



IDEENWETTBEWERB VERHÄLTNISPRÄVENTION

Praxisbeispiele zu verhältnispräventiven Maßnahmen
zur Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht
bei Kindern und Jugendlichen

IDEENWETTBEWERB VERHÄLTNISPRÄVENTION

Praxisbeispiele zu verhältnispräventiven Maßnahmen
zur Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht
bei Kindern und Jugendlichen

Berlin: GVG 2018

VORWORT



Dr. Sven-Frederik Balders

Gesundheit und körperliches Wohlbefinden sind hohe Güter für alle Menschen, ihre Einschränkung oder Absenz belastet den Einzelnen und schadet der Gesellschaft. Wichtige Grundlagen für das Gesundsein und Gesundbleiben werden im frühen Lebensverlauf gelegt. Übergewicht und Mangel an Bewegung führen zu gesundheitlichen – und sozialen – Einschränkungen bereits im Kindesalter. Die Effekte verstetigen und verfestigen sich oft, und es fällt schwer, das eigene gesundheitsbezogene Verhalten aus individuellem Antrieb zu verändern. Das gilt vor allem, wenn die Umgebung gesundheitsbewusstes Handeln nicht unterstützt oder sogar erschwert.

Unter dem Stichwort der „Verhältnisprävention“ werden diese Umwelten als Bedingungsbeziehungen gelingender Prävention in den Blick genommen: Nur wenn die Verhältnisse stimmen, können wir darauf hoffen, dass sich Verhalten in signifikanter Weise ändert. Gerade Kinder und Jugendliche können hiervon profitieren, ihnen gegenüber haben wir eine besondere gesellschaftliche Verantwortung.

In dieser Publikation werden Ergebnisse vorgestellt, die aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Förderschwerpunkts „Prävention von Kinderübergewicht“ geförderten und von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) durchgeführten „Ideenwettbewerb Verhältnisprävention“ hervorgegangen sind. Im Mittelpunkt steht die „gute Praxis“ – die zahlreichen Projekte, die sich in so vielfältiger Weise dafür stark machen, Lebenswelten mit gesundheits-

förderlichen Angeboten besser zu gestalten. Es gingen fast 60 Beiträge aus 13 verschiedenen Bundesländern ein, ein Komitee aus Politik, Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Fachkräften hat aus diesen ausgewählt und die 37 Projekte identifiziert, die hier versammelt sind.

Die Projekte wurden als Teil einer Abschlussveranstaltung des Ideenwettbewerbs präsentiert. Wir möchten diese Tagung aber weniger als Zielpunkt denn als Auftakt für das Netzwerk verstehen, zu dem die aus dem Wettbewerb hervorgegangene Praxisdatenbank den Grundstein bildet. Mit der Vernetzung der Projektmitarbeitenden möchten wir einen Beitrag zur strukturierten Überwindung des oft beklagten „Inseldaseins“ der einzelnen Akteure und Aktionen leisten; mit der öffentlichen Darstellung der erfolgreichen Projekte in gedruckter und digitaler Form werden zudem wertvolle Erfahrungen und Erkenntnisse allen Interessierten nachhaltig zur Verfügung gestellt. Deshalb ist das Anerkennung geleisteter Arbeit, vor allem aber verbunden mit der Aufforderung zum Nachmachen!

Die GVG möchte damit Knotenpunkt und Ansprechpartner auch in dieser wichtigen Frage sein – ganz im Sinne ihrer Tradition. Gegründet im Jahr 1947, versteht sich die GVG bis zum heutigen Tag als Konsensplattform, die alle wesentlichen Institutionen der sozialen Sicherheit und des Gesundheitswesens in Deutschland zusammenführt. Unser Ziel ist es, gemeinsam mit unseren Mitgliedern die Systeme sozialer Sicherung aktiv zu gestalten. Hierbei spielt das Thema Prävention schon länger eine zentrale Rolle. Die Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de* beispielsweise ist bei der GVG angesiedelt; in den vergangenen Jahren war die GVG in vielfältiger Weise daran beteiligt, den nationalen Gesundheitszieleprozess voranzubringen.

Mit der vorliegenden Publikation hoffen wir, ein weiteres Element zu einer belastbaren und sich ständig ergänzenden Präventionskette beisteuern zu können.

Dr. Sven-Frederik Balders

Geschäftsführer
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

INHALT

VORWORT

Dr. Sven-Frederik Balders	5
--	---

EINLEITUNG

Maria Zens und Jürgen Dolle	11
--	----

FACHVORTRAG: VERHÄLTNISPRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN – EVIDENZBASIERUNG ALS HERAUSFORDERUNG

Teil 1: Zur Evidenzlage verhältnispräventiver Ansätze

Prof. Dr. Jens Bucksch	19
-------------------------------------	----

Teil 2: Evidenz und Projektpraxis – Das Beispiel der Gemeinde Michelfeld in Baden-Württemberg

Prof. Dr. Freia De Bock	21
--------------------------------------	----

ROUNDTABLE-DISKUSSION: ERGEBNISSE UND AUSBLICK	25
--	----

DIE PROJEKTE	29
--------------------	----

Fit4future	30
-------------------------	----

Fitte Teens	31
--------------------------	----

Gesundekids – macht die Kids fit	32
---	----

Jolinchen Kids – Fit und gesund in der Kita	33
--	----

Klasse in Sport – Initiative für täglichen Schulsport	34
--	----

Let's go – Familien, Kids und Kitas	35
--	----

Kinder unsere Zukunft, Bitz bewegt sich	36
--	----

Kita-Ernährungsfachbereich mit eigenem Konzept	37
---	----

MINIFIT – das Gesunde Netzwerk für Kinder	38
--	----

Bewegte Kita – Wachsen mit Bewegung	39
Kooperation KiSS und Kinderbewegungshaus Sportissimo	40
Obst, Gemüse und Kräuter selbst anbauen	41
„Netzwerk Gesundheit“ im Bremer Westen	42
Gärten für Kinder	43
KLASSE KLASSE – das Präventionsspiel für die Grundschule	44
Schulkids in Bewegung (SKIB) – meine Schule, mein Verein	45
Wir werden FIT und alle machen mit	46
Wetteraukreis is(s)t gut	47
Gesunder Vormittag	48
iss dich fit!	49
fit für pisa + Mehr Bewegung in der Schule	50
Gesunde Stunde	51
Initiative Trink!Wasser	52
Mehr Freiraum für Kinder. Ein Gewinn für alle!	53
Iss ok in Dortmund	54
SMS. Sei schlau. Mach mit. Sei fit.	55
„BaukastEN – Gesunde Kita“ im gesamten Ennepe-Ruhr-Kreis	56
Ernährung und Bewegung im Offenen Ganzttag im Primarbereich	57
Sport und gesunde Ernährung im Förderkonzept LERNEN INDIVIDUELL (LEIV)	58

Fitnetz – das gesunde Netzwerk	59
Qualitätssiegel Bewegungskita Rheinland-Pfalz	60
Regional, Saisonal und Gesund	61
Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung in der Kita	62
Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz	63
Escapädische Zusatzqualifikation für Fachkräfte	64
Grünau bewegt sich	65
Leibeslust – Lebenslust. Ernährungsbildung und Prävention von Essstörungen in Kita und Schule	66
PROJEKTINDEX	67
BILDNACHWEIS	69
IMPRESSUM	70

EINLEITUNG

Maria Zens* und Jürgen Dolle**

1. DER ANSATZ: MIT VERHÄLTNISPRÄVENTION GESUNDHEITSFÖRDERLICHE STRUKTUREN SCHAFFEN

Es ist – weltweit – Konsens, dass der wünschenswerte Zustand „Gesundheit“ sowohl dem Individuum als auch der Gesellschaft nützt und die Lebensverhältnisse der Menschen zurückwirken auf ihre gesundheitliche Verfassung. Die Ermöglichung von Gesundheit ist deshalb eine gesellschaftliche Aufgabe und sollte nicht allein in den Verantwortungsbereich des Einzelnen gestellt werden. Gesundheit ist auch nicht nur als Folge von kurativen Prozessen – als wiederhergestellter Zustand nach Heilung von Krankheit – zu verstehen, sondern als erwünschtes Ergebnis von Krankheitsvermeidung und Förderung positiver Umstände und Verhaltensweisen. Manifest wird diese präventionsorientierte Position in der Ottawa-Charta der World Health Organization zur Gesundheitsförderung 1986 (WHO, 1986) und auch im „Präventionsgesetz“ (PrävG) vom 25. Juli 2015.

Primärprävention, Verhältnisprävention, Arbeit im Setting

Der Gedanke der Primärprävention, also die Vermeidung von Krankheiten durch die Schaffung gesundheitsbegünstigender Umstände und die Unterstützung gesundheitsbewusster Lebensstile, ist deshalb ein Kernanliegen vieler Public Health-Maßnahmen (Wright, 2006; Rosenbrock, 2004; Rosenbrock, 2008; Zeeb, Ahrens, & Pigeot, 2011). Ansätze der Verhältnisprävention führen viele dieser Elemente zusammen: als Fokus auf Gesundheit (und weniger auf Krankheit), als Fokus auf Strukturen (und weniger auf das Individuum), als Fokus auf die positive Gestaltung der direkten Lebensumwelt (und weniger auf Appelle und Erziehung zur „Besserung“). Hier zeigt sich die Nähe zum seit den 1980er Jahren stark vertretenen Setting-Ansatz (Bauch, 2002; Wright, 2006; Engelmann & Halkow, 2008), der, wenn auch nicht deckungsgleich mit dem Konzept der Verhältnisprävention, doch große Schnittmengen mit diesem aufweist.

Verhältnisprävention orientiert sich vor allem auf die Meso-Ebene der Gesellschaft, auf Institutionen wie Schule

oder Verein, sozialräumlich auf Wohnquartiere oder Stadtteile, gruppenbezogen auf Familien, Altersgruppen etc. (Loss & Leitzmann, 2011). Das heißt nicht, dass die Mikro-Ebene – das Individuum – und die Makro-Ebene – die Gesamtgesellschaft mit ihren politischen, kulturell-normativen und sozialen Strukturen – unwichtig wären. Im Gegenteil: Gesundheit kann letztlich nur beim Individuum verbessert werden und gesetzliche Vorgaben und Gesundheitssysteme bestimmen den Rahmen. Die Rahmenbedingungen, die solche Maßnahmen stützen – wie das Präventionsgesetz und öffentliche Mittel, die für Maßnahmen bereitgestellt werden – oder ihrem Erfolg entgegenstehen – wie beispielsweise die Flut ungesunder ‚Kinderlebensmittel‘, die aggressiv beworben werden – dürfen in der Gesamtperspektive nicht außer Acht gelassen werden. Es heißt aber, dass die konkreten Interventionen auf die mittlere Ebene mit Institutionen, sozialen Gruppen, Strukturen und Infrastrukturen fokussieren. Damit verbunden ist die Annahme, dass hier Wirkungen erzielt werden können, die über die eher geringen Effekte hinausgehen, die Appelle an das individuelle Gesundheitsverhalten nachweislich haben. Die auf ein gesamtes Setting oder die Gruppe gerichteten Angebote können spielerischer und interaktiver sein, was insbesondere für die Ansprache von Kindern und Jugendlichen hilfreich ist; zudem können motivationshemmende Stigmatisierungen so vermieden werden. Darüber hinaus ist Verhältnisprävention auch unter den Gesichtspunkten Ökonomie und Effizienz sinnvoll, da viele Menschen gleichzeitig erreicht werden können.

Gesundheitliche Ungleichheit, Schließung von „health gaps“

Verhältnisprävention und Setting-Arbeit basieren auf der Annahme, dass Gesundheit und gesellschaftliche Lage in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Auch entwickelte Industrienationen sehen sich Herausforderungen gegenüber, die unter dem Stichwort „gesundheitliche Ungleichheit“ (auch: health inequalities) Auftrag an die Politik und Gegenstand von Forschung (Wilkinson & Marmot, 2003; Bauer, Bittlingmayer, & Richter, 2008; Marmot, 2005) sind. Hierzu gehört zum Beispiel die Einsicht, dass

* GESIS Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften und freie Autorin.

** Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (GVG) e.V., Leiter Sozialpolitik.

es auch in wohlhabenden Gesellschaften mit gut ausgebauten Systemen sozialer Sicherung vulnerable Gruppen mit eingeschränktem Zugang zu gesundheitsbezogenen Angeboten oder zu relevantem Wissen gibt.

Dabei scheint zwar unbestritten, dass soziale Lebensbedingungen die Erkrankungswahrscheinlichkeit und Mortalität beeinflussen, die Frage, wie dies genau geschieht und über welche Mechanismen zum Beispiel soziale Benachteiligung in gesundheitliche Belastung transformiert wird, wird in der Medizinsoziologie in verschiedenen Erklärungsansätzen diskutiert ([Einleitung der Herausgeber] Bauer, Bittlingmayer, & Richter, 2008).

Die Ansätze hierzu zeigen ein ganzes Geflecht von Einflussfaktoren zwischen Lebensstil und sozialer Lage. Je nach Erklärungsmodell werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, zum Beispiel auf die ökonomischen Ressourcen, die dem Einzelnen zur Verfügung stehen, auf soziokulturelle Faktoren oder auch das Bewältigungsverhalten angesichts von Belastungen im Alltag oder krisenhaften Ereignissen. So wissen wir, dass die ökonomische Lage das Gesundheitsverhalten und die Versorgung beeinflusst (Weyers, Dragano, Richter, & Bosma, 2010; Elkeles, 2008), insbesondere auch mit Bezug auf die Altersgruppen, um die es hier geht (Richter, Hurrelmann, Klocke, Melzer, & Ravens-Sieberer, 2008). Lampert und Kurth (2007) haben das mit Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts nachgewiesen. Mit dem KiGGS steht insgesamt eine valide Datenbasis zur Verfügung, die detaillierte Beschreibungen der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ermöglicht und die Basis für Präventionsarbeit ist (Lampert, Mensink, Hölling, & Kurth, 2008). Die Daten liefern zahlreiche Belege für die sozial ungleiche Verteilung der Gesundheitschancen in der heranwachsenden Generation. Die Kriterien für die Messung des sozio-ökonomischen Status sind dargelegt (Lampert, Müters, Stolzenberg, Kroll, & KiGGS Study Group, 2014).

Generell ist auch ein Zusammenhang von Sozialisation und Gesundheit(sverhalten) seit langem bekannt (Erhart, Wille, & Ravens-Sieberer, 2008). Den Komplex gesundheitlicher Ungleichheit bei Jugendlichen machen Hackauf und Jungbauer-Gans (2008) zu einer entscheidenden Perspektive für die Evaluation von Präventionsprojekten. Hackauf und Ohlbrecht bieten einen generellen Überblick zu Jugend und Gesundheit (2010).

Auch wenn es keine einfachen Kausalitäten gibt – genauere Einsichten in die komplexen Zusammenhänge sind ein Desiderat. Alle Vorschläge zur Prävention

und auch der politisch-normative Aspekt, unter dem gesundheitliche Chancengleichheit eine Gerechtigkeitsfrage ist und „health gaps“ (Murray, Mathers, Salomon, & Lopez, 2002) möglichst zu schließen sind, hängen letztlich davon ab, welche Wirkungswege hier angenommen werden.

Evidenz, Evaluation, Austausch von „Theorie und Praxis“

Für die Auswahl und Ausgestaltung von geeigneten Maßnahmen vor Ort ist einerseits genaueres Wissen nötig, andererseits kann dieses nur mit Blick auf die Praxis generiert werden. Welches die ‚richtigen‘ Wege und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind, auf welcher Ebene angesetzt werden sollte, was wirksam ist, was effizient und wer die geeigneten Akteure und Zielgruppen sind, wird deshalb in zahlreichen Programmen und Projekten erprobt und ist Gegenstand der interdisziplinären Erforschung, von Studien und Evaluationen.

Zugleich drängen die praktischen Probleme vor Ort auf Lösung – oft ohne dass hinreichende personelle und finanzielle Ressourcen oder nutzbare Infrastrukturen vorhanden wären und ohne die Zeit, vor dem notwendigen Handeln einen theoretischen Überbau desselben zu entwickeln.

Die Beteiligten stehen vor dem Dilemma, den Herausforderungen gesundheitlicher Ungleichheit jetzt und vor Ort begegnen zu wollen, zugleich aber wenig echte Evidenz über die Wirksamkeit von verhältnispräventiven Maßnahmen zu haben. Eine bessere Verbindung von Theorie und Praxis wäre, das wurde auch bei der dieser Publikation zugrundeliegenden Tagung immer wieder vorgebracht, zum beiderseitigen Nutzen. Dieser Theorie-Praxis-Transfer sollte bidirektional verlaufen, was bedeutet, nicht nur Erkenntnisse aus der Wissenschaft werden in praktische Projekte umgesetzt, auch Erfahrungen aus der Arbeit in der Gesundheitsförderung vor Ort, im Setting wirken zurück auf die Formulierung von neuen Forschungsfragen, die Konzeption von Studien oder auch die Entwicklung von Kriterienkatalogen, nach denen evaluiert wird.

Insgesamt ist derzeit – nicht zuletzt aufgrund der Komplexität der Interventionen – die Wirkungstheorie bei Verhältnisprävention oder Präventionsarbeit im Setting eher unterentwickelt (Engelmann & Halkow, 2008), die Evidenzlage eher schwach. Wirkung wird eher abstrakt postuliert oder intuitiv vermutet als analysiert und nachgewiesen.

Der DIMDI-Bericht „Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen“ stellt fest, dass es kaum belastbare und

vor allem keine Maßnahmen vergleichenden Primärstudien zur Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen gibt (Fröschl, Haas, & Wirl, 2009). Evidenz im strengen Sinne eines kontrolliert randomisierten Studien-Designs ist hier auch schwer zu erreichen (Gerhardus, Rehfuess, & Zeeb, 2015). Das heißt nicht, dass Evaluation und Qualitätssicherung hintangestellt werden sollten (Rosenbrock & Kümpers, 2009; Goldapp et al., 2011). In der einschlägigen Forschung werden Verfahren wie kontrollierte Vorher-Nachher-Erhebungen oder unterbrochene Zeitreihen als Alternativen empfohlen (ebd.), und auch Experten-Delphis oder Fokusgruppen werden erprobt (Zwick & Schröter, 2011; Zwick & Schröter, 2012). Angesichts der schwierigen Evidenzlage werden vor allem Mixed-methods-Ansätze, wie sie zum Beispiel Mayring (2017) in seinem Vorschlag zur „Evidenztriangulation“ behandelt, Verfahren, die auf den erreichbaren Daten aufbauen, sowie grundsätzlich eng an den konkreten Gegebenheiten und Möglichkeiten orientierte Verfahren als nützlich eingeschätzt. Ein möglicher Angelpunkt für Evidenz der Verhältnisprävention liegt ja gerade in der Verbindung von Konzept und Praxis, der wissenschaftlichen Begleitung von Projekten und insbesondere in einer partizipativen Qualitätsentwicklung, wie sie Michael T. Wright (2010) entwickelt.

Mit dem zentralen Thema Evidenz beschäftigt sich auch der Fachvortrag von Jens Bucksch und Freia de Bock, der auf der Abschlussveranstaltung des Wettbewerbs gehalten wurde und den wir in dieser Publikation dokumentieren.

Orientierung auf Lebensbereiche und vorhandene Ressourcen

Der Gedanke der Partizipation ist in mehrerer Hinsicht zentral für das Gelingen von Verhältnisprävention. Es geht ja nicht nur um ein ‚gutes‘ Angebot, das vorgeschlagen wird, sondern vielmehr darum, vorhandene Ressourcen zu erkennen, zu aktivieren und zu nutzen. Das sind Ressourcen, die dem Individuum zur Verfügung stehen, Ressourcen, die der Institution oder der sozialstrukturellen Einheit zur Verfügung stehen, und gemeint sind nicht nur nicht nur material-physische, sondern auch psychosoziale, kulturelle und politische.

Die eingeforderte Nachhaltigkeit lässt sich am besten durch die dauerhafte Befähigung der Teilnehmenden erzielen, ihre Gesundheit wahrzunehmen, wertzuschätzen und sich aktiv dafür einzusetzen – das wird oft auch „empowerment“, „capability“ oder Stärkung von „life skills“ genannt. Dieser personen- wie auch der gruppenbezogene Gedanke der Teilhabe dreht sich um die Fähigkeit und den Willen, seine Umwelt zu gestalten.

2. DIE HERAUSFORDERUNG: ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Übergewicht und auch Kinderübergewicht stellen in fast allen Gesellschaften ein Problem dar – und dies mit steigender Tendenz und messbaren Folgen (Ng et al., 2014; Güngör, 2014). Die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas ist zwischen 1980 und 2013 weltweit um 47 Prozent gestiegen (Ng et al., 2014). Wir wissen auch, dass (vor allem starkes) Übergewicht mit einer Vielzahl von Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen einhergeht und die Basis hierfür oft schon im frühen Lebensverlauf gelegt wird. So werden übergewichtige Kinder und Jugendliche mit höherer Wahrscheinlichkeit auch im späteren Leben übergewichtig bleiben und haben ein höheres Risiko für Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Essstörungen (Güngör, 2014; Wolfenstetter, 2006).

Erhebungen wie der KiGGS des Robert Koch-Instituts zeigen, dass Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auch in Deutschland ein signifikantes Problem ist. Laut KiGGS-Erhebung für den Zeitraum 2003 bis 2006 sind in Deutschland 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren übergewichtig und 6,3 Prozent leiden unter Adipositas. Absolut entspricht das einer Zahl von ungefähr 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007).

Der vorangegangene Abschnitt hat gezeigt, dass wir Evidenz dafür haben, dass Lebenslage und sozialer Status auf der einen Seite, Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten auf der anderen in Wechselbeziehung stehen. Spezifisch mit Blick auf die Inzidenz von Übergewicht haben Lampert und Kurth die Daten des KiGGS auf diesen Zusammenhang hin ausgewertet (2007).

Die Einsichten wirken auf die Gestaltung von Prävention zurück. Aufgrund des Ursachengeflechts von Übergewicht müssen Präventionsmaßnahmen sowohl auf das Verhalten als auch auf die Verhältnisse zielen. Die Prävention von Kinderübergewicht braucht intersektorale Zusammenarbeit aus allen relevanten Bereichen (WHO, 2016) und ist von hoher gesundheitspolitischer und auch gesundheitsökonomischer Bedeutung.

Zugleich ist es unmittelbar überzeugend, präventive Angebote so früh wie möglich anzusetzen – das heißt früh im Lebensverlauf bei Kindern und Jugendlichen und möglichst, bevor Folgeerkrankungen manifest werden. Diese lebenslauforientierte Epidemiologie, die Erkrankungen und ihre Ursachen in einer Langzeitperspektive und

in ihren komplexen Bedingungen betrachtet (Blane, Netuveli, & Stone, 2007; Erhart et al., 2008; Gillman, 2004), ist deshalb konzeptionell eng verknüpft mit den Wirkungsabsichten der Primärprävention.

3. DER WETTBEWERB: ANREIZ UND NETZWERK

In dieser Publikation werden Ergebnisse vorgestellt, die aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Förderschwerpunkts „Prävention von Kinderübergewicht“ geförderten und von der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG) durchgeführten „Ideenwettbewerb Verhältnisprävention“ hervorgegangen sind. Im Mittelpunkt steht die ‚gute Praxis‘ – die zahlreichen Projekte, die sich in so vielfältiger Weise dafür stark machen, Lebenswelten mit gesundheitsförderlichen Angeboten besser zu gestalten.

Eine Motivation für den Wettbewerb war, wirksame Gesundheitsförderung zu identifizieren und gegen die oft beklagte ‚Projektitis‘ integrierte Konzepte und Präventionsketten zu setzen. Ein Problem ist, dass verhältnispräventive Maßnahmen derzeit noch zu selten als solche beschrieben und zu wenig in der Öffentlichkeit bekannt sind. Ein Grund dafür liegt in ihrer im Vergleich zu verhaltenspräventiven Maßnahmen hohen Komplexität mit Einbeziehung unterschiedlicher Akteure, sektorenübergreifenden Zuständigkeiten, langfristigen Planungen.

Von April bis Juni 2017 haben sich 58 Vorhaben aus 13 verschiedenen Bundesländern für den Ideenwettbewerb Verhältnisprävention beworben. Ein Komitee aus Vertreterinnen und Vertretern der Politik, Wissenschaft, Zivilgesellschaft sowie Fachkräften aus der Praxis hat insgesamt 37 Vorhaben ausgewählt, die verhältnispräventive Maßnahmen zur Unterstützung einer gesunden Gewichtsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen zwischen null und 17 Jahren umsetzen. Alle ausgewählten Vorhaben sind in dieser Broschüre dargestellt (ab S. 28) und zudem jederzeit in einer Praxisdatenbank Verhältnisprävention recherchierbar.

Abschlussveranstaltung als Auftakt zum Weitermachen!

Im Mittelpunkt der Abschlussveranstaltung am 13. September 2017 in Berlin standen die ausgewählten Projektträger des Ideenwettbewerbs. Insbesondere aufgrund ihres Engagements und durch ihre eindrucksvollen Präsentationen war die Veranstaltung ein Erfolg. Es nahmen mehr als 70 Vertreterinnen und Vertreter der Politik, Wissenschaft, Zivilgesellschaft sowie Fachkräfte aus der Praxis teil.

Eröffnet wurde die Veranstaltung durch Dr. Sven-Frederik Balders, Geschäftsführer der GVG, Maria Becker, Leiterin der Unterabteilung Prävention im Bundesministerium für Gesundheit, Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbands KdöR, sowie Oliver Blatt, Abteilungsleiter Gesundheit im Verband der Ersatzkassen e.V. In ihren Impulsstatements steckten sie den gesundheitspolitischen, strategischen und organisatorischen Rahmen ab.

In seinem Eingangsreferat hebt Sven-Frederik Balders die gemeinsame Motivation zu einer verstärkten Anstrengung im Bereich Verhältnisprävention hervor und umreißt Ablauf und Ergebnisse des Wettbewerbs. Als wesentliche Punkte nennt er die öffentliche und langfristige Verfügbarkeit der beispielhaften Projekte und die Vernetzung der Teilnehmenden. Beides dient der Nachhaltigkeit und hilft, der „Verinselung“ der Maßnahmen entgegenzuwirken.

Maria Becker stellt den Willen zur Fokussierung auf Verhältnisprävention in den Mittelpunkt. Ausgehend von der Erkenntnis „Das Sein bestimmt das Bewusstsein“ argumentiert sie, dass Prävention bei der positiven Gestaltung des unmittelbaren Lebensumfelds ansetzen müsse.

Gernot Kiefer nennt als Desiderat eine klarere Formulierung von Gesundheitszielen (auch gegen Industrieinfluss) und betont, für die Umsetzung der Ansprüche des PräVG in die Wirklichkeit sei ein langer Atem nötig. Der Durchbruch für die Wirksamkeit von Prävention müsse in der breiten Praxis geschafft werden, vor Ort und mit Fokus auf besonders problembehaftete Kommunen. In Anlehnung an die bekannte Fußball-Weisheit heiße das, dahin zu gehen, „wo es weh tut“.

Auch Oliver Blatt schlägt den Bogen in die Praxis und legt dar, dass, ökonomisch betrachtet, zwar erfreulich viele Mittel zur Prävention bereitstünden, dass es aber auch darum gehe, diese Mittel sinnvoll, zielgerichtet und am richtigen Ort einzusetzen. Er führt aus, warum partizipative Ansätze wichtig sind, um die Zielgruppen als Akteure einzubinden. In den Mittelpunkt stellt er vulnerable Gruppen, bei denen Prävention noch nicht in hinreichender Weise angekommen sei: „Wir müssen die erreichen, die es am nötigsten haben.“

Nachhaltiges Netzwerken, Nachnutzung von Erfahrungen und Konzepten

Die Veranstaltung sollte in erster Linie der Präsentation und Diskussion der vorliegenden Ergebnisse dienen, aber auch den Austausch über die Ziele und Herausforderungen

für die Verhältnisprävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen fördern. Das Treffen selbst war zudem als eine Kontaktmöglichkeit für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Ideenwettbewerbs gedacht. Diese Form der Interaktion und Vernetzung ist insbesondere im Bereich der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung unverzichtbar (Geene, 2009). Mit der Veröffentlichung und dauerhaften Verfügbarkeit der Ergebnisse sollen zudem weitere Akteurinnen und Akteure motiviert werden, eigene verhältnispräventive Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, mit den Projektmitarbeitenden in Kontakt zu treten, Erfahrungen zu teilen und erfolgreiche Konzepte nachzunutzen.

Der Wettbewerb ist zwar abgeschlossen, er soll aber nicht als Selbstzweck verstanden werden. Die Präsentation der Ergebnisse ist deshalb auch kein Schlusspunkt, sondern als Anregung zur Weiterführung und Nachahmung zu verstehen.

4. DIE PROJEKTE: VIELFALT DER PRAXIS

Die Projekte orientieren sich vor allem an drei aus dem KiGGS abzuleitenden Gesundheitszielen (RKI & BZgA, 2008): (1) Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens bei Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Fehlernährung, (2) Steigerung von Bewegung und körperlicher Aktivität von Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Bewegungsmangel, (3) Stärkung der Fähigkeit zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen, Reduzierung von Stressoren.

Ernährung und Bewegung sind erwartungsgemäß die zwei gemeinsamen Angelpunkte fast aller Projekte, dabei überzeugen die Tiefe und Vielfalt, mit denen die Anliegen gesunde Ernährung und körperliche Aktivität umgesetzt werden. Auf den ersten Blick erscheinen 37 Projekte als gar nicht so viele angesichts der Herausforderungen, vor denen gesundheitsorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen überall in Deutschland steht, und verglichen mit der Anzahl der Einrichtungen, die es insgesamt gibt. Rasch wird jedoch klar: Die 37 zeigen eine beeindruckende Fülle von Konzepten, Ideen, Praxisformen und vor allem auch das Engagement und die Aktivität, all dies zu realisieren und ‚am Laufen zu halten‘. Die Projekte sind ein „Schatz praktischer Arbeit“, wie Maria Becker als Vertreterin des BMG es während der Veranstaltung ausgedrückt hat. Dieser Schatz soll für alle Interessierten verfügbar sein.

„Schatz praktischer Arbeit“, Praxisdatenbank Verhältnisprävention

Die Projektbeschreibungen und auch die Erschließung über einen Stichwort-Index in dieser Broschüre zeigen die Reichweite von bundesweit bis Gemeindeebene, die feingranulare Zielgruppenorientierung und vor allem die vielen Ideen, die in der Praxis funktionieren, weil sie an den konkreten Bedürfnissen und Voraussetzungen der jeweiligen Umwelt orientiert sind.

Die Projektbeschreibungen sind darüber hinaus in einer Praxisdatenbank Verhältnisprävention dauerhaft gesichert und für alle zugänglich. Die Datenbank basiert auf den Eigendarstellungen der Projekte, wurde von der GVG erstellt und wird auf der GVG-Website gehostet¹. Die einzelnen Projekte sind mit Stichwörtern erschlossen und bieten jeweils strukturierte Informationen zu Reichweite der Maßnahme, Projektzeitraum, adressierten Settings und Zielgruppen sowie zu Schwerpunkten und Zielen. Die Datenbankeinträge können durch thematische Filtersetzungen sortiert angezeigt werden, so dass ein schneller und zielgerichteter Browsing-Zugriff ermöglicht wird.

Genau das soll als Anregung für viele dienen, sich aus diesem ‚Instrumentenkasten‘ zu bedienen, mit den Verantwortlichen in Kontakt zu treten, oder Unterstützung zu suchen, um bei sich vor Ort eigene Maßnahmen auf den Weg zu bringen.

Für die Printpublikation wurden Kurzdarstellungen der Maßnahmen erstellt (siehe Teil II, ab S. 28). Die Projekte sind für einen geographischen Zugriff nach Bundesländern sortiert (bundesweite sind vorangestellt), ein genaueres thematisches Register mit mehr als 100 relevanten Stichwörtern findet sich ab S. 67. Damit soll neben dem sehr willkommenen ‚Stöbern‘ auch hier ein gezielter Zugriff ermöglicht werden.

5. FAZIT UND AUSBLICK

Die Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist nicht nur eine fortdauernde Aufgabe, sondern eine, die dringlicher wird. Die gemeinsame Anstrengung, Wirkungen durch Verhältnisprävention in einem ganzheitlich-salutogenen Ansatz zu erreichen und den Zielpunkt von Intervention im Setting und im konkreten Lebensumfeld zu finden, zeugt von einem gesteigerten gesellschaftlichen Bewusstsein.

¹ <http://ideenwettbewerb.gvg.org/praxisdatenbank-verhaeltnispraevention/> [Zugriff am 24.12.2017]

Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die Verhältnisse die Kontextbedingungen jeden Verhaltens sind und sich letztlich beides ändern muss, um die übergeordneten Präventionsziele – Senkung von Belastung, Erhöhung von Teilhabe, Stärkung der Ressourcen – wirklich zu erreichen. Hierzu gilt es, ein Umfeld zu schaffen, das die Gesundheitskompetenz des Einzelnen stärkt und in dem Gesundheitsbildung als Element und Aufgabe der Bildungspolitik wahrgenommen wird. Wichtig ist auch das Mitdenken von Präventionsaspekten in anderen Kontexten wie zum Beispiel der Verkehrs- und Stadtplanung – was nützt der Wille zur Bewegung, wenn die räumlichen Gegebenheiten sie erschweren? Vor allem aber ist Nachhaltigkeit in der Finanzierung und im Commitment aller Akteure nötig.

Einiges ist in diese Richtung schon geschehen: Das PräVG schafft einen gesetzlichen Rahmen, mehrere Programme der Bundesregierung gehen in diese Richtung, wie zum Beispiel der Nationale Aktionsplan IN FORM – darunter die Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten –, die Strategie zur Kindergesundheit sowie die Handlungsempfehlungen, die aus den KiGGS-Daten abgeleitet wurden.

So ist der Ideenwettbewerb zwar einerseits aus einem Mangel – an Wissen über und Sichtbarkeit von verhältnispräventiven Maßnahmen – entstanden, andererseits aber als ein positives gemeinsames Bekenntnis zu mehr Aktivität, stärkerer Vernetzung, zu Nachhaltigkeit und konsequenter Praxisorientierung zu sehen.

Das heißt nicht, die ‚Theorie‘ mit ihrem Anspruch an Evaluation und Evidenzbasierung außen vor zu lassen, es bedeutet vielmehr, sie stärker einzubinden: Praxis und Wissenschaft müssen stärker verzahnt werden, weil die einen ohne Rückhalt in größeren strategischen und forschungsbezogenen Zusammenhängen insulär bleiben und die anderen ohne Umsetzung wirkungslos sind. Die – im Idealfall partizipative – Evaluation von Maßnahmen mit Erhebung und Auswertung von empirischen Daten über Gesundheitsentwicklungen im Setting heißt auch, Respekt vor der praktischen Arbeit und der damit verbundenen Verantwortung zu zeigen. Wir alle wollen sinnvoll und ‚richtig‘ handeln, und was motiviert mehr als das Wissen um die Wirksamkeit des eigenen Projekts?

Strategisch-gesundheitspolitisch bedeutet das die Abkehr von einer gewissen Beliebigkeit der Maßnahmenlandschaft (‚Wildwuchs‘); angestrebt ist, die erfolgreichen Beispiele als ein modulares Baukastensystem mit vielen guten Elementen zu sehen, die am Bedarf orientiert eingesetzt werden. Die 37-fache „good practice“ des Wettbewerbs soll es durch gezielte Vervielfältigung in die Breite schaffen – so, so ähnlich oder auch anders, aber immer mit dem gleichen Willen zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitsverhältnisse.

Ein Nachhaltigkeitskonzept soll mit der GVG entwickelt werden, die auch weiterhin als Knotenpunkt für Präventionspolitik und als Anlaufstelle für den Austausch von Informationen und Erfahrung dienen möchte.

LITERATUR

- Bauch, J. (2002). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. *Prävention, Jg. 25* (2002), H. 3, 67-70.
- Bauer, U., Bittlingmayer, U. H., & Richter, M. (Hg.). (2008). *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Blane, D., Netuveli, G., & Stone, J. (2007). The development of life course epidemiology. *Revue d'épidémiologie et de santé publique, 55*(1), 31-38. doi:10.1016/j.respe.2006.12.004
- Elkeles, T. (2008). Zum Zusammenhang zwischen Lebenssituation, gesundheitlicher Ungleichheit und Versorgung bei Kindern. In K. Tiesmeyer, M. Brause, M. Lierse, M. Lukas-Nülle & T. Hehlmann (Hg.), *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung* (S. 93-108). Bern: Hans Huber.
- Engelmann, F., & Halkow, A. (2008). *Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2008-302*. Berlin: WZB. urn: http://hdl.handle.net/10419/47403
- Erhart, M., Hurrelmann, K., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Sozialisierung und Gesundheit. In K. Hurrelmann, U. Grundmann & M. Walper (Hg.) *Handbuch Sozialisationsforschung* (S. 424-442). Basel: Beltz.
- Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberer, U. (2008). In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hg.) *Health inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (S. 331-358). Wiesbaden: VS Verlag.
- Fröschl, B., Haas, S., & Wirl, C. (2009). *Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention)*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Gerhardus, A., Rehfuess, E., & Zeeb, H. (2015). Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: Welche Studiendesigns brauchen wir? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109*(1), 40-45. doi: 10.1016/j.zefq.2014.12.002
- Gillman, M. W. (2004). A life course approach to obesity. In D. Kuh & Y. B. Shlomo (Eds.). *A life course approach to chronic disease epidemiology* (No. 2) (pp. 189-217). Oxford University Press.
- Goldapp, C., Cremer, M., Graf, C., Grünewald-Funk, D., Mann, R., Ungerer-Röhrich, U., & Willhöft, C. (2011). Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54*(3), 295-303. doi: 10.1007/s00103-010-1222-9
- Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *Journal of clinical research in pediatric endocrinology, 6*(3), 129. doi: 10.4274/Jcrpe.1471
- Hackauf, H., & Jungbauer-Gans, M. (Hg.). (2008). *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Hackauf, H., & Ohlbrecht, H. (Hg.). (2010). *Jugend und Gesundheit: ein Forschungsüberblick*. Basel: Beltz Juventa.
- Kurth, B.-M., & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50*(5), 736-743. doi: 10.1007/s00103-007-0235-5
- Lampert, T., & Kurth, B. M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt, 104*(43), 2944-9.
- Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H., Kroll, L. E., & KiGGS Study Group. (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 7*(57), 762-770. doi: 10.1007/s00103-014-1974-8
- Lampert, T., Mensink, G., Hölling, H., Kurth, B.-M. (2008): Der Kinder- und Jugendgesundheits survey des Robert Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In H. Hackauf & M. Jungbauer-Gans (Hg.). *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen* (S. 15-39). Wiesbaden: VS Verlag. doi: 10.1007/978-3-531-90499-3_2
- Loss, J., & Leitzmann, M. (2011). Ansätze zur verhältnisorientierten Adipositasprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 54*, 281-289. doi: 10.1007/s00103-010-1232-7
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099-1104. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71146-6
- Mayring, P. (2017). Evidenztriangulation in der Gesundheitsforschung. *KzfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 69*(2), 415-434. doi: 10.1007/s11577-017-0464-z
- Murray, C. J. L., Mathers, C. D., Salomon, J. A., & Lopez, A. D. (2002). Health gaps: an overview and critical appraisal. In C. J. Murray (ed.) *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications* (233-244). Geneva: World Health Organization.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., ... & Abraham, J. P. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet, 384*(9945), 766-781. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60460-8
- PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG), in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getreten am 25. Juli 2015. *Bundesgesetzblatt Teil I*, Nr. 31 vom 24.07.2015.

- Richter, M., Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W., & Ravens-Sieberer, U. (Hg.) (2008). *Gesundheit, Ungleichheit und jugendliche Lebenswelten. Ergebnisse der zweiten internationalen Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Wiesbaden und München: Juventa Verlag.
- RKI & BZgA. (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin, Köln: Robert Koch-Institut & Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Rosenbrock, R. (2004). Evidenzbasierung und Qualitätssicherung in der gesundheitsbezogenen Primärprävention. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 71-80.
- Rosenbrock, R., & Kümpers, S. (2009). Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hg.), *Gesundheitliche Ungleichheit* (S. 385-403). Wiesbaden: VS Verlag. doi: 10.1007/978-3-531-90357-6_22
- Rosenbrock, Rolf (2008). *Primärprävention – was ist das und was soll das? No. SP I 2008-303*. WZB Discussion Paper. doi: 10.4126/38m-004399838
- Schnabel, P.-E., Bittlingmayer, U. H., & Sahrai, D. (2009). Normativität und Public Health: einleitende Bemerkungen in problempräziserer und sensibilisierender Absicht. In U. H. Bittlingmayer, D. Sahrai & P.-E. Schnabel (Hg.), *Normativität und Public Health* (S. 11-43). Wiesbaden: VS Verlag. doi: 10.1007/978-3-531-91762-7_1
- Weyers, S., Dragano, N., Richter, M., & Bosma, H. (2010). How does socio economic position link to health behaviour? Sociological pathways and perspectives for health promotion. *Global health promotion*, 17(2), 25-33. doi: 10.1177/1757975910365232
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Hg.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO.
- Wolfenstetter, S. B. (2006). Adipositas und die Komorbidität Diabetes mellitus Typ 2 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Entwicklung und Krankheitskostenanalyse. *Das Gesundheitswesen*, 68(10), 600-612. doi: 10.1055/s-2006-927181
- Wright, M. T. (2006). *Auf dem Weg zu einer theoriegeleiteten, evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Primärprävention in Settings*. Berlin: Argument-Verlag.
- Wright, M. T. (Hg.). (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Zeeb, H., Ahrens, W., & Pigeot, I. (2011). Primärprävention. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(3), 265-271. doi: 10.1007/s00103-010-1226-5
- Zwick M. M., & Schröter R. (2011). Wirksame Prävention? Ergebnisse eines Expertendelphi. In: M. Zwick, J. Deuschle & O. Renn (Hg.), *Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Zwick, M. M., & Schröter, R. (2012). Konzeption und Durchführung von Fokusgruppen am Beispiel des BMBF-Projekts: „Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als systemisches Risiko“. In M. Schulz, B. Mack & O. Renn (Hg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft* (S. 24-48). Wiesbaden: VS Verlag.

FACHVORTRAG

VERHÄLTNISPRÄVENTION VON ÜBERGEWICHT BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN – EVIDENZBASIERUNG ALS HERAUSFORDERUNG

TEIL 1: ZUR EVIDENZLAGE VERHÄLTNISPRÄVENTIVER ANSÄTZE

Prof. Dr. Jens Bucksch*

Der Begriff der Evidenz ist eng mit den Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung verknüpft. Nicht zuletzt ist dieser Anspruch als Teil des Projektprozesses und der Maßnahmenentwicklung zu verstehen. Die Hintergründe hierfür sind vielfältig. Zentral ist die Prämisse, nur diejenigen Maßnahmen zu fördern und in eine flächendeckende Verbreitung zu bringen, die „wirksam“ und in der Lage sind, relevante gesundheitliche Probleme zu erkennen, in effektive Maßnahmen zu überführen und die Gesundheit in Bevölkerungen zu verbessern.

Übergewicht im Kindesalter ist mit Verhältnisprävention zu begegnen

Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland stellt ein signifikantes Problem von gesellschaftlicher Tragweite dar. Dieses ist aus Studien wie dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zu belegen: 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig, etwa 6 Prozent adipös (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007). Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell. Als primäre Ursachen für das kindliche Übergewicht werden falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, sedentäres Verhalten – übermäßiges Sitzen – und gestörter Schlaf angenommen. Neben diesen Faktoren werden weitere mögliche Ursachen in der Forschungsdiskussion genannt, darunter epigenetische Faktoren, pränatale Einflüsse und Stillverhalten oder auch durch Viren ausgelöste Entstehungszusammenhänge. Deshalb ist es nötig, diese möglichen Ursachen genauer zu analysieren.

Es wäre angesichts dieser vielfältigen Ursachen wenig erfolgversprechend, die Präventionsarbeit auf appellative Maßnahmen zu beschränken, die sich an den oder die Einzelne richten. Vielmehr muss die „adipogene Umwelt“ in den Blick genommen werden. Das Individuum mit seinem Übergewicht und seinen gesundheitsrelevanten

Verhaltensweisen steht zwar im Zentrum, es ist aber eingebettet in Handlungs- und Lebensräume mit kulturellen, soziopolitischen oder auch baulich-technischen Strukturen; diese Strukturen sind vom Einzelnen nicht unmittelbar zu ändern und bestimmen Verhalten und Lebensweisen. Dazu gehören zum Beispiel baulich-technische Bedingungen, Angebotsstrukturen und die Gestaltung von urbanen Räumen. Konkret können hier die Verfügbarkeit gesunder Lebensmittel, aber auch rechtlich-politische Elemente wie eine Zuckersteuer oder Investitionen in Gesundheitsförderung sowie eine bewegungsförderliche Gestaltung von Stadträumen gemeint sein. Fachterminologisch wird von einem sozial-ökologischen Bedingungsgefüge gesprochen.

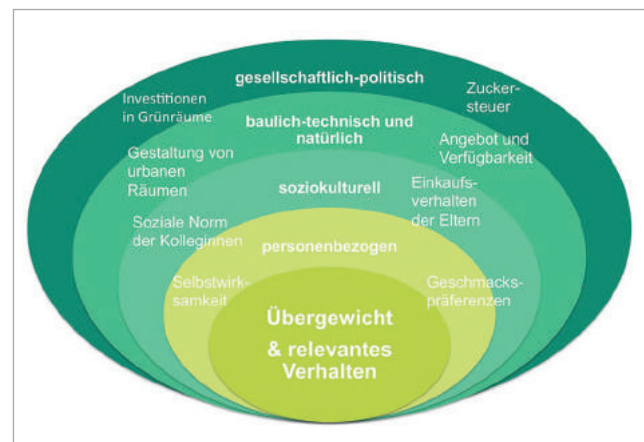


Abb. 1: Dimensionen der adipogenen Umwelt: Ein sozial-ökologisches Ursachengefüge (eigene Darstellung)

Diese Zusammenhänge leuchten intuitiv ein und sie können eine erste Begründung für einen stärkeren Fokus auf verhältnispräventive Ansätze liefern. Wir wissen zudem, dass edukative, individuumszentrierte und pharmazeutische Maßnahmen nur mäßig erfolgreich sind. Das ist zumindest mittelbar ein Argument, es mit dem Einwirken auf die Rahmenbedingung gesundheitsbezogenen Handelns zu versuchen. Mit verhältnispräventiven Ansätzen

* Pädagogische Hochschule Heidelberg, Fakultät für Natur- und Gesellschaftswissenschaften, Arbeitsbereich Prävention und Gesundheitsförderung

werden zudem die Grundvoraussetzungen für „richtiges“ Verhalten geschaffen. Weitere Vorzüge des Ansatzes sind seine Reichweite, da prinzipiell alle Bevölkerungsgruppen erreicht werden können, die gesundheitsökonomische Effizienz und die Fokussierung auf alltägliche Lebenszusammenhänge.

Der Wettbewerb

Für den Wettbewerb wurden diese Erkenntnisse in Kriterien umgesetzt, um zu einer gezielten Auswahl verhältnispräventiver Ansätze zu gelangen. Daraus ergaben sich übergewichtsrelevante Maßnahmen für den Wettbewerb in den folgenden Themenbereichen: (1) bauliche Veränderung, (2) erleichteter Zugang zu bewegungsförderlichen Materialien, gesunden Lebensmitteln und Getränken, (3) Verankerung von Bewegungszeiten, (4) organisationelle Gestaltung von gesundheitsfördernden Settings, (5) Schaffung verbindlicher Netzwerke und Allianzen. Eine grundsätzliche Forderung war, dass alle Maßnahmen ein stimmiges und nachhaltiges Gesamtkonzept der Lebensweltgestaltung vorlegen.

Die aktuell schwache Evidenz von Verhältnisprävention

Die Evidenzlage zur Verhältnisprävention ist nicht einfach zu beurteilen, da verhältnispräventive Interventionen seltener umgesetzt und evaluiert werden als zum Beispiel verhaltenspräventive. Des Weiteren bleiben die Schlussfolgerungen aus evaluierten verhältnispräventiven Maßnahmen begrenzt, da Effekte nur kurzfristig, aber nicht langfristig beobachtet werden, die Maßnahmen sich meist auf das Setting Schule konzentrieren, so dass auf andere Lebenswelten übertragbare Aussagen kaum möglich sind. Zudem werden die Adressatengruppen der Interventionen selten differenziert, so dass auch in dieser Hinsicht belastbare Erkenntnisse noch ausstehen. Außerdem bleibt es eine Herausforderung, die Komplexität von verhältnispräventiven Maßnahmen mit Bezug zu ihrer Wirksamkeit zu evaluieren. Abschließend sprechen Interventionen zu

selten die vorgelagerten „kausalen“ Bedingungsfaktoren der energiebilanzierenden Verhaltensweisen an. Dieses ist jedoch eine Voraussetzung, um die Wirkmechanismen der Interventionen verstehen und verbessern zu können (Amini et al., 2015; Cauchi et al., 2016; Gortmaker et al., 2011; Swinburn, Eggers, & Raza, 1999; Summerbell et al., 2005; Pigeot, Baranowski, Lytle, & Ahrens, 2016). Eine aus methodischer Sicht akzeptable Evidenz erhalten wir beispielsweise nur, wenn das Studien-Design eine Kontrollgruppe vorsieht oder wir Zeitreihen-Daten generieren können (siehe hierzu auch den zweiten Teil dieses Beitrags von Freia De Bock).

Empfehlungen bei derzeitiger Evidenzlage

Wenn wir derzeit auch wegen einer zu geringen Anzahl methodisch hochwertiger Studien eine eingeschränkte Evidenzlage haben, lassen sich anhand einer systematischen Übersichtsarbeit (Cauchi et al. 2016) in den drei Bereichen Bewegung, Ernährung, sedentäres Verhalten folgende wirksame verhältnispräventive Maßnahmen als vielversprechend empfehlen: (1) Bewegung (zum Beispiel Materialien für Unterricht und freies Spiel, ganztägige Öffnung von Schulhöfen, Bewegung als tägliches Nachmittagsangebot), (2) Ernährung (bessere Schulmahlzeiten, freie Verfügbarkeit von Obst, schulseitige Bereitstellung von kostenfreiem/ günstigem Wasser, Ersetzung gezuckerter Getränke, gesundes Frühstück), (3) sedentäres Verhalten (Einsatz elektronischer „Zeitmanager“ zur Budgetierung des Fernsehkonsums).

Auf längere Sicht verbessert werden kann die Evidenzlage durch belastbare Studien-Designs sowie durch die Messung langfristiger Effekte von Maßnahmen. Mit dem Beispiel der Interventionen auf kommunaler Ebene in Michelfeld soll im Weiteren aufgezeigt werden, wie sich diese modellhaften Anforderungen auf die Praxis übertragen lassen.

TEIL 2: EVIDENZ UND PROJEKTPRAXIS – DAS BEISPIEL DER GEMEINDE MICHELFELD IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Prof. Dr. Freia De Bock**

Die Praxis der Gesundheitsförderung muss sich mit der Anforderung von Evidenzbasierung von Projekten und Programmen auseinandersetzen. Zugleich muss eingeräumt werden, dass diese Evidenz erst geschaffen werden kann, indem verhältnispräventive Maßnahmen in einer gewissen Breite und Vielfalt durchgeführt und systematisch evaluiert werden. Meist gibt es im Rahmen der einzelnen Projekte hierfür aber wenig Zeit, Ressourcen oder Expertise. Trotz dieses Dilemmas muss und soll Präventionsarbeit täglich stattfinden; Ziel ist es jedoch, die Situation durch das strukturierte Sammeln von Daten und ihre Auswertung kontinuierlich zu verbessern.

Das Beispiel Michelfeld

Als Fallstudie soll die Gemeinde Michelfeld in Baden-Württemberg mit ihrem Konzept zum gesunden Aufwachsen und Leben vorgestellt werden. Michelfeld soll dabei nicht nur weitere good practice im Reigen der vorgestellten Maßnahmen sein. Am konkreten Projekt in Michelfeld soll exemplarisch gezeigt werden, wie eine komplexe gesundheitsbezogene Intervention konzeptuell modelliert werden kann und wie auf Basis dieser Modelle Prozesse und Ergebnisse evaluiert werden können.

Das Projekt ist gekennzeichnet durch die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention. Sie hat als komplexe Intervention die Form einer Maßnahme mit unterschiedlichen Komponenten auf verschiedenen Ebenen, die alle im Rahmen eines familienpolitischen Gesamtkonzepts stehen. Der inhaltliche Fokus liegt auf der Förderung von Bewegung und Ernährung bei Kindern. Michelfeld investiert – über den Zeitraum einer Dekade gerechnet – 5,7 Millionen Euro in Familienfreundlichkeit und Kinder, das sind 150 Euro pro Bürger und Jahr.

Wie wird aus Projektpraxis Evidenz?

Um von der Praxis der komplexen Intervention – im Detail abgebildet in der untenstehenden Graphik (siehe Abb. 2, S. 22) – zu einer Bewertung ihrer Wirksamkeit zu gelangen, müssen zunächst der Aufwand, die Prozesse und die Ergebnisse der Maßnahme konzipiert und dann messbar

gemacht werden. Konzipiert und gemessen werden sollen also, welche Ressourcen für die Intervention gebraucht werden (= Input), welche geplanten Aktivitäten daraus entstehen sollen (= Aktivitäten), welche Strukturen und Prozesse sich wie ändern (= Output), wie sich das Gesundheitsverhalten der Zielgruppe ändert (= Outcome) und welche langfristigen Effekte auf Organisationsebene wir erwarten. Diese verschiedenen Programmelemente können zur Veranschaulichung in Form eines „logischen Modells“ gemäß dem *Logic model development guide* der Kellogg-Foundation (Kellogg Foundation, 2004) strukturiert werden (siehe Abb. 3, S. 22).

Dokumentation mittels „logischer Modelle“

Der Nutzen logischer Modelle – Struktur- und Ablaufmodelle – liegt zum einen in der Abbildung und damit Nachvollziehbarkeit potenzieller „Wirkwege“ der Intervention. Für die Programmentwickler bieten sie einen Mehrwert, indem sie ein gemeinsames Verständnis aller Beteiligten erleichtern und als lernende Systeme bedarfsorientiert verbessert oder angepasst werden können. Darüber hinaus sind sie sowohl Grundlage für die Implementierung der Maßnahme (als Management-Plan) als auch für die Evaluation der Maßnahme (als Ziele-Portfolio und Grundlage für die Verankerung von Messparametern).

Mit Hilfe eines solchen Schemas lassen sich Outcomes und Systemänderungen beliebig feingranular nachzeichnen, wie in der mit Maßnahmen „gefüllten“ Version des Modells deutlich wird (siehe Abb. 4, S. 23).

Evaluation und Evidenz

Mit diesen logischen Modellen wird anschaulich, welche Wirkungsketten angenommen werden, wie geplante Arbeit und Ziele zusammenhängen sollen. Dies dient zunächst der Dokumentation der auf die Ziele bezogenen Outcomes und Prozesse. Die Dokumentation wiederum ist eine notwendige Voraussetzung für die Entscheidung, im Rahmen der Evaluation bestimmte Parameter auf Outcome und Output-Ebene zu messen.

** Leiterin des Querschnittsbereichs Frühe Prävention und Gesundheitsförderung am Mannheimer Institut für Public Health (MIPH), Medizinische Fakultät Mannheim der Universität Heidelberg sowie Institut für medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz

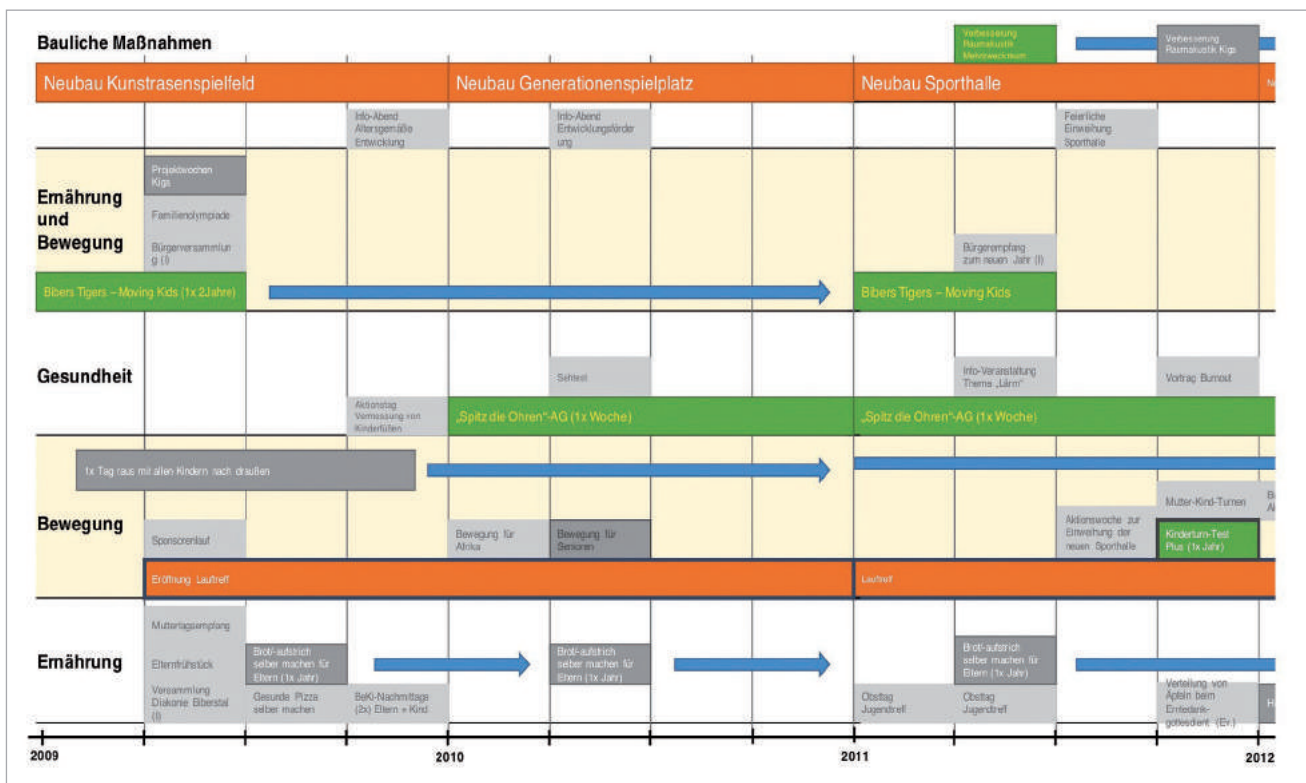


Abb. 2: Komplexe Intervention – Michelfelds Maßnahmen im Detail

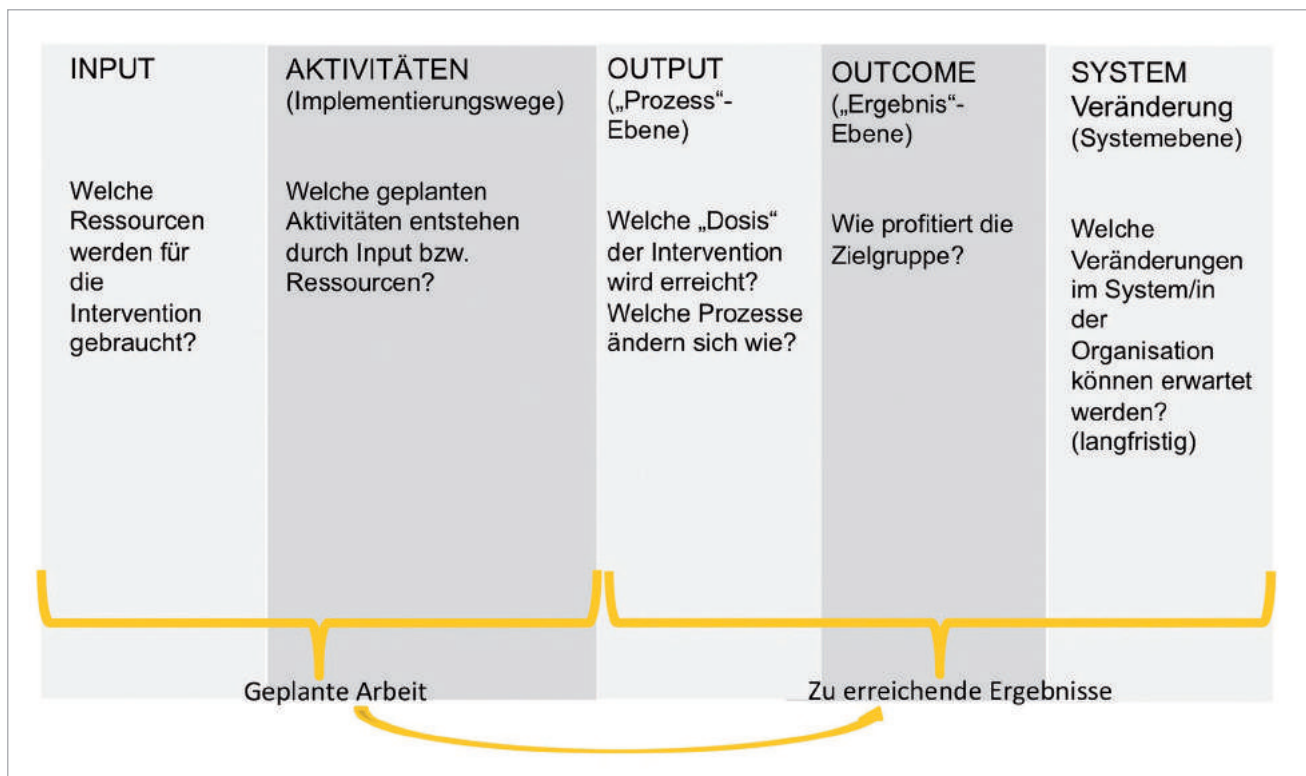


Abb. 3: Logisches Modell nach dem Logic model development guide der Kellogg-Foundation (2004)

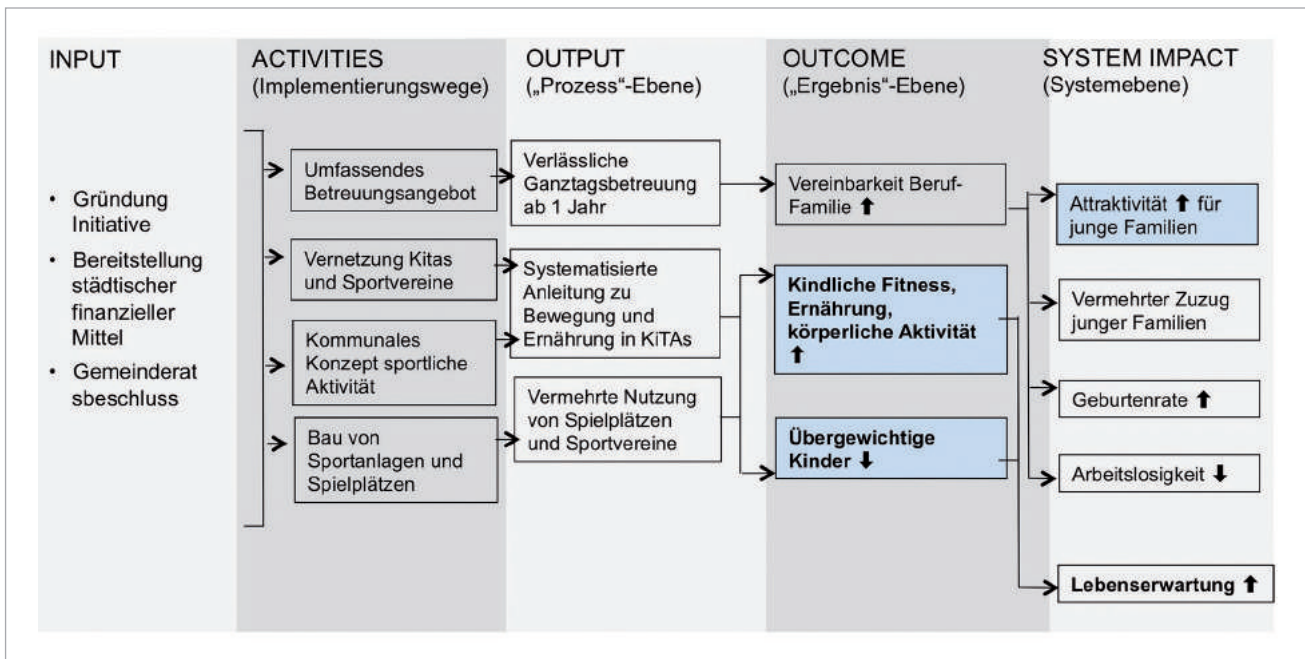


Abb. 4: Modell der Intervention in Michelfeld

Wie kann nun auf Basis einer mittels logischen Modells gut durchdachten Intervention nachhaltige Evidenz geschaffen werden? Bei der familienpolitischen Maßnahme in Michelfeld handelt es sich um eine retrospektive Evaluierung – in Michelfeld wurden zum Zeitpunkt der Maßnahme selbst keine direkten Maßzahlen erhoben. Um Erfolge messen und auch auf die Intervention zurückführen zu können, müssen aber auf die Intervention bezogene Maßzahlen verglichen werden mit solchen ohne Intervention. In Michelfeld gab es zum Beispiel Langzeitdaten zum Kita-Besuch. Hier können unterbrochene Zeitreihen – wenn beispielsweise die Zahl der Kinder in Betreuung mit Einführung von Maßnahmen im Vergleich zu den Jahren vorher steigt – ein Hinweis auf mögliche Effekte sein. Ohne Vergleichszahlen ist aber nicht zu belegen, ob es sich um allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen (Trends) oder tatsächlich um Auswirkungen konkreter präventiver Maßnahmen handelt. Das Interventions-Design in Michelfeld war aus naheliegenden Gründen nicht-kontrolliert (alle sollten partizipieren können); in einem solchen Fall kann der Vergleich über eine synthetische der Kontrollgruppe geschehen, die mittels routinemäßig vorliegender Daten in anderen vergleichbaren Gemeinden gebildet werden kann.

Wir haben solch eine synthetische Kontrollgruppe aufgebaut, indem wir auf die vorhandenen statistischen Routinedaten von 57 Vergleichsgemeinden in Baden-Württemberg mit jeweils ca. 1.000 Einwohnern zurückgegriffen haben. Auswahlkriterium waren ähnliche

Strukturparameter (Bevölkerungsstruktur, Steueraufkommen, gesundheitliche Lage) vor dem Jahr der Einführung des Maßnahmenpakets in Michelfeld. In diesem Vergleich wird deutlich, dass im Zuge der Einführung des Maßnahmenpakets in Michelfeld die Geburtenrate steigt und die Arbeitslosenzahl sinkt und somit die familienpolitische Zielsetzung erfolgreich umgesetzt wurde. Im eigentlichen Sinne Aussagen zur gesundheitsbezogenen Prävention können wir jedoch nicht machen, weil keine entsprechenden Daten erhoben wurden.

FAZIT

Die Zusammenschau von Evidenzlage und Blick in die Praxis zeigt, dass die Evidenz zu gesundheitlichen Outcomes in der Verhältnisprävention gering ist. Das macht deutlich, wie wichtig Evaluation (und nicht nur Dokumentation!) als eine Voraussetzung von Evidenz in der Verhältnisprävention ist. Eine Kontrollgruppe oder ein Kontrollsetting sind ein wichtiges Kriterium für hohe Evidenz. Wenn das nicht möglich ist, sind unterbrochene Zeitreihen oder synthetische Kontrollgruppen Alternativen. „Logische“ Modelle zur Entwicklung, Planung und Evaluation Intervention sind zudem hilfreich und empfehlenswert für die theoretische Weiterentwicklung sowie die Umsetzung und den Transfer in die Praxis.

Die Botschaft an die ausgezeichneten Projekte an dieser Stelle ist: Sie sind die Vorreiter und Vorreiterinnen! Es gibt – auch international – nicht viele Projekte im Bereich

Verhältnisprävention. Dokumentieren Sie die Prozesse Ihrer Maßnahmen. Vielleicht versuchen Sie es auch mit einem „logischen Modell“. Planen Sie eine Evaluation ein; und für die sollten Sie gemäß eines logischen Modells verschiedene Parameter auf Outcome und Output-Ebene

messen. Um im Nachhinein wissenschaftlich prüfen zu können, ob die Maßnahme auch kosteneffektiv war, ist es zudem wichtig, die Kosten, die für die Maßnahme aufgewendet werden, zu dokumentieren.

LITERATUR

Amini, M., Djazayeri, A., Majdzadeh, R., Taghdisi, M. H., & Jazayeri, S. (2015). Effect of school-based interventions to control childhood obesity: a review of reviews. *International journal of preventive medicine*, 6, 68. doi: 10.4103/2008-7802.162059

Cauchi, D., Glonti, K., Petticrew, M., & Knai, C. (2016). Environmental components of childhood obesity prevention interventions: an overview of systematic reviews. *Obesity reviews*, 17(11), 1116-1130. doi: 10.1111/obr.12441

Gortmaker, S. L., Swinburn, B. A., Levy, D., Carter, R., Mabry, P. L., Finegood, D. T., ... & Moodie, M. L. (2011). Changing the future of obesity: science, policy, and action. *The Lancet*, 378(9793), 838-847. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60815-5

Kellogg Foundation (2004). *Logic model development guide: Using logic models to bring together planning, evaluation, and action*. Michigan: WK Kellogg Foundation.

Kurth, B.-M., & Schaffrath Rosario, A. (2007). The prevalence of overweight and obese children and adolescents living in Germany. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS) [Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)] *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 736-743. doi: 10.1007/s00103-007-0235-5

Pigeot, I., Baranowski, T., Lytle, L., & Ahrens, W. (2016). Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen: Kritische Bewertung der Evidenzbasierung [Prevention of overweight and obesity in children and adolescents: Critical appraisal of the evidence base]. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(11), 1423-1431. doi: 10.1007/s00103-016-2449-x

Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3). doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub2

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. doi: 10.1006/pmed.1999.0585

ROUNDTABLE-DISKUSSION: ERGEBNISSE UND AUSBLICK



Angelika Baldus, Prof. Dr. Jens Bucksch, Dr. Ute Winkler, Dr. Martha Höfler, Dr. Elke Bruns-Philipps, Stephan Koesling (v. l. n. r.)

Den inhaltlichen Abschluss der Veranstaltung bildete eine Podiumsdiskussion, in der die Beiträge und Positionen noch einmal perspektiviert, Experten- und Praxisbeiträge zusammengeführt werden sollten. Auf dem Podium eröffneten Dr. Ute Winkler¹, Prof. Dr. Jens Bucksch², Dr. Elke Bruns-Philipps³, Dr. Martha Höfler⁴ sowie Stephan Koesling⁵ jeweils mit kurzen Statements die Gesprächsrunde, die sich sehr rasch ins Plenum erweiterte. Moderiert wurde die Diskussion von Angelika Baldus⁶.

Die einführenden knappen Stellungnahmen bringen einhellig Dank an und Anerkennung für die vorgestellten Projekte und den gelungenen Wettbewerb zum Ausdruck, verhehlen aber auch nicht die anfängliche Skepsis, mit der sie zum Teil das Projekt gesehen hätten. Als wichtige

Aspekte, auf die sich künftige Anstrengungen richten sollten, werden unter anderem genannt: die Herausforderung, gute Beispiele zu verbreiten und in die Fläche zu bringen, damit verbunden der Bedarf an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die Bedeutung von Qualitätssicherung und Evaluation, die Verantwortung der Politik und auch die Notwendigkeit regulativer Eingriffe. In mehreren Beiträgen tritt die Auffassung klar zutage, dass Prävention umfassender und ganzheitlicher gesehen werden müsse.

Ute Winkler stellt im Rückblick auf die Veranstaltung den breiten Konsens bezüglich der beiden relevanten Grundthemen Bewegung und Ernährung heraus, die zugleich aber eine vielfältige und überzeugende praktische Umsetzung erfordern. Sie zeigt sich beeindruckt von den gelungenen

¹ Referatsleiterin „Grundsatzfragen der Prävention, Eigenverantwortung, Selbsthilfe, Umweltbezogener Gesundheitsschutz“ im Bundesministerium für Gesundheit.

² Professur Prävention und Gesundheitsförderung an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg.

³ Leiterin der Abteilung „Spezielle Fachaufgaben des ÖGD“ im Niedersächsischen Landesgesundheitsamt.

⁴ Stellvertretende Geschäftsführerin der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V.

⁵ Geschäftsführer der Sächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V.

⁶ Geschäftsführerin im Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.

Präsentationen und dankt allen Vortragenden noch einmal ausdrücklich. Die Herausforderung bestehe nun vor allem darin, Nachahmer für diese beispielhafte Praxis zu finden.

Jens Bucksch berichtet über seine Erfahrung als Mitglied des Auswahl-Boards; er sei positiv überrascht gewesen von der Fülle der eingereichten und vorgestellten Ansätze. Als Anregung formuliert er den Wunsch nach mehr kommunal basierten Beispielen. Meist seien die Projekte eher institutionenorientiert, zum Beispiel an den Institutionen Schule oder Kita. Als weiteren Punkt nennt er die aus Evaluationsperspektive wichtige Frage nach den Bedingungen für das Gelingen verhältnispräventiver Maßnahmen: (Wie) können wir die Faktoren und Elemente identifizieren, die ein Projekt im Sinne seiner Zielsetzung wirksam machen?

Martha Höfler weist auf die Notwendigkeit der Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen hin; Personen müssten flächendeckend ausgebildet werden, auch damit eine Erfolgskontrolle durch die Akteurinnen und Akteure selbst ermöglicht werde.

Auf die Herausforderungen, welche mit der immer weiter zunehmenden Änderungsgeschwindigkeit der Verhältnisse einhergehen, zielt Elke Bruns-Philipps in ihrem Eingangsstatement ab. Kritisch merkt sie an, dass vieles von dem, was heute eingefordert werde, im öffentlichen Gesundheitsdienst schon bestanden habe, im Sinne der Eigenverantwortlichkeit aber abgeschafft worden sei. Frau Bruns-Philipps betont die Verantwortung, die die Politik habe und wahrnehmen müsse. Als wichtiges Kriterium für die Wirksamkeit von Prävention nennt sie die Kontinuität in der Präventionskette – also die strategische Abkehr von nur punktuellen Maßnahmen.

Stephan Koesling unterstreicht zum einen die Bedeutung des Sozialraumansatzes für die Verhältnisprävention. Er stellt auch den Nutzen normativer Politik, zum Beispiel in Form legislativer Maßnahmen heraus und nennt das Präventionsgesetz als Beispiel. Insgesamt plädiert Herr Koesling dafür, die soziale Dimension stärker in den Blick zu nehmen: „Prävention ist ein zentrales gesamtgesellschaftliches Thema.“

Podium und Auditorium kommen rasch ins Gespräch, wobei sowohl grundsätzlich-strategische als auch konkrete praxisorientierte Punkte zur Sprache kommen. Unter anderem wird deutlich, dass die anwesenden Praktiker und Praktikerinnen auf durchaus hohe Hürden – mangelnde Infrastruktur, stark belastetes Personal – treffen, die der

Umsetzung von guten Plänen auch bei viel Engagement und vielen Vorbildern im Wege stehen.

Mit Blick auf das Ziel „Bewegung fördern“ kristallisieren sich die beiden unterschiedlichen Konzepte – einmal als „Sport“ im Schulunterricht und eher institutionengebunden, einmal allgemeiner als „Bewegungsförderung“ – heraus. An die curricularen Vorgaben anschließend wird zum Beispiel diskutiert, ob Noten im Sportunterricht eher motivationsfördernd oder -hemmend seien und ob bei der Benotung in diesem Fach eher Engagement als Leistung zu bewerten sei. Konsens ist, dass Bewegung als selbstverständliches Element des Alltags gefördert werden soll und dass mit Bewegung auch eine soziale Komponente angesprochen ist, insofern Bewegung und sportliche Aktivitäten erlauben, Gemeinsamkeit zu erleben und Kontakte zu knüpfen.

Eine Wortmeldung zielte auf die fast überall anzutreffenden Konzepte von „Bewerbung“ und „Zertifizierung“ ab, die als Hemmnis für eine Verbreitung wahrgenommen werden: Wichtig seien einfache, niedrigschwellige Angebote, die auch die grundlegenden logistischen Probleme der Praxis – wie zum Beispiel die Situation von Schulen, die ohne Sporthallen oder Spielplätze auskommen müssen – berücksichtigen.

Es wird in mehreren Beiträgen argumentiert, dass Präventionsangebote vor allem für besonders vulnerable Gruppen nötig seien; sozial besser gestellte Personen werden eher selbst initiativ, nehmen gesundheitsfördernde Informations-, Beratungs- und Aktionsangebote wahr. Es reiche also nicht, Angebote zu entwickeln, es müsse auch für Akzeptanz und Teilnahme geworben werden. Damit dies Erfolg hat und die Menschen partizipieren und „mitgenommen werden“ können, gelte es, das Präventionsangebot nicht der Praxis überzustülpen, sondern an deren konkretem und differenziertem Bedarf zu orientieren.

Dieser Gedanke wird von Stephan Koesling aufgegriffen, der empfiehlt, die Perspektive von der Angebots- mehr auf die Bedarfsseite zu verlagern, dabei wegzukommen von vorgefertigten Paketlösungen hin zu einer Lotsenfunktion und zu einer (neutralen) Beratung zur Organisationsentwicklung. Ähnlich argumentiert Frau Bruns-Philipps, die eindringlich das Wissen und die Erfahrung aus der Praxis als Grundlage der Programmentwicklung stärken möchte – und als Expertenposition zur Bedarfsermittlung formuliert: „Fragt (zuerst) die Kitas!“ Eine bessere Theorie-Praxis-Verbindung und die Rückkoppelung an Erfahrungswerte wird von verschiedenen Seiten eingefordert; zielge-

naue Lösungen erfordern präzises und auch kleinteiliges Wissen über die Voraussetzungen und Anforderungen im Setting, so die allgemeine Erkenntnis, und an der einen Stelle erfolgreiche Projekte lassen sich nicht ohne weiteres andernorts duplizieren.

Die Notwendigkeit, Wissenschaft und Praxis besser zu verzahnen, schält sich als Kernanliegen aus der Diskussion, mit dem eine Reihe weiterer Aspekte verknüpft sind: die Kritik an der ‚Projektitis‘, der mangelnden Nachhaltigkeit und damit geringen Verlässlichkeit. Prävention könne besser, umfassender, wirksamer und nachhaltiger sein, wenn der Austausch zwischen Theorie und Praxis verbessert werde.

Die Bedeutung institutionell-formeller Vorgaben wird in einer weiteren Wortmeldung hervorgehoben, mit der angeregt wird, Gesundheitsthemen zum Bestandteil des Lehrplans zu machen. Auch an die Wirksamkeit gesetzgeberischer Maßnahmen wird mit Verweis auf das Beispiel der sogenannten „Alcopops“ erinnert und auch daran, dass Broschüren alleine wohl nicht diesen Effekt gehabt hätten.

Wiederholt wird thematisiert, dass Prävention gerade da ansetzen müsse, wo viele Faktoren sich zu schwierigen Verhältnissen verdichten und es um ernste soziale Problemlagen geht. Das Angebot von Kursen und Maßnahmen müsse auch die Motivationsseite berücksichtigen; gerade die sozial schwächeren und „vulnerablen“ Individuen und Gruppen müssten erreicht werden.

Ein Plädoyer für Projekte mit einfacher Umsetzung, mit einfachem Zugang, mit vom Einzelnen erkennbaren Nutzen sowie für eher spielerische Angebote, die den Spaß an der

Bewegung in den Vordergrund rücken, ist in diesem Kontext zu sehen. Diesem Anspruch auf „Spaß“ werden in der weiteren Diskussion aber die basalen „Bedürfnisse“ und Statuskonflikte entgegengehalten, die als das eigentliche Problem gerade in prekären Lebenslagen gesehen werden sollten. „Spaß“, so die Kritik, sei eher eine an der Mittelschicht orientierte Terminologie; eingefordert werden milieugerechte Präventionskonzepte. Dass erhobene Zeigefinger und angestrenzte Appelle an Wohlverhalten aber nicht der bevorzugte Weg sein können, wurde auch deutlich; eine Wortmeldung aus dem Plenum brachte es auf den Punkt: „Die beste Verhältnisprävention ist die, wenn es keiner merkt.“

Ein wesentlicher Teil der Diskussion dreht sich um die Frage, wie Prävention strategisch organisiert und vernetzt werden kann. Beklagt werden „Insellösungen“, „Wildwuchs“, Mangel an Nachhaltigkeit und die ständigen Versuche, „das Rad neu zu erfinden“.

Gefordert wird eine durch Projektevaluation verbesserte Evidenzlage, die Auskunft geben kann über Ergebnisse und auch darüber, welche Maßnahmen sich für die Fläche eignen. Herr Bucksch weist noch einmal darauf hin, dass die Evidenzlage generell dünn sei und nicht leicht zu verbessern. Insgesamt wird klar, dass auch wenn man bei einigen Projekten rein intuitiv zustimmen möchte, es wünschenswert wäre, mehr Evidenz zu generieren. Nötig seien, neben dem politischen Willen, Prävention zu unterstützen und zu verstetigen, eine stabile Finanzierung und vor allem die bessere Kooperation von Wissenschaft und Praxis. Das sei letztlich die Voraussetzung, um Wissen zugänglich zu machen, von Erfahrungen zu profitieren, sich zu vernetzen und Fortschritte zu machen.

DIE PROJEKTE

fit4future



fit4future: der Lehrer als Coach

Gesund leben und fit sein für die Zukunft – bundesweit lernen sechs- bis zwölfjährige Schülerinnen und Schüler von Grund- und Förderschulen im DAK-Projekt „fit4future“, wie das geht.

Viel bewegen, gesund essen, gut mit Stress umgehen – das sind die maßgeblichen Inhalte des von 2016 bis 2021 ausgelegten Projekts. Letztendlich sollen die Kinder dadurch nachhaltig in ihrer motorischen Entwicklung unterstützt und in einer gesunden Gewichtsentwicklung gefördert werden. Entspannungselemente tragen zudem zu einer stressfreien und positiven Lernatmosphäre bei. Alles zusammen hilft bestmöglich, den Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schule zu unterstützen. Unter Mithilfe der Cleven-Stiftung sollen 2000 Schulen erreicht und jeweils in einer dreijährigen Patenschaft begleitet werden. Der Skifahrer Felix Neureuther engagiert sich als Botschafter für „fit4future“.

Pro Schule werden zwei Lehrkräfte als „fit4future“-Coaches ausgebildet. Ein Schwerpunkt liegt auf der Verhältnisprävention. Die Beteiligten in den Schulen können sich für zwei aus sechs angebotenen Modulen entscheiden und dazu schulspezifische Ziele und die dazugehörigen Maßnahmen entwickeln. Zur Wahl stehen „Gesunde Schule als Leitbild“, „Gesundheit der Lehrkräfte“, „Netzwerk Bewegung“, „Gesunde Schulverpflegung“, „Schule als gesunder Raum“ und „Gelingende Elternarbeit“. Von den 500 im Jahr 2016 in das Projekt aufgenommenen Schulen wurden insbesondere die Module „Gesundheit der Lehrkräfte“ (244 Schulen), „Schule als gesunder Raum“ (227 Schulen) und „Netzwerk Bewegung“ (212 Schulen) gewählt.

Damit die Verantwortlichen in den Schulen verbindlich an den Projekten teilnehmen, unterzeichnen sie einen Vertrag. Weiterhin wird ein Schulboard (Steuerkreis) eingerichtet, der aus der Schulleitung, den „fit4future“-Coaches sowie Elternvertreterinnen und -vertretern besteht. Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Lehrstuhls für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin an der Technischen Universität München begleiten das Projekt.

KONTAKT

DAK-Gesundheit
 Ansprechpartnerin: Christiane Ritter
 Nagelsweg 27-31
 20097 Hamburg
 Telefon: 040 - 239 627 13
 E-Mail: Christiane.Ritter@dak.de

Cleven-Stiftung
 Ansprechpartner: Malte Heinemann
 Infanteriestraße 19/6
 80797 München
 Telefon: 089 - 992 755 93
 E-Mail: Mail@cleven-stiftung.com
 Website: www.fit-4-future.de

AUF EINEN BLICK

REICHWEITE DER MASSNAHME

bundesweit

PROJEKTZEITRAUM

2016 bis 2021

SETTINGS

Grund- und Förderschule

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren, Eltern, Schulleitungen, Lehrkräfte, pädagogische Fachkräfte

FITTE TEENS

„Ich sag einfach ja und bin dabei!“ Dafür sprechen sich 13- bis 19-jährige Jugendliche von weiterführenden Schulen im seit 2017 geförderten bundesweiten Projekt „Fitte Teens“ aus.

Junge Menschen sollen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt und so in die Lage versetzt werden, ihre Zukunft positiv und gesundheitsfördernd zu gestalten. Ein besonderes Augenmerk liegt auf Jugendlichen aus sozial benachteiligten Verhältnissen und auf Schülerinnen und Schülern von beruflichen Schulen.



„Fitte Teens“: gesunder Lebensstil im Fokus

Das Konzept basiert auf den drei Bausteinen Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung und verfolgt folgende Ziele:

- Jugendliche sollen durch vermehrte Bewegung zu einem aktiven Lebensstil motiviert werden. Dafür wird beispielsweise der Pausenhof bewegungsfreundlich gestaltet. Die Maßnahmen orientieren sich an Online-Befragungen der Zielgruppe.
- Eine gesunde Gewichtsentwicklung soll gefördert werden. Hierzu können die Schülerinnen und Schüler unter anderem an unterhaltsamen Online-Kursen zum Thema Ernährung teilnehmen. In gemeinsamen Kochkursen können die Jugendlichen ihr theoretisches Wissen in die Praxis umsetzen. Sie lernen auch, wie sich Ernährung und Bewegung auf die Psyche auswirken.
- Die mentale Fitness der Jugendlichen und damit ihr Selbstbewusstsein und ihre Eigeninitiative, Stress-Resistenz, Impulskontrolle und Steuerung von Emotionen sollen gestärkt werden.

Das Projekt wird durch den Deutschen Sportlehrerverband e.V. (DSLVB), die Plattform Ernährung und Bewegung e.V., die TU München und das Institut Bildung Plus unterstützt. Die Marketing-GmbH des DSLVB sichert eine Anschubfinanzierung. Darüber hinaus werden Kooperationen mit Krankenkassen auf Grundlage des Präventionsgesetzes angestrebt.

KONTAKT

Deutscher Sportlehrerverband e.V.
 Ansprechpartner: Heinz Frommel
 Alte Schmiede 8
 74336 Brackenheim
 Telefon: 07135 - 950 28 05
 E-Mail: info@fitte-teens.de
 Website: www.fitte-teens.de

AUF EINEN BLICK

REICHWEITE DER MASSNAHME
 bundesweit

PROJEKTZEITRAUM
 seit 2017

SETTING
 weiterführende Schule, insbesondere berufliche Schule

SCHWERPUNKTE
 Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Stärkung der mentalen Fitness

ZIELGRUPPE
 Jugendliche im Alter von 13 bis 19 Jahren

GESUNDEKIDS – MACHT DIE KIDS FIT



Spielerisch zur Gesundheitskompetenz

Die Mitglieder der Rotary Clubs möchten bundesweit „Kids“ im Alter von drei bis zwölf Jahren fitter machen.

Ziel des seit 2005 laufenden Projekts „Gesunde Kids – macht die Kids fit“ ist es, mit spielerischen und praxisorientierten Aktionen die Gesundheit und die Gesundheitskompetenz, dadurch die Lern- und Leistungsfähigkeit aller Kinder zu fördern. Es geht um gesundheitliche Chancengleichheit und somit um die Verbesserung der Bildungschancen aller Kinder. Mit Schwerpunkt auf ausgewählten

Bundesländern initiieren Rotary Clubs an Schulen und Kitas deshalb „gesundekids“-Aktionen, setzen diese mit Hilfe von Fachpersonal und Kooperationspartnern um und begleiten sie nachhaltig.

Die Rotarier sorgen beispielsweise für:

- Ständig verfügbares Trinkwasser aus Trinkwasserbrunnen als Alternative zu Softdrinks,
- Lebensmittelkisten mit gesunden Lebensmitteln,
- wöchentliche Obstlieferungen,
- Sport- und Spielgeräte für den Pausenhof.

Weitere exemplarische Aktionen sind Laufwettbewerbe, Fußballturniere und Rallyes, Fahrradtouren zur Bewegungsförderung sowie gesunde Frühstücksbuffets oder die Ernte und Verarbeitung von Äpfeln an Projekttagen zur Ernährungsbildung.

Zu den Hauptkooperationspartnern gehören verschiedene Hessische Fachministerien, die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., die Landesarbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege in Hessen und jeweils wechselnde Projektpartner vor Ort. Die Finanzierung erfolgt durch Eigenmittel der Rotary Clubs sowie durch Sponsoring und Spenden.

AUF EINEN BLICK

REICHWEITE DER MASSNAHME

bundesweit mit Schwerpunkt auf Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Thüringen

PROJEKTZEITRAUM

seit 2005

SETTINGS

Kindertagesstätte, Grundschule, weiterführende Schule

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung

ZIELGRUPPE

Kinder von 3 bis 12 Jahren

KONTAKT

gesundekids e.V.

Ansprechpartnerin: Dr. Reinhild Link

Richard-Strauss-Straße 4

65193 Wiesbaden

Telefon: 0611 - 565 797 77

E-Mail: link@gesundekids.de

Website: www.gesundekids.de

JOLINCHEN KIDS – FIT UND GESUND IN DER KITA



Jolinchen Kids: gesunde Ernährung ist Trumpf

Jolinchen ist ein Drachenkind und weiß ganz genau, welche Lebensmittel gesund und lecker sind. Jolinchen bewegt sich zudem sehr viel und fühlt sich wohl in ihrer Haut.

Das Drachenkind ist Vorbild für drei- bis sechsjährige Kindergartenkinder, aber auch für ihre Erzieherinnen oder Erzieher und die Eltern. Seit 2014 fördert die AOK das Projekt „Jolinchen Kids – Fit und gesund in der Kita“ bundesweit.

Das Programm für eine gesunde Ernährung, mehr Bewegung und seelisches Wohlbefinden läuft bei Bedarf über drei Jahre. In dieser Zeit werden die Akteurinnen und Akteure kostenlos mit Schulungen, Workshops, Kurs- und Beratungsangeboten sowie Materialien versorgt.

Im Vordergrund stehen folgende Aktivitäten:

- Für Kinder werden sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen durchgeführt. Letztere beziehen sich unter anderem auf die Gestaltung von Bewegungs- und Entspannungsräumen sowie die Bereitstellung von gesunden Lebensmitteln und Getränken in der Kita.
- Für Eltern gibt es regelmäßige Informationsabende, Newsletter, Aktionen und Workshops.
- Für Erzieherinnen und Erzieher werden Workshops zum gesunden Arbeiten sowie Gesundheitskurse angeboten.

Zu den Hauptkooperationspartnern gehören das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) (ehemals aid infodienst e.V.) und die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. Ein wissenschaftlicher Beirat begleitet das Projekt.

AUF EINEN BLICK

REICHWEITE DER MASSNAHME

bundesweit

PROJEKTZEITRAUM

seit 2014

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKTE

Ernährung, Bewegung, seelisches Wohlbefinden

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren

KONTAKT

AOK, vertreten durch den AOK-Bundesverband

Ansprechpartnerin: Dr. Sarah Pomp

Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Telefon: 030 - 346 46 26 80

E-Mail: sarah.pomp@bv.aok.de

Website: www.aok.de/inhalt/jolinchenkids-1/

KLASSE IN SPORT – INITIATIVE FÜR TÄGLICHEN SCHULSPORT

Eine „bewegungsfreudige Schule“ ist das Ziel dieser Initiative, wozu im Jahr 2006 in Köln ein gemeinnütziger Verein gegründet wurde.

Durch das bundesweite Programm „Klasse in Sport“ sollen möglichst täglich zusätzliche Bewegungseinheiten in den Alltag von sechs- bis zwölfjährigen Kindern integriert werden, um die individuellen (psycho-)motorischen Fähigkeiten der Kinder zu verbessern, Übergewicht zu verhindern sowie einen Beitrag zur Integration sozial, ethnisch und kulturell verschiedener Gruppen zu leisten. Handlungsräume hierfür sind Grundschulen sowie Sport- und Freizeiteinrichtungen. Auch die Themen gesunde Ernährung und Stressbewältigung werden einbezogen. Die Lehrerinnen und Lehrer erhalten neben qualifizierten Fort- und Weiterbildungsangeboten Anleitung für praktische Umsetzungsmöglichkeiten in Form einer Handreichung.

Module und Inhalte des Projekts sind unter anderem:

- Schulsport-Arbeitsgemeinschaften (kompensatorisch oder fördernd),
- Inklusion durch Sport und Spiel,
- Pausensport,
- Integration von Bewegung in kognitive Fächer,
- Bewegungs- und Entspannungspausen im Unterricht,
- Ernährungsberatung,
- „Einfach draußen“ – aktive Bewegung im Freien.

AUF EINEN BLICK

REICHWEITE DER MASSNAHME

bundesweit

PROJEKTZEITRAUM

seit August 2006

SETTINGS

Grundschule, Sport- und Freizeiteinrichtung

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPE

Grundschulkindern im Alter von 6 bis 12 Jahren



Runde Sache: Klasse in Sport

Zu den Kooperationspartnern gehören Universitäten und Fachhochschulen wie die Deutsche Sporthochschule Köln, die Universität Hamburg oder die Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Stiftungen wie „Ein Herz für Kinder“ oder die „Bundesliga-Stiftung“, zudem phasenweise diverse Unternehmen (etwa REWE, ERGO Versicherungen und andere). Die Finanzierung erfolgt über Sponsoring und Spenden.

KONTAKT

Klasse in Sport e.V.

Ansprechpartner: Dr. Mathias Bellinghausen

Birresborner Straße 3

50935 Köln

Telefon: 0170 - 202 17 52

E-Mail: bellinghausen@klasse-in-sport.de

Website: www.klasse-in-sport.de

LET'S GO – FAMILIEN, KIDS UND KITAS

Draußen spielen, heruntollen, wandern und die Natur erleben: Die Kinder – und deren Eltern – aus vier Kitas in verschiedenen Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt) können dies im Projekt „Let's go – Familien, Kids und Kitas“ ausgiebig tun.

Projektpartner sind jeweils Vereine des Deutschen Wanderverbandes. Die Kita-Kinder wandern seit November 2015 einmal pro Woche mit Unterstützung einer Familienwandergruppe. Die Kitas bilden zusammen mit den Familienwandergruppen sogenannte Kooperations-Tandems. Mindestens einmal monatlich werden (Outdoor-)Bewegungsaktivitäten für die ganze Familie angeboten.



Let's go: mit Kind und Rucksack unterwegs

Die Akteurinnen und Akteure aus den Familienwandergruppen und den Kitas sowie interessierte Eltern und Netzwerkpartner der Tandems nahmen zu Beginn des Projekts an einer speziell entwickelten Fortbildung teil, deren Inhalte auch mithilfe der Expertise eines Fachbeirats entwickelt wurden. Inhalte der Fortbildung waren:

- Grundlagen der Bewegungsförderung,
- gesunde Ernährung,
- Naturerlebnisse,
- Wandern mit Kindern und Familien,
- Auswahl bewegungsfördernder Wege,
- Bewegungs- und Naturerlebnisspiele sowie
- Kooperation und Netzwerkbildung.

Spannende Wege und Plätze, auf denen sich die Kinder möglichst frei bewegen können, tragen zum Erfolg des Projekts bei, ebenso wie ausgewählte Bewegungs-, Naturerlebnis- oder auch Orientierungsspiele, bei denen sich die Kinder aktiv einbringen können. Wichtig ist zudem die Kooperation aller Akteurinnen und Akteure, damit klare Absprachen getroffen und gemeinsame Aktivitäten entwickelt werden können.

Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit.

KONTAKT

Deutscher Wanderverband
 Ansprechpartnerin: Christine Merkel
 Kleine Rosenstraße 1-3
 34117 Kassel
 Telefon: 0561 - 938 73 31
 E-Mail: c.merkel@wanderverband.de
 Website: www.wanderverband.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLÄNDER

Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen, Sachsen-Anhalt

REICHWEITE DER MASSNAHME

Plochingen (Baden-Württemberg), Oberelsbach (Bayern), Klingenthal (Sachsen), Bad Schmiedeberg (Sachsen-Anhalt)

PROJEKTZEITRAUM

November 2015 bis Oktober 2017

SETTINGS

Familie, Kindertagesstätte, Sport- und Freizeiteinrichtung

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Naturerlebnisse

ZIELGRUPPEN

Kinder von 3 bis 6 Jahren, Eltern

KINDER UNSERE ZUKUNFT, BITZ BEWEGT SICH

„Wir ziehen alle an einem Strang“ ist das Motto, das alle Kinder bis zwölf Jahre – und auch ihre Eltern – in der baden-württembergischen Gemeinde Bitz zu mehr Bewegung motivieren soll.

Das 2005 begonnene Projekt hat zum Ziel, die Fitness der Kinder durch den erleichterten Zugang zu Bewegungsmöglichkeiten nachhaltig zu verbessern – egal, ob zu Hause, in der Schule oder in der Freizeit. Die Kinder sollen sich gerne bewegen wollen. Hinter der Initiative steht ein Netzwerk aus vier Sportvereinen, drei Kindergärten, einer Grundschule und der Gemeinde. Der Förderverein „Kinder unsere Zukunft, Bitz bewegt sich e.V.“ sichert langfristig die Finanzierung, auch mit Hilfe von diversen Sponsoren. Beispielsweise konnte der Bau einer Bewegungslandschaft vor der Grundschule des Netzwerks sowie der Bau eines Hartplatzes mit Eisfläche umgesetzt werden.



Zwischen den Weihnachtsfeiertagen ist in Bitz die Sporthalle geöffnet!

Folgende Aktivitäten werden unter anderem durchgeführt:

- Baby-Schwimmkurse,
- die Aktion „Road Walker“ belohnt das Zufußgehen zum Kindergarten und zur Schule,
- Familien-Olympiaden,
- zusätzliche Turnstunden in den Kindergärten,
- zusätzliches Motorik-Training für Handball-, Fußball- und Tennismannschaften,
- in der Gymnastikhalle wurde eine Bewegungslandschaft errichtet, die von Familien an Wochenenden gemietet werden kann,

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Baden-Württemberg

REICHWEITE DER MASSNAHME

Gemeinde Bitz

PROJEKTZEITRAUM

seit Juni 2005

SETTINGS

Familie, Kindertagesstätte, Grundschule, Sport- und Freizeiteinrichtung, Wohnquartier, Stadtteil, Stadt, Kommune

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren

- Informationsveranstaltungen rund um die Themen gesunde Ernährung und Bewegung,
- die Aktion „Night of Sports“.

Regelmäßig finden gemeinsame Fortbildungen zum Thema Bewegungsförderung für pädagogische Fachkräfte sowie Trainerinnen und Trainer statt. Für die Betreuung des Gesamtprojekts und die Erarbeitung neuer Ideen und Maßnahmen wurde ein Runder Tisch eingerichtet, der sich aus Vertreterinnen und Vertretern aller Kooperationspartner zusammensetzt.

KONTAKT

Förderverein „Kinder unsere Zukunft, Bitz bewegt sich“ e.V.

Ansprechpartner: Hans-Jürgen Peter
Blumenstraße 17

72475 Bitz

Telefon: 07431 - 80 06 70

E-Mail: h-peter-bitz@t-online.de

Website: www.kinderunsererezukunft.jimdo.com

KITA-ERNÄHRUNGSFACHBEREICH MIT EIGENEM KONZEPT



Die Kita Lörrach e.V.: Ernährungsbildung als Konzept

Täglich lecker und gesund essen ist für die Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren in der überbetrieblichen Kindertagesstätte Lörrach e.V. in Baden-Württemberg selbstverständlich.

Hinter dem seit 2015 entwickelten Ernährungsbildungs- und Verpflegungskonzept steht ein Kita-Ernährungsfachbereich mit einer pädagogisch erfahrenen Ökotrophologin. Das Thema Ernährung soll dauerhaft im Kita-Alltag verankert werden. Die Maßnahmen gliedern sich in theoretische und praktische Wissensvermittlung. Wichtig ist immer, dass die Kinder die Themen mitbestimmen, denn sich gesund und ausgewogen zu ernähren, soll Spaß machen und nicht zum Schulunterricht im Kindergarten werden.

Im Projekt „Die BesserEsser“ wird Ernährungswissen spielerisch weitergegeben. Praktische Erfahrungen sammeln die Kinder unter dem Motto „Die SterneKöche“. Sie bereiten täglich Frühstücks- und Nachtischspeisen in Bio-Qualität zu, backen Brot oder richten Tische her. Vorher kaufen sie die Lebensmittel selbst ein. Hier wird das Thema Ernährung mit Begriffen wie Fürsorge, Wohlbefinden, Gemeinschaft, Genuss und Geschmack verknüpft und in einer entsprechend angenehmen Lernatmosphäre vermittelt.

Darüber hinaus werden Eltern-Kind-Kochsamstage und Elternabende zum Thema Ernährungserziehung und Verpflegung angeboten. Einmal pro Woche können die Eltern eine Ernährungsberatungsstunde in Anspruch nehmen. Die Initiative wird von der Gevita Residenz Lörrach und dem Primacasa Bioladen Lörrach unterstützt.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Baden-Württemberg

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kindertagesstätte Lörrach e. V.

PROJEKTZEITRAUM

seit Mai 2015

SETTINGS

Familie, Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT

Ernährung

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren, Eltern

KONTAKT

Überbetriebliche Kindertagesstätte Lörrach e.V.

Ansprechpartnerin: Maria Gebhardt (Kita-Ökotrophologin)
Adolf-Ohm-Weg 1

79539 Lörrach

Telefon: 07621 - 16 41 16

E-Mail: Maria.Gebhardt@ue-kita.de, info@ue-kita.de

MINIFIT – DAS GESUNDE NETZWERK FÜR KINDER



Gesund im Netzwerk: MINIFIT bewegt die Kleinsten

Ein Netzwerk von örtlichen ‚Playern‘ im baden-württembergischen Ludwigsburg sorgt seit 2005 dafür, dass Kita-Kinder ‚bewegt‘ und gesund aufwachsen können.

Regionale Verwaltungen von Stadt und Land, Verkehrspolizei, örtliche Kirchen und Sportverbände – alle Akteurinnen und Akteure im „MINIFIT“-Netzwerk eint ein übergeordnetes Ziel: Kinder sollen von Anfang an körperlich aktiv sein und dadurch schlank bleiben. In diesem Sinne wird eine frühe Gesundheitsförderung im Alltag der Kitas verankert. Die Kinder lernen, ihren Körper bewusst wahrzunehmen und auch, sich gesund zu ernähren. Die ganzheitlich angelegten Maßnahmen des Projekts richten sich nach dem Orientierungsplan für Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg im Bildungs- und Entwicklungsfeld Körper und Gefühle. Die Kindertageseinrichtungen im gesamten Stadtgebiet stimmen sich untereinander und mit den Netzwerkpartnern ab. In regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppentreffen sprechen die Kooperationspartner über die Umsetzung und konzeptionelle Gestaltung der Angebote. Sie garantieren auch in finanzieller Hinsicht die Durchführung und Organisation des Projekts. Koordiniert wird „MINIFIT – das Gesunde Netzwerk für Kinder“ von der mhplus Betriebskrankenkasse.

KONTAKT

Stadt Ludwigsburg
 Ansprechpartnerinnen: Eva-Maria Landeck,
 Christin Schmidt
 Wilhelmstraße 11
 71638 Ludwigsburg
 Telefon: 07141 - 9100
 E-Mail: e.Landeck@ludwigsburg.de,
 c.schmidt@ludwigsburg.de

MINIFIT Koordination
 mhplus BKK
 Ansprechpartnerin: Daniela Knies
 Franckstraße 8
 71636 Ludwigsburg
 Telefon: 07141 - 979 096 61
 E-Mail: minifit@mhplus.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Baden-Württemberg

REICHWEITE DER MASSNAHME

Stadt Ludwigsburg

PROJEKTZEITRAUM

seit 2005

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren

BEWEGTE KITA – WACHSEN MIT BEWEGUNG

Mit Bewegung groß werden – das lernen Nürnberger Kita-Kinder von null bis sechs Jahren jeden Tag ganz selbstverständlich.

Seit September 2008 begleiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Nürnberger Gesundheitsamts und des SportService der Stadt Nürnberg die verantwortlichen Fachkräfte in städtischen Kindertagesstätten jeweils für einen begrenzten Zeitraum auf dem Weg zur „bewegten Kita“.

Damit die Bewegungsförderung ein Schwerpunkt in der pädagogischen Konzeption und als Querschnittsaufgabe dauerhaft in den Kita-Alltag integriert werden kann, werden in zwei Coaching-Tagen verbindliche und auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Kita zugeschnittene Maßnahmenpläne erarbeitet. Eine Kooperation mit lokalen Sportvereinen ist anzustreben. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kitas erhalten Schulungen, auch über den Projektzeitraum von einem Jahr hinaus. Bewegungsmaterialien werden bereitgestellt.

Am Ende des Projektjahrs findet eine Abschlussveranstaltung statt, die unter anderem Gelegenheit dazu bietet, sich mit den Verantwortlichen anderer Einrichtungen auszutauschen und zu vernetzen.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Bayern

REICHWEITE DER MASSNAHME

Nürnberg

PROJEKTZEITRAUM

seit September 2008

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren



Mit Sportvereinen im selben Boot: das Projekt Bewegte Kita in Nürnberg

Finanziert wird das Projekt von der Bouhon Stiftung Nürnberg und der Exito GmbH Nürnberg.

KONTAKT

Gesundheitsamt Nürnberg

Ansprechpartner: Birgitta Rabenstein (Gesundheitsamt),
Michael Kolb (SportService der Stadt Nürnberg)

Burgstraße 4

90403 Nürnberg

Telefon: 0911 - 231 22 38

E-Mail: birgitta.rabenstein@stadt.nuernberg.de

Website: www.nuernberg.de/internet/gesundheitsamt/gesundheits_kita.html

KOOPERATION KISS UND KINDERBEWEGUNGSHAUS SPORTISSIMO

Hüpfen, klettern, rennen, toben – das dürfen und sollen die Kinder im Nürnberger Kinderbewegungshaus Sportissimo.

Das Haus beherbergt eine Kinderkrippe, einen Kindergarten und einen Kinderhort. Seit 2012 kommt einmal wöchentlich eine qualifizierte Übungsleiterin oder ein Übungsleiter der Kindersportschule ATV 1873 Frankonia Nürnberg e.V. (KiSS) in die Einrichtung, um mit den Kindern Sport zu treiben und sie mit sehr unterschiedlichen Sportarten und Bewegungsmöglichkeiten vertraut zu machen. Da sowohl jüngere als auch ältere Kinder angesprochen werden (von zwei bis zehn Jahren), achten die Trainerinnen und Trainer auf altersgerechte Angebote.

Die Kinder haben nicht nur viel Spaß, sondern sie erhalten überdies eine motorische Grundausbildung, welche die Basis für eine bewegte und gesunde Lebensweise sowie für ihre gesunde körperliche und geistige Entwicklung darstellt.

Die Finanzierung der Maßnahme ist in der monatlichen Betreuungsgebühr für das Sportissimo enthalten.



Kiss und Sportissimo: breitgefächertes Angebot für Kinder

KONTAKT

Kindersportschule ATV 1873 Frankonia e.V.
 Ansprechpartnerin: Stefanie Schmitt
 Willstätterstraße 4
 90449 Nürnberg
 Telefon: 0911 - 923 89 96 16
 E-Mail: kiss@atv1873frankonia.de
 Website: atv1873frankonia.de/sportangebot/kiss,
www.kinderbewegungshaus.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Bayern

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kinderbewegungshaus Sportissimo in Nürnberg

PROJEKTZEITRAUM

seit 2012

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren

OBST, GEMÜSE UND KRÄUTER SELBST ANBAUEN



Kleine Hände, grüne Daumen: Kindertreff KiC-Inn, Oranienburg

Wie schnell wächst eine Gurke, welche Kräuter gibt es, wie koche ich ein leckeres Essen? Bau' selbst an, ernte und sei Koch – das ist die Antwort für die acht- bis 13-jährigen Kinder des offenen Kindertreffs „KiC-Inn“ in Oranienburg im Brandenburger Norden.

Seit dem Sommer 2015 säen und pflanzen die Kinder also selbst, um diverse Obst-, Gemüse- und Kräuterarten groß-zuziehen. Dafür sind sie in den gesamten Prozess eingebunden, von der Recherche bis zur Planung, Durchführung und Ernte. Sie entscheiden, welche Gerichte sie zubereiten möchten, und erstellen ein gemeinsames Kochbuch. Am Ende sind sie sehr stolz auf das selbst Geschaffene. Sie

sollen so für gesunde Lebensmittel und ihre Entstehung sensibilisiert werden und den selbstbestimmten Umgang mit Lebensmitteln lernen. Übergeordnetes Ziel ist, dass sie sich gesund ernähren.

Die Maßnahme wird durch die „Ich kann was“-Initiative der Deutschen Telekom Stiftung finanziert. Außerdem erhält der Verein „Freunde der KiC in Oranienburg e.V.“ Unterstützung durch den Kooperationspartner REWE in Form von frischen Lebensmitteln.

KONTAKT

Offener Kindertreff KiC-Inn
 Ansprechpartnerinnen: Marie Vierschilling und
 Wiebke Müller
 Julius-Leber-Straße 26
 16515 Oranienburg
 Telefon: 03301 - 70 24 30
 E-Mail: emk-obg.kindertreff@gmx.de
 Website: www.emk-oranienburg.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Brandenburg

REICHWEITE DER MASSNAHME

Oranienburg

PROJEKTZEITRAUM

seit Juli 2015

SETTINGS

Freizeiteinrichtung, Wohnquartier, Stadtteil, Stadt, Kommune

SCHWERPUNKTE

Ernährung, Anbau von Lebensmitteln

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 8 bis 13 Jahren

„NETZWERK GESUNDHEIT“ IM BREMER WESTEN



Netzwerk Gesundheit: Vitamine für den Stadtteil

Gesundheit und Wohlbefinden als Prinzip der Lebensgestaltung – schon seit 1985 ist dies das Ziel der Stadtteilarbeit im Bremer Westen für alle dort lebenden Menschen.

Die Bürgerinnen und Bürger sollen in ihrer gesundheitlichen Lebenskompetenz gestärkt werden und befähigt, selbstbestimmt mit Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen umzugehen. Die Stadtteilarbeit ist institutionalisiert durch einen Gesundheitstreffpunkt mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Arbeitsschwerpunkte liegen in der Gewalt- und Suchtprävention, in der Familiengesundheit und in der Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Insofern sind zwar

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Bremen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Bremen (Postleitzahl 28237) und benachbarte Stadtteile

PROJEKTZEITRAUM

seit 1985

SETTINGS

Wohnquartier, Stadtteil

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPE

alle Menschen im Bremer Westen

alle Einwohnerinnen und Einwohner angesprochen, jedoch werden einige Zielgruppen über gruppen- oder themenbezogene Netzwerke speziell adressiert. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitstreffs koordinieren und moderieren, sie leiten Informationen sowohl zwischen den beteiligten Institutionen als auch an die Bürgerinnen und Bürger weiter. Etliche Einrichtungen wie Schulen, Kitas, Kirchen Sportvereine oder die Polizei beteiligen sich.

Konzeptionell orientiert sich die Arbeit an den in der Ottawa-Charta der WHO formulierten Zielen zur Gesundheitsförderung. Sie finden sich in der Umsetzung folgender Angebote wieder:

- individuelle psychosoziale (kostenlose) Gesundheitsberatung,
- Organisation und Durchführung gesundheitsfördernder Aktivitäten im Stadtteil,
- aktive Förderung der institutionellen Zusammenarbeit durch Vernetzung.

Die Basisfinanzierung erfolgt über die Stadt Bremen. Weitere Projektmittel werden zum Teil staatlicherseits oder über Spenden bereitgestellt.

Weitere Informationen finden sich in der Konzeptbroschüre und im Jahresbericht, der unter www.gtp-west.de heruntergeladen werden kann, sowie auf der Projektseite www.groepelinger-sportmeile.de. In der Gröpelinger Sportmeile beispielsweise sind durch zwei parallel laufende Grünzüge Bewegungsangebote eingerichtet worden.

KONTAKT

Gesundheitstreffpunkt West

Ansprechpartner: Helmut Zachau

Gröpelinger Bibliotheksplatz

28237 Bremen

Telefon: 0421 - 35 25 39

E-Mail: info@gtp-west.de, helmut.zachau@nord-com.net

Website: www.gtp-west.de

GÄRTEN FÜR KINDER



Blumenbeete – von Kinderhand gepflanzt

Wie unsere Lebensmittel entstehen, lernen Grundschul-kinder im Hamburger Osten im Alter von sechs bis zwölf Jahren ganz praktisch und hautnah.

Seit 2011 säen, pflanzen und ernten die Kinder über die Gartensaison von April bis Oktober unter Anleitung von Gärtnerinnen und Gärtnern, die ihr Fachwissen kindgerecht einbringen. Die Schülerinnen und Schüler entscheiden zu Beginn eines jeden Jahres selbst, welche Gemüse- und Kräuterarten, welche Beeren und auch Blumen in ihren Beeten angepflanzt werden.

Die Kinder erlernen anhand der Entwicklung der Pflanzen im Verlauf der Vegetationsperiode, was erforderlich ist, um ihre tägliche Nahrung zu produzieren, und sie erweitern gleichzeitig ihre Kenntnisse über gesunde Ernährung. Selbstverständlich dürfen sie das Obst und Gemüse nach erfolgreicher Ernte in ihren Schulküchen zu leckeren und gesunden Gerichten verarbeiten. Die Kinder erhalten in diesem Projekt aber nicht nur eine ‚gesunde‘ Einstellung zu Lebensmitteln, sondern lernen durch die Gartenarbeit auch, sich viel zu bewegen.

Finanziert werden die „Gärten für Kinder“ durch die General Mills Foundation.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Hamburg

REICHWEITE DER MASSNAHME
Hamburg Horn und Billstedt

PROJEKTZEITRAUM
seit 2011 jährlich vom 1. April bis zum 31. Oktober

SETTING
Grundschule

SCHWERPUNKTE
Ernährung, Bewegung

ZIELGRUPPE
Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren

KONTAKT

Arbeit und Leben Hamburg / Billenetz
Ansprechpartnerin: Bettina Rosenbusch
Billstedter Hauptstraße 97
22117 Hamburg
Telefon: 040 - 21 90 21 94
E-Mail: bettina.rosenbusch@billenetz.de
Website: www.billenetz.de

KLASSE KLASSE – DAS PRÄVENTIONSSPIEL FÜR DIE GRUNDSCHULE

„KLASSE KLASSE“ ist ein ganzheitliches Spiel, das Kinder im Alter von sechs bis elf Jahren in vielen Lebensbereichen stark, selbstbewusst und kompetent machen soll.

Die Kinder sollen zu sozial und emotional gereiften Persönlichkeiten werden, die sich gerne bewegen, ausgewogen ernähren und auf ihre Gesundheit achten. Sie werden dazu angeleitet, die Verhältnisse, in denen sie agieren, positiv zu beeinflussen und zu verändern.

Seit 2015 wird die vom Förderverein KIKS UP e.V. betreute Maßnahme in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland durchgeführt. Es geht neben der Bewegungsförderung und Ernährungsbildung auch um Sucht- und Gewaltprävention. Das Spiel „KLASSE KLASSE“ ist nach den Bedürfnissen der Schülerinnen und Schüler flexibel in den Unterricht integrierbar. Im Ergebnis kann es beispielsweise zu einer



KLASSE KLASSE: spielend starke Kinder

verbesserten Gestaltung des Pausenhofes, zu einer besseren Essensversorgung oder zu Optimierungen im Tagesablauf und im Sozialverhalten der Kinder führen.

Unterstützer des Projekts sind die Dirk Nowitzki-Stiftung, die AOK, die Hessische Landesstelle für Suchtfragen, das Hessische Kultusministerium sowie das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Stadt Bad Nauheim sowie die Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. und die Sportklinik Bad Nauheim.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLÄNDER

Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland

REICHWEITE DER MASSNAHME

landesweit in Hessen, Rheinland Pfalz und im Saarland

PROJEKTZEITRAUM

seit Oktober 2015

SETTINGS

Familie, Grundschule

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Partizipation

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 6 bis 11 Jahren, Eltern, Lehrkräfte

KONTAKT

Förderverein KIKS UP e.V.

Ansprechpartnerin: Claudia Rochell

Am Goldstein 9

61231 Bad Nauheim

Telefon: 06032 - 925 50 40

E-Mail: c.rochell@kiksups.de

Websites: www.kiksups.de, www.klasse-klasse.com

SCHULKIDS IN BEWEGUNG (SKIB) – MEINE SCHULE, MEIN VEREIN



Spiel und Sport feiern: das SKIB Festival, Höhepunkt jeden Projektjahrs

„Kinder, bewegt euch mehr und treibt mehr Sport!“ – Von Anfang an sollen Schulkinder in Frankfurt am Main dieses Motto verinnerlichen.

Grundschülerinnen und -schüler bis acht Jahre sollen mit „Schulkids in Bewegung (SKIB) – meine Schule, mein Verein“ für Vereinssport begeistert werden und dadurch ein gesundes Körperbewusstsein entwickeln können. Vor allem Stadtteile mit einer hohen Rate an Kindern mit Migrationshintergrund, Übergewicht oder Entwicklungsdefiziten werden vorrangig in das seit dem Jahr 2011 bestehende Projekt aufgenommen. Die Stadt Frankfurt stellt die finanziellen Mittel bereit.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Hessen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Frankfurt am Main

PROJEKTZEITRAUM

seit Sommer 2011

SETTINGS

Familie, Grundschule, Sport- und Freizeiteinrichtung, Wohnquartier, Stadtteil, Stadt, Kommune

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 5 bis 8 Jahren

Das Projekt umfasst folgende Aktivitäten:

- Die Kinder erhalten zusätzliche Sportstunden durch Vereinsübungsleiterinnen und -übungsleiter in den Schulen.
- Mit Hilfe des Sport- und Motorik-Tests „SKIB Abzeichen“ werden anhand von zwölf Aufgaben motorische und sportartenbezogene Fähigkeiten überprüft. Kinder und Eltern erhalten individuelle Rückmeldungen sowie eine Liste wohnortnaher Vereine, eine Urkunde und eine Anstecknadel.
- Gemeinsame Schul- und Vereinsveranstaltungen werden finanziell unterstützt.
- Einmal jährlich macht ein großes Sport- und Spielfest den Kindern Lust auf noch mehr Bewegung. Das Thema gesunde Ernährung wird durch Workshops einbezogen.
- Jährlich finden Fortbildungen für Übungsleiterinnen und Übungsleiter statt.

KONTAKT

Sportkreis Frankfurt am Main e.V.

Ansprechpartnerin: Jasmin Czogalla

Wächtersbacher Straße 80

60386 Frankfurt

Telefon: 069 - 40 35 79 50

E-Mail: jasmin.czogalla@sportkreis-frankfurt.de

Websites: www.sportkreis-frankfurt.de,

www.schulkids-in-bewegung.de

22117 Hamburg

Telefon: 040 - 21 90 21 94

E-Mail: bettina.rosenbusch@billenetz.de

Website: www.billenetz.de

WIR WERDEN FIT UND ALLE MACHEN MIT



Nicht nur für Kinder: Tanznachmittag, Kita St. Sturmius

Viel bewegen, gesund essen und trinken, entspannen können – für die Kinder im Alter von ein bis sechs Jahren in der Kindertagesstätte St. Sturmius im hessischen Fulda gehört all das zu ihrem Alltag.

Das Projekt „Wir werden FIT und alle machen mit“ begann im Jahr 2011; seit 2013 darf sich die Kita St. Sturmius außerdem „Hessischer Bewegungskindergarten“ nennen. 80 Prozent der Kinder besitzen einen Migrationshintergrund; viele kommen aus sozial benachteiligten Familien. Häufig leben sie in kleinen Wohnungen ohne Garten und sind auch aus finanziellen Gründen nicht im Sportverein aktiv. Den daraus folgenden Bewegungsmangel versuchen die Erzieherinnen und Erzieher zusammen mit den Eltern durch Bewegungsangebote wie Tanzen am Nachmittag oder Spiel- und Sportfeste auszugleichen. Elternarbeit spielt in dem Projekt eine wichtige Rolle, denn diese müssen hinter den Aktionen stehen, um ihre Kinder zu animieren und zu unterstützen. Aber die Kinder sollen nicht nur der Spaß an der Bewegung haben, zusätzlich lernen sie gesundes Ess- und Trinkverhalten kennen. Zuckerfreie Tage, saisonales Obst und Gemüse an vier Nachmittagen in der Woche, einmal im Monat ein gemeinsames Frühstück geben Anstöße nicht zuletzt auch für das familiäre Ernährungsverhalten. Fortbildungen zum Thema gesunde Ernährung, Bewegung und Entspannung werden im Rahmen von Fortbildungstagen über den Träger der Kindertagesstätte finanziert, Lebensmittel über die Eltern. Das fällt nicht allen Familien

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Hessen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kindertagesstätte St. Sturmius in Fulda

PROJEKTZEITRAUM

seit 2011

SETTINGS

Kindertagesstätte, Familie

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Entspannung

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 1 bis 6 Jahren, Eltern

leicht und Mittel für Sonderaktionen fehlen. Daher appelliert die Leitung der Kita an die Politik, ihre Arbeit mehr zu unterstützen.

KONTAKT

Kindertagesstätte St. Sturmius
Ansprechpartnerin: Andrea Takacs
Im Fischfeld 9
36043 Fulda
Telefon: 0661 - 717 62
E-Mail: st.sturmius@hbs-fd.de
Website: www.kitas.hbs-fd.de

WETTERAUKREIS IS(S)T GUT

Lebensmittel aus der Region, ihre Erzeugung und vor allem Spaß und Genuss am Essen stehen im Vordergrund des Projekts „Wetteraukreis is(s)t gut“, das seit 2010 alle Grundschulen des hessischen Kreises zu einer gesundheitsfördernden Lern- und Lebenswelt weiterentwickeln soll.

Ziel ist, die Ernährungs-, Gesundheits- und Verbraucherbildung der Kinder zu verbessern. Dazu werden verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen koordiniert verknüpft. Der Wetteraukreis ermöglicht zusammen mit externen Sponsoren fünf „Perlen“ für die Kinder:

- Perle 1: Vorschulkinder erhalten im Rahmen der Einschulungsuntersuchung im Gesundheitsamt Brotdosen und eine Infokarte mit Tipps für das fitmachende Frühstück von Wetti Wetterau, dem Kreismaskottchen. Manchen Kindern wird eine kostenlose Ernährungsberatung empfohlen.
- Perle 2: Ortsansässige Landfrauen bereiten ein gesundes, fitmachendes Frühstück für die Brotdose der Erstklässler und Erstklässlerinnen zu.
- Perle 3: Im zweiten Schuljahr besuchen die Kinder landwirtschaftliche Betriebe, um die Umgebung kennenzulernen und zu verstehen, wie ihre Nahrung erzeugt wird.
- Perle 4: Lehrkräfte werden geschult, um den „aid-Ernährungsführerschein“ in der dritten Klasse durchführen zu können. Jede teilnehmende Schule bekommt das Materialpaket samt CD und einer Kochkiste als Grundausstattung.
- Perle 5: Im vierten Schuljahr soll ein „paradiesischer Schulgarten“ je nach Setting mithilfe von sozialen Kontakten (Altenheim etc.) reaktiviert oder neu angelegt werden.



Fitmacher Frühstück: Kinder legen selbst Hand an

Das Projekt wird unter anderem von der Bundeszentrale für Ernährung (BZfE), der AOK Hessen und von gesundekids unterstützt.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Hessen

REICHWEITE DER MASSNAHME
Wetteraukreis

PROJEKTZEITRAUM
seit 2010

SETTINGS
Familie, Grundschule

SCHWERPUNKT
Ernährung

ZIELGRUPPEN
Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren, Familien, Lehrkräfte

KONTAKT

Fachdienst Gesundheit Wetteraukreis
Ansprechpartnerin: Dagmar Meinel
Europaplatz 1
61169 Friedberg
Telefon: 06031 - 83 23 12
E-Mail: dagmar.meinel@wetteraukreis.de

GESUNDER VORMITTAG

Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren lernen im ökumenischen Kindergarten St. Jakob im hessischen Witzenhausen jeden Tag: Gesundheit schmeckt.

Seit Februar 2017 gibt es mit dem Projekt „Gesunder Vormittag“ ein hochwertiges Versorgungskonzept für alle Kinder des Kindergartens St. Jakob. Durch ein tägliches ausgewogenes und reichhaltiges Frühstück soll das Gesundheitsbewusstsein der Kinder gefördert werden. Im Wechsel gibt es Müsli mit Obst und Nüssen sowie Vollkornbrote mit verschiedenen Wurst- und Käsesorten oder selbst gemachten Aufstrichen, dazu außerdem Obst und Gemüse. Die Kinder beteiligen sich sowohl am Einkauf als auch an der Zubereitung; ihre Wünsche werden immer berücksichtigt. Die pädagogischen Fachkräfte legen großen Wert darauf, dass alle Lebensmittel schmackhaft angerichtet und auch verwertet werden.

Die Kinder lernen auf diese Art und Weise neue Obst- und Gemüsearten kennen und können im Laufe der Zeit saisonale Produkte einordnen oder Vollkornbrot von anderem Brot unterscheiden. Im Idealfall tragen sie ihr Gesundheitswissen nach Hause und stoßen so Prozesse in ihren Familien an. Erfahrungsgemäß profitieren besonders Kinder aus sozial benachteiligten Familien von solchen Maßnahmen.



Frühstück kann man lernen: Reichhaltiges im Kindergarten St. Jakob

Engagierte Erzieherinnen und Erzieher sowie Eltern tragen zum Gelingen des Projekts bei. Finanziell wird es von den Eltern und durch Mittel des Kindergartens getragen. Die Akteurinnen und Akteure empfehlen, von vornherein immer die Eltern einzubeziehen.

KONTAKT

Ökumenischer Kindergarten St. Jakob
 Ansprechpartnerin: Martina Zunke-Scharf
 Hinter den Teichhöfen 15a
 37213 Witzenhausen
 Telefon: 05542 - 1240
 E-Mail: kindergarten@oekumenisches-kinderhaus.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Hessen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kindertagesstätte St. Jakob in Witzenhausen

PROJEKTZEITRAUM

seit Februar 2017

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT

Ernährung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren

ISS DICH FIT!



Gemeinsames Brötchenbacken

Kinder ab fünf Jahre und ihre Familien in der Stadt und Region Hannover lernen durch iss dich fit!, wie man eine gesunde Ernährung problemlos in den Alltag einbauen kann.

Das Projekt hat zum Ziel, die Ernährungssituation in Kindertageseinrichtungen und Familien zu verbessern sowie Interesse an gesunden Lebensmitteln und deren Zubereitung zu wecken. Dies geschieht durch Kinder- und Elternkurse sowie durch Fortbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Seit 2006 finanziert die Rut- und Klaus-Bahlsen-Stiftung diese Idee, unterstützt durch die Landeshauptstadt Hannover, die als Projektträgerin auftritt. Jeweils für ein Jahr werden zehn Institutionen betreut. Im Vordergrund der Kurse stehen die sinnliche Erfahrung und das praktische Tun. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer besitzen am Ende also nicht nur theoretisches Wissen über eine gute, vollwertige Ernährung, sondern können auch gesunde Mahlzeiten unter Berücksichtigung wichtiger Küchenregeln zubereiten. Vier Module bilden den Kern des Projekts, aus denen die Verantwortlichen in den Einrichtungen nach ihrem individuellen Bedarf wählen können:

- Eltern erfahren, was gesundes Essen ausmacht und wie es ohne großen Aufwand lecker und günstig zubereitet werden kann.
- Kinder lernen Lebensmittel mit allen Sinnen kennen und üben sich in der Zubereitung.

- Pädagogische Fachkräfte bekommen methodische Anregungen, wie das Thema „gesunde Ernährung“ in den Alltag der Kita integriert werden kann.
- Hauswirtschaftskräfte erhalten Tipps und Informationen, wie mit den vorhandenen Mitteln lecker und gesund gekocht werden kann.

KONTAKT

Dr. Friedrich Soretz Organisationsberatung
 Ansprechpartner: Dr. Friedrich Soretz
 Roscherstraße 10
 30161 Hannover
 Telefon: 0511 - 220 81 30
 E-Mail: info@soretz.de
 Website: www.click-dich-fit.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Niedersachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Stadt Hannover, Region Hannover

PROJEKTZEITRAUM

seit Juli 2006 bis voraussichtlich 2020

SETTINGS

Kindertageseinrichtung, Grundschule

SCHWERPUNKT

Ernährung

ZIELGRUPPE

Kinder ab 5 Jahre

FIT FÜR PISA + MEHR BEWEGUNG IN DER SCHULE

Den Spaß am Sport in der Schule und in der Freizeit, am Kochen und Essen von gesunden und leckeren Mahlzeiten möchte man durch das Projekt „fit für pisa“ in Grundschulen des niedersächsischen Landkreises Göttingen fördern.

Durch das Projekt sollen sich langfristig gesundheitsfördernde Strukturen und Verhaltensweisen im Setting Schule etablieren. Es startete im August 2012 und besteht aus drei Modulen:

1. Zusätzlicher Sportunterricht durch Vereinsübungsleiterinnen und -leiter am Vormittag und ab der dritten Klasse auch am Nachmittag soll die Kinder ausgeglichener und aufmerksamer machen. Auch steht im Vordergrund, die Motorik und allgemeine Fitness zu verbessern und Haltungsschwächen vorzubeugen.
2. Gesunde Ernährung in Theorie und Praxis ist ein fester, sich wiederholender Bestandteil des Unterrichts in jeweils zwei Einzel- und Doppelstunden pro Schuljahr.
3. Den Kindern und Eltern stehen „Patenärztinnen“ und „Patenärzte“ für Gesundheitsfragen zur Verfügung. Sie besuchen die Kinder regelmäßig und bieten Elternabende an.



„fit für pisa“ – durch gesunde Ernährung

Das Projekt wird von der Susanne und Gerd Litfin Stiftung, der asc-Kinderbetreuungs gGmbH, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und dem Sozialpädiatrischen Zentrum Göttingen (SPZ) unterstützt. Die Finanzierung erfolgt durch Eigenmittel und Spenden.

KONTAKT

ASC Göttingen von 1846 e.V.
 Ansprechpartnerin: Freya Pense
 Danziger Straße 21
 37083 Göttingen
 Telefon: 0551 - 517 46 60
 E-Mail: f.pense@asc46.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Niedersachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Landkreis Göttingen

PROJEKTZEITRAUM

seit August 2012

SETTING

Grundschule

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung

ZIELGRUPPE

Kinder von der 1. bis zur 4. Klasse

GESUNDE STUNDE

Die zentrale Botschaft des Osnabrücker Projekts „Gesunde Stunde“ lautet: Verbringe täglich eine gesunde Stunde: ohne Kalorien, ohne Fernsehen und ohne Computer – dafür mit Sport und Spiel, mit Bewegung oder zusammen mit der Familie.

Angesprochen sind Grundschülerinnen und -schüler mit ihren Familien, vor allem, wenn sie einen Migrationshintergrund besitzen oder sozial benachteiligt sind. Unterstützt wird das seit 2007 durchgeführte Projekt vom regionalen Gesundheitsdienst und von zahlreichen lokalen Projektpartnern.

Übergeordnetes Ziel ist die Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter, indem die Kinder ihre Lebensgewohnheiten dauerhaft verändern. Dafür sollen die beteiligten Schulen nachhaltige Strukturen aufbauen und sich so zu einem gesundheitsfördernden Setting in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung weiterentwickeln. Es geht aber auch um Förderung der Elternkompetenz, Stärkung der Familie und Ausbau der Netzwerkarbeit.



Eltern-Kind-Massage: auch sie gehört zur „Gesunden Stunde“

Eine Steuerungsgruppe (bestehend aus Fachleuten für Gesundheitsthemen) tagt in regelmäßigen Abständen, um die „Gesunde Stunde“ fortzuentwickeln, Erfahrungen auszutauschen, neue strategische Ausrichtungen zu diskutieren und Evaluationsmaßnahmen zu besprechen. In jeder Schule berät zudem eine Planungsgruppe (bestehend aus

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Niedersachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME
Stadt und Landkreis Osnabrück

PROJEKTZEITRAUM
seit 2007

SETTINGS
Familie, Grundschule

SCHWERPUNKTE
Ernährung, Bewegung, Entspannung

ZIELGRUPPEN
Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren, Eltern, Lehrkräfte

Eltern und Lehrkräften) über eigene gesundheitsfördernde Maßnahmen und über die Auswahl der Aktionen für die „Gesunde Stunde“ im Unterricht.

Die Finanzierung erfolgt durch den Landkreis Osnabrück, Stiftungen, Krankenkassen, Mitgliedsbeiträge und Einzelspenden.

KONTAKT
Gesunde Stunde e.V.
Ansprechpartnerin: Silke Tegeder-Perwas
Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück
Telefon: 0541 - 33 21 98 61
E-Mail: info@gesundestunde.de

INITIATIVE TRINK!WASSER



H₂O schlägt Cola: die „Initiative Trink!Wasser“ aus Osnabrück

Trinkwasser anstatt Cola & Co.! Diese Botschaft richtet die „Initiative Trink!Wasser“ an drei- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche in der niedersächsischen Stadt Osnabrück und im Landkreis.

Die Initiative hat zum Ziel, das Trinkverhalten der Kinder zu verbessern. Wichtig ist, eine gesunde Alternative zu Fruchtsaft- und Softgetränken zu bieten. Trinkwasser hat keine Kalorien und greift auch nicht die Zähne an. Somit kann durch das Projekt ein wichtiger Beitrag zur Prävention von Karies, Übergewicht und Adipositas geleistet werden. Kindertageseinrichtungen und allgemeinbildenden

Schulen in der Region wird eine Tafelwasserschankanlage für gekühltes Wasser mit und ohne Kohlensäure oder eine Tafelwasserarmatur in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt.

Das seit Januar 2010 laufende Projekt wird von regionalen Wasserversorgern und Sparkassen sowie dem örtlichen Gesundheitsdienst finanziert. Außerdem leisten die Schulen und Kitas einen Eigenanteil.

Koordiniert und fachlich begleitet wird das Projekt von einer interdisziplinär aufgestellten Steuerungsgruppe. Ein Gesundheitsingenieur stellt außerdem seine Fachkenntnisse bezüglich der Wasserqualität und der hygienischen Anforderungen zur Verfügung.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Niedersachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME
Stadt und Landkreis Osnabrück

PROJEKTZEITRAUM
seit Januar 2010

SETTINGS
Kindertagesstätte, Grundschule, weiterführende Schule, Jugendzentrum

SCHWERPUNKTE
Ernährung, Trinkverhalten

ZIELGRUPPE
Kinder im Alter von 3 bis 17 Jahren

KONTAKT

Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück
Ansprechpartnerin: Mareike Wächter

Am Schölerberg 1
49082 Osnabrück

Telefon: 0541 - 501 31 21

E-Mail: mareike.waechter@lkos.de

Website: www.landkreis-osnabrueck.de/trinkwasser

MEHR FREIRAUM FÜR KINDER. EIN GEWINN FÜR ALLE!

„Auf der Straße“ spielen oder selbstständig zur Schule gehen – das ist für viele Kinder mittlerweile etwas Besonderes. Die nordrhein-westfälische Landeskampagne „Mehr Freiraum für Kinder. Ein Gewinn für alle!“ will das ändern.

Seit September 2014 wird dieses Projekt in Zusammenarbeit mit den Koordinierungsstellen im Zukunftsnetz Mobilität NRW auf kommunaler Ebene durchgeführt, finanziert vom Land Nordrhein-Westfalen. Zuständig für die Koordinierungsstellen sind die Verkehrsverbände und -gemeinschaften.

22 Kommunen sind beteiligt. Die Verantwortlichen werden bei der Konzeptentwicklung und der Initiierung von Pilotmaßnahmen professionell unterstützt, um günstige Rahmenbedingungen wie verkehrsberuhigte Bereiche, Wegenetze und sichere Schulwege zu schaffen. Ziel ist, dass Kinder und Jugendliche sich im öffentlichen Raum eigenständig, gefahrlos und somit auch mehr bewegen können und ihnen so das freie Spiel ermöglicht wird. Die beteiligten Akteurinnen und Akteure tauschen sich in regelmäßigen Fachgruppentreffen aus, so dass sich gelungene Best-Practice-Beispiele verbreiten können. Wichtig ist zudem, die Interessen der Kinder zu ermitteln, beispielsweise über Streifzüge, Befragungen oder Modellbau, und sie von Anfang an zu berücksichtigen. Außerdem hat es sich bewährt, die politischen Gremien in den teilnehmenden Kommunen frühzeitig und regelmäßig zu beteiligen.

KONTAKT

Zukunftsnetz Mobilität NRW
 Koordinierungsstelle Rhein-Ruhr
 Ansprechpartnerin: Doris Bäumer
 Verkehrsverbund Rhein-Ruhr AöR
 Augustastraße 1
 45879 Gelsenkirchen
 Telefon: 0209 - 158 43 47
 E-Mail: baeumer@vrr.de
 Website: www.mehr-freiraum-fuer-kinder.de



Sichere Schulwege – und nicht nur das: „Mehr Freiraum“ lässt Kindern den Vortritt

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

landesweit in Nordrhein-Westfalen in 22 Kommunen

PROJEKTZEITRAUM

seit September 2014

SETTINGS

Kindertagesstätte, Grundschule, Sport- und Freizeiteinrichtung, Wohnquartier, Stadtteil, Stadt, Kommune

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr

ISS OK IN DORTMUND



Statt Schokolade: starke Pausensnacks vom Kiosk

Ein Schulkiosk, an dem es Gemüsesticks gibt; eine Cafeteria, die Salate und Vollkornbrot anbietet – das sollte in allen weiterführenden Schulen in Dortmund, die keine Mensa haben, so sein.

Ziel von „Iss ok in Dortmund“ ist, Übergewicht bei Jugendlichen zu verhindern.

Einige Pilotenschulen, vor allem in Stadtteilen mit sozial benachteiligten Bewohnerinnen und Bewohnern, werden besonders intensiv betreut. Projektpartner sind unter

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Dortmund

PROJEKTZEITRAUM

Januar 2016 bis Dezember 2018

SETTING

weiterführende Schulen ohne Mensa

SCHWERPUNKT

Ernährung

ZIELGRUPPEN

Kinder und Jugendliche ab 10 Jahren, Lehrkräfte, andere Akteurinnen und Akteure an weiterführenden Schulen

anderem das Forschungsinstitut für Kinderernährung und das Institut für Gesundheitsförderung und Verbraucherbildung der Technischen Universität Dortmund.

Zu Beginn erfolgt eine Bedarfsanalyse. Die Verantwortlichen der teilnehmenden Schulen erhalten einen Handlungsleitfaden für ein ausgewogenes, vollwertiges und vitaminreiches Angebot im Schulkiosk und in der Cafeteria, zusätzlich werden sie zu Ernährungs- und Präventionsthemen beraten. Im Rahmen des Projekts „Gesunde Snacks von Schülern für Schüler“ werden konkrete Empfehlungen in Zusammenarbeit mit dem Gisbert-von-Romberg-Berufskolleg erarbeitet. Außerdem erfolgt eine Evaluation der Speisenangebote.

Das Projekt ist bislang auf zwei Jahre bis Ende Dezember 2018 ausgelegt. Zurzeit wird „Iss ok in Dortmund“ noch durch Eigenmittel des Gesundheitsamts finanziert. Zukünftig ist eine Unterstützung durch die Krankenkassen im Rahmen des Präventionsgesetzes geplant.

KONTAKT

Gesundheitsamt Dortmund

Ansprechpartnerin: Dr. Susanne Klammer

Hövelstraße 8

44137 Dortmund

Telefon: 0231 - 502 35 30

E-Mail: sklammer@stadtdo.de

Website: www.gesundheitsamt.dortmund.de

SMS. SEI SCHLAU. MACH MIT. SEI FIT.

Sich viel bewegen, gesund essen und dadurch fit bleiben – für Düsseldorfer und Kölner Grundschulkinder im Alter von acht bis zehn Jahren ist dieser Gedanke dank der „SMS“-Initiative Teil des Schulalltags.

Mit „SMS. Sei schlau. Mach mit. Sei fit.“ möchte der Verein „Düsseldorfer Kids mit PFIFF e.V.“ seit 2012 durch gezielte Maßnahmen die Kinder und auch ihre Eltern – in Anlehnung an die entsprechenden WHO-Empfehlungen – für eine gesunde und bewusste Ernährung und mehr Bewegung sensibilisieren. So soll Übergewicht und ernährungsbedingten Krankheiten vorgebeugt werden. Im Fokus der Initiative stehen Grundschulen aus sozial benachteiligten Stadtteilen und solchen mit hohem Migrationshintergrund, da die Kinder hier ein besonders hohes Risiko für lebensstilbedingte Erkrankungen wie Adipositas haben.

Wichtige Bestandteile des Projekts sind das Programm „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter“ der Sportwissenschaftlerin Prof. Dr. Kerstin Ketelhut und der „aid-Ernährungsführerschein“. Im „Sinnesklassenzimmer“ lernen die Kinder, sich zu entspannen.

Grundsätzlich soll auf bereits bestehende Angebote aufgesetzt werden. Die Liste der Kooperationspartner ist deshalb sehr umfangreich; dazu gehören unter anderem lokale Sportvereine oder die Dietrich Grönemeyer Stiftung.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Düsseldorf und Köln

PROJEKTZEITRAUM

seit August 2012

SETTING

Grundschule

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 8 bis 10 Jahren



„Fitness für Kids“: zusätzliches Sportangebot für SMS-Teilnehmer

Die „SMS“-Initiative finanziert sich aus Drittmitteln und Spenden. Die beiden Krankenkassen IKK classic und KKH, diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe und das Sportamt Düsseldorf fördern das Projekt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch das Deutsche Diabetes-Zentrum.

KONTAKT

Düsseldorfer Kids mit PFIFF e.V.

Ansprechpartner: Prof. Dr. Karsten Müssig

Hagenauer Straße 11

40468 Düsseldorf

Telefon: 0211 - 338 22 47

E-Mail: schule@ddz-event.de

Website: www.sms-mach-mit.de

Informationen zu „Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten- und Grundschulalter“:

Fitness für Kids

Verein für Frühprävention e.V.

Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Kerstin Ketelhut

Perleberger Straße 51

10559 Berlin

Telefon: 030 - 91 50 05 42

E-Mail: kerstin.ketelhut@medicalschooll-berlin.de

Website: www.fitness-fuer-kids.de

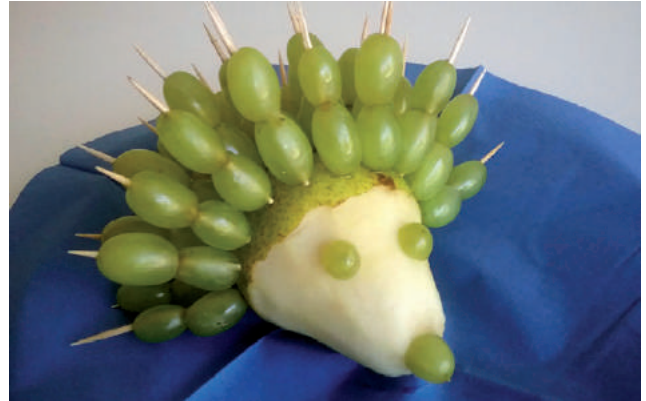
„BaukastEN – Gesunde Kita“ IM GESAMTEN ENNEPE-RUHR-KREIS

„Empowerment“ und „Partizipation“ für Kinder, Eltern und pädagogische Fachkräfte sind vorrangige Ziele dieses umfassenden, niedrigschwelligen und individuellen präventiven Ansatzes in den Kitas des nordrhein-westfälischen Ennepe-Ruhr-Kreises.

Seit August 2008 fördert und finanziert der Ennepe-Ruhr-Kreis dieses Programm, das für das Leben hilfreiche Kenntnisse und Fähigkeiten bei Kindern im Alter von null bis sechs Jahren aufbaut und stärkt. Dazu gehören eine gesunde Ernährung, viel Bewegung, eine gute Körperhygiene, die Fähigkeit zur Stressbewältigung, eine hohe sozial-emotionale Kompetenz und auch eine gute Sprachentwicklung. Derzeit nehmen 59 Tageseinrichtungen des Kreises teil, die als Kooperationspartner im Austausch stehen.

In den Kitas liegen zum Teil sehr unterschiedliche Bedürfnisse und gesundheitsrelevante Problemlagen vor, deshalb stellt der „BaukastEN“ flexible und anpassungsfähige Angebote bereit. Zudem werden gut übertragbare Best-Practice-Modelle kreisweit bekanntgemacht, so dass alle beteiligten Kitas profitieren können.

Mithilfe von leihweise zur Verfügung gestellten Medienboxen können die Aktionen vor Ort gestaltet werden.



Birnenigel: Abwehrkräfte aus dem BaukastEN

Die Maßnahmen umfassen:

- Aktionstage und Projektwochen,
- Beratungsangebote für Eltern,
- Bereitstellung von Informationsmaterialien und Mediensammlungen,
- Vorträge, Seminare, Fort- und Weiterbildungen oder Qualifizierungsmaßnahmen für pädagogische Fachkräfte,
- beispielhafte erlebnis- und handlungsorientierte Kinderaktionen,
- Elternangebote.

Immer werden auch die Bedürfnisse und Interessen des pädagogischen Fachpersonals sowie der Eltern erfragt und berücksichtigt. Beide Gruppen sind sowohl in die Erprobung neuer Angebote als auch in deren Evaluation aktiv einbezogen.

KONTAKT

Ennepe-Ruhr-Kreis – Gesundheitsdienste für Kinder und Jugendliche

Ansprechpartnerin: Andrea Zacher

Hauptstraße 92

58332 Schwelm

Telefon: 02336 - 93 24 34

E-Mail: a.zacher@en-kreis.de

Website: www.en-kreis.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Ennepe-Ruhr-Kreis

PROJEKTZEITRAUM

seit August 2008

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung, Körperhygiene, Sicherheit, sozial-emotionale Kompetenz, Sprache und Entwicklung

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren, Eltern, pädagogische Fachkräfte

ERNÄHRUNG UND BEWEGUNG IM OFFENEN GANZTAG IM PRIMARBEREICH

Angehende Schulkinder im Kreis Gütersloh in Nordrhein-Westfalen wurden immer schwerer. Das war ein Alarmzeichen, so dass im Jahr 2009 eine Koordinationsstelle der Abteilung Gesundheit im Kreis eingerichtet wurde.

Das Ziel dieser Koordinierungsstelle ist, durch zielgruppenspezifische Informationen und Weiterbildungen, durch Vernetzungs- und Unterstützungsangebote die Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten der Kinder so zu verbessern, dass Übergewicht vorgebeugt beziehungsweise reduziert wird. Initiiert von der Kommunalen Gesundheitskonferenz des Kreises Gütersloh kooperiert die Koordinierungsstelle mit unterschiedlichen Partnern, um diverse Einzelprojekte in Offenen Ganztagsgrundschulen (OGS) zu realisieren.

Die Aktivitäten der Koordinationsstelle umfassen unter anderem:

- Durchführung von Fachtagen, Fortbildungen, Workshops und Vorträgen,
- Bereitstellung von Informationen über aktuelle regionale und überregionale Angebote, Projekte und Materialien,
- Unterstützung der OGS bei der Auswahl von Ernährungs-, Bewegungs- und Entspannungsangeboten, bei der Suche nach Kooperationspartnern für Nachmittagsangebote sowie bei der Organisation von Gesundheits- und Aktionstagen,
- Aufbau und Durchführung von Kooperationsprojekten, wie zum Beispiel „Gesund auf Dauer“ oder „Gütersloher gesunde Genießer“.

Die dauerhafte Einrichtung der Koordinationsstelle war ein langjähriger Prozess. Aktive Kooperationspartner sind mehrere lokale Institutionen wie das Schulamt, der Kreissportbund Gütersloh e.V., die Bürgerstiftung Gütersloh, die Vernetzungsstelle Schulverpflegung NRW und die Universität Bielefeld. Die Finanzierung einzelner Projekte erfolgt unter anderem aus Eigen- und Stiftungsmitteln sowie mit Hilfe von Krankenkassen (IKK classic, Bertelsmann BKK).



Entdeckerwochen Klimakochen

KONTAKT

Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit

Ansprechpartnerin: Sabine Baum

Herzebrockerstraße 140

33334 Gütersloh

Telefon: 05241 - 82 35 86

E-Mail: S.Baum@gt-net.de

Website: www.kreis-guetersloh.de

> Rubrik: Gesundheit > Subrubrik: Beratung & Information

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kreis Gütersloh

PROJEKTZEITRAUM

seit Mai 2009

SETTING

Grundschule

SCHWERPUNKTE

Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPE

Kinder von 5 bis 10 Jahren

SPORT UND GESUNDE ERNÄHRUNG IM FÖRDERKONZEPT LERNEN INDIVIDUELL (LEIV)

„Bewegung macht schlau“ ist seit dem Jahr 2005 das Motto für die über 200 Mädchen und Jungen der Gustav-Heinemann-Schule im nordrhein-westfälischen Mülheim an der Ruhr.

Im Rahmen des Förderkonzeptes „LERNEN INDIVIDUELL (LEIV) Sport und gesunde Ernährung“ verbinden die Lehrkräfte in wöchentlichen Unterrichts- und Freizeitkursen körperliche Aktivität mit Lernen. Die Kurse sind ein Baustein zur Umsetzung des Schulprogrammpunkts „Lernen in Bewegung“ und umfassen die Bereiche gesunde Ernährung, Bewegung, Körperbeherrschung, Geschicklichkeit, Konzentration und Entspannung. Sie greifen dabei die neuesten Erkenntnisse der Gesundheits- und Lernforschung auf. Die Kinder werden so in der Fähigkeit gestärkt, den alltäglichen Risikofaktoren wie ungesunde Ernährung, Drogenmissbrauch, Medienkonsum, Bewegungsmangel, Antriebsarmut oder mangelnde Empathie etwas entgegenzusetzen zu können.



Bewegung macht schlau – und ist fest im Schulprogramm verankert

Die Schülerinnen und Schüler des Sport-Leistungskurses führen mit den Neuankömmlingen einen Schuleingangstest (Sporttest NRW) durch. Den Ergebnissen entsprechend werden sie unterschiedlichen Kursen zugewiesen. Derzeit sind es 14 Kurse, die an den spezifischen Bedürfnissen der Kinder orientiert angeboten werden.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Gustav-Heinemann-Schule in Mülheim an der Ruhr

PROJEKTZEITRAUM

seit 2005

SETTING

weiterführende Schule

SCHWERPUNKTE

Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

ZIELGRUPPE

Kinder der 5. Klasse

Ermöglicht wird das Projekt durch das Engagement der Lehrerinnen und Lehrer sowie der älteren Schülerinnen und Schüler. Die finanziellen Mittel stammen aus dem Schuletat.

KONTAKT

Gustav-Heinemann-Schule

Ansprechpartnerin: Ilona Feldmann (Didaktische Leiterin)

Boverstraße 150

45473 Mülheim an der Ruhr

Telefon: 0208 - 455 49 10

E-Mail: felm@gustav-schule.de

Website: www.gustav-ghs.de

FITNETZ – DAS GESUNDE NETZWERK



Kinder stark machen – das lernen Erzieherinnen und Erzieher im „Fitnetz“

In diesem Kita-Projekt im nordrhein-westfälischen Rhein-Kreis Neuss stehen Erzieherinnen und Erzieher im Fokus. Sie werden zu 12 Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung fitgemacht, u.a. zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung.

Seit 2003 existiert „Fitnetz – das gesunde Netzwerk“. Fachkräfte werden in Form von Fortbildungen, Vorträgen und Fachtagungen geschult. In den Fitnetz-Einrichtungen bilden sich Gesundheitsteams bestehend aus Erzieherinnen und Erziehern sowie Eltern. Jeweils zwei Fachkräfte koordinieren die Aktivitäten.

Darüber hinaus vernetzen sich die Verantwortlichen und tauschen sich regelmäßig aus, arbeiten im Bereich der Organisationsentwicklung zusammen, um nachhaltige gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse im Alltag von Kitakindern zu verankern. Derzeit sind 55 Kindertagesstätten beteiligt.

Zu den Hauptkoordinationspartnern gehören die Fachämter des Rhein-Kreises Neuss (Gesundheit, Jugend, Sport), Fachämter der Städte und Gemeinden des Rhein-Kreises Neuss, die Kreispolizeibehörde, die Bewegungswerkstatt Rhein-Kreis Neuss, Caritas Sozialdienste, die Fachstelle für Suchtprävention Neuss, die AOK Rheinland/ Hamburg und der Sportbund Rhein-Kreis Neuss e.V.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Nordrhein-Westfalen

REICHWEITE DER MASSNAHME
Rhein-Kreis Neuss

PROJEKTZEITRAUM
seit 2003

SETTING
Kindertagesstätte

SCHWERPUNKTE
Ernährung, Bewegung und Entspannung, Medienkompetenz, Vernetzung, Mitarbeitergesundheit u.a.

ZIELGRUPPE
Pädagogische Fachkräfte

KONTAKT

Rhein-Kreis Neuss Gesundheitsamt
Ansprechpartnerin: Katharina Czudaj
Auf der Schanze 4
41515 Grevenbroich
Telefon: 02181 - 601 54 02
E-Mail: katharina.czudaj@rhein-kreis-neuss.de
Website: www.rhein-kreis-neuss.de

QUALITÄTSSIEGEL BEWEGUNGSKITA RHEINLAND-PFALZ

Wo „Bewegungskita Rheinland-Pfalz“ an der Kita-Tür zu lesen ist, können Eltern sicher sein, dass ihre Kinder dort aktiv sein dürfen.

Qualitativ und quantitativ verbesserte Bewegungsmöglichkeiten für die Kinder sollen sich positiv auf eine gesunde körperliche, psychische und geistige Entwicklung der Kinder auswirken. Seit Juni 2005 unterstützt das Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz zusammen mit vielen Partnern dieses Projekt. Vergeben wird das Siegel vom Verein „Bewegungskindertagesstätte Rheinland-Pfalz e.V.“, dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Fachkräfte in den Kitas auf dem Weg zur „Bewegungskita Rheinland-Pfalz“ begleiten.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Rheinland-Pfalz

REICHWEITE DER MASSNAHME

Rheinland-Pfalz

PROJEKTZEITRAUM

seit Juni 2005

SETTING

Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von circa 9 Monaten bis 12 Jahre

Insbesondere müssen für das Siegel die folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Bewegungsfreundliche Raumgestaltung und Materialausstattung,
- feste Bewegungs- und Spielangebote für alle Kinder im Wochenplan, umfängliche freie Bewegungszeiten und eine ‚bewegte‘ Umsetzung von Bildungsangeboten und Projekten,



Bewegung ist Entwicklung, Bildung und Gesundheit!

- pro Gruppe muss eine pädagogische Fachkraft eine mindestens 60-stündige Fortbildung zum Thema „Entwicklungsförderung durch Bewegung“ absolviert haben. Diese Zusatzqualifikation muss jeweils innerhalb von vier Jahren mit 15 Fortbildungsstunden aufgefrischt werden,
- Elternarbeit zu den Themen Bewegung und Gesundheit,
- Kooperationen mit lokalen Institutionen (beispielsweise Sportvereinen),
- Öffentlichkeitsarbeit, um das „bewegte Kitaprofil“ bekannt zu machen,
- Modellcharakter und Vorbildfunktion für andere Einrichtungen.

KONTAKT

Bewegungskindertagesstätte Rheinland-Pfalz e.V.

Ansprechpartnerin: Maike Brancaccio

Rheinallee 1

55116 Mainz

Telefon: 06131 - 281 43 75

E-Mail: geschaeftsstelle@bewegungskita-rlp.de

Website: www.bewegungskita-rlp.de

REGIONAL, SAISONAL UND GESUND



Das Frühstücksbuffet der Kindergartenkinder

Im evangelischen Kindergarten + Hort „Arche Noah“ im rheinland-pfälzischen Lambrecht essen die Kinder vor allem regional erzeugte und saisonal verfügbare (Bio-) Lebensmittel.

Das Projekt „Regional, Saisonal und Gesund“ startete im August 2013. Es wird vom Dienstleistungszentrum Ländlicher Raum (DLR) und der Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung in Rheinland-Pfalz unterstützt. Hauptziel ist, das Verpflegungsangebot für die Kinder zu verbessern. Dabei lernen sie, was vor der eigenen Haustür wächst und wann welche Lebensmittel geerntet werden. Kinder – und auch ihre Eltern – erlernen auf möglichst vielfältige Art und Weise, wie man sich gesund und vollwertig ernährt. Die Kinder bereiten beispielsweise täglich ein gemeinsames Frühstücksbuffet zu, kochen gemeinsam, legen ein Hochbeet für Obst und Gemüse an oder stellen Lebensmittel wie Marmelade und Säfte selbst her. Auch auf eine entspannte Essatmosphäre wird viel Wert gelegt. Zudem haben die theoretische Ernährungsbildung sowie regelmäßige Bewegungs- und Entspannungseinheiten ihren Platz im Alltag der Kinder. Insbesondere Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und Heranwachsende mit Migrationshintergrund sollen erreicht werden. Als wichtig hat sich die Vorbildfunktion der Erzieherinnen und Erzieher herausgestellt, so dass von dieser Seite zunächst die eigenen Essgewohnheiten überdacht werden müssen.

KONTAKT

Evangelischer Kindergarten + Hort „Arche Noah“
 Ansprechpartnerin: Uschi Theis
 Matthias-Erzberger-Straße 8
 67466 Lambrecht
 Telefon: 06325 - 8020
 E-Mail: UschiTheis@gmx.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
 Rheinland-Pfalz

REICHWEITE DER MASSNAHME
 Evangelischer Kindergarten + Hort „Arche Noah“ in Lambrecht

PROJEKTZEITRAUM
 seit August 2013

SETTINGS
 Kindertagesstätte, Hort

SCHWERPUNKT
 Ernährung

ZIELGRUPPEN
 Kinder im Alter von 2 bis 14 Jahren, Eltern

BEWEGUNG IM ALLTAG, GESUNDE ERNÄHRUNG IN DER KITA



Apfelbrot backen für das gesunde Frühstück

Die ein- bis siebenjährigen Kinder der Tagesstätte St. Dionysius im rheinland-pfälzischen Lissendorf werden damit groß: Viel Aktivität und Bewegung sowie gesundes Essen sind eine Selbstverständlichkeit.

Das Projekt „Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung in der Kita“ gibt es seit dem Jahr 2014. Nicht nur die Kinder, auch die Eltern sollen für einen gesunden Lebensstil sensibilisiert werden. Dazu gehört, gesunde neue Lebensmittel kennenzulernen, selbst zu kochen und im Garten zu arbeiten. Zu den Kooperationspartnern gehören die Grundschule Schulgarten in Lissendorf, die REWE-Gruppe, das Dienstleistungszentrum ländlicher Raum (DLR), das EU-Schulobst- und -gemüseprogramm sowie der Förderverein des Kindergartens.

Das Projekt umfasst folgende Aktivitäten und Angebote:

- Ein wöchentliches gesundes Frühstück,
- eine wöchentliche Zubereitung von Müsli,
- ein tägliches Obst- und Rohkostangebot,
- ein tägliches frisch gekochtes Mittagessen nach DGE-Standards,
- Mineralwasser und ungesüßter Tee an Trinkstationen,
- regelmäßige Eltern-Kochkurse oder Eltern-Kind-Kochkurse,
- regelmäßiges Eltern-Café,
- Anlage und Pflege eines Kräuterbeets,
- Waldwochen und Bachtage.

Die Finanzierung des Projekts erfolgt durch externes Sponsoring, Drittmittel, das EU Schulobst- und Gemüseprogramm und den Förderverein.

KONTAKT

Kindertagesstätte St. Dionysius
Ansprechpartnerin: Angelika Hubrich
Schulstraße 5
54587 Lissendorf
Telefon: 06597 - 2716
E-Mail: st-dionysius-lissendorf@kita-ggmbh-trier.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Rheinland-Pfalz

REICHWEITE DER MASSNAHME

Kindertagesstätte St. Dionysius in Lissendorf

PROJEKTZEITRAUM

seit 2014

SETTINGS

Familie, Kindertagesstätte

SCHWERPUNKTE

Bewegung, Ernährung

ZIELGRUPPEN

Kinder im Alter von 1 bis 7 Jahren, Eltern

ERNÄHRUNG, BEWEGUNG, LEBENSKOMPETENZ



Abschlussfest Klasse 3, „Karibischer Sommer“

Gesundheitsförderung als fester Bestandteil des Schulkonzepts ist das Ziel an Dresdner Schulen zur Lernförderung.

Das Projekt „Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz“ wird seit dem Jahr 2012 durchgeführt. Schülerinnen und Schüler von dritten Klassen an Förderschulen werden gezielt angesprochen, denn Heranwachsende mit speziellem Förderbedarf sind eine wichtige Zielgruppe für die Prävention von Übergewicht und Adipositas. Neben einer nachhaltigen Veränderung des Verhaltens der Kinder soll vor allem eine Verbesserung der Verhältnisse hin zu mehr Bewegung und einer gesundheitsfördernden Esskultur

in Schule und Elternhaus bewirkt werden. Die Kinder werden in die Aktivitäten einbezogen, sammeln positive Lernerfahrungen und stärken somit ihr Selbstwertempfinden und ihre Selbstwirksamkeit.

Folgende Maßnahmen gehören zum Projekt:

- Zusätzlicher Unterricht zu den Themen Bewegung und Ernährung,
- Neugestaltung des Bewegungsangebotes auf den Pausenhöfen,
- Bereitstellung bewegungsfreundlicher Materialien,
- regelmäßiges gemeinsames Frühstück,
- Installation eines Trinkwasserbrunnens.

Die Initiative wird durch das Förderzentrum „Albert Schweitzer“ Schule zur Lernförderung in Dresden unterstützt. Die Finanzierung erfolgt über Eigenmittel, Spenden sowie Drittmittel des Freistaats Sachsen und des GKV-Spitzenverbands.

KONTAKT

Landeshauptstadt Dresden, Gesundheitsamt
 Ansprechpartner: Eike Schulze
 Richard-Wagner-Straße 17
 01219 Dresden
 Telefon: 0351 - 488 53 24
 E-Mail: ESchulze@dresden.de
 Website: www.dresden.de/gesundheit

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Sachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Dresden

PROJEKTZEITRAUM

seit September 2012

SETTING

Schule zur Lernförderung

SCHWERPUNKTE

Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz

ZIELGRUPPEN

Kinder der 3. Klasse an Förderschulen für Lernbehinderte, Eltern, Lehrkräfte, weiteres Schulpersonal

ESCAPÄDISCHE ZUSATZQUALIFIKATION FÜR FACHKRÄFTE

Kinder bis zehn Jahre in den Dresdner Kindertageseinrichtungen lernen seit 2011 unter Anleitung einer „escapädischen Fachkraft“, was es bedeutet, gesund und ausgewogen zu essen.

„Esca“ ist lateinisch und heißt „Essen und Verpflegung“. Die „escapädische Zusatzqualifikation“ richtet sich an Fach- und Führungskräfte der Dresdner kommunalen Kindertageseinrichtungen (Kitas und Horte). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen Inhalte zur gesunden Ernährung nach dem „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“. Ziel ist, dass die Kinder sich auf Grundlage einer nährstoffreichen Ernährung gut entwickeln können. Ergänzend wird das Thema Mundgesundheit als ein wichtiger Bestandteil des Projekts integriert.

Angestrebt wird, dass

- jede Kita in Dresden eine escapädische Fachkraft ausbilden lässt, die sowohl die anderen pädagogischen Fachkräfte als auch die Kinder und ihre Eltern umfassend begleitet,
- die Themen gesunde Ernährung und Mundgesundheit in den kommunalen Kindertageseinrichtungen und Horten konzeptionell verankert werden,



Gesundes Essen als Zusatzqualifikation

- ein Transfer des alltagsnahen, handlungs- und erfahrungsorientierten Lernens und Erlebens von der Kita in das familiäre Umfeld der Kinder stattfindet, um das Ernährungsverhalten langfristig zu verbessern.

Getragen und unterstützt wird das Projekt vom Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen Dresden (Träger) und verschiedenen Expertinnen und Experten aus dem Gesundheitsbereich. Die Finanzierung erfolgt durch das Fortbildungsbudget des Trägers.

KONTAKT

Eigenbetrieb Kindertageseinrichtungen Dresden
 Ansprechpartner: Angelika Pedrotti und Remo Budich
 Dr.-Külz-Ring 19
 01067 Dresden
 Telefon: 0351 - 488 50 24, 0351 - 488 50 87
 E-Mail: apedrotti@dresden.de, rbudich@dresden.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Sachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME
alle kommunalen (vereinzelt auch von freien Trägern geführte)
Kindertagesstätten in Dresden

PROJEKTZEITRAUM
seit Januar 2011

SETTING
Kindertagesstätte

SCHWERPUNKT
Ernährung

ZIELGRUPPE
Kinder im Alter von 1 bis 10 Jahren

GRÜNAU BEWEGT SICH

Im Stadtteil Grünau im sächsischen Leipzig tritt Übergewicht bei Kindern vergleichsweise häufig auf. Mit dem auf fünf Jahre (bis Ende 2019) angelegten Projekt „Grünau bewegt sich“ soll sich das ändern.

Ziel ist es, die Lebenswelt von – häufig sozial benachteiligten – Kindern in Leipzig-Grünau durch ein gemeinsames Vorgehen aller Entscheidungsträger im Viertel gesünder zu gestalten und somit die Entwicklungschancen der Kinder zu verbessern. Die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen soll im Sinne einer evidenzbasierten Gesundheitsförderung wissenschaftlich überprüft werden.

Die Maßnahmen werden im gesamten Quartier, aber vor allem in den Settings Schule, Kita und Hort durchgeführt. Sie konzentrieren sich daher auf die Altersspanne von vier bis zwölf Jahren. Zielgruppen neben den Kindern sind im Sinne einer wirksamen Verhältnisprävention die pädagogischen Fachkräfte, Eltern, alle Bewohnerinnen und Bewohner im Quartier und nicht zuletzt die Entscheidungsträger der Stadt.

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND

Sachsen

REICHWEITE DER MASSNAHME

Leipzig-Grünau

PROJEKTZEITRAUM

Januar 2015 bis Dezember 2019

SETTING

Quartier Leipzig-Grünau (insbesondere Kindertagesstätte und Schule)

SCHWERPUNKT

Bewegung

ZIELGRUPPE

Kinder im Alter von 4 bis 12 Jahren

Es handelt sich um ein Gemeinschaftsprojekt der Stadt Leipzig mit der Universitätskinderklinik und der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur (HTWK) Leipzig. Folgende Maßnahmen werden durchgeführt:



Fußball im Kiez – eine von vielen Aktionen

- Die Akteurinnen und Akteure entwickeln und etablieren ein Gesundheitsnetzwerk, um stadtteilrelevante Aktionen zur Gesundheitsförderung zu planen und umzusetzen.
- Man beteiligt sich mit Kindergesundheitsthemen an kulturellen Höhepunkten im Stadtteil und gestaltet einen Familiengesundheitstag.
- Schul- und Kiezwege werden gestaltet.
- Eine mobile Bewegungskiste wird verliehen.
- Pädagogische Fachkräfte werden sowohl für eine gezielte Bewegungsförderung im Alltag als auch zum Thema Kinderernährung weitergebildet.
- Regelmäßig finden Aktionen für Kita- und Hortkinder statt.
- Die Maßnahmen werden durch Öffentlichkeitsarbeit begleitet.

Die Finanzierung erfolgt hauptsächlich durch die AOK PLUS und anteilig durch die IKK classic sowie die Knappschaft.

KONTAKT

Universitätsmedizin Leipzig
Ansprechpartnerin: Ruth Gausche
Philipp-Rosenthal-Straße 27b

04103 Leipzig

Telefon: 0341 - 972 61 48

E-Mail: ruth.gausche@medizin.uni-leipzig.de

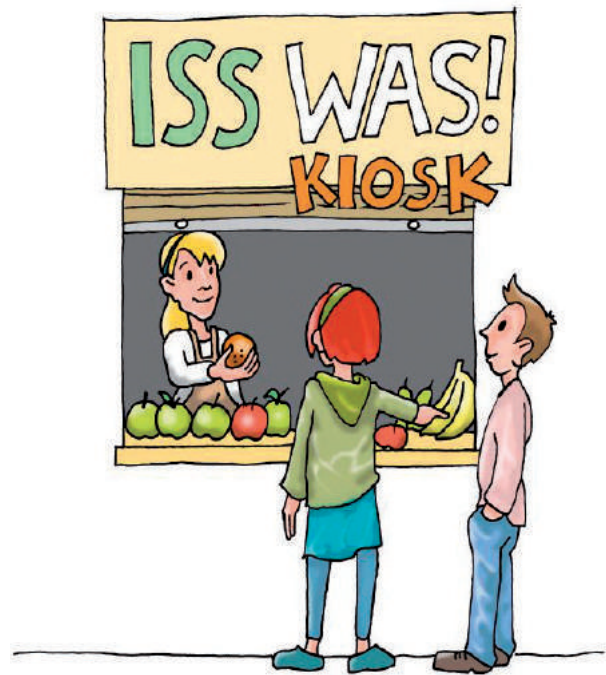
Website: www.gruenau-bewegt-sich.de

LEIBESLUST – LEBENSLUST ERNÄHRUNGSBILDUNG UND PRÄVENTION VON ESSSTÖRUNGEN IN KITA UND SCHULE

„Essen lernen mit Genuss“ ist das Motto des seit 2002 in Kitas und seit 2007 in Schulen des Landes Schleswig-Holstein laufenden Programms, das Essstörungen früh verhindern helfen soll.

Das hauptsächlich von der Techniker Krankenkasse finanzierte Programm „Leibeslust – Lebenslust“ richtet sich an Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre. Erwachsene und Kinder sollen lernen, ein ausgewogenes Essensangebot sowie eine entspannte Essatmosphäre zu schaffen. Die Erwachsenen werden für die eigene Vorbildfunktion und den Respekt gegenüber kindlichen Entscheidungen sensibilisiert, die Entscheidungsfähigkeit der Kinder wird trainiert. Es geht – neben der Gestaltung der Mahlzeiten und dem Erwerb von Grundkenntnissen über Lebensmittel – um Selbstkompetenz, Körperbewusstsein und Sinneswahrnehmungen. Grundlage ist das Angebots- und Entscheidungsmodell: Erwachsene bieten an – Kinder entscheiden, was und wie viel sie essen.

Bislang haben Verantwortliche aus 110 Kitas, fünf Mutter-Kind-Kureinrichtungen und 26 Schulen nach dem modular aufgebauten Programm gearbeitet. Unterstützt wird das



Essen lernen, das Gesunde wählen – und genießen

Programm durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. Sektion Schleswig-Holstein, das Landesministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren sowie die Beratungsstelle Eß-o-Eß für Mädchen und Frauen mit Essstörungen.

„Leibeslust – Lebenslust“ ist seit 2008 als Beispiel guter Praxis in der Praxisdatenbank des Kooperationsverbunds „Gesundheitliche Chancengleichheit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gelistet.

KONTAKT

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in SH e.V.
Ansprechpartnerin: Sabine Hoffmann-Steuernagel
Flämische Straße 6-10
24103 Kiel
Telefon: 0431 - 942 94
E-Mail: hoffmann-steuernagel@lvgfsh.de
Website: www.lvgfsh.de

AUF EINEN BLICK

BUNDESLAND
Schleswig-Holstein

REICHWEITE DER MASSNAHME
landesweit in Schleswig-Holstein

PROJEKTZEITRAUM
seit 2002 in Kindertagesstätten, seit 2007 in Schulen

SETTINGS
Kindertagesstätte, Schule

SCHWERPUNKTE
Ernährung, Essverhalten, Körperwahrnehmung

ZIELGRUPPEN
Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 15 Jahren, Eltern, pädagogische und hauswirtschaftliche Fachkräfte in Kindertagesstätten, Lehrkräfte in Schulen

PROJEKTINDEX

Die Erschließung basiert auf den Projektdarstellungen im Abschnitt „Projekte“ (S. 29–66); die Zahlen hinter den Stichwort-Einträgen beziehen sich auf die Projektnummern.

- Aid-Ernährungsführerschein 18, 26
Akteure/ Zielgruppe: Ärzte, Ärztinnen 18, 21
Akteure/ Zielgruppe: Eltern 1, 4, 6, 7, 8, 15, 17, 19, 20, 22, 26, 27, 31, 32, 33, 34, 36, 37
Akteure/ Zielgruppe: Erzieher, Erzieherinnen 1, 4, 8, 10, 17, 19, 27, 30, 31, 32, 35, 36, 37
Akteure/ Zielgruppe: Kinder 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37
Akteure/ Zielgruppe: Lehrer, Lehrerinnen 1, 5, 15, 18, 22, 25, 29, 34, 37
Akteure/ Zielgruppe: Menschen mit Behinderungen 34
Akteure/ Zielgruppe: Menschen mit Migrationshintergrund 5, 16, 17, 22, 26, 32, 36
Akteure/ Zielgruppe: sozial benachteiligte oder einkommensschwache Gruppen 2, 5, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 26, 32, 36, 37
Altersgruppe: bis 3 Jahre 7, 8, 9, 10, 11, 13, 17, 19, 27, 31, 32, 33, 35, 37
Altersgruppe: 3 bis 7 Jahre 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 37
Altersgruppe: 8 bis 12 Jahre 1, 3, 5, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37
Altersgruppe: 13 bis 16 Jahre 2, 12, 13, 23, 24, 32, 37
Altersgruppe: ab 16 Jahre 2, 13, 23, 24
Architektur, bauliche Maßnahmen 7, 24
Bad Schmiedeberg 6
Beratung 3, 4, 5, 8, 13, 18, 25, 27, 28, 35
Bitz 7
Bremen 13
Capability, Empowerment, Kompetenzförderung 1, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14, 17, 20, 25, 27, 29, 32, 34, 37
Curriculum, Unterricht, Unterrichtsinhalte 1, 2, 5, 15, 18, 21, 34, 35
Diabetes, Diabetesprävention 26, 35
Dortmund 25
Dresden 34, 35
Düsseldorf 26
emotionales Training, mentales Training 2, 9, 27, 29, 37
Ennepe-Ruhr-Kreis 27
Entspannung 4, 5, 22, 26, 28, 29, 32, 37
Essstörungen 37
Evaluation, wissenschaftliche Begleitung 1, 3, 4, 5, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37
Förderverein 7, 15, 31, 33, 34
Frankfurt am Main 16
Frühstück 3, 8, 17, 18, 19, 25, 32, 33, 34
Fulda 17
Gesundheitsdienst, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialpädiatrisches Zentrum 1, 4, 5, 6, 7, 10, 16, 18, 20, 22, 23, 25, 36
Hamburg 12
Hannover 20
Informationsmaterialien und -veranstaltungen, Weiterbildung 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 16, 18, 20, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 36
Internationalität, Migration 5, 16, 17, 32
Klingenthal 6
Kochen, Zubereitung von Mahlzeiten, Kochkurs 2, 8, 12, 14, 19, 20, 21, 32, 33, 37
Köln 26
Kommune 7, 12, 13, 16, 24, 28, 35
Körperhygiene 27, 35
Körperwahrnehmung 9, 16, 26, 29, 37
Kreis Gütersloh 28
Lambrecht 32
Land: Baden-Württemberg 6, 7, 8, 9
Land: Bayern 6, 10, 11
Land: Bremen 13
Land: Hamburg 14
Land: Hessen 3, 15, 16, 17, 18, 19
Land: Niedersachsen 20, 21, 22, 23
Land: Nordrhein-Westfalen 3, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Land: Rheinland-Pfalz 3, 15, 31, 32, 33
Land: Saarland 3, 15
Land: Sachsen 6, 34, 35, 36
Land: Sachsen-Anhalt 6
Land: Schleswig Holstein 37
Land: Thüringen 3
Landkreis Göttingen 21
ländlicher Raum 6, 7, 32, 33
Lebensmittel, Anbau und Ernte 12, 14, 18, 32, 33

Lebensmittel, bio, saisonal, regional 8, 17, 19, 20, 32
 Leipzig-Grünau 36
 Lissendorf 33
 Lörrach 8
 Ludwigsburg 9
 Metropole, urbaner Raum 13,16, 24
 Mittagessen 33
 Mobilität, Verkehr, öffentliche Räume 7, 13, 23, 24, 36
 Motorik, Psychomotorik 1, 5, 7, 9, 11, 16, 21, 29
 Mülheim an der Ruhr 29
 Naturerfahrung, Wald, Garten 6, 12, 14, 18, 32, 33
 Nürnberg 10, 11
 Oberelsbach 6
 Obst, Schulobst 3, 8, 12, 17, 19, 25, 32, 33
 Öffentlichkeitsarbeit 1, 22, 24, 31, 36
 Ökotrophologie, Diätassistenz 8, 35
 Oranienburg 12
 Osnabrück/ Landkreis Osnabrück 22, 23
 Partizipation, Teilhabe, Zugang 3, 15, 16, 19, 27, 34
 Plochingen 6
 Reichweite: bundesweit, bundesländerübergreifend 1, 2, 3, 4, 5
 Reichweite: landesweit (Bundesland) 15, 24, 31, 37
 Reichweite: lokal (Gemeinde, Wohnquartier, Stadtteil) 7, 12, 13,14, 16, 20, 24, 30, 33, 35, 36
 Reichweite: lokal (Stadt, Großstadt) 10, 12, 20, 23, 24, 25, 26, 34, 35
 Reichweite: Region, Landkreis 9, 18, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 30, 31
 Resilienz 2, 13, 15, 25, 29, 34, 37
 Rhein-Kreis Neuss 30

Schwelm 27
 Setting: Familie 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 33
 Setting: Freizeiteinrichtung 5, 6, 7, 12, 16, 21, 23, 24
 Setting: Kindertagesstätte, Hort 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 23, 24, 27, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37
 Setting: Schule, Berufsschule 2
 Setting: Schule, Grundschule 1, 3, 5, 7, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 34, 36, 37
 Setting: Schule, weiterführende Schule 2, 3, 23, 25, 29, 37
 Spiel, spielerisches Lernen 3, 8, 22, 24, 29, 31, 32, 35
 Sport- und Spielgeräte 3,10, 27, 28,31, 34, 36
 Sporthalle, Sportplatz 7
 Sportunterricht 5, 7, 16, 21, 29, 34
 Sportverein, Sportschule 5, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 21, 26, 28, 31
 Sportwissenschaft, Sportmedizin 1, 5, 15, 26
 Stadtteil 7, 12, 13, 24, 30
 Steuerung, Organisation 1, 7, 9, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 36
 Stressbewältigung, Anti-Stress-Training 2, 5, 26, 29, 30
 Sucht- und Gewaltprävention 13, 15, 29, 30
 Verbände, Vereine 7, 9, 13, 15, 24, 28, 34
 Vulnerabilität, vulnerable Gruppen 5, 16, 19, 22, 25
 Wasser, Mineralwasser 3, 4, 23, 33, 34
 Wetteraukreis 18
 Witzenhausen 19
 Ziel: Bewegungsförderung 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36
 Ziel: Ernährung 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 37
 Ziel: Stressbewältigung 1, 2, 5, 13, 15, 26, 27, 28, 29, 30
 Zucker, Zuckerfreiheit 17, 22, 23, 33

BILDNACHWEIS

- U1 (Titelseite), Abschlussveranstaltung „Ideenwettbewerb Verhältnisprävention“ ©Konstantin Börner
- S. 5, Dr. Sven-Frederik Balders ©Konstantin Börner
- S. 25, Roundtable-Diskussion ©Konstantin Börner
- S. 30 (Projekt 01), fit4future: der Lehrer als Coach ©DAK Gesundheit
- S. 31 (Projekt 02), „Fitte Teens“: gesunder Lebensstil im Fokus ©Konstantin Börner
- S. 32 (Projekt 03), Spielerisch zur Gesundheitskompetenz ©Adie Bush/ Cultura/ Getty Images
- S. 33 (Projekt 04), Jolinchen Kids: gesunde Ernährung ist Trumpf ©AOK-Verlag
- S. 34 (Projekt 05), Runde Sache: Klasse in Sport ©Martin Lässig
- S. 35 (Projekt 06), Let's go: mit Kind und Rucksack unterwegs ©Deutscher Wanderverband
- S. 36 (Projekt 07), Zwischen den Weihnachtsfeiertagen ist in Bitz die Sporthalle geöffnet! ©Hans-Jürgen Peter
- S. 37 (Projekt 08), Die Kita Lörrach e.V.: Ernährungsbildung als Konzept ©Maria Gebhardt
- S. 38 (Projekt 09), Gesund im Netzwerk: MINIFIT bewegt die Kleinsten ©Gerti Ginster-Hasse
- S. 39 (Projekt 10), Mit Sportvereinen im selben Boot: das Projekt Bewegte Kita in Nürnberg ©Lukas Schneider
- S. 40 (Projekt 11), Kiss und Sportissimo: breitgefächertes Angebot für Kinder ©iStock, SerrNovik
- S. 41 (Projekt 12), Kleine Hände, grüne Daumen: Kindertreff KiC-Inn, Oranienburg ©KiC Inn EmK Oranienburg
- S. 42 (Projekt 13), Netzwerk Gesundheit: Vitamine für den Stadtteil ©GTP Bremen
- S. 43 (Projekt 14), Blumenbeete – von Kinderhand gepflanzt ©Billenetz
- S. 44 (Projekt 15), KLASSE KLASSE: spielend starke Kinder ©Frank Baumhammel Fotografie
- S. 45 (Projekt 16), Spiel und Sport feiern: das SKIB Festival, Höhepunkt jeden Projektjahrs ©Sportkreis Frankfurt am Main e.V.
- S. 46 (Projekt 17), Nicht nur für Kinder: Tanznachmittag, Kita St. Sturmius ©Ursula Piskorz
- S. 47 (Projekt 18), Fitmacher Frühstück: Kinder legen selbst Hand an ©Fachdienst Gesundheit Wetteraukreis
- S. 48 (Projekt 19), Frühstück kann man lernen: Reichhaltiges im Kindergarten St. Jakob ©Thea Leibelng
- S. 49 (Projekt 20), Gemeinsames Brötchenbacken ©Frank Wilde
- S. 50 (Projekt 21), „fit für pisa“ – durch gesunde Ernährung ©Linda Volkmann
- S. 51 (Projekt 22), Eltern-Kind-Massage: auch sie gehört zur „Gesunden Stunde“ ©Silke Tegeder-Perwas
- S. 52 (Projekt 23), H₂O schlägt Cola: die „Initiative Trink!Wasser“ aus Osnabrück ©Stadtwerke Osnabrück
- S. 53 (Projekt 24), Sichere Schulwege – und nicht nur das: „Mehr Freiraum“ lässt Kindern den Vortritt ©Prof. Bernhard Meyer, Griesheim
- S. 54 (Projekt 25), Statt Schokolade: starke Pausensnacks vom Kiosk ©Dr. Susanne Klammer
- S. 55 (Projekt 26), „Fitness für Kids“: zusätzliches Sportangebot für SMS-Teilnehmer ©Helene Schröder
- S. 56 (Projekt 27), Birnenigel: Abwehrkräfte aus dem BaukastEN ©Andrea Zacher, Ennepe-Ruhr-Kreis
- S. 57 (Projekt 28), Entdeckerwochen Klimakochen ©Kreis Gütersloh
- S. 58 (Projekt 29), Bewegung macht schlau – und ist fest im Schulprogramm verankert ©iStock, Highwaystarz-Photography
- S. 59 (Projekt 30), Kinder stark machen – das lernen Erzieherinnen und Erzieher im „Fitnetz“ ©Thinkstock, Rawpixel
- S. 60 (Projekt 31), Bewegung ist Entwicklung, Bildung und Gesundheit! ©Archiv „Bewegungskindertagesstätte e.V.“
- S. 61 (Projekt 32), Das Frühstücksbuffet der Kindergartenkinder ©Uschi Theis
- S. 62 (Projekt 33), Apfelbrot backen für das gesunde Frühstück ©Kindertagesstätte St. Dionysius
- S. 63 (Projekt 34), Abschlussfest Klasse 3, „Karibischer Sommer“ ©Carry Choine
- S. 64 (Projekt 35), Gesundes Essen als Zusatzqualifikation ©Ulrike Böttger
- S. 65 (Projekt 36), Fußball im Kiez – eine von vielen Aktionen ©Maria Garz
- S. 66 (Projekt 37), Essen lernen, das Gesunde wählen – und genießen ©Illustrator: Ekkehart Dallmeyer

GVG GESELLSCHAFT
FÜR VERSICHERUNGSWISSENSCHAFT
UND -GESTALTUNG E.V.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig.
Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung in und Verarbeitung
durch elektronische Systeme.

© 2018 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V. (GVG)
Reinhardtstraße 34
10117 Berlin

Konzept und Koordination: Jürgen Dolle, GVG
Redaktion: Maria Zens

Gestaltung: Kurtenbach, Köln, www.dk-copiloten.de
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Printed in Germany
ISBN 978-3-939260-14-1

Gefördert durch:



**Bundesministerium
für Gesundheit**

**aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages**

