



Bundesministerium
für Gesundheit



Nationales Gesundheitsziel

Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung

www.bmg.bund.de

Grußwort

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

die Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt ihrer Präventionspolitik gestellt. Deshalb begrüße ich es sehr, dass der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* nunmehr die Überarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ abgeschlossen und damit die Grundlage für das praktische Handeln der verschiedenen Akteure in diesem Bereich geschaffen hat.

Als im Jahr 2003 erstmals ein Gesundheitsziel für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen erarbeitet wurde, gab es bereits erste epidemiologische Hinweise auf Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert Koch-Instituts (KiGGS) im Jahr 2007 bestätigten dies. Die KiGGS-Studie kam zwar zu dem Ergebnis, dass es den Kindern und Jugendlichen in Deutschland insgesamt gut geht. Allerdings sind Bewegungsmangel und Übergewicht mit wachsender Häufigkeit zu beobachten. Auch psychische Erkrankungen spielen eine zunehmende Rolle.

Die KiGGS Studie zeigte zudem, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien und aus Auswandererfamilien von diesen Gesundheitsrisiken besonders betroffen sind. Der Ansatz von *gesundheitsziele.de*, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in ihren Lebenswelten, wie Kindertagesstätten, Schulen oder den Familien zu fördern, wurde damit bestätigt. Denn in den Lebenswelten können gerade diese Kinder und Jugendlichen am besten erreicht werden.

Als Konsequenz aus den KiGGS-Daten hat die Bundesregierung die Strategie zur Förderung der Kindergesundheit ins Leben gerufen. Mit diesem ressortübergreifenden Maßnahmenkatalog sollen die gesundheitlichen Chancen aller Kinder und Jugendlichen erhöht, die Voraussetzungen für einen gesunden Lebensstil verbessert sowie die gesundheitlichen Risiken im Kinder- und Jugendalter gesenkt werden. Mit der Initiative IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung sollen insbesondere das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Kinder und Jugendlichen verbessert werden. Auch die Länder haben die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu einem Schwerpunkt ihrer Gesundheitspolitik erklärt.

Vor diesem Hintergrund war es folgerichtig, das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ den Entwicklungen anzupassen und neu zu justieren. Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit wurden dabei wichtige Themen wie das „Impfen“ sowie die Prävention von Unfällen neu aufgenommen. Ich wünsche mir, dass die beteiligten Akteure die gemeinsam erarbeiteten Zielsetzungen jetzt mit Leben füllen und zu ihrer Umsetzung beitragen.

Ihr

Dr. Philipp Rösler



Inhaltsverzeichnis

Grußwort	1
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
1.1 Allgemein.....	5
1.2 Aktualisierung des Ziels „Gesund aufwachsen“	5
1.2.1 Ausgangspunkt	5
1.2.2 Vorgehensweise	6
1.2.3 Integration neuer Aspekte	7
2 Relevanz des Themas	8
2.1 Lebenskompetenz	10
2.1.1 Begriffliche Klärung	10
2.1.2 Praxis der Lebenskompetenzförderung bei Kindern und Jugendlichen	13
2.1.3 Schlussfolgerungen	13
2.2 Körperlich-sportliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit	14
2.2.1 Körperlich-sportliche Aktivität.....	14
2.2.2 Motorische Leistungsfähigkeit	15
2.2.3 Zeitliche Entwicklungen und Trends	16
2.2.4 Schlussfolgerungen	16
2.3 Ernährung	17
2.3.1 Lebensmittelverzehr	17
2.3.2 Bedeutung für die Nährstoffversorgung	18
2.3.3 Schlussfolgerungen	18
2.4 Rahmenbedingungen und Strukturen.....	19
2.4.1 Frühe Hilfen.....	22
2.4.2 Früherkennungsangebote	22
2.4.3 Impfen	23
2.4.4 Schlussfolgerungen	24
3 Zielkonzept	25
3.1 Konsequenzen für die Aktualisierung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“	25
3.2 Der Settingansatz	26
3.3 Ziele und Teilziele	28
4 Glossar	37
5 Literaturverzeichnis	44
6 Autor(inn)enverzeichnis	49
7 Mitglieder der AG 7	50

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Beispiel Ziel 4, Setting KiTa: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert	6
Tabelle 2: Präventionspolitisch relevante Programme der Bundesregierung	21
Abbildung 1: Interventionslogik von Lebenskompetenzprogrammen	12
Abbildung 2: Querschnittsanforderungen an die Ziele	25

Abkürzungsverzeichnis

BAG Kindersicherheit Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder	OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD, en.: Organisation for Economic Cooperation and Development)
BÄK Bundesärztekammer	ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
BMFSFJ Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren und Jugend	ÖGE	Österreichische Gesellschaft für Ernährung
BMELV Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz	PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
BMG Bundesministerium für Gesundheit	STIKO	Ständige Impfkommision am Robert Koch-Institut
BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung	SVE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung
DGE Deutsche Gesellschaft für Ernährung	SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
DGUV Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	RKI	Robert Koch-Institut
FKE Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund	WHO	Weltgesundheitsorganisation (WHO, en: World Health Organisation)
G-BA Gemeinsamer Bundesausschuss		
GBE Gesundheitsberichterstattung		
GDV Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft		
GVG Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung		
GKV Gesetzliche Krankenversicherung		
HBSC WHO Jugendgesundheitssurvey „Health Behaviour in School-aged Children“		
IQWiG Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen		
KBV / KV Kassenärztliche Bundesvereinigung/ Kassenärztliche Vereinigung		
KiGGS Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts		
NZFH Nationales Zentrum Frühe Hilfen		

1 Einleitung

1.1 Allgemein

Gesundheitsziele bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen, der Fachkompetenzen bündelt und als Wissen bereitstellt. Seit 2000 arbeiten Vertreterinnen und Vertreter der Kostenträger, Leistungserbringer, Sozialpartner, Politik, des Bundes, der Länder und Kommunen, der Selbsthilfe- und Patient(inn)enorganisationen sowie der Wissenschaft und Industrie im Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* zusammen. Der Identifizierung zentraler gesundheitspolitischer Herausforderungen folgt die Entwicklung realistischer Ziele und abgestimmter Strategien, um diese Ziele zu erreichen.

Als Ergebnis einer ersten Arbeitsphase wurden im Jahr 2003 die ersten fünf und 2006 das sechste nationale Gesundheitsziel der Politik und Fachöffentlichkeit vorgelegt (BMG 2003, BMG 2006). Neben den krankheitsbezogenen Zielen zu Brustkrebs, Diabetes sowie Depressiven Erkrankungen wurde zum Tabakkonsum ein präventionsbezogenes und zur Patient(inn)ensouveränität ein bevölkerungsbezogenes Ziel entwickelt. Das Ziel „Gesund aufwachsen“ zur Kinder- und Jugendgesundheit war im Zielekanon das erste auf eine einzelne Bevölkerungs- und Altersgruppe abgestimmte nationale Gesundheitsziel. Außerdem wurden zu den drei Gesundheitszielen „Tabakkonsum reduzieren“, „Patient(inn)ensouveränität“ und „Depressive Erkrankungen“ Evaluationskonzepte erarbeitet. Nachdem die Arbeitsgruppen einige Zeit geruht haben, hat seit 2008 eine neue Arbeitsphase begonnen. Neben dem vorliegenden werden derzeit die Gesundheitsziele „Patient(inn)ensouveränität“ und „Brustkrebs“ aktualisiert, das Gesundheitsziel „Tabakkonsum“ wurde zunächst evaluiert und soll anschließend überarbeitet werden. Ferner wird als neues Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ in einer Arbeitsgruppe entwickelt. Bereits vorliegende Arbeitsergebnisse wurden in diesem Jahr in mehreren Fachartikeln im Bundesgesundheitsblatt der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

Zielorientierung löst Handeln aus und so sind im Laufe der Jahre zahlreiche Interventionen erfolgt, die die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen fokussierten. Um bei der Vielzahl der Ansätze und Vorgehensweisen dem gemeinsamen Ziel näherzukommen, ist besonders darauf zu achten, dass erfolgreich evaluierte Projekte verstetigt werden. Aus Sicht des Sachverständi-

genrates bedürfen insb. die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für sozial benachteiligte Gruppen der Systematisierung und Verankerung im System (Deutscher Bundestag 2009b).

Gesundheitsziele werden nicht nur partizipativ entwickelt, sondern auch im Dialog mit den verschiedenen Expertinnen und Experten und Akteuren der Interventionsebene fortgeschrieben. Der vorliegende Bericht stellt die Überarbeitung und Aktualisierung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ dar. Kapitel zwei fasst aktuelle Daten und Erkenntnisse zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen zusammen. Deutlich werden damit der Handlungsbedarf und die Relevanz der drei gewählten Schwerpunkte: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Diese Aspekte sind nicht nur für sich genommen von zentraler Bedeutung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und später auch Erwachsenen, sie greifen auch in besonderer Weise ineinander und bedingen sich gegenseitig.

Zentrale Akteure für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind die Länder. Daher war für die Überarbeitung des Gesundheitsziels von besonderem Interesse, in welcher Weise das nationale Gesundheitsziel von den Ländern aufgegriffen und Maßnahmen zur Zielerreichung umgesetzt wurden. Die Ergebnisse einer im Dezember 2008 durchgeführten Befragung der Länder werden in Kapitel drei dargestellt. Kapitel vier beschreibt die konkreten Zielsetzungen in den Settings KiTa, Schule und Familie/Umfeld. Außerdem werden geeignete, exemplarische Maßnahmen zur Erreichung der gesetzten Ziele exemplarisch dargestellt.

1.2 Aktualisierung des Ziels „Gesund aufwachsen“

1.2.1 Ausgangspunkt

Anlass für die Überarbeitung des im Jahr 2003 vorgelegten Zielkonzepts waren zum einen die zahlreichen Interventionen, die in der Zwischenzeit in diesem Handlungsfeld erfolgt sind. So haben bspw. alle Bundesländer die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu einem Schwerpunkt ihrer Gesundheits- und Sozialpolitik erklärt und entsprechend eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht. Auch die Bundesregierung hat das nationale Gesundheitsziel und Teilaspekte davon in ihre Strategiepapiere aufgenommen und mit Förderprogrammen

in gesundheitspolitisches Handeln umgesetzt. Hierzu gehören die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit, der Nationale Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010 sowie der Nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „In Form“. Der 13. Kinder- und Jugendbericht des Deutschen Jugendinstituts widmet sich den Themen Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention und trägt so dazu bei, gesundheitsbewusstes Handeln auch in der Kinder- und Jugendhilfe stärker zu verankern.

Zum anderen hat sich die Erkenntnislage in den letzten Jahren und v. a. mit dem Ausbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes deutlich verbessert. In etwa zeitgleich mit der Entwicklung des nationalen Gesundheitsziels konzipierte das Robert Koch-Institut (RKI) die erste repräsentative Erhebung in Deutschland, die den Gesundheitszustand und die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen umfassend abbilden sollte. Mit diesen seit 2007 veröffentlichten Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) liegt eine Fülle von neuen Erkenntnissen vor, die richtungsweisend für Gesundheits- und Bildungspolitik sind. Eine weitere wichtige Datenquelle ist der WHO Jugendgesundheits survey „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC), der Daten zur Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jahren erhebt und regionale wie schultypenspezifische Ausprägungen abbildet.

Vor diesem Hintergrund sah der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* und insb. die AG 7 „Gesund aufwachsen“ nicht nur die Notwendigkeit der Nachsteuerung des Gesundheitsziels, sondern auch die Voraussetzungen hierfür erfüllt.

1.2.2 Vorgehensweise

Die AG 7 trat im Juni 2008 erstmalig wieder zusammen, um den Handlungsbedarf abzustecken und das Vorhaben zu planen. Die Aktualisierung erfolgte dann in drei Arbeitsschritten:

1. Sichtung der Entwicklungen und Interventionen auf Bundesebene.
2. Aktualisierung des theoretischen Hintergrunds durch:
 - a) Wissenschaftliche Expertise, die die vorliegenden Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hinsichtlich der drei Aspekte: psychische Gesundheit, Bewegung und Ernährung zusammenführt.

- b) Befragung der Länder, die die Maßnahmen und Aktivitäten auf Länderebene und Entwicklungen im Bereich der politischen und strukturellen Rahmenbedingungen abbildet.

3. Überarbeitung der Ziele, Teilziele und (Starter-)Maßnahmen.

Die bisherige Systematik des Gesundheitsziels basierte auf den drei Schwerpunkten: Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und den drei Settings: KiTa, Schule, Familie und Freizeit. Für jedes Setting wurden Ziele zu den drei Aspekten formuliert und für diese wiederum Teilziele für fünf Kategorien gebildet: übergreifend, kognitiv, motivational, verhältnisbezogen und verhaltensbezogen (BMG 2003) (Tab. 1).

übergreifend

4.1.1 Die KiTa wird als Lebensraum begriffen, Verantwortung für gesunde Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen.

4.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.

kognitiv

4.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung sind erhöht.

motivational

4.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.

verhaltensbezogen

4.4.1 Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt.

4.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht.

verhältnisbezogen

4.5.1 Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert.

4.5.2 Angebote für fehlernährte Kinder liegen vor.

Tabelle 1: Beispiel Ziel 4, Setting KiTa: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert

Quelle: BMG 2003

Die ausgewählte Grundstruktur wurde auf alle Settings und Aspekte angewendet. Im Ergebnis führte dies mit 10 Zielen und 105 Teilzielen zu einer großen Anzahl von Zielformulierungen.

Bei der aktuellen Überarbeitung des Zielkonzepts wurde an der Grundstruktur festgehalten. Gleichzeitig sollte das Zielkonzept überschaubarer, leichter handhabbar und damit auch besser kommunizierbar gestaltet werden. Es

wurden daher **exemplarische** Teilziele entwickelt. Dieses Vorgehen soll auch dazu dienen, die Umsetzung von Maßnahmen zu erleichtern.

1.2.3 Integration neuer Aspekte

Um das vorliegende Gesundheitsziel anschlussfähiger zu gestalten und zu einem Dachziel Kindergesundheit weiterzuentwickeln, wurden neue Aspekte wie Impfen, Unfallprävention und psychische Gesundheit integriert. Außerdem wurden die Querschnittsanforderungen an die Gesundheitsziele wie z. B. Gender Mainstreaming und gesundheitliche Chancengleichheit stärker berücksichtigt.

Der Begriff Stressbewältigung wurde weiterentwickelt zum umfassenderen Konzept der Lebenskompetenz. Lebenskompetenz folgt der salutogenetischen Perspektive und schließt einen Kanon von Fähigkeiten und Kompetenzen ein, zu dem auch die Stressbewältigung gehört. Die Förderung der Lebenskompetenz fokussiert vorrangig auf Kinder und Jugendliche und ist in zahlreichen Programmen zur Prävention von Substanzmissbrauch, Essstörungen, Gewalt und Konfliktlösung etc. umgesetzt worden. Der Begriff wird ausführlich in Kapitel 2.2 erläutert, einzelne Programme werden nicht dargestellt.

Die neueren sozialepidemiologischen Daten wie z. B. KiGGS bestätigen die bereits bekannte Morbiditätslast vulnerabler Gruppen und hinterlegen sie mit neuen Erkenntnissen. Die Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung (2008) verdeutlicht das Ausmaß des Problems und stellt fest, dass 15 bis 20 % aller Kinder und Jugendlichen in relativer Armut leben. Die Daten zeigen auch, dass die Belastungen für die Bevölkerungsgruppe der Migrant(inn)en und Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund häufig kumulieren (Bundesregierung 2008). Als zentraler Akteur ist in erster Linie die Sozialpolitik aufgefordert, auf diese Erkenntnisse mit verhältnisbezogenen Maßnahmen zu reagieren. Die enge Korrelation von sozialer Lage und Gesundheit erfordert jedoch, auch Konsequenzen in anderen Bereichen wie z. B. der Gesundheitspolitik zu ziehen. Hauptadressat des Gesundheitsziels sind die Akteure im Gesundheitswesen, daher wurden Aspekte sozialer Ungleichheit auf der Ziel- und Maßnahmenebene dort berücksichtigt, wo sie sinnvoll und Erfolg versprechend scheinen.

An den Settings wurde wie dargestellt festgehalten, da sich diese Strukturierung unter dem Aspekt der Erreichbarkeit der Zielgruppe als sinnvoll und zielführend erwie-

sen hat. Das Setting „Familie und Freizeit“ wurde als nicht ausreichend bewertet, die vielfältigen Determinanten, die für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen relevant sind, angemessen abzubilden. Über die Familie und Freizeit hinaus prägen das soziale Umfeld, die Nachbarschaft, der Stadtteil und seine Infrastruktur die Lebenswelt der Familie und wirken damit auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Die AG diskutierte, ob der Umweltbegriff, geeignet sei, um das Setting zu beschreiben. In der Soziologie wird Umwelt als Gesamtheit der direkt oder indirekt auf ein Lebewesen einwirkenden Faktoren verstanden. Neben biologischen, chemischen und physikalischen Einflüssen gehören hierzu auch soziale und kulturelle Gegebenheiten. Die zentralen Problemfelder des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes wie z. B. das Aufwachsen von Kindern in rauchfreier Umgebung werden jedoch im Rahmen des vorliegenden Gesundheitsziels nicht bearbeitet. Auf diesem Hintergrund schien der Begriff „Umfeld“ sehr viel besser geeignet, die beschriebenen Aspekte zu erfassen.

2 Relevanz des Themas

Verschiedene Studien zeigen, dass der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst. Allerdings wächst nach den Zahlen des Armuts- und Reichtumsberichtes der Bundesregierung (2008) fast jedes sechste Kind in Armut auf. Diese Armutslagen schränken die Chancen auf ein gelingendes Leben sehr ein. Deshalb hat eine Verbesserung der strukturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, unter denen Kinder aufwachsen, auch unmittelbare gesundheitsfördernde Effekte. Das betrifft etwa in den Bereichen Früher Hilfen für sozial benachteiligte Familien die Erhöhung von finanziellen Spielräumen und Transferleistungen für Familien mit Kindern sowie Bildungslandschaften, die Chancengleichheit fördern. Schon in der ersten Formulierung des Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ wurde deshalb der Verbesserung der Rahmenbedingungen ein hoher Stellenwert zugemessen. Obwohl sich in einigen Bereichen (Erhöhung des Kindergeldes, Ausbau der Kindertagesbetreuung und der Frühen Hilfen) seit 2002 positive Entwicklungen verzeichnen lassen, bestehen hier nach wie vor weitere Handlungsbedarfe, die auch in dieser Zielformulierung wieder aufgegriffen werden.

Von zentraler Bedeutung für die Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ist die Lebenslage. Der sozio-ökonomische Status steht im engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und der Prävalenz von Erkrankungen. Er beeinflusst maßgeblich das individuelle Gesundheits- und Krankheitshandeln und die im Gesundheitsziel bearbeiteten Aspekte: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Daneben zeigt sich mit der Verschiebung von somatischen Erkrankungen hin zu psychosomatischen Symptomen und psychischen Auffälligkeiten eine neue Morbidität insbesondere sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Die im Folgenden dargestellten schichtspezifischen Daten verdeutlichen diesen Zusammenhang.

Als übergewichtig sind nach der KiGGS-Studie insgesamt 15 % der Jungen und Mädchen im Alter 3 bis 17 Jahre einzustufen, darunter 6 % mit Adipositas. Jugendliche sind stärker betroffen als Kinder, wobei sich aber die stärkste altersbezogene Zunahme im Übergang vom Vorschul- ins Grundschulalter zeigt. Verglichen mit einer Referenzpopulation aus den 1980er und 1990er Jahren bedeutet dies einen Anstieg der Prävalenz bei Übergewicht um 50 %, der Anteil der adipösen Jugendlichen hat sich sogar verdoppelt (Kurth, Schaffrath-Rosario 2007).

Ungünstiges Ernährungsverhalten wird mit einem Risiko für einsetzende Gesundheitsbeeinträchtigungen im Jugend- und Erwachsenenalter in Verbindung gebracht. Ein chronischer Überschuss an Energieaufnahme führt zu Übergewicht und Adipositas und damit assoziierten ernährungsbedingten Erkrankungen. Ungünstige Ernährungsgewohnheiten treten in der Bevölkerung ungleich verteilt auf und korrelieren mit sozio-ökonomischer Benachteiligung und Bildungsferne.

Der Familie kommt in der Vermittlung von Ernährungsgewohnheiten eine zentrale Rolle zu: Wenn etwa die Ernährung der Kinder wenig in einen familiären Kontext eingebunden ist und die Häufigkeit von gemeinsamen Familienmahlzeiten abnimmt, kann sich das Risiko des Übergewichts erheblich erhöhen. In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie mit einer besseren Zusammensetzung der Nahrung sowie mit einer gesünderen psychischen Verfassung der Kinder und Jugendlichen assoziiert sind (Nicklas et al. 2004; Neumark-Sztainer et al. 2003). Übergewicht ist in der Regel Folge eines ungünstigen Ernährungsverhaltens gepaart mit Bewegungsmangel.

Eine Überblicksstudie zeigt, dass die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen 25 Jahren um durchschnittlich mehr als 10 % abgenommen hat. Dies gilt besonders für Laufausdauer und Beweglichkeit (Bös 2003). Bewegungseinschränkungen führen zu zunehmenden Defiziten in der körperlichen Leistungsfähigkeit der Kinder und Jugendlichen. Die Auswirkungen des Bewegungsmangels äußern sich in Form von deutlicheren Defiziten erst mit zunehmendem Alter (Eggert et al. 2000). Schon im Kindergarten nimmt der Anteil der Beschäftigungen im Sitzen zu. In der Schule wird spontane Bewegung, mit Ausnahme der Sportstunden, immer seltener. Bewegung und körperliche Aktivität sind der Freizeit vorbehalten. Sechs- bis zehnjährige Kinder bewegen sich durchschnittlich nur noch eine Stunde am Tag und verbringen stattdessen immer mehr Zeit mit elektronischen Medien (Raczek 2002).

Vor allem übergewichtige Jugendliche sind eindeutig weniger körperlich aktiv und bevorzugen in ihrer Freizeit das Fernsehen oder den Computer (Zubrögel, Settortobulte 2003). Die soziale Lage der Familie hat auch hier einen deutlichen Einfluss auf die körperliche Inaktivität

(Richter 2005). Dies zeigt sich besonders deutlich bei Mädchen, die z. B. vier- bzw. dreimal so selten Sport treiben, wenn sie aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund kommen (Lampert et al. 2007). Eine Studie der Sporthochschule Köln zeigt, dass die Körperkoordination von übergewichtigen Erstklässlern geringer ist als die von normal- oder untergewichtigen. Sie zeigt auch, dass die Körperkoordination umso höher ist, je mehr die Kinder in ihrer Freizeit körperlich aktiv waren (Graf et al. 2004).

Neben dem Zusammenhang zwischen Bewegung und körperlicher Gesundheit ergibt sich auch ein nachgewiesener Effekt von Bewegung auf die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit. Kinder mit guter Körperkoordination können sich auch besser konzentrieren. Sie sind folglich geistig leistungsfähiger (Graf et al. 2004). Ebenso ist der Zusammenhang von Bewegung und psychosozialer Entwicklung untersucht worden. Kinder, die wenig Bewegungserfahrung haben, fühlen sich anderen Kindern gegenüber oft minderwertig. Besonders übergewichtige Kinder haben unter abwertenden Bemerkungen Anderer zu leiden und entwickeln dadurch ein negatives Selbstbild und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, beides Risikofaktoren für die Entwicklung von Depressionen. Auf diese Weise ist Bewegung auch mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verbunden (Neuhäuser 2001).

Aufgrund von Elternangaben wurden im Rahmen der KiGGS-Studie rund 15% der 3- bis 17-Jährigen als verhaltensauffällig eingestuft. Jungen sind mit 18% häufiger betroffen als Mädchen mit 12%. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede lassen sich vor allem an Verhaltens- und Hyperaktivitätsproblemen festmachen, die deutlich häufiger bei Jungen vorkommen. Auch Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen sind vermehrt bei Jungen anzutreffen, während emotionale Probleme tendenziell mehr Mädchen als Jungen betreffen (Hölling et al. 2007; Lampert et al. 2009).

Psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen entstehen ebenfalls häufig durch familiäre Einflüsse oder werden mindestens durch diese verstärkt. So erweisen sich häufige Konflikte in der Familie als der bedeutsamste Risikofaktor (Egle et al. 1997). Eine hohe Bedeutung haben auch eigene negative Erziehungserfahrungen der Eltern, eine unglückliche Partnerschaft zwischen den Erziehenden oder eine psychische Erkrankung eines Elternteils. Das Vorliegen andauernder Schwierigkeiten, etwa in Form von Arbeitslosigkeit, einer belastenden Lebenssitua-

tion oder einer chronischen Erkrankung eines Elternteils, erhöhen ebenfalls die Wahrscheinlichkeit des Auftretens psychischer Probleme bei Kindern. Dabei lässt sich feststellen, dass die genannten Risikofaktoren kumulativ wirken, d. h. sich gegenseitig verstärken können (Ravens-Sieberer et al. 2007). Gleichzeitig können aber auch Schutzfaktoren in der Familie vorliegen, die das Auftreten psychischer Probleme unwahrscheinlich machen. Diese bestehen vor allem in einem positiven Familienklima und in hohem familiären Zusammenhalt. Ebenso schützen soziale Faktoren wie etwa ein funktionierendes Netzwerk zur sozialen Unterstützung (Settertobulte et al. 2007).

Zu den genannten Befunden muss einschränkend erwähnt werden, dass sich diese überwiegend auf Ergebnisse stützen, die in Form von Querschnittstudien das gleichzeitige Auftreten der verschiedenen Faktoren untersuchen, dadurch jedoch nur sehr wenig über die ursächlichen Entwicklungsprozesse aussagen können. Zwar gibt es einige Längsschnittstudien zu den Risiken und psychosozialen Schutzfaktoren der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Bengel et al. 2009), es fehlen aber eindeutige Kausalitätsnachweise. Dieses Forschungsdefizit ergibt sich aus der zurzeit fehlenden Finanzierung von längsschnittlich angelegten Studien, welche unterschiedliche Ursache-Wirkungsbeziehungen eindeutiger identifizieren und dadurch Risikokonstellationen empirisch gültig nachweisen können.

Trotz dieser Einschränkung zeigen sich Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit als eng miteinander verknüpfte Bereiche in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. So kann Übergewicht sowohl Folge eines Bewegungsmangels als auch eines ungünstigen Ernährungsverhaltens. Diese Probleme sind eng miteinander verbunden und charakterisieren offenbar eine spezifische moderne Lebensweise. Zudem kann sich Übergewicht als Ursache einer mangelnden Motivation zu ausreichender Bewegung zeigen und birgt damit die Gefahr eines sog. Teufelskreises. Bewegungsmangel hat auch Auswirkungen auf die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit. Kinder und Jugendliche, die sich viel und gern bewegen, haben in der Regel eine bessere Stressverarbeitung und eine bessere soziale Einbindung. Prototypisch für diese wechselseitige Abhängigkeit sind schließlich auch Essstörungen und Ernährung bzw. Ernährungsstörungen und psychische Auffälligkeiten. So sind bei Essstörungen (wie Anorexia nervosa oder Bulimie) häufig eine Mangel- oder Fehlernährung die Folgesymptome. Umgekehrt sind bei Ernährungsstörungen (hier insbesondere Adipositas) komorbide psychische Auffälligkeiten häufig.

Diese Zusammenhänge weisen darauf hin, dass die drei Bereiche Ernährung, Bewegung und seelische Gesundheit auch im Rahmen der Prävention nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern sinnvoll miteinander verknüpft werden müssen, so dass sie sich gegebenenfalls wechselseitig positiv beeinflussen. Einzelmaßnahmen haben eine geringe Wirkung, nur mit Hilfe integrierter Ansätze kann das gesunde Aufwachsen von Kindern nachhaltig gefördert werden. Grundlegende Kompetenzen in diesen Bereichen erwerben Kinder von klein auf in ihrer Familie. Bei der Bewältigung dieser komplexen Aufgabe können Eltern durch familienunterstützende Maßnahmen gestärkt werden. Ergänzend zur Familie sollten Kindergärten/KiTas und Schulen Gesundheitsförderung als ein wichtiges Gestaltungsprinzip aufgreifen und umsetzen. Vor allem der Zusammenhang zwischen erfolgreichem Lernen und Gesundheit muss bei der Planung und Verankerung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen berücksichtigt werden. Gesundheitsförderung wird damit als ein Teil des Bildungs- und Erziehungsauftrages von Kindertagesbetreuungseinrichtungen und Schulen verstanden. Dabei spielt auch die gesundheitsförderliche Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen von Pädagoginnen und Pädagogen eine wichtige Rolle. Nur so können Erzieherinnen/Erzieher und Lehrerinnen/Lehrer Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung erfolgreich begleiten.

2.1 Lebenskompetenz

Aus den bio-psychozialen Entwicklungsprozessen ergeben sich für Kinder und Jugendliche zahlreiche Anforderungen, die bei unzureichenden Handlungs- und Bewältigungsmöglichkeiten zu psychischen Beeinträchtigungen und Auffälligkeiten führen und inadäquates Gesundheitsverhalten begünstigen können. Die Verfügbarkeit von psychosozialen Ressourcen und Kompetenzen gilt daher als wesentliche Bedingung für ein psychisch gesundes Aufwachsen.

Mit den aktuellen Befunden von KiGGS sowie des daran angeschlossenen BELLA Moduls stehen belastbare Daten zur Verfügung, auf deren Basis der psychische Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen repräsentativ beschrieben werden kann. Danach zeigen die Ergebnisse auf Grundlage der Elternauskünfte bzw. der ab dem 11. Lebensjahr erfassten Selbstauskünfte, dass für etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren Hinweise auf psychische und Verhaltensauffälligkeiten vorliegen (Lampert et al. 2009). Jungen, ebenso wie Kinder und Jugendliche mit niedrigerem Sozialstatus

sowie mit Migrationshintergrund sind hierbei häufiger betroffen. Die Erfassung der Prävalenz spezifischer psychischer Störungen erfolgte im Rahmen der BELLA Studie. Demnach können bei 10 % der 7- bis 17-Jährigen Ängste, bei 5 % Anzeichen für Depression und bei 8 % Störungen des Sozialverhaltens festgestellt werden, wobei bei letztgenanntem Symptombild aggressive Auffälligkeiten überwiegen (Ravens-Sieberer et al. 2007). Die Frage, in welchem Ausmaß der psychischen Gesundheit förderliche Schutzfaktoren bei den Heranwachsenden vorhanden sind, untersuchte KiGGS mit der Erfassung der Verteilung von personalen, sozialen und familiären Ressourcen. Obgleich ein Großteil der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren über ausreichende Ressourcen verfügt, weisen über alle Ressourcenbereiche hinweg 20 % der Altersgruppe Defizite auf (Erhart et al. 2007). Während sich die Ausprägung personaler Ressourcen bei Jungen gegenüber Mädchen positiver darstellt, zeigt sich für soziale und familiäre Ressourcen ein gegenteiliges Bild. Hingegen ist auch hier ein geringerer Sozialstatus über alle Ressourcenbereiche mit einer geringeren Ausprägung verbunden. Deutliche Zusammenhänge ergeben sich darüber hinaus mit der Häufigkeit psychischer und Verhaltensauffälligkeiten sowie gesundheitsriskanter Verhaltensweisen. Unabhängig vom sozioökonomischen Status sind Kinder und Jugendliche, die über ausreichend personale, soziale und familiäre Ressourcen verfügen, seltener von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Personale und familiäre Ressourcen korrelieren außerdem mit einem geringeren Substanzgebrauch (Erhart et al., 2007).

2.1.1 Begriffliche Klärung

Der Kompetenzbegriff hat in den letzten Jahrzehnten in den Gesundheits- sowie in den Sozial- und Bildungswissenschaften Einzug gehalten, was in der Folge zu einer breiten Verständnis- und Anwendungsvielfalt, aber auch zu begrifflichen Unschärfen geführt hat. Grundlegend und in Anlehnung an von Kardoff lässt sich der Kompetenzbegriff mit „Zuständigkeit für“ und „Fähigkeit zu“ übersetzen, wobei sich die in den Gesundheits-, Sozial- und Bildungswissenschaften gebräuchlichen Kompetenzkonzepte mehrheitlich auf den Fähigkeitsbegriff beziehen und ihn unterschiedlich weit fassen (Kardoff 2003).

Gesundheitsbezogene Kompetenzen sind vielfältig. Sie umfassen Sach-, Selbst-, Methoden- und Sozialkompetenzen, die in Anlehnung an das Konzept der Schlüsselkompetenzen der OECD aufgelistet werden können (Rychen

2008). Sie beinhalten Aspekte wie Wissen, kognitive Fähigkeiten, Motivation und Kommunikation (Weinert 2001). Wissen bildet dabei die Basis jeder Gesundheitskompetenz. Kompetenzen entwickeln sich nicht im Allgemeinen, sondern nur durch systematischen Aufbau, durch intelligente Vernetzung und durch eine variierende situative Einbettung von Wissen („Gesundheitsbewusstsein“; „Gesundheitskompetenz“; „Health Literacy“ / „Gesundheitsbezogene Literalität“; Kickbusch, Maag 2006; Sommerhalder, Abel 2007).

Dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1994) folgend, lässt sich unter Lebenskompetenzen (engl.: life skills) ein Set an psychosozialen Fähigkeiten verstehen, die es der Person ermöglichen, mit den alltäglichen Anforderungen und Schwierigkeiten des Lebens konstruktiv und produktiv umzugehen. Sie sind somit als wesentliche Voraussetzung für ein umfassendes gesundheitliches Wohlbefinden zu betrachten. Personen, die diesem Ansatz nach als lebenskompetent zu bezeichnen sind, weisen folgende Fertigkeiten auf:

- Fähigkeit der Selbstwahrnehmung
- Empathie
- kritisches und kreatives Denken
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Fähigkeit Entscheidungen zu treffen
- Problemlösefähigkeit sowie
- Fähigkeit der Emotions- und Stressbewältigung (Bühler, Heppekausen 2005; WHO 1994).

Dieser Ansatz, der von einem Set sozialer und psychischer Fertigkeiten gekennzeichnet ist, lässt sich deutlich von jenen Strategien abgrenzen, die ausschließlich auf die Vermittlung und Förderung einzelner Fähigkeitsbereiche abzielen, wie dies bei Entspannungstrainings (Vaitl, Petermann, 2004), Standfestigkeitstrainings (Jerusalem et al. 2003) oder Denktrainings (Klauer 2001) geschieht.

Der Zusatz „Leben“ im Terminus Lebenskompetenz weist darauf hin, dass es sich um Fähigkeiten handeln muss, die für die positive bzw. erfolgreiche Gestaltung und Führung des eigenen Lebens qualifizieren. Dieser Anspruch kann aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht in dieser Breite sicherlich nicht eingelöst werden. Vielmehr handelt es sich bei diesem Ansatz um Fähigkeiten, von denen angenommen wird, dass sie einen positiven Einfluss auf verschiedene Gesundheitsoutcomes (z. B. psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten) haben. Sinnvoller erscheint es deshalb, den präziseren Begriff der gesundheitsbezogenen Lebenskompetenz zu verwenden.

Lebenskompetenzen im umfassenderen Sinn weisen enge Bezüge zur Bildung auf, wenn „Bildung als Ressource der Lebensbewältigung“ (Krappmann 2002; Rychen 2008) verstanden wird. Sie lassen sich dann beschreiben als:

- Ich-Stärke: Ich-Identität, Selbstverwirklichung, produktive Anpassung
- Soziale Kompetenz: Solidarisches kooperatives Handeln
- Kritikfähigkeit: Selbstwahrnehmung, Kritikannahme, Reflexionsfähigkeit, eigene Urteilsbildung
- Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit: Kontaktgestaltung, Konfliktfähigkeit, Rollenbewusstsein, -übernahme
- Entscheidungsfähigkeit: reflexiv, sachbezogen, ethisch-moralisch, ästhetisch
- Problemlösefähigkeit: sachlich, offen, ergebnisorientiert und kreativ
- Emotionalität und Selbstkontrolle: Wahrnehmen, ausdrücken und steuern von Emotionen
- Medienkompetenz: Informationsbeschaffung, Wissensaneignung
- Handlungsfähigkeit: Selbstwirksamkeit, Erfolgserwartung.

Dieses Gefüge von Kompetenzen, die zusammengenommen, die Lebenskompetenz ausmachen, kann mit Weinert (2001) verstanden werden als „[...] die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen und volitionalen (willensbildenden – Anm. der Autoren) und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert 2001, S. 27 f.).

Gesundheitsbezogene Lebenskompetenzen sind Teil dieser umfassenderen Lebenskompetenzen. In den Bildungsettings Kindertagesstätten und Schulen muss dieser Zusammenhang immer wieder hergestellt und gesichert werden, um deutlich zu machen, dass gesundheitliche Kompetenzen zum Bildungserfolg beitragen, wie auch Bildungskompetenzen zum Gesundheitserfolg bei Kindern und Jugendlichen beitragen können.

Durch Gesundheitsbildung wird primär und zielgerichtet die gesundheitsbezogene Lebenskompetenz ausgebildet. Gesundheitsbildung wird dabei als ein aktiver Aneignungsprozess verstanden, der in dem selbstverantwortlichen Umgang der Person mit der eigenen Gesundheit und der der Mitmenschen münden soll. Mädchen und Jungen werden durch die Gesundheitsbildung auch auf gesell-

schaftliche Entwicklungen und ihre Folgen für die Gesundheit vorbereitet und ihnen werden Kompetenzen für die Lebensgestaltung unter vielfältig unsicheren Perspektiven vermittelt. Gesundheitsbildung kann somit als eine auf den Bildungs- und Erziehungskontext bezogene Umsetzungsmethode von Gesundheitsförderung und Prävention verstanden werden. Andere sind Gesundheitsaufklärung, -beratung oder auch Gesundheitsarbeit und -selbsthilfe (Waller 2005).

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzen und ihrer Förderung kann in einer Reihe verschiedener Theorien und Modelle verankert werden. Eine besondere Nähe besteht dabei zum Schutz- und Risikofaktorenmodell. Während Risikofaktoren Merkmale darstellen, deren Einwirken mit einer höheren Wahrscheinlichkeit negativer Gesundheitsauswirkungen verbunden sind, gehen Schutzfaktoren mit genau der gegenteiligen Wirkung einher und mildern den Einfluss von Risikofaktoren ab bzw. lösen diesen auf, womit Gesundheit erhalten werden kann (Egle et al. 1997; Scheithauer, Petermann 1999). Als empirisch gesicherte Protektivfaktoren gelten mittlerweile soziale Merkmale wie positive Freundschaftsbeziehungen, soziale Unterstützung sowie eine stabile Bindung zu einer Bezugsperson und personale Merkmale wie die Fähigkeit zur aktiven Stressbewältigung und eine positive Selbstwirksamkeit (Jerusalem, Meixner 2009; Laucht et al. 1997; Petermann, Schmidt 2006).

Mit dem Resilienzansatz lässt sich ein weiteres Gesundheitskonzept anführen, das dem Schutz- und Risikofaktorenmodell zugeordnet werden kann und damit einen hohen Zusammenhang zum Lebenskompetenzansatz aufweist. Resilienz bezeichnet dabei die Fähigkeit, die durch widrige Lebensumstände bedingten Belastungen

relativ unbeschadet und ohne nennenswerte negative Entwicklungsfolgen durch Aktivierung von Bewältigungsmechanismen zu überstehen (Petermann, Schmidt 2006; Seiffge-Krenke 1994). Auch hier werden also personale und soziale Schutzfaktoren verantwortlich gemacht, die die Wirksamkeit risikobehafteter Bedingungen als vermittelnde Variablen beeinflussen.

In diesem Sinne kann die Förderung von intra- und interpersonellen Fertigkeiten als Umsetzungsstrategie des Schutz- und Risikofaktorenmodells auf der Handlungsebene verstanden werden, die wie in Abbildung 1 dargestellt zu einer Stärkung von Schutz- bzw. Milderung von Risikofaktoren beiträgt und das Auftreten eines Problemverhaltens präveniert. Das Modell erlaubt zudem, durch Risikofaktoren besonders belastete Gruppen zu erkennen und sie gezielt in der Entwicklung von Schutzfaktoren zu unterstützen.

In Erweiterung dieses Ansatzes kommt der salutogenetischen Perspektive für den Lebenskompetenzansatz eine besondere Bedeutung zu. Denn innerhalb des von Antonovsky (1997; Bengel et al. 2001) eingeführten Paradigmas geht es weniger um die Identifikation krankmachender Faktoren als vielmehr um jene Voraussetzungen, die gegeben sein müssen, damit Gesundheit erhalten bleibt bzw. gefördert werden kann. Wesentliche Bedingung hierfür sind die so genannten generalisierten Widerstandsressourcen, also eine Vielzahl von Merkmalen, die im Gegensatz zu spezifischen Ressourcen über verschiedene Belastungssituationen hinweg wirksam werden (Bengel et al. 2001; Faltermaier 2005). Sind ausreichend Widerstandsressourcen vorhanden, entwickelt sich mit dem Kohärenzgefühl eine stabile und dauerhafte Orientierung, dass das Leben verstehbar, bewältigbar und sinnvoll ist. Mit stärkerem, in Jugend und jungem Erwachse-

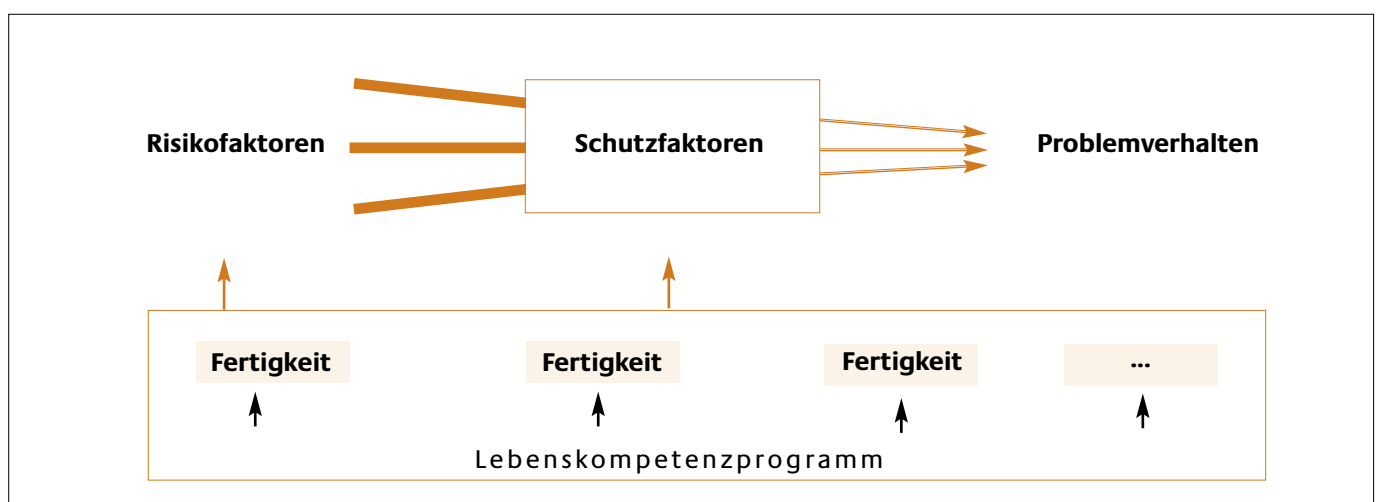


Abb. 1: Interventionslogik von Lebenskompetenzprogrammen

Quelle: Bühler et al. 2007

nenalter ausgeprägtem Kohärenzgefühl gelingt es der Person besser, Belastungen zu bewältigen und Gesundheit zu erhalten.

Der Lebenskompetenzförderung kommt dabei insbesondere vor dem Hintergrund der beiden verhaltensbezogenen Gesundheitsziele: „Förderung des gesunden Ernährungsverhaltens“ sowie „Stärkung der motorischen Fähigkeiten“ eine determinierende Rolle zu. So ist z. B. zu erwarten, dass über die Förderung von Kompetenz- oder Selbstwirksamkeitserwartungen (Glaube an die eigenen Fähigkeiten) oder der Wahrnehmung des eigenen Körpers eine positive Einstellung und Motivation gegenüber einem Zielverhalten wie der körperlichen Bewegung oder gesunden Ernährung aufgebaut werden kann. In einigen, wenn auch nicht vielen Lebenskompetenzprogrammen ist das Ernährungs- und Bewegungsverhalten expliziter Bestandteil des Angebotes (Bühler, Heppekausen 2005).

2.1.2 Praxis der Lebenskompetenzförderung bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche gelten als primäre Zielgruppe präventiver und gesundheitsförderlicher Bemühungen, da diese Lebensphase eine „sensible Periode“ für verschiedene gesundheitsbezogene Entwicklungen (Entstehung und Manifestation gesundheitsriskanten Verhaltens, entwicklungsbedingte psychosoziale Störungen) darstellt (Jerusalem et al. 2003). Lebenskompetenzprogramme nehmen hierbei einen wichtigen Raum ein, wobei diese meist Elemente zur Förderung allgemeiner und unspezifischer Fähigkeiten sowie in Abhängigkeit der thematischen Ausrichtung problemspezifische Kompetenzelemente (z. B. Alkoholkonsum) in jeweils unterschiedlicher Gewichtung beinhalten. Ziel dieser Trainings ist es im Allgemeinen, die Zielgruppe in relevanten Persönlichkeitsbereichen zu stärken, konstruktive Problemlösungsstrategien zu vermitteln und problembezogenen Verhaltensstilen durch Vermittlung alternativer Verhaltensweisen vorzubeugen. Im Vordergrund von Lebenskompetenzprogrammen¹⁾ stehen dabei nach Jerusalem und Meixner (2009) zumeist drei Komponenten:

- Vermittlung von Wissen als Voraussetzung zur Modifikation von Einstellungen, die ihrerseits die Basis für die Bildung einer Verhaltensintention darstellen
- die Förderung von intra- und interpersonellen Lebenskompetenzen sowie
- die Festigung neu erlernter Verhaltensweisen.

Mädchen und Jungen werden dadurch befähigt, informierte Entscheidungen für eigenes gesundheitsrelevantes Handeln und dessen Folgen zu treffen. Dies schließt mit ein, dass sie befähigt werden, sich selbst aktiv an der gesundheitsgerechten Gestaltung ihrer Lebenswelten allein oder gemeinsam mit anderen zu beteiligen. Durch die Ausbildung dieser Kompetenzen wird es den Heranwachsenden möglich, sie in eine umfassendere „Gestaltungskompetenz“²⁾ zu integrieren. Sie stellt die Bereitschaft und Fähigkeit des/r Einzelnen dar, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sowohl sachangemessen als auch individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.

Verhältnisbezogene Komponenten sind allerdings nicht primärer Gegenstand von gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzprogrammen, auch wenn die Berücksichtigung entsprechender Maßnahmen einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit von Lebenskompetenzen haben kann.

2.1.3 Schlussfolgerungen

Der Förderung von gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzen im Kindes- und Jugendalter kommt vor dem Hintergrund der Ermöglichung eines psychisch gesunden Aufwachsens eine hohe Bedeutung zu.

Auf der Grundlage vorliegender Evaluationsergebnisse lassen sich Lebenskompetenzprogramme als durchaus wirkungsvoll bewerten. Ein Großteil der problemfokussierten Lebenskompetenzprogramme untersucht primär deren Effekt auf das zu prävenierende Verhalten (z. B. Tabakkonsum). Zu betonen ist jedoch, dass derzeit nur wenige Untersuchungen die Frage berücksichtigen, ob die erlernten Fähigkeiten in alltäglichen Situationen auch tatsächlich von den Programmteilnehmer(inne)n angewendet werden. So existieren bislang kaum Messinstrumente, die eine Erfassung zur Anwendung der von der WHO (1994) vorgegebenen Lebenskompetenzen erlauben würden.

Ziel dieses Ansatzes ist die Stärkung psychosozialer Kompetenzen, die einen positiven Einfluss auf verschiedene Gesundheitsparameter haben. Neben der Prävention spezifischer Problemverhaltensweisen (Substanzkonsum,

1) Im Rahmen des Gesundheitszielkonzepts erfolgt keine ausführliche Darstellung der Lebenskompetenzprogramme. Verwiesen sei u. a. auf Bühler, Heppekausen (2005) sowie Lohaus, Domsch (2009).

2) Gestaltungskompetenz bezeichnet das „Vermögen, die Zukunft von Sozietäten, in denen man lebt, in aktiver Teilhabe im Sinne nachhaltiger Entwicklung modifizieren und modellieren zu können“ (de Haan, Harenberg 1999)

Aggressivität etc.) sollen unspezifische Gesundheitsressourcen gefördert werden, die eine positive Einflussnahme auf das Gesundheits-Krankheitskontinuum in Richtung des gesunden Pols erlauben (Faltermaier 2005).

Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen werden mehrheitlich im schulischen Kontext durchgeführt. Dies entspricht der in der Ottawa Charta formulierten Kernstrategie des „Settingansatzes“, wonach Gesundheitsförderung auf die primären Lebensbereiche ausgerichtet werden soll, in denen Menschen einen Großteil ihres Alltages verbringen und in denen Gesundheit beeinflusst wird. Zur Erhöhung der „Lebensnähe“ schlagen Jerusalem und Meixner (2009) den Einbezug älterer Schülerinnen und Schüler vor, die als glaubhafte Vermittler die Wirksamkeit von Lebenskompetenzprogrammen steigern können. Zudem legen Evaluationsbefunde nahe, den individuumszentrierten Ansatz der Lebenskompetenzen ebenfalls um eine verhältnisorientierte Perspektive wie z. B. jene der gesundheitsfördernden oder guten gesunden Schule zu erweitern (Stewart-Brown et al. 2006, Paulus 2009a). So verspricht die Berücksichtigung von Bedingungen des jeweiligen Durchführungssettings (z. B. in Form der Förderung des Schulklimas) eine Wirksamkeitssteigerung von gesundheitsbezogenen Lebenskompetenzprogrammen.

Zu beachten ist jedoch, dass das Setting Schule nur ein relevantes Lebensfeld von Kindern und Jugendlichen unter mehreren darstellt. Eine stärkere Berücksichtigung des familiären, freizeit- oder medienbezogenen Lebensumfeldes bzw. die Einbindung von Eltern oder Sportvereinen in schulische Lebenskompetenzprogramme kann somit die Effektivität von Maßnahmen erhöhen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Ganztagschulentwicklung und der damit verbundenen Öffnung von Schule zur Lebenswelt lassen sich derartige Integrationschancen verwirklichen (vgl. auch Deutscher Bundestag 2009a).

Während bisherige Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen das Alter der Teilnehmer/innen in Konzeption und Durchführung entsprechender Maßnahmen berücksichtigen, haben geschlechtsspezifische und soziokulturelle Unterschiede bislang kaum Eingang in Lebenskompetenzprogramme gefunden (Jerusalem, Meixner 2009). Für zukünftige Entwicklungen ist somit ebenfalls eine Ausweitung aktueller Programme um gender- und kulturspezifische Aspekte einzufordern.

2.2 Körperlich-sportliche Aktivität und motorische Leistungsfähigkeit

Regelmäßige körperliche Bewegung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf die physische Gesundheit, sondern ebenso bezüglich der psychosozialen Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens, einschließlich der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und der Ausbildung sozialer Kompetenzen (Oppen et al. 2007). Bewegungsmangel geht einher mit der Auftretenswahrscheinlichkeit von motorischen Defiziten, Übergewicht, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie eines verminderten Selbstwertgefühls. Diese enge Verbindung von Gesundheitsparametern, motorischer Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlicher Aktivität prägt in hohem Maß die Diskussion um die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen (Oppen et al. 2005; Sygusch 2005). Einen Ausdruck findet dies auch in den aktuellen Bemühungen um eine Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung für diese Altersgruppe. Neben dem nationalen Gesundheitszieleprozess ist in diesem Zusammenhang auch auf den Nationalen Aktionsplan „In Form – Deutschlands Initiative für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ hinzuweisen.³⁾

2.2.1 Körperlich-sportliche Aktivität

Eine aktuelle Beschreibung des Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen ist auf Grundlage der Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert Koch-Instituts und des angeschlossenen Zusatzmoduls zur Motorik (MoMo) möglich (Lampert et al. 2009; Bös et al. 2009). Die KiGGS-Ergebnisse verdeutlichen, dass ein Großteil der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren regelmäßig im Freien spielt: Etwa drei Viertel der befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind täglich draußen spielt, weitere 18% sagten, dass dies 3- bis 5-mal wöchentlich der Fall ist. Außerdem zeigen die KiGGS-Ergebnisse, dass drei Viertel der Kinder dieses Alters mindestens einmal in der Woche Sport im oder außerhalb eines Vereins treibt, mehr als ein Drittel ist sogar dreimal oder häufiger in der Woche sportlich aktiv (Lampert et al. 2007). Mit den MoMo-Daten, die sich auf Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 17 Jahren beziehen, lässt sich zeigen, dass 63% der Jungen und 52% der Mädchen Mitglied in einem Sportverein sind. Am stärksten ist die Vereinsmitgliedschaft in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen verbreitet. Bei Jungen ist Fußball mit Abstand die beliebteste Vereinssportart, gefolgt von Schwimmen und Handball. Bei Jungen im

³⁾ Siehe hierzu: <https://www.inform.de/>; Zugriff: 9/2009.

Alter bis 10 Jahren spielen außerdem Turnen und Leichtathletik eine wichtige Rolle, im Jugendalter treten Tennis und Tischtennis an deren Stelle. Bei Mädchen dominieren Turnen und Tanzen die Sportausübung im Verein, gefolgt von Schwimmen und Leichtathletik. Im Jugendalter sind darüber hinaus Reiten und Volleyball beliebte Vereinssportarten (Bös et al. 2009).

Im Durchschnitt treiben Kinder und Jugendliche fast drei Stunden pro Woche Sport in einem Verein. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen steigt der Umfang des Vereinssports mit zunehmendem Alter an. Im Vergleich zum Schulsport und zum nicht vereinsgebundenen Sport zeichnet sich der Vereinssport durch eine höhere Intensität aus. Fast 90 % der im Verein aktiven Kinder und Jugendlichen treiben Sport mit moderater oder hoher Intensität, d. h. sie geraten bei der sportlichen Betätigung mittelmäßig bis stark ins Schwitzen oder außer Atem.

Sport außerhalb von Vereinen wird nach den MoMo-Daten von 62 % der 4- bis 17-jährigen Jungen und 60 % der Mädchen gleichen Alters betrieben. Im Gegensatz zum Vereinssport nimmt die Bedeutung der nicht vereinsgebundenen sportlichen Aktivität mit dem Alter kontinuierlich zu. Die beliebtesten Sportarten bei Jungen sind Fußball und Fahrradfahren. Daneben wird Schwimmen und Inline-Skaten ein hoher Stellenwert beigemessen. Bei Mädchen dominieren Fahrradfahren, Schwimmen und Inline-Skaten. Häufig genannt werden zudem Tanzen, Joggen und Skifahren. Im Durchschnitt verbringen die Kinder und Jugendlichen 3,5 Stunden pro Woche mit nicht vereinsgebundenen sportlichen Aktivitäten. Eine moderate oder hohe Intensität der Sportausübung ist bei etwa drei Viertel der Kinder und Jugendlichen festzustellen (Bös et al. 2009).

Der Umfang des Sportunterrichts in der Schule bzw. der angeleiteten Bewegungszeit in der Kindertagesstätte beträgt nach den MoMo-Daten im Durchschnitt 2,2 Stunden pro Woche. Die Stundenzahl in der Kindertagesstätte bleibt dabei mit durchschnittlich 1,5 Stunden hinter der in der Grundschule bzw. in weiterführenden Schulen mit jeweils über 2 Stunden zurück. Die Belastungsintensität der Bewegungszeiten bzw. des Sportunterrichts wird von 80 % der Kinder und Jugendlichen als moderat oder hoch eingestuft. Die eingeschätzte Intensität nimmt mit dem Alter zu und ist bei Jungen höher als bei Mädchen.

Gemäß den aktuellen Empfehlungen wird in Bezug auf Kinder und Jugendliche zu einer täglichen, mindestens 60 Minuten lang andauernden körperlichen Aktivität mit moderater und hoher Intensität geraten (Strong et al.

2005; WHO 2008). Nach den MoMo-Daten kommen von den 4- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen 15 % dieser Empfehlung nach. Bei Jungen liegt dieser Anteil mit 17 % höher als bei Mädchen mit 13 %. Im Altersgang lässt sich für Jungen wie Mädchen ein deutlicher Rückgang des Aktivitätsverhaltens feststellen. Während im Alter von vier bis fünf Jahren noch jeder dritte Junge und jedes vierte Mädchen die Aktivitätsempfehlung erfüllt, trifft dies im Alter von 14 bis 17 Jahren nur noch auf jeden zwölften Jungen und jedes zwanzigste Mädchen zu (Bös et al. 2009). Darüber hinaus weisen die Ergebnisse der KiGGS- und MoMo-Studie auf bevölkerungsspezifische Unterschiede in der Sportausübung hin. So treiben Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus zu einem deutlich geringeren Anteil Sport als die Gleichaltrigen aus Familien mit mittlerem und hohem Sozialstatus. Außerdem sind Kinder mit Migrationshintergrund seltener sportlich aktiv, wobei dies bei Mädchen noch stärker zum Ausdruck kommt als bei Jungen. Auch nach der Wohnregion lassen sich Unterschiede in der Sportbeteiligung feststellen, und zwar zu Ungunsten von Kindern aus den neuen Bundesländern. Weiterführende Analysen zeigten, dass diese bevölkerungsgruppenspezifischen Unterschiede insbesondere beim Vereinssport zu beobachten sind. In der sportlichen Aktivität außerhalb von Vereinen und bezüglich der Erreichung der Empfehlung zum Aktivitätsverhalten finden sie einen deutlich schwächeren Niederschlag bzw. sind sie nicht vorhanden (Lampert et al. 2007).

2.2.2 Motorische Leistungsfähigkeit

Die Feststellung der motorischen Leistungsfähigkeit erfolgte in der KiGGS- und MoMo-Studie anhand von 11 Testaufgaben, die sich auf die Basisfähigkeiten Koordination (seitliches Hin- und Herspringen, Einbeinstand, rückwärts Balancieren, Linie nachfahren, Stifte einstecken), Schnelligkeit (Reaktionstest), Kraft (Standweitsprung, Liegestütz, Kraftmessplatte), Ausdauer (Fahrradausdauerstest) und Beweglichkeit (Rumpfbeugen) beziehen (Opper et al. 2007; Bös et al. 2009). Die Ergebnisse zeigen, dass das Kraft- und Ausdauerniveau bei Jungen wie Mädchen vom Kindesalter in die Pubertät ansteigt. Während bei Jungen im weiteren Verlauf der Jugendphase ein Anstieg zu beobachten ist, stagnieren die Mädchen in der Entwicklung ihrer kraftbezogenen Fähigkeiten. Im Ausdauerniveau sind auch bei Mädchen noch Leistungszuwächse im Jugendalter zu verzeichnen, die jedoch deutlich geringer ausfallen als bei Jungen. Bezüglich der grobmotorischen Koordination weisen einige Ergebnisse auf Leistungsvorteile der Mädchen gegenüber den Jungen hin (Einbeinstand und rückwärts Balancieren), in anderen Bereichen finden sich keine bedeutsamen geschlechts-

spezifischen Unterschiede (z. B. seitliches Hin- und Herspringen). Das Niveau der feinmotorischen Koordination bei Präzisionsaufgaben (Linie nachfahren) steigt bei Jungen wie Mädchen mit dem Alter an, während bei der feinmotorischen Koordination unter Zeitdruck (Stifte einstecken) und bei der Reaktionsschnelligkeit für beide Geschlechter ein Rückgang festzustellen ist. Die Beweglichkeit (Rumpfbeugen) bleibt über die gesamte Altersspanne der Kindheit und Jugend relativ konstant. Dabei erreichen Mädchen in jedem Alter bessere Testwerte als Jungen (Bös et al. 2009)

Bevölkerungsgruppenspezifische Unterschiede lassen sich insbesondere bei den motorischen Fähigkeiten feststellen, bei denen der gesamte Körper beansprucht wird (z. B. Einbeinstand, Standweitsprung, Liegestütz und Fahrradausdauerstest). Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem Sozialstatus erzielen hier deutlich schlechtere Testergebnisse als die Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Sozialstatus. Gleiches gilt für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, und zwar insbesondere für Mädchen. Bezüglich der übrigen motorischen Fähigkeiten lassen sich keine oder nur sehr geringe Unterschiede nach dem Sozialstatus und dem Migrationshintergrund feststellen. Zwischen Kindern und Jugendlichen aus den alten und neuen Bundesländern sind in keinem der betrachteten Bereiche bedeutsame Leistungsunterschiede zu beobachten (Bös et al. 2009).

2.2.3 Zeitliche Entwicklungen und Trends

Die Datenlage für Analysen zur zeitlichen Entwicklung der motorischen Leistungsfähigkeit und der körperlich-sportlichen Aktivität muss als unzureichend bewertet werden. Zwar liegen zahlreiche nationale und internationale wissenschaftliche Untersuchungen vor, diese sind aber aufgrund von Unterschieden bzgl. des Studiendesigns, der Erhebungsinstrumente und der Untersuchungspopulation nur eingeschränkt vergleichbar. Dies gilt insbesondere für die körperlich-sportliche Aktivität. Zur motorischen Leistungsfähigkeit sind einzelne Untersuchungen vorhanden, die für eine Verschlechterung der Situation sprechen. So konnte im Rahmen der WIAD-AOK-DSB-Studie II für 6- bis 18-jährige Jungen und Mädchen gezeigt werden, dass vor allem im Bereich der Koordination und der anaeroben Ausdauer ein Leistungsrückgang zu verzeichnen ist (Klaes et al. 2003). Bei einem Vergleich dieser Ergebnisse aus den Jahren 2001 und 2002 mit Daten aus dem Jahr 1995 wurde festgestellt, dass in der Gruppe der 10- bis 14-Jährigen nur 80 % der Jungen und 74 % der Mädchen die durchschnittlichen Leistungen erzielten, die von den

Gleichaltrigen einige Jahre zuvor erbracht wurden. Eine Untersuchung der motorischen Leistungsfähigkeit von 10-jährigen Jungen, die sich über den Zeitraum 1976 bis 1996 erstreckte, belegt eine Verschlechterung der Ausdauer, Maximalkraft, Aktionsschnelligkeit, Kraftausdauer, Schnellkraft und Beweglichkeit (Oppen et al. 2005). Auch eine Literaturübersicht legt die Schlussfolgerung einer Verschlechterung der motorischen Leistungsfähigkeit nahe. Einbezogen wurden insgesamt 54 Untersuchungen, die im Zeitraum 1965 bis 2002 durchgeführt wurden und Aussagen über die motorische Leistungsfähigkeit von 6- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen in den Bereichen aerobe Ausdauer, Schnellkraft, Kraftausdauer, Aktionsschnelligkeit und Beweglichkeit erlauben (Bös 2003). Als zusammenfassendes Ergebnis wird herausgestellt, dass die motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen 25 Jahren um durchschnittlich mehr als 10 % abgenommen hat. In einer Fortführung dieses Reviews konnte gezeigt werden, dass der Leistungsrückgang bei Jugendlichen mit durchschnittlich 12,5 % stärker ausgeprägt ist als bei Kindern mit 6,7 %.

2.2.4 Schlussfolgerungen

Die vorliegenden empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass sich ein Teil der Kinder und Jugendlichen zu wenig körperlich-sportlich betätigt und dies negative Auswirkungen auf die motorische Leistungsfähigkeit und die gesundheitliche Situation hat. Bewegungsdefizite sind vor allem im Jugendalter festzustellen und betreffen Mädchen noch stärker als Jungen. Darüber hinaus sind Unterschiede in der (vereinsgebundenen) Sportausübung zu Ungunsten von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund festzustellen.

Eine Verbesserung der körperlich-sportlichen Aktivität und der motorischen Leistungsfähigkeit lässt sich am ehesten durch ein Bündel sich ergänzender und aufeinander abgestimmter Maßnahmen erreichen. Eine wesentliche Voraussetzung ist ein Politikbereich übergreifende Zusammenarbeit, da Sport- und Bewegungsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Außerdem ist die Zusammenarbeit auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene und die Einbeziehung und Vernetzung wichtiger Akteure und Programme sicherzustellen.

Bezüglich der Ausrichtung der Maßnahmen sind zwei Perspektiven besonders hervorzuheben: Zum einen die Umsetzung settingbezogener Ansätze, die über die Schaffung allgemeiner bewegungsfördernder Rahmen-

bedingungen hinausgeht und dort ansetzt, wo die Heranwachsenden einen Großteil ihres Alltags verbringen, z. B. in Kindertagesstätten, in Schulen oder auch in Sportvereinen. Zum anderen die zielgruppenorientierte Ausgestaltung der Maßnahmen, um auch diejenigen Kinder und Jugendlichen zu erreichen, die aktuell die größten Defizite im Aktivitätsverhalten aufweisen. Neben den soziallagenbezogenen sind hierbei auch die alters- und geschlechtsspezifischen Unterschiede zu berücksichtigen, z. B. der hohe Anteil der Mädchen, die im Jugendalter keinen Sport treiben.

2.3 Ernährung

Eine bedarfsgerechte, gesundheitsförderliche Ernährung und ein aktiver Lebensstil sind von großer Bedeutung für die normale Entwicklung, Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Kindern (Kersting et al. 2004). Kinder und Jugendliche weisen nicht nur einen höheren Nährstoffbedarf als Erwachsene auf, sie sind bei der Versorgung mit Nahrung außerdem auf andere Personen, meist die Eltern, angewiesen. Die Prägung der späteren Ernährungsgewohnheiten im Jugend- und Erwachsenenalter wie z. B. die Entwicklung von Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel erfolgt bewusst oder unbewusst bereits in den ersten Lebensjahren. Die Entscheidung, was gegessen wird, hängt wesentlich vom Angebot an Nahrungsmitteln, den familiären Gewohnheiten und dem sich ständig verändernden Wissen um eine gesunde Ernährung ab.

Die Nährstoffversorgung hat zwar heute insgesamt ein hohes Niveau erreicht, gleichzeitig kommt es aber zu einer erhöhten Zufuhr von Fett, Zucker, Salz und einer einseitigen Ernährung ohne ausreichend Obst, Gemüse und Ballaststoffe bei gleichzeitigem Fehlen regelmäßiger körperlicher Aktivität. Verantwortlich hierfür sind die seit den 1980er Jahren eingetretenen Veränderungen, die das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung beeinflussen. Von besonderer Bedeutung sind Faktoren wie ein größeres, überall verfügbares Angebot an oftmals energiedichten Lebensmitteln und Getränken, zunehmende Motorisierung, mehr sitzende berufliche Tätigkeiten, zu wenig attraktive Spielflächen für Kinder am Wohnort und ein großes Angebot an bewegungsarmen Freizeitbeschäftigungen (BMELV, BMG 2008; Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2008; Wabitsch 2004).

In diesen Veränderungen begründet sich der Trend zu Übergewicht und Adipositas bereits im Vorschulalter und die Zunahme von durch die Ernährung mit bedingten Erkrankungen. Bei adipösen Kindern treten in den letzten Jahren vermehrt Diabetes mellitus (Typ 2), Fettstoffwechselstörungen und erhöhter Blutdruck auf. Darüber hinaus

finden sich mit zunehmendem Alter Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, die als psychische Probleme gelten und mit Normal-, Über- oder Untergewicht einhergehen können (BMG 2003).

Die Prävention von Fehlernährung und die Unterstützung bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils bereits im Kindes- und Jugendalter sind von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung. Dieser Aspekt wurde bereits in mehreren Programmen der Bundesregierung aufgegriffen wie z. B. dem Nationalen Aktionsplan „In Form – Deutschlands Initiative für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ (BMG, BMELV 2008), der Strategie zur Kindergesundheit (BMG 2008) sowie den Handlungsempfehlungen, die aus den KiGGS-Daten abgeleitet wurden (RKI, BZgA 2008).

2.3.1 Lebensmittelverzehr

In der VELS⁴⁾-Studie wurden der Lebensmittelverzehr und die Nährstoffzufuhr von 732 Säuglingen (ab 6 Monate) und Kleinkindern bis unter 5 Jahren bundesweit mit Hilfe eines 2x3-Tage-Verzehrprotokolls untersucht (Vohmann et al. 2005). In der ebenfalls repräsentativen EsKiMo-Studie (Ernährungsstudie als KiGGS-Modul), einer Nachfolgeerhebung des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS), wurden Lebensmittelverzehr und Nährstoffzufuhr bei 1.234 Kindern im Alter von 6 bis unter 12 Jahren mit Hilfe eines 3-Tage-Verzehrprotokolls erfasst (Bauch et al. 2006; Kurth et al. 2002; Mensink et al. 2007; Kurth, Schafrauth-Rosario 2007).

Die Empfehlungen, wie sie im Konzept der optimierten Mischkost vom Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) für Kleinkinder angegeben werden, wurden als Konzept für die vollwertige Ernährung von Kindern dieser Altersgruppe entwickelt und hier als Referenz genutzt (FKE 2007). Beim Obst- und Gemüsekonsum wurde beobachtet, dass die täglich verzehrten Mengen im Vorschulalter nicht zunehmen, sondern in etwa gleich bleiben oder sogar abfallen. Auch im Schulalter nimmt der Obstverzehr nicht proportional mit dem steigenden Energiebedarf zu. Die empfohlenen Obstmengen werden im Mittel von Kindern bis unter 2 Jahren erreicht. Die für ältere Kleinkinder geltenden, höheren Zufuhrempfehlungen werden jedoch von vielen Kindern nicht erreicht. Ältere

4) Verzehrstudie zur Ermittlung der Lebensmittelaufnahme von Säuglingen und Kleinkindern für die Abschätzung eines akuten Toxizitätsrisikos durch Rückstände von Pflanzenschutzmitteln im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

Kinder essen demnach im Mittel deutlich zu wenig Obst. Im Säuglingsalter erfolgt offenbar noch eine enge Anlehnung an den für diese Altersgruppe gültigen Ernährungsfahrplan mit regelmäßigen Obst Mahlzeiten (in Form von Obstbrei oder Gläschenkost). Der zunächst noch adäquate Obstverzehr wird beim Übergang ins Kleinkindalter nicht zu einer dauerhaften Verzehrsgewohnheit.

Noch ungünstiger ist die Situation beim Gemüseverzehr. Hier erreicht kaum ein Kind die empfohlene Menge. Im 1. Lebensjahr wurde sogar ein höherer Gemüseverzehr als im 2. und 3. Lebensjahr beobachtet. Insgesamt verzehren ca. 70 % der Kinder zwischen 2 und unter 5 Jahren täglich weniger als die Hälfte der in der optimierten Mischkost empfohlenen Gemüsemenge. Bei den 6- bis unter 12-jährigen Kindern erreichen lediglich 6 % die empfohlenen Verzehrsmengen für Gemüse und 19 % für Obst. Damit wird deutlich, dass ein Großteil der Kinder viel zu wenig Obst und Gemüse isst.

Auch die Empfehlungen für die kohlenhydratreichen Lebensmittel werden im Mittel von keiner Altersgruppe erreicht. Besonders groß ist die Abweichung von der Empfehlung für den Kartoffel- und Nahrungsmittelverzehr (Nudeln, Reis, Getreide). Hier wird in allen Altersgruppen die empfohlene Lebensmittelmenge im Mittel nur zu etwa 60–80 % erreicht. Auch der Verzehr von Brot und Backwaren liegt deutlich unterhalb der Empfehlung. Der Konsum von Zucker und Süßwaren beginnt bereits im 1. Lebensjahr, steigt mit zunehmendem Alter deutlich an.

Bei Fleisch und Wurstwaren werden die empfohlenen Mengen dagegen ab dem 1. Lebensjahr im Mittel erreicht bzw. bei den älteren Kindern auch deutlich überschritten. Der nicht unerhebliche Verzehr von Käse bzw. Quark erhöht die Proteinzufuhr zusätzlich. Insgesamt sind aber auch beim täglichen Fleisch- und Wurstverzehr große Unterschiede festzustellen. Bei den unter 5-jährigen Kindern erhalten einerseits ca. 20 % der Kinder weniger als die Hälfte der empfohlenen Fleischmenge und ca. 10 % erhalten sogar weniger als 10 g Fleisch-(produkte) pro Tag; andererseits erhalten aber auch 35 % der Jungen bzw. 30 % der Mädchen mehr als das 1,5-fache und ca. 20 % der Jungen bzw. 15 % der Mädchen sogar mehr als das Doppelte der für die jeweilige Altersklasse empfohlenen Fleischmenge. Für Fisch und Fischwaren werden die Empfehlungen im Mittel von keiner Gruppe erreicht.

Die in der optimierten Mischkost empfohlenen Getränkemenge werden im Durchschnitt in etwa eingehalten. Während bei den jüngeren Kindern noch Trink- bzw. Mineralwasser dominieren und fast 50 % des Getränkeverzehrs ausmachen, gefolgt von Obstsaften, nimmt mit zuneh-

mendem Alter der Verzehr von zuckerhaltigen Limonaden deutlich zu.

Der empfohlene Verzehr von Milch und Milchprodukten wird bei den unter 1-jährigen Kindern im Mittel noch gut erreicht, bei den älteren Kleinkindern aber nicht. Hier erhalten immerhin 22 % der Jungen bzw. 30 % der Mädchen nicht einmal die Hälfte der empfohlenen Milchmenge. Gleichzeitig trinken aber auch 15 % der Jungen bzw. 9 % der Mädchen das 1,5-fache der empfohlenen Milchmenge. Die 6-jährigen Kinder verzehren allerdings im Durchschnitt etwas mehr Milch und Milchprodukte als empfohlen, die Verzehrsmengen bei 7- bis 9-jährigen Jungen entsprechen den Empfehlungen bzw. liegen bei den 10- bis 11-jährigen Jungen knapp darunter, während die Mädchen derselben Altersgruppen diese nicht erreichen. Auffallend ist auch, dass bereits signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede vorliegen. So erhalten Jungen im 1. Lebensjahr signifikant mehr Fleisch bzw. Fleisch- und Wurstwaren, Milch bzw. Milchprodukte, Brot- und Backwaren, Südfrüchte sowie Getränke als gleichaltrige Mädchen.

2.3.2 Bedeutung für die Nährstoffversorgung

Von Kindern werden in fast allen Altersgruppen, gemessen an den in der optimierten Mischkost empfohlenen Lebensmittelmenge (FKE 2007), zu wenig pflanzliche Lebensmittel – insbesondere Gemüse, Obst, Brot, Kartoffeln und andere kohlenhydratreiche Beilagen – und mit zunehmendem Alter immer noch zu viele fettreiche tierische Lebensmittel verzehrt. Dies gilt bereits für Kleinkinder. Die suboptimale Lebensmittelauswahl hat Folgen für die Nährstoffzufuhr. Die D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE et al. 2008) werden insbesondere für die Vitamine D und E sowie Folat, Ballaststoffe, Calcium und Eisen (bei Mädchen) von den meisten Kindern unterschritten, während die Proteinzufuhr verhältnismäßig hoch und das Fettsäurenmuster ungünstig ist. Die Natriumzufuhr ist viel zu hoch und bedeutet eine frühe Gewöhnung an eine unerwünscht hohe Kochsalzaufnahme.

Die Vitamin-D-Versorgung ist nach der Supplementierungsphase im Säuglingsalter nicht ausreichend. Regelmäßige körperliche Aktivitäten im Freien erhöhen nicht nur den Energieverbrauch, sondern tragen auch maßgeblich zur Verbesserung der Vitamin D-Versorgung bei.

2.3.3 Schlussfolgerungen

Die Daten verdeutlichen, dass ein Teil der Kinder zu wenig pflanzliche Lebensmittel und mit zunehmendem Alter zu

viele fettreiche tierische Lebensmittel zu sich nimmt. In der Konsequenz ist die Nährstoffzufuhr teilweise zu hoch bzw. nicht ausreichend. Die Hypothesen, dass sich eine frühkindliche hohe Proteinzufuhr ungünstig auf die spätere Entwicklung des Körpergewichts auswirkt sowie das Körperlängenwachstum beeinflusst, bedürfen weiterer Untersuchungen. Die geringe Vitamin D-Zufuhr mit der Nahrung zeigt deutlich, wie wichtig die regelmäßige Vitamin D-Prophylaxe im Säuglingsalter ist. Eine Steigerung des Verzehrs von Gemüse und anderen pflanzlichen Lebensmitteln ist aus präventiv-medizinischer Sicht schon im frühen Kindesalter zu empfehlen.

Diese Aspekte sind im Zusammenhang von Ernährungsgewohnheiten und kulturellen Prägungen zu betrachten. Essen ist eine Kulturtechnik, die individuell eingeübt und gelernt wird. Die Familie hat einen besonders starken Einfluss auf das Ernährungsverhalten von Kindern. Je nachdem wie der Essalltag in einer Familie gestaltet ist, wird Essen mehr oder weniger als sinnliches Erlebnis, als Alltagskultur der Gemeinsamkeit und Gastlichkeit erlebt und erlernt. Das gemeinsame Essen in einer ansprechenden Atmosphäre hat einen positiven Einfluss auf das individuelle Sozialverhalten und die soziale Gemeinschaft. So können Kinder schon früh erleben, dass Essen und Trinken mit positiven Körpergefühlen verbunden sind. Die frühe Förderung und Entwicklung angeborener Sinnesfähigkeit bilden eine gute Grundlage dafür, sich in einer komplexen Welt von Angebot und Konsum zu orientieren und selbstbestimmte Entscheidungen zu fällen.

Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Ernährungs- und Lebensstils sollten insbesondere auf die Unterstützung von Familien gerichtet sein. Die Elternkompetenz in Ernährungsfragen sollte möglichst früh gestärkt werden. So können bereits nach der Geburt geeignete Angebote von Hebammen im späteren Verlauf von Familienzentren fortgeführt werden. Auch die Settings KiTa und Schule sind Orte, an denen Wissen und Fertigkeiten einer gesunden Ernährung vermittelt und eine positive Esskultur eingeübt werden können.

2.4 Rahmenbedingungen und Strukturen

Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter lassen sich nicht ohne Berücksichtigung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Aufwachsens in Deutschland formulieren. Hier lassen sich einige positive aber auch anhaltend negative Entwicklungen verzeichnen, wie etwa die Armutsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Nach wie vor stellt in Deutschland und anderen OECD Staaten das Aufwachsen in Armut ein beträchtliches Risiko für ein gesundes Aufwachsen dar. In Deutsch-

land tragen Kinder und Jugendliche ein höheres Armutsrisiko als andere Altersgruppen. Laut Armuts- und Reichtumsbericht wachsen in Deutschland 12 % aller Kinder und Jugendlichen in relativer Armut (Bundesregierung 2008) auf. 1,9 Millionen Kinder unter 15 Jahren sind auf staatliche Unterstützung angewiesen. Die Armutsrisikoquote bei Kindern nimmt seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts zu. Häufig ist ein Heranwachsen in Armut mit aktuellen, aber auch erst später auftretenden gesundheitlichen Problemen, Lernschwierigkeiten, niedrigeren Schulabschlüssen sowie einer höheren Wahrscheinlichkeit delinquenten Verhaltens verbunden. Das Aufwachsen in Armut ist somit eine wesentliche Ursache für Unter-versorgungslagen in vielen Lebensbereichen mit gravierenden Folgen für die Entwicklung, die Bildung und die Gesundheit der Betroffenen.

Seit der ersten Zielformulierung des Gesundheitszieles „Gesund aufwachsen“ haben sich dennoch einige wesentliche Rahmenbedingungen verändert, die sich positiv auf die gesundheitliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirken werden bzw. sich mittelfristig positiv auswirken sollen. Insbesondere sind hier folgende Entwicklungen maßgeblich:

- Verstärkung eines Netzes von Frühen Hilfen und Ausbau (der Wahrnehmung) von Früherkennungsangeboten
- Schaffung regionaler Knoten für Projekte zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern und Jugendlichen
- Ausbau und Aufwertung der Kinderbetreuungsmöglichkeiten in Kindertagesstätten
- höherer Stellenwert von Bildungspolitik auf allen politischen Ebenen (Europa, Bund, Länder und Kommunen) verbunden mit dem Ausbau von Ganztagschulen
- gewachsenes Interesse des Kinder- und Jugendbereiches an gesundheitlichen Fragestellungen sowie ausformulierte Strategien
- engeres Zusammenwirken zwischen Gesundheitssektor, Kinder- und Jugendhilfe und Bildungsbereich
- Vielfältige Gesundheitszielkonzepte und andere Ansätze zur Förderung der Kindergesundheit auf Länderebene
- Verbesserte Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpolitik sind deutliche Anzeichen für eine Aufwertung des Themas gesundheitliche Chancengleichheit und die Entwicklung integrierter Politikkonzepte zu erkennen. Zunächst haben die Jugendministerkonferenzen diese Themenstellung intensiv aufgegriffen und eine eindeutige Beschlusslage innerhalb der Jugendministerkonferenzen 2005 und 2006 hergestellt. Die deutsche Jugendministerkonferenz hat in ihrer Sitzung am 12./13. Mai 2005 in München einstimmig die EntschlieÙung zur „Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ verabschiedet und die „Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe“ dabei definiert. In Punkt 2 der EntschlieÙung heiÙt es: „Die Jugendministerinnen und Jugendminister werden insbesondere darauf hinwirken, dass die Kinder- und Jugendhilfe von der Jugendarbeit, der Eltern- und Familienbildung bis hin zu den Hilfen zur Erziehung gesundheitliche Belange konsequent berücksichtigt und gesundheitsfördernde Potenziale und Kompetenzen junger Menschen und ihrer Eltern stärkt.“⁵⁾

Die EntschlieÙung der Jugendministerkonferenz „Kinder und Gesundheit“ am 18./19. Mai 2006 in Hamburg geht noch weiter: „Die Jugendministerkonferenz tritt dafür ein, bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen gesundheitsrelevante Aspekte, Kenntnisse der vorhandenen Hilfesysteme und konkreter Ansprechpartner stärker einzubeziehen. Dabei geht es in erster Linie um die Sensibilisierung für gesundheitsfördernde soziale, psychosoziale und sozialpädagogische und sozialpädiatrische Zusammenhänge, die Vermittlung von Grundkompetenzen und der Fähigkeit, in Netzwerken zusammenzuarbeiten.“⁶⁾

Auch der 13. Kinder- und Jugendbericht (Deutscher Bundestag 2009a) hat auf die Notwendigkeit der Verzahnung der Kinder- und Jugendhilfe mit der Gesundheitsförderung, d. h. insbesondere auf das Aufgreifen gesundheitsfördernder Strategien innerhalb der Kinder- und Jugendhilfe hingewiesen. Der Bericht verfolgt ein entwicklungsbezogenes Konzept und hat für fünf Altersstufen „gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen“ formuliert, die im Sinne der Lebensverlaufsperspektive aufeinander auf-

bauen und deren erfolgreiche Umsetzung für die jeweilige Altersstufe von besonderer Bedeutung ist, da manche Entwicklungen später kaum noch nachgeholt werden können. Jedes dieser Entwicklungsthemen beinhaltet sowohl gesundheitliche Risiken als auch gesundheitsfördernde Chancen. Entscheidend ist, diese in der sozialpädagogischen Praxis zu erkennen, die Risiken für Störungen zu reduzieren und die Chancen gezielt zu fördern. Diese „gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen“ lauten:

- Für Kinder unter 3 Jahren: Bindung und Autonomie
- Für Kinder von 3 bis 6 Jahren: Bewegen, Sprechen, soziale Achtsamkeit
- Für Kinder von 6 bis 12 Jahren: Die Umwelt aneignen und gestalten, Beziehungen eingehen und sich in Leistungssituationen (Schule) bewähren
- Für Jugendliche von 12 bis 18 Jahren: Den Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden
- Für junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: Sich entscheiden (müssen), Intimität leben, Verantwortung übernehmen.

Die Datenlage zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich mit der Veröffentlichung der Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (Robert Koch-Institut 2008, 2009) entscheidend verbessert. Erstmals liegen für Deutschland repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen vor. Die Daten weisen einen engen Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Auffälligkeiten und der sozialen Lage von Familien nach. Aufbauend auf den Erkenntnissen aus dem Kinder- und Jugendgesundheits survey hat das Bundeskabinett auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit am 27.05.2008 die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ beschlossen. Zentrales Ziel der Strategie ist es, Prävention und Gesundheitsförderung auszubauen und die gesundheitliche Chancengleichheit der Kinder und Jugendlichen zu fördern (BMG 2008). Die Strategie ist an den Lebensrisiken von Kindern ausgerichtet und schreibt als Zielrichtung ebenfalls die Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit fest. Außerdem hat das Robert Koch-Institut gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Transferkonzept entwickelt, das die Anforderungen an präventive Programme auf Basis der KiGGS-Daten beschreibt (RKI, BZgA 2008).

5) Siehe hierzu: Jugendministerkonferenz 2005: <http://www.arbeitsministerium.bayern.de/familie/jugendhilfe/jmk.htm>; Zugriff 9/2009.

6) Siehe hierzu: Jugendministerkonferenz 2006: <http://fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/soziales-familie/aktuelles/konferenzen/jmk2006/beschluesse.html>; Zugriff 9/2009.

Auch der vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Nationale Aktionsplan „In-Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ definiert Kinder und Jugendliche als eine wesentliche Zielgruppe. Hauptziel des Nationalen Aktionsplans ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Das bedeutet:

- Positive Ansätze für gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung werden gebündelt und auf gemeinsame Ziele ausgerichtet. Die Umsetzung wird regelmäßig überprüft.
- Es werden Strategien und Maßnahmen entwickelt, die das individuelle Verhalten einbeziehen und die regionale und nationale Ebene berücksichtigen.
- Es werden Strukturen geschaffen, die es Menschen ermöglichen, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil zu führen.⁷⁾

7) Siehe hierzu: <http://www.in-form.de>; Zugriff 8/2009.

8) Siehe hierzu: http://www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/dokumente/50152_1.pdf; Zugriff: 09/2009.

Bis zum Jahre 2020 sollen sichtbare Ergebnisse erreicht werden. Insbesondere setzt der Aktionsplan bei den Rahmenbedingungen an, durch deren Verbesserung laufende und geplante Maßnahmen gebündelt und effektiver werden sollen.

Eine Zusammenstellung der präventionspolitisch relevanten Programme findet sich im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR).

Weitere Schnittstellen zu bundesweiten bzw. europäischen Programmen, die Kinder- und Jugendliche als wesentliche Zielgruppe betreffen, sind der Aktionsplan gegen Allergien des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Im Rahmen des Aktionsprogramms Umwelt und Gesundheit, das gemeinsam vom Bundesgesundheitsministerium und Bundesumweltministerium getragen wird, werden seit 20 Jahren Verbesserungen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes auf der europäischen Ebene des Regionalbüros der Weltgesundheitsorganisation für Europa verfolgt, die seit 2004 explizit auf die Verbesserung der Kindergesundheit durch länderspezifische Aktionspläne abgestimmt sind.⁸⁾

Strategiepapiere mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Strategiepapiere ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme mit Fokus auf Kinder und Jugendliche	Förderprogramme ohne Fokus auf Kinder und Jugendliche
2001 BMFSFJ: Jugendpolitisches Regierungsprogramm „Chancen im Wandel“	1999 BMFSFJ: „Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“	1950 BMFSFJ: „Kinder- und Jugendplan des Bundes (KJP)“	2005 BMG: „Bewegung und Gesundheit“
2003 BMFSFJ: „Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung“	2001 BMAS: „Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“	2006 BMFSFJ: „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“	2008 BMG, BMELV: „IN FORM“
2005 Bundesregierung: Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“	2003 BMG: „Aktionsplan Drogen und Sucht“	2008 BMFSFJ: „Aktionsprogramm Kindertagespflege“	2008 Kanzleramt: „Nationaler Integrationsplan“
2008 Bundesregierung: „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“	2007 BMFSFJ: „Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“		
2008 RKI, BZgA: „Erkennen – Bewerten – Handeln“	2007 BMELV: „Aktionsplan gegen Allergie“		

Tabelle 2: Präventionspolitisch relevante Programme der Bundesregierung

Quelle: Deutscher Bundestag (2009b)

Auf Länderebene sind seit der Veröffentlichung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ wesentliche Entwicklungen zu verzeichnen, die im dritten Kapitel ausgeführt werden. Der Ausbau Früher Hilfen und die gesetzliche Verpflichtung zur Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen werden im folgenden Unterkapitel ausführlicher beschrieben.

2.4.1 Frühe Hilfen

Nach einigen spektakulären Fällen von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung, die zum Tod von Kindern führten, sind in Deutschland vielfältige Hilfsangebote eingerichtet worden, die Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in belastenden Lebenslagen bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben unterstützen. „Die häufigsten Gründe, warum Kinder durch Erwachsene zu Schaden kommen, sind Vernachlässigung und Misshandlung, wobei quantitativ – insbesondere bei kleinen Kindern – die Vernachlässigung weit überwiegt. Säuglinge und Kleinkinder sind besonders gefährdet, weil sie auf die zuverlässige Versorgung durch Erwachsene und auf deren kontinuierliche Fürsorge angewiesen sind“.⁹⁾

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren, wobei der Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen liegt. Sie sind auf eine frühzeitige und nachhaltige Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft ausgerichtet. Abgesehen von alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungscompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Dadurch tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe.

Nach der auf der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) verabschiedeten Begriffsdefinition umfassen Frühe Hilfen vielfältige, sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Wesentlich sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Zudem wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Famili-

en in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). In der Arbeit mit den Familien tragen Frühe Hilfen dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Sind die Hilfen nicht ausreichend, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Frühe Hilfen beruhen vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist folglich eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe sowie weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl zum Ziel die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu gewährleisten (NZFH 2009).

Das Netz ist über Modellprogramme auf Bundes- und Länderebene systematisch ausgebaut worden, auch wenn bislang noch keine Flächendeckung über die Angebotsstruktur erreicht werden konnte. Der Ausbau früher Hilfen war bereits eine Startermaßnahme der ersten Zielformulierung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“. Die Entwicklungen in diesem Bereich haben zu erheblichen Strukturverbesserungen geführt, wobei allerdings darauf hinzuwirken ist, dass im Rahmen von Modellprogrammen erfolgreich aufgebaute Strukturen verstetigt werden.

2.4.2 Früherkennungsangebote

In den Rahmendingungen des Ziels „Gesund aufwachsen“ war die Förderung einer stärkeren Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter als Teilziel formuliert worden. Mit diesen Untersuchungen wird die körperliche, geistige und soziale Entwicklung der Kinder zwischen Geburt und sechstem Lebensjahr überprüft. Die J1 ist das entsprechende Angebot für die Altersgruppe der 12- bis 14-Jährigen. So können eventuelle Fehlentwicklungen des Kindes erfasst und entsprechende Therapien veranlasst werden. Die Untersuchungen sind also ein wesentlicher Baustein, um die Gesundheit von Kindern zu schützen.

Auch für diesen Bereich haben die politischen Diskussionen im Zusammenhang mit den bereits erwähnten Fällen von Kindstötungen zu veränderten Rahmenbedingun-

⁹⁾ Siehe hierzu: www.fruehe.hilfen.de; Zugriff: 9/2009.

gen geführt. Zu den ursprünglich neun Untersuchungszeitpunkten (U1–U9) ist seit dem 1. Juli 2008 die U7a hinzugekommen, die vom 34. bis 36. Lebensmonat durchgeführt werden soll. Sie schließt eine Früherkennungslücke zwischen der U7, die für Zweijährige gedacht ist, und der U8, die im Alter von dreieinhalb bis vier Jahren in Anspruch genommen werden kann. War die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen bis 2008 ausschließlich dem Verantwortungsbereich der Eltern überlassen, haben alle Bundesländer nach einem Beschluss der Ministerpräsidenten der Länder 2008 mittlerweile gesetzliche Regelungen vorgelegt, die die Verbindlichkeit einer Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter erhöhen. In einzelnen Bundesländern wurde dies schon umgesetzt. Die Effekte dieser Verfahrensweise auch im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen müssen jedoch verstärkt überprüft werden, um insbesondere die Teilnahme von Kindern mit Migrationshintergrund und geringerem sozialen Status zu erhöhen. Durch eine Ergänzung der gesetzlichen Grundlage in § 26 SGB V werden zudem die Krankenkassen verpflichtet, in Zusammenarbeit mit den Ländern auf eine Inanspruchnahme der Kinderuntersuchungen hinzuwirken. Derzeit existieren noch keine validen Screening-Verfahren zur Erkennung von Kindeswohlgefährdung im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung. Diese sollten entwickelt und praxisorientiert ausgestaltet werden. Gleichwohl stellen Früherkennungsuntersuchungen in der derzeitigen Form einen Baustein zur Prävention und Früherkennung von Kindeswohlgefährdung dar (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2007).

2.4.3 Impfen

Schutzimpfungen gehören zu den effektivsten und zugleich sichersten Präventionsmaßnahmen in der Medizin. Sie bieten nicht nur individuellen, sondern auch kollektiven Schutz vor bestimmten Infektionskrankheiten. Großer Impfkzeptanz in der Bevölkerung steht eine nicht unerhebliche Sorglosigkeit bzw. Unerfahrenheit hinsichtlich Infektionskrankheiten gegenüber. Mangelndes Bewusstsein über die Gefährlichkeit von Infektionskrankheiten einerseits sowie unzureichendes Wissen um den Nutzen und die Notwendigkeit von Schutzimpfungen andererseits in weiten Teilen der Allgemeinbevölkerung wie auch unter Ärzt(inn)en und anderen medizinischen Berufsgruppen werden als wesentliche Ursachen unzureichender Durchimpfungsraten angesehen.

Jährlich wird durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder und Kommunen bei etwa 90 % der Schulanfän-

ger/innen der Impfstatus protokolliert und über die Länder dem Robert Koch-Institut gemeldet. Weitere Impfdaten werden im Rahmen von Surveys erhoben (u. a. Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (2003–2006) (RKI 2008)). Aus diesen Daten wird deutlich, dass der Durchimpfungsgrad bei Kleinkindern gemäß den jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) hoch ist. Impflücken finden sich vor allem bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die es häufig versäumen, ihren Impfstatus überprüfen und z. B. Auffrischungsimpfungen vornehmen zu lassen.

Um die zeitgerechte und konsequente Umsetzung der auf STIKO-Empfehlungen beruhenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20d Abs. 1 SGB V (Schutzimpfungsrichtlinie SI/RL) zu unterstützen, sind die folgenden Schritte empfehlenswert:

1) Nationale Konsensbildung zu Zielen und Aufgaben

Da es in Deutschland eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen gibt, die in der Impfprävention tätig sind, soll ein nationaler Konsens zu Aufgaben und Zielen herbeigeführt werden. In diesen Prozess müssen alle am Impfwesen beteiligten Akteure eingebunden werden. Zur Erreichung einer einheitlichen Präventionspolitik beim Impfen sollen geplante Maßnahmen gebündelt und Präventionsbotschaften harmonisiert werden.

Die notwendige Vernetzung und Konsensbildung wird künftig mit der regelmäßigen Durchführung Nationaler Impfkongresse und der Entwicklung eines Nationalen Impfplans sichergestellt. Der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* begrüßt und unterstützt diese Bestrebungen des Bundes und der Länder.

2) Verbesserung der Datenlage

Eine verbesserte Surveillance von Impfstatus und Immunstatus, sowie der Erkrankungsfälle und Impfkomplicationen sind erforderlich, um die notwendige Transparenz für die Allgemeinbevölkerung wie auch für die impfenden Ärztinnen und Ärzte zu sichern.

3) Verbesserung der Aus-, Fort- und Weiterbildung zum Impfen

Qualitätsgesichertes Impfen erfordert spezielle Kenntnisse. Hier sind vor allem die ärztlichen Organisationen gefordert, entsprechende Fort- und Weiterbildung anzuregen. So sollte bspw. der Impfkurs wieder verpflichtender Bestandteil des Medizinstudiums werden.

4) Beseitigung bestehender infrastruktureller Impfhindernisse

§20d Abs. 3 SGBV bildet die gesetzliche Grundlage für den Abschluss von gemeinsamen Rahmenvereinbarungen zur Durchführung von (Impf-)Maßnahmen und zur Erstattung der Sachkosten zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen mit den in den Ländern Zuständigen.

5) Zielgruppenspezifische Aufklärung der Allgemeinbevölkerung

Um eine relevante Steigerung der Durchimpfungsraten zu erreichen, ist die Allgemeinbevölkerung zielgruppenspezifisch und qualitätsgesichert über die Notwendigkeit, den Nutzen und die eventuellen Risiken von Schutzimpfungen aufzuklären. Hierbei ist eine Kooperation des Bundes (BZgA) mit den verschiedenen Beteiligten und Partnern (Länder, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Schulen, Kindergärten, Betriebsärztinnen und -ärzte etc.) sinnvoll und notwendig. Verbindliche Vereinbarungen zum arbeitsteiligen Vorgehen sind hierbei die Voraussetzung für erfolgreiche Strategien und angestrebte Synergieeffekte.

Über die medizinischen Berufsgruppen hinaus sollten weitere Multiplikator(inn)en wie z. B. Erzieher/innen, Sozialarbeiter/innen über Schutzimpfungen informiert werden.

Die zielgruppenspezifische Aufklärung sollte kulturelle Aspekte berücksichtigen und mehrsprachig erfolgen.

2.4.4 Schlussfolgerungen

Eine wirksame Armutsbekämpfung bei Kindern und Jugendlichen hätte auch nachhaltige positive gesundheitliche Auswirkungen. Seit der ersten Ausformulierung des Ziels „Gesund aufwachsen“ sind in diesem Bereich zu wenige Erfolge erzielt worden. Für andere gesundheitsbezogene Rahmenbedingungen können jedoch positive Entwicklungen aufgezeigt werden: Der Ausbau von Frühen Hilfen ist vorangeschritten. Das Netz ist über Modellprogramme auf Bundes- und Landes- und kommunaler Ebene ausgebaut worden, allerdings konnte bislang weder eine Flächendeckung noch eine Verstärkung dieser Angebotsstruktur erreicht werden. Diese ist jedoch anzustreben. Analog zu Frühen Hilfen sollten aufsuchende Angebote der Früherkennung für Familien mit älteren Kindern entwickelt und implementiert werden.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen wird mit den zur Zeit eingeführten gesetzlichen

Regelungen auf Landesebene vermutlich steigen. Allerdings müssen die Untersuchungsinstrumente selbst weiterentwickelt werden, so dass in erster Linie psychische Entwicklungsauffälligkeiten besser erkannt und frühzeitig behandelt werden können.

Die Rahmenbedingungen für die Schutzimpfungen im Kindesalter weisen ebenfalls noch Verbesserungspotenziale auf. Da es in Deutschland eine Vielzahl von Institutionen und Organisationen gibt, die in der Impfprävention tätig sind, sollte ein nationaler Konsens zu Aufgaben und Zielen möglichst bald herbeigeführt werden. In diesen Prozess müssen alle am Impfwesen beteiligten Akteure eingebunden werden. Zur Erreichung einer einheitlichen Präventionspolitik beim Impfen sollen geplante Maßnahmen gebündelt und Präventionsbotschaften harmonisiert werden.

Insgesamt ist eine enge Verzahnung der Gesundheitszielprozesse auf Bundes- und Landesebene notwendig, so dass zumindest bei der Auswahl von Zielthemen und Identifikation von geeigneten Strategien ein abgestimmtes Vorgehen ermöglicht wird.

3 Zielkonzept

3.1 Konsequenzen für die Aktualisierung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“

Die skizzierten Entwicklungen auf Bundes- und Länderebene haben die Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ notwendig gemacht. Die aktualisierte Zielformulierung trägt den veränderten Rahmenbedingungen und der differenzierter gewordenen Angebots- und Programmlandschaft Rechnung. Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ greift verschiedene Programme, Strategien und gesetzliche Rahmenbedingungen auf und versucht in diesem Rahmen die verschiedenen Ansätze einerseits zu vernetzen und andererseits bestehende Defizite in der bisherigen Strategie- und Programmentwicklung deutlich zu machen sowie für diese Lücken Teilziele zu formulieren. Das Zielkonzept ist deshalb insgesamt breiter angelegt worden, während das vorgelegte Maßnahmenpaket auf wenige Maßnahmen fokussiert, die entweder die Aktivitäten unterschiedlicher Akteure zusammenführen oder Angebotslücken schließen sollen.

Das Zielkonzept besteht aus vier aufeinander aufbauenden Bausteinen der Zielformulierung und Umsetzung (s. Abb. 2). Grundlage für die Auswahl der exemplarischen Ziele und Maßnahmen sind die wissenschaftliche Analyse von Daten sowie die Bestandsaufnahmen, die den Bereich der Umsetzung und Interventionen betreffen.

Ziel dieses Vorgehens ist, Handlungsbedarf zu identifizieren und Beispiele guter Praxis herauszubilden.

An die inhaltliche Entwicklung der Ziele und Maßnahmen wird die Anforderung gestellt, bestimmte Querschnittsthemen zu berücksichtigen. Hierzu gehören u. a. Gender Mainstreaming, Patient(inn)enkompetenz und gesundheitliche Chancengleichheit (s. Abb.2).

Die Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ spielte in dem Zieldefinitionsprozess der Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter eine wesentliche Rolle, da den sozial ungleichen Lebensbedingungen in den Lebensphasen Kindheit und Jugend und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheitschancen im gesamten Lebensverlauf eine besondere Bedeutung zukommt. Der vielfach belegte Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Gesundheitschancen verlangt nach Maßnahmen, die die multifaktoriellen Ursachen sozialer und damit auch gesundheitlicher Benachteiligung sowie auch die verschiedenen Politikfelder, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit einen Beitrag leisten können, integrieren (Deutscher Bundestag 2009b). Die ausgewählten Maßnahmen sollen zudem daraufhin überprüft werden, inwieweit sie den spezifischen Belangen und Lebenssituationen von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen gerecht werden. Ihnen sollen sowohl „passive“ Strategien der Vermittlung von Gesundheitswissen, als auch einbindende, aktivierende, gesundheitliches Selbstmanagement und „Empowerment“ fördernde Strategien wie die Förderung der Selbsthilfe zugrunde liegen (Hölling, Brasseit 2003). Zudem ist die bestmögliche Evidenz anzustreben. Diese muss sich

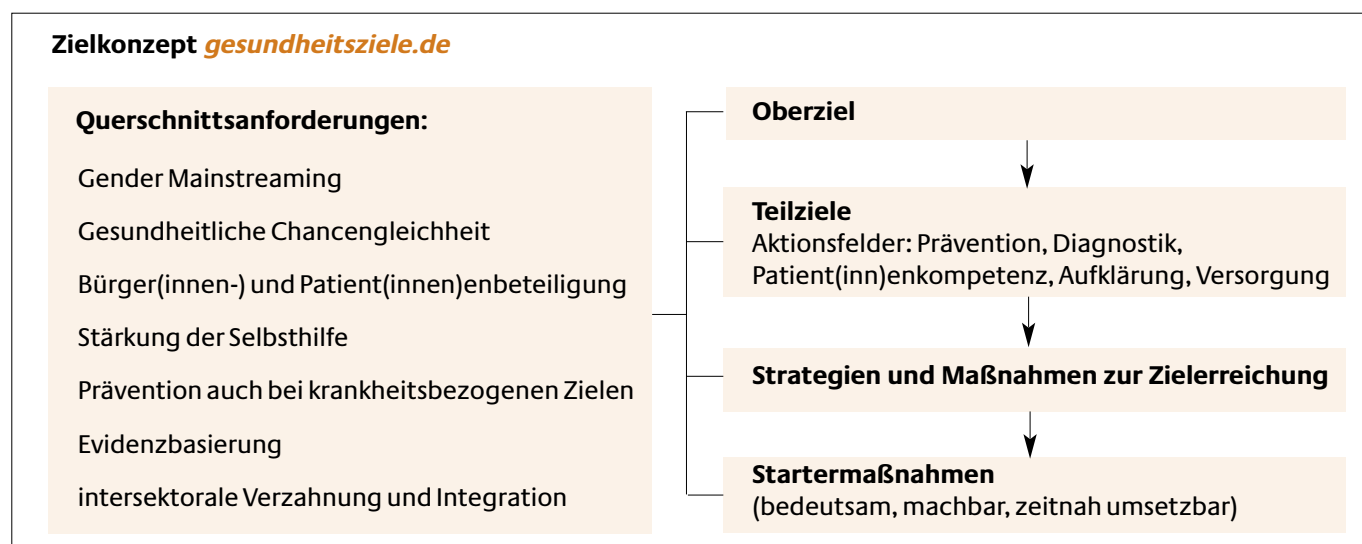


Abb. 2: Querschnittsanforderungen an die Ziele

jedoch nicht am höchsten methodischen Standard der evidenzbasierten Medizin orientieren. Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung liegt diese Art der Evidenz kaum vor. Sie würde sich außerdem hinsichtlich der Methoden grundsätzlich von der kurativen Medizin unterscheiden müssen (Röhrle 2009). Bei der Auswahl geeigneter Interventionen zeigt sich das Problem, dass mit steigender Komplexität die Schwierigkeit der Wirkungsmessung zunimmt. Es sind aber gerade solche komplexen Interventionen, die gleichermaßen auf Verhalten und Verhältnisse abzielen und settingorientiert sind, die im Hinblick auf sozial vulnerable Gruppen häufig auch den aussichtsreichsten Ansatz darstellen. An die Stelle der „proven interventions“, der als wirksam belegten Interventionen, treten daher die „promising interventions“, die vielversprechenden Interventionen. Diesen liegt ein theoriefundiertes Wirkmodell zugrunde und sie weisen empirische Evidenz auf, die zumindest Teile des theoretischen Modells stützt. Vielversprechende Interventionen können durch Studien nachgewiesen werden, die günstige Interventionseffekte bei ausgewählten Gruppen zeigen und zugleich ein theoretisches Modell enthalten, das die Ausdehnung der Intervention auf andere Gruppen nahe legt (Smedley, Syme 2001).

Die Beteiligung der Patient(inn)en und Bürger/innen, hier der Familien, Kinder und Jugendlichen, an Entscheidungsprozessen und Handlungsabläufen verspricht die Ausrichtung der Versorgung und der Gesundheitspolitik an den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppe zu sichern und somit auch die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung zu erhöhen.

3.2 Der Settingansatz

Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ sollte von Anfang an nicht nur bei einem Gesundheitsrisiko von Kindern und Jugendlichen ansetzen, sondern durch ein möglichst breites Spektrum zur Förderung gesundheitlicher Ressourcen ergänzt werden. Bereits heute stellen Kinder und Jugendliche die Hauptzielgruppe unterschiedlichster Präventionsprogramme dar. Ausgehend von dem Grundsatz, dass die wesentlichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen in der Kindheit und Jugend erlernt werden, setzen die meisten Präventionsprogramme, z. B. der Sucht-, Kriminal-, Gewalt- und AIDS-Prävention bereits früh ein. Das Gros der Präventionsprogramme und Investitionen im Bereich Kinder und Jugendliche setzt auf Wissensvermittlung in der einen oder anderen Form. Wissensvermittlung kann ein notwendiger erster Ansatz sein, um

auf (neue) Gesundheitsgefahren aufmerksam zu machen oder über präventive Maßnahmen bzw. gesundheitsförderliches Verhalten zu informieren. Ob gesundheitsrelevantes Wissen allerdings beim Individuum die gewünschten Effekte erzielt, hängt von einer Vielzahl personaler und situativer Faktoren ab, die sich in der Regel nicht durch Wissensvermittlung beeinflussen lassen. Dazu gehören neben materiellen und sozialen Ressourcen vor allem wahrgenommene Verhaltensnormen für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen, Selbstwirksamkeitserwartungen und angenommene Konsequenzen.

Gesundheitliche Ressourcen zu kennen ist keine hinreichende Voraussetzung dafür, dass diese in einer konkreten Situation tatsächlich aktiviert werden. Das einfache Muster gut gemeinter Prävention, Wissen durch einfache Botschaften mit multimedialen Aufwand und Giveaways an Zielgruppen zu vermitteln, die die Hauptinhalte der Botschaften oft bereits kennen, bewirkt daher ohne relevanten Kontextbezug kaum Verhaltensänderungen (Altgeld et al. 2006). Vielversprechender und erfolgreicher sind deshalb lebensweltbezogene Ansätze. In einer Lebenswelt, die ein hohes Maß an Partizipation der anvisierten Zielgruppe gewährleistet, kann jener Kontextbezug geschaffen werden, der das Individuum unterstützt, befähigt und motiviert, gesundheitliche Ressourcen in einer konkreten Situation tatsächlich zu nutzen. Dieser Ansatz ist von der Weltgesundheitsorganisation bereits 1986 als „gesundheitsfördernder Settingansatz“ entwickelt und vorangetrieben worden (u. a. Franzkowiak, Sabo 1993; Großmann, Scala 2006). Grundsätzlich sind gesundheitsfördernde Ansätze in allen Lebenswelten von Familien und besonders Kindern denkbar und sinnvoll, d.h. in der Familie und deren Umfeld, in der Kindertagesbetreuung, und Schulen. Gesundheitsfördernde Ansätze in Schulen, Hochschulen, Ausbildungsbetrieben und Jugendfreizeiteinrichtungen sind relevante Settings der Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche in höheren Lebensaltern.

In allen Lebenswelten können entweder die Gesundheitspotenziale und Ressourcen von Kindern und Jugendlichen und deren Umfeld gestärkt oder spezifische Gesundheitsrisiken abgebaut werden durch Angebote der Verhaltens- oder Verhältnisprävention. Der Ansatz der gesundheitsfördernden Settingarbeit verfolgt beide Zielrichtungen gleichzeitig. In allen Handlungsfeldern lassen sich die gesundheitlichen Auswirkungen vermehrter Armutslagen von Familien wirksam bekämpfen und eindämmen. Dieser Ansatz mit seinen umfangreichen Zielstellungen und auch die benannten Zielgruppen machen deutlich,

dass es keine Patentmaßnahmen für Gesundheitsförderung geben kann, sondern dass Zielgruppen und geeignete Maßnahmen aufgrund der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in allen Kommunen beispielsweise auch vor Ort definiert werden müssen. Als Kernstrategien in der Settingarbeit lassen sich folgende Vorgehensweisen festhalten:

- Einbezug und Beteiligung aller relevanten Gruppen in dem jeweiligen Settingkontext
- Prozessorientierung statt vorgegebener fest gefügter Programme. Die Ausgangsbedingungen werden mit allen Beteiligten genau analysiert und darauf aufbauend Maßnahmen entwickelt. Nach Durchführung der Maßnahmen wird der Erfolg bewertet und eine neue Ausgangsanalyse vorgenommen
- Entwicklung integrierter Konzepte statt punktueller Einzelaktionen
- Systeminterventionen, die teilweise individuelle Verhaltensweisen, aber auch die Verhältnisse innerhalb des Settings selbst beeinflussen
- Verankerung von Gesundheit als Querschnittsanforderung an die Kernroutinen des jeweiligen Settings (Altgeld, Kolip 2004).

Der gesundheitsfördernde Settingansatz funktioniert am besten in sozialen Systemen, die einen gewissen Formalisierungsgrad aufweisen. Darüber hinaus sind die Kernroutinen und damit verbunden die unterschiedlichen Funktionen Einzelner innerhalb des Settings definiert und zudem eine gewisse Mindestgröße vorhanden. Für eher informelle, kleinere soziale Systeme wie Familien oder Freundeskreise muss der Ansatz in der Praxis erst noch weiterentwickelt werden. Bislang gab es nur theoretische Versuche, das Setting „gesundheitsfördernde Familie“ zu definieren und auszugestalten (u. a. Schnabel 2001). Dennoch können auch für Familien in ihrem Lebensumfeld Angebote gemacht werden, die ihre Ressourcen stärken und Risikokonstellationen vermindern.

Am Beispiel der Kindertagesstätte soll das Vorgehen für die institutionalisierten Settings noch einmal anhand des im Juni 2008 überarbeiteten Handlungsleitfadens der Krankenversicherungen verdeutlicht werden, der erstmals ein eigenes kurzes Kapitel zum Setting Kindertagesstätten enthält. Darin werden umfassende Grundsätze für das Engagement von Krankenkassen definiert und sechs handlungsleitende Kriterien definiert:

- 1) „Die Kindertagesstätte ist nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern ist selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung.
- 2) Zielgruppen sind insbesondere die Kinder und deren Familien.
- 3) Die Maßnahmen bauen auf dem tatsächlichen (selbst artikulierten) Bedarf der Kindertagesstätte – erhoben z. B. durch Befragungen bei Eltern und Erzieher(inne)n – auf.
- 4) Die Maßnahmen und Projektangebote werden von den Kindertagesstätten tatsächlich nachgefragt und gemeinsam mit den Verantwortlichen für die KiTa sowie unter Einbeziehung der Eltern umgesetzt.
- 5) Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern bzw. Finanzierungsträgern; insbesondere hat auch der Träger der Kindertagesstätte selbst eigene und/oder Drittmittel von anderer Seite in das Projekt/die Maßnahme einzubringen.
- 6) Umsetzung und Ergebnisse der Intervention werden dokumentiert, evaluiert und jedem Partner zur Verfügung gestellt“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Kassen 2008, S. 28)

Ausdrücklich wird hier auch festgehalten, dass „entscheidend für eine positive Einflussnahme auf die gesundheitliche Entwicklung der Kinder neben den familiären Bedingungen auch die Motivation des pädagogischen Personals und dessen gesundheitliche Situation“ (ebd. S.29) ist. Die Tarifeinsetzungen für die Erzieherinnen in 2009 haben die Handlungsbedarfe in diesem Bereich deutlich gemacht. Von großer Bedeutung scheint insgesamt, dass Gesundheitsförderung und Prävention in der Kita nicht als eine belastende Zusatzaufgabe verstanden wird. Entscheidend ist, dass die KiTa den Settingansatz der Gesundheitsförderung mit ihrem Organisationsauftrag Bildung und Erziehung verbindet. Analog zum Setting Schule geht es auch für KiTas weniger um die Frage, wie sie Gesundheit fördern bzw. wie sie gesünder werden kann, sondern umgekehrt, wie Gesundheit zur Steigerung der Erziehungs- und Bildungsqualität von KiTas beitragen kann. Anders ausgedrückt: Gesundheit steht als zu integrierendes „intermediäres Ziel“ im Dienste der Bildungs- und Erziehungsqualität. Gesundheitsförderung steht im Dienste ihres Settings, nicht mehr umgekehrt. Das bedeutet, mögliche Gesundheitsinterventionen müssen aus der

Perspektive einer pädagogischen Fragestellung und der pädagogischen Qualitätsentwicklung heraus reflektiert werden. Die Frage ist, „Welchen Nutzen haben einzelne Gesundheitsinterventionen für die Entwicklung und Verbesserung der Bildungs- und Erziehungsqualität?“. (Nagel-Prinz, Paulus 2009, Paulus 2009b).

In lebensweltbezogene Gesundheitsförderungsansätze wird im Vergleich zu den individuellen, verhaltensbezogenen Kursangeboten bislang nur sehr marginal investiert. Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ soll dazu beitragen, integrierte gesundheitsfördernde Handlungskonzepte in den relevanten Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern besser zu verankern. Es soll darüber hinaus nicht einzelne gesundheitsriskante Verhaltensweisen skandalisieren, sondern einen breiten Ansatz zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen leisten. Deshalb wurde der gesundheitsfördernde Settingansatz als Kernstruktur für die Zielformulierung gewählt. Das vorgeschlagene Vorgehen ermöglicht zudem das konzentrierte Zusammenwirken unterschiedlicher Träger und Akteure. Momentan ist die Gesundheitsförderungs- und Präventionslandschaft im Kinder- und Jugendbereich von einer großen Heterogenität gekennzeichnet, die sich für Kindertagesstätten und Schulen häufig als intransparent und ineffektiv erweist. Die vorgeschlagenen Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter sind dagegen kooperativ angelegt. Als relevante Settings wurden

- Familien und deren Umfeld
- Kindertagesstätten
- Schulen

identifiziert und die Zielformulierungen für das jeweilige Setting angepasst und weiterentwickelt. Auch die Entwicklung von Maßnahmen und Startermaßnahmen erfolgte settingbezogen.

3.3 Ziele und Teilziele

SETTING: FAMILIE/UMFELD

ZIEL 1: Die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Kompetenz der Familie zur Entwicklung von Lebenskompetenzen ist gestärkt.
2. Familien in Belastungssituationen sind durch niedrigschwellige ggf. kultursensible Angebote gezielt und ressourcenorientiert unterstützt.
3. Die Förderung der Entwicklung von Mädchen und Jungen erfolgt geschlechtersensibel.
4. Die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen und behinderungsbedingten Einschränkungen ist verwirklicht.
5. Kinder, Jugendliche und ihre Eltern haben einen kompetenten Umgang mit Medien.
6. Soziale Netzwerke im Wohnumfeld sind gestärkt und bürgerschaftliches Engagement gefördert.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Nachbarschaftsnetzwerke werden innerhalb des Bundesländer-Programms „Soziale Stadt“ gefördert.
- Sensibilisierung der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren
- Niederschwellige Angebote rund um die Schwangerschaft und Geburt werden zu einem Standardangebot für Familien in Belastungssituationen.
- Eltern erhalten Angebote, positive Erziehungskompetenzen aufzubauen (Eltern-kompetenztrainings o. ä.).
- Kinder und Jugendliche von psychisch kranken oder suchtkranken, körperlich chronisch kranken oder behinderten Eltern erhalten eine frühzeitige und wohnortnahe Unterstützung.
- Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten werden zeitnah leitliniengerecht versorgt (qualitätsgesicherte Diagnostik und ggf. Behandlung).

Zielgruppen / Multiplikator-(inn)en

- Eltern
- Kinder
- Jugendliche
- Kinder- und Jugendhilfe

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Schule
- Stiftungen etc.
- Familienbildungsstätten

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- BMG
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- GKV
- PKV
- Bundes- und Landespsychotherapeutenkammer(n)
- BZgA
- Bundes- und Landesärztekammer(n)
- Kommunen
- Träger von Erziehungs-, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, Mehrgenerationenhäusern

ZIEL 2: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Elternkompetenzen zur Förderung der Bewegung von Kindern sind gestärkt.
2. Das Wohnumfeld von Familien regt zur Bewegung an.
3. Bewegungsräume für Kinder sind auch in städtischen Bereichen ausreichend vorhanden.
4. Körperliche Aktivität ist fester Bestandteil des Familienalltags.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.
- Kommunen und Sportvereine bieten zielgruppengerechte Spiel- und Bewegungsangebote insb. für sozial benachteiligte Familien an.
- Gezielte Maßnahmen der Jugendhilfe im Rahmen der Programme „Soziale Stadt“ in Kooperation mit anderen Akteuren vor Ort.
- Kinder- und Jugendbeteiligung bei der Stadtteilplanung.
- Durchführung geschlechter- und kultursensibler Maßnahmen zur Unfallprävention.
- Informationen für Eltern zur Bewegungsförderung und Unfallprävention sind altersgruppenspezifisch aufbereitet und berücksichtigen sowohl kultur- als auch geschlechtsspezifische Aspekte.
- Ausbau eines sicheren Radwegenetzes.

- Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Vereine und ehrenamtliche Aktivitäten.

Zielgruppen / Multiplikator-(inn)en

- Kinder
- Jugendliche
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- Schulen
- Örtliche (Sport-) Vereine
- Kinder- und Jugendhilfe
- Kinderärzte/-ärztinnen
- Programme „Soziale Stadt“
- BAG Kindersicherheit

Zuständigkeiten

- Gesundheits- und Sozialministerien
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen
- Wohlfahrtsverbände
- Unfallversicherungsträger(DGUV/GDV)
- Träger von (Schwangerschafts-)Beratungsstellen
- Stadtteilzentren
- Stadtteilmanager

ZIEL 3: Familien ernähren sich gesund, Fehlernährung ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Elternkompetenz in Ernährungsfragen z. B. im Hinblick auf Einkauf, Zubereitung und Umgang mit Lebensmitteln sowie Verbraucherschutz, ist gestärkt.
2. Die Kompetenzen von Kinder und Jugendlichen in Ernährungsfragen ist altersgemäß gestärkt.
3. Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Familienalltags.
4. Die Häufigkeit der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten ist erhöht.
5. Das ausreichende Trinken von ungesüßten Getränken in Familien ist gewährleistet.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Informationsmaterialien und Empfehlungen zur Ernährung, die sich an Kinder und Eltern richten, sind altersgruppenspezifisch aufbereitet und berücksichtigen sowohl kultur- als auch geschlechtsspezifische Aspekte.
- Leicht verständliche und eindeutige Lebensmittelkennzeichnung.

- Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet sowie der Platzierung in und um Kindersendungen.
- Förderung des Stillens

Zielgruppen / Multiplikator-(inn)en

- Kinder
- Jugendliche
- Eltern
- Lebensmittelindustrie

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Schule
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)
- Familienberatungsstellen / Familienzentren
- Stadtteil-/Bürgerzentren
- Hebammen

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- BMELV
- Bundesministerium für Wirtschaft
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- GKV
- PKV
- BZgA
- Kommunen
- Verbraucherschutzorganisationen

SETTING: KiTA

ZIEL 4: Die Lebenskompetenz von Kindern ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Kompetenzen der Kindertagesstätten zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder sind gestärkt.
2. Die Förderung der Kinder erfolgt individuell und bedarfsgerecht.
3. Mädchen und Jungen sind in ihrer Entwicklung geschlechter- und kultursensibel gefördert.
4. Die KiTas arbeiten mit den Eltern eng zusammen, um gemeinsam Belastungen der Kinder zu reduzieren.
5. Die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung von Kindern ist Bestandteil des Bildungsauftrages von KiTas.
6. Die KiTa ist Lernfeld für einen kompetenten Umgang mit Medien (PC, Fernsehen).

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Die Themen Lebenskompetenz und Konfliktlösungsstrategien werden in den Lehrplänen und in der Erzieher(innen)aus-, -fort und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen, weitere Träger von KiTas).
- In Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher/innen zur Kooperation mit den Eltern bei der Förderung von Lebenskompetenzen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsorientiert weiterentwickelt.
- Der Personal- und Betreuungsschlüssel in der Kleinkindbetreuung wird an den Erfordernissen einer individuellen und bedarfsgerechten Betreuung und Förderung ausgerichtet.
- KiTas engagieren sich im Sinne von Verhältnisprävention in gesundheitsförderlicher Netzwerkbildung und Stadtteilentwicklung.
- Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder in der KiTa liegen vor.
- KiTas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieherinnengesundheit zu verbessern.
- Erste Ansätze zur Anpassung des Lebenskompetenzprogramms an die KiTa werden ausgeweitet und flächendeckend umgesetzt.
- KiTas nutzen systematisch die Kompetenzen und Angebote anderer relevanter Partner vor Ort.

Zielgruppen / Multiplikator(innen)

- Kinder
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Ausbildungsinstitutionen von Erzieher(inne)n

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen
- Wohlfahrtsverbände
- KiTa-Träger

ZIEL 5: Bewegung von Kindern ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Bewegung ist in den Strukturen und Routinen der KiTa verankert.
2. Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt.
3. Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
4. Psychomotorisch orientierte Bewegungsförderungsansätze umfassen durch ihre Erlebnis- und Handlungsorientierung auch wesentliche Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.
5. Die Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern ist reduziert.
6. Motorische Defizite von Kindern bei Schuleintritt sind reduziert.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Bewegungsförderung ist in den Lehrplänen und in der Erzieher(innen)aus-, fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt.
- Bewegungsbaustellen erlauben es Kindern aus vorgefertigten aber verwendungsoffenen Materialien eigene Bewegungs- und Spiellandschaften zu gestalten.
- Im unmittelbaren Umfeld der KiTa stehen ausreichend Freiflächen zur Nutzung zur Verfügung.
- Die Raumausstattung von Kindertagesstätten wird bewegungsfreundlich verbessert.
- KiTas engagieren sich im Sinne von Verhältnisprävention in bewegungsförderlichen Netzwerken und kooperieren z. B. mit Sportvereinen.

- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher/innen zur ressourcenorientierten Kooperation mit den Eltern bei der Bewegung wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsorientiert weiterentwickelt.
- Bewegungsförderung ist Teil der Alltagsgestaltung in KiTas.

Zielgruppen / Multiplikator(innen)

- Kinder
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Ausbildungsinstitutionen von Erzieher(inne)n
- Unfallversicherungsträger
- Sportvereine

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen
- KiTa-Träger
- Wohlfahrtsverbände

ZIEL 6: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert

Exemplarische Teilziele

1. Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der KiTa ist gewährleistet und orientiert sich an den „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“.
2. Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kindern sind gestärkt. Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
3. Die altersgerechte Kompetenzentwicklung bzgl. Herkunft und täglichem Bedarf von Nahrungsmitteln ist in der pädagogischen Arbeit verankert.
4. Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher(innen) zu Ernährungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Die Berufsgruppe wird sensibilisiert für die Wahrnehmung von kindlichen Essstörungen.

- Der Austausch zwischen KiTa-Personal, Eltern und Caterern (und Kindern) in Hinblick auf einen ausgewogenen Speiseplan wird gefördert.
- Die KiTa nutzt ihre Möglichkeiten der spielerischen Ernährungserziehung und vermittelt praktisches Wissen.
- KITas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.

Zielgruppen / Multiplikator(inn)en

- Kinder
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Ausbildungsinstitutionen von Erzieher(inne)n
- Elternräte

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen
- KiTa-Träger
- Wohlfahrtsverbände

SETTING: SCHULE

ZIEL 7: Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Die Kompetenzen der Lehrer/innen zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind gestärkt.
2. Lebenskompetenzförderung ist in der Schulprofilbildung verankert.
3. Die Förderung der Schülerinnen und Schüler erfolgt individuell.
4. Alle Schülerinnen und Schüler werden in der Entwicklung geschlechter- und kultursensibel gefördert.
5. Die Medienkompetenz aller Schülerinnen und Schüler sowie ihrer Eltern ist in der Schule gestärkt.
6. Persönlichkeitsstärkung und Beziehungsfähigkeit ist essentieller Bestandteil des Unterrichts.
7. Prosoziales Verhalten nimmt zu; bei Mobbing und Bullying wird interveniert.
8. Lernangebote zum Stressmanagement sind im Unterricht und Schulalltag implementiert.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Die mit Lebenskompetenz verbundenen Themen wie Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in der Lehrer(innen)aus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Maßnahmen orientieren sich an der Schulorganisationsentwicklung.
- Schulen nutzen systematisch die Kompetenzen und Angebote außerschulischer Partner.
- Die internen Unterstützungssysteme, z. B. Schulpsychologie und Schulsozialarbeit, werden ausgebaut.
- Modelle der Inklusion für chronisch erkrankte und behinderte Kinder und Jugendliche werden entwickelt und umgesetzt (s. UN-Konvention zum Schutz und zur Förderung der Rechte behinderter Menschen).
- Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Schulmanagement werden umgesetzt.
- Zielgruppenspezifische Programme zur Sucht- und Gewaltprävention sowie der Förderung von Stressbewältigungskompetenzen sind Bestandteil der Lebenskompetenzförderung.
- Maßnahmen zur Förderung von Medienkompetenz werden so ausgerichtet, dass sie den Interessen von Jungen und Mädchen gerecht werden.

Zielgruppen / Multiplikator-(in)nen

- Kinder
- Jugendliche
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- Schule
- Träger der Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen für Lehrer/innen
- Elternräte
- Schulpsycholog(inn)en
- Sozialarbeiter/innen

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Kultusministerien der Länder
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen
- Schulträger

ZIEL 8: Bewegung von Kindern und Jugendlichen ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Bewegung ist in den Strukturen und Routinen der KiTa verankert.
2. Die Kompetenzen der Lehrerinnen und Lehrer zur Förderung der motorischen Entwicklung aller Schülerinnen und Schüler sind gestärkt.
3. Die Lehrkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
4. Bewegungsförderung ist in der Schulprofilbildung verankert.
5. Das Prinzip des bewegten Lernens ist umgesetzt.
6. Der Schulalltag ist rhythmisiert. Es wird unterschieden zwischen Unterrichtssituationen, in denen gelernt wird, und Pausen, die zur Entspannung und Erholung genutzt werden sollen.
7. Schulen bieten Bewegungsanlässe geschlechter- und kultursensibel für jede Altersstufe an.
8. Die Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern und Jugendlichen ist reduziert.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte zur Bewegungsförderung und Sicherheitserziehung wird verbessert und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Alle

Maßnahmen orientieren sich an der Schulorganisationsentwicklung.

- Bewegungsförderung findet nicht nur im Sportunterricht statt, sondern ist Teil der Alltagsgestaltung in Schulen (Unterrichts-, Raum und Pausengestaltung). Eine entsprechende Ausstattung innerhalb und außerhalb des Schulgebäudes ist vorhanden.
- Schulen nutzen systematisch die Kompetenzen und Angebote außerschulischer Partner zur Bewegungsförderung.
- Die Bewegungsfreude von Kindern und Jugendliche wird innerhalb des Sportunterrichts gefördert, dabei steht der Leistungsaspekt im Hintergrund.

Zielgruppen / Multiplikator(inn)en

- Kinder
- Jugendliche
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- Schule
- Elternräte
- Unfallverbände
- Sportvereine

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Kommunen
- Schulträger
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kultusministerien der Länder
- Träger von Aus-, Fort- und Weiterbildung

ZIEL 9: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.

Exemplarische Teilziele

1. Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen ist gewährleistet und orientiert sich an konsentierten Qualitätsstandards.
2. Die Kompetenzen der Lehrkräfte zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens aller Schülerinnen und Schüler sind gestärkt. Die Lehrkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
3. Interkultureller Austausch von Ernährungsangeboten findet statt.

4. Frische und saisonale Produkte werden regelhaft angeboten.
5. Schulen bieten Lernanlässe zur handlungsorientierten Ernährungsbildung. Prinzipien des individualisierten Unterrichts werden auch in der Ernährungsbildung aufgegriffen

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen wird insbesondere bei der Einrichtung von Ganztagschulen gewährleistet.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte zu Ernährungsfragen wird verbessert und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Die Berufsgruppe wird sensibilisiert für die Wahrnehmung von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler sind an der Ausgestaltung der Schulverpflegung beteiligt.
- Die Teilnahme aller Schülerinnen und Schüler an der Schulverpflegung ist sichergestellt.
- Praktische und theoretische Ernährungsbildung sind Bestandteil bestehender Schulfächer z. B. Biologie und Sozialkunde. Es findet außerdem eine kritische Auseinandersetzung mit Lebensmittelwerbung und -marketing statt.
- Kochen wird als interkulturelles Element mit Eltern und Schüler(inne)n genutzt.
- Die Themen Körperbild, Selbstbewusstsein, Essstörungen werden altersadäquat thematisiert und in den Schulunterricht eingebunden.
- Getränkeautomaten werden abgebaut und Trinkwasserspender unter Beachtung der Hygienevorschriften aufgestellt.
- Schulen nutzen die Kompetenzen anderer außerschulischer Partner (z. B. Beratungsstellen für Essstörungen).
- Das Beratungsangebot der regionalen Vernetzungsstellen zur Schulverpflegung wird genutzt.

Zielgruppen / Multiplikator(inn)en

- Kinder
- Jugendliche
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- Schule
- regionale Vernetzungsstellen zur Schulverpflegung
- Elternräte
- Beratungsstellen (z. B. für Essstörungen)
- DGE
- Schulpsycholog(inn)en

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Kommunen
- Schulträger
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kultusministerien der Länder
- Träger von Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte

ZIEL 10: Die Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie/Umfeld sind optimiert

Exemplarische Teilziele

1. Die Berichterstattung zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist systematisch ausgebaut.
2. Alle Kinder erhalten in Kitas und Schulen die Möglichkeit, sich gemäß ihrer Fähigkeiten zu entwickeln und werden dabei entsprechend gefördert.
3. Der Anteil der Jugendlichen, die keinen Schulabschluss erlangen, ist deutlich reduziert.
4. Gesundheitsmanagement ist in Kitas und Schulen aller Schulformen umfassend implementiert.
5. Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Eingliederungshilfe und Rehabilitation sind auf allen Ebenen vernetzt.
6. Die Quote der Kinder aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund, die Kindertagesstätten besuchen, ist deutlich erhöht.
7. Die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen sind erleichtert und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und Schulen gewährleistet.
8. Die Auswahl, der Einsatz und die Bewertung von Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt für alle Gesundheitszielbereiche nach geeigneten und transparenten Qualitätsindikatoren.
9. Die Angebote zur Versorgung von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten sind ausgebaut und ein flächendeckendes Versorgungsangebot ist vorhanden.
10. Die Durchimpfungsrate bei den empfohlenen Schutzimpfungen ist erhöht.

Beispielhaft geeignete Maßnahmen

- Auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene gibt es eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung, die als Planungsbasis für Maßnahmen dienen kann.

- Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente sind in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt.
 - Es gibt familienaufsuchende Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder, um die Eltern zur Kooperation zu motivieren und zu befähigen.
 - Der Personal- und Betreuungsschlüssel in der Kleinkindbetreuung wird an den Erfordernissen einer individuellen und bedarfsgerechten Betreuung und Förderung ausgerichtet.
 - Im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachberufe im Gesundheitswesen (Ärzterschaft, Hebammen, Arzthelfer/innen etc.) wird auf die Bedeutung des Impfens explizit hingewiesen. (Umsetzung in den Aus-Weiterbildungscurricula – Länder/Schulen, med. Fakultäten, Landesärztekammern).
 - Erstellung und Verbreitung zielgruppengerechter, kultursensibler, niedrigrschwelliger, qualitätsgesicherter Impfinformationen.
 - Sensibilisierung der Ärzteschaft durch Rückmeldung von kleinräumigen Impfquoten durch Verlinkung der entsprechenden Internetseiten von BÄK/KBV und ÖGD.
 - Das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V wird um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Störungen erweitert.
- IQWiG
 - BZgA
 - G-BA

Zielgruppen / Multiplikator(inn)en

- Kinder
- Jugendliche
- Erzieher/innen
- Eltern

Kooperationspartner/innen

- KiTa
- Elternräte
- Kinder- und Jugendhilfe
- Familienbildungsstätten
- Hebammen

Zuständigkeiten

- BMFSFJ
- Gesundheits- und Sozialministerien der Länder
- Familien- und Jugendministerien der Länder
- Kommunen (GBE, ÖGD)
- Bundes- und Landesärztekammer(n)
- Bundes- und Landespsychotherapeutenkammer(n)
- KiTa-Träger
- KBV / KV
- GKV
- PKV

Vorschläge für Startermaßnahmen

- Sensibilisierung der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren
- Das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V wird um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Störungen erweitert.
- Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.
- Gezielte Maßnahmen der Jugendhilfe in belasteten Regionen in Kooperation mit anderen Akteuren vor Ort.
- Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet sowie der Platzierung in und um Kindersendungen.
- Das Thema Lebenskompetenz wird in der Erzieher(innen)ausbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen, weitere Träger von KiTas).
- KiTas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieherinnengesundheit zu verbessern.
- Die Raumausstattung von Kindertagesstätten wird bewegungsfreundlich verbessert.
- KiTas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.
- Die mit Lebenskompetenz verbundenen Themen wie Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in der Lehrer(innen)aus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Maßnahmen orientieren sich an der Schulorganisationsentwicklung.
- Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Schulmanagement werden umgesetzt.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Lehrkräfte zur Bewegungsförderung und Sicherheitserziehung wird verbessert und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Alle Maßnahmen orientieren sich an der Schulorganisationsentwicklung.
- Die Bewegungsfreude von Kindern und Jugendliche wird innerhalb des Sportunterrichts gefördert, dabei steht der Leistungsaspekt im Hintergrund.
- Praktische und theoretische Ernährungsbildung sind Bestandteil bestehender Schulfächer z. B. Biologie

und Sozialkunde. Es findet außerdem eine kritische Auseinandersetzung mit Lebensmittelwerbung und -marketing statt.

- Getränkeautomaten werden abgebaut und Trinkwasserspender unter Beachtung der Hygienevorschriften aufgestellt.
- Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente sind in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt.
- Sensibilisierung der Ärzteschaft durch Rückmeldung von kleinräumigen Impfquoten durch Verlinkung der entsprechenden Internetseiten von BÄK/KBV und ÖGD.

4 Glossar

Adipositas

Bei der Adipositas (lat. *adeps* = fett) bzw. Fettleibigkeit, Fettsucht, Obesitas handelt es sich um ein starkes Übergewicht, das durch eine über das normale Maß hinausgehende Vermehrung des Körperfettes mit krankhaften Auswirkungen gekennzeichnet ist. Eine Adipositas liegt, nach WHO-Definition, ab einem Körpermasseindex (BMI) von 30 kg/m² vor, wobei drei Schweregrade unterschieden werden, zu deren Abgrenzung ebenfalls der BMI herangezogen wird. Indikatoren für den Anteil von Körperfett und dessen Verteilung sind der Bauchumfang und das Taille-Hüft-Verhältnis.

Angebote und Maßnahmen

Angebote und Maßnahmen sind einzelne oder ein Set konkreter Handlungen mit festgelegten Verantwortlichkeiten und evtl. Terminen, die durchgeführt werden, um ein Ziel oder Zwischenziel zu erreichen. Im Gegensatz zu Projekten sind hier in der Regel zeitlich unbefristete Regelleistungen gemeint. Maßnahmen sind Interventionen, die sich sowohl auf den Gesundheitszustand selbst, auf gesundheitsrelevante Strukturen, auf Gesundheitswissen, auf Gesundheitskompetenzen oder auch Gesundheitserfahrungen (Bsp. Gesundes Schulfrühstück) beziehen können.

Aktionsfelder

Aktionsfelder bezeichnen die verschiedenen Ebenen, auf denen bestimmte Ziele der Gesundheitsförderung umgesetzt werden.

Bei *gesundheitsziele.de* werden Aktionsfelder im Zuge der Zielentwicklung zu Beginn des Zieleprozesses identifiziert, um auf dieser Basis geeignete Teilziele formulieren zu können. Für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wurden z. B. die Aktionsfelder: Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung ausgewählt.

Bürger(innen)- und Patient(inn)enbeteiligung

Im Rahmen von gesundheitspolitischen Lenkungsprozessen bezieht sich Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen auf die kollektive Einbeziehung von Bürger-, Versicherten- und Patienteninteressen durch individuelle oder gruppenbezogene Repräsentanz in diversen Planungs- und Entscheidungsgremien im Gesundheitswesen. Dabei kann zwischen Beteiligung durch Einbringen der Meinungen von Bürger(inne)n über Umfragen (Stufe 1), Beteiligung durch Anhörungen oder Stellungnahmen (Stufe 2),

Beteiligung an Beratungen (Stufe 3) und schließlich Stimmrecht bei Entscheidungen (Stufe 4) unterschieden werden. Gesundheitspolitisch wurde die Diskussion in Deutschland durch eine EntschlieÙung der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) 1996 und der 7. Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen im Jahr 1998 mit Empfehlungen zur Umsetzung von mehr Bürger(innen)beteiligung angestoÙen. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in den letzten Jahren mehrfach für mehr Bürger/innen- und Patient(inn)enorientierung ausgesprochen.

Durch Neufassung des § 140 f SGB V im Rahmen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2003 wurde erstmalig die kollektive Beteiligung von Patient(inn)enorganisationen an den Abstimmungsprozessen in der Gesundheitsversorgung festgelegt. Darin ist geregelt, dass Patient(inn)en- und Verbraucher(innen)verbände sowie Selbsthilfeorganisationen mit beratender Stimme an Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 91 SGB V) und weiterer Zulassungs- und Landesausschüsse beteiligt werden.

D-A-CH-Referenzwerte

Die D-A-CH-Referenzwerte wurden von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in Kooperation mit den Fachgesellschaften in der Schweiz (SVE) und Österreich (ÖGE) erarbeitet. In den Tabellen der Referenzwerte werden Energiewerte und Nährstoffangaben dargestellt, die die Basis für die praktische Umsetzung einer vollwertigen Ernährung bilden.

Empowerment /

Befähigung zu selbst-bestimmtem Handeln

Empowerment lässt sich in einer programmatischen Kurzformel als „Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln“ ausdrücken. Laut WHO, die sich bei ihren Ausführungen auf die Gesundheitsförderung bezieht, sollen Individuen und soziale Gruppen durch bestimmte Prozesse (kultureller, sozialer, politischer oder psychologischer Art) einerseits dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse zum Ausdruck zu bringen und zu deren Befriedigung politische, kulturelle und soziale Aktivitäten zu erwirken. Andererseits soll die Befähigung bestehen, Sorgen vortragen sowie Strategien für die Einbeziehung in Entscheidungsprozesse entwerfen zu können. Dabei findet eine Unterscheidung zwischen individual empowerment (individuelle

Befähigung zu selbstbestimmten Handeln) und community empowerment (gemeinschaftsbezogene Befähigung zu selbst bestimmtem Handeln) statt. Während individual empowerment vor allem auf die Fähigkeit des Einzelnen, Entscheidungen zu treffen und Kontrolle über das persönliche Leben zu haben abzielt, bezieht community empowerment Individuen in gemeinschaftliches Handeln ein, um mehr Einfluss und Kontrolle über die Determinanten von Gesundheit und die Lebensqualität in ihrer Gemeinschaft zu gewinnen. Des Weiteren ist sie ein wesentliches Ziel von Gemeinschaftsaktionen für Gesundheit.

Evaluation

Unter Evaluation wird die systematische Sammlung, Analyse und Bewertung von Informationen über Aktivitäten, Eigenschaften und Ergebnisse von Projekten, Personen und Produkten verstanden. Die Evaluation ermöglicht die Gewinnung wichtiger Erkenntnisse über Stärken und Schwächen einer Maßnahme oder eines Projekts. Hierdurch verbessern sich die Grundlagen für projektbezogene Entscheidungen und es wird eine Basis für die Erhöhung der Effektivität und Effizienz geschaffen. Evaluiert werden können sowohl Strukturen (Strukturevaluation), Prozesse (Prozessevaluation) als auch Ergebnisse und Wirkungen der Maßnahmen (Ergebnisevaluation).

Des Weiteren wird zwischen der Eigen- und Fremdevaluation unterschieden. Bei der Eigenevaluation führt der Akteur einer Maßnahme die Evaluation in Eigenverantwortung durch, die Fremdevaluation erfolgt durch Außenstehende. Aufgabe des Evaluierenden ist es, geeignete Indikatoren zu spezifizieren, Vergleichsstandards festzulegen und empirische Daten zu erheben, um das Programm oder die Dienstleistung beurteilen zu können.

Evaluationskonzept

Für die Gesundheitsziele wurden auf der Ebene der Startermaßnahmen Indikatoren bzw. Indikatorfragen entwickelt und die dazugehörigen Datenquellen bzw. Datenlücken identifiziert. Die Konzepte erfüllen mehrere Funktionen:

- 1) Sie können den Grad der Zielerreichung abbilden.
- 2) Sie geben Projekt- und Maßnahmeträgern Anregungen und Hilfestellungen für die Evaluation ihrer Aktivitäten.
- 3) Sie geben der Gesundheitsberichterstattung und Routinesurveys Impulse für die Weiterentwicklung.

Familie

Der Familienbericht der Bundesregierung (2006) definiert Familien als biologisch, sozial oder rechtlich miteinander verbundene Einheiten von Personen, die mindes-

tens zwei Generationen umfassen, und gemeinsame und private Güter produzieren. Zu den gemeinsamen Gütern gehören u. a. die Reproduktion für den ökonomischen und kulturellen Fortbestand der Gesellschaft, die Erziehung und Bildung von Kindern sowie die Pflege und Sorge für die ältere Generation. Zu den privaten Gütern werden u. a. die Befriedigung emotionaler Bedürfnisse von Menschen gezählt, wie Intimität, Liebe, persönliche Erfüllung. Die privaten Güter sind eine notwendige Voraussetzung für die Produktion gemeinsamer Güter.

Frühe Hilfen

Laut Begriffsdefinition des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen umfassen Frühe Hilfen vielfältige, sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Wesentlich sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Zudem wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). In der Arbeit mit den Familien tragen Frühe Hilfen dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Erweisen sich die Hilfen als nicht ausreichend, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgt das Jugendamt dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden.

Früherkennungsuntersuchungen

Seit 1991 gibt es in Deutschland das bundesweit einheitliche Früherkennungsprogramm für Kinder. Es gewährt jedem Kind von der Geburt bis ins Jugendalter einen gesetzlichen Anspruch auf elf kostenlose Früherkennungsuntersuchungen: die U1 bis U9, die in den ersten sechs Lebensjahren durchgeführt werden, und die J1, die Jugenduntersuchung im Alter zwischen 12 und 14 Jahren. Bei diesen Untersuchungen wird der allgemeine Gesundheitszustand des Kindes erhoben und überprüft, ob es sich seinem Alter entsprechend entwickelt.

Gender Mainstreaming

Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.

„Gender“ kommt aus dem Englischen und bezeichnet die gesellschaftlich, sozial und kulturell geprägten Geschlechterrollen von Frauen und Männern. Diese sind - anders als das biologische Geschlecht - erlernt und damit

auch veränderbar. „Mainstreaming“ (englisch für „Hauptstrom“) bedeutet, dass eine bestimmte inhaltliche Vorgabe, die bisher nicht das Handeln bestimmt hat, nun zum zentralen Bestandteil bei allen Entscheidungen und Prozessen gemacht wird.

Als politische Strategie zur Gleichstellung der Geschlechter zielt Gender Mainstreaming darauf ab, dass bei sämtlichen (politischen) Aktivitäten die Auswirkungen für Frauen und Männer beachtet werden. Es geht dabei insbesondere auch um die Reorganisation beziehungsweise Verbesserung von politischen Entscheidungsprozessen, damit Frauen und Männer gleichberechtigt von ihnen profitieren können und erkannte Ungleichheiten nicht weiter fortbestehen.

Mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages am 1. 5. 1999 wurde auf EU-Ebene Gender Mainstreaming zum ersten Mal als verbindlicher Auftrag festgeschrieben: Art. 2 und 3 des Vertrages verpflichten alle Mitgliedsstaaten zu einer aktiven Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender-Mainstreaming-Ansatzes.

Die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive ist im Projektmanagement bei jedem Schritt – von der Problemanalyse bis zur Evaluation – relevant.

Geschlechtersensibilität

Geschlechtersensibilität beinhaltet die angemessene Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht bzw. der Lebensrealitäten von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen. Sie stellt zum einen einen politischen Standard dar, der auf Chancengleichheit bzw. die gleichberechtigte Teilhabe von Mädchen und Jungen bzw. Frauen und Männern in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zielt. Geschlechtersensibilität stellt aber darüber hinaus auch ein zentrales Kriterium der Qualitätssicherung dar mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsförderung zu verbessern und zu sichern. Nur eine geschlechtersensible Gesundheitsförderung kann eventuelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder Besonderheiten eines Geschlechts wahrnehmen bzw. Unterschiede, die zu Unrecht gemacht werden beseitigen und letztendlich für beide Geschlechter Wirksamkeit entfalten.

Gesundheitliche Chancengleichheit

Das Regionalbüro der WHO hat in seinem Rahmenkonzept „Gesundheit 21“ die Zielvorstellung gesundheitlicher Chancengleichheit formuliert. Danach sollen alle Menschen unabhängig von Bildungsstand, Berufsstatus, Einkommen, nationaler Zugehörigkeit, Ethnie, Generation, Alter und Geschlecht den gleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie die gleichen Chancen haben, ihre Gesundheit zu erhalten bzw. gesund zu werden. Um die-

ses Ziel zu erreichen müssen ungerechte Unterschiede im Gesundheitszustand Einzelner, gesellschaftlicher Gruppen, Regionen usw. abgebaut und benachteiligte Gruppen gezielt gestärkt werden.

Gesundheitsförderung

Nach dem Verständnis der WHO ist Gesundheitsförderung ein Konzept, das bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen sowie auf allen gesellschaftlichen Ebenen ansetzt. Ziel des Ansatzes ist es, Menschen zu befähigen, ihre Kontrolle über die gesundheitsbeeinflussenden Faktoren (Gesundheitsdeterminanten) zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern. Des Weiteren sollen bestehende Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung verschiedener sozialer Gruppen reduziert werden. Gesundheitsförderung ist demnach ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der neben der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen (Gesundheitshandeln) die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen (Verhältnisse, Strukturen, Kontexte) umfasst.

Gesundheitsziel

Managementkonzept im Gesundheitswesen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit und/oder Steuerung im Gesundheitssystem. Gesundheitsziele im engeren Sinne können sich direkt auf das Krankheits- oder Todesursachenspektrum richten oder zielen auf unterstützende Bereiche, wie Public-Health, Politik, Versorgung und Wissenschaft.

Im Rahmen von *gesundheitsziele.de* erfolgt eine Konkretisierung der Gesundheitsziele auf den vier Ebenen:

- a) Gesundheitsziel (engl. objective, goal)
- b) Teilziel (engl. target),
- c) Strategien
- d) Maßnahmen

Hinsichtlich des Zielbereichs und der Evaluation lassen sich zudem

- a) Strukturziele
- b) Prozessziele
- c) Ergebnisziele

unterscheiden. Erstere zielen auf die Einrichtungen der Prävention und Gesundheitsförderung oder Versorgung (Strukturen) ab. Prozessziele beziehen sich auf den Prozess der Leistungserbringung und die Konstellation von Leistungserbringern sowie Nutzer(inne)n innerhalb einer Versorgungseinrichtung. Ergebnisziele sind auf die gesundheitsbezogenen Ergebnisse ausgerichtet.

Indikatoren

Ein Indikator ist ein Merkmal, dessen Größe bzw. Ausprägung messbar oder konkret zu überprüfen ist. Indikatoren dienen als Ersatzmaß für die Erhebung von Informationen über bzw. die Messung von Phänomenen, die selbst nicht direkt gemessen werden können. (So stellt der insgesamt konsumierte Alkohol pro Kopf in einem Land während eines Jahres einen Indikator für das Ausmaß des Alkoholmissbrauchs dar.) Weiter lassen sich anhand von Indikatoren Veränderungen von Situationen anzeigen sowie vielschichtige Sachverhalte und Problemlagen auf eine konkrete Dimension verringern.

Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen sind lt. Kinder- und Jugendhilferecht alle institutionalisierten Angebote, in denen Kinder sich für einen Teil des Tages oder ganztägig aufhalten und in Gruppen gefördert werden. Die gebräuchlichste Form der Kindertageseinrichtungen sind die Krippe, der Kindergarten und der (Schul-)Hort. In der Krippe werden die Kinder bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres, im Kindergarten von drei Jahren bis zur Einschulung betreut. Der Hort ist für Schulkinder außerhalb der Unterrichtszeiten vorgesehen. Die Definition für Kindertagesstätte (KiTa) ist nicht eindeutig festgelegt und wird regional unterschiedlich gehandhabt. So kann darunter einerseits die Ganztagsbetreuung verstanden werden, andererseits die Betreuung von allen drei Altersgruppen (Krippe, Kindergarten, Hort) in einer Einrichtung. In Deutschland ist die Kindertagesbetreuung Teil der Kinder- und Jugendhilfe und in den §§ 22-26 SGBVIII rechtlich auf Bundesebene geregelt. Die Ausstattung der Kindertageseinrichtungen und der Anspruch auf Betreuung der Kinder sind durch 16 Ländergesetze unterschiedlich ausgestaltet. Kindertagespflege ist eine familiennahe Betreuungsform und zählt trotz zahlreicher Übergänge nicht zur institutionalisierten Kindertagesbetreuung.

Konsens

Konsens bedeutet, dass die Gesundheitsziele von allen beteiligten Akteuren gemeinschaftlich getragen werden. Diese einigen sich – jeder für den eigenen Verantwortungsbereich – auf eine gemeinsame Vorgehensweise zur Erarbeitung und Erreichung eines Gesundheitsziels.

Kultursensibilität

Die kulturelle Zugehörigkeit prägt Lebenswelten, Werte, Verhaltensweisen, Selbstverständnis und Überzeugungen von Gruppen und Individuen. Wahrnehmung und Handeln werden häufig erst einem kulturellen Hintergrund verstehbar. Kultursensibilität berücksichtigt mögli-

che kulturelle Differenzierungen im Selbstkonzept, Rollenverständnis und Bedürfnissen ohne das Gegenüber darauf festzulegen.

In der Pflege gibt es bereits seit einigen Jahren einen Diskurs darüber, wie diese Aspekte angemessen in pflegerisches Handeln umgesetzt werden können.

Lebenskompetenzen

Mit Lebenskompetenzen oder „Life Skills“ sind grundlegende allgemeine Kompetenzen bzw. Fertigkeiten gemeint, die es Menschen ermöglichen, alltägliche Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und ihr Leben ihren Vorstellungen entsprechend zu gestalten. In Bezug auf die Definition der WHO ist lebenskompetent, wer

- sich selbst kennt und mag,
- empathisch ist,
- kritisch und kreativ denkt,
- kommunizieren und Beziehungen führen kann,
- durchdachte Entscheidungen trifft,
- erfolgreich Probleme löst
- und Gefühle und Stress bewältigen kann.

Lebenskompetenz kann als eine menschliche Fähigkeit verstanden werden, soziale Regeln, erworbene (Lebens-)Fertigkeiten und Wissensbestände situations- und sachgerecht sowie zum richtigen Zeitpunkt (bspw. zur Erreichung eines gesundheitsbezogenen Ziels) einzusetzen. Die Begrifflichkeit der Kompetenz weist einerseits auf die Zuständigkeit für die eigene Gesundheit bezüglich Verantwortlichkeit und Selbstbestimmung hin. Andererseits sind damit aber auch gleichzeitig die persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten zu eben dieser Zuständigkeit gemeint.

Multiplikator(inn)en

Multiplikator(inn)en sind Personen, die Wissen und Erfahrungen innerhalb einer Gruppe oder Gemeinschaft weitergeben. In der Gesundheitsförderung tragen Multiplikator(inn)en Informationen über Gesundheitsverhalten und -verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen, in ihre Gruppe weiter, um die Gesundheitsressourcen und die Kompetenzen anderer Gruppenmitglieder stärken zu helfen.

Oberziel

Als Oberziel wird die übergeordnete Zielsetzung eines formulierten Gesundheitsziels bezeichnet, das durch Erreichung festgelegter (Teil)Ziele umgesetzt werden soll. Zum Beispiel lautet das Oberziel des Gesundheitsziels aus dem Themenbereich „Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen“: „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.“

Prävention

Die Prävention (Krankheitsverhütung) versucht durch vorbeugende Maßnahmen einen Krankheitseintritt abzuwenden, zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen abzumildern. Betroffene Personen sollen durch Präventionsmaßnahmen in ihrer Eigenverantwortung gestärkt und zur Selbsthilfe angeregt werden.

Dabei wird je nach Zeitpunkt der Intervention unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Diese Ansätze gehen auf Caplan (1964) zurück.

Die **Primärprävention** umfasst alle präventiven Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung. Sie dient der Gesunderhaltung bspw. durch Schutzimpfungen und bestimmte Prophylaxe-Maßnahmen. Eine Form der Primärprävention ist die Gesundheitsförderung.

Sekundärprävention (Vorsorge): Hier sollen bereits vorhandene, aber noch symptomlose Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und therapiert werden (z. B. Früherkennungsmaßnahmen wie Gesundheits-Check-Up und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen).

Tertiärprävention (Rehabilitation): Rückfälle und Folgeschäden eingetretener Krankheiten sollen durch Maßnahmen verhindert und abgemildert werden.

Ein neuerer Ansatz – auf Gordon (1983) zurückgehend und vom Institute of Medicine (1994) aufgegriffen – grenzt die Prävention von der Therapie ab, indem das Konzept der universellen, selektiven und indizierten Prävention eingeführt wurde. Alle diese Präventionsarten beziehen sich auf Personen, die keine aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweisen und daher auch keine medizinischen Dienste in Anspruch nehmen. Bei der **Universellen Prävention** handelt es sich um Maßnahmen, die der ganzen Bevölkerung zugute kommen und die in vielen Fällen ohne professionelle Hilfe anwendbar sind wie z. B. eine angemessene Ernährung. Der Nutzen der Maßnahmen steht hier in einem besonders positiven Verhältnis zum Aufwand. Bei der **Selektiven Prävention** liegt ein ungünstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis vor, so dass diesbezügliche Maßnahmen nur selektiv empfohlen werden können. Diese Selektion erfolgt dabei nach Zugehörigkeit zu einer Subgruppe mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko wie bspw. die Grippeimpfung älterer Menschen. **Indizierte Prävention** richtet sich an Personen, bei denen individuell gesicherte Risikofaktoren für eine bestimmte Erkrankung vorliegen. Da für diese Präventionsart bezüglich der indizierten Prävention der geeignete Personenkreis zunächst mit Hilfe von Screeningmaßnahmen identifiziert werden muss (z. B. Kontrolle des

Bluthochdrucks), sind entsprechende Präventionsstrategien zumeist sehr aufwendig.

Neben den genannten Unterscheidungsdimensionen werden Präventionsmaßnahmen danach eingeteilt, inwiefern sie auf das Individuum oder seine Lebensumwelt abzielen. Diesbezüglich wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden.

Pragmatischer Ansatz

Die Auswahl der Gesundheitsziele sowie die Formulierung Ober- und Teilziele erfolgt pragmatisch, d.h. wissenschaftlich reflektiert und zugleich handlungsorientiert. Von zentraler Bedeutung sind außerdem politische bzw. umsetzungs- und implementierungsbezogene Kriterien (z. B. die Machbarkeit bei der Zielauswahl).

Qualitätssicherung

Unter Qualitätssicherung werden Maßnahmen zur Sicherstellung guter Qualität, auch bei Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verstanden. Sie umfasst unter anderem die folgenden Elemente:

- Wissensbasierte Voruntersuchung des Problems
- Überblick über die Problemlage (Ist-Analyse)
- Interventionsstrategien, die dem Problem angemessen sind
- Evaluationsmethoden, die den Strategien und Maßnahmen angepasst sind
- Bewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext
- Sicherstellung der Anwendbarkeit und Nutzbarkeit der Ergebnisse

Qualitative / Quantitative Zielformulierung

Ziele können entweder qualitativ definiert werden (z. B.: „Der Gesundheitszustand der Zielgruppe soll verbessert werden.“) oder quantitativ (z. B.: „Die Brustkrebsmortalität soll bis zum Jahr XY um x % sinken“).

Quantifizierung

Quantifizierung meint allgemein die Einführung messender Methoden in ein Sachgebiet sowie die Anwendung mathematischer und statistischer Methoden zum Zählen bzw. Messen von Merkmalen in der Wissenschaft.

Im Rahmen von Gesundheitszielprogrammen bedeutet Quantifizierung die Einführung von Indikatoren (= Anzeigern) zur Bewertung der Zielerreichung oder der mit dem Ziel verbundenen einzelnen Maßnahmen. Diesbezüglich kann eine zahlenmäßig fixierte Vorgabe gemeint sein, wie bspw.: „Die derzeit vorhandenen Unterschiede in der Mortalität zwischen Statusgruppe A und Statusgruppe B sollen in 10 Jahren um 15 % kleiner sein“.

Querschnittsanforderungen

Querschnittsanforderungen sind festgelegte Aspekte, die während des gesamten Gesundheitszieleprozesses - also von der Formulierung der Ober- und Teilziele über die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung bis hin zur Evaluation - zu berücksichtigen sind.

Die Querschnittsanforderungen beziehen sich auf:

- Gender Mainstreaming
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Bürger(innen)- und Patient(inn)enbeteiligung
- Stärkung der Selbsthilfe
- Prävention auch bei Krankheitszielen
- Evidenzbasierung
- Intersektorale Verzahnung und Integration

Schule

In der Bundesrepublik Deutschland müssen alle Kinder bzw. Jugendlichen eine allgemeinbildende Schule besuchen. Die Dauer der Vollzeitschulpflicht (allgemeine Schulpflicht) beträgt in den meisten Ländern neun, in einigen auch zehn Jahre und die anschließende Teilzeitschulpflicht (Berufsschulpflicht) drei Jahre. Die Allgemeine Hochschulreife kann nach Jahrgangsstufe 12 oder 13 erworben werden.

Die aus der föderalen Struktur des Bildungswesens resultierende Vielfalt schulischer Bildungsgänge machen länderübergreifende Regelungen erforderlich. So wurde und wird auf der Grundlage des sogenannten Hamburger Abkommens (vom 28.10.1964, Neufassung von 1971) die gemeinsame Grundstruktur des Bildungswesens in der Bundesrepublik gestaltet. Die Kultusministerkonferenz (KMK) sichert durch ihre Beschlüsse und Vereinbarungen die Übereinstimmung oder Vergleichbarkeit der schulischen Bildungsgänge und ihrer Abschlüsse. Durch ihre Empfehlungen zu Fächern und Lernbereichen macht sie inhaltliche Vorgaben, die in den Lehr- bzw. Bildungs- und Rahmenplänen der Länder umgesetzt werden.

Selbsthilfe

Gesundheitliche Selbsthilfe ist eine besondere Form des freiwilligen gesundheitsbezogenen Engagements. Sie findet innerhalb selbst organisierter, eigenverantwortlicher Gruppen, in denen sich Betroffene einschließlich ihrer Angehörigen zusammenschließen, statt. Für die Bewältigung von Krankheiten durch psychosoziale Unterstützung außerhalb familiärer Netzwerke und professioneller Dienstleistungssysteme kommt der Selbsthilfe eine hohe Bedeutung zu. Sie bildet damit eine wichtige Säule im System gesundheitlicher Versorgung und leistet einen eigenständigen Beitrag zur Gesunderhaltung und Pro-

blembewältigung insb. chronisch Kranker und Behinderter.

Die Selbsthilfebewegung nahm in Deutschland in den 70er Jahren ihren Anfang und konnte sich Anfang der 80er Jahre auch strukturell etablieren. Sie hat wesentlich zu einer veränderten Rolle der Patient(inn)en beigetragen und die Interessen von Patient(inn)en im Gesundheitswesen vertreten.

Es finden sich drei Organisationsformen der Selbsthilfe: Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene und Selbsthilfekontaktstellen. Seit dem Jahr 2000 ist die Selbsthilfeförderung durch die Gesetzliche Krankenversicherung in § 20 Abs. 4 SGB V verpflichtend geregelt.

Settingansatz

Mit dem Begriff „Setting“ wird ein überschaubares sozial-räumliches System wie z. B. Schule, Kindertagesstätten, Krankenhaus, Betriebe, Stadtteil, Kommune oder Familie, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen, bezeichnet. Settingorientierte Interventionen richten sich an die strukturellen Bedingungen des Settings sowie an die involvierten Personengruppen.

Seit seiner Entwicklung durch die WHO Ende der 80er Jahre gilt der Settingansatz als Instrument zur praktischen Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta (Gesundheitsförderung). Seine besondere Bedeutung für die Gesundheitsförderung von sozial Benachteiligten erhält er dadurch, dass er einen gleichermaßen verhaltens- und verhältnisorientierten Ansatz der Gesundheitsförderung darstellt.

Ein Setting kann in einem umfassenden Sinn verstanden werden als ein durch formale Organisation, durch regionale Situation und/oder gleiche Werte bzw. Präferenzen definierter, relativ dauerhafter und zumindest ansatzweise verbindlicher Sozialzusammenhang, von dem wichtige Impulse auf die Wahrnehmung von Gesundheit, Gesundheitsbelastungen und/oder Gesundheitsressourcen sowie auf alle Formen der Bewältigung von Gesundheitsrisiken (Balance zwischen Belastung und Ressourcen) ausgehen können.

Startermaßnahmen

Aus dem Katalog exemplarischer, empfohlener Maßnahmen werden einzelne sog. Startermaßnahmen ausgewählt, die bedeutsam für das Gesundheitsziel und machbar sowie zeitnah umsetzbar sind.

Teilziele

Unter Teilzielen wird die Konkretisierung eines formulierten Oberzieles verstanden. Das Gesundheitsziel „Gesund

aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ beinhaltet bspw. die Teilziele „Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht“ oder „Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder bzw. Jugendliche liegen vor“.

Umfeld

Im Zusammenhang des Settings „Familie und Umfeld“ bezeichnet das Umfeld die vielfältigen Einflüsse, die die Lebenswelt der Familie prägen. Hierzu gehören das soziale Umfeld, Nachbarschaften, Stadtteile und ihre Infrastruktur, Freizeit und Wohnbedingungen.

Umwelt

Die Gesamtheit der direkt oder indirekt auf ein Lebewesen einwirkenden Faktoren, die einerseits die Lebensgrundlagen hinsichtlich biologischer, chemischer und physikalischer Einflüsse auf einen Menschen umfassen, andererseits die sozialen und kulturellen Gegebenheiten, die im wesentlichen durch die Mitmenschen über die Familienmitglieder hinaus geprägt werden.

Verhaltensprävention

Verhaltensprävention bezeichnet eine Strategie, die beim Individuum mit dem Ziel ansetzt, das Verhalten des Einzelnen positiv (d.h. risikoreduzierend) zu beeinflussen. Modelle der Verhaltensprävention richten den Fokus auf individuelle Determinanten von Verhalten sowie auf entsprechende Modelle der Verhaltenssteuerung, wie sie in der Sozial- und Gesundheitspsychologie vorgeschlagen werden.

Verhältnisprävention

Modelle, die das individuelle Verhalten stärker in Abhängigkeit von Umweltbedingungen sehen, bilden den Rahmen für Ansätze der Verhältnisprävention. Diese setzen den Fokus nicht auf das einzelne Individuum, sondern auf dessen Umgebungsbedingungen, z. B. die „gesunde Schule“. Solche Interventionskonzepte zielen darauf ab, das Individuum mittelbar über die Veränderung von Faktoren der physikalischen oder sozialen Umwelt zu beeinflussen.

Wirkungsrichtung von Zielen

Die Wirkungsrichtung von Gesundheitszielen kann in der Erhöhung, Reduzierung oder Stabilisierung liegen.

Zielbereiche

Die unterschiedlichen Zielbereiche für *gesundheitsziele.de* sind:

1. Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug
2. Gesundheitsziele zu Gesundheitsförderung und Prävention
3. Gesundheitsziele zu Bevölkerungs- und Altersgruppen
4. Gesundheitsziele mit Bürger(innen)- und Patient(inn)enorientierung

Zielekorb

Unter einem Zielekorb wird die Zusammenstellung von Themenvorschlägen zu einem Zielbereich verstanden. Zum Beispiel finden sich im Zielekorb zum Zielbereich „Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug“ die Themenbereiche Herz-Kreislaufkrankungen oder bösartige Neubildungen.

Zielthema

Die Zielekörbe werden durch bestimmte Zielthemen konkretisiert. Zum Beispiel beinhaltet der Zielekorb für den Bereich „Gesundheitsziele mit Krankheitsbezug“ die Zielthemen Depressionen, Diabetes oder Brustkrebs.

5 Literaturverzeichnis

Altgeld T et al. (2006) Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 389–404

Altgeld T, Kolip P (2004) Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Koltz T, Haisch J (Hrsg) *Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung*. Hans Huber Verlag, Bern, S 41–51

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2008) *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008) *Leitfaden Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008*. Bergisch Gladbach

Bauch A, Mensink GBM, Vohmann et al. (2006) EsKiMo - Die Ernährungsstudie bei Kindern und Jugendlichen. *Ernährungs-Umschau* 53: 380–385

Bengel J, Meinders-Lücking F, Rottmann N (2009) Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 35. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Bengel J, Strittmacher R, Willmann H (2001) Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Bös K, Worth A, Opper E, Oberger J, Woll A (2009). *Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Forschungsreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 5. Nomos Verlag, Baden Baden

Bös K (2003) Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. In: Schmidt W, Hartmann-Tews I, Bretschneider WD (Hrsg) *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Hofmann, Schorndorf, S 85–107

Bühler A, Schröder A, Silbereisen RK (2007) Welche Lebensfertigkeiten fördert ein suchtpreventives Lebenskompetenzprogramm. Quantitative und qualitative Ergebnisse einer schulbasierten Interventionsstudie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 15: 1–13

Bühler A, Heppekausen K (2005) *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV), Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008) *Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten*. Inform. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Berlin, Bonn

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009) *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. 13. Kinder- und Jugendbericht. Bonn

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2003) *gesundheitsziele.de*. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2006) *Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland – gesundheitsziele.de*. Nationales Gesundheitsziel *Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln*. Berlin

- Bundesministerium für Gesundheit** (2008) Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin
- Bundesregierung** (2008) Lebenslagen in Deutschland. 3. Armuts- und Reichtumsbericht. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg) (2006) Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Köln
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg) (2003) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln
- Deutscher Bundestag** (2009a) Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht – Berlin. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf>. Zugriff am 07.10.2009
- Deutscher Bundestag** (2009b) Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung** (DGE) (Hrsg) (2008) Ernährungsbericht 2008. Bonn
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung** (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE), Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE) (Hrsg) (2008) Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Umschau/Braus, Frankfurt am Main
- Eggert D, Brandt K, Jendritzki H, Küppers B** (2000) Verändern sich die motorischen Kompetenzen von Schulkindern? Sportunterricht 49: 350–355
- Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M** (1997) Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädispositionen für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Gegenwärtiger Stand der Forschung. Nervenarzt 68: 683–695
- Erhart M, Hölling H, Bettge S, Ravens-Sieberer U, Schlack R** (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50: 800–809
- Faltermaier T** (2005) Gesundheitspsychologie. Kohlhammer, Stuttgart
- Fonds Gesundes Österreich: Gesundheit für alle!** Glossar (2005). Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar>. Zugriff am 12.08.2009
- Forschungsinstitut für Kinderernährung** (FKE) (2007) OptimiX: Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen. FKE, Dortmund
- Franzkowiak P, Sabo P** (Hrsg) (1993) Dokumente der Gesundheitsförderung. Sabo, Mainz
- Gemeinsamer Bundesausschuss** (2007) Screening auf Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung/Kindesmissbrauch: Zusammenfassender Bericht der Themengruppe Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung gemäß §25 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit §135 Abs. 1 SGB V. Gemeinsamer Bundesausschuss, Siegburg
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.** (2002) Band 37. Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Akademische Verlagsgesellschaft Aka, Berlin
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.** (2008): Befragung der Länder zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“. Unveröffentlicht.
- Glossar zu den Arbeitshilfen „Aktiv werden für Gesundheit“:** Verfügbar unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_toolbox.glossar.html. Zugriff am 10.09.2009
- Graf C, Koch B, Kretschmann-Kandel E et al.** (2004) Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in childhood (CHILT-Project). International journal of obesity 28: 22-26
- Großmann R, Scala K** (2006) Gesundheit durch Projekte fördern. Juventa-Verlag, Weinheim und München
- Haan G de, Harenberg D** (1999) Bildung für eine nachhaltige Entwicklung. Gutachten zum Programm. Materialien zur Bildungsplanung und Forschungsförderung, Heft 72. Bonn.

- Hölling G, Brasseit U** (2003) Gesundheitsziele zur Stärkung der gesundheitlichen Kompetenz von Bürgern und Patienten. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 46: (2), 128–133
- Jerusalem, M. & Meixner, S.** (2009) Lebenskompetenzen. In: Lohaus, A. & Domsch, H. (Hrsg.). Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter (S. 141–157). Heidelberg.
- Jerusalem M, Klein-Heßling J, Mittag W** (2003) Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 11: 247–262
- Junge J et al.** (2002) Gesundheit und Optimismus (GO). Trainingsprogramm für Jugendliche. Beltz Verlage, Weinheim, Basel, Berlin
- Kardoff von E** (2003) Kompetenzförderung als Strategie der Gesundheitsförderung. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim, S 134–137
- Kersting M, Alexy U, Kroke A, Lentze MJ** (2004) Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der DONALD Studie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 47: 213–218
- Kickbusch I, Maag D, (2006) Health Literacy: Towards active health citizenship.** In: Sprenger M (Hrsg) Public health in Österreich und Europa. Festschrift Horst Noack, Graz, S 151–158
- Klaes L, Cosler D, Rommel A, Zens YCK** (2003) Dritter Bericht zum Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Bewegungs-Check-Ups im Rahmen der Gemeinschaftsaktion von AOK, DSB und WIAD „Fit sein macht Schule“. WIAD, Bonn
- Klauer KJ** (2001) Handbuch kognitives Training. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen
- Krappmann L** (2002) Bildung als Ressource der Lebensbewältigung. In: Münchmeier R, Otto HU, Rabe-Kleberg U (Hrsg) Bildung und Lebenskompetenz. Opladen. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/standpunkte-bjk/data/sammelband.html> [20.6.2009]
- Kurth BM, Schaffrath-Rosario A** (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 736–743
- Kurth BM, Bergmann KE, Dippelhofer A, Hölling H, Kamtsiuris P et al.** (2002) Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 852–656
- Lampert T, Mensink G, Romahn N, Woll A** (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 634–642
- Lampert T, Mensink GBM, Hölling H, Schlack R, Kleiser C, Kurth BM** (2009) Entwicklung und Evaluation der nationalen Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche. Welchen Beitrag leistet der Kinder- und Jugendgesundheits survey des Robert Koch-Instituts (KiGGS)? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 52: 905–918
- Laucht M, Esser G, Schmidt MH** (1997) Wovor schützen Schutzfaktoren? Anmerkungen zu einem populären Konzept der modernen Gesundheitsforschung. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 29: 260–270
- Lohaus A, Domsch H** (Hrsg.) (2009) Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kinder und Jugendalter. Springer, Heidelberg
- Mensink GBM, Bauch A, Vohmann C, Stahl A, Six J et al.** (2007) EsKiMo – Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 902–908
- Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, Story M, Croll J, Perry C** (2003) Family meal patterns: Associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents. Journal of the American Diet Association 103: 317–322
- Neuhäuser G** (2001) Entwicklungsneurologische Grundlagen der Psychomotorik. In: Zimmer R, Hunger I (Hrsg) Kindheit in Bewegung. Hofmann, Schorndorf

Nicklas TA et al. (2004) Children's meal patterns have changed over a 21-year period the Bogalusa Heart Study. *Journal of the American Dietetic Association* 104:(5) 753–761

NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2009) Begriffsbestimmung „Frühe Hilfen“. Verfügbar unter: <http://www.fruehehilfen.de/4010.0.html>. Zugriff am 29.09.2009

Opper E, Worth A, Wagner M, Bös K (2007) Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 879-888

Opper E, Worth A, Bös K (2005) Kinderfitness – Kinder- und Jugendgesundheitsforschung – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 48: 854-862

Paulus P (2009a) *Anschub.de* – Ein Programm zur Förderung der guten gesunden Schule. Waxmann, Münster

Paulus P (2009b) Gesundheitsförderung in Kooperation von Schule, Jugendhilfe und anderen Partnern. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Verfügbar unter: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=939&Jump1=RECHTS&Jump2=60>. Zugriff am 22.10.2009

Petermann F, Schmidt MH (2006) Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie. *Kindheit und Entwicklung* 15: (2) 118–127

Raczek J (2002) Entwicklungsveränderungen der motorischen Leistungsfähigkeit der Schuljugend in drei Jahrzehnten (1965–1995). Tendenzen, Ursachen und Konsequenzen. *Sportwissenschaft* 32: (2) 201–216

Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 50: 871–878

Richter M (2005) *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Der Einfluss sozialer Ungleichheit*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Robert Koch-Institut (2008) *Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS 2003-2006): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland*. Berlin

Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008) *Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin und Köln

Robert Koch-Institut (2009) *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin

Röhrle B (2009) Evaluationsprogramme zu Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention – was können sie leisten? Verfügbar unter: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=939&Jump1=RECHTS&Jump2=60>. Zugriff am 21.10.2009

Rychen DS (2008) OECD Referenzrahmen für Schlüsselkompetenzen – ein Überblick. In: Bormann I, de Haan G (Hrsg) *Kompetenzen der Bildung für nachhaltige Entwicklung. Operationalisierung, Messung, Rahmenbedingungen, Befunde*. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S 15-22

Scheithauer H, Petermann F (1999) Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 8: 3–14

Schnabel PE (2001) *Gesundheitsfördernde Familie*. Juventa Verlag, Weinheim und München

Seiffge-Krenke I (1994) *Gesundheitspsychologie des Jugendalters*. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen

Settertobulte W, Ravens-Sieberer U, Wille N (2007) *Gesund groß werden. Gesundheit und Gesellschaft Spezial* 6: 10–12

Smedley BD, Syme SL (2001) *Promoting Health, Intervention Strategies from Social and Behavioral Reserach*. Washington

Sommerhalder K, Abel T (2007) „Gesundheitskompetenz: eine konzeptuelle Einordnung“. Bericht im Auftrag des BAG, Bern. Verfügbar unter: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de>. Zugriff am 20.06.2009

Stewart-Brown S (2006) What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>. Zugriff am 15.06.2009

Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ et al. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics* 146: 732–737

Sygyusch R (2005) Jugendsport – Jugendgesundheit. Ein Forschungsüberblick. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 48: 863–872

Vaitl D, Petermann F (2004) Entspannungsverfahren. *Das Praxishandbuch*. Beltz, Weinheim

Vohmann C, Oepping A, Hesecker H (2005) Lebensmittelverzehr und Nährstoffaufnahme im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Hesecker H (Hrsg) *Neue Aspekte der Ernährungsbildung*. Umschau Zeitschriften Verlag, Frankfurt, S 71–78

Wabitsch M (2004) Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Deutschland. Aufruf zum Handeln. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 47: 251–255

Waller H (2005) *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart

Weinert FE (2001) Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg) *Leistungsmessungen in Schulen*. Beltz, Weinheim, S 17–31

Witteriede H (2008) Glossar zu Gesundheitsbegriffen im Themenfeld Gesundheit - Bildung - Entwicklung. In: „die initiative: Gesundheit, Bildung, Entwicklung in Niedersachsen“ (Hrsg). Verfügbar unter: www.dieinitiative.de. Zugriff am 15.09.2009

World Health Organization (WHO) (1994) *Life skills education in schools*. WHO, Genf

World Health Organization (WHO) (2008) *Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey*. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

Zubrängel S, Settertobulte W (2003) Körpermasse und Ernährungsverhalten von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg) *Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Juventa Verlag, Weinheim, S 159–182

6 Autor(inn)enverzeichnis

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel. 0511/38 81-18 90
thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

Kevin Dadaczynski, Dipl.-Gesundheitswirt, M.Sc.

Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG)
Leuphana Universität Lüneburg
Wilschenbrucher Weg 84a
21335 Lüneburg
Tel. 04131/677-79 64
dadaczynski@leuphana.de

Prof. Dr. Helmut Heseke

Universität Paderborn
Warburger Str. 100
33098 Paderborn
Tel. 052 51 / 60-38 35
heseke@evb.upb.de

Gabriele Klärs, Gesundheitswissenschaftlerin, MPH

Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e. V.
gesundheitsziele.de
Hansaring 43
50670 Köln
Tel. 02 21 / 9128 67-28
g.klaers@gvg-koeln.de

Dr. Thomas Lampert

Robert Koch-Institut
General-Pape-Str. 62–64
12101 Berlin
Tel. 030 / 187 54-33 04
t.lampert@rki.de

Dr. Hanna Permien

Deutsches Jugendinstitut
Nockherstr. 2
81541 München
Tel. 089 / 623 06-162
permien@dji.de

Prof. Dr. Peter Paulus

Institut für Psychologie / Zentrum für Angewandte
Gesundheitswissenschaften (ZAG)
Leuphana Universität Lüneburg
Wilschenbrucher Weg 84a
21335 Lüneburg
Tel. 04131/677-17 02
paulus@leuphana.de

Prof. Dr. Matthias Richter

Faculty of Medicine / Institute of Social and Preventive
Medicine (ISPM)
Niesenweg 6
CH – 3012 Bern
Tel. +41 / 31 / 63134 29
mrichter@ispm.unibe.ch

7 Mitglieder der AG7

- Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Vorsitz)
- Sarah Dauven, Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
- Dr. Justina Engelbrecht, Bundesärztekammer
- Simone Franke-Müller, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Prof. Dr. Thomas Hartmann, Hochschule Magdeburg-Stendal
- Ursula Horzetzky, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
- Heidrun Jansen-Cornette, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Dr. Heike Jung, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
- Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, Technische Universität Dresden
- Gabriele Klärs, GVG
- Dr. Johannes Klein-Heßling, Bundespsychotherapeutenkammer
- Dr. Thomas Lampert, Robert Koch-Institut
- Harald Lehmann, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Elisabeth Müller-Heck, Senatverwaltung Bildung, Wissenschaft und Forschung Berlin (KMK)
- Karin Niederbühl, Verband der Ersatzkassen e. V.
- Prof. Dr. Peter Paulus, Universität Lüneburg
- Dr. Horst Peretzki, Bundesministerium für Gesundheit
- Dr. Hanna Permien, Deutsches Jugendinstitut
- Dr. Thomas Poschkamp, Gesundheitsamt Düsseldorf
- Beate Proll, Landesinstitut für Lehrerbildung und Schulentwicklung Hamburg
- Dr. Paul Rheinberger, Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Michael Römer, Bundesministerium für Gesundheit
- Sabine Schindler-Marlow, Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf
- Bernhard Scholten, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
- Dr. Harald Strippel, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
- Dr. Gabriele Windus, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
- Prof. Dr. Alexander Woll, Universität Konstanz
- Dr. Beate Zelazny, Hessisches Kultusministerium

An der Ausarbeitung zum Thema „Impfen“ waren außerdem die folgenden Expert(inn)en beteiligt:

- Sigrid Falke, Bundesministerium für Gesundheit
- Dr. Fabian Feil, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit
- Dr. Angelika Hornig, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz
- Dr. Claudia Kuhnhen, Bundesverband für den öffentlichen Gesundheitsdienst
- Dr. Thomas Mandel, GKV-Spitzenverband
- Dr. Sabine Reiter, Robert Koch-Institut
- Silja Wortberg, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: Schleuse01 Werbeagentur GmbH

Foto: Getty Images

Druck: Silberdruck

Gedruckt auf Recyclingpapier

Stand: Januar 2010

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestellnr.: BMG-V-10001
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
Telefon: 018 05/77 80 90*
Fax: 018 05/77 80 94*
Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

* Kostenpflichtig, 14 Ct/Min. aus dem deutschen Festnetz,
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie von Montag bis Donnerstag zwischen 8 und 18 Uhr und Freitag zwischen 8 und 12 Uhr (kostenpflichtig) unter folgenden Telefonnummern:

Fragen zum Versicherungsschutz

018 05/99 66-01*

Fragen zur Krankenversicherung

018 05/99 66-02*

Fragen zur Pflegeversicherung

018 05/99 66-03*

Fragen zur gesundheitlichen Prävention

018 05/99 66-09*

Fragen zur Suchtvorbeugung

02 21/89 20 31**

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service, Schreibtelefon

018 05/99 66-07*

Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon

018 05/99 66-06*

Gebärdentelefon Video over IP

gebaerdentelefon.bmg@sip.bmg.buergerservice.bund.de

Newsletter

Wenn Sie alle 14 Tage Informationen rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention erhalten möchten, abonnieren Sie unseren Newsletter unter: www.bmg-newsletter.de

Gesundheitspolitische Informationen

Die Gesundheitspolitischen Informationen erscheinen alle zwei Monate und behandeln Themen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Prävention. Die kostenlose Publikation wird Ihnen per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gpi.de

Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie jederzeit kostenlos anfordern:

Bestellnr.: BMG-G-07014

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 018 05/77 80 90*

Fax: 018 05/77 80 94*

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung
Postfach 48 10 09
18132 Rostock

Internetportale

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie unter: www.bmg.bund.de

* Kostenpflichtig, 14 Ct/Min. aus dem deutschen Festnetz, abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich.

** BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung
Mo-Do 10-22 Uhr, Fr-So 10-18 Uhr

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.