fallbeispiel* OR Storytell* OR humor* OR emotion* OR Mundpropaganda OR Einfluss OR Beeinflussung OR test* OR Rollenmodell* OR Modell* OR Herstell* OR Museum*)
Ausgeschlossene Begriffe	NOT (Parenteral OR allerg* OR omega*)

Suchbegriffe für Review 2 (Systematisches Review)

Hauptkategorien	Unterkategorien	Unterkategorien (Fortsetzung)
0. Kodierinformationen	0.1 Kodierer*in 0.2 Nummer der Studie 0.3 Anzahl vorhandener Kommunikate der Studie 0.4 Kodiertes Kommunikat (Thema)	
1. Ziele der Intervention	1.1 Awareness 1.2 Information/Aufklärung 1.3 Einstellungen 1.4 Kompetenzen/Fertigkeiten wahrgenommene Kompetenzen (Self-Efficacy, Confidence) tatsächliche Kompetenzem 1.5 Intentionen 1.6 Verhaltensänderungen 1.6.1 Ernährungszubereitung eigene Nahrung Kindesernährung 1.6.2 Ernährung 1.6.2.1 Eigene Ernährung Diversität Alkoholkonsum 1.6.2.2 Energiereiche Nahrung Zucker Fett Salz Mineralstoffe	1.6.2.2 Kinderernährung mit Still-Bezug ohne Still-Bezug 1.6.3 Einkaufsverhalten 1.6.4 Sonstiges Verhalten körperliche Bewegung gesunder Schlaf 1.7 Veränderung der Umwelt 1.7.1 Reduktion von Marketingeinflüssen 1.7.2 Reduktion aggressives Marketing 1.7.3 Reduzierte Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln 1.7.4 Sonstige Änderung der Umwelt 1.8 Policy-Änderung 1.9 Sonstiges
2. Medium	2.1 Kurzbeschreibung Medieneinsatz 2.2 Anzahl Medien 2.3 Digital/Interpersonal/Massenmedial 2.4 Medium 2.4.1 Neue Technologien 2.4.1.1 Art Telefon Mobiltelefon Smartphones Tablet-Computer Computer, PC Spielkonsolen Datenträger (CD, DVD, VHS-Kassette) 2.4.1.2 Dienste/Funktionen SMS/MMS E-Mail Messaging-Dienste GPS WWW Bewegungssensoren Virtual/Augmented Reality Voice Messages 2.4.1.2.1 Kamera-Funktion Bild Video Barcode Reader	2.4.1.3 Software, Apps Tailoring Games Avatare, virtuelle Agenten Virtual Pets 2.4.2 Personen 2.4.3 Soziale Medien 2.4.3.1 Soziale Netzwerke 2.4.3.1.1 Facebook Post/Statement 2.4.3.1.2 Instagram 2.4.3.2 Videoplattformen Youtube Tiktok 2.4.4 Massenmedien Zeitungen Zeitschriften Bücher Radio Fernsehen Theater Kino Broschüre Flyer Plakat Merkblatt Verpackungslabels Aufkleber 2.4.5 Brief

Hauptkategorien	Unterkategorien (Fortsetzung)	Unterkategorien (Fortsetzung)
3. Zielgruppe	3.1 Personell (Deskriptiv)	niedriges Einkommensniveau
	3.2 Demografisch	reduziertes Sprachniveau
	Kleinkinder	Zuwanderungs-/Migrationshintergrund
	Vorschulkinder	religiöse Gruppen
	Schulkinder	indigene Bevölkerungsgruppen
	Jugendliche	Menschen aus ländlichen Gebieten
	Schwangere	3.5 Risikogruppen
	Eltern (vor oder nach der Geburt)	Kinder übergewichtiger Eltern
	Mütter	übergewichtige Eltern
	Väter	übergewichtige Kinder
	sonstige Familie	sonstige Risikogruppe
	näheres lokales Umfeld, Quartier	gesundheitliche Vorerkrankungen der Eltern
	allgemeine Öffentlichkeit/Allgemeinbevölkerung	gesundheitliche Vorerkrankungen des Kindes
	Politik, politische Entscheidungsträger*innen	problematisches Ernährungsverhalten
	Multiplikator*innen	3.5 Verhaltensbezogen
	Frauen im gebärfähigen Alter	3.6 Organisation
	3.3 Land	
	3.4 Soziostrukturell	
	niedriger Bildungsstand	
4. Kommunikatives Setting	4.1 Kurzbeschreibung Setting(s)	Bereitstellung von Rezepten/Rezeptideen
	4.2 Einbezogene Settings	Bereitstellung einer personellen Unterstützung bei der Essenszubereitung
	Zuhause (Familien)	Bereitstellung einer sonstigen Unterstützung bei der Essenszubereitung
	4.2.1 Kindereinrichtung	Anbieten von Kursen
	Kindertagesstätte	Planung von Mahlzeiten
	Vorschule	Dokumentation/Monitoring des Ernährungsverhaltens
	Schule	Preisermäßigung für gesunde Nahrung
	4.2.2 Sonstige Settings	Preiserhöhung (inkl. höhere Besteuerung) für ungesunde Nahrungsmittel
	Arbeitsplatz	Änderung der Lebensmittelkennzeichnung (z. B. Lebensmittelampel)
	Krankenhäuser	Änderung relevanter rechtlicher Vorschriften
	Arztpraxen	intensive öffentliche Diskussion zum Thema
	Apotheken	Belohnungssystem für gewünschte Verhaltensänderung
	Supermärkte	Unterstützung durch andere Personen
	Restaurants	Bereitstellung von Informationsangeboten
	Umwelt/Kommune	Bereitstellung und Zugang zu Fitness-Einrichtungen
	Labor	4.5 Begleitender Einbezug der Kommune
	unklares Setting	Kurzbeschreibung
	4.3 Anwesenheit weiterer Personen bei Rezeption	
	4.4 Begleitende parallele Maßnahmen	
	kostenlose Bereitstellung/Lieferung von Nahrungsmitteln (inkl. Verteilung von Essensmarken)	
vergünstigte Bereitstellung/Lieferung von Nahrungsmitteln (inkl. Verteilung von Essensmarken, Preisreduktionen für Nahrungsmittel)		
Bereitstellung technischer Unterstützung (z. B. Handys)		
Geldzahlung, sonstige finanzielle Incentives		

Hauptkategorien	Unterkategorien (Fortsetzung)	Unterkategorien (Fortsetzung)
5. Form	5.1 Kurzbeschreibung der kommunikativen Intervention	5.5.6 Soziales Marketing/Werbung/Anzeigen
	5.2 Umfang der Beschreibung	5.5.7 Digital/Interaktiv
	Umfang der Beschreibung der kommunikativen Strategie	Protokollierung, Tagebuch, Self-Monitoring
	Verfügbarkeit Materialien	Aufgaben (Goal Setting), Challenges (individuell)
	Nachrecherche der Materialien	Team-Challenges
	Strategie (z. B. Google)	Erinnerungen (Reminder), Push Notifications
	Erfolg	Quiz
	Kurzbeschreibung des Downloads (z. B. Zip, PDF, Videos, Screenshots)	Models (Demonstrationen)
	Kurzbeschreibung der Materialien	Motivation
	Quelle (z. B. Link)	Training
	5.3 Theoretische Fundierung	Belohnungen
	5.4 Dauer	Gruppenchat
	einmalige bzw. kurzzeitige Intervention	soziale Vernetzung
	längerfristige Intervention	Sharing
	5.5 Formale Umsetzung	Support
	5.5.1 Information	Anrufe (Coaching)
	Inhaltsstoffe	interaktive Elemente (z. B. Flash, Animationen)
	Zubereitung von Lebensmitteln	5.5.7.1 Information
	Lagerung von Lebensmitteln	Ernährungsinformationen
	Lebensmittelgruppen	Rezepte
	Portionsgrößen	5.5.7.2 Performance Feedback
	Ausgewogenheit	automatisch
	energiereiche Ernährung	individuell
	Vorteile einer gesunden Ernährung	5.5.8 Storytelling
	gesunder/ungesunder Lebensstil allgemein	5.5.9 Entertainment Education
	Vorteile des Stillens	5.5.10 Nudging
	Nachteile des Abstillens bzw. einer frühen Gabe von Beikost	5.5.11 Serious Gaming
	grundsätzliche Still-Informationen (Dauer, Ausführung etc.)	5.5.12 Vernetzung
	Beikost	5.5.13 Events
	5.5.2 Behavior Modelling	Aktionstage/Projektwochen
	5.5.3 Beratung	Feste
	5.5.4 Training, Coaching	Gewinnspiele
5.5.5 Support	Geschenke	
5.5.5.1 Professioneller Support	Wettbewerbe	
persönlich	Workshops	
Hausbesuch	Verkostungen	
telefonisch	Schaukochen	
digital	Führungen in Produktionsstätten	
5.5.5.2 Peer-Support	Museumsangebote	
	sonstige Ausstellungen	
	Belohnungen	

Hauptkategorien	Unterkategorien (Fortsetzung)	Unterkategorien (Fortsetzung)
6. Ausgestaltung	6.1 Bewertung der Professionalität insgesamt	6.9 Zielgruppen-Adaption
	6.2 Eignung als Good-/Best-Case-Beispiel	6.9.1 Sprache
	6.3 Vertrauenswürdigkeit	Sprachniveau
	6.3.1 Quelle	Sprache/Dialekt
	Urheber, Auftraggeber	6.9.2 Fallbeispiele der Zielgruppe
	6.3.1.1 Sponsor	6.9.3 Bilder, Motive der Zielgruppe
	Typ/Art	6.9.4 Endorsements durch Zielgruppe
	Erkennbarkeit	6.9.5 Sozio-kulturelle Merkmale der Zielgruppe
	Zielkongruenz	6.10 Überzeugungspotenzial
	6.3.1.2 Multiplikatoren, Verbreiter	Reziprozität
	Personen	Commitment und Konsistenz
	Institutionen	soziale Bewährtheit
	6.3.1.3 Logo/Slogan/Spruch	Sympathie
	Kampagne	Autorität
	Auftraggeber	Knappheit
	Sponsor	6.10.1 Einfache, klare Botschaft
	6.3.2 Transparenz über Motive/Ziele	6.10.2 Fokus
	6.3.3 Datenschutz	Förderung gesunder Ernährung
	6.4 Engagement	Vermeidung ungesunder Ernährung
	6.4.1 Aufmerksamkeit	6.10.3 Labelling, (Re-)Framing
	Verbreitung/Reichweite	6.10.3.1 Gewinn-Framing
	6.4.1.1 Aufmerksamkeit	körperliche/biologische Zustände
	Signalfarben	Kognitionen (z. B. mehr Wissen, reduzierte Unsicherheit)
	aufmerksamkeitsstarke Reize (Gesichter, sexuelle Reize)	emotionale Zustände (z. B. Stolz, Freude)
	Promis	Aussehen, Schönheit
	6.4.2 Interesse	Attraktivität für Lebens-/Sexualpartner
	6.5 Aufmachung/Ästhetik	sozialer Status (z. B. Bewunderung durch andere Personen)
	visuelle Anmutung, Layout	Ressourcen (z. B. Gewinn von Zeit oder Geld)
	6.5.1 Bebilderung (Fotos, Grafiken)	Freiheit, Mobilität
	Food-Foto 1: frisches Obst oder Gemüse	Selbstwertgefühl
	Food-Foto 2: schmackhaftes Essen	Autonomie, Selbstbestimmtheit
	glückliches Kind	Leistungsfähigkeit, Fitness
	glückliche Familie	6.10.3.2 Verlust-Framing
	glückliche erwachsene Einzelperson	körperliche/biologische Zustände
	statistische Darstellungen (z. B. Diagramme)	Kognitionen (z. B. mehr Wissen, reduzierte Unsicherheit)
	konkrete Ernährungsempfehlungen/Verhaltensempfehlungen	emotionale Zustände (z. B. Stolz, Freude)
	Bildwarnung 1: übergewichtige Person	Aussehen, Schönheit
Bildwarnung 2: unappetitliches/verdorbenes Essen	Attraktivität für Lebens-/Sexualpartner	
6.6 Informationswert	sozialer Status (z. B. Bewunderung durch andere Personen)	
Aktualität	Ressourcen (z. B. Gewinn von Zeit oder Geld)	
Vollständigkeit	Freiheit, Mobilität	
Nutzen-/Risiko-Abwägung	Selbstwertgefühl	
Darstellung der Kosten	Autonomie, Selbstbestimmtheit	
Thematisierung von Unsicherheit	Leistungsfähigkeit, Fitness	
Angabe von Quellen	6.10.3.3 Inhaltliches Framing	
konkreter Nutzen	Verantwortung für das Kind	
6.7 Unterhaltungswert	Adressierung von Unsicherheit	
Emotionalität		
Spannung, Dynamik		
6.8 Grundlegender kommunikativer Zugang/Fokus		

Hauptkategorien	Unterkategorien (Fortsetzung)	Unterkategorien (Fortsetzung)
6. Ausgestaltung	6.10.3.4 Sonstiges Re-Framing/ Re-Labeling	Bestrafung verbal
	6.10.4 Referenzen	Bestrafung sonstige
	1 Schweregrad der Bedrohung (Severity)	6.10.10 Evidenzen
	2 Wahrscheinlichkeit einer persönlichen Betroffenheit (Vulnerabilität, Susceptibility)	6.10.10.1 Unpersönlich
	3 Einfachheit/Praktikabilität der empfohlenen Schutzmaßnahmen (Self-Efficacy)	Statistiken
	4 Effektivität der Schutzmaßnahmen (Response Efficacy)	Vergleiche mit Alternativen
	5 Möglichkeit des eigenen Todes bzw. der eigenen Sterblichkeit (Todessalienz)	Garantien, kostenlose Tests
	6 Möglichkeit des Todes bzw. der Sterblichkeit des Kindes (Todessalienz)	6.10.10.2 Persönlich
	6.10.5 Appelle	Fallbeispiele (betroffene Personen)
	6.10.6 Emotionale Appelle	Narrationen, Anekdoten
	6.10.6.1 Positiv	Expertenmeinungen
	Freude, Glück	Endorsements durch Prominente
	Humor	6.10.11 Trigger/Cues für Verhaltensänderungen
	Optimismus, Stolz	Anrufe
	Liebe	SMS, MMS
	Genuss	E-Mail
	6.10.6.2 Negativ	Push-Nachrichten
	Angst, Furcht	Karten
	Ekel	Ziel des Triggers
	Schuld, Scham	Verhaltensänderung
	Trauer, Traurigkeit	Nutzung des Kommunikats (z. B. Reminder)
	6.10.7 Moralische Appelle	Sonstiges
	Injunktiv	6.10.12 Gemeinsame Entscheidungsfindung
	Deskriptiv	6.11 Sprachliche Gestaltung
	6.10.8 Soziale Appelle	6.11.1 Ansprache
	Affiliation	direkte Ansprache
	Mating	unpersönliche Formulierung
Caring	6.11.2 Einfachheit, Verständlichkeit	
6.10.9 Belohnung/Bestrafung	6.11.3 Verwendung unnötiger Fachbegriffe	
Belohnung verbal	6.11.4 Vermeidung ideologischer Begriffe	
Belohnung sonstige	6.11.5 Diskriminierungsfreiheit (z. B. „fett“)	
	6.12 Sonstiges	
7. Ergebnis der Intervention	7.1 Methodischer Zugang	7.2.1.2 Einstellungen/Wissen
	7.1.1 Methodische Qualität	Hinweise auf positive Effekte
	7.1.2 Methode (Bezeichnung)	Hinweise auf Null-Effekte
	7.1.3 Zeitlicher Kontext	Hinweise auf negative Effekte
	7.1.4 Größe der Stichprobe (N)	7.2.1.3 Physiologische/ anthropometrische Maße
	7.1.5 Dropout (in Prozent)	Hinweise auf positive Effekte
	7.2 Gesamtergebnis (Beschreibung)	Hinweise auf Null-Effekte
	7.2.1 Abhängige Variablen (Deskriptiv)	Hinweise auf negative Effekte
	7.2.1.1 Verhaltensbezogen	7.2.2 Hinweise auf weitere negative Effekte
	Hinweise auf positive Effekte	Abwehr, Resistenz
	Hinweise auf Null-Effekte	negative Effekte, Bumerangeffekte
	Hinweise auf negative Effekte	Stigmatisierung

Impressum

0525/2022

Herausgeberin:

Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE)

Präsident:

Dr. Hanns-Christoph Eiden
Deichmanns Aue 29
53179 Bonn
Telefon: 0228 / 68 45 - 0
www.ble.de, www.bzfe.de
www.gesund-ins-leben.de

Redaktion:

Britta Klein (BLE)
Dr. Katharina Reiss (BLE)

Text:

Prof. Dr. Matthias R. Hastall (TU Dortmund)
Cosima Nellen (TU Dortmund)
Dr. Alexander Röhm (TU Dortmund)
Marie-Christin Lueg (TU Dortmund)
Johannes Zensen-Möhring (TU Dortmund)

Gestaltung:

www.berres-stenzel.de

Bilder:

Titel: © Irina Schmidt – stock.adobe.com,
© j-mel – stock.adobe.com

Nachdruck oder Vervielfältigung – auch auszugsweise – sowie Weitergabe mit Zusätzen, Aufdrucken oder Aufklebern nur mit Zustimmung der BLE gestattet.

© BLE 2022

Diese systematische Auswertung wurde durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. gefördert. Das Netzwerk Gesund ins Leben hat den Prozess koordiniert und inhaltlich begleitet.



Gesund ins Leben
Netzwerk Junge Familie

Gesund ins Leben ist ein Netzwerk von Institutionen, Fachgesellschaften und Verbänden zur Förderung der frühkindlichen Gesundheit – von der Schwangerschaft bis ins Kleinkindalter. Es werden einheitliche Botschaften an Eltern vermittelt zur Ernährung und Bewegung, damit sie und ihre Kinder gesund leben und aufwachsen.

Auf www.gesund-ins-leben.de und dem Instagram-Kanal @gesund.ins.leben finden Familien und Fachkreise praktische Tipps. Gesund ins Leben ist angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) und Teil des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“.

Eine Einrichtung im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft

in form

Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung
und mehr Bewegung



**Bundeszentrum
für Ernährung**

Das Netzwerk Gesund ins Leben ist Teil der Initiative IN FORM und angesiedelt im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE).