



Gesundheit

Ernährung

Bewegung

... von Kindern
und Jugendlichen

Rundum gesund?

Dokumentation der Gesundheitskonferenz

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr



Vorwort

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Gesundheitskonferenz der Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr des Bezirksamtes Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin vom 07.05.2008.

Eingeladen waren Vertreterinnen und Vertreter von Schulen, Kitas und Sportvereinen, Krankenkassen sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, um über Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche zu diskutieren. Im Fokus standen insbesondere Maßnahmen zur gesunden Ernährung und Bewegung sowie die Zusammenarbeit in Netzwerken.

Die Dokumentation beinhaltet die im Rahmen der Konferenz gehaltenen Vorträge und Zusammenfassungen der Diskussionen. Im Anhang finden sich Hinweise zu Kontakten.

Wir hoffen, dass die Beiträge Ihr Interesse finden und Anregungen für die gesundheitsfördernde Arbeit geben.

Rundum gesund?

Dokumentation der Gesundheitskonferenz



Herausgeber:
Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr

Inhaltliche Bearbeitung: Plan- und Leitstelle

Realisation: betzemeier usp design, www.betzemeier.com
Umschlagfoto: © Digitalpress - Fotolia.com
Foto im Vorwort und S. 38: © Maya Kruchanova - Fotolia.com

Berlin, März 2009

Kontakt:
Plan- und Leitstelle
Tel.: 030-9029-15766

Gesundheitsberichterstattung im Internet:
www.charlottenburg-wilmersdorf.de

Inhalt

Begrüßung	5
<i>Martina Schmiedhofer</i> Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin Bezirksstadträtin für Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr	
Gesundheitliche Lage von Kindern im Einschulungsalter in Charlottenburg-Wilmersdorf	6
<i>Dr. Frauke Tedsen-Ufer</i> Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin, Gesundheitsamt	
Lebensstile im Wandel Wie leben, ernähren, bewegen sich Kinder und Jugendliche heute?	8
<i>Dr. Silke Bartsch</i> Ernährungswissenschaftlerin, Berlin	
Präventionsaktivitäten von Krankenkassen in Berlin – lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen	14
<i>Dr. Gudrun Borchardt</i> Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin/Brandenburg	
Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen: Maßnahmen, Angebote und Möglichkeiten im Land Berlin	17
<i>Elisabeth Müller-Heck</i> Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung	
g’sund & g’scheit – Stuttgarter Netzwerk für Gesundheit und Bildung in Kindertagesstätten und Schulen	20
<i>Gertrud van Ackern</i> Gesundheitsamt Stuttgart	
fitnetz – das gesunde netzwerk Verwirklichung eines Netzwerkkonzepts im Rhein-Kreis Neuss	26
<i>Birgit Appenrodt</i> Kreisgesundheitsamt Neuss	
Forum 1: Kinder- und Jugendgesundheit fördern!	28
Beispiele guter Arbeit! Kann ein Netzwerk helfen? – Beiträge und Ergebnisse	
Forum 2: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	31
Probleme/Lösungsansätze, Beispiele bewährter Praxis – Beiträge und Ergebnisse	
Resümee und Ausblick	35
<i>Martina Schmiedhofer</i> Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin Bezirksstadträtin für Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr	
Anhang	36
Kontakte	





Begrüßung

Martina Schmiedhofer
 Bezirksstadträtin für Soziales, Gesundheit,
 Umwelt und Verkehr

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie herzlich zu unserer Gesundheitskonferenz hier in der Robert-Jungk-Oberschule und möchte mich an dieser Stelle herzlich bei der Schulleiterin Frau Dr. Garstka bedanken, die uns für heute ihre Räume zur Verfügung gestellt hat und auch sonst tatkräftig bei den Vorbereitungen unterstützt hat.

Ich freue mich sehr über alle, die der Einladung gefolgt sind.

Im Mittelpunkt des heutigen Nachmittags steht die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Charlottenburg-Wilmersdorf und was wir dazu beitragen können, diese zu verbessern. Wir haben uns dafür entschieden, Ernährung und Bewegung in den Mittelpunkt der Veranstaltung zu stellen, weil dies „Stellschrauben“ mit breiter Wirkung sind.

Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung 2006, die einen umfassenden Einblick in den gesundheitlichen Zustand unserer Kinder ermöglichen, sind soeben im Gesundheitsbericht erschienen. Obwohl wir zu den sozial und materiell besser gestellten Bezirken Berlins gehören, haben auch bei uns Kinder und Jugendliche zu wenig Bewegung und ernähren sich nicht immer optimal.

Das Gesundheitsverhalten in den frühen Kindesjahren hat lebenslang andauernde Auswirkungen auf Gesundheit, Lebensfreude und soziale Einbindung in die Gesellschaft. Manche Erkrankung im Alter hat ihren Ursprung in Übergewicht und Bewegungsmangel in jungen Jahren. Deshalb ist frühzeitiges Umsteuern und Intervenieren von großer Bedeutung.

Die heutige Konferenz hat das Ziel, mit umsetzbaren Ergebnissen zu enden. Zuerst werden wir uns folgenden Fragen stellen:

- Wie steht es um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Bezirk?
- Wie kann diese verbessert werden?
- Welche guten Beispiele praktischer Arbeit können auch in Charlottenburg-Wilmersdorf umgesetzt werden?
- Welche Netzwerke sind notwendig?

Wir müssen das Rad nicht neu erfinden. Es gibt auch in Berlin viele Initiativen und Projekte, deren Wirkungsbreite erhöht werden kann, wenn diese Angebote in Netzwerke eingebunden sind, die sie einem größeren Personenkreis zugänglich machen.

Ich hoffe, dass wir heute im Erfahrungsaustausch mit Ihnen einen Schritt in die richtige Richtung machen werden und durch eine gute Vernetzung aller im Bezirk tätigen Akteurinnen und Akteure zu mehr körperlicher Bewegung und gesünderer Ernährung für Kinder und Jugendliche beitragen können.

Auf dem Weg dorthin wird uns heute Frau Katharina Gerlach begleiten, die wir für die Moderation der Veranstaltung gewinnen konnten. Sie wird den Tagesablauf skizzieren und Ihnen die Referentinnen vorstellen.

Ich wünsche uns allen einen erfolgreichen Verlauf der Konferenz mit interessanten Vorträgen, spannenden Diskussionen und neuen Impulsen für die bezirkliche Gesundheitsförderung.

Kenntnisse über die gesundheitliche Lage von Kindern sind eine elementare Voraussetzung bei der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Das Referat von Dr. Frauke Tedsen-Ufer – Leiterin des Fachbereichs für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche im Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin – griff dieses Thema auf und bildete den Auftakt für die fachlichen Beiträge an diesem Tag.

Nachfolgend eine redaktionell erstellte, zusammenfassende Aufarbeitung des Vortrags.

Gesundheitliche Lage von Kindern im Einschulungsalter in Charlottenburg-Wilmersdorf

Die Einschulungsuntersuchungen sind gemäß §55 Absatz 5 des Schulgesetzes eine Pflichtuntersuchung. Einen Nutzen erbringen sie auf zweifache Weise: Individualmedizinisch betrachtet ermöglichen sie bei jedem einzelnen Kind eine Überprüfung von gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Parametern, ggf. auch die sich anschließende Hilfeinleitung. Vom bevölkerungsmedizinischen Aspekt her bietet sich mit den Untersuchungsergebnissen die Gelegenheit, den Gesundheitszustand eines gesamten Jahrgangs im Kontext sozialer Einflussgrößen zu erfassen, eine sozialräumliche Differenzierung vorzunehmen und ggf. schließlich sozialkompensatorische Präventionsmaßnahmen oder gesundheitspolitische Interventionen einzuleiten.

Die Inhalte einer Einschulungsuntersuchung sind sehr umfangreich: Das Messen von Größe und Gewicht, der Hör- und Sehtest, die Überprüfung des Farbsinns, die Erhebung des Impfstatus, die Prüfung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen gehören ebenso dazu wie natürlich Anamnese und körperliche Untersuchung. Erst seit wenigen Jahren im Programm ist S-ENS, ein standardisiertes Screening, das Testverfahren zur Überprüfung von Grob- und Feinmotorik, der auditiven und visuellen Wahrnehmung sowie des sprachlichen Entwicklungsstandes beinhaltet.

Wichtige Zusatzinformationen kommen von den Eltern. Auf einem gesonderten Fragebogen machen sie (freiwillige) Angaben zur Herkunft, zur Familienstruktur, zum Rauchverhalten sowie, das Kind betreffend, zum Konsum elektronischer Medien und zur Dauer des Kitabesuches. Bedeutsam sind die Angaben zum elterlichen Bildungsstand und zur elterlichen Erwerbstätigkeit, denn sie ermöglichen über ein Punktesystem die Ermittlung des sog. sozialen

Schichtindex und somit die Zuordnung zu sozialer Ober-, Mittel-, oder Unterschicht.

Im Jahre 2006 kamen insgesamt 2124 Kinder zur Untersuchung beim KJGD. Die meisten entstammten – und dies ist ein deutlicher Unterschied zu anderen Bezirken – aus Familien der oberen sozialen Schicht (50%), nur 20% waren der Unterschicht zugehörig. Immerhin ein Drittel der in Charlottenburg-Wilmersdorf Einzuschulenden aber hatte einen ausländischen Herkunftshintergrund, ein im Vergleich zu Gesamtberlin überdurchschnittlicher Anteil.

Die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen ist als befriedigend anzusehen. Die Teilnahmequote liegt bis zur U7 bei über 90%. Teilnahmelücken finden sich am ehesten bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund.

Rund 10% der Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf sind übergewichtig, darunter 4% in einer gesteigerten Form (adipös). Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist gering. Auffällig ist, dass häufiger Angehörige der unteren sozialen Schicht und Kinder nichtdeutscher Herkunft betroffen sind. Die sozialräumlichen Auswertungen zeigen insbesondere in Charlottenburg-Nord höhere Anteile Übergewichtiger.

Viele der künftigen Schulanfängerinnen und Schulanfänger haben Defizite in der Körperkoordination. Seitliches Hin- und Herspringen und einbeiniges Hüpfen auf einer Matte, wie es der Screening-Test fordert, bereitet ihnen Schwierigkeiten. Etwa ein Drittel der Kinder zeigt Auffälligkeiten. Der Geschlechterunterschied ist deutlich, es sind mehr die Jungen betroffen.

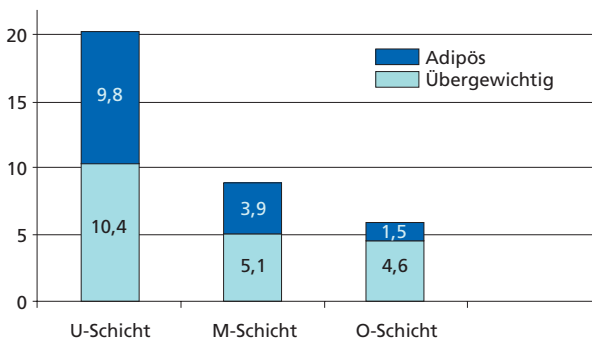
Ein wichtiges Thema in der heutigen Zeit ist der Konsum elektronischer Medien, der im Freizeitverhalten von Kindern zunehmend eine Rolle spielt. Wie die bei der Einschulungsuntersuchung gemachten Angaben beweisen, ist das Ausmaß der Nutzung stark schichtabhängig (stärkerer Gebrauch in der unteren sozialen Schicht). Von Interesse sind aber insbesondere Auswirkungen des Medienkonsums auf die Gesundheit. Im Rahmen der Auswertungen konnte gezeigt werden, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Dauer des täglichen Fernsehkonsums und Übergewicht besteht. Mit steigenden Einschaltzeiten häuft sich die Gewichtsproblematik; sie ist Ausdruck für die Bewegungsarmut der Kinder.

Statistisch konnte in unseren Auswertungen ebenfalls nachgewiesen werden, dass verstärkter Fernsehkonsum Auswirkungen auf feinmotorische, kognitive und sprachliche Leistungen hat. Die Tests zeigten entsprechende Auffälligkeiten.

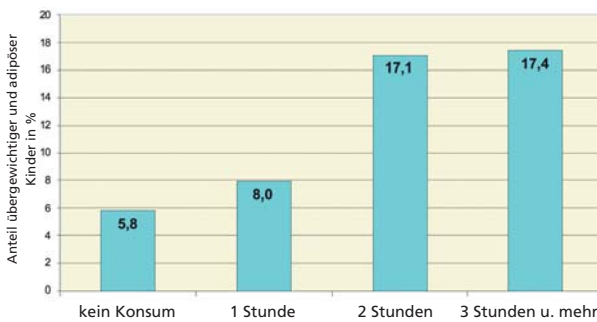
In der zusammenfassenden Betrachtung ergeben sich mögliche Interventionsfelder insbesondere aus folgenden Erkenntnissen:

- Der Grad der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist gerade bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund noch unzureichend.
- 10% der Jungen und 11% der Mädchen sind übergewichtig. Übergewichtige haben einen höheren Fernsehkonsum. Adipöse profitieren von längerem vorschulischem Einrichtungsbesuch.
- Täglicher Fernsehkonsum beeinflusst z. B. die Aufgaben zur Gestaltkonstruktion und -reproduktion sowie das Sätze-Nachsprechen negativ.

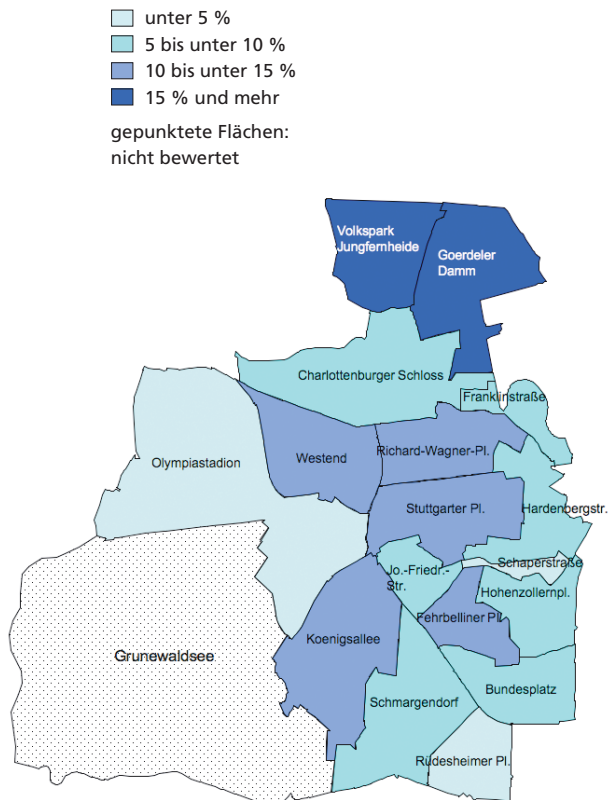
Anteil der Kinder mit Übergewicht nach sozialer Schicht



Übergewicht (inkl. Adipositas) in Abhängigkeit von der Dauer des täglichen Fernsehkonsums



Anteil der Kinder mit Übergewicht (inkl. Adipositas) in den Statistischen Gebieten



Lebensstile im Wandel

Wie leben, ernähren, bewegen sich Kinder und Jugendliche heute?

Dr. Silke Bartsch

Ernährungswissenschaftlerin

Hintergrund

Jugendliche, Familien, Mahlzeiten und auch Essensangebote haben sich seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts in den westlichen Industriestaaten stark verändert. Der Kühlschrank steht hier exemplarisch für viele Aspekte des Wandels. Beispielsweise ersetzte dieser in der Nachkriegszeit weitgehend die Speisekammer – und war damit nur der Anfang weiterer küchentechnischer Veränderungen. Mit den Erneuerungen der Küchentechnik sind auch Veränderungen des Lebensmittelangebots eng verknüpft. Convenienceprodukte – allen voran die Tiefkühlpizza (Spiekermann 1999) – sind nur sinnvoll durch entsprechende Tiefkühl- und Aufwärmgeräte – man denke hier z. B. auch an den Einzug der Mikrowellen in die Küchen. Ein anderer Aspekt sind die veränderten Zugangsmodalitäten zur Speisekammer und später zum Kühlschrank. Heute erscheint eine Selbstbedienung selbstverständlich – sie wird jedoch nur durch das liberale Erziehungsumfeld möglich. Bereits Kinder nehmen heute Einfluss auf das häusliche Essen.

Die Folgen des Wandels prägen Heranwachsende heute. Nach den Ergebnissen meiner Jugendesskulturstudie (Bartsch 2008) kann zusammengefasst folgendes festgestellt werden:

- Kinder und Jugendliche sind Essende und Konsumierende mit Ansprüchen.
- Sie wissen nur wenig über Herkunft von Lebensmitteln und werden nur selten in die Zubereitung einbezogen.
- Dieses ist oftmals verknüpft mit einer geringen Wertschätzung von Lebensmitteln und den mit der Zubereitung verbundenen Arbeiten.
- Nahrungsmittel sind heute nahezu immer und überall verfügbare Konsumprodukte, die Teil des Lebensstils sind.

Adipogene Umwelt

Die Lebenswelt hat sich für viele Menschen in den westlichen Industriestaaten zum Schlaraffenland entwickelt. In Kombination mit dem zunehmend beobachtbaren Bewegungsmangel spricht die WHO (2003) von einer „adipogenen Umwelt“, in deren Folge auch die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen steigt, Essstörungen zunehmen und die Folgeerkrankungen nicht ausbleiben. Die KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Dokumentation unter www.kiggs.de) ist die erste, umfassende Kinder- und Jugendgesundheitsstudie, die repräsentative Daten für bundesdeutsche Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren liefert. Die Ergebnisse belegen, dass rund 15 % übergewichtig (BMI > P90) und weitere 6,3 % (BMI > P97) adipös sind. Damit zeigt sich gegenüber den Referenzdaten aus den Jahren 1985 bis 1999, dass die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas sich verdoppelt (bzw. für Jugendliche ab 14 Jahre hat sich die Adipositasrate sogar verdreifacht) hat. Gleichzeitig steigt die Anzahl von Essstörungen wie Magersucht und Bulimie (Kurth & Schaffrath 2007).

Angemerkt sei an dieser Stelle, dass „schlank“ nicht gleichzusetzen ist mit „gesund“ und umgekehrt „dick“ nicht mit „krank“ (Uhl 2006). Wohl aber dient der Gewichtsstatus als Indikator für den Ernährungszustand z. B. bei Screeninguntersuchungen. Nach Datenlage von KiGGS (Kurth & Schaffrath 2007) sind, gemittelt über die Altersgruppen, zwar rund 85 % aller Heranwachsenden normalgewichtig, allerdings sind die Prävalenzen für Übergewicht und Untergewicht unter anderem abhängig vom Sozialstatus – sowohl bei Heranwachsenden als auch bei Erwachsenen. Beispielsweise sind 14 % aller Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus zwischen 14 und 17 Jahren, die in der KiGGS-Studie untersucht wurden, adipös, aber nur 7,5 % mit mittlerem und 5,2 % mit hohem Sozialstatus. Diese Korrelationen ziehen sich durch alle untersuchten Altersgruppen. Ess- und Bewegungsverhalten sind Teil eines Le-

bensstils, die wiederum die Ess- und Bewegungssozialisation beeinflussen (Gerhards & Rössel 2003). Aus diesem Grund möchte ich im Rahmen des Vortrags dazu die folgenden zwei Schwerpunkte herausgreifen, um Ihnen zum einen kleine Einblicke in die heutige Lebenswelt der Kinder und Jugendlichen zu geben und zum anderen die Bedeutsamkeit der Familie für den Sozialisationsprozess zu verdeutlichen:

1. Stellenwert und Bedeutung der häuslichen Mahlzeiten
2. Stellenwert von Sport und Bewegung im Alltag von Kindern und Jugendlichen

1. Stellenwert und Bedeutung von Familienmahlzeiten

Für die Ernährungssozialisation ist der Familienhaushalt von zentraler Bedeutung. Beispielsweise wird das Essensangebot durch den elterlichen Lebensstil und damit implizit deren Essstil mitbestimmt – in Wechselwirkung zu den Anregungen und Forderungen der Heranwachsenden. Dabei spielen Mahlzeiten als Integrations-, Kommunikations- und Erziehungszentrum (DGE 1976) eine zentrale Rolle. Beispielsweise werden Tischsitten tradiert, Tischgespräche geführt, individuelle und soziokulturelle Vorlieben bzw. Abneigungen von Speisen gebildet und kultiviert etc. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle nach dem Stellenwert und der Bedeutung von Familienmahlzeiten gefragt.

Die nachfolgenden Ausführungen zur Familienmahlzeit beziehen sich auf die von mir durchgeführte Jugendesskulturstudie (Bartsch 2008). Dazu wurden rund 300 Schülerinnen und Schüler der 8. und 10. Klassenstufe 2001 in Berlin befragt. Es wurden in Schulklassen aller Schulzweige Fragebögen ausgefüllt. Es handelt sich dabei um eine explorative Studie, die nicht repräsentativ ist. Um kulturelle Besonderheiten auszuschließen, wurden nur die Fragebögen der deutschen Jugendlichen ausgewertet.

Dominanz der häuslichen Essensversorgung

Anders als in Anbetracht der zahlreichen Fast Food Angebote auf den Straßen zu erwarten wäre, essen nicht nur Kinder, sondern auch Jugendliche vorwiegend zu Hause. Eine Zusammenschau der Daten für meine Jugendesskulturstudie aus z. B. Ernährungsberichten (DGE 2004) etc. ergab ebenso wie die eigene

Erhebung eine Dominanz der häuslichen Ernährungsversorgung. Selbst im Falle, dass unterwegs Hunger aufkommt, wartet etwas mehr als die Hälfte, um auf das häusliche Angebot zurückzugreifen.

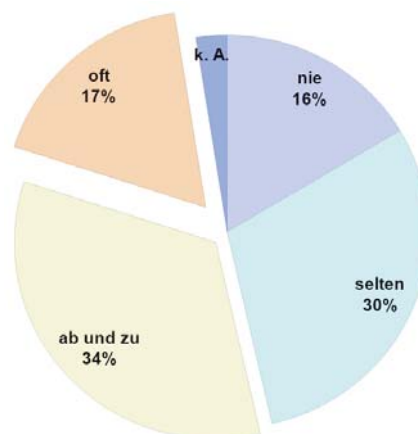
Auf die Frage, was tust du, wenn du mit Freunden unterwegs bist und hungrig wirst, gab es mehrere Alternativen, die nach Häufigkeit anzukreuzen waren. Die Möglichkeit, auf zu Hause zu warten, wurde von etwas mehr als der Hälfte „oft“ bzw. „ab und zu“ gewählt. Im Einzelnen sind es rund 17 %, die „oft“, 34 %, die „ab und zu“, 30 %, die „selten“ und 16 %, die „nie“ gewählt haben. Unterschiede zwischen den Schularten ließen sich nicht feststellen. Einer der genannten Gründe für das Warten ist, dass Jugendliche nicht bereit sind, ihr begrenztes Taschengeld für ihre Essensversorgung auszugeben.

Allerdings wurde – in meiner Untersuchung von Jugendlichen – auch deutlich, dass „Warten auf zu Hause“ nicht gleichzusetzen ist mit „gemeinsam Essen mit anderen in der Familie“. So wartet lediglich knapp ein Drittel der Befragten auf das gemeinsame Essen. Welchen Stellenwert hat dann die gemeinsame Mahlzeit, wenn die Versorgung v. a. über den Kühlschrank läuft?

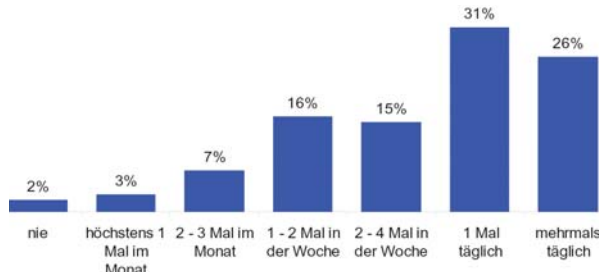
Die Ergebnisse überraschten. Anders als die immer wieder diskutierten Befürchtungen, zeigen die Daten, dass Familienmahlzeiten zum Alltag von der überwiegenden Mehrheit von Kindern und Jugendlichen gehören.

Dominanz der häuslichen Essensversorgung

Unterwegs hungrig?
„Ich warte, bis ich wieder zu Hause bin.“



Häufigkeit gemeinsamer Mahlzeiten

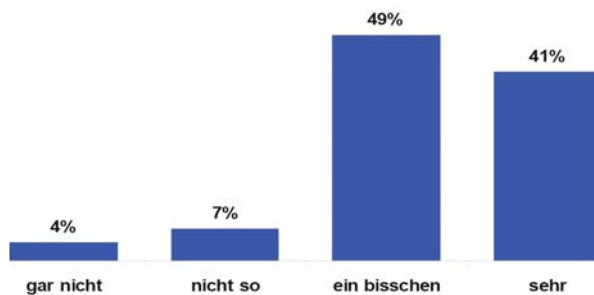


Zu den Einzelheiten:

Von Interesse ist, wie häufig Jugendliche mit ihren Eltern oder mit einem von beiden Elternteilen gemeinsam essen. Entgegen allen pessimistischen Annahmen stellte sich bei der Befragung heraus, dass knapp 60 % täglich mindestens einmal gemeinsam mit ihren Eltern oder einem von beiden Elternteilen essen. Fasst man alle zusammen, die täglich und mehrmals wöchentlich gemeinsam mit ihren Eltern essen, so sind das rund 72 % aller befragten Jugendlichen. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Häufigkeit der Familienmahlzeit und besuchtem Schulzweig.

Auf die Frage, ob den Jugendlichen das gemeinsame Essen mit den Eltern gefalle, antworteten 40,8 % mit „sehr“ und 49,0 % mit „ein bisschen“. Lediglich rund 10 % gefällt die gemeinsame Mahlzeit „nicht so“ oder „gar nicht“.

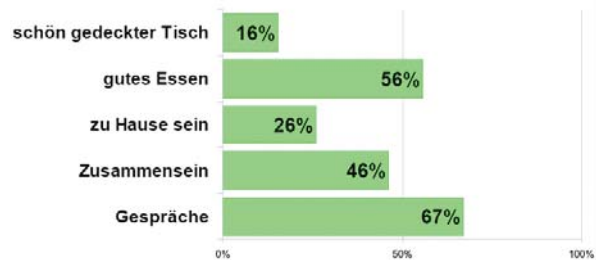
Gefallen Dir die gemeinsamen Mahlzeiten?



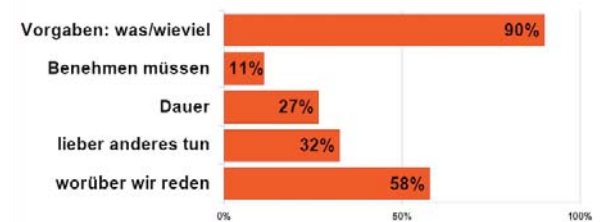
Wie ist es nun zu erklären, dass einerseits die Mehrzahl regelmäßig gemeinsam mit den Eltern isst, andererseits aber nur etwa ein Drittel tatsächlich ab und zu oder häufig auf das gemeinsame Essen wartet und das, obwohl vielen das gemeinsame Essen durchaus gefällt?

Dazu wurden die Jugendlichen gefragt, welche Bedeutung die Familienmahlzeit für sie habe. Um dazu Aussagen treffen zu können, wurden unter anderem Fragen zur Kommunikation, der sensorischen Akzeptanz und zur Zeitkonkurrenz gestellt. „Worüber wir reden“ und wie dieses den Jugendlichen gefällt, war ein Item im Fragebogen, das wesentlich zur Klärung der aufgeworfenen Frage beiträgt.

Was gefällt?



Was stört?



67,3 % geben an, dass ihnen das gemeinsame Gespräch besonders gefällt, während es gleichzeitig 57,7 % aller Jugendlichen stört. Zunächst noch weitere Ergebnisse. 55,7 % schmeckt das Essen gut und 46,4 % genießen das Zusammensein. Allerdings würden 32,4 % lieber etwas anderes machen und 26,6 % stört die Länge der Familienmahlzeiten. So stehen Zeitpunkt und Zeitdauer besonders mit steigendem Alter der Jugendlichen abends in Konkurrenz mit anderen Freizeitaktivitäten.

Barlösius beschreibt in ihrer „Soziologie des Essens“ (1999), dass die Kommunikationsfunktion bei Mahlzeiten durchaus eine zunehmende Bedeutung erfährt. Die erhaltenen Daten stützen diese These für die Bedeutung der Familienmahlzeit. Vor dem Hintergrund, dass Versorgung auch individuell schnell, mit wenig Aufwand an Zeit und Wissen von den Jugendlichen selbst realisierbar ist, deutet sich hier ein Funktionswandel an. Familienmahlzeiten als Orte der Kommunikation und Versorgung konstituieren Familie (vgl. dazu auch Brombach 2001). Gleichzeitig wird die jugendtypische Ambivalenz zwischen Ablösung von den Eltern einerseits und versorgt sein und Schutz durch die Eltern andererseits an dieser Stelle deutlich.

Zusammengefasst aus den vorgestellten und weiteren Daten meiner Jugendesskulturstudie lässt sich für die Familienmahlzeit Folgendes ableiten:

- Stabilität der häuslichen Versorgung
- Ansprüche an die häusliche Versorgungsinstanz
- Einfluss auf Konsummuster der Haushalte
- Option Familienmahlzeit (Versorgungsfunktion knüpft sich nicht mehr exklusiv an gemeinsame Mahlzeiten)
- Selbstversorgung
- Familienmahlzeit als Ort der Kommunikation

2. Stellenwert von Sport und Bewegung

Vorbemerkung

In den letzten Jahren rückte neben der Ernährungsversorgung immer stärker die Bedeutung der Bewegung in den Mittelpunkt der Gesundheitsförderung. Hervorheben möchte ich in dem hier vorgestellten Kontext die positiven Effekte bei Kindern und Jugendlichen auf Wachstum, körperliche Reife und motorische Entwicklung ebenso wie die Stärkung der personalen Ressourcen. Eine Zusammenstellung des Forschungsstandes dazu finden sie z. B. bei Lampert et al. (2007) in der KiGGS-Studie.

Bewegungsräume und zeitliche Nutzung

Aus diesem Grunde soll hier schlaglichtartig auf den Stellenwert der Bewegung im Kindes- und Jugendalter eingegangen werden. Zunächst möchte ich Ihnen dazu – skizzenhaft und ohne den Anspruch auf Vollständigkeit – die Möglichkeiten von Bewegung im Alltag vor Augen führen. Bei den Bewegungsräu-

men sind private und öffentliche Innen- und Außenbereiche zu unterscheiden. Die Räume sind im Zusammenhang mit der möglichen zeitlichen Nutzung zu sehen. Was nutzt der größte und beste Spielplatz, wenn immer weniger Zeit bleibt dorthin zu gehen. Für Schulkinder ist der Vormittag durch Schulweg, Unterricht und Pausen strukturiert.

WalkingBus

Erlauben Sie mir hier eine Anmerkung zur Bedeutung des Schulweges, um auf die in den Alltag integrierten Bewegungsmöglichkeiten hinzuweisen. Besonders bei jüngeren Kindern wird dieser Bewegungsraum häufig nicht genutzt, da Eltern ihre Kinder mit dem Auto in die Schule bringen. Auf die Frage, warum Eltern ihre Kinder fahren, wird in aller Regel mit Zeit und Sicherheit argumentiert. In einem Fernsehbericht war vor einigen Monaten das Beispiel eines italienischen Städtchens zu sehen, in dem Eltern gemeinsam eine Gehgemeinschaft bildeten. Einige Mütter haben sich bereit erklärt, nach einem festen Plan und Haltepunkten, die Kinder auf dem Fußweg in die Schule und von der Schule zu begleiten. Das Beispiel macht auch in Deutschland Schule (vgl. Möhring 2006).

Zurück zum Schulvormittag: Neben den Hofpausen sind Sportstunden explizit für die Bewegung eingeplant. Ein Blick auf die Stundentafeln ergibt: In den 40 Berliner Schulwochen jährlich drücken die Kinder und Jugendlichen mindestens 17 x 45 Minuten (ca. 13 Zeitstunden) in der ersten Klasse und maximal 31 x 45 Minuten (ca. 23 Zeitstunden) die Schulbank. In allen Klassenstufen sind davon drei Schulstunden für Sport vorgesehen. Typischerweise bewegen sich folglich Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter vormittags entsprechend wenig.

Wie verbringen die Jugendlichen die Zeit nach der Schule? Die Zeitbudgetstudie 2001/2002 (Statistisches Bundesamt 2004) gibt dazu erste Anhaltspunkte: Die sog. „Freizeit“ beträgt in allen Altersgruppen (10 bis unter 20 Jahren) geschlechtsunabhängig an Wochentagen rund 6 Stunden. Davon verbringen Jungen (10 bis unter 20 Jahren) mehr Zeit am PC als Mädchen (vgl. 15. Shell Jugendstudie 2006) – anders als bei Mädchen steigt bei Jungen altersabhängig die verbrachte Zeit vor dem PC auf rund eine Stunde am Tag. Unabhängig davon, dass Kinder (Jungen mehr als Mädchen) sich gern und viel bewegen (vgl. z. B. Kleine 2003) zeigt sich insgesamt eine Verlagerung von (fehlenden) Außenräumen in Innenräume (ebd.).

Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Übergewicht

Zu einer wichtigen Freizeitbeschäftigung zählt das Fernsehen. Nach Daten des Online-Familienhandbuchs sahen an einem normalen Wochentag 11-jährige Schülerinnen und Schüler durchschnittlich 1,9 Stunden und 15-jährige 2,2 Stunden fern. (www.familienhandbuch.de)

Die Durchschnittswerte täuschen. Es lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: Die Gruppe der Vielseher im Alter von 11 Jahren sieht durchschnittlich knapp 2,9 Stunden am Tag fern, die der Wenigseher lediglich 0,8 Stunden. Mit zunehmendem Alter steigt die Diskrepanz: 3,3 Stunden bei den 15-jährigen Vielsehern im Vergleich zu 1,1 Stunden bei den Wenigsehern. Bei der Gruppe der Vielseher nimmt damit die passive Beschäftigung des Fernsehkonsums den größten Anteil der Freizeit in Anspruch. Hinzu kommt, dass Vielseher im Vergleich zu Wenigsehern häufig alleine vor dem Gerät sitzen (Vgl. dazu www.familienhandbuch.de).

Für das hier vorgestellte Thema ist interessant, dass der tägliche Fernsehkonsum signifikant positiv mit erhöhtem Körpergewicht korreliert (z. B. Pudal 2000, Danielzik 2003, Hesecker 2005). Es liegt nahe, Bewegungsmangel in Kombination mit ungünstigem Essverhalten als Gründe dafür zu sehen. Tatsächlich konnte für 13- bis 16-Jährige empirisch nachgewiesen werden, dass eine fernseherorientierte Freizeitgestaltung den Konsum von hochenergiehaltigen Produkten wie Süßigkeiten, Süßgetränken etc. fördert, während ernährungsphysiologisch günstigere Lebensmittel wie Obst, Gemüse etc. weniger häufig von jugendlichen Vielsehern gegessen werden (Gerhards und Rössel 2003, S. 55). Nebenbei bemerkt, korreliert eine positive Einstellung zu einer gesunderhaltenden Ernährung ebenfalls mit der Fernsehdauer (DGE 2004).

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen:

- Die heutigen Lebenswelten sind charakterisiert durch eine Angebotsvielfalt an Nahrungsmitteln und eine hohe Mobilität, ohne selbst aktiv werden zu müssen.
- Ess- und Bewegungsverhalten passen sich entsprechend des präferierten Lebensstils den Lebenswelten an.

- Eine entsprechende Ausdifferenzierung der Lebensstile ist (immer schon) Teil der sozialen Distinktion und damit Teil der Identität – die historisch gesehen heute vergleichsweise einen hohen Grad an „Selbstbestimmung“ zulässt.
- Historisch betrachtet haben Menschen heute vergleichsweise viele Gestaltungsfreiheiten hinsichtlich ihres Ess- und Bewegungsverhaltens.
- Diese sind jedoch als Teil des Lebensstils, der von dem soziokulturellen Umfeld akzeptiert wird, nur scheinbar „frei wählbar“.

Folgerungen

„Eine gute körperliche, psychische und soziale Gesundheit

hilft Jugendlichen, die Vielzahl von Herausforderungen

des Heranwachsens produktiv zu bewältigen.“

15. Shell-Jugendstudie 2006, S. 86

... und weiter heißt es: „In der Kindheit und Jugend sind sensible Perioden, in denen wesentliche Muster des Gesundheitsverhaltens entstehen und sich stabilisieren“ (15. Shell-Jugendstudie 2006, S. 86). Das Zitat soll für die anschließende Diskussion verdeutlichen, erstens, dass Gesundheit im Sinne eines salutogenetisch orientierten Verständnisses mehr als die Abwesenheit von Krankheit bedeutet und zweitens, dass Kindheit und Jugend einmalige Chancen für die Gesundheitsprävention im Lebenszyklus schaffen.

Eine gesundheitsorientierte Gesamtpolitik sollte daher die Stärkung der Menschen und ihrer Gesundheitsressourcen im Auge haben. Das bedeutet im Sinne einer salutogenetisch orientierten Gesundheitspolitik, dass

1. verschiedene Lebensweisen gleichwertig respektiert werden,
2. Möglichkeiten angeboten werden, das gesundheitsförderliche Handlungsspektrum zu erweitern und
3. Gesundheitsrisiken in den Lebenswelten zu minimieren.

Die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten bedeutet in Bezug auf die Bewegungssozialisation, den Bewegungsdrang der Kinder und Jugendlichen aufzugreifen und ausreichende Bewegungsräume für alle Altersgruppen zu schaffen, die Platz lassen für eigene Ideen. Die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten bedeutet in Bezug auf die Ernährungssozialisation, Strukturen für gesundheitsförderliche und bezahlbare Essensangebote zu schaffen.

Die Förderung von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen kann in Einzelaktionen oder in regelmäßigen Aktionen durchgeführt werden. Besonders wirksam sind institutionalisierte Aktivitäten, die einer Qualitätssicherung unterliegen und die Akteure einbeziehen, wie sie z. B. bereits beim Schulfrühstück und Schulesse v. a. in den Grundschulen oder bei Bundesjugendspielen stattfinden. In flankierenden Veranstaltungen zu Gemeinschaftsaktionen können Angebote geschaffen werden, um persönliche Kompetenzen zu entwickeln.

Literatur:

- Barlösius, E.: Soziologie des Essens. Weinheim, München 1999.
 - Bartsch, S.: Jugendesskultur: Bedeutungen des Essens für Jugendliche im Kontext Familie und Peergroup. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Fachheft 30. Bonn 2008.
 - Brombach, C.: Mahlzeit - Familienzeit? Mahlzeiten im heutigen Familienalltag. In Ernährungs-Umschau 2001, (6) 238 - 242.
 - Currie, C. et al. (Hrsg.): Young People's Health in Context. Health Behaviour in Schoolage Children Study (HBSC). International Report from the 2001/2002 Study. WHO Regional Office for Europe 2004.
 - Danielzik, S.: Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Kiel: Daten der ersten Querschnittuntersuchung der Kieler Adipositas-Präventionsstudie (KOPS). Kiel 2003.
 - DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) (Hrsg.): Ernährungsbericht 1976. Frankfurt a. M. 1976.
 - DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) (Hrsg.): Ernährungsbericht 2004. Frankfurt a. M. 2004.
 - Gerhards, J. & Rössel, J.: Das Ernährungsverhalten Jugendlicher im Kontext ihrer Lebensstile. BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (Hrsg.). Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Heft 20. Köln 2003.
 - Heseker, H.: Vortrag „Adipöse Kinder in einer adipogenen Umwelt“. Arbeitstagung der DGE zum Thema „Aspekte der Ernährungsbildung und -beratung“ am 29. und 30. September 2005 im Heinz Nixdorf MuseumsForum Paderborn 2005.
 - DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.) (Hrsg.): Ernährungsbericht. Frankfurt am Main 2004.
 - Deutsche Shell (Hrsg.): Jugend 2006. 15. Shell Jugendstudie. Eine pragmatische Generation unter Druck. Frankfurt am Main 2006.
 - Kleine, W.: Tausend gelebte Kindertage. Kinder – Alltag – Bewegung. Weinheim, München 2003.
 - Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007, Nr. 5/6, S. 736 – 743.
 - Lampert, T. et al.: Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 2007, Nr. 5/6, S. 634 – 642.
 - Meyer, S.: Mahlzeitenmuster in Deutschland. München 2002.
 - Möhring, C.: Walking Bus. Eine Empfehlung für die Organisation von Gehgemeinschaften auf dem Schulweg. Handreichung hrsg. vom Ministerium für Bauen und Verkehr des Landes Nordrhein-Westfalen und Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2006.
 - Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven (Sammelband). Wiesbaden 2006.
 - Spiekermann, U.: Esskultur heute. Was, wie und wo essen wir? In Dr. Rainer Wild-Stiftung (Hrsg.), Gesunde Ernährung zwischen Natur- und Kulturwissenschaft, S. 41 - 56. Münster 1999.
 - Statisches Bundesamt (Hrsg.): Alltag in Deutschland. Analysen zur Zeitverwendung. Wiesbaden 2004.
 - Uhl, M.: Sind Schlankheit und Gesundheit synonym? Diplomarbeit an der Hochschule Fulda 2006.
 - WHO (World Health Organization): Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva 2003.
-

Von der Beschreibung der gesundheitlichen Lage und Lebensstile zur Praxis der Gesundheitsförderung in Kita und Schule. Im weiteren Verlauf der Konferenz wurde aus Sicht der Krankenkassen und der Bildungsverwaltung über präventive Ansätze und bestehende Maßnahmeprogramme berichtet.

Präventionsaktivitäten von Krankenkassen in Berlin – lebensweltorientierte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen

Dr. Gudrun Borchardt

Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Berlin/Brandenburg
Referentin Gesundheitswesen

Gesetzliche Grundlagen und Qualitätssicherung

Die Aktivitäten der Krankenkassen zu Prävention und Gesundheitsförderung beruhen auf gesetzlichen Grundlagen, auch wenn kein so genanntes Präventionsgesetz existiert. Vor allem der § 20 des Sozialgesetzbuches V (SGB V) bildet diese Grundlage. Dort ist ebenso formuliert, dass die Krankenkassen gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung dieses Präventionsauftrages unter Hinzuziehung unabhängigen Sachverständigen zu definieren haben. Damit entstand der „Leitfaden Prävention“ als anspruchsvolles Qualitätssicherungskonzept der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für dieses Handlungsfeld, welches kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Dieser Leitfaden liegt nunmehr in der vierten Fassung vor, seit mit der Neuformulierung des § 20 SGB V im Jahr 2000 die Primärprävention wieder als Leistung aufgenommen wurde und den gesetzlichen Krankenkassen der Auftrag erteilt wurde, durch Leistungen der Primärprävention „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen.“ Die Kriterien beziehen sich vorrangig auf den Bedarf, die Zielgruppen und Zugangswege sowie den Inhalt und die Methodik der Gesundheitsförderung. Ein Novum stellt das Kapitel „Gesundheitsziele“ im aktualisierten Leitfaden von 2008 dar, in dem die GKV selbst Gesundheitsziele für vier Zielbereiche formuliert. Dabei wird in betriebliche und außerbetriebliche Lebenswelten (Settings) unterschieden und es werden Präventions- und Gesundheitsziele definiert. Die primäre Zielgruppe der Interventionen (in außerbetrieblichen Settings) sind Kinder, Jugendliche und werdende Eltern. Kinder ab drei Jahren sol-

len in den Settings Kindergarten und Schule erreicht werden. Zur Umsetzung gibt es einen klaren Zeitrahmen und quantitative Zielvorstellungen. Die inhaltlichen Zielsetzungen der Interventionen sollen vom Bedarf vor Ort formuliert werden. Damit wird dem Grundgedanken des Settings Rechnung getragen.

Mit der Aktualisierung des „Leitfadens“ werden vor allem die Regelungen zum Setting-Ansatz präzisiert und systematisiert. Wichtige Aspekte sind in diesem Zusammenhang die Integration der Gesundheitsförderung in die Bildungs- und Erziehungsarbeit, die möglichst enge Abstimmung mit den Eltern, die Verknüpfung von Maßnahmen zur Verbesserung der Kindergesundheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ziel ist es aber auch, die Krankenkassen zu befähigen und zugleich zu motivieren, ihre Leistungen stärker in das Lebensumfeld der Zielgruppen - insbesondere der sozial benachteiligten Zielgruppen - einzubringen.

Der Leitfaden definiert ebenfalls die Förderkriterien der GKV sowie Planungs- und Durchführungsschritte für Maßnahmen und benennt, welche Interventionen von der GKV nicht förderfähig sind. Es wird ausdrücklich betont, dass die GKV die Maßnahmen niemals vollständig finanziert, sondern immer einen angemessenen Anteil an Eigen- bzw. Drittmitteln erwartet. Außerdem sollen die Interventionen nach Ende der GKV-Förderung eigenständig weitergeführt werden können. Neu im „Leitfaden“ ist auch der Abschnitt „gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ im Sinne einer integrierten Bildungs- und Gesundheitsförderung. Weiterhin vorgestellt werden, wie im letzten Leitfaden, die Bereiche „Setting Schule“ und „Setting Stadtteil/Kommune.“

Erfolgskriterien für eine lebensweltorientierte Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten (Kita) und Schule

Ausgehend von der Definition eines Settings hat sich in der Praxis gezeigt, dass solche Gesundheitsförderungsmaßnahmen immer dann Aussicht auf Erfolg haben, wenn sie in den Alltag der Betroffenen integriert sind, wenn die Betroffenen selbst einbezogen werden und mitwirken und nicht zuletzt auch dann, wenn das soziale Gefüge und die Organisationsstrukturen inklusive regionaler Netzwerke und Allianzen berücksichtigt werden. Das heißt, Projekte und Vorhaben berücksichtigen oben genannte Kriterien und beschreiten im Idealfall folgenden Weg: Bedarfsermittlung, Zielformulierung, Zielkonkretisierung, Aufgabenverteilung, Einigung über das Qualitätsmanagement, Durchführung, Evaluation.

Voraussetzungen zur Förderung von Schulen durch Krankenkassen

- Die betreffende Schule wird Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung als „System Schule“, nicht nur als Zugangsweg zu Schülern; Gesundheitsförderung wird als Bildungsressource begriffen. Zielgruppen sind insbesondere Schüler und ihre Familien.
- Die Umsetzungsbereitschaft und -fähigkeit der Lehrenden liegt vor; ebenso ein diesbezüglicher Beschluss der Schulkonferenz.
- Der Bedarf der Zielgruppen an Interventionen ist z. B. datengestützt.
- Die Projektangebote werden von den Schulen tatsächlich nachgefragt und befähigt diese (Empowerment). Es handelt sich um Gemeinschaftsprojekte mit mehreren Partnern und Finanzierungsträgern. Umsetzung und Ergebnisse der Interventionen werden dokumentiert und evaluiert.

Sinngemäß gelten diese Voraussetzungen auch für die Förderung von Kitas durch die Krankenkassen.

Ausgewählte Berliner Beispiele

1. Kassenartenübergreifendes Setting-Beispiel – Schwerpunktbezirke

Das „Landesprogramm für die gute gesunde Schule“ arbeitet mit den Kooperationspartnern Senatsverwaltung für Bildung, Bertelsmann Stiftung, allen Krankenkassen, Unfallkasse Berlin, Ärztekammer Berlin in den Bezirken Neukölln, Lichtenberg, Pankow und Reinickendorf. Kriterium der Projekteilnahme: Auswahl der Bezirke nach Sozialkriterien.

2. Kassenindividuelle Setting-Aktivitäten – exemplarische Beispiele

Die meisten Krankenkassen bieten in Berlin auch eigene Gesundheitsförderungsaktivitäten sowohl im Sinne von Setting-Aktivitäten, kontextorientierter Prävention oder anderer Zielrichtungen wie Kurse und Informationen zusätzlich zu ihrer Beteiligung am genannten Landesprogramm an.

- **Techniker Krankenkasse**
Förderung „Gesunde Kita/Schule“ (max. 5000 Euro); www.tk-online.de/gesundeschule
bzw. www.tk-online.de/gesundekita
SNAKE – Gruppenprogramm zur Stressbewältigung für Schulklassen im Rahmen des Settings Schule;
Schülermagazin der TK im Internet „Scoolz“; erhielt höchste Schülerbewertungen dieses Angebots bei Test im Auftrag des Bundesfamilienministeriums; www.scoolz.de
Virtuelle Studentenwelt; www.unikosmos.de
Informationsaktivitäten und -materialien mit Kooperationspartnern:
DJ-Führerschein, Thema „Lärm“ z. B. mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Fachtagungen
- **AOK Berlin**
Pilotphase der „anschub“-Settingprojekte „Gute Gesunde Schule“ und „Gesunde Kita“ jeweils in Berlin-Mitte mit der Bertelsmann Stiftung und der Senatsverwaltung für Bildung

TigerKids (z. B. Kita Firlefanf Drontheimer Str.)
Initiative „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“,
z. B. Adipositasprävention in der Kita
AOK Kindermagazin „Jolinchen“ (Fußball-EM-Kochbuch, Kochen mit Kolja Kleeberg)
AOK Jugendmagazin
Fachtagungen und Kooperationen

- **Barmer (BEK)**
Mindmatters: Programm zur psychischen Gesundheit von Schülern und Lehrern mit Medienangebot: www.Mindmatters-schule.de
 - **DAK**
Individuelle Förderung von Gesunden Schulen und Kitas im Sinne des Settings,
Materialien und Aktivitäten insbesondere zum Thema Suchtprävention: „Just be smokefree“, Schülerzeitungsnewsletter
 - **Unfallkasse Berlin**
Thema Prävention von Unfällen im Kindes- und Jugendalter: zahlreiche unterschiedliche Projekte und Programme sowie Fortbildungen, u. a. mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und viele wertvolle Materialien
- ### 3. Weitere ausgewählte Akteure, die mit Krankenkassen zu den Themen Gesundheitsförderung für Schulen und Kitas kooperieren
- **Gesundheit Berlin e. V.**
Verschiedene Arbeitskreise („Kind und Familie“, „Bewegung“, „Kinderunfälle“)
Regionaler Knoten für Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter
Zertifizierung „Gesunde Kita/Schule“
Fachtagungen, Fachgespräche, Workshops insbesondere auch zur Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter in den Settings Kita, Schule, Kommune
 - **Landessportbund Berlin**
Verschiedene Projekte und Angebote insbesondere zur Bewegung; z. B. Fidelio – neues Trainingszentrum für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Bewegungsmangel; www.fit-mit-fidelio.de

Auch die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung ist in der Gesundheitsförderung aktiv. Elisabeth Müller-Heck, Landesreferentin für Gesundheitsförderung, stellte in Ihrem Beitrag das Landesprogramm für die gute gesunde Schule (ehemals "anschub.de") vor.

Nachfolgend eine redaktionell erstellte, zusammenfassende Aufarbeitung des Vortrags.

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Schulen: Maßnahmen, Angebote und Möglichkeiten im Land Berlin

Betrachtet man die zurückliegenden Jahre, ist ein deutlicher Wandel bei der Gesundheitserziehung an Schulen zu verzeichnen. Während in der Vergangenheit das Thema Gesundheit allein durch die Lehrkräfte angesprochen worden ist, stehen heute dank vielfältiger Förderungsmöglichkeiten (EU, Bund, Länder) finanzierte Projekte zur Verfügung. Dadurch ist die Erreichbarkeit der Schülerinnen und Schüler für gesundheitsfördernde Maßnahmen deutlich gesteigert.

In der ersten Phase des Wandels war es sehr schwierig, Nachhaltigkeit der Gesundheitserziehung an den Schulen zu erzielen, da mit dem Auslaufen der Finanzierung oft auch die Projekte eingestellt wurden. Erst mit dem Engagement der Bertelsmann-Stiftung, beginnend im Jahre 2000, konnten in einigen Bundesländern (z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen und Hessen) Initiativen

ergriffen werden, die das Setting Schule in den Fokus stellten und Nachhaltigkeit versprachen. Als Beispiel seien hier das Projekt Opus aus Nordrhein-Westfalen, das Projekt Gesunde Schule Hessen und das Projekt anschub.de – Programm für die gute gesunde Schule –, das im Land Berlin, in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen erfolgreich installiert werden konnte, genannt.

Anschub.de ist ein von der Bertelsmann-Stiftung initiiertes nationales Programm, das zum Ziel hat, die Bildungs- und Erziehungsqualität an Schulen durch die Schwerpunktsetzung „Gesundheit“ nachhaltig zu verbessern. Getragen wird das Projekt von starken Kooperationspartnern wie der AOK Berlin, der Ärztekammer Berlin, der Barmer Ersatzkasse, der IKK Brandenburg und Berlin, der Unfallkasse Berlin und anderen.



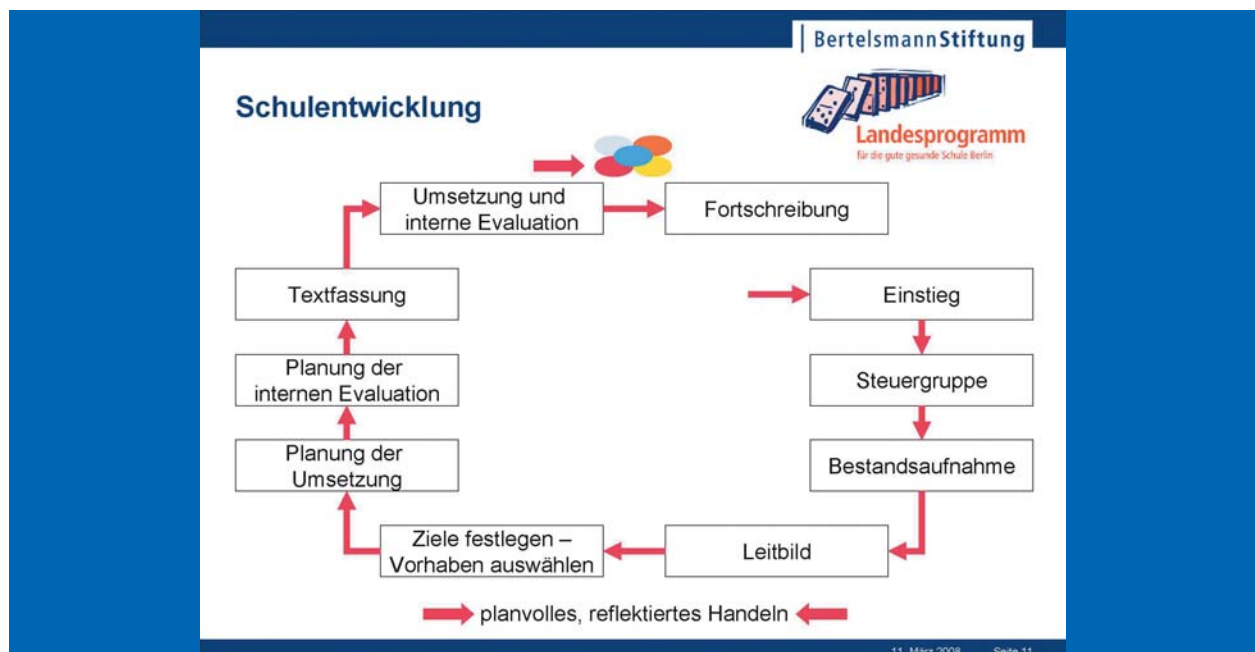
Die Ziele des Landesprogramms sind klar umrissen. Es geht im Kern darum, Bildung und Gesundheit zusammenzufügen. Schule soll Bildung fördern und Gesundheit fördern. In den Schulen soll beim Lernen und Lehren immer der Gedanke der Gesundheit mitgeführt werden. Über die Entwicklung eines Leitbildes, in dem Ziele für den Schulbetrieb unter dem Aspekt Gesundheit festgesetzt werden, wird die Planung und die Umsetzung des Programms im Schulalltag verankert.

Das Land Berlin hat die Bedeutung des Projektes für die Entwicklung der Schulen und der Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Berlin erkannt und das Programm in seine Regie genommen. Mittlerweile hat es verschiedene Aufbaustufen durchlaufen. Der Start erfolgte im Bezirk Mitte. Dort ist es gelungen, Bildung und Gesundheit zu korrelieren.

Derzeit befindet sich der Bezirk Neukölln in Stufe 1, die Bezirke Lichtenberg und Pankow in Stufe 2 sowie der Ortsteil Reinickendorf-Ost in Stufe 3 des Programms. Reinickendorf-Ost gilt als besonderer sozialer Brennpunkt. Ziel ist es, im diesem Bereich 25 Schulen zu finden, die sich am Programm beteiligen. Sollte die Zahl nicht vollständig erreicht werden können, ist es durchaus möglich, auch den angrenzenden Bereich Charlottenburg-Nord mit einigen Schulen einzubeziehen.

Die teilnehmenden Schulen sind keinesfalls auf sich allein gestellt. Die notwendige lokale Unterstützung ist durch die Projektkoordination in den Bezirken gegeben. Hier werden jeweils Steuerungsrunden installiert, an denen u. a. auch die örtlichen Gesundheitsämter sowie eventuell vorhandene Quartiersmanagements beteiligt sind. Auch politische Akteure sollen sich für das Projekt engagieren, um so die Nachhaltigkeit zu fördern.

Zu Projektbeginn müssen die Schulen eine Selbstevaluation mittels Fragebögen durchführen. Die dafür notwendigen Instrumente werden durch das Projektmanagement bereitgestellt. Die Schulen werden von allen Seiten betrachtet. Die Atmosphäre, die an der Schule herrscht, spielt dabei eine Rolle. Die Ergebnisse geben auch Auskunft darüber, ob Schule krank macht. Im Blick sind die Schulleitungen, deren Führungsverhalten untersucht wird. Des Weiteren werden die Räume, in denen die Schüler Unterricht erhalten, einer Betrachtung unterzogen.



Daran schließt sich der Aufbau einer Projektkoordination an, die die schulinterne Steuerung vor Ort übernimmt. Sie liegt sinnvoller Weise in den Händen von Lehrerinnen und Lehrern der teilnehmenden Schule.

Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler sollen spezielle Schulungsprogramme, die an der Schule angeboten werden, wahrnehmen. Dies führt mittelfristig zu einer Veränderung der Schulkultur und zu einer wesentlichen Aufnahme des Gesundheitsgedankens in den Schulalltag.

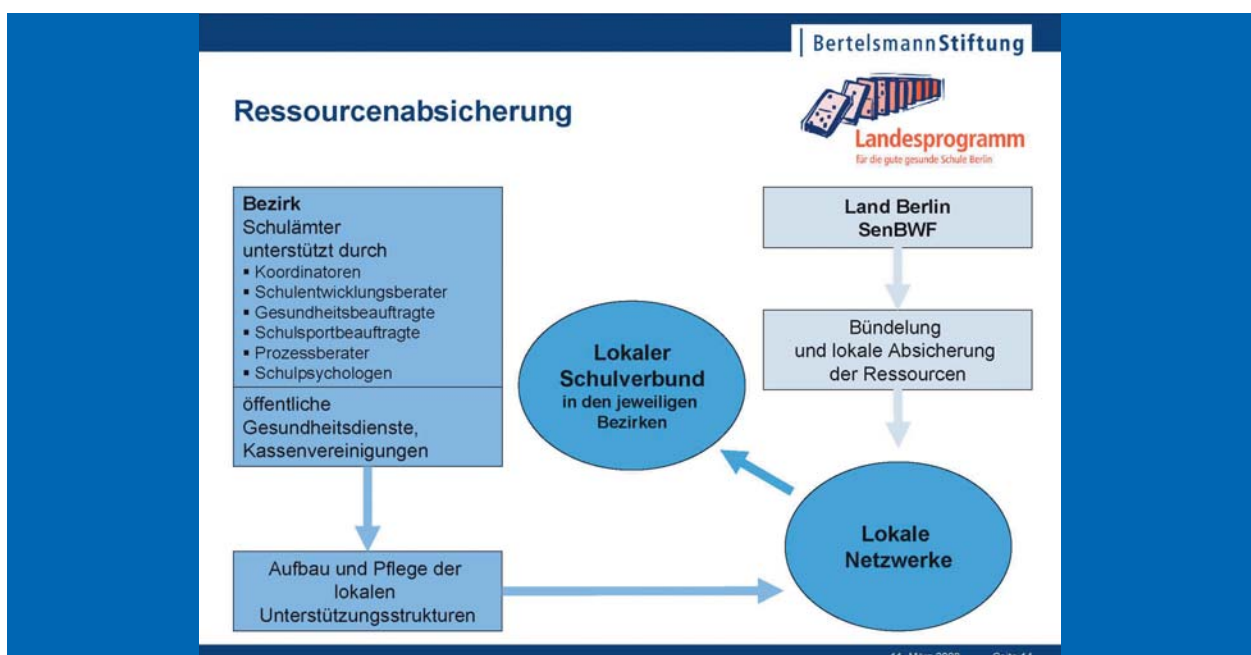
Über die gesamte Entwicklung und den Ablauf des Projekts wacht die Steuerungsgruppe, die regelmäßig den Fortgang und die aktuelle Lage analysiert. Begleitend zu diesem Prozess tagen die Kooperationspartner des Projekts in regelmäßigen Abständen und behalten ebenfalls das Gesamtprojekt im Blick.

Die finanziellen Ressourcen werden von den Kooperationspartnern eingebracht. Mit deren Beitrag werden zum Beispiel Angebote zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung in den Schulen durchgeführt. Zu den Angeboten, gerade an Grundschulen, gehören z. B. auch Yoga und Tanz.

Die Lehrerinnen und Lehrer sowie Schulleitungen werden mittelfristig in die Lage versetzt, den Gedanken und das Prinzip der guten gesunden Schule in ihrem Schulumfeld selbsttätig fortzuführen. Der Input durch außerhalb des Schulbetriebs stehende Experten soll sie dazu befähigen.

Eltern, Lehrerinnen und Lehrer, Schülerinnen und Schüler sollen als Botschafter des Projekts an anderen, noch nicht beteiligten Schulen über die Arbeit und Entwicklung und möglichst auch über Erfolge berichten, um weitere Teilnehmer zu gewinnen.

Es wird als bedeutend angesehen, dass Kinder und Eltern bereits in der Kita die Vorteile eines gesunden Lebensumfeldes schätzen lernen und bei der Auswahl der Grundschule die gute, gesunde Schule vorziehen. Ein Pilotprojekt, das diese Ziele verfolgt, ist derzeit im Bezirk Mitte eingerichtet. Dort nehmen 16 Kitas teil. Das während der Pilotphase entwickelte Muster soll später auf andere Bezirke übertragen werden. Dies könnte auch im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf geschehen. Der Bezirk ist jedenfalls sehr daran interessiert.



Gesundheitsförderung benötigt klare Organisationsstrukturen, damit die Maßnahmeprogramme beim Adressaten ankommen. In Stuttgart und Neuss gibt es funktionierende Netzwerke in kommunaler Trägerschaft, die nachfolgend vorgestellt werden.

g'sund & g'scheit Stuttgarter Netzwerk für Gesundheit und Bildung in Kindertagesstätten und Schulen

Gertrud van Ackern

Koordinatorin für Gesundheitsförderung am Gesundheitsamt Stuttgart

Die Entwicklung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist heute, trotz eindeutiger Verbesserungen der materiellen Lebensverhältnisse und großer Erfolge bei der Behandlung von Infektionskrankheiten, auf neue Weise gefährdet. Vor allem die Zunahme von Bewegungsdefiziten, schlechte Ernährungsgewohnheiten sowie die Zunahme der psychischen Belastungen stehen im Vordergrund. Auswirkungen wie zum Beispiel die Zunahme übergewichtiger Kinder sind nicht mehr zu übersehen. Das Stuttgarter Netzwerk für Gesundheit und Bildung in Kindertagesstätten und Schulen „g'sund & g'scheit“ will diesem bedenklichen Trend entgegenwirken – durch frühzeitige Interventionen.

Außer im Elternhaus findet ein wesentlicher Teil kindlicher Sozialisation in Tageseinrichtungen für Kinder, sozusagen der ersten Stufe des Bildungssystems, statt: Über 90 Prozent der 3- bis 6-jährigen Stuttgarter Kinder besuchen eine Kindertagesstätte. Dort begleiten Erzieherinnen die Kinder in einer zentralen Alters- und Entwicklungsphase, in der nicht zuletzt auch erhebliche Chancen der Gesundheitsförderung liegen. Der öffentliche Gesundheitsdienst spielt dabei eine wichtige Rolle, denn er hat nach wie vor einen sehr guten Zugang zu Schulen und Kindergärten.

Netzwerk-Start 2004

Um trotz bescheidener finanzieller und personeller Mittel in der Gesundheitsförderung wirksam handeln zu können, hat das Gesundheitsamt Stuttgart zusammen mit dem Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V. 2004 das Netzwerk gesundheitsfördernder Kindertagesstätten und Schulen mit dem Titel „g'sund & g'scheit“ gegründet. Es arbeitet nach dem Setting-Ansatz, mit dem nach aktuellen Erkenntnissen am ehesten nachhaltige gesundheitsförderliche Wirkungen zu erwarten sind. „G'sund & g'scheit“ ist zudem auch Mitglied im gleichnamigen landesweiten Netzwerk des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Baden-Württemberg.

Ein Fachbeirat begleitet und unterstützt das Netzwerk in Stuttgart. Er setzt sich zusammen aus den Fachberatern der verschiedenen Träger der Kindertagesstätten, Vertretern der Gesamtelternbeiräte, des Gesundheitsamtes und des Sportamtes, der Beauftragten für Suchtprophylaxe, der Unfallkasse Baden-Württemberg, der Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, der Sozialarbeit an Hauptschulen, der Techniker Krankenkasse und der Barmer Ersatzkasse. Das Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V. berät ebenfalls und übernimmt Kosten für Honorarkräfte.

Im Folgenden wird die Netzwerkkonzeption für Kindertagesstätten beschrieben, die sich deutlich vom schulischen Ansatz und der Umsetzung in Schulen unterscheidet.

Ein auf Nachhaltigkeit angelegtes Konzept

Das Netzwerk „g’sund & g’scheit“ unterstützt Kindertagesstätten bei der Entwicklung zu gesundheitsfördernden Einrichtungen. Dies geschieht unter Anwendung von Organisationsentwicklungsprinzipien und durch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention. Wichtig ist hierbei die Partizipation der Beteiligten in der Einrichtung an der Bestandsaufnahme, der Entwicklung von Zielen und Strategien sowie bei der Umsetzung einzelner Maßnahmen. Die Gesundheitsförderungsexperten des Gesundheitsamtes befähigen in erster Linie das gesamte Team dazu, die Konzeption der Kindertagesstätte so weiterzuentwickeln, dass Bedingungen geschaffen werden, die die Gesundheit der Kinder und die der Mitarbeiterinnen erhalten und fördern. Seit 2007 werden vorrangig Einrichtungen mit Kindern aus überwiegend sozial benachteiligten Familien ausgewählt, da diese Kinder nachgewiesenermaßen auch gesundheitlich benachteiligt sind.

Nach der zweijährigen aktiven Projektphase verbleibt die Einrichtung im Netzwerk und hat weiterhin Zugang zu den Fortbildungen und den Netzwerktreffen. Inzwischen gehören 14 Kindertagesstätten dem Netzwerk an.

Ziele und Zielgruppen

Ziel des Projektes ist es,

- ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung in jeder der beteiligten Kindertagesstätten zu entwickeln, insbesondere zu den Themen Ernährung, Bewegung sowie Gesundheit der Erzieherinnen am Arbeitsplatz,
- alle Mitarbeiterinnen, Eltern und Kinder zu beteiligen,
- gesundheitsfördernde und sichere Lebenswelten in den jeweiligen Einrichtungen zu schaffen und
- ein Netzwerk mit den beteiligten Einrichtungen und langfristig mit weiteren Institutionen des Gesundheitswesens aufzubauen, um voneinander zu lernen und bewährte Projekte weiter zu tragen.

Die wichtigste Zielgruppe sind die Leiterinnen und Erzieherinnen in den Kindertagesstätten. Mit ihrer Haltung und ihrem Engagement steht und fällt das Projekt. Sie sind die Tätigen vor Ort, sie koordinieren, planen, setzen um und sind für die Weiterentwicklung der Organisation verantwortlich. Über sie und durch direkte Beteiligung werden Kinder und Eltern erreicht.

Abstimmung mit der Fachberatung

Zur Akzeptanz des Projekts wurde im Vorfeld die Konzeption mit den Fachberatungen der Kindertagesstätten, d.h. mit Jugendamt, evangelischem Stadtverband und Caritas abgestimmt. Da das Projekt „g’sund & g’scheit“ stark in die einzelne Einrichtung hineinwirken kann, sind immer wieder Rückkoppelungen mit den Fachberatungen notwendig und sinnvoll. So sind die Themen Ernährung und Bewegung eng mit dem neuen baden-württembergischen Orientierungsplan verknüpft, die Gesundheit der Erzieherinnen wiederum tangiert die Fürsorgepflicht der Träger und nicht zuletzt beinhaltet das Projekt Bildungsaspekte und trägt zur Qualitätsentwicklung bei.

Ablauf und Methodik

Die Einrichtung schließt, in Absprache mit dem Träger und der Zustimmung des Elternbeirats, mit dem Anbieter des Netzwerks „g’sund & g’scheit“ einen Kooperationsvertrag ab. Über einen Zeitraum von zwei Jahren erhält daraufhin jede Einrichtung Prozessbegleitung und -beratung. Jede Einrichtung richtet ein Gesundheitsteam ein, das den Prozess intern kommuniziert und in Gang hält. Zu den Schwerpunktthemen Ernährung, Bewegung und Gesundheit von Erzieherinnen wird jeweils ein PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) umgesetzt. Das heißt: Gemeinsam mit den Erzieherinnen und Eltern wird in einer Planungswerkstatt zunächst eine Bestandsanalyse für jedes Thema durchgeführt. Danach erfolgt die Festsetzung von Zielen und die Entwicklung konkreter gesundheitsförderlicher Maßnahmen, die anschließend im Alltag der Einrichtung umgesetzt werden. In der weiteren Abfolge werden die Maßnahmen reflektiert, ausgewertet, dokumentiert und für die Zukunft optimiert.

Herzstück des Projektes: die Planungswerkstatt

Die o.g. Planungswerkstatt ist ein wichtiges Element in der Arbeit mit den Einrichtungen. Zu den drei Oberthemen Bewegung, Ernährung und Gesundheit der Erzieherinnen findet jeweils zu Beginn eine circa eintägige Planungswerkstatt statt. Ziel der Werkstatt ist es, das Miteinander von allen Beteiligten in der Kindertagesstätte zu stärken, das Profil der Einrichtung zu schärfen und konkrete Umsetzungsschritte zu entwickeln, die sich am Alltag der Einrichtung orientieren. Damit bietet die Planungswerkstatt die Chance, gemeinsam mit Eltern, Erzieherinnen und anderen Personen (Hauswirtschaftskräften, Vertretungen des Trägers) neue Entwicklungen anzustoßen und sich mit den eigenen Wünschen, Vorstellungen und Erfahrungen einzubringen.

Der Ablauf einer Planungswerkstatt orientiert sich an der Methode von Zukunftswerkstätten. Dabei geht es in einem ersten Schritt darum, die bestehenden Angebote in der Einrichtung zu dokumentieren und zu würdigen (Bestandsaufnahme). Danach richtet sich in der so genannten Kreativphase der Blick in die Zukunft: Welche Wünsche, Ideen und Vorstellungen gibt es? Wohin will sich eine Einrichtung entwickeln? Diese Vorstellungen werden anschließend auf ihre Realisierbarkeit überprüft, bevor die Formulierung konkreter Ziele folgt. In einem dritten Abschnitt werden schließlich konkrete Maßnahmen und Umsetzungsschritte entwickelt und Zuständigkeiten festgelegt (Umsetzungsphase).

Die Ergebnisse der Werkstatt werden dokumentiert. Diese Dokumentation ist wichtig für die dann beginnende Umsetzung der einzelnen Maßnahmen. Hierbei unterstützt das Netzwerk „g’sund & g’scheit“ die Einrichtung durch Fortbildungen und Beratung.



Die bislang gemachten Erfahrungen mit Planungswerkstätten sind sehr positiv. Die Zusammenarbeit auf „gleicher Augenhöhe“ von Erzieherinnen, Leitungskräften und Eltern erweist sich als sehr förderlich für das Gesamtklima in der Einrichtung. Und die Dokumentation ist eine wichtige Grundlage, um sich auch während der Umsetzungsphase immer wieder den aktuellen Planungsstand zu vergegenwärtigen. Dabei können durchaus auch Ziele und Maßnahmen umformuliert oder geändert werden, wenn sich in der Umsetzungsphase herausstellt, dass die Idee zwar gut war, die Realisierung aber zu schwierig wird oder andere Umsetzungswege viel versprechender sind. Anhand der Dokumentation lässt sich abschließend auch die Zielerreichung messen.

Gesundheitsamt ist Hauptakteur im Projekt

Die Koordination des gesamten Projektes und auch die Moderation von Planungswerkstätten in Kindergärten und Schulen werden vom Stuttgarter Gesundheitsamt geleistet. Diese Funktion setzt entsprechende Fachkenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet voraus. Weil die Fachleute des Gesundheitsamtes dabei auch eigene Vorstellungen von Gesundheitsthemen einbringen, ist die Wahrung der Neutralität in der Rolle als „Moderator“ und „Berater“ nicht immer leicht. In jedem Fall erhalten die Einrichtungen alle nötigen Fach- und Elterninformationen sowie Kontakte zu Einrichtungen in ihrem Umfeld etc. Kernstück sind die speziell auf die Bedürfnisse der Einrichtungen zugeschnittenen Fortbildungen zu den unterschiedlichsten gesundheitlichen Themen. Diese werden von Honorarkräften durchgeführt, die die Kindertagesstätten auch bei konkreten Umsetzungsschritten begleiten.

Die Qualifizierung durch Fortbildungen im Bereich Psychomotorik, Ernährung, Moderation sowie das Belastungs-/Bewältigungstraining für die Erzieherinnen sind an die aktuellen Bildungspläne im Land angepasst und als Fortbildung zur Implementierung des baden-württembergischen Bildungsplans für Kindergärten (Orientierungsplan) anerkannt. Die regelmäßig stattfindenden Netzwerktreffen bieten den Einrichtungen zusätzlich einen Informationsaustausch und gegenseitige Unterstützung über die intensive zweijährige Begleitungsphase hinaus.

Newsletter fördert den Informationsaustausch im Netzwerk

Für die Kindertagesstätten werden regelmäßige Informationen zu Gesundheitsthemen immer wichtiger, denn Gesundheit und Bildung sind zwei eng miteinander verzahnte Bereiche, die sich gegenseitig beeinflussen. Ende 2008 wird daher ein Newsletter herausgegeben, der etwa dreimal jährlich an alle Kindertageseinrichtungen verteilt werden soll. Zielgruppen sind Erzieherinnen, Fachberatungen, Träger sowie die Elternvertretungen in jeder Einrichtung. Der Newsletter soll Gesundheitsthemen in der Kindertagesstätte stärker ins Bewusstsein der Einrichtungen rücken und den Bekanntheitsgrad des Netzwerks steigern. Außerdem bietet er den beteiligten Projekteinrichtungen ein Forum, die eigene Arbeit darzustellen. Informationen und der Dialog untereinander werden gefördert.

Systematischer Ansatz zeigt erste Erfolge

Mit dem Start des Netzwerks „g’sund & g’scheit“ 2004 wurde ein Wandel in der Gesundheitsförderung in Stuttgart vollzogen. Standen bis dahin vor allem Einzelprojekte und Individualmaßnahmen im Vordergrund der Gesundheitsförderung, so wurde mit neun Projekteinrichtungen zum ersten Mal ein „settingorientiertes“ und langfristig angelegtes Projekt in und mit Kindertagesstätten durchgeführt. Durch laufende interne Prozessevaluation wird das Netzwerk „g’sund & g’scheit“ ständig weiterentwickelt.

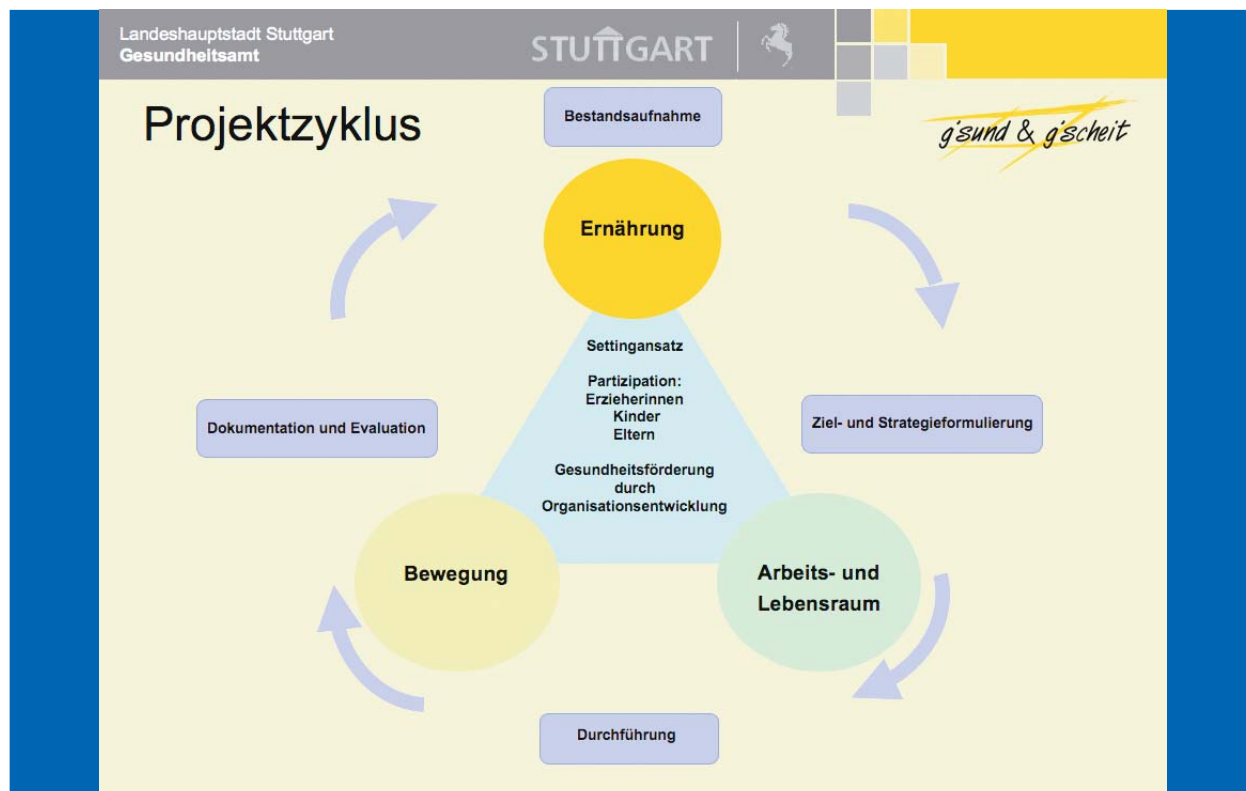
Als sehr positiv im Sinne der Gesundheitsförderung haben sich die Beteiligung des gesamten Teams sowie die Einbeziehung des Trägers und der Elternschaft erwiesen. Gesundheit und insbesondere Bewegung und Ernährung erhalten einen höheren Stellenwert für die Kinder und auch für die Erzieherinnen persönlich. Die Verankerung der Gesundheitsförderung in der Konzeption der Einrichtung garantiert die Nachhaltigkeit für Eltern und neue Mitarbeiterinnen. Damit erreicht das Projekt „g’sund & g’scheit“ den größtmöglichen Nutzen.

Ernährung – gute Erfolge in Kindertagesstätten und Familien

Durch die Beteiligung des ganzen Teams bei der Zielsetzung, Planung und Umsetzung konnte das Essverhalten der Kinder nicht nur in der Einrichtung, sondern auch in den Familien günstig beeinflusst werden. Neben Einstellungs- und Verhaltensänderungen wurden zahlreiche kognitive, sensorische und soziale Lernprozesse angeregt und unterstützt. Die Sensibilisierung der Kinder für ihre eigenen körperlichen Bedürfnisse, Vorlieben und die Erfahrung, dass sie ihr Wohlbefinden selbst beeinflussen können, sind zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Prävention im Hinblick auf Ess- und Ernährungsstörungen.

Bewegung – neue Kooperationspartner gewonnen

Die Erzieherinnen erhielten durch die intensive Projektarbeit Anregungen, die Bewegungsangebote und -möglichkeiten in der Kindertagesstätte zu verbessern. Dadurch werden die körperlichen Fähigkeiten und die Eigenwahrnehmung gefördert und die Kinder sind ausgeglichener. Bei speziellen Sportangeboten (Turnhalle, Schwimmbad, Waldtag, Fußball etc.) konnten häufig Eltern zur Mitarbeit gewonnen werden. Räume wurden bewegungsfreundlicher gestaltet, was den natürlichen Bewegungsbedürfnissen der Kinder entgegenkommt. Vielfach haben die handelnden Akteure neue Orte außerhalb der Einrichtung entdeckt und durch Kooperationsvereinbarungen deren Nutzung ermöglicht, z. B. Turnhallen, Fitnessstudios, Schulhöfe, Schwimmbäder etc.



Beteiligungsverfahren – schon mit kleinen Kindern möglich

Wichtig in diesem Projekt ist auch die Beteiligung der Kinder – zum Beispiel durch die Einführung einer Kinderkonferenz. Dort können Fragen erörtert werden: Wie soll ein Garten gestaltet werden oder welche Verhaltensregeln sollen beim Frühstück gelten. Diese Beteiligungsform wird von den Erzieherinnen im Alltag umgesetzt, sie haben damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Die Partizipation der Eltern bei der Planung und Gestaltung der gesundheitsfördernden Kindertagesstätte ist eine besondere Herausforderung. Die Bereitschaft zur Beteiligung ist häufig sehr gering. Zum einen sind bei Ganztageseinrichtungen oftmals beide Eltern berufstätig und haben zu wenig Zeit, zum anderen verlassen sie sich auf die professionelle, gute Betreuung ihrer Kinder in der Kindertagesstätte und sehen keine Notwendigkeit für eine persönliche Beteiligung. Besonders gut gelingt aber die Elternbeteiligung im Rahmen der oben genannten Planungskonferenzen. Wenn Eltern daran teilnehmen, sind beide Seiten oft positiv überrascht, weil zum ersten Mal die jeweilige Sichtweise deutlich wird und das gegenseitige Verständnis wächst. Obwohl Erzieherinnen viel tun, um die Eltern zu informieren, besteht nach wie vor ein großer Bedarf, die Arbeit den Eltern gegenüber transparenter zu machen und dafür geeignete Wege zu finden.

Schulen im Netzwerk „g’sund & g’scheit“

Die Zusammenarbeit mit Schulen erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie mit den Kindertagesstätten. Beim Thema Ernährung geht es in erster Linie um die ausgewogene Pausen- und Mittagsverpflegung. Die Schulhofgestaltung, Bewegungsangebote in der Pause und im Unterricht, der „bewegte Unterricht“ spielen beim Thema Bewegung eine ebenso wichtige Rolle wie die Möglichkeiten zur Ruhe und Entspannung.

Eine gute gesunde Schule kann nur entstehen, wenn auch das Lernumfeld und das Schulklima stimmen und die Lehrpersonen gesund sind. Menschen, die sich wohlfühlen, können besser lernen und arbeiten. Ein wichtiges Grundprinzip dabei ist die Beteiligung aller im Schulleben Betroffenen: Lehrer/-innen, Schüler/-innen, Eltern, nicht unterrichtendes Personal. Die stärkere Beteiligung von Schüler/-innen und

Eltern ist für die Schulen oft eine neue, aber gute Erfahrung. Eltern erfahren dies als Wertschätzung, die sie zu stärkerem Engagement motiviert.

Zu einem guten Schulklima gehören unter anderem die Stärkung des „Wir-Gefühls“, der achtsame Umgang miteinander, Feste, Rituale und erlebnispädagogische Angebote. Die Gesundheit von Lehrerinnen und Lehrern gewinnt über den Arbeitsschutz hinaus stetig an Bedeutung. Sich damit zu beschäftigen und darauf einzulassen bleibt häufig noch den Einzelnen überlassen, bedarf aber dringend der Einbeziehung struktureller Bedingungen im Schulalltag und wird im Rahmen der gesundheitsfördernden Schule thematisiert.

Die prozessorientierte Projektarbeit ist in Kindertagesstätten leichter umzusetzen als in Schulen. Inhaltlich und strukturell haben Kindertagesstätten einen wesentlich größeren Spielraum als Schulen.

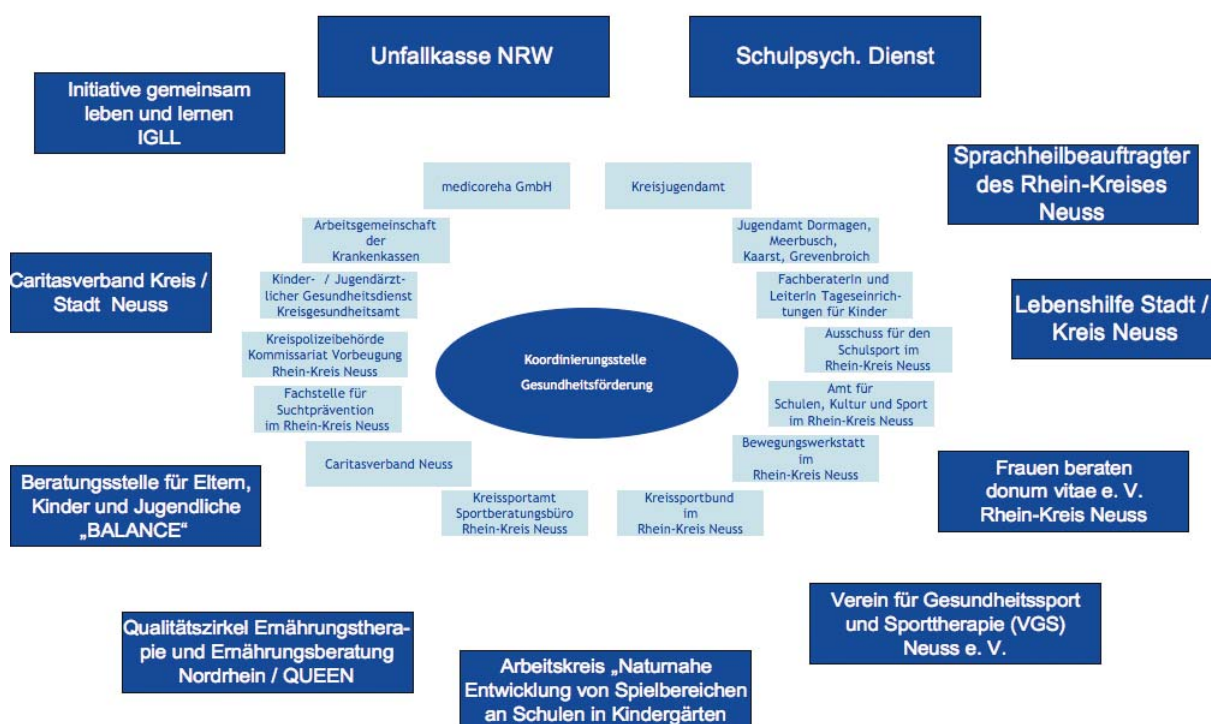
Bildung und Gesundheit – unbedingt notwendige Kooperationen müssen noch weiter ausgebaut werden

Gesundheit und Gesundheitsförderung gewinnen im öffentlichen Leben und in vielen Bereichen, auch im Bildungsbereich, deutlich an Bedeutung. Bildung und Gesundheit gehören unabdingbar zusammen, denn wie Desmond O’Byrne von der WHO sagt: „Gute Gesundheit unterstützt erfolgreiches Lernen, erfolgreiches Lernen unterstützt die Gesundheit“. Gesundheitsförderung, Bewegungsförderung und Ernährung sind zudem wichtige Themen in den baden-württembergischen Bildungsplänen. Auf der Basis der Projektarbeit bestehen untereinander auch Kooperationen. Die unterschiedlichen Zuständigkeiten im Land und auf der kommunalen Ebene für Tageseinrichtungen für Kinder und für Gesundheit erschweren jedoch insgesamt die Einbettung der Gesundheitsförderung in die Bildungsoffensive und die Qualitätsentwicklung für Kindertagesstätten. Insgesamt sehen sich die handelnden Akteure im Netzwerk „g’sund & g’scheit“ aber auf einem sehr guten Weg.

Ein Netzwerk ähnlichen Zuschnitts wurde von Birgit Appenrodt, Referentin für Gesundheitsförderung beim Kreisgesundheitsamt Neuss, vorgestellt.

Nachfolgend eine redaktionell erstellte, zusammenfassende Aufarbeitung des Vortrags.

“fitnetz – das gesunde netzwerk” Verwirklichung eines Netzwerkkonzepts im Rhein-Kreis Neuss



Bei Netzwerkgründung im Jahre 2003 hatte man vor allem das Ziel, durch Aufbau langfristiger Strukturen in Kitas und Schulen und durch Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Institutionen eine dauerhafte Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Alltag von Kindern zu erreichen.

Vom Gesamtkonzept her erfolgte eine Ausrichtung an den Kernstrategien der WHO zur Gesundheitsförderung: Der Settingansatz bezweckt eine lebensweltlich orientierte Herangehensweise. Das Partizi-

pationsprinzip sieht den Einbezug aller Beteiligten (Kinder, Eltern, Erzieher/-innen, Lehrkräfte) vor.

In der inhaltlichen Arbeit bilden gesundheitsfördernde Angebote für Kinder (gesunde Ernährung und Bewegung, Sprachförderung) und Erzieher/-innen bzw. Lehrkräfte (z.B. Rückengesundheit, Stressbewältigung, Zeitmanagement) ebenso einen Schwerpunkt wie Elternarbeit oder Maßnahmen zur Lebensraumgestaltung (z.B. Schulhofgestaltung).

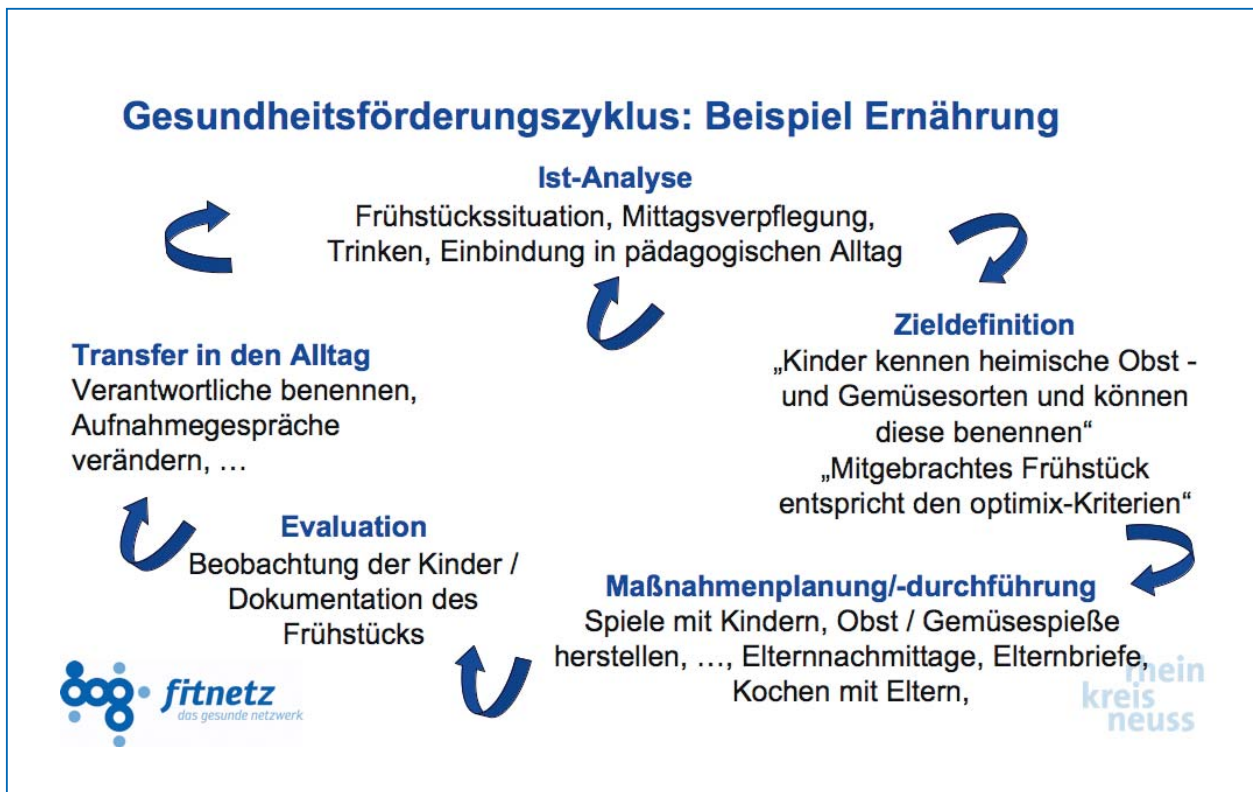
Die Organisation des Netzwerks zeigt verschiedene Ebenen. Eine tragende Funktion hat die beim Kreisgesundheitsamt angesiedelte Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung. Sie stellt das Verbindungszentrum für die im Netzwerk agierenden Partner dar (siehe Abbildung) und ist Anlaufstelle für Kitas und Schulen. Sie führt individuelle Beratungen durch, organisiert Veranstaltungen und sorgt für die Moderation der Arbeitskreise.

In den Einrichtungen selbst übernehmen die zwei speziell geschulte Koordinatoren – Erzieher/-innen bzw. Lehrkräfte – das interne Projektmanagement, halten aber auch die externen Kontakte aufrecht.

Weiterhin gibt es sog. Gesundheitsteams, die sich aus 6-8 Erzieherinnen/Erziehern (bzw. Lehrkräften) und Eltern zusammensetzen. Sie halten regelmäßige Treffen ab, bei denen ein individuell ausgewähltes Thema nach einem definierten Ablaufschema bearbeitet wird: Auf die Ist-Analyse folgt die Zieldefinition, dann die Maßnahmeplanung und -durchführung, dann die Evaluation und schließlich die Übertragung von Maßnahmen in den Kita- bzw. Schulalltag (siehe Abbildung).

Das Netzwerk wird vom “Arbeitskreis Gesundheitsförderung in Kindergarten und Schule“ begleitet, dem verschiedene Ämter (Gesundheits-, Jugend-, Sport- und Schulamt), die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen, der Caritasverband und andere Institutionen angehören. Der Arbeitskreis ist für die inhaltliche und qualitative Weiterentwicklung des Netzwerks zuständig.

Bisher haben sich 43 Kitas (von 220 kreisweit) und 11 Schulen (von 155 kreisweit) dem Netzwerk angeschlossen. Als Erfolg ist insbesondere die Aktivierung und Beteiligung der Kindergärten und die Arbeit in den Gesundheitsteams anzusehen. Verbesserungsbedürftig ist noch die Kooperation zwischen den verschiedenen Ebenen und der Einbezug der Schulen.





Im zweiten Teil der Veranstaltung stand die Praxis der Gesundheitsförderung im Vordergrund. Verschiedene Akteure bekamen Gelegenheit, ihr Projekt vorzustellen. Während im Forum 1 Möglichkeiten von Kooperation und Vernetzung im Vordergrund standen, wurde im Forum 2 die migrantenspezifische Gesundheitsförderung thematisiert.

Beiträge und Ergebnisse aus den Foren 1 und 2

Forum 1: „Kinder- und Jugendgesundheit fördern! Beispiele guter Arbeit! Kann ein Netzwerk helfen?“

Das Thema des Forums fand bei vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Veranstaltung Interesse. Die Diskussion wurde von der Moderatorin Katharina Gerlach geleitet.

Nach einer kurzen Begrüßung durch die Stadträtin für Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr, Martina Schmiedhofer, stellten Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Projekte ihre Arbeit vor. Frau Schmiedhofer leitete die Gespräche im Forum

mit einem Schlaglicht auf die aktuelle Situation ein. Sie stellte fest, dass für die Schulen je nach Profil unterschiedliche Ziel- und Fragestellungen im Vordergrund stehen. Vertreterinnen und Vertreter der Schulen suchen nach Lösungen und sind dabei sehr aktiv, wissen aber oft nicht, an wen sie sich wenden können. So würden sie sich bestimmt auch an Netzwerkarbeit beteiligen, wenn klar wäre, wie dies ermöglicht werden kann.

Die Fragen:

- Wie komme ich von außen in ein Netzwerk?
- Wo kann ich andocken?

sind zu beantworten.

Frau Schmiedhofer appellierte an die Leiterinnen und Leiter der Schulen und Kindertagesstätten sowie an die Lehrerschaft im Bezirk, sich doch beim Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes zu melden, wenn sie Interesse an einem Projekt haben. Das Einbringen jeglicher Praxiserfahrung ist wertvoll.

Eine gute Gelegenheit, in die für Schulen konzipierte gesundheitsfördernde Arbeit einzusteigen, ist z. B. das Projekt „Fidelio – fit in der Schule“, das durch Gunnar Kallies vorgestellt wird. Er berichtet über die Netzwerkarbeit des Gesundheitsparks, der sein Domizil an der Forckenbeckstraße im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf hat. Basierend auf seinen Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen hat er ein Präventionsprogramm gegen Übergewicht bei Kindern entwickelt, das an Schulen im Bezirk implementiert werden kann.

Das Konzept sieht vor, dass alle Angebote und Aktivitäten nach dem Unterricht stattfinden sollen, so dass der reguläre Schulbetrieb nicht beeinträchtigt wird. Es ist für den Erfolg des Projekts von besonderer Bedeutung, dass die Arbeit gemeinsam mit Kindern und Eltern stattfindet, denn gerade die Eltern, als wichtigste Bezugspersonen für die Kinder, müssen bei allen Fragen der Entwicklung und Förderung der Gesundheit miteinbezogen werden.

Birgit Malik, Vereinsvorsitzende des Butzemannhaus e.V. aus dem Ortsteil Groß-Glienicke bei Potsdam, berichtet über die erfolgreiche Arbeit in der Kita Butzemannhaus, die sich dem Brandenburger Netzwerk „Gesunde Kita“ angeschlossen hat. Aus ihrer Sicht ist die Netzwerkarbeit für alle Netzwerker und Netzwerkerinnen von Vorteil, denn sie bringt Informationen für alle, ermöglicht einen Austausch unter den Kindertagesstätten und schafft Kontakte.

Kontakte sind für die Netzwerkarbeit elementar und diese kann nur funktionieren, wenn es hauptamtliche Mitarbeiter/-innen gibt. Es ist sicherlich ein mühsamer Weg, ein Netzwerk zu installieren, aber der Nutzen steht in einem guten Verhältnis zu dem Aufwand, der zu betreiben ist.

Die Kita Butzemannhaus hat sich im Rahmen dieses Projektes als „Bewegte Kita“ ausgerichtet. Viel Bewegung fördert die Gesundheit der Kinder. Eine Gruppe von Eltern, Erzieherinnen und Erziehern ist dabei, die Ideen mit Leben zu erfüllen.

Die Teilnahme an Netzwerktagen ist für Vertreterinnen und Vertreter der Kita obligatorisch und deshalb so wichtig, weil man bei diesen Gelegenheiten von den Erfahrungen anderer profitieren kann. Frau Malik vertritt die Meinung, dass ein Votum der Politik pro Netzwerk und die Bereitschaft zur aktiven Unterstützung sehr hilfreich sind. Vernetzte Zusammenarbeit muss gut organisiert sein und einen „Kopf“ haben. Der Personalschlüssel, der für die Brandenburger Kitas gilt, setzt hier leider deutliche Grenzen, so dass es nicht so leicht ist, die Organisationsstruktur des Netzwerkes mit Personal zu hinterlegen. Unterstützung erhält das Projekt „Gesunde Kita“ durch die Techniker Krankenkasse, die Material bereitstellt, Know-how vermittelt und damit die Nachhaltigkeit der Arbeit fördert.

Auch im Bereich der Schulen des Bezirks Charlottenburg-Wilmersdorf gibt es bereits funktionierende Strukturen wie z. B. das Netzwerk zur Suchtprophylaxe. Dieses Netzwerk ist aktiv und lebendig, weil es durch das Engagement der Kontaktlehrerinnen und Kontaktlehrer an den Schulen getragen und auch vom Bezirksamt durch die Sucht- und Drogenkoordinatorin unterstützt wird. Die praktische Arbeit zeigt, dass Gesundheitsförderung und Suchtprophylaxe untrennbar sind.

Reichen die Personalressourcen in den Schulen aus, um „unterrichtsfremde“ Arbeit zu leisten?

Kontrovers sind die Meinungen im Forum zum immer wieder geäußerten Wunsch der Schulleiterinnen und Schulleiter nach mehr Personal für die Mitarbeit in Projekten und Netzwerken. Nicht alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer können dies nachvollziehen. Das Netzwerk zur Suchtprophylaxe zeigt, dass es doch hauptsächlich auf das persönliche Engagement der Lehrerinnen und Lehrer ankommt. Die Bereit-

schaft, an der Formulierung verbindlicher Ziele mitzuarbeiten, muss gegeben sein und alle Netzwerkerrinnen und Netzwerker müssen erkennen können, dass sich letztendlich Zeit- und Arbeitsaufwand lohnen.

Das zeigt z. B. die engagierte Arbeit von Paula Kouzeli-Roßner, die das Projekt „Gesund und fit in die Zukunft“ an der Wald-Oberschule initiiert hat und leitet. Hier ist es gelungen, Gesundheitsförderung in den Schulalltag zu integrieren. Das Projekt lässt sich übrigens ohne Schwierigkeiten auf andere Schulen übertragen. Interessierte können sich bei der Projektleiterin Rat holen.

Als weiteres innovatives, auf die Ernährung und Gesundheit abzielendes Projekt stellt sich das PIZ, das Pädagogische Forum Mitte an der Rudolf-Wissel-Grundschule, vor. Elke Blaschnek, Diplommedizinpädagogin, ist die Initiatorin. Das Projekt hat das Ziel, die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler durch eine bedarfsgerechte und vielseitige Ernährung zu fördern und zu stabilisieren. Die These lautet: Eine vollwertige Ernährung steigert das Wohlbefinden, fördert das Konzentrationsvermögen und hilft, Stressfaktoren zu minimieren oder auszuschalten. Das Projekt bietet Hilfestellung für die praktische Umsetzung dieser Idee im Schulalltag. Frau Blaschnek bietet den Projektbeteiligten (Lehrkräften, Erzieher/innen, Sozialpädagogen, Eltern und Kindern) Vorträge zum Thema an.

Ähnlich konzipiert ist das Projekt von BildungsCent e.V., das ebenfalls für mehr Bewegungsangebote an Schulen und die Förderung einer gesunden Ernährung im Schulalltag eintritt. Coaches arbeiten mit dem Lehrpersonal, Schülerinnen und Schülern zusammen.

Auch die Oppenheim-Schule, die im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf liegt, hat durch ein besonders interessantes Projekt auf sich aufmerksam gemacht. Hier geht es zwar auch, wie bei allen anderen Projekten, um die Förderung der gesunden Ernährung und um ein größeres Angebot an Bewegung (z. B. im Schulsport), aber der Weg zum Ziel ist ungewöhnlich. Es ist gelungen, Schülerinnen und Schüler für die Herstellung eines gesunden und vollwertigen Essenangebots zu gewinnen, das in den Pausenzeiten in der Schule zum Verkauf steht. Schülerinnen und Schüler werden schon bei der Zubereitung der Mahlzeiten für gesunde Ernährung sensibilisiert und

können ihre Erfahrungen auch an andere Kinder an der Schule weitergeben, die diese Speisen dann in den Pausen kaufen und verzehren. Besonders hervorzuheben ist auch das Engagement des Sozialpädagogischen Dienstes der Schule, der sich mit viel Engagement für Gesundheitsförderung und die Suchtprävention einsetzt.

Nach Vorstellung der Projekte kristallisierten sich in der abschließenden Forumsdiskussion drei essentielle Aussagen zum Thema Netzwerkarbeit heraus.

1. **Es muss eine zentrale Stelle existieren**, die einen zentralen Datenpool vorhält, in dem man Informationen zu Projekten und deren Inhalte abrufen kann. Möchte jemand ein gesundheitsförderndes Projekt in seiner Kita oder Schule einrichten, könnte er dort Erkundigungen einholen, erfahren, welche Maßnahmen sich schon bewährt haben und wer helfen kann, eine entsprechende Maßnahme oder ein Projekt auf den Weg zu bringen.
2. **Netzwerke müssen einen Kopf haben**, der sich ausschließlich um die Netzwerkorganisation, die Koordination und Zusammenarbeit der Netzwerkteile kümmert. Die Erfahrungen aktiver Netzwerkerinnen und Netzwerker haben gezeigt, dass Netzwerkarbeit keine Halbtagsarbeit ist. Soll das Bündnis erfolgreich sein, bedarf es eines hundertprozentigen Engagements. Die Verantwortlichkeiten und das Aufgabenspektrum des Netzwerkkopfes müssen genau definiert sein.
3. **Kommunikation ist nicht alles, aber ohne Kommunikation ist alles nichts**. Das miteinander Reden, miteinander Arbeiten und sich bei der Problembewältigung unterstützen, sind besondere Merkmale eines Netzwerks. Die Arbeit daran bedeutet, voneinander zu lernen und zu profitieren. Hierzu bedarf es der Gutwilligkeit aller Beteiligten, ohne die ein solcher Zusammenschluss nicht funktionieren kann. Kommunikation muss auf Augenhöhe stattfinden, muss partnerschaftlich sein und setzt die Bereitschaft zum Geben und Nehmen voraus.



Forum 2: „Kinder- und Jugendliche mit Migrationshintergrund – Probleme/Lösungsansätze, Beispiele bewährter Praxis“

31

Nach der Begrüßung durch die Moderatorin Carola Gold wird schon in der Vorstellungsrunde deutlich, mit welchen Anliegen die Teilnehmer das Forum aufgesucht haben:

1. Wie erreichen Gesundheitsförderungsangebote Familien mit Migrationshintergrund?
2. Welche Strukturen werden benötigt, um ein Netzwerk aufzubauen?

In den folgenden Projektpräsentationen beschreiben Ingrid Papies-Winkler (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg) und Gregor Stach (Oppenheim-Schule im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf) die von ihnen entwickelten Strukturen, um Familien mit Migrationshintergrund gesundheitsfördernde Angebote näher zu bringen.

„Gesund sind wir stark! Saglikli daha güclüyüz!“

Ingrid Papies-Winkler

Koordinatorin für Gesundheitsförderung

Das Übergewicht bei Kindern nimmt stetig zu. Kinder mit Migrationshintergrund sind dabei besonders betroffen. Der Weg zum übergewichtigen Erwachsenen und somit den Folgeerkrankungen Bluthochdruck, Diabetes und Arteriosklerose ist bereits vorprogrammiert. Das Projekt „Gesund sind wir stark! – Saglikli daha güclüyüz!“ will diesen Trend stoppen, zumindest aktiv gegensteuern.

Das Projekt wird als eines von 24 Modellprojekten durch das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz im Rahmen des Wettbewerbs „Besser essen. Mehr bewegen“ gefördert. Die Durchführung erfolgt durch das ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften in Kooperation mit der Plan- und Leitstelle des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg.

Ziel des Berliner Modellprojekts ist es, neuartige Zugangswege für die Prävention von Adipositas im Kindesalter nutzbar zu machen und die Zielgruppe – junge Familien mit Kindern im Alter von null bis sechs Jahren und vorwiegend türkischem oder arabischem Migrationshintergrund im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg – zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu befähigen.

In diesem Sinne werden unter dem Motto „Gesund sind wir stark! – Sağlıklı daha güclüyüz!“ Fachleute aus dem Bezirk, die beruflich in Kontakt mit der Zielgruppe stehen, zu Gesundheitstrainern sowie Frauen und Männer mit türkischem und arabischem Migrationshintergrund zu Gesundheitsmentoren ausgebildet.

Mit Hilfe dieser Multiplikatoren sollen in den Familien gesundheitsförderliche Handlungskompetenzen und Verhaltensweisen entwickelt und geübt werden, um kindlichem Übergewicht vorzubeugen und die Gesundheit der Kinder langfristig zu stärken.

In der Praxis kommt den Trainern und Mentoren insbesondere die Aufgabe zu, Familien während der Umstellung auf eine gesündere Ernährung und auf ein aktiveres Bewegungsverhalten beratend zur Seite zu stehen.

Um einen möglichst großen Teil der Zielgruppe zu erreichen, erfolgt der Einsatz der Trainer und Mentoren im alltäglichen Lebensraum der Familien – dem Stadtteil. Der Kontakt wird dabei nicht nur über die bestehenden Beratungsstellen, sondern insbesondere über Nachbarschaftseinrichtungen, Kulturvereine und Selbsthilfeeinrichtungen hergestellt, die einen niederschweligen Zugang zur Zielgruppe ermöglichen. Dieser Kontakt wird soweit ausgebaut, dass die Mentoren direkt mit dem häuslichen Umfeld der Familien in Berührung kommen und vor Ort gemeinsam mit den Familien realistische Entwicklungen in Gang setzen und begleiten können.

Durch die Integration der Gesundheitstrainer und Gesundheitsmentoren in das bezirkliche Netzwerk werden die Kommunikations- und Angebotsstrukturen im Bezirk in Bezug auf das Thema Adipositasprävention innovativ weiterentwickelt.

Die breite Aufstellung der Auszubildenden (Hebammen, Mitarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Sozialpädagogen, Erzieher und Einzelfallhelfer) ermöglicht die Multiplikation gesundheitsförderlicher Themen in unterschiedlichsten Kontexten. Während die Gesundheitstrainer über eine breite fachliche Kompetenz verfügen und zum Großteil institutionell eingebunden sind, bringen die Gesundheitsmentoren das erlernte Wissen mit ihren sprachlichen und kulturellen Kompetenzen in ihr soziales Netzwerk ein.

Die Lehrgänge

Im Rahmen der deutschsprachigen Lehrgänge werden derzeit 47 Gesundheitstrainer sowie 13 Gesundheitsmentoren kostenfrei ausgebildet.

Die Lehrgangsinhalte wurden professionell, basierend auf wissenschaftlichen Erkenntnissen der Gesundheits- und Ernährungswissenschaften erarbeitet und berücksichtigen die besonderen Bedürfnisse von Schwangeren sowie von Familien mit Kleinkindern und Migrationshintergrund.

Die Lehrgangsmodule beziehen sich nach dem systemischen Ansatz auf die Themenbereiche Bewegung, Ernährung und Beratung und sind ganzheitlich ausgerichtet.

Die Inhalte werden praxisorientiert gemeinsam mit den Teilnehmern erarbeitet und sollen es ihnen ermöglichen, geeignete Maßnahmen für ihren eigenen Handlungsbereich zu entwickeln.

Im Anschluss an die Lehrgänge findet bis Mitte 2009 ein Praxistransfer der Inhalte durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer statt, der durch das Projekt kontinuierlich mittels Supervisionstreffen, Coaching und Qualitätszirkel begleitet wird. Dieser langfristige Kontakt zwischen Trainern, Mentoren, Dozenten und Projektteam soll die Nachhaltigkeit der neuen Angebote im Bezirk gewährleisten.

Gesundheits- und integrationsfördernde Maßnahmen an der Oppenheim-Oberschule

Gregor Stach

Sozialpädagoge beim Träger „Der rote Faden“

1. Projektwoche Gesundheit

Im Schuljahr 2006/07 wurde eine Projektwoche zum Thema Gesundheit für Klassen aller Jahrgänge durchgeführt. Sie beinhaltete folgende Themenbereiche:

- Gesunde Ernährung (unter Berücksichtigung von Essstörungen, fast food usw.)
- Bewegung und Gesundheit
- Pubertät (Umgang mit Geschlechtsreifeung, Pickeln usw.)
- Umgang mit verschiedenen Krankheiten (Geschlechts- und Infektionskrankheiten, Seuchen)
- Hygiene (darunter geschlechtsspezifische Hygiene)
- Zeckenbisse

Das Gesundheitsamt bot Unterstützung mit Vorträgen von Mitarbeitern zu folgenden Themen an: Impfen gegen Hepatitis B, Kopfläuse, Zeckenbisse, Aidsprävention, Pubertät, Hygiene (darunter geschlechtsspezifische Hygiene) und gesunde Ernährung.

Es wurden einschlägige Einrichtungen genannt, die besichtigt werden können.

Im Schuljahr 2007/08 konnte eine Vertreterin aus dem Bereich Lebensmittelaufsicht und Verbraucherschutz für einen Vortrag in einer Klasse gewonnen werden. Bei von ihr organisierten Gruppenbesuchen auf einem Obst- und Gemüsegroßmarkt konnten für die Schul-Cafeteria Sachspenden eingeworben werden.

Künstlerische Gestaltungen der Themen von Projekttagen werden den Eltern am Tag der offenen Tür präsentiert. An diesem Tag werden an die Kinder Schul-T-Shirts gratis verteilt.

2. Schule in Bewegung

Die Oppenheim-Oberschule ist eine Sportschule. In jedem Jahrgang hat die „A“-Klasse das Sportprofil. Das bedeutet einen bis auf 5 Stunden erweiterten Sport-Unterricht, Aufnahmeprüfungen in Sozialverhalten und Sport für die Sechstklässler. An den alljährlichen Bundesjugendspielen beteiligen sich aber Schülerinnen und Schüler aller Klassen.

3. Eine Masche im Netz

Eine enge Kooperation mit Jugendfreizeiteinrichtungen eröffnet vielfältige Möglichkeiten, wie kostenloses Klettern (Schloss 19), Schuldisco (Haus der Jugend, Zillestraße), interkulturelle Mädchenfreizeit (LLISA e.V.) usw. Schülerinnen und Schüler werden in Freizeiteinrichtungen und Sportvereine vermittelt.

4. Leitkultur und multikulturelle Schüler-/Elternschaft

Offiziell haben ca. 30 % der Schüler eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche. Weitere 20 bis 30 % der Schülerinnen und Schüler haben zwar die deutsche Staatsangehörigkeit, aber eine nicht-deutsche Sozialisation. Für viele ist deshalb die Schule ein Begegnungsort mit einer fremden Kultur. Um die Berührungängste der Eltern zu überwinden, wurden sowohl ein kostenloser Deutschsprachkurs als auch ein kostenloses Elterntraining angeboten. Es gibt auf Seiten der Eltern ein kaum zu spürendes Interesse an diesen Angeboten.

Auch verpflichtende Elternabende werden von vielen Eltern nicht wahrgenommen. Sie kommen häufig selbst dann nicht zu Terminen, wenn sie namentlich angeschrieben werden. Aus diesem Grund werden durch den Sozialpädagogen Vorgehensweisen erarbeitet, welche die Vorbehalte der Eltern mindern. So wird bei der nächsten Schuldisco eine Auswahl an Nationalspeisen angeboten, welche von den Eltern vorzubereiten sind. Und sobald die Baumaßnahmen im Schulhof beendet sind, kann ein interkulturelles Sommerfest für Schüler und Eltern organisiert werden. Auch dieses Projekt ist abhängig von einer Folgefinanzierung, über die nachgedacht wird.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Verbesserungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten nur in Zusammenarbeit mit den Eltern zu erzielen sind. Doch wie erreicht man die Eltern? Diese Frage stand bei der sich anschließenden Diskussion im Mittelpunkt.

Beim ersten Projekt erreicht man die Eltern durch ein hohes Maß an Vernetzung und mit Hilfe von Mentorinnen und Mentoren, die meist selbst Migrationserfahrung haben und gleichzeitig über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen. Sie sind ehrenamtlich tätig und vermitteln ihr Wissen niedrigschwellig. Gute Erfahrungen sprechen sich herum und so erreicht die Gesundheitswerbung immer mehr Eltern. Gesundheitsförderung, gleichgültig welche Zielgruppe ins Auge gefasst wird, muss immer Spaß machen und Wohlbefinden auslösen. Deshalb findet sie im Rahmen dieses Projekts meistens eingebettet in eher kulturell ausgerichteten Veranstaltungen statt.

An der Oppenheim-Schule wird die Zusammenarbeit von Lehrpersonal und dem sozialpädagogischen Dienst groß geschrieben. Der Sozialarbeiter, übrigens nichtdeutscher Herkunft, besucht jene Eltern, die nicht von selbst zu Beratungsterminen kommen. Ein wichtiger Grund für das Nichterscheinen der Eltern ist die Scheu davor, sich mit unzureichenden Deutschkenntnissen einem Gespräch zu stellen. Darum wird mit viel Geduld auf die Eltern eingegangen.

Ein weiterer Aspekt wird von Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf angesprochen. Mitunter fehlende Krankenversicherungen in Familien mit Migrationshintergrund können ein Grund dafür sein, dass eine medizinische Versorgung oder Angebote zur Gesundheitsvorsorge, zumindest in Deutschland, nicht wahrgenommen werden.

Frau Gold verweist darauf, dass das Thema nicht versicherter, beziehungsweise nicht in Deutschland versicherter Migrantinnen und Migranten beim 14. Kongress Armut und Gesundheit im Dezember 2008 aufgegriffen wird.

Gesundheitsförderung für Familien ausländischer Herkunft ist ein schwieriger Prozess, der den Akteuren Fingerspitzengefühl, Geduld und Mut zum Umweg abverlangt. Um die vorhandenen Ressourcen effizient nutzen zu können, empfiehlt sich die Gründung eines Netzwerks. Dabei sollten zunächst bestehende Strukturen genutzt und nach und nach weitere Partner eingebunden werden.



Resümee und Ausblick

Martina Schmiedhofer

Bezirksstadträtin für Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr

Die Gesundheitskonferenz ist positiv verlaufen. Im Rahmen der Veranstaltung haben wir viel über die gesundheitliche Lage der Kinder, den Wandel ihres Lebensstils, über Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie Modelle und Konzepte zur Vernetzung erfahren. Unter den Akteuren der Gesundheitsförderung wurden Erfahrungen ausgetauscht und Beispiele bewährter Praxis präsentiert. All dies wird Anregung für unsere zukünftige Arbeit sein.

Wir haben gelernt, dass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nur erfolgreich sein können, wenn der Wunsch nach Veränderung aus den Einrichtungen selbst kommt. Von außen hereingetragene Einzelaktivitäten verhalten oft wirkungslos. Wichtig erscheint das Einbeziehen von allen Beteiligten im Setting.

Netzwerke bieten Kontakte, Informationen und Hilfen in der alltäglichen Arbeit. Sie funktionieren am besten, wenn sie zentral organisiert sind und verbindliche Strukturen haben. Mit ihnen lassen sich Prozesse gestalten, die nachhaltig sind und Kontinuität in der Entwicklung versprechen.

Die Vorstellung des Landesprogramms für eine gute gesunde Schule hat mir den Anstoß gegeben, die Übernahme des Programms für Schulen im Sozialraum Charlottenburg-Nord voran zu treiben. Aufgrund der gesundheitlichen Defizite der Kinder, erscheinen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit in diesem Teil unseres Bezirks besonders angebracht. Hierzu hat es bereits erste Kontakte und Gespräche mit den bei der Senatserwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung verantwortlichen Mitarbeiterinnen gegeben, die die Aufnahme von Schulen unseres Bezirks in das Landesprogramm unterstützen und die notwendigen weiterführenden Schritte unternehmen werden.

Ich danke allen, die zum Gelingen der Gesundheitskonferenz mit ihrem Vortrag und ihrer Beteiligung an den Diskussionen in den Foren beigetragen haben. Sie haben gezeigt, dass es Wege und Mittel gibt, Voraussetzungen für eine gesunde Ernährung und mehr Bewegung in Kitas und Schulen zu schaffen.

Mein Wunsch für die Zukunft ist, noch mehr Kinder und Eltern sowie alle, denen die Kinder in den Einrichtungen anvertraut sind, auf dem eingeschlagenen Weg mitzunehmen.

Anhang / Kontakte

Referentinnen

Dr. Frauke Tedsen-Ufer

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf,
Gesundheitsamt,
Hohenzollerndamm 174-177
10713 Berlin
Tel.: 030 / 90 29 - 1 60 21

Dr. Silke Bartsch

E-Mail: silke.bartsch@jugendesskultur.de

Dr. Gudrun Borchardt

Techniker Krankenkasse Landesvertretung
Berlin/Brandenburg
Alte Jakobstr. 81/82, 10179 Berlin
Tel.: 030 / 2 45 47 - 4
E-Mail: dr.gudrun.borchardt@tk-online.de

Elisabeth Müller-Heck

Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft
und Forschung
Beuthstr. 6-8, 10117 Berlin
Tel.: 030 / 90 26 57 01
E-Mail: elisabeth-mueller-heck@
senbjs.verwalt-berlin.de

Gertrud van Ackern

Gesundheitsamt Stuttgart,
Bismarckstr. 3, 70176 Stuttgart
E-Mail: Gertrud.vanAckern@Stuttgart.de

Birgit Appenrodt

Kreisgesundheitsamt Neuss/Arbeitskreis
Gesundheitsförderung in Kindergarten und
Schule
Auf der Schanze 1, 41515 Grevenbroich
Tel: 0 21 81 / 6 01 53 90
E-Mail: birgit.appenrodt@rhein-kreis-neuss.de

Forum 1

Katharina Gerlach

E-Mail: kg@moderatorenpool-deutschland.de

Fidelio – fit in der Schule

Sport-Gesundheitspark Berlin e.V.
Ansprechpartner: Gunnar Kallies
Forckenbeckstr. 21, 14199 Berlin
Tel.: 030 / 89 79 17 - 0
E-Mail: info@fit-mit-fidelio.de

Butzemannhaus e.V.

Kita Butzemannhaus
Ansprechpartnerin: Frau Birgit Malik
Seepromenade 54, 14476 Spandau
Tel.: 03 32 01 - 2 04 21
E-Mail: birgit.malik@sap.com

Paula Kouzeli-Roßner

Wald-Oberschule
Waldschulallee 95, 14055 Berlin
Tel.: 030 / 90 29 - 2 69 30
E-Mail: waldoerschule@t-online.de

Netzwerk Gesunde Kita – Land Brandenburg

Koordinatorin: Annett Schmok
Tel.: 03 31 / 9 51 32 12
E-Mail: info@gesunde-kita.net

PIZ Pädagogisches Forum Mitte

Rudolf-Wissel-Grundschule
Koordinierende Leitung: Brigitte Schmitt
Ellerbeker Str. 7-8, 13357 Berlin
Tel.: 030 / 4 97 99 94
E-Mail: piz.mitte@mac.com

Forum 2

Carola Gold

Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstr. 231, 10969 Berlin
Tel.: 030 / 44 31 90 - 60
E-Mail: gold@gesundheitberlin.de

Gregor Stach

Oppenheim-Schule
Schloßstr. 55 a, 14059 Berlin
Tel.: 030 / 90 29 - 2 41 10
Träger: Der rote Faden
Gesellschaft für familiäre Hilfen
Weimarer Str. 11, 10625 Berlin
E-Mail: Der-rote-Faden@t-online.de

Ingrid Papies-Winkler

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg,
Plan- und Leitstelle Gesundheit
Tel.: 030 / 9 02 98 - 35 46
E-Mail: Ingrid.Papies-Winkler@ba-
fk.verwalt-berlin.de

Jugendclub Schloss 19

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf
Abt. Jugend, Familie, Schule und Sport
Schloßstr. 19, 14059 Berlin
Tel.: 030 / 22 49 80 42
E-Mail: schloss19@web.de

Zille, Haus der Jugend Charlottenburg

Zillestr. 54-62, 10585 Berlin
Tel.: 030 / 90 29 - 1 27 75

LISA e.V.

Spandauer Damm 65, 14059 Berlin
Tel.: 030 / 3 22 66 09
E-Mail: lisa.ev@gmx.de

ZAGG GmbH

Zentrum für angewandte Gesundheits-
förderung und Gesundheitswissenschaften
Kantstr. 72, 10627 Berlin
Tel.: 030 / 30 69 56 20
E-Mail: info@zagg.de

BildungsCent e.V.

Am Borsigturm 100, 13507 Berlin
Tel: 030 / 43 93 - 39 99
E-Mail: info@bildungscent.de



Rundum gesund!



„Gesunde Ernährung macht Spaß“





Gesundheit

Ernährung

Bewegung

... von Kindern
und Jugendlichen

Rundum gesund?

Dokumentation der Gesundheitskonferenz

Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin
Abteilung Soziales, Gesundheit, Umwelt und Verkehr

