

gesundheitsziele.de

**Forum zur Entwicklung und Umsetzung von
Gesundheitszielen in Deutschland**

Bericht

Auszug der Ergebnisse von AG 7

Gesund aufwachsen:

Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

14. Februar 2003

Teil II

Die Gesundheitsziele

9. **Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung**

9.1	EINLEITUNG.....	132
9.1.1	HINTERGRUND.....	132
9.1.2	RELEVANZ DES THEMAS.....	132
9.1.3	AKTIONSFELDER.....	134
9.1.4	VORGEHENSWEISE.....	139
9.2	ZIELE.....	143
9.3	TABELLARISCHE ÜBERSICHT.....	144
9.4	MAßNAHMENSKIZZEN.....	156
9.4.1	SETTINGANSATZ „GESUNDHEITSFÖRDERNDE KINDERTAGESSTÄTTE“.....	157
9.4.2	AUF- UND AUSBAU VON SERVICE- UND BERATUNGSSTRUKTUREN ZUR GESUNDHEITSFÖRDERNDEN SCHULENTWICKLUNG.....	158
9.4.3	STÄRKERE IMPLEMENTATION DES SETTINGANSATZES IN BERUFSBILDENDEN SCHULEN.....	159
9.4.4	GESUNDHEITSBEZOGENE, AUFSUCHENDE ANGEBOETE FÜR JUNGE, SOZIAL BENACHTEILIGTE FAMILIEN.....	161
9.4.5	AUSBAU UND VERNETZUNG FAMILIENBEZOGENER ANGEBOETE IN SOZIAL BENACHTEILIGTEN STADTTTEILEN.....	162
9.5	LITERATUR.....	163
9.6	MITGLIEDER DER AG.....	165

9.1 Einleitung

9.1.1 Hintergrund

Kinder und Jugendliche stellen eine Bevölkerungsgruppe dar, bei der gesundheitsförderliche Verhaltensweisen entscheidend geprägt werden und der Aufbau von Gesundheitsressourcen für das spätere Gesundheits- und Krankheitsverhalten eine wichtige Rolle spielt. Mit der Entscheidung, Kinder und Jugendliche bereits in der ersten, exemplarischen Definitionsphase von nationalen Gesundheitszielen einzubeziehen, hat *gesundheitsziele.de* neue Akzente in der bevölkerungs- und altersgruppenbezogenen Zieldefinition gesetzt. Obwohl die Krankheitslast in dieser Altersgruppe vergleichsweise geringer ist als im höheren Lebensalter, etablieren sich langfristig wirksame Gesundheitsrisiken bereits bei Kindern und Jugendlichen. Damit ist die präventive Ausrichtung dieser Akzentsetzung besonders deutlich. Maßnahmen zu Verbesserungen der gesundheitlichen Lage und des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen, die in den Lebensumfeldern Kindertagesstätten, Schulen und der Familie ansetzen, könnten annähernd ein Fünftel der Bevölkerung in Deutschland betreffen.

Auf internationaler und nationaler Ebene ist der Ansatz, Gesundheitsziele explizit für Kinder und Jugendliche zu definieren, relativ neuartig. In den bisher formulierten Zielpapieren auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation oder nationaler Zielprogramme – beispielsweise in Großbritannien und den Vereinigten Staaten – beziehen sich zwar Einzelziele auf die Gesundheit einzelner Bevölkerungsgruppen und damit auch unterschiedlicher Altersgruppen, aber eine altersgruppenspezifische Betrachtungsweise stellte weder den Ausgangspunkt noch den Schwerpunkt dieser Zielprogramme dar. Die meisten Gesundheitsziele in den angeführten Zielkonzepten beziehen sich ohnehin auf die Gesundheitslage von Erwachsenen. In Deutschland wurde auf Länderebene erstmals in Hamburg die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen als Fokus für die Gesundheitszielformulierung hervorgehoben. In Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden zur Zeit Zieldefinitionsprozesse vorangetrieben.

9.1.2 Relevanz des Themas

Die Themen Bewegung, Ernährung und Stress beeinflussen auch die kindliche Gesundheit in besonderer Weise. Sie wirken sich langfristig aus und haben mit dem Auftreten von so genannten Zivilisationskrankheiten im späteren Alter zu tun. Insbesondere Herz-Kreislauf-Krankheiten und bösartigen Neubildungen sind die wichtigsten Ursachen für vorzeitige Sterblichkeit in Deutschland.

Deren Risiken wie Übergewicht, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, und Zigarettenrauchen gehen häufig auf Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter zurück. Neben diesen Gesundheitsproblemen treten gehäuft Suchterkrankungen und andere psychische Probleme auf. Insbesondere die Depression nimmt bereits im jüngeren Alter zu; sie wird nach Einschätzungen der WHO weltweit zu einer der wichtigsten Erkrankungen werden. Aus diesem Grund kommt der Stressbewältigung im Kindesalter eine wachsende Bedeutung zu. Die Herausbildung gesundheitsfördernder bzw. -riskanter Verhaltensweisen beginnt frühzeitig in der Kindheit und Jugend und steht in engem Zusammenhang mit Problemen der Sozialisation.

Das Essverhalten des Menschen unterliegt einer soziokulturellen Prägung, die mit der Geburt beginnt. Die Entscheidung, was gegessen wird, hängt entscheidend vom Angebot an Nahrungsmitteln, den familiären Gewohnheiten und dem sich ständig verändernden Wissen um eine gesunde Ernährung ab. Vorliegende Daten zeigen, dass im letzten Jahrzehnt die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas im Vorschulalter stark zugenommen hat. Bei adipösen Kindern treten neuerdings 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.

Grundlage einer erfolgreichen Intervention muss ein ganzheitlicher gesundheitlicher Anspruch sein, d.h. in Anlehnung an den Gesundheitsbegriff der WHO ein Körper, Geist und Seele als Einheit definierender Ansatz. Deshalb muss ein ganzheitliches Konzept der Gesundheitsförderung mit einem integrierten Ansatz die Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, der Bewegung und zur Stressbewältigung in einer Umsetzungsstrategie zusammenführen, da sich alle drei Handlungsfelder gegenseitig beeinflussen. Die Ernährung liefert Nährstoffe und Energie für den Alltag, für Freizeit und Sport. Die Bewegung wiederum hat Einfluss auf das Ernährungsverhalten, da durch körperliche Aktivität der Energieverbrauch steigt und Übergewicht vorgebeugt wird. Außerdem unterstützt Bewegung den Stressabbau, erhöht die Stresstoleranz und reduziert die Stressanfälligkeit (allerdings kann Bewegung in Zusammenhang mit Leistungsdruck auch Stress erzeugen). Dies sind nur einige Beispiele für die engen Zusammenhänge zwischen den genannten Bereichen.

Die Wirksamkeit rein kognitiv ausgerichteter Wissensvermittlung über Gesundheit und Krankheit ist gerade bei Kindern und Jugendlichen stark umstritten. Sie führt keineswegs immer zu verändertem Gesundheitsverhalten („kognitive Dissonanz“, Auseinanderfallen von Wissen und Handeln). Zu

den erfolgreicheren Konzepten bei Kindern und Jugendlichen zählen daher neben den so genannten „integrierten Ansätzen“ u.a. Settingansätze, das Konzept der Lebensweisen („Lebensstilkonzept“), Elemente des „Empowerment“-Ansatzes, problemzentrierte und ressourcenorientierte Ansätze („neue Prävention“) oder Ansätze der Kompetenzförderung.¹⁰

Da das Bewegungsverhalten sowohl das Ernährungsverhalten als auch die Stressbewältigung positiv beeinflusst, spielt Bewegung eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen. Die zunehmend zu beobachtende körperliche Inaktivität ist neben einer unvorteilhaften Ernährung die Hauptursache für die Entstehung von Übergewicht. Insbesondere Kinder haben zunächst einen natürlichen Bewegungsdrang und Freude an der Bewegung. Sie erforschen ihre Umwelt und entwickeln ihr Gleichgewicht, indem sie sich selbst und ihren Körper spüren. Intelligenz und kognitive Fähigkeiten werden entscheidend durch die Bewegung und Bewegungsmöglichkeiten gefördert. Anfänglich steht bei jedem kindlichen Lernen das Handeln und die Aktion im Vordergrund. Physische Lernerfahrungen sind Voraussetzung für Reflektions- und Abstraktionsprozesse. Erst im Verlauf der weiteren Entwicklung rücken kognitive Prozesse vermehrt in den Vordergrund.

9.1.3 Aktionsfelder

Bei der Entwicklung und Diskussion von Zielen, Teilzielen und Maßnahmen zum Thema „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ wurde deutlich, dass die drei thematischen Komponenten (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) aus den oben genannten Gründen eng miteinander verknüpft sind. Eine ganze Reihe der identifizierten Teilziele und Maßnahmen lassen sich entweder allen drei oder zumindest zwei der thematischen Komponenten zuordnen. Vor diesem Hintergrund erwies es sich als angemessen, das Setting als Dreh- und Angelpunkt der Konkretisierung und Zielsystematik zu wählen. Als relevante Settings wurden die Kindertagesstätten (KiTa), die Schule sowie Familie und Freizeit identifiziert.

Das Settingkonzept bezeichnet mehr als den Interventionsort oder den Ort, an dem die Zielgruppe erreicht werden kann. Es geht vielmehr um die gesundheitsförderliche Aneignung und Gestaltung der Lebensräume sowie um die gesundheitsförderliche Entwicklung individueller Lebensperspektiven und der Eigenverantwortung der Kinder und Jugendlichen. Dies erfolgt mit Unterstützung von Multiplikatoren, Kooperationspartnern und den politisch, administrativ und finanziell zuständigen Akteuren, Trägern und Behörden.

Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kinder und Jugendlichen ist ein facettenreiches Thema, das sich zudem über Altersgruppen mit sehr unterschiedlichen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Ansprache und Erreichbarkeit erstreckt. Um sich nicht in Einzelmaßnahmen zu verlieren, wurde eine „Vision“ entwickelt, die – wenn auch abstrakt – das weitere Vorgehen anleitete und als roter Faden diente.

Die „Vision“ schließt nahtlos an die Grundsätze von *gesundheitsziele.de* an. *gesundheitsziele.de* ist outcome-orientiert und stellt die „Verbesserung der Lebensqualität“ und den Gewinn zusätzlicher Lebensjahre in den Mittelpunkt. Wie die folgende Abbildung zeigt, stehen bei der „Vision“ die Krankheitsvermeidung, die Erhöhung gesundheitlicher Outcomes sowie die Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt.

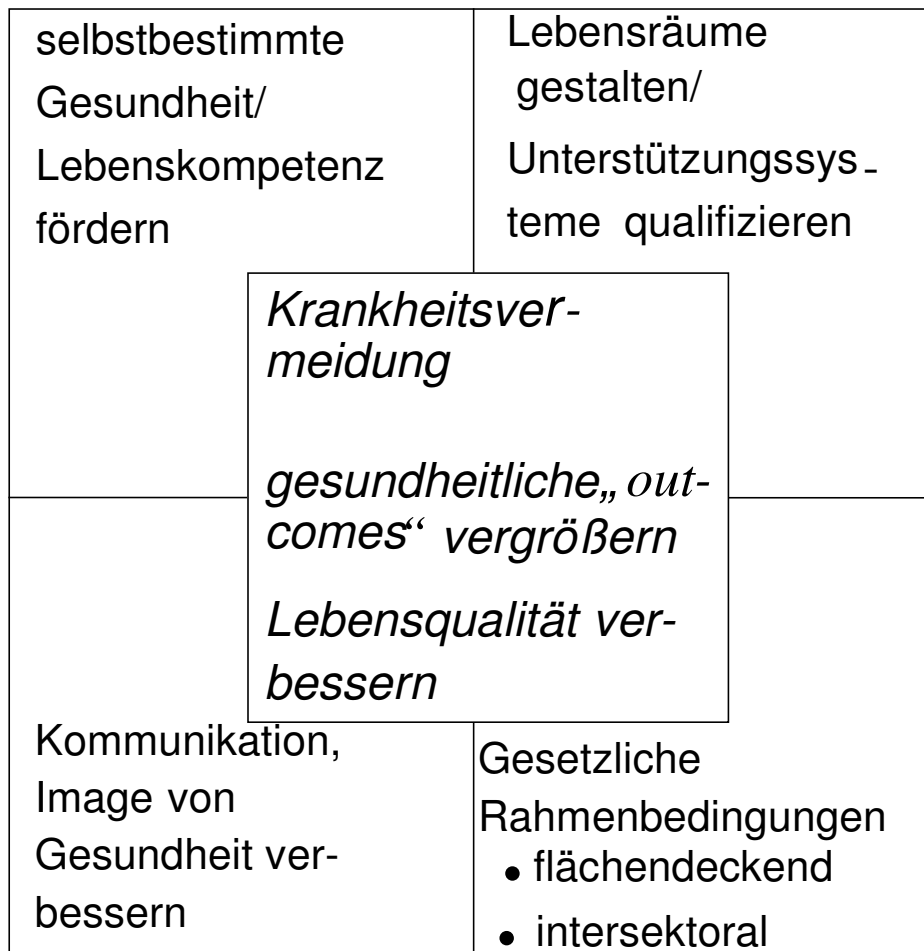


ABB. 4: VISION ZUM GESUNDHEITSZIELTHEMA „ERNÄHRUNG, BEWEGUNG UND STRESSBEWÄLTIGUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN“

Die Settings in den Mittelpunkt der Definition und Konkretisierung zu stellen, birgt für das Zielthema eine Reihe von Vorteilen:

- Die drei Komponenten des Zielthemas können settingbezogen integriert werden.
- Die Identifizierung und Kontaktierung von Zielgruppen, Multiplikatoren, Kooperationspartnern und anderen zuständigen Akteuren wird durch die settingspezifische Bündelung erleichtert.
- Das Gesundheitsziel kann auch aus der Perspektive der Zielgruppen und Akteure als integriert und kohärent wahrgenommen werden.

Damit der Settingansatz greifen kann, müssen die Rahmenbedingungen optimiert werden. Um diese Optimierung politisch angemessen formulieren zu können, wird flankierend hierzu ein eigenes Ziel mit Teilzielen formuliert.

Während im Bereich der gesundheitsfördernden Schulen im Rahmen von Bund-Länder-Modellprojekten bereits eine Reihe von Erfahrungen zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Schulen vorliegen, erweisen sich Kindertagesstätten sowie Familie und Freizeit im Vergleich dazu als eher wenig entwickelte Settings.

In der Bundesrepublik Deutschland sind Kindertageseinrichtungen/Kindertagesstätten seit 1991 auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) organisiert. Unter den Begriff der Kindertagesstätten werden u.a. Kinderkrippen (für Kinder unter 3 Jahren), Kindergärten (für Kinder ab 3 Jahren) und Horte (für Schulkinder) gefasst. Kindertagesstätten sind damit Einrichtungen der Jugendhilfe und stellen einerseits eine bedarfsgerechte Unterstützungsleistung für Familien und andererseits die erste Ebene des Bildungssystems für Kinder dar. Das KJHG bietet dabei nur den allgemeinen rechtlichen Rahmen, während die Bundesländer in Ausführungsgesetzen dessen Umsetzung genauer regeln und darin beispielsweise die Finanzierung von Kindertagesstätten (Investitionskosten, Personal- und Sachkosten) genau festlegen. Innerhalb dieser Ausführungsgesetze werden zumeist auch die Aufteilungsschlüssel für die Finanzierung zwischen Träger, Eltern, Kommune und Land vorgegeben. In einigen Bundesländern, in denen eine solche Festlegung fehlt, müssen die Zuwendungen vor Ort in Verhandlungen zwischen Trägern und Kommunen ausgehandelt werden. Die gesetzliche Zuständigkeit auf Landesebene liegt bei den obersten Landesjugendbehörden; die Betriebserlaubnis erteilen in der Regel die Landesjugendämter. Die Erteilung der Betriebserlaubnis ist an die Einhaltung definierter Mindeststandards gebunden, was u.a. die Personalvoraussetzungen, Bauvorschriften, Regelungen der Aufsichtspflicht und Haftungsfragen anbelangt. Die Kommunen sind für eine angemessene Angebots-

struktur vor Ort zuständig. Diese Zersplitterung der Zuständigkeiten erweist sich als ein wesentliches Problem bei der Settingarbeit in Kindergärten. Anders als in vergleichbaren Ländern inner- und außerhalb Europas werden in den Kindertagesstätten in Deutschland die Bildungschancen noch nicht ausreichend genutzt. Die Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte zur frühkindlichen körperlichen (Ernährung, Bewegung), geistigen, emotionalen und sozialen (Stress-)Entwicklung werden nicht überall als Chance zur gezielten Förderung genutzt. Dies führt bei sozial benachteiligten Kindern zu weiteren Benachteiligungen. Kindertagesstätten sollten daher stärker als bisher zu Bildungseinrichtungen werden.

Die Familie stellt für jeden Menschen die erste Instanz bezüglich der gesundheitlichen Versorgung und des Erlernens gesundheitsbezogener Verhaltensweisen dar. Das Neugeborene ist auf Zuwendung, vor allem aber auf Ernährung und Pflege durch seine Eltern angewiesen. Die geistige, körperliche und emotionale Entwicklung der ersten Lebensjahre eines Kindes liegt fast ausschließlich in der Verantwortung der Eltern. Wenn auch Ärzte, Kindergarten, Schule und Gleichaltrige mehr oder weniger direkt auf die Gesundheit der Heranwachsenden Einfluss nehmen, bleibt doch die Familie der Hintergrund, auf dem diese Erfahrungen verarbeitet und bewertet werden. Darüber hinaus regelt die Familie Art und Umfang des Zugangs zu weiteren Sozialisationsinstanzen. Die Belastungen, denen Familien heute ausgesetzt sind, steigen in einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft an. Auch die Vielfalt familiärer Lebensgemeinschaften nimmt zu. Familien brauchen einen gerechten finanziellen Leistungsausgleich. Vor allem eine große Kinderzahl stellt einen Risikofaktor für Armut dar. Alleinerziehende haben weniger Ressourcen zur Verfügung als Familien mit zwei Elternteilen; hier mangelt es häufig nicht nur an Geld, sondern insbesondere auch an Erholungszeiten und an entlastenden sozialen Netzen.

Durch die Wahl des settingspezifischen Ansatzes unterscheidet sich die Ausarbeitung des Zielthemas „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ von denen anderer Arbeitsgruppen. So sind die einzelnen Handlungsfelder, Interventionsorte oder Settings nicht um die jeweiligen Ziele bzw. Teilziele gruppiert. Die Ordnung des Konkretisierungsschemas geht vielmehr den umgekehrten Weg. Um jedes Setting sind die dazugehörigen Ziele, Teilziele und Maßnahmen angeordnet. Die folgende Abbildung soll dies (unter Vorgriff auf die weiter unten folgende Definition von Zielen und Teilzielen) am Beispiel des Settings „Schule“ und des Ziels „Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert“ verdeutlichen. Die Pfeile in der Abbildung verweisen darauf, dass nur das Setting „Schule“ und nur das Ziel „Fehlernährung“ – einschließlich der dazugehörigen Teilziele – dargestellt werden.

Prinzipiell können allen Settings jeweils drei Ziele zugeordnet werden. Für alle Settings ist es notwendig, auch die Optimierung der Rahmenbedingungen als eigenes Ziel darzustellen. Deshalb wurde das Ziel 10 entwickelt: „Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert“.

Da zu jedem Ziel bis zu sieben Teilziele gehören, ergibt sich scheinbar eine große Anzahl von Teilzielen. Da einige Teilziele allerdings übergreifend für alle Ziele gelten, ist die tatsächliche Anzahl der Teilziele somit erheblich kleiner (siehe Tabelle „Teilziele und Teilzielsystematik“).

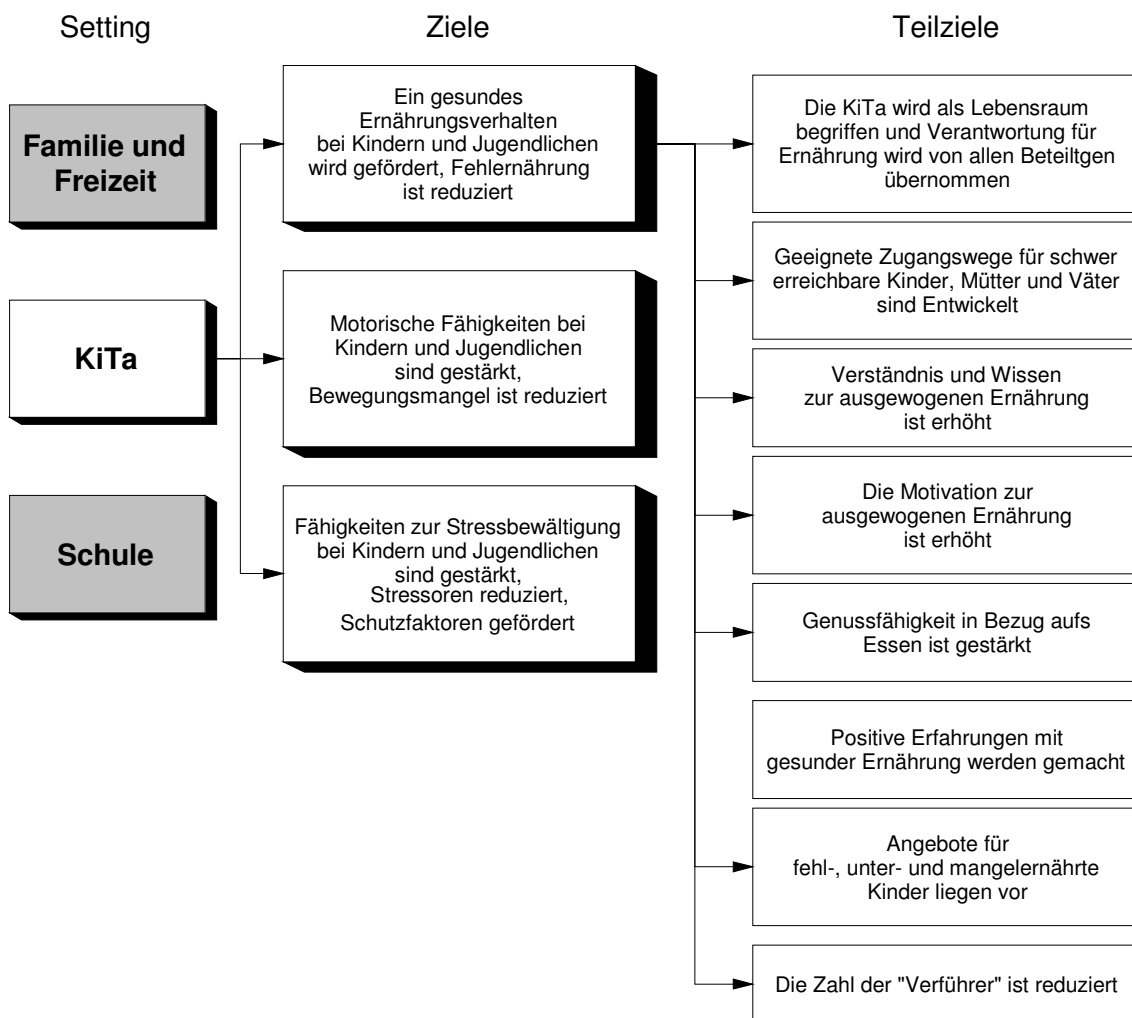


ABB. 5: KONKRETISIERUNGSSHEMA AM BEISPIEL DES SETTINGS „KiTa“ UND DES TEILZIELS „FEHLERNÄHRUNG BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN WIRD VORGEBEUGT UND REDUZIERT“

9.1.4 Vorgehensweise

Für die drei Komponenten des Zielthemas (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung) wurde jeweils ein Gesundheitsziel bestimmt.

Das Zielthema wurde wie folgt näher bestimmt:

- Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert.
- Bewegung und körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sind gesteigert.
- Stressbewältigungskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen sind erhöht, Stressoren sind reduziert.

Zu diesen drei Gesundheitszielen, die auf den Kern der Vision (siehe Abbildung) zielen, erscheint es notwendig, die Rahmenbedingungen für alle Settings ebenfalls als gesondertes Ziel zu fassen (Ziel 10):

- Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert.

Eine Aufgliederung des Zielthemas in drei outcome-orientierte und ein strukturorientiertes Gesundheitsziel ist notwendig, um eine Formulierung zu gewährleisten, die eine Evaluation ermöglicht. Der Zusammenhang zwischen den Komponenten wird dabei nicht berührt, da mit Ausnahme des strukturorientierten Gesundheitsziels alle drei Gesundheitsziele jedem Setting zugeordnet sind.

Die Konkretisierung der drei thematischen Komponenten erfolgt nach einer einheitlichen Systematik (siehe Tabelle). So gibt es drei übergreifende Teilziele, die sich auf alle drei thematischen Komponenten (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) und alle drei Settings (KiTa, Schule, Familie und Freizeit) beziehen. Die vier darauf folgenden Teilziele bilden eine logische Abfolge – von der kognitiven Wissensaneignung über die Motivationssteigerung zur Verhaltensänderung und der Änderung der Rahmenbedingungen bzw. Verhältnisse.

Da nicht alle Kinder über die definierten Settings gleichermaßen gut zu erreichen sind, wurde das übergreifende Teilziel „Entwicklung und Bereitstellung geeigneter Zugangswege“ definiert. Mit diesem Ziel kann man auch den Aspekten „soziale Lage“ und „gesundheitliche Chancengleichheit“ gerecht werden.

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Die folgende Tabelle zeigt auf, welche spezifischen Teilziele sich aus der Kombination je einer thematischen Komponente (Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung) mit je einem der Teilziele (übergreifende Teilziele sowie Teilziele zu Kognition, Motivation, Verhalten und Verhältnissen) ergeben.

Tabelle „Teilziele und Teilzielsystematik“

Art der Teilziele	Ernährung	Bewegung	Stressbewältigung
Übergreifende Teilziele	KiTa und Schule werden als Lebensraum begriffen; Verantwortung für gesunde Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen.		
	Der Kohärenzsinn ¹ der Kinder bzw. Jugendlichen ist gestärkt.		
	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt.		
Kognitive Teilziele	Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.	Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht.	Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht.
Teilziele zur Motivation	Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht.	Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht und das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert.	Die Motivation zur Aneignung und Nutzung von Bewältigungsstrategien ist erhöht.
Teilziele zum Verhalten	Genussfähigkeit in Bezug aufs Essen ist gestärkt. Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht. Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder bzw. Jugendliche liegen vor.	Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft sind verbessert.	Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt. Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden.

¹ Kohärenzsinn: Der Begriff wurde von Antonovsky entwickelt und steht in engem Zusammenhang zu dem der Salutogenese. Die Salutogenese fasst Gesundheit positiv und entwicklungsbezogen und nicht als gegeben oder vorherbestimmt auf. Gesundheit ist beeinflussbar und gestaltbar. Dies ist Aufgabe und Pflicht jedes Einzelnen sowie der Gesellschaft. Der Kohärenzsinn umfasst die Verstehbarkeit (das Individuum verfügt über kognitive Verarbeitungsmuster, die ihm helfen, kritische Ereignisse zu ‚verstehen‘), die Handhabbarkeit (Handlungskompetenz eines Individuums, seine (gesundheitliche) Situation steuern oder beeinflussen zu können) und die Sinnhaftigkeit (das Individuum verfügt über eine Lebensperspektive). Vgl. hierzu BZgA (Hg.): Was erhält den Menschen gesund? Antonovsky’s Modell der Salutogenese, Köln, 2001).

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Teilziele zu Verhältnissen	Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert (z.B. Werbung zur „Sesamstraßenzeit“, entsprechende Angebote im Kassensbereich von Supermärkten etc.).	KiTa und Schule sind bewegungsfördernd gestaltet. Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in KiTa und Schule ist erhöht.	Möglichkeiten zur Stressreduktion sind gegeben.	Stressreduktion sind
----------------------------	---	---	---	----------------------

9.2 Ziele

- Ziel 1:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 2:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 3:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Familie und Freizeit
- Ziel 4:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting KiTa
- Ziel 5:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting KiTa
- Ziel 6:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting KiTa
- Ziel 7:** Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Schule
- Ziel 8:** Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Schule
- Ziel 9:** Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Schule
- Ziel 10:** Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert

In der folgenden Darstellung finden sich bei den Teilzielen eine Reihe von Doppelungen. Insbesondere die übergreifenden Teilziele finden sich in jeder Tabelle wieder. Die weiter oben genannten Vorteile dieser Systematik überwiegen jedoch diesen Nachteil.

9.3 Tabellarische Übersicht

Ziel 1: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Familie und Freizeit

	Teilziele
Übergreifende TZ	1.1.1 Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu einer gesunden Ernährungsweise 1.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	1.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	1.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	1.4.1 Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt 1.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	1.5.1 Unterstützung gesunden Ernährungsverhaltens durch verhältnisorientierte Maßnahmen 1.5.2 Zahl der „Verführer“ ist reduziert 1.5.3 Verhaltensorientierte Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche und deren Familien liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Elternkompetenz zu Ernährung wird gefördert
- Familienbildungsangebote werden ausgebaut
- Es wird mehr selbst gekocht (Eltern und Kinder) und selbst zubereitet (z.B. Kochkurse für Familien)
- Zahl der stillenden Mütter wird durch geeignete Beratungsangebote in Kliniken u.a. erhöht
- Anteil der nicht rauchenden Schwangeren wird erhöht
- Außerfamiliäre Unterstützungssysteme sind ausgebaut (Hotlines, Beratung, etc.)

Ziel 2: Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Familie und Freizeit

	Teilziele	
Übergreifende TZ	2.1.1	Die Familie übernimmt Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu vermehrter Bewegung
	2.1.2	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	2.2	Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	2.3	Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	2.4	Koordinative Fähigkeiten, Ausdauer und Kraft sind verbessert
TZ zu den Verhältnissen	2.5.1	Das Wohnumfeld von Familien ist bewegungsfreundlich gestaltet
	2.5.2	Bewegungsfördernde Angebote für Familien existieren

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Außerschulische und vorschulische Bewegungsangebote sind ohne zusätzliche finanzielle Belastung vorhanden
- Die Elternkompetenz zu Bewegung wird gefördert, indem u.a. Familienbildungsangebote ausgebaut werden
- Schwimmbäder und andere Sporteinrichtungen machen familienfreundliche Angebote

Ziel 3: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Familie und Freizeit

	Teilziele
Übergreifende TZ	3.1.1 Die Familie übernimmt die Verantwortung für die Hinführung der Kinder und Jugendlichen zu produktiver Stressbewältigung 3.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	3.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	3.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	3.4 Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt
TZ zu den Verhältnissen	3.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in Familie und Freizeit sind gegeben 3.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Elternkompetenz zu Stress und Stressbewältigung und zu Kommunikations- und Konfliktbewältigungsstrategien wird gefördert
- Familienbildungsangebote werden ausgebaut
- Eltern werden zu einem angemessenen Umgang mit computerspielenden Kindern befähigt
- Familienorientierte Freizeitangebote werden vorgehalten

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

	Teilziele	
Übergreifende TZ	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
Kognitive TZ	4.2	Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	4.3	Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	4.4.1	Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt
	4.4.2	Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	4.5.1	Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert
	4.5.2	Angebote für fehlernährte Kinder liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Gemeinschaftsverpflegung in der KiTa wird erweitert und verbessert
- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der KiTa wird gewährleistet
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher(innen) zu Ernährungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- In der KiTa wird mehr mit den Kindern Essen selbst zubereitet

Ziel 5: Motorische Fähigkeiten bei Kindern sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting KiTa

	Teilziele
Übergreifende TZ	5.1.1 Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen 5.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	5.2 Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	5.3 Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	5.4 Kinder sind mehr körperlich aktiv
TZ zu den Verhältnissen	5.5.1 Die KiTa ist bewegungsfreundlich gestaltet 5.5.2 Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der KiTa ist erhöht 5.5.3 Angebote für bewegungsauffällige Kinder sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Bewegungsangebote in der KiTa werden verbessert
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher(innen) zu Bewegungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Zahl der Fahrradführerscheine/Verkehrsprüfungen bei Kindern wird erhöht

Ziel 6: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting KiTa

	Teilziele
Übergreifende TZ	6.1.1 Die KiTa wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen 6.1.2 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	6.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	6.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	6.4.1 Vorhandene Bewältigungsstrategien der Kinder und Eltern sowie die Verarbeitungskompetenzen der Kinder sind gestärkt 6.4.2 Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu
TZ zu den Verhältnissen	6.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in der KiTa sind gegeben 6.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem und stressbewältigendem Verhalten sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Verfahren zur Stressreduktion in der KiTa sind bekannt und werden angewandt
- Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in den Lehrplänen und in der Erzieher(innen)aus-, -weiter- und -fortbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder in der KiTa liegen vor (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)

Ziel 7: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert, Setting Schule

	Teilziele
Übergreifende TZ	7.1.1 Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Ernährung wird von allen Beteiligten übernommen 7.1.2 Der Kohärenzsinn bei Jugendlichen ist gestärkt 7.1.3 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	7.2 Verständnis und Wissen zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zur Motivation	7.3 Die Motivation zur ausgewogenen Ernährung ist erhöht
TZ zum Verhalten	7.4.1 Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen ist gestärkt 7.4.2 Positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung werden gemacht
TZ zu den Verhältnissen	7.5.1 Die Zahl der „Verführer“ ist reduziert 7.5.2 Angebote für fehlernährte Kinder und Jugendliche liegen vor

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- Die Gemeinschaftsverpflegung in der Schule ist erweitert und verbessert
- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in Schulen insbesondere bei der Einrichtung von Ganztageschulen ist gewährleistet
- Organisations- und leitbildentwickelnde Netzwerkbildung wird unterstützt (z.B. Projekte „Gesunde Schule“)
- Die Themen Gesundheitsförderung und Ernährung werden in den Lehrplänen und in der Lehrer(innen)aus-, -weiter- und -fortbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Die hauswirtschaftliche Kompetenz der Schüler wird in Schulen gestärkt
- Die Sinnesbildung durch Essen und Trinken wird unterstützt
- Die Nahrungs- und Getränkeangebote von Automaten und Schulverkauf sind ausgewogen

Ziel 8: Motorische Fähigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Bewegungsmangel ist reduziert, Setting Schule

	Teilziele	
Übergreifende TZ	8.1.1	Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Bewegung wird von allen Beteiligten übernommen
	8.1.2	Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt
	8.1.3	Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	8.2	Wissen um Nutzen und Funktion von Bewegung ist erhöht
TZ zur Motivation	8.3	Die Bereitschaft zur Bewegung ist erhöht. Das Bewegungsbedürfnis der Kinder und Jugendlichen ist in den Alltag integriert
TZ zum Verhalten	8.4.1	Kinder und Jugendliche sind mehr körperlich aktiv
	8.4.2	Angebote für bewegungsauffällige Kinder und Jugendliche sind vorhanden
TZ zu den Verhältnissen	8.5.1	Die Schule ist bewegungsfreundlich gestaltet
	8.5.2	Die Zahl der integrativen Bewegungsangebote in der Schule ist erhöht

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- In Schulen existieren ausreichend Bewegungsangebote
- Der Sportunterricht wird am Modell des „gesundheitsförderlichen Sports“ ausgerichtet
- Die Themen Gesundheitsförderung und Bewegungsförderung werden in der Lehrer(innen)aus-, -weiter- und -fortbildung verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Schulen werden mit Einrichtungen und Materialien zur Förderung der Bewegung ausgestattet

Ziel 9: Fähigkeiten zur Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen sind gestärkt, Stressoren reduziert, Schutzfaktoren gefördert, Setting Schule

	Teilziele
Übergreifende TZ	9.1.1 Die Schule wird als Lebensraum begriffen; Verantwortung für Stressbewältigung wird von allen Beteiligten übernommen 9.1.2 Der Kohärenzsinn der Kinder und Jugendlichen ist gestärkt 9.1.3 Geeignete Zugangswege für schwer erreichbare Kinder, Mütter und Väter sind entwickelt
Kognitive TZ	9.2 Das Wissen um Belastungssituationen und Bewältigungsstrategien ist erhöht
TZ zur Motivation	9.3 Die Motivation, sich Bewältigungsstrategien anzueignen und zu nutzen, ist erhöht
TZ zum Verhalten	9.4.1 Vorhandene Bewältigungsstrategien und die Verarbeitungskompetenzen der Kinder und Jugendlichen sind gestärkt 9.4.2 Feindschaft, Mobbing, Bullying-Verhalten sind reduziert, prosoziales Verhalten nimmt zu
TZ zu den Verhältnissen	9.5.1 Möglichkeiten zur Stressreduktion in der Schule sind gegeben 9.5.2 Angebote zum Erlernen von prosozialem Verhalten und Stressbewältigung sind vorhanden

Beispielhafte geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung:

- In Schulen existieren ausreichend Entspannungsangebote und -räume
- Die Themen Gesundheitsförderung, Stress und Stressbewältigung sowie Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien werden in der Lehrer(innen)aus-, -weiter- und -fortbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt
- Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder werden entwickelt und umgesetzt (um Krankheitsbewältigungs-Stress zu minimieren)

Ziel 10: Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Kindertagesstätten sind ein sozialer Nahraum, der Eltern entlasten soll und den Kindern Raum und Zeit gibt, um soziale Erfahrungen mit dem Erwerb von gesellschaftlich notwendigen Fähigkeiten und Kenntnissen zu verbinden.</p> <p>Selbstbewusstsein und die Erfahrung des eigenen Wertes sind die Grundlage für Bildung. Deshalb baut die Bildung im Kindergarten nicht auf der Vermittlung von Wissen auf, sondern auf der Erfahrung und der Entwicklung der individuellen Persönlichkeit – im Kontext der Kindergruppe.</p>	<p>Der Bildungsauftrag der Schule sollte ganzheitlich verstanden werden und folgende Merkmale umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Förderung der Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen von Schülerinnen und Schülern, - die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensraums Schule und - die Motivation der in der Schule Verantwortlichen zur Kooperation mit anderen Akteuren, insbesondere auch Eltern, zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebensräumen im Umfeld der Schule. 	<p>Die Gestaltung der Rahmenbedingungen orientiert sich an den für ein gesundes Aufwachsen der Kinder erforderlichen Voraussetzung. Dazu ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller betroffenen Ministerien sicherzustellen. Dies gilt sowohl für die Bundes- als auch für die Landesebene.</p> <p>Die Rahmenbedingungen für gesunde Kindheit sind so gestaltet, dass Kinder im Rahmen der durch die elterliche Erziehung gegebenen Spielräume über ihre Freizeit eigenverantwortlich und kreativ selbst entscheiden können. Spiel- und Bewegungsflächen sind ausreichend bereitgestellt.</p> <p>Die Kooperation von ÖGD, Jugendhilfe, freien Trägern, niedergelassenen Ärzten, Sportvereinen, Geburtskliniken, Krankenhäuser o.Ä., Hebammen und anderen Unterstützungssystemen für Familien werden institutionalisiert, Sektorengrenzen werden abgebaut.</p>

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Die Kompetenz der Kinder sowie deren Fähigkeiten und Interessen bilden die Grundlage jeder pädagogischen Arbeit.</p>	<p>Im Rahmen ihres Bildungsauftrags zur Gesundheitserziehung der Schülerinnen und Schüler sollten sich alle Bundesländer verpflichten, bislang getrennte fach- und projektbezogene Ansätze z.B. der schulischen Gesundheitserziehung wie Sucht- und Gewaltprävention, Gesundheitsförderung und Sport, gesunde Ernährung und die Fragen nach Sinn und Orientierung zu einem integrierten Gesundheitsförderungskonzept zusammenzuführen und dieses Konzept in die Lehreraus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend zu integrieren.</p>	<p>Es sind stadtteilbezogene, flächendeckende Strukturen zur Früherkennung und Frühförderung von Kindern in Form aufsuchender, niedrigschwelliger Ansätze vorhanden.</p> <p>Eine Kooperation mit Stadtplanung und Wohnungsbaugesellschaften findet statt.</p> <p>In sozialen Brennpunkten existieren Sport- bzw. Bewegungsangebote im Stadtteil sowie andere Freizeitangebote.</p>
<p>Träger von Kindergärten, Kommunen, Länder und Bund verständigen sich in interdisziplinären Gremien auf eine an den Kinderinteressen orientierte, qualitativ hochwertige, gesundheitsförderliche Konzeption von Kinderbetreuung und stellen die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung.</p>	<p>Die Bundesländer und die Schulträger verpflichten sich innerhalb der Schulentwicklung, Gesundheitsförderung als einen wesentlichen Faktor zur Gestaltung von Schulen voranzutreiben und die notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Diese können durch Ressourcen anderer Akteure oder Sponsoren ergänzt werden.</p>	<p>Kinder werden in die Kommunalpolitik und in die Stadtentwicklung durch geeignete demokratische Beteiligungsverfahren einbezogen.</p>
<p>Die Ausstattung der KiTas (insbesondere in sozialen Brennpunkten) wird den – höheren – Anforderungen entsprechend angepasst. Dies bedeutet bessere/höhere Qualifikation; außerdem ist mehr Personal vorhanden</p>	<p>Alle Bundesländer vereinbaren gemeinsam, im Rahmen der selbständigen Schulen Gesundheitsförderung als Basis für die schulische Qualitätsentwicklung festzuschreiben.</p>	<p>Alle Bundesländer starten gemeinsame Initiativen für eine gesundheitsförderliche Familienpolitik und stellen in Kooperation mit anderen Akteuren Ressourcen dafür bereit.</p>

Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Teilziele für die KiTa	Teilziele für die Schule	Teilziele für Familie und Freizeit
<p>Die Basisqualifikation für Erzieher(innen) für die Themen der Gesundheitsförderung (Ernährung, Bewegung, Stressregulation) sind vorhanden</p> <p>Es existieren flächendeckende, qualitätsgesicherte Fortbildungsmöglichkeiten für Erzieher(innen) zur Gesundheitsförderung, Psychomotorik, Kommunikation und Elternarbeit.</p>	<p>Die gesundheitsförderliche Gestaltung von Schulen wird in die allgemeine Lehreraus-, Lehrerfort- und Lehrerweiterbildung aller Bundesländer als fester Bestandteil integriert.</p>	<p>Die Qualifikationen von Jugend- und Übungsleitern für die Arbeit mit bewegungsarmen Kindern wird verbessert.</p> <p>Es werden haupt- und ehrenamtlichen Kinder- und Jugendbetreuer(inne)n für integrative Angebote zu Ernährung, Bewegung, Stressregulation qualifiziert.</p> <p>Es findet eine Aktivierung und Qualifizierung von Akteuren/Mitarbeiter(inne)n aus verschiedenen Kulturkreisen statt.</p>
<p>Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt.</p> <p>Die Motivation zur Teilnahme an der U8 und U9 ist erhöht.</p>	<p>Es findet eine bessere Verzahnung mit dem Gesundheitsbereich statt.</p> <p>Die Motivation zur Teilnahme an der J1 ist erhöht.</p>	<p>Die Teilnahmequote an der U8, U9 und J1 ist erhöht.</p>

9.4 Maßnahmenskizzen

In der tabellarischen Übersicht der Ziele und Teilziele wurden geeignete exemplarische Maßnahmen benannt. Die Maßnahmendefinition erfolgte aufgrund von zwei Bestandsaufnahmen.

Zunächst wurde eine erste Bestandsaufnahme durch eine strukturierte Befragung der am Diskussionsprozess beteiligten Experten und innerhalb deren Institutionen und deren institutionellen Umfeld vorgenommen. Zweck der Bestandserhebung war es, einen ersten Überblick zu den laufenden Aktivitäten im Bereich Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung zu erhalten. Es sollten ausschließlich Projekte und Maßnahmen erhoben werden, deren Wirksamkeit belegt oder plausibel sind, die umsetzbar erscheinen und innovativen Charakter aufweisen. Die Bestandserhebung sollte dazu beitragen, dass modellhafte Projekte, die nur regional verankert oder zeitlich begrenzt sind, im Rahmen von *gesundheitsziele.de* ausgeweitet und verstetigt werden. Außerdem sollten Interventionsbereiche und Zielgruppen identifiziert werden, in den bereits viele bzw. wenige bis keine Aktivitäten stattfinden, mit dem Ziel, wesentliche Elemente erfolgreicher Maßnahmengestaltung transparent zu machen und Lücken zu identifizieren.

In einem zweiten Erhebungsschritt wurde eine Abfrage bei den Sozialministerien aller sechzehn Bundesländer vorgenommen. Diese wurden anhand des Zielkataloges gebeten, Maßnahmen aus ihren jeweiligen Bundesländern zu benennen, die zur Zielerreichung geeignet sind. Nachahmenswerte Maßnahmen sind in tabellarische Übersicht eingeflossen („beispielhafte, geeignete Maßnahmen zur Zielerreichung sind“). Allerdings wurde auf eine Hervorhebung einzelner Modellprojekte verzichtet. Statt dessen wurden die Zielsetzungen und Handlungsfelder der genannten Maßnahmen festgehalten. Diese abstrahierende Vorgehensweise erwies sich als notwendig, da die Rahmenbedingungen für die genannten Maßnahmen äußerst heterogen waren und eine Übertragung in die Fläche aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen in den einzelnen Bundesländern eine genauere Vorabüberprüfung notwendig gemacht hätte.

Nachfolgend sollen für die Settings Kindertagesstätte und Schule Maßnahmenskizzen vorgeschlagen werden, die den Anforderungen eines integrierten Ansatzes zur Verbesserung der Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung gerecht werden und deren hohe Wirksamkeit als unstrittig innerhalb der Expertendiskussion gilt. Außerdem weisen die vorgeschlagenen Maßnahmen ein günstiges Kosten-Nutzenverhältnis auf und sind evaluierbar. Grundsätzlich ist es für einen erfolgreichen Zielerreichungsprozess notwendig, auch die anderen genannten

Maßnahmen voranzutreiben. Dafür wäre die Schließung von Zielvereinbarungen durch einzelne Träger und Akteure notwendig, d.h. die Akteure sollen Selbstverpflichtungen eingehen, die dazu beitragen,

- die definierten Maßnahmen zur Zielerreichung umsetzen
- die definierten Maßnahmen neu zu implementieren
- die Aktivitäten der eigenen Einrichtung an dem Zielkonzept auszurichten
- neue Maßnahmen für das vorhandene Zielkonzept zu planen und umzusetzen.

9.4.1 Settingansatz „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“

Innerhalb der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung erweisen sich Kindertagesstätten als bislang kaum beachtetes und entwickeltes Setting. Eine Programmkonzeption für diesen Bereich ist bislang weder auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation, noch auf der Ebene des Europarates noch auf Bundesebene in Deutschland erarbeitet oder verabschiedet worden. Es existieren bislang nur eine Fülle von Einzelaktivitäten, beispielsweise im Bereich Ernährung und Bewegung, aber kein integrierender Ansatz, der trägerübergreifend und settingbezogen Gesundheit zu einem Querschnittsthema im Kindertagesstättenalltag macht. Die vereinzelt *models of good practice* auf Länder- und lokaler Ebene arbeiten bisher unverbunden und können auf keine übergreifenden Infrastrukturen zur Unterstützung zurückgreifen.

Für das Setting „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ sollen daher durch entsprechende Modellversuche auf Bund-/Länderebene und/oder auf der Ebene der Träger von Kindertagesstätten entsprechende Konzepte entwickelt werden. Diese Modellprojekte sollten prioritär in Stadtteilen angeboten werden, in denen viele sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leben.

Deshalb soll das Setting „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ entwickelt werden über entsprechende Modellversuche auf Bund-/Länderebene und/oder auf Ebene der Träger von Kindertagesstätten (z.B. öffentliche Träger und Wohlfahrtsverbände). Konkrete Maßnahmen sollen zur Erreichung der folgenden Zielsetzungen umgesetzt und evaluiert werden:

- die Vermittlung einer gesunden Lebensweise, insbesondere hinsichtlich Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung
- die Förderung einer positiven und gesunden Entwicklung

- die Vermittlung spielerischer Lernerfahrungen zum Thema Gesundheit
- die Einbettung einer gesundheitsorientierten Lebensweise in den gesamten Tagesablauf der Kindertagesstätte
- die Vermittlung von Anregungen für die beteiligten Erzieher(inne)n und interessierte Eltern sowie die Vernetzung im kommunalen Umfeld.

Als eine solche konkrete Maßnahme sollte vorrangig ein gesundheitsförderliches Angebot der Gemeinschaftsverpflegung (Mittagstisch) erprobt werden.

9.4.2 Auf- und Ausbau von Service- und Beratungsstrukturen zur gesundheitsfördernden Schulentwicklung

Es gibt etwa 41.000 allgemeinbildende Schulen in Deutschland. Deshalb und aufgrund der Zuständigkeit der Länder und der einzelnen Schulträger sind flächendeckende Maßnahmen für alle Schulen kurzfristig kaum zu implementieren. Um Schulen bei der gesundheitsfördernden Profilbildung zu unterstützen, bedarf es des Auf- und Ausbaus (über-)regionaler Service- und Beratungsstrukturen (wie z.B. Praxisbüros „Gesunde Schule“, Kompetenzzentren und Netzwerken) als Brückeninstanzen für Schulen und deren Partner. Diesen Infrastrukturen und Serviceangeboten für Schulen kommt die Aufgabe zu, Informationen zu sammeln, einen Überblick über die vielfältigen Fortbildungsangebote zu geben, Fortbildungsmaterialien vorzuhalten und eigene Fortbildungsangebote und -materialien zu entwickeln, um eine hohe Qualität in der gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu gewährleisten. In diesem Sinn verstehen sich die (über-)regionalen Service- und Beratungsstrukturen als Unterstützungsagenturen für Schulen, Schulverwaltungen, Schulträger und schulbezogene Aktivitäten anderer Institutionen mit dem Ziel, Prozesse und Projekte einer gesundheitsförderlichen Schulentwicklung zu stärken. Aufgabenschwerpunkte sind insbesondere:

- Informations- und Kontaktstelle mit umfangreichen Materialdienst
- Vermittlung von Fachkontakten
- Aufbau (über-)regionaler Datenbanken mit Angeboten und Referent(inn)en in der Region oder im jeweiligen Bundesland
- Entwicklung von geeigneten Modulen zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsansätzen in Schulen, insbesondere in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung
- Angebote zur schulinternen Lehrerfortbildung (z.B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, Schulklima, Gestaltung von Schulleben u.a.)

- Elternberatung (z.B. Gestaltung von Elternabenden, themenbezogene Workshops)
- Projektberatung (in den Schulen, für den Unterricht und die Elternarbeit)
- Impulsveranstaltungen (Konferenzen, Elternabende, Schülerprojekte, Fachtagungen etc.)
- Beratung und Vernetzung von Institutionen und Programmen (z.B. zur Sucht- und Gewaltprävention, Kooperation mit Schulbehörden, Wissenschaft, Beratungsstellen, Gesundheitswesen, externen Anbietern)

Nach dem Auslaufen der Bund-Länder-Modellversuche im Bereich ‚gesundheitsfördernde Schule‘ existiert zur Zeit keine nationale Zuständigkeit für die Koordination und Bündelung von Aktivitäten. Daher sollten flächendeckend Unterstützungsstrukturen aufgebaut werden, d.h. sowohl die regionale als auch die Länder- und Bundesebene sollten entsprechende Angebote vorhalten. Insbesondere sollten Grund-, Haupt- und Sonderschulen von solchen Unterstützungsangeboten profitieren, weil sie in den vergangenen Modellversuchen eher unterrepräsentiert waren, aber gerade hier ein wesentlicher Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden kann. Derzeit (an)laufende Modellversuche zur Unterstützung und Vernetzung gesundheitsfördernder Schulen, an denen sich verschiedene Träger beteiligen, sind zu evaluieren.

9.4.3 Stärkere Implementation des Settingansatzes in berufsbildenden Schulen.

Im Rahmen der umfangreichen Modellaktivitäten zur ‚gesundheitsfördernden Schule‘ in Deutschland waren berufsbildende Schulen bislang wenig repräsentiert und beteiligt. Dabei bilden gerade sie die Schnittstelle zwischen Schul- und Arbeitsleben und können wesentlich dazu beitragen, die Querschnittsanforderung „Gesundheitliche Chancengleichheit“ umzusetzen, weil über dieses Setting mehr sozial benachteiligte Schülerinnen und Schüler als in anderen Schulformen erreicht werden können. Außerdem wird hier die ansonsten für gesundheitliche Themenstellungen schwer erreichbare Zielgruppe der 14 bis 18-jährigen erreicht.

Deshalb sollte das Konzept der ‚gesundheitsfördernden Schule‘, das Anfang der 90er Jahre vom Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation für Europa in Kopenhagen und durch Modellversuche in zahlreichen Ländern entwickelt wurde, auf diese Schulform besser angepasst werden. Zentrales Ziel gesundheitsfördernder Schulen ist es, eine Veränderung des Unterrichts, des Schullebens und der schulischen Umwelt mit dem Ziel anzuregen, die Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen zu fördern. Die ‚gesundheitsfördernde Schule‘ leitet gesundheitsbezogene Schulentwicklungsprozesse ein, insbesondere durch die Umsetzung der von der WHO definierten wesentlichen Ziele:

- Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds durch entsprechende Gebäude, Freiflächen für Bewegungs- und Spielangebote, Schulmahlzeiten, Sicherheitsmaßnahmen usw.
- Förderung des gesundheitlichen Verantwortungsbewusstseins des einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft
- Anleitung zur gesunden Lebensweise sowie Erstellung eines Angebots von realistischen und attraktiven Gesundheitsalternativen für Schüler und Lehrer
- Es allen Schülern ermöglichen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial auszuschöpfen, und ihre Selbstachtung fördern
- Für die Förderung von Gesundheit und Sicherheit der gesamten Schulgemeinschaft (Kinder und Erwachsene) klare Ziele vorschreiben
- Schaffung von guten Beziehungen zwischen Lehrern und Schülern, zwischen Schülern untereinander und zwischen Schule, Elternhaus und Ortsgemeinde
- Auslotung der Verfügbarkeit von Gemeinderessourcen zur Unterstützung der praktischen Gesundheitsförderung
- Mit einer die Schüler aktiv einbeziehenden Didaktik ein kohärentes Curriculum für die Gesundheitserziehung planen
- Den Schülern das Wissen und die Fähigkeiten mit auf den Weg geben, die sie brauchen, um vernünftige Entscheidungen über ihre persönliche Gesundheit und die Erhaltung und Verbesserung einer sicheren und gesunden physischen Umwelt treffen zu können
- Die schulische Gesundheitspflege im weiten Sinne als Bildungsressource begreifen, die den Schülern dazu verhelfen kann, sich zu effektiven Nutzern der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Diese Zielstellungen sind in berufsbildenden Schulen aufgrund ihrer Struktur ungleich schwerer umzusetzen als in anderen allgemeinbildenden Schulformen. Deshalb müssen hier die Rahmenbedingungen verbessert und eine Anpassung des Konzeptes auf diese Schulform vorgenommen werden. Besonders wichtig ist dabei die Einbeziehung von Aspekten der Belastung/

Beanspruchung bzw. Gesundheitsressourcen an den betrieblichen Ausbildungs- und Arbeitsplätzen der Schüler.

9.4.4 Gesundheitsbezogene, aufsuchende Angebote für junge, sozial benachteiligte Familien

Familien sind nicht grundsätzlich als versorgungsbedürftig zu betrachten. Sie erbringen trotz der gesellschaftlichen Veränderungen vielfältige Leistungen für sich selber, für Nachbarschaften und für das Gemeinwesen. Familiengründung ist jedoch als lebenskritische Phase anfällig für verschiedene soziale und gesundheitliche Beeinträchtigungen. Insbesondere bei sozial benachteiligten Familien kumulieren verschiedene Belastungssituationen (z.B. mangelnde Wohnungsausstattung, fehlende soziale Netzwerke und geringere Inanspruchnahme von Vorsorge- und Informationsdienstleistungen). Deshalb benötigen sie niedrigschwellige Hilfsangebote, um den veränderten Alltagsanforderungen gerecht zu werden und um die Bedürfnisse des Kindes erkennen und befriedigen zu können. Studienergebnisse belegen zudem, dass Eltern in der Phase rund um die Geburt des Kindes besonders große Offenheit für Gesundheitsthemen, aber auch für den eigenen Lebensstil und die Partnerschaft entwickeln.

Vorhandene primärpräventive Gesundheitsangebote für Familien (z.B. Mütterberatungen und Familienhebammen) innerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind in den vergangenen Jahren eher ab- als neu aufgebaut worden. Wenn die Gesundheitschancen sozial benachteiligter Familien verbessert werden sollen, müssen jedoch gerade solche Angebote vorgehalten und ausgebaut werden. Insgesamt sollten die präventiven Angebote folgenden Zielen dienen:

- Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln
- die Übernahme individueller Verantwortung der Eltern betonen
- generell Problemlösestrategien für zukünftige Probleme vermitteln
- die Gesundheitskompetenz insbesondere zu Fragen der Ernährung, Bewegung, Unfallprävention und Stressbewältigung erhöhen.

Die präventiven Maßnahmen sollten so gestaltet sein, dass sie die bekannten Risikofaktoren kindlicher Entwicklungsstörungen (wie Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankung eines Elternteils, vernachlässigendes Familienmilieu, Einsamkeit der Mutter oder genetische Belastungen, Frühgeburt, ein schwieriges Temperament etc.) berücksichtigen, wissenschaftlich

überprüft sind, ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, die vorhandenen elterlichen Ressourcen nutzen, dem kindlichen Entwicklungsprozess gerecht werden und sowohl Mütter als auch Väter ansprechen.

9.4.5 Ausbau und Vernetzung familienbezogener Angebote in sozial benachteiligten Stadtteilen

Die Angebotsstruktur für Familien gliedert sich, soweit in sozial benachteiligten Stadtteilen eine solche überhaupt vorhanden ist, in unterschiedliche Zuständigkeits- und Trägerbereiche auf. Einrichtungen der Jugendhilfe wie Kindertagesstätten oder Familienbildungsstätten halten ebenso relevante Angebote vor wie die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und der Erwachsenenbildung sowie andere spezifische Beratungseinrichtungen für besondere Problemlagen. Die Leistungspalette gesundheitsbezogener und psychosozialer Angebote für Familien kann als zu wenig transparent und zu spezialisiert bezeichnet werden. Dies erzeugt vor allem für bildungsferne Familien auf der Suche nach geeigneten Gesundheitsangeboten viele Wege und häufig eine inadäquate Inanspruchnahme von Leistungen. Auch im Jugendhilfebereich sind ähnliche Zugangsbarrieren sichtbar. Um belastete Familien effektiver zu erreichen ist eine bessere Vernetzung der verschiedenen Hilfsangebote anzustreben. Insbesondere fehlen auch niedrighschwellige Angebote in diesem Bereich.

Zu den Familien sollte ein frühestmöglicher Kontakt im nicht-problemorientierten Bereich gesucht werden, um die Bereitschaft zur Inanspruchnahme verschiedener Hilfsangebote zu erhöhen und Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen zu vermeiden. Erst durch die Verknüpfung des Gesundheits- und Jugendbereichs auf der Basis von Gemeinwesenarbeit werden die Zugangsbarrieren für Familien vermindert und können Probleme wirksam und angemessen bewältigt werden. Dabei sollten sowohl individuelle Hilfen als auch Gruppenangebote vorgehalten werden. Der Aufbau dieser Strukturen kann nur kleinräumig erfolgreich betrieben werden. Stadtteilzentren, Elternschulen, Kindertageseinrichtungen und Familienbildungsstätten kommt dabei die Aufgabe einer niedrighschwelligen Anlaufstelle zu, über die sich die verschiedenen Sektoren vernetzen lassen. Für diese Vernetzungsaufgabe muss die Angebotsstruktur der genannten Einrichtungen weiterentwickelt werden und eine aufgabengemäße Ausstattung gewährleistet sein.

9.5 Literatur

- 1 Altgeld T, Hofrichter P (Hrsg.) (2000): Reiches Land – Kranke Kinder? Mabuseverlag, Frankfurt/Main
- 2 Altgeld T (2001): Gesundheitsförderung ist nur als gesundheitsförderndes Setting erfolgreich und machbar!, In: impulse, Nr. 32, September 2001, S. 2–3
- 3 Baric L, Conrad G (1999): Gesundheitsförderung in Settings, Gamburg
- 4 Barkholz U, Gabriel R, Jahn H, Paulus P (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit – Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen, Flensburg
- 5 Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (1995): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg – Zwischenbilanz 1994, Hamburg
- 6 Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Dudenhausen, J. W.: Krankheitsprävention durch Gesundheitsförderung in der Familie: Warum beginnen wir nicht am Anfang? Monatsschr. Kinderheilkd. 143, 526-530, 1995
- 7 Bergmann RL, Kamtsiuris P, Bergmann KE, Huber M, Dudenhausen JW: Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung. Z Geburtsh Neonatol 204: 60-67 (2000)
- 8 Buch M, Frieling E (2001): Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten, Kassel
- 9 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): „Früh übt sich ...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten, Köln
- 10 Colber-Schrader H, Krug, M (1999): Arbeitsfeld Kindergarten, Juventa Verlag, Weinheim und München
- 11 Department of Health (1992): The Health of the Nation: a strategy for health in England, London
- 12 Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung, Mainz
- 13 Gesundheitsminister Konferenz (GMK) (1997): Beschluss der 70. Gesundheitsminister-Konferenz: „Auswirkungen von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von Kindern“, Saarbrücken
- 14 Helmert U, Baumann K, Müller R (Hrsg.) (2000): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland, Juventa, Weinheim und München
- 15 Klocke A, Hurrelmann K (1998): Kinder und Jugendliche in Armut, Westdeutscher Verlag, Opladen
- 16 Kolip P, Hurrelmann K, Schnabel P-E (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit, Juventa, Weinheim und München
- 17 Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- 18 Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt (2001): Die sechs Gesundheitsziele – Gesundheit für alle, Magdeburg
- 19 Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (2001): Gesundheitsziele in Niedersachsen, Hannover

- 20 Schellhorn W. (1996): Jugendhilferecht, Textausgabe des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG/SGB VIII), Luchterhandverlag, Neuwied
- 21 Schoppa A (2001): Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter, Urban und Vogel, München
- 22 Statistisches Bundesamt (2001): Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil III.1 – Einrichtungen und tätige Personen 1998, Wiesbaden
- 23 Statistisches Bundesamt (2001): Statistisches Jahrbuch 2000, Wiesbaden
- 24 Stender, K-P (2000): Qualitätsstandards zur Verminderung gesundheitlicher Auswirkungen sozialer Benachteiligung bei Kindern – Abschlussbericht, Hamburg
- 25 U.S. Department of Health and Human Services (2000): Healthy people 2010, 2nd ed., Vol II, Washington D.C.
- 26 World Health Organization Regional Office for Europe (1999): Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region, Copenhagen

9.6 Mitglieder der AG

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. (Vorsitz)

Dr. Sibylle Angele, GVG

Sibylle Becker, AOK-Bundesverband

Prof. Dr. Karl Bergmann, Robert Koch-Institut

Ute Brasseit, Medizinische Hochschule Hannover

Dr. Justina Engelbrecht, Bundesärztekammer

Prof. Dr. Helmut Hesecker, Universität Paderborn

Dr. Dagmar Hutzler, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.

Prof. Dr. Dr. Wilhelm Kirch, TU Dresden

Steffi Köhler, Kultusministerium Sachsen-Anhalt

Dr. Peter Krawczack, Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf

Hannes Lachenmair, Bundesarbeitsgemeinschaft Elterninitiativen e.V., München

Prof. Dr. Eva Luber, Hochschule Magdeburg-Stendal

Patricia Lünig-Klemm, Bundesverband der Unfallkassen e.V.

Gisela Marsen-Storz, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Dorle Miesala-Edel, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Hartwig Möbes, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Karin Niederbühl, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

Dr. Elke Opper, Institut für Sportwissenschaft der TU Darmstadt

Prof. Dr. Peter Paulus, Institut für Psychologie, Universität Lüneburg

Dr. Barbara Philippi, GVG

Wilhelm Pöllen, Gesundheitsamt Düsseldorf

Dr. Renate Vogelsang, Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft

Dr. Gabriele Windus, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales

Dr. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover

11. Abkürzungsverzeichnis

ÄappO	Ärztliche Approbationsordnung
AFGIS	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
AiP	Arzt im Praktikum
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AVK	Arterielle Verschlusskrankheit
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (neuerdings BMGS)
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DMP	Disease Management Programm
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUSOMA	European Society of Mastology
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

Abkürzungsverzeichnis

GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
HTA	Health Technology Assessment
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzerkrankung
KID	Krebsinformationsdienst
KiTa	Kindertagesstätte
KJHG	Kinder- und Jugendhilfegesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
NGO	Non Governmental Organisation (Nichtregierungsorganisation)
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PJ	Praktisches Jahr
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VdR	Verband deutscher Rentenversicherungsträger
WHC	Woman's Health Coalition
WHO	Weltgesundheitsorganisation