

## Antragsteller und Projektleiter

Dr. med. Verena Wagner, FÄ Kinder- und Jugendmedizin, Endokrinologie-Diabetologie-Ernährungsmedizin-Adipositastrainer, Friedrichstr. 22, 18057 Rostock.  
Tel: 0381-3834910, Fax: 0381 4445750  
Email: [vmtwagner@web.de](mailto:vmtwagner@web.de)

Dr. rer. hum. Matthias Weippert, Sportwissenschaftler, Trainer B Prävention und Rehabilitation, Institut für Sportphysiologie und Gesundheitswissenschaft, Kopernikusstr. 17a, 18057 Rostock. Tel: 0381 12765113 Mobil: 0176-98444550  
Email: [mweippert@isg-mv.de](mailto:mweippert@isg-mv.de)

## Titel

**Prävention von Übergewicht und Gesundheitsbildung im Kindergartenalter durch das Projekt: *KITA – agiL (aktiv gesund im Leben)***

## Zusammenfassung

Adipositas ist trotz Einführung von Therapieprogrammen und Adipositas Sprechstunden ein weiter zunehmendes medizinisches wie gesundheitsökonomisches Problem. Im Kindes- und Jugendalter richteten sich Therapie Programme an Schulkinder und Jugendliche und ihre Eltern. Neuere Ergebnisse zeigen jedoch, dass die adipositasensible Phase in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen bereits im Kleinkindalter ist. In dieser Lebensphase ist die Lebenswelt der Kinder die Kita (Kindertagesstätte/Kindergarten). Die Kita trägt heutzutage die Hauptverantwortung für die Ernährung und Bewegung der Kinder. Für den Bereich der Ernährung soll sich an den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) orientiert werden. Für den Bereich Bewegung gibt es für das Vorschulalter keine strukturierten Vorgaben.

Das Projekt Kita AgiL zielt auf die Sensibilisierung der Kitaträger und Schulung der ErzieherInnen für das Thema Kindergesundheit sowie Ernährung, Bewegung, Entspannung im Kindergarten Alltag ab. Eine Analyse des Ist Zustandes vor und nach Schulung der ErzieherInnen wird durchgeführt und evaluiert. Es werden Handlungsanleitungen für die ErzieherInnen und die Eltern erarbeitet.

## 1. Einleitung

Die weltweite Zunahme der Adipositas im Kindes und Jugendalter und ihre Folgeerkrankungen sind aus medizinischer wie gesundheitsökonomischer Sicht besorgniserregend.

Die Ursachen für die Zunahme der Adipositas sind dabei multifaktoriell. Neben einer genetischen Veranlagung spielen soziale und familiäre Faktoren sowie Umwelteinflüsse eine große Rolle für das Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen.

Kenntnisse der individuellen Problembereiche, Aufklärung, Motivationsförderung und eine langfristige vor-Ort-Betreuung können eine Verhaltensänderung erreichen und zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation führen (Graf & Starke, 2009).

Aus dieser Motivation heraus wurde das Landeskonzept Adipositas bei Kindern und Jugendlichen entwickelt, dass nicht nur in Adipositas-Therapie-Zentren sondern in der Breite, in Kinder- und Jugend- sowie Allgemeinarzt-Praxen in unserem Flächenland Mecklenburg Vorpommern umgesetzt werden soll. ([http://www.landesverband-adipositas-mv.de/files/GesamtKonzept\\_Adiopositas\\_KT.pdf](http://www.landesverband-adipositas-mv.de/files/GesamtKonzept_Adiopositas_KT.pdf))

Zum Zeitpunkt der Antragstellung sind die Verhandlungen mit den Krankenkassen noch aktiv laufend.

Die Altersgruppe der Kinder unter 7 Jahre blieb beim Landeskonzept wie auch in den bundesweiten Adipositas Schulungsprogrammen unberücksichtigt, da Lesen eine Teilnahmevoraussetzung ist. Darüber hinaus zeigen nationale wie internationale Analysen therapeutischer Schulungs-Maßnahmen ab Schulalter ernüchternde Ergebnisse:

- ❖ *Nur eine Minderheit der betroffenen Kinder und Jugendlichen nimmt bislang die vorhandenen Schulungs- und Therapie Angebote an.*
- ❖ *Diejenigen, die Angebote annehmen, brechen zu einem hohen Prozentsatz ab.*
- ❖ *Von denjenigen, die ein Programm abschließen, erreicht nur rund ein Drittel einen medizinisch bedeutsamen Erfolg (Wabitsch, 2015).*

Eine in den USA durchgeführte Longitudinalstudie zeigt, dass die Adipositasinzidenz bei 5-14-Jährigen in frühen Jahren am höchsten ist. Besonders gefährdet, eine Adipositas neu zu entwickeln, sind Kinder, die bereits mit 5 Jahren übergewichtig sind (Cunningham, Kramer, & Narayan, 2014). Diese Ergebnisse zu besonders adipositasensiblen Phasen in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen stimmen mit Ergebnissen aus deutschen Untersuchungen überein, die den Eintritt in die Grundschule als Lebensphase ausweisen, in der mit einiger Validität die Entwicklung von Übergewicht im Jugendalter vorhergesagt werden kann (Riedel et al., 2014). Die beobachtete Steigerung der Adipositasprävalenz zwischen 7 und 11 Jahren ist auch Ausdruck einer verminderten Remission von Übergewicht in diesem Lebensalter (von Kries et al., 2013). Dabei ist insbesondere das frühzeitige Auftreten von Übergewicht bzw. Adipositas mit einer Vielzahl kurz- und langfristiger gesundheitlich negativer Konsequenzen und Risiken assoziiert (Wabitsch, 2000) (Abb. 1).

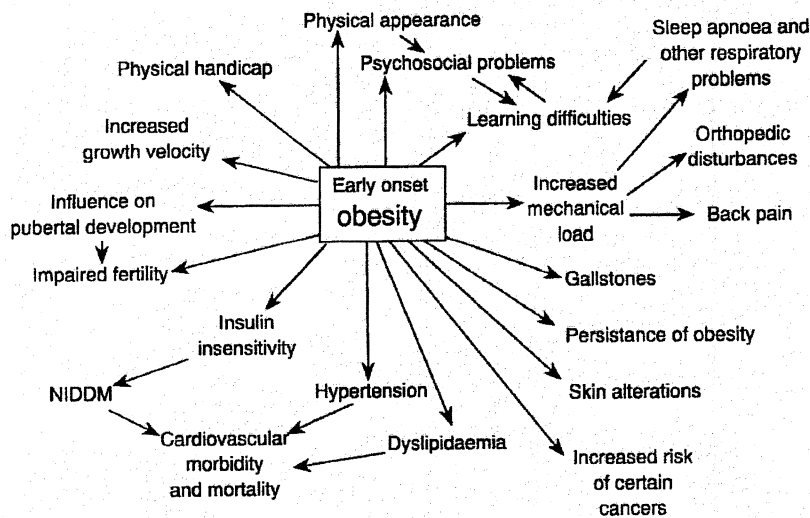


Abbildung 1: Gesundheitliche Konsequenzen und Risiken durch Übergewicht und Adipositas im Kindesalter (Wabitsch, 2000)

In Rostock belegen aktuelle Zahlen aller Einschulkinder eine Zunahme des Anteils übergewichtiger Kinder auf 11,3% und adipöser Kinder auf 3,7% (statistische Erhebungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes der Hansestadt Rostock 2014). Diese Zahlen sind vergleichbar auch für unser gesamtes Bundesland zu finden, wobei Mecklenburg-Vorpommern trauriger Spitzenreiter bei gesamtdeutschen Erhebungen ist (Moß, Wabitsch, Kromeyer-Hauschild, Reinehr, & Kurth, 2007). Aus Studien ist weiterhin bekannt, dass sich mit einem hohen BMI im Kindesalter auch das Risiko als Erwachsener adipös zu sein dramatisch erhöht (Freedman et al., 2005).

Wirksame präventive Maßnahmen gegen die Adipositasepidemie sollten daher bereits im Vorschulalter ansetzen. Auf den Sinn früher Präventionsmaßnahmen weisen auch Ergebnisse der Kieler schulbasierten Präventionsstudie hin. Um den Zeitpunkt des Schuleintrittes entfalten Unterschiede im sozioökonomischen Status eine gewisse Wirksamkeit auf die Körpergewichtsentwicklung und beeinflussen die Effektivität von schulbasierten Präventionsmaßnahmen maßgeblich (Plachta-Danielzik, Landsberg, Lange, Seiberl, & Muller, 2011).

In Deutschland besuchen im Schnitt 93% der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren eine Kindertagesstätte. Zudem werden immer mehr Betreuungsplätze für unter Dreijährige geschaffen. M-V liegt mit einer Betreuungsquote von 95,9 % leicht über dem Bundesschnitt. Auch bei den unter 3-jährigen zählt Mecklenburg-Vorpommern (53,6 %) gemeinsam mit Brandenburg (53,4 %) und Sachsen-Anhalt zu den Spitzenreitern, was die Betreuungsquote betrifft. Es besteht also das Potenzial einen Großteil bzw. fast alle Kinder über die Kindertagesstätten zu erreichen.

## 2. Hintergrund Ernährung der Kinder

Seit Januar 2015 wird die Verpflegung in den Kindertagesstätten neu geregelt. Integraler Bestandteil des Leistungsangebots ist eine vollwertige und gesunde Verpflegung von Kindern bis zum Eintritt in die Schule während der gesamten Betreuungszeit. Diese Vollverpflegung soll sich an den geltenden Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientieren (<http://www.dgevesch-mv.de/index.php?id=24>) und zählt in allen Einrichtungen zum Leis-

tungsstandard, das heißt sie ist ein von den Eltern nicht abwählbarer Bestandteil. Aber nicht nur hinsichtlich einer ausgewogenen Ernährung muss die Kita als frühe Bildungseinrichtung eine verantwortungsvolle Aufgabe übernehmen, auch frühzeitige und regelmäßige Anreize für ausreichende Bewegung und Entspannungsphasen sind notwendige Grundlagen für ein gesundes Leben. Während die Vollverpflegung orientiert an den Empfehlungen der DGE als integraler Bestandteil festgeschrieben ist, existieren für den Bereich der Bewegung keine Standards bzw. strukturierte Vorgaben, auch wenn die Bewegung als wichtiger Bestandteil in der Bildungskonzeption M-V für 0-10jährige niedergelegt ist. Um beide Kompetenzbereiche im Kita-Alltag erfolgreich zu integrieren, bedarf es neben den institutionellen Rahmenbedingungen vor allem gut ausgebildeter und motivierter pädagogischer Fachkräfte.

#### *Beispiele von Projekten zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen*

Vereinzelt, an 4 Standorten wurden in Deutschland Pilotprojekte: „gesunde Kitas- starke Kinder“ zwischen 2007-2009 erprobt. Derzeit wird in den Bundesländern Thüringen, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz das Projekt KiCo – Kita-Coaches IN FORM eine professionelle Begleitung auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Kita durchgeführt. Multiplikatoren werden in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung sowie Mitarbeitergesundheit und Elternpartnerschaft zu „Kita-Coaches“ qualifiziert.

Fortbildungen wie z. B. der Fachtag „Das 1 x1 der Kinderernährung“ durch die DGE Sektion MV und DGE Vernetzungsstelle Kitaverpflegung in Schwerin werden für Interessierte wie MitarbeiterInnen der Kitas, Erzieherinnen und Hauswirtschaftskräfte sowie FachberaterInnen und Ernährungsfachkräfte angeboten, es nahmen aber nur ca. 55 Personen teil (<http://www.dge-mv.de> ).

Die Landesvereinigungen für Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung (LVG) gibt es in (fast) jedem Bundesland. Sie sollen Ansprechpartner, Organisator und Vermittler für gesundheitliche Projekte aller Art sein und stellen eine fundamentale Schnittstelle zwischen Politik und verschiedenen Trägern und Einrichtungen der Gesundheitsförderung dar (<http://www.gesundheitsfoerderung-mv.de/uber-uns/> ). Auch hier ist die Inanspruchnahme von Beratungen und Informationen abhängig, ob eine Kita bzw. deren ErzieherInnen oder Träger aktiv werden.

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. führt das Audit „Gesunde Kita“ eine unabhängige Qualitätsbestimmung für Gesundheitsförderung in der Kita durch. Zertifizierte Kitas sind auf der Homepage (<http://kita.gesundheitsfoerderung-mv.de/themenwelten/audit-gesunde-kita/zertifizierte-kitas/> ) publiziert. Für Rostock sind 4 Kitas aufgelistet.

Problematisch ist also, dass es nur vereinzelte Präventionsprojekte gibt, dass es oft keine Nachhaltigkeit gibt, dass bestehende Angebote und Projekte der DGE, der DGE Vernetzungsstelle zur Kitaverpflegung, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. auf freiwilliger Basis genutzt werden können, also von der Motivation, Ausrichtung, Sensibilisierung für die Thematik und den internen Strukturen der Kita-Träger und ErzieherInnen abhängig ist.

### **3. Hintergrund Bewegung der Kinder**

Neben dem übermäßigen Verzehr energiereicher Nahrungsmittel sind insbesondere die Abnahme körperlicher Aktivität und der sitzende Lebensstil entscheidende Faktoren für die Zunahme von Übergewicht bei Kindern und der damit einhergehenden Risikosteigerung verschiedener metabolischer Erkrankungen (Graf, Dordel, Koch, & Predel, 2006). Eine Änderung

der Ernährungsgewohnheiten führt meist nur in Kombination mit einer Erhöhung der körperlichen Aktivität bzw. Reduktion von Inaktivitätszeiten zu einer langfristigen Reduktion bzw. Stabilisierung des Körpergewichts. Sowohl Empfehlungen auf Ebene der primären als auch sekundären Prävention umfassen deshalb beide Bereiche (Cunningham et al., 2014; Graf et al., 2006; Zwiauer, 2000). Mittlerweile kann davon ausgegangen werden, dass sich die Ernährungssituation in den Industriestaaten zwar seit längerem stabilisiert hat, dennoch eine kontinuierliche Zunahme der Übergewichts- bzw. Adipositasprävalenz zu verzeichnen ist. Folglich wird die Rolle der Inaktivität und der Abnahme von Bewegungsumfängen und –intensitäten als noch bedeutsamer bei der Genese von Übergewicht und Adipositas eingeschätzt (Graf et al., 2006). Differenzierte Untersuchungen zur körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern in Deutschland zeigen, dass Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, überproportional aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern kommen (Lampert, Mensink, Romahn, & Woll, 2007). Dies korreliert mit den Befunden zu Übergewicht und Adipositas. Auch wenn der Bereich Bewegung als wichtiger Bestandteil in der Bildungskonzeption M-V für 0-10 jährige festgeschrieben ist, existieren für den Bereich der Bewegung im Vorschulalter keine Standards bzw. strukturierte Vorgaben. Gerade im Kontext Übergewicht und damit assoziierter Erkrankungen und Risikofaktoren spielt die regelmäßige Bewegung eine wesentliche Rolle. Regelmäßige Bewegung zielt dabei auf zwei unabhängige gesundheitliche Zielgrößen: den täglichen Energie(mehr)umsatz und die körperliche Fitness. Aktuelle Empfehlungen umfassen für Vorschulkinder mindestens täglich 60 Minuten strukturierte Bewegungsprogramme zusätzlich zu einem möglichst hohen Umfang unstrukturierter Bewegungszeit mit altersentsprechender Aufgaben zur Entwicklung der motorischen Fähigkeiten.

Zusammenfassend gibt es für die Altersgruppe unter 7 Jahre nur unzureichende Präventionsangebote, um der zunehmenden Gewichtsproblematik und dem Bewegungsmangel Einhalt zu gebieten. Auch Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften für strukturierte Sportprogramme in diesem Altersbereich sind – wenn überhaupt existent – im Detail nicht ausformuliert.

#### **4. Zielsetzung des Projektes**

Im Rahmen des Projektes sollen die Träger / ErzieherInnen Rostocker Kitas sowohl für das Problem „kindlicher Bewegungsmangel“ und dessen Einfluss auf die körperliche und geistige Entwicklung sowie das Gesundheitsverhalten im Lebenslauf als auch für das Thema gesunde Ernährung im Kleinkindalter sensibilisiert und geschult werden. Praktische Handlungsanleitungen werden entwickelt, geschult und den Eltern vorgestellt werden. Im Rahmen einer Struktur- und Prozessevaluation sollen begünstigende Faktoren bzw. Hinderungsgründe für die Teilnahme am Projekt bzw. die Implementierung von strukturierten Bewegungsprogrammen erfasst und analysiert werden. Bislang gibt es keine aktuellen Befunde zum Bewegungsverhalten Rostocker Kindergartenkinder.

Das Projekt **KITA-AgiL**, *aktiv gesund im Leben von Anfang an* soll bereits im Kita- und Kindergartenalter die Weichen für ein gesundes und bewegtes Leben stellen. KITA – AgiL fokussiert auf die Verhältnisprävention, der Gestaltung der Lebenswelt des Kindes, in der es sich die überwiegende Zeit des Tages aufhält als Basis gesundheitsfördernder Maßnahmen (Doak, Visscher, Renders, & Seidell, 2006; Graf & Starke, 2009) aber auch auf individualisierte Verhaltensprävention des einzelnen Kindes:

## **Allgemein**

1. Wissensvermittlung durch die ausgebildeten Erzieher (Multiplikatoren-schulung, „train the trainers“) an die weiteren Erzieher in der Kita.
2. Visiten in 30 Kindertagesstätten in den sozialen Brennpunktgebieten der Hansestadt Rostock zur Analyse von Umsetzungsproblematiken (Strukturevaluation) und Erarbeitung von Handlungskonzepten zur besseren Umsetzung.
3. Erarbeitung eines Elternbriefes und einer Handlungsanleitungen für Eltern, die von den Erziehern bei einem Elternabend erklärt und ausgehändigt werden.
4. Verfassen wissenschaftlicher Publikationen, Projektdokumentation und Abschlussbericht

## **7. Kooperationspartner**

- a) Frau Birgit Schmarbeck, Diätassistentin VDD (Verband der Diätassistenten)
- b) Institut für Sportwissenschaft, Universität Rostock
- c) Triathlonclub FIKO Rostock e. V.

## **8. Kostenaufstellung**

Die ausgeschriebene Summe von 10.000,00 € soll auf die beiden Bereiche Ernährung und Bewegung aufgeteilt werden, zudem sind übergreifende Projektkosten aufgeführt.

### **Ernährungsprogramm:**

1. Erarbeitung von Fragebögen und Implementierung in ein Online-Erfassungssystem, Elternbrief, Schulungsmappe „Ernährung“ für die einzelnen Kitas, Handlungsanleitung „Ernährung“ für Eltern  
20 Stunden á 30 € 600,00 €
2. Schulungsmaßnahme  
5 x 3 Schulungseinheiten á 60 € 900,00 €
3. 30 Visiten, Analyse zur Ernährung und Bewegung, Problemanalyse, Strukturveränderung  
30 x 3 Stunden á 30 € 2700,00 €

### **Bewegungsprogramm:**

1. Erarbeitung von Fragebögen und Implementierung in ein Online-Erfassungssystem, Elternbrief, Erarbeitung eines strukturierten Bewegungsprogramm sowie eines Leitfadens zur Reduktion von Inaktivität und Erhöhung unstrukturierter Bewegungszeiten, Inhaltliche Erarbeitung Schulungsmappe „Bewegung“ für die einzelnen Kitas, Handlungsanleitung „Bewegung“ für die Eltern  
40 Stunden á 30 € 1500,00 €
2. Schulungsmaßnahmen  
5 x 3 Schulungseinheiten á 60 € 900,00 €
3. Materialanschaffung für die Bewegungsschulung 500,00 €

Entwurf, grafische Umsetzung, Redaktion der Schulungsmappen, Handlungsanleitungen	900,00 €
Druck Schulungsmappen/Handlungsanleitung	500,00 €
Material, Druck, Porto, Elternbriefe	300,00 €
Struktur- und Prozessevaluation	600,00 €
wissenschaftliche Ergebnisevaluation	300,00 €
Publikation auf wissenschaftlichen Kongressen	300,00 €
<hr/> Projektsumme	<hr/> 10.000,00 €

## 9. Projektdauer

Gesamt: 24 Monate

Vorbereitung: 6 Monate

Durchführung der Schulungen: 12 Monate (5 Schulungseinheiten, 5 Schulungsangebote für 78 Kitas)

Nachbereitung, Evaluation, Bericht: 6 Monate

## 10. Expertise der Projektleiter

Dr. med. Verena Wagner: mehr als 20jährige Tätigkeit an der Universität zu Lübeck, seit 2009 niedergelassen als Kinder- und Jugendärztin, Schwerpunkt: Endokrinologie, Diabetologie, Ernährungsmedizin. Principal Investigator der laufenden DFG Studie: Psychosocial issues in insulin pump therapy in children with type 1 DM- a randomised controlled trial-PUMPKIN, Fördervolumen: 450.000 €

Dr. rer. hum. Matthias Weippert: seit 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter/ Projektleiter Universität Rostock/ Universitätsmedizin Rostock (Institut für Sportwissenschaft, Institut für Präventivmedizin), Schwerpunkte Sportphysiologie, Bewegungswissenschaft, Prävention, Principal Investigator: „System zur Erfassung individueller Ressourcen älterer Arbeitnehmer“, Stifterverband der Deutschen Wissenschaft, Fördervolumen: 120.000 €; Co-Investigator: „eHealth“, Projektleitung: „eHealthGuard“, Verbundprojekt Wissenschaft-Wirtschaft Land M-V, Fördervolumen: 350.000 €, Principal Investigator: celisca – Zentrum für Innovationskompetenz, Fördervolumen: 4.357.185 € BMBF, Co-Investigator: „Neuartiges Gerätesystem zur ausgangswertbezogenen, reaktionsabhängigen Dosierung elektrotherapeutischer Parameter“ („ARAD – Gerätesystem“), ZIM-Projekt des BMWi

## 11. Literatur

- Cunningham, S. A., Kramer, M. R., & Narayan, K. M. V. (2014). Incidence of Childhood Obesity in the United States. *New England Journal of Medicine*, 370(5), 403-411. doi: 10.1056/Nejmoa1309753
- Doak, C. M., Visscher, T. L., Renders, C. M., & Seidell, J. C. (2006). The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev*, 7(1), 111-136. doi: 10.1111/j.1467-789X.2006.00234.x
- Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (2005). The relation of childhood BMI to adult adiposity: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 115(1), 22-27. doi: 10.1542/peds.2004-0220
- Graf, C., Dordel, S., Koch, B., & Predel, H.-G. (2006). Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Zeitschrift fuer Sportmedizin*, 57(9), 220-225.
- Graf, C., & Starke, D. (2009). Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter – vom Modell zur Anwendung. *Deutsche Zeitschrift fuer Sportmedizin*, 60(5), 108-111.
- Lampert, T., Mensink, G. B. M., Romahn, N., & Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 50, 634-642.
- Lee, J., & Kubik, M. Y. (2015). Child's Weight Status and Parent's Response to a School-Based Body Mass Index Screening and Parent Notification Program. *J Sch Nurs*, 31(4), 300-305. doi: 10.1177/1059840514556181
- Moß, A., Wabitsch, M., Kromeyer-Hauschild, K., Reinehr, T., & Kurth, B.-M. (2007). Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 50, 1424-1431.
- Plachta-Danielzik, S., Landsberg, B., Lange, D., Seiberl, J., & Muller, M. J. (2011). Eight-year follow-up of school-based intervention on childhood overweight—the Kiel Obesity Prevention Study. *Obes Facts*, 4(1), 35-43. doi: 10.1159/000324552
- Riedel, C., von Kries, R., Buyken, A. E., Diethelm, K., Keil, T., Grabenhenrich, L., Müller, M.J., Plachta-Danielzik, S. (2014). Overweight in Adolescence Can Be Predicted at Age 6 Years: A CART Analysis in German Cohorts. *Plos One*, 9(3). doi: ARTN e93581 10.1371/journal.pone.0093581
- von Kries, R., Reulen, H., Bayer, O., Riedel, C., Diethelm, K., & Buyken, A. E. (2013). Increase in prevalence of adiposity between the ages of 7 and 11 years reflects lower remission rates during this period. *Pediatric Obesity*, 8(1), 13-20. doi: 10.1111/j.2047-6310.2012.00084.x
- Wabitsch, M. (2000). Overweight and obesity in European children and adolescents: causes and consequences, treatment and prevention. An introduction. *European Journal of Pediatrics*, 159 Suppl 1, S5-7.
- Wabitsch, M. (2015). Gegen Diskriminierung und für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas - die Geschichte der AGA. *Ernährungsmedizin*, 40, 50-53.
- Zwiauer, K. F. (2000). Prevention and treatment of overweight and obesity in children and adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 159 Suppl 1, S56-68.