

Noweski, Michael

Working Paper

Primärprävention bei Kindern in Deutschland - Bestandsaufnahme und Kritik

WZB Discussion Paper, No. SP I 2009-304

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Noweski, Michael (2009) : Primärprävention bei Kindern in Deutschland - Bestandsaufnahme und Kritik, WZB Discussion Paper, No. SP I 2009-304, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47388>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Michael Noweski

**Primärprävention bei Kindern in Deutschland –
Bestandsaufnahme und Kritik**

Dezember 2009

Bestell-Nr. SP I 2009-304
ISSN 1866-3842

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
Reichpietschufer 50, 10785 Berlin
Tel: 030/25491-577
www.wzb.eu

Zusammenfassung

In Deutschland existieren inzwischen zahlreiche Programme zur nicht-medizinischen Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen. Dies bestätigt eine Befragung von Bundes- und Landesministerien, Krankenkassen, Landesvereinigungen für Gesundheit sowie „Praxisbüros Gesunde Schule“. Der Aufsatz würdigt diese Initiativen kritisch. Er basiert auf einer Expertise des Autors für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, die in das Ratsgutachten von 2009 aufgenommen wurde.

Abstract

Today, there are many programs for non-medical primary prevention for children and adolescents in Germany. This is confirmed by a survey comprising ministries on the federal and *Länder* level as well as health insurance funds, associations for health promotion and "practice offices for healthy schools". The author discusses these initiatives critically. The paper is based on a report for the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System which has been included in the council's report of 2009.

Inhalt

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Problemwahrnehmung in Wissenschaft und Politik | 7 |
| 2 | Neuere staatliche Programme..... | 9 |
| 2.1 | Kinder- und Jugendplan des Bundes | 11 |
| 2.2 | Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen..... | 11 |
| 2.3 | Jugendpolitisches Regierungsprogramm „Chancen im Wandel“ | 11 |
| 2.4 | Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung | 12 |
| 2.5 | Bewegung und Gesundheit | 12 |
| 2.6 | Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“..... | 13 |
| 2.7 | „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ | 15 |
| 2.8 | „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ | 15 |
| 2.9 | „IN FORM“ - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung | 16 |
| 2.10 | „Erkennen – Bewerten – Handeln“ | 18 |
| 2.11 | „Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ in Mecklenburg-Vorpommern | 19 |
| 3 | Gesamte Präventionspraxis..... | 22 |
| 3.1 | Prozess- und Ergebnisqualität | 23 |
| 3.1.1 | Vulnerable Gruppen..... | 23 |
| 3.1.2 | Setting-Ansatz..... | 23 |
| 3.1.3 | Unspezifische Gesundheitsförderung | 24 |
| 3.1.4 | Partizipation | 25 |
| 3.1.5 | Qualitätssicherung | 26 |
| 3.1.6 | Evaluation | 27 |
| 3.1.7 | Lernprozesse | 29 |
| 3.2 | Strukturqualität | 29 |
| 3.2.1 | Nachhaltigkeit der Qualitätssicherung..... | 29 |
| 3.2.2 | Nachhaltigkeit der Interventionen | 30 |
| 3.2.3 | Transparenz..... | 30 |
| 3.2.4 | Berichterstattung..... | 31 |
| 3.2.5 | Koordinierung und Planung..... | 31 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.2.6 | Versorgungssicherheit | 31 |
| 4 | Folgerungen | 33 |
| 4.1 | Risiko- und Ressourcenberichterstattung | 33 |
| 4.2 | Krankheitsberichterstattung | 34 |
| 4.3 | Interventionsberichterstattung | 34 |
| 4.4 | Politikberichterstattung | 35 |
| 4.5 | Regulierung | 36 |
| 4.6 | Vulnerable Gruppen | 37 |
| 4.7 | Unspezifische Gesundheitsförderung | 38 |
| 4.8 | Setting-Ansatz | 38 |
| 4.9 | Partizipation | 38 |
| 4.10 | Evaluation | 38 |
| | Literaturverzeichnis | 41 |
| 5 | Anhang | 47 |

1 Problemwahrnehmung in Wissenschaft und Politik

Zur Versorgung der Bevölkerung bei gesundheitlichen Störungen oder Einschränkungen haben sich in Deutschland im Kontext der Sozialversicherung historisch drei komplexe Systeme mit unterschiedlichen, zum Teil auch überlappenden Zuständigkeitsfeldern und Regulierungsformen herausgebildet: die Kuration (SGB V), die Rehabilitation (SGB IX) und die Pflege (SGB XI). Alle drei Systeme und die in ihnen wirkenden Berufsgruppen und Institutionen haben auch Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahrzunehmen und weisen diesbezüglich noch große Entwicklungspotenziale auf. Doch auch bei Ausschöpfung dieser Potenziale verfügen diese Systeme nicht über Institutionen, Instrumente und die geeigneten Qualifikationen, jenen großen und nach internationaler Auffassung¹ immer wichtiger werdenden Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung zu bearbeiten, weil dessen Interventionen außerhalb der Krankenversorgung, der Pflege und der Rehabilitation im Stadtteil, in Subkulturen spezieller Zielgruppen, in Betrieben und Verwaltungen, in Schulen sowie Wohn- und Freizeiteinrichtungen stattfinden. Seit einigen Jahren ist es deshalb erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik in Deutschland, diese nichtmedizinische Prävention als ‚vierte Säule‘ des Systems der Gesundheitssicherung aufzubauen und zu stärken.² Dabei besteht Konsens darüber, dass die Gefahren der ‚Versäulung‘ im Sinne der unkoordinierten Entwicklung und Ausdifferenzierung (mit der Folge von Doppelzuständigkeiten und Zuständigkeitslücken) durch geeignete Mechanismen der Abstimmung und der Verpflichtung auf allen Systemen gemeinsame Gesundheitsziele zu vermeiden sind.³

Seit Ende der siebziger Jahre wird der nicht-medizinischen Primärprävention neben der Krankenversorgung und Sekundärprävention schrittweise mehr Bedeutung beigemessen, dies jedoch zunächst nicht in der Versorgungspraxis, sondern in der Forschungsförderung des Bundesforschungsministeriums,⁴ z.B. in der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP)⁵ und insbesondere durch die Einrichtung der Public Health-Forschungsverbände ab 1992.⁶ Hierin wurden Nutzen und Einsatzmöglichkeiten

1 WHO/CSDH 2008.

2 Koalitionsvertrag 2005, 100.

3 Zum Beispiel. SVR-Gesundheit 2007, Kap. 7, Ziffer 782ff. sowie Ziffer 1093ff.

4 BMFT 1978; BMFT 1984, 23-28; BMFT 1991; Schwartz et al. 1999; SVR-Gesundheit 2007, Ziffer 1076.

5 DLR 1989, 13. Gleichwohl dominierte auch hier die Früherkennung gegenüber der Primärprävention: GSF 1990, 47-52; BMFT 1986; DLR 1989, 53ff.

6 Knesebeck 1995; Schwartz 1995.

der Primärprävention intensiver beforscht und erprobt. Die politische Agenda erreichte Primärprävention, die über das Setting Betrieb hinauswies, ab Ende der achtziger Jahre. Meilensteine waren die Einführung des § 20 SGB V durch das GRG von 1988 und dessen Novelle durch die „Gesundheitsreform 2000“ von 1999. Die Aufwertung der Primärprävention im Sozialrecht beseitigte zwar nicht die Unterversorgung der Bevölkerung in diesem Bereich, jedoch stieß sie ein politisches *window of opportunity*⁷ auf, von dem auch die Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen profitiert.

Kinder und Jugendliche stellen neben anderen Teilen der Bevölkerung inzwischen eine in Wissenschaft und Praxis sehr häufig behandelte Zielgruppe dar. Diese Aufmerksamkeit verdanken sie auch Impulsen aus anderen Politikfeldern.⁸ Beim Thema Kindergesundheit kreuzen sich mehrere *policy-streams* bzw. überlagern und verstärken sich komplementäre Themenkonjunkturen. Dies verdeutlichen Programme und Berichte verschiedener Ressorts, die sich explizit oder implizit mit der Gesundheit und Wohlfahrt von Kindern und Jugendlichen befassen. Ältere Beispiele aus der Jugendpolitik sind der Kinder- und Jugendplan des Bundes, der seit 1950 besteht und von Beginn an auch die Ernährungs- und Wohnsituation problematisierte oder der Kinder- und Jugendbericht des Bundesfamilienministeriums, der erstmals 1965 herausgegeben wurde⁹ und seit seiner 10. Ausgabe von 1998 auch über den Zusammenhang von Armut und schlechterer Gesundheit berichtet. Neuestes Beispiel ist der Familienreport 2009, der für eine bessere Absicherung von Familien gegen Armut und eine Verbesserung der Kinderbetreuung plädiert.¹⁰

7 Dem „Garbage Can Model“ von Kingdon folgend ist ein „window of opportunity“ dann geöffnet, wenn die politische Öffentlichkeit auf eine Lösung des Problems drängt, wissenschaftlich fundierte Lösungskonzepte zur Verfügung stehen und die Entscheidungsträger im politischen System bereit sind, das Problem zu bearbeiten (Kingdon 1984).

8 Neben Gesundheitspolitik auch Familien- und Demografiepolitik, Jugendpolitik, Umweltpolitik, Landwirtschafts- und Ernährungspolitik, Sportpolitik, Drogenpolitik, Bildungspolitik, Migrationspolitik, Sozial- und Armutspolitik und Behindertenpolitik.

9 BMFJ 1965.

10 BMFSFJ 2009.

2 Neuere staatliche Programme

Es lassen sich zunächst zwei verschiedene Kategorien von bundespolitischen Präventionsprogrammen unterscheiden. Erstens Programme, die politische Prioritäten und Ziele definieren, entsprechende Maßnahmen ankündigen, jedoch keine größeren Summen für die Intervention vor Ort bereitstellen. Diese Programme sind mit dem Begriff „Strategiepapier“ am besten gekennzeichnet. Daneben gibt es Programme, deren Zweck darin besteht, zusätzliche Gelder für die Intervention zur Verfügung zu stellen. Hier kann von „Förderprogrammen“ gesprochen werden. Der Unterschied zwischen Strategiepapieren und Förderprogrammen ist erst nach genauerem Hinsehen erkennbar, weil in Strategiepapieren oft Maßnahmen angeführt werden, die bereits durch Förderprogramme eingeleitet und finanziert wurden. Sowohl die Strategiepapiere als auch die Förderprogramme können auf Kinder und Jugendliche als Zielgruppe ausgerichtet sein. Sie können jedoch auch auf die Gesamtbevölkerung zielen. Kinder und Jugendliche werden dann gleichrangig neben anderen Bevölkerungsgruppen adressiert oder bilden einen Schwerpunkt neben anderen. Somit ergeben sich vier verschiedene Kategorien präventionspolitischer Programme (Tabelle 1).

Tabelle 1: Präventionspolitisch relevante Programme des Bundes

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

Quelle: Eigene Recherchen

2.1 Kinder- und Jugendplan des Bundes

Der Kinder- und Jugendplan des Bundes (KJP) ist 1950 ins Leben gerufen worden (bis 1992 „Bundesjugendplan / BJP“). Er ist ein Förderprogramm zur Unterstützung der Jugendhilfe, derzeit unter Federführung des Bundesfamilienministeriums. In der Nachkriegszeit lag der inhaltliche Schwerpunkt auf der Milderung der materiellen Not von Kindern und der Integration der Jugendlichen in den Arbeitsmarkt.¹¹ Heute bestehen verschiedene Förderschwerpunkte, die jedoch alle mit sozialer Integration in Zusammenhang stehen und oft auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche zugeschnitten sind. Ein Beispiel ist das Programm „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ in den Jahren 2000 bis 2006.¹² In den Ländern und Kommunen existieren weitere KJPs.¹³

2.2 Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen

Das Thema Gewalt in der Familie greift das Familienministerium in zwei Aktionsplänen von 1999 und 2007 auf.¹⁴ Im ersten Plan sind Kinder als Zielgruppe bereits enthalten gewesen und im zweiten Plan von zentraler Bedeutung. Die Aktionspläne beinhalten einen Problemaufriss und globale, nicht nachprüfbar Absichtserklärungen sowie Hinweise auf andere Programme. In diesem Kontext relevant ist auch der Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung von 2003.¹⁵

2.3 Jugendpolitisches Regierungsprogramm „Chancen im Wandel“

Im Jahr 2001 veröffentlichte das Bundesfamilienministerium ein jugendpolitisches Grundsatzprogramm der Bundesregierung mit dem Titel „Chancen im Wandel“. Hierin waren zehn Handlungsfelder definiert, die schwerpunktmäßig die Themen Arbeit und Bildung behandelten. Es handelt sich um ein Strategiepapier, das globale jugendpolitische Ziele formuliert und auf bereits laufende Programme verweist, wie z. B. „JUMP“, ein Programm zum Abbau der Jugendarbeitslosigkeit das 1999 eingeleitet wurde. Durch die Themen Arbeit, Bildung, Gewaltprävention und Umweltschutz werden Probleme

11 Deutscher Bundesjugendring 2001.

12 Burchardt et al. 2007.

13 Zum Beispiel Bildungsministerium-RP 2007; Suhl 2008; vgl. § 74 SGB VIII.

14 BMFSFJ 1999; BMFSFJ 2007.

15 BMFSFJ 2003; BMFSFJ 2008a.

impliziter Gesundheitspolitik¹⁶ behandelt. Markant ist, dass im Gegensatz zu späteren Papieren des Familienministeriums die Themen Armut und Gesundheitsförderung noch nicht einmal begrifflich enthalten sind.¹⁷

2.4 Nationaler Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung

Ebenfalls in 2001 verabschiedete das Bundesarbeitsministerium den Nationalen Aktionsplan für Deutschland zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung, der 2003 eine zweite Auflage erfuhr.¹⁸ Das Programm zielte primär auf die Integration benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt und auf die Stärkung sozial schwacher Familien. Zwar liegt der Fokus auf der gesamten Bevölkerung, Kinder und Jugendliche genießen jedoch einen zentralen Stellenwert. Ihnen sind spezifische Abschnitte gewidmet, z. B. zum Problemfeld Kinder als Sozialhilfeempfänger. Die enthaltenen Maßnahmen stellen eine Synopse anderweitig beschlossener bzw. finanzierter Vorhaben dar. Beispiele sind die Erhöhung des Kinderfreibetrages bei der Einkommenssteuer oder das Programm „Die soziale Stadt“, das bereits seit 1999 bestand. Ein Anhang führt Sozialprogramme aus verschiedenen Bundesländern exemplarisch auf. Direkte Bezüge auf das Problem Gesundheit finden sich in den Forderungen nach adäquatem Wohnraum für jedermann und barrierefreien Zugängen für Arme und Migranten zur Krankenversorgung. In der zweiten Auflage wird überdies das Thema Gesundheitsförderung gestreift, indem das Projekt „Entwicklung und Chancen von Kindern und Jugendlichen in Gebieten mit sozialer Benachteiligung“ des BMFSFJ erwähnt wird.

2.5 Bewegung und Gesundheit

Das Bundesministerium für Gesundheit führt seit 2005 die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ durch, um die Bevölkerung zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu animieren.¹⁹ Hierfür sind 2,14 Mio. € bereitgestellt worden. Die genutzten Instrumente sind eine Homepage im Internet, öffentliche Auftritte von Prominenten und Informationsbroschüren. Gesundheitswissenschaftler kritisierten die Aktion als Intervention alten Stils.²⁰ Sie zielt fast nur auf Verhaltensänderung und trägt wenig zur

16 Begriff und Konzept ‚implizite‘ und ‚explizite‘ Gesundheitspolitik siehe Rosenbrock 1998, 6; SG 2005, Kap. 4.

17 BMFSFJ 2001a; Bundestagsdrucksache 14/7275 vom 19.10.2001; BMFSFJ 2001b.

18 BMAS 2001; BMAS 2003; BMAS 2004; BMAS 2005.

19 BMG 2007; BMG 2009.

20 Altgeld 2008, 511f.

Verhältnisprävention, also zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten bei. Dabei hat sie einseitig appellativen Charakter und nutzt kaum die Möglichkeiten der Organisationsentwicklung und der dialogischen Kommunikation mit der Zielgruppe. Mittlerweile ist klar, dass derlei Kampagnen allenfalls eine flankierende Funktion im Rahmen einer komplexeren Problemlösungsstrategie übernehmen können.

2.6 Nationaler Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“

Der Nationale Aktionsplan „Für ein kindergerechtes Deutschland“ der Bundesregierung geht auf eine Verpflichtung auf dem Weltkindergipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2002 zurück, einen Nationalen Aktionsplan für mehr Kinderfreundlichkeit vorzulegen.²¹ Das Papier stellt ein jugendpolitisches Rahmenprogramm mit der Laufzeit von 2005 bis 2010 dar, mit einer synoptischen Darstellung der verschiedenen Programme und Projekte der Bundesregierung in sechs Handlungsfeldern: Bildung, Gewaltprävention, Gesundheit, Beteiligung, Lebensstandard und internationale Verpflichtungen.²² Übergeordnetes Ziel ist ein „kindergerechtes Deutschland“. Darunter versteht das Dokument eine Politik, die die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt, ihre Entwicklung fördert und Chancengleichheit unabhängig von der sozialen Herkunft ermöglicht.

Zielgruppe des Aktionsplanes sind alle Kinder in Deutschland. Der Aktionsplan betont an vielen Stellen, dass die Maßnahmen zielgruppengerecht zu gestalten sind. Punktuell werden Gruppen mit besonderen Bedarfslagen hervorgehoben. Beispielsweise heißt es im Handlungsfeld Gewaltprävention: „Besondere Beachtung brauchen Kinder und Jugendliche aus solchen Migrationsfamilien, die in materieller Armut und ohne ausreichende soziale Ressourcen aufwachsen.“ Obgleich soziale Ungleichheit als Begriff kaum vorkommt und als Ursache vieler Probleme nicht eingehend thematisiert wird, nimmt der Aktionsplan eine kritische Perspektive ein. Einmal im Bereich Bildungspolitik, wo bemängelt wird, dass das Bildungssystem bislang keine „Chancengerechtigkeit“ gewährleiste. Zum anderen an zahlreichen Stellen, an denen Armut bzw. Kinderarmut problematisiert werden. Ungleichheit wird auf diese Weise zwar auf die Armutsproblematik reduziert, diese wird aber zumindest explizit benannt. An drei Stellen weist der Aktionsplan explizit auf Mängel in der öffentlichen Daseinsvorsorge hin. Einmal konstatiert er in allen Bereichen der öffentlichen Kinderbetreuung Versorgungslücken und stellt fest: „Ungezählten Kindern werden Fördermöglichkeiten vorenthalten.“ Zum anderen bemängelt er, dass lediglich 13 % der Schüler und Schülerinnen mit Lernbeeinträchtigungen und anderen Behinderungen integrativ, also in Allgemein- oder Integra-

21 Vgl. United Nations 2002; Koalitionsvertrag 2005, 111ff.

22 BMFSFJ 2006a; BMFSFJ 2008b.

tionsschulen beschult werden. Kritikwürdig erscheint ihm weiterhin, dass 40 % der Kinder und Jugendlichen bei Krankenhausaufenthalten auf Erwachsenenstationen versorgt werden und die Mitaufnahme eines Elternteils nicht immer sichergestellt ist.

Das Thema Gesundheitsförderung wird nicht nur relativ ausführlich und differenziert im Gesundheitskapitel behandelt. Im Sinne der Belastungssenkung und Ressourcenstärkung sind auch viele andere Abschnitte relevant. Der Setting-Ansatz spielt begrifflich keine Rolle, die Verhältnisprävention ist jedoch in den umwelt-, bildungs- und armuts-politischen Teilzielen enthalten. Auch die psychische Gesundheit wird berücksichtigt. Leider ist die Qualitätssicherung gesundheitsorientierter Prävention nicht thematisiert worden. Hier wäre eine ähnlich ambitionierte Zielformulierung, wie sie in Bezug auf die Qualität der Bildungseinrichtungen und Beteiligungsprozesse von Kindern und Jugendlichen gemacht wurde, wünschenswert gewesen.

Das Thema Partizipation genießt einen relativ hohen Stellenwert. Eines der sechs im Dokument aufgeführten Handlungsfelder widmet sich der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an Entscheidungsprozessen in ihren Lebenswelten. Die Bundesregierung plädiert hierin für eine intensivere Nutzung der bereits vorhandenen Beteiligungsformen, beispielsweise in Schulen und Gemeinden, sowie deren Weiterentwicklung, bis hin zur Formulierung verbindlicher Standards. Die aufgeführten Maßnahmen bleiben gleichwohl unverbindlich. Sie lassen die intendierte Richtung der Entwicklung erkennen, bieten jedoch keinen Aufschluss über Intensität und Geschwindigkeit. Während der Entwicklung des Textes konnten Kinder und Jugendliche in eigenen Arbeitsgruppen jugendpolitische Themen beraten und Empfehlungen formulieren. Die Ergebnisse sind dem Plan als Appendix angefügt und auszugsweise in die Kapitel eingefügt. Darüber hinaus ist aus diesen Erörterungen ein „Kinder- und Jugendreport“ hervorgegangen.²³ Das zweiteilige Dokument beinhaltet ein jugendpolitisches Manifest der Zielgruppe selbst (NAP-Report A) sowie Projektberichte, die Erfahrungen verbreiten und zur Nachahmung anregen sollen (NAP-Report B).

Wie bei Strategiepapieren üblich, beruhen viele der angeführten Maßnahmen auf Beschlüssen, die ganz unabhängig von diesem Plan gefasst wurden (z. B. Kinderzuschlag für einkommensschwache Eltern). Viele Angaben zu den Maßnahmen sind unspezifisch (z. B.: „Die Bundesregierung wirkt an der Information von Eltern, Kindern und Jugendlichen über gesundheitsförderndes Verhalten und einen gesunden Lebensstil mit und führt entsprechende Aufklärungskampagnen durch.“). Auch die Ankündigungen bleiben vage (z. B.: „Die Bundesregierung wird sich in Zusammen-

23 BMFSFJ 2006b.

arbeit mit den Ländern und den Trägern der Kinder- und Jugendhilfe für eine konsequente dezentrale sozialraumbezogene Vernetzung der verschiedenen Vorhaben und Maßnahmen zur individuellen Förderung von Kindern und Jugendlichen einsetzen.“). Neu angestoßene Maßnahmen sind nicht erkennbar. Neue Mechanismen, beispielsweise zur Koordinierung von Bund und Ländern oder verschiedener Ressorts, werden nicht ins Leben gerufen. Gleichwohl ist der Aktionsplan in drei Punkten beispielgebend: Er nimmt den Zusammenhang zwischen sozialer Situation und Gesundheit zur Kenntnis, er plädiert für soziale Teilhabe und er versucht die Zielgruppen bei der Konzeptualisierung von Interventionen einzubinden.

2.7 „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“

Das Programm "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" des Bundesfamilienministeriums fördert von 2006 bis 2010 mit rund 10 Millionen Euro zehn Modellprojekte gegen Vernachlässigung und Misshandlung von Klein- und Vorschulkindern.²⁴ Ziel ist es, diese Projekte zu evaluieren und die Erfahrungen zu kommunizieren. Vergleichbares war 2006 schon einmal durch das Deutsche Jugendinstitut mit 19 Projekten zu diesem Themenkreis gemacht worden.²⁵ Als Kommunikationsplattform dient das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“, das 2007 gegründet wurde.²⁶

Der präventionspolitische Fortschritt, der mit diesem Programm vollzogen wird, besteht darin, dass nunmehr die Qualitätssicherung der Projekte eingefordert wird und entsprechende Bemühungen finanziell unterstützt werden. Das NZFH soll Lernprozesse im Sinne der Qualitätsentwicklung institutionalisieren.

2.8 „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“

Die Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit ist im Mai vom Bundeskabinett beschlossen worden.²⁷ Hierin formuliert die Bundesregierung das Ziel, die Gesundheit der Kinder in Deutschland zu fördern. Dabei definiert sie vier Handlungsfelder: Ausbau der Gesundheitsförderung, Förderung der Chancengleichheit, Minderung der gesundheitlichen Risiken und Gesundheitsforschung. Innerhalb dieser Felder werden Maßnahmen aus den verschiedenen Ressorts aufgeführt. Darüber hinaus stehen für den Zeitraum 2009 bis 2012 weitere 4,1 Mio. € zur Verfügung. Erkennbar

24 BZgA 2008a; Sann/Schäfer 2008.

25 Helming et al. 2006.

26 BZgA 2008b; Eickhorst 2008; Paul/Backes 2008.

27 BMG 2008a.

neu sind lediglich die Ankündigung, einen nationalen Präventionsrat einzurichten und Präventionsziele zu beschließen sowie die Ankündigung, ein Informationssystem für die Bevölkerung zum Thema ADHS zu errichten. Die Ressorts sollen sich mit Hilfe einer interministeriellen Arbeitsgruppe beim BMG besser abstimmen.

Der Problemaufriss des Papiers basiert auf dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts und ist sozialepidemiologisch fundiert. Auffällig ist, wie prominent das Thema psychische Gesundheit ist. Es wird deutlich, dass sozial benachteiligte Familien und jene mit Migrationshintergrund größeren Unterstützungsbedarf aufweisen, jedoch Angebote seltener in Anspruch nehmen. Gesundheitliche Chancengleichheit ist als Ziel ausdrücklich formuliert, die Probleme Armut und soziale Ungleichheit werden gleichwohl nicht vertieft. Der Setting-Ansatz wird nicht erwähnt, ist jedoch implizit enthalten, z. B. unter dem Stichwort familiengerechte Stadtentwicklung. Die spezifischeren Herausforderungen der Primärprävention, Qualitätssicherung und partizipative Methoden, sind nicht enthalten.

Obleich das Dokument also einige gesundheitswissenschaftlich relevante Aspekte vermissen lässt, signalisiert es, dass die Gesundheitsförderung von Kindern hohe Priorität für die Bundesregierung genießt und die Institutionenbildung vorangetrieben werden soll.

2.9 „IN FORM“ - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

Das Programm „IN FORM“ von BMG und BMELV hat eine Laufzeit von 2008 bis 2020 und verfügt für den Zeitraum bis 2010 über ein Budget von 30 Millionen Euro. Diese eigene Finanzausstattung unterscheidet IN FORM von den Strategiepapieren und kennzeichnet ein echtes Förderprogramm. Ziel ist es, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Bevölkerung zu verbessern.²⁸ Der Problemaufriss stützt sich zwar auf wissenschaftliche Studien, wie das Bundesgesundheitsurvey 1998, das Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2006 (KiGGS) und die Nationale Verzehrsstudie II von 2007, nicht mehr zeitgemäß ist jedoch, dass Stressbewältigung im Konzept vernachlässigt wird und die Trias aus Ernährung, Bewegung und Stress lediglich in Projektberichten vorkommt, die zur Illustration eingestreut sind. Psychische Gesundheit kommt nur als Prädiktor von Ernährungs- und Bewegungsverhalten, nicht aber als Interventionsziel vor.

28 BMG/BMELV 2008a; Bundestagsdrucksache 16/9914 vom 27.06.2008; BMG/BMELV 2008b; BMG/BMELV 2008c; BMG/BMELV 2007.

Der Setting-Ansatz wird als Konzept lediglich gestreift („Anreize in den Lebenswelten“). So sei bei infrastrukturellen Vorhaben „eine bewegungsfreundliche Gestaltung und die Schaffung von attraktiven Bewegungsanreizen anzustreben“ („leicht zugängliche, helle Treppenhäuser oder spielförderliche Elemente in den Lebenswelten von Kindern“). Verhältnisprävention wird zweimal erwähnt: einmal sollen die Ziele durch ein „Zusammenspiel“ aus Verhältnis- und Verhaltensprävention erreicht werden, zum anderen seien sowohl bei der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention substantielle Veränderungen notwendig. Organisationsentwicklung kommt als Begriff nur einmal vor. So fordert das Programm, dass betriebliche Gesundheitsförderung Bestandteil der Personal- und Organisationsentwicklung im öffentlichen Dienst sein soll. Im gesamten Text überwiegt die Verhaltensprävention.

Das Problem der sozialen Ungleichheit findet wenig Beachtung. Defizite in der Daseinsvorsorge, z. B. im Bildungssystem, werden nicht angesprochen. Armut kommt weder als Begriff noch als Thema vor. Das Papier konstatiert, dass Adipositas bei geringerem Einkommen und niedriger Bildung häufiger vorkommt, dass sozial benachteiligte Gruppen Angebote (beispielsweise organisiert über Vereine und kommerzielle Anbieter), teilweise auch aufgrund eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten, seltener wahrnehmen und dass das Wohnumfeld sozial Benachteiligter oft schlechter ist und in entsprechenden Wohnquartieren bauliche Veränderungen erfolgen müssen. Sozial Benachteiligte und Migranten werden erwähnt, wenn es darum geht, die Projekte zielgruppengerecht zu gestalten. Sie werden jedoch nicht als eigenständige Zielgruppen betrachtet, schon gar nicht als prioritäre Zielgruppen oder als Schwerpunkt des Programms. Gleichzeitig zeigen jedoch die illustrativ eingefügten Projektbeispiele („soziale Stadt“, Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“), dass dieser Schwerpunkt in der Praxis existiert. Das Konzept des Programms bleibt insoweit hinter dem erreichten Niveau der Praxis zurück. Ein Hinweis zu den Vorteilen partizipativer Methoden bei den Interventionen fehlt.

Die Aussagen zur Qualität der Primärprävention sind ausweichend und verlagern das Problem in die Zukunft. Der Plan stellt fest, dass sich die Projekte auf sehr unterschiedlichem Niveau bewegen und wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherung und Evaluation notwendig seien. Darauf folgt jedoch lediglich die Ankündigung, die Entwicklung von Standards sowie Begleitforschung und Gesundheitsmonitoring zu fördern. Damit bleibt das Thema der Forschung und der Selbstverpflichtung der Träger überantwortet. Weiterführend wäre es gewesen, Evaluationen für alle vom Bund geförderten Projekte obligatorisch zu machen, die Veröffentlichung der Ergebnisse und den Transfer selbiger in die Präventionsforschung einzufordern und eine Empfehlung auszusprechen, die Evaluationen von Wissenschaftlern durchführen zu lassen, die qualifiziert und ohne Interessenkonflikte sind.

Die von BMG und BMELV angeführten Maßnahmen dienen vor allem der Vernetzung der Akteure, der Weiterentwicklung bereits vorhandener Initiativen, der Entwicklung von Qualitätsstandards und der Förderung von neuen Modellvorhaben. In allen Bereichen stützt sich das Programm wesentlich auf nichtstaatliche Akteure. Beispielsweise sollen die Qualitätsstandards für Gemeinschaftsverpflegung von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung entwickelt werden, wie schon die Standards für Schulverpflegung. Augenfällig sind die Feststellung, dass in vielen Fragen noch Forschungsbedarf bestehe und die Ankündigung, dass diese Forschung gefördert werde. Insgesamt treten die Ministerien und ihre Behörden als Geldgeber und Moderatoren in Erscheinung, jedoch nicht in ihrer Funktion als Regulierungsträger. Das gesamte Programm ist von einem „weichen“ Politikstil gekennzeichnet.

IN FORM knüpft überwiegend an bereits vorhandene Entwicklungsprozesse an und stützt sich auf bereits aktive Akteure, fördert diese Strukturen jedoch mit einem eigenen Budget. Bereits laufende Initiativen, wie das Programm „Tut mir gut“ von der BZgA, können mit dem „frischen“ Geld fortgesetzt werden. Daneben gibt es auch das wirklich neue Teilprogramm "Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten", mit dem lokale Bündnisse für Prävention gefördert werden. Einige Institutionen werden neu entstehen, innerhalb des Programms eine Steuerungsgruppe und themenspezifische Arbeitsgruppen, außerhalb Vernetzungsstellen für Schulverpflegung und Kompetenzzentren für Bewegungsförderung. Bei letzteren ist jedoch nicht klar, welchen Anteil BMG und BMELV an der Finanzierung übernehmen, weil die Länder und weitere Akteure beteiligt sind. Vernetzung und Kooperation genießen insgesamt einen hohen Stellenwert. Möglichst viele „gesellschaftlichen Kräfte“, darunter die Bürgerinnen und Bürger, sollen „sektorenübergreifende Allianzen“ bilden.

Angesichts der hier angeführten konzeptionellen Schwachpunkte in den zugrundeliegenden Dokumenten ist zu hoffen, dass die beteiligten Projektträger ihre gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen und praktischen Erfahrungen zum Tragen bringen, um die wirklich bedürftigen Adressaten zu identifizieren und in angemessener Weise anzusprechen. Zumindest bieten die lange Projektlaufzeit und das relativ üppige Budget hierfür gute Voraussetzungen.

2.10 „Erkennen – Bewerten – Handeln“

Das Gutachten „Erkennen – Bewerten – Handeln“ von RKI und BZgA aus dem Jahr 2008 ist formal gesehen weder ein Strategiepapier noch ein Förderprogramm, sondern eine Stellungnahme zum Thema Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive mit zahlreichen Empfehlungen z. B. zur Bildungs-, Wohnungs- und Jugend-Politik sowie zur expliziten Gesundheitspolitik,

Prävention und Gesundheitsförderung sowie medizinische Früherkennung und Impfen.²⁹ Es ist im Zusammenhang mit der staatlichen Programmentwicklung als relevantes Dokument anzusehen, weil es vom BMG mit der Maßgabe in Auftrag gegeben wurde, die epidemiologischen Daten der KiGGS-Studie zu interpretieren und Empfehlungen für den Gesetzgeber abzuleiten. Daher ist es nicht unwahrscheinlich, dass die Inhalte Eingang in die Programmentwicklung des Ministeriums finden.

Besonders informativ sind die Ausführungen der Studie bezüglich des Zusammenhanges von sozioökonomischem Status und gesundheitlichem Unterstützungsbedarf. Es wird deutlich, dass Interventionen bzw. Investitionen bei sozial Benachteiligten, Migranten und ihren Lebenswelten vordringlich sind. Hinsichtlich der Prozess- und Strukturqualität umreißt die Studie deutlicher und vollständiger als die Papiere aus den Ministerien Defizite und Handlungsbedarf. Dies betrifft die Anwendung des Setting-Ansatzes (bzw. „Lebensweltansatzes“) und partizipativer Methoden, die Initiierung von Lernprozessen bei den präventionspolitischen Akteuren, sowie die Institutionalisierung von Qualitätssicherung und Koordinierung. Eine konkrete Empfehlung an die Politik geht z. B. dahin, an Kinder gerichtete Lebensmittelwerbung gesetzlich zu verbieten.

Die Länder und Kommunen entwickeln inzwischen ganz ähnliche Strategiepapiere und Förderprogramme wie der Bund.³⁰ Besonders interessant ist die Entwicklung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern.

2.11 „Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention“ in Mecklenburg-Vorpommern

Der präventionspolitische Aktionsplan des Bundeslandes Mecklenburg-Vorpommern ist im Jahr 2008 durch das Sozialministerium verabschiedete worden.³¹ Er hat die Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung zum Ziel, geht aber auch spezifisch auf Kinder und Jugendliche ein. Das Papier steht in einer präventions- und jugendpolitischen Tradition. Seit 2004 bestehen in Mecklenburg Vorpommern Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche.³² Im Jahr 2006 ist der vierte Kinder- und

29 RKI/BZgA 2008.

30 Zum Beispiel MLR 2008; München 2007.

31 Sozialministerium-MV 2008.

32 Sozialministerium-MV/LVG-MV 2004; Sozialministerium-MV 2006a.

Jugendbericht der Landesregierung veröffentlicht worden.³³ Im selben Jahr beschloss die Landesregierung auch ein Kinder- und Jugendprogramm.³⁴

Der Landesaktionsplan legt einen umfassenden und positiven Gesundheitsbegriff zugrunde, der die biomedizinische, psychologische und soziale Dimension umfasst und dem Begriff Lebensqualität einen prominenten Stellenwert einräumt. Neben der Belastungssenkung wird die Ressourcenstärkung hervorgehoben („salutogener Ansatz“, „Empowerment“). Die Handlungsleitlinien beziehen sich explizit auf den Setting-Ansatz, die zielgruppengerechte Individualisierung der Interventionen, die Beteiligung der Zielgruppen („Partizipation“), und sogar die „Kontinuität und Nachhaltigkeit“ der Maßnahmen. Vulnerable Gruppen, die besonderer Unterstützung und vorzugsweise aufsuchender und niedrigschwelliger Hilfe bedürfen, werden explizit und ausführlich angesprochen („Menschen mit Armutsrisiko, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende, suchtbelastete Menschen, ältere Alleinlebende, Menschen mit Migrationshintergrund“). In einem spezifischen Abschnitt zum Problem der Steuerung erläutert der Plan die Aufgaben der interministeriellen Arbeitsgruppe für Prävention und betont die Bedeutung des Aktionsbündnisses für Gesundheit, dessen Geschäftsführung dem Sozialministerium und der LVG obliegt. Die Ausführungen vermitteln den Eindruck, dass die Landesverwaltung eine verantwortliche Rolle als Koordinator eingenommen hat. Zu begrüßen ist weiterhin, dass Evaluationen für öffentliche Projekte verpflichtend sein sollen und deren Ergebnisse der Präventionsforschung zur Verfügung gestellt werden sollen. Entsprechend dem *state of the art*³⁵ werden einerseits verbindliche Qualitätskriterien angestrebt, ohne andererseits einzelne vielversprechende Vorhaben ohne vollständigen Wirksamkeitsnachweis auszuschließen. Hervorzuheben ist die Absicht, eine Präventionsberichterstattung etablieren zu wollen. Der vierte Kinder- und Jugendbericht weist leider weder epidemiologische Daten noch eine Ausgabenstatistik hinsichtlich der präventiven Gesundheitsversorgung auf. Derlei quantitative Daten wären auch im Landesaktionsplan wünschenswert gewesen. In der bisherigen Form vermitteln die präventionspolitischen Dokumente den Eindruck, dass die Infrastruktur (Institutionen und Leitlinien) in Mecklenburg-Vorpommern gut entwickelt ist. In welchem Verhältnis Bedarf und Versorgung stehen, ist jedoch noch unklar. Der Bericht zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche in der Version von 2006 beantwortet diese Frage nur rudimentär. Er könnte aber zu einem „Landesgesundheitsbericht/ Prävention/ Kinder und Jugendliche“ ausgebaut werden.

33 Sozialministerium-MV 2006b.

34 Sozialministerium-MV 2006c.

35 Vgl. SVR-Gesundheit 2007, Ziffer 1050.

Im vorliegenden Vergleich staatlicher Dokumente verdient der Landesaktionsplan im Sinne der Gesundheitswissenschaften als fortschrittlichstes Programm gewürdigt zu werden.

Die kursorische Durchsicht zeigt, dass Probleme impliziter Gesundheitspolitik und unspezifischer Gesundheitsförderung in den Strategiepapieren und Förderprogrammen mehrerer Bundesressorts enthalten sind – bei den jüngeren Initiativen ausführlicher und differenzierter als bei den älteren, was darauf schließen lässt, dass sich Gesundheit als Querschnittsthema durchsetzt. Die unspezifische Gesundheitsförderung, bzw. das Konzept der Ressourcenstärkung und Belastungssenkung, profitiert sehr davon, dass die Themen Bildung, Armutsprävention und Integration in den letzten Jahren stärker beachtet werden. Konsens ist inzwischen, dass die Präventionsangebote in Partizipation mit der Zielgruppe auf die jeweilige Lebenswelt zugeschnitten sein sollen. Die Themen psychische Gesundheit und Stressbewältigung haben gegenüber Ernährung und Bewegung aufgeholt, auch wenn sie noch längst nicht immer gleichrangig in integrierten Interventionskonzepten enthalten sind. Das Problem der Qualitätssicherung steht auf der Tagesordnung.

3 Gesamte Präventionspraxis

Die großen Programme auf der Bundesebene stellen nur einen Teil der Präventionspraxis dar. Daneben existieren zahlreiche weitere Initiativen auf der Landesebene und in den Kommunen.³⁶ Bietet die Literatur schon zu den Bundesprogrammen keinen hinreichenden Ein- und Überblick, so sind die Aktivitäten in den Ländern und Kommunen erst Recht intransparent. Eine Befragung im Auftrag des SVR-Gesundheit³⁷ registrierte in Deutschland 419 Programme (siehe Anhang). Bei den Bundesministerien und ihren Behörden wurden 72 Programme festgestellt, bei den Landesministerien 157, bei den gesetzlichen Krankenkassen 114, beim PKV-Verband 1 und bei den LVG'n 75. Bei diesen Angaben ist jedoch zu beachten, dass viele Programme mehrfach gezählt wurden, weil sie Träger aus mehreren Kategorien, z. B. sowohl Landesministerium als auch LVG, aufweisen. In den Zahlen sind auch Teilprogramme von größeren Programmen aufgeführt, weil diese oft organisatorisch und konzeptionell eigenständig sind.

Die Ausführlichkeit und Verwertbarkeit der eingegangenen Antworten ist sehr unterschiedlich. Die Anfrage löste in vielen Fällen monatelange interne Recherchen bei den Organisationen aus. Die zugesandten Materialien waren häufig nicht aufbereitet worden und bestanden aus Flyern oder kurzen und weniger informativen Projektberichten. Die Befragungsaktion führt zunächst zu der Erkenntnis, dass viele der präventionspolitischen Akteure keine informativen und vollständigen Dokumentationen ihrer Aktivitäten zu liefern im Stande sind. Unter diesen Voraussetzungen war es kaum möglich, tiefer in die Programme und Projekte und ihre Konzepte, Umsetzung und Ergebnisse einzudringen. Die Auskünfte der Befragten zu ihren Programmen lassen daher lediglich vorläufige und thesenhafte Schlussfolgerungen zu, die im Folgenden mit der gebotenen Vorsicht formuliert sind.

36 Pigeot et al. 2004; Hackauf/Winzen 2004.

37 In der ersten Welle befragte der Autor des vorliegenden Heftes schriftlich das BMG, das BMELV, das BMFSFJ, das BMBF sowie die BZgA im Geschäftsbereich des BMG, welche Programme zur Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen sie aktuell finanzieren bzw. seit dem Jahr 2000 finanziert haben. In einer zweiten Welle wurden in allen Bundesländern jeweils zwei ausgewählte Ministerien, zumeist Sozial-, Kultus- oder Landwirtschaftsministerien die themenspezifische Referate aufweisen, angeschrieben, außerdem die sechs Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der PKV-Verband, die Landesvereinigungen für Gesundheit, die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung sowie acht Praxisbüros Gesunde Schule. Diese zweite Gruppe umfasste 64 Akteure und wurde zusätzlich befragt, welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Begleitforschung bei den jeweiligen Programmen vorgesehen sind. Insgesamt umfasste die Befragung 69 präventionspolitische Akteure. Von diesen antworteten 36, was einer Rücklaufquote von 52 % entspricht. Ein systematisches „Nachfassen“ musste aufgrund des Arbeitsaufwandes entfallen, jedoch wurden die verbliebenen Lücken teilweise durch eigene Recherchen und Hinweise aus dem Feld geschlossen.

3.1 Prozess- und Ergebnisqualität

3.1.1 Vulnerable Gruppen

Nicht wenige der Projekte, die gemeldet wurden, geben in ihren Dokumentationen an, auf sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche ausgerichtet zu sein. Viele betonen, ihre Angebote seien niedrigschwellig angelegt. Augenscheinlich verstärken viele Bundesländer die Förderung junger Familien, insbesondere in sozialen Brennpunkten und bei Anzeichen von Armut in der Familie oder Überforderung der Eltern.³⁸ Diese begrüßenswerten Initiativen, an denen zumeist Landessozialministerien, Jugendämter, Hebammen und Familienverbände mitwirken, sollten die Erfahrung und die Unterstützung des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“³⁹ nutzen.

3.1.2 Setting-Ansatz

In Wissenschaft und Praxis ist inzwischen weit gehend unstrittig, dass Primärprävention desto wirksamer ist, je mehr sie in den Lebenswelten (Settings) der verschiedenen Bevölkerungsgruppen stattfindet und die Nutzer bzw. Zielgruppen an der gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelt beteiligt.⁴⁰ Dieses anspruchsvolle Konzept des Setting-Ansatzes⁴¹ wird aber aufgrund der höheren Kosten, der größeren Komplexität und Störanfälligkeit oft nicht konsequent verwirklicht. Zurzeit kann niemand sicher beurteilen, wie viele der Projekte, die sich selbst dem Setting-Ansatz zuordnen, strukturelle Verbesserungen in den Lebenswelten bewirken. Auf Nachfrage geben fast alle Projekte an, den Setting-Ansatz zu praktizieren und in jedem einzelnen Fall wäre eine Validierung dieser Angabe erforderlich. Die Recherchen zeigten zumindest im Falle der Kindergärten und Schulen, dass sich eine große Zahl der Projekte nicht darauf beschränkt, professionelle Gesundheitsförderer in die Einrichtungen zu schicken und die Kinder und Jugendlichen zu belehren. Stattdessen werden weitere Akteure der jeweiligen Organisation, wie Betreuer, Lehrer, Träger, Caterer und Eltern, einbezogen. Diese Versuche, das Setting durch Maßnahmen der Organisationsentwicklung auf Dauer gesundheitsförderlicher zu gestalten, sind wirksamer und nachhaltiger als appellative Gesundheitserziehung. Die Kooperation mehrerer Settings, z. B. Partnerschaften von Schulen und Sportvereinen, sind in diesem Sinne ebenfalls wegweisend.

38 Zum Beispiel Schwanda et al. 2008.

39 SVR-Gesundheit 2007, 1049-1053; Kilian et al. 2009.

40 Altgeld 2008.

41 Engelmann/Halkow 2008.

3.1.3 Unspezifische Gesundheitsförderung

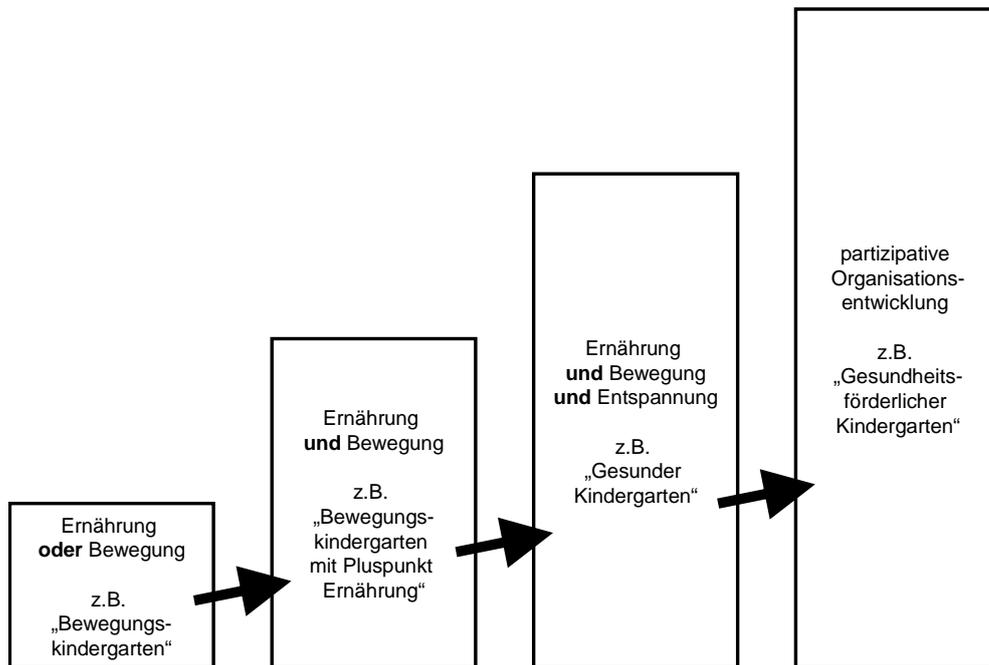
Viele der Programme sind auf einen Aspekt von Kindergesundheit fokussiert und behandeln beispielsweise ausschließlich das Thema Rauchen. Solche One-Issue-Programme gelten in der Regel als weniger wirksam, verglichen mit Interventionen, die auch unspezifisch verhaltenswirksame Faktoren (Anreize und Auslöser) beeinflussen. Die Aufgabenstellung der Primärprävention besteht darin, eine breite und unspezifische Palette von Risiken durch die Senkung von meist krankheitsunspezifischen Belastungen und die Steigerung vor allem psychosozialer Ressourcen zu minimieren.⁴² Grundsätzlich sind Interventionen effektiver und nachhaltiger, wenn sie in die real vorzufindende Lebensweise und Lebensumwelt eingebettet sind, also die sozialen Bezüge und materiellen Voraussetzungen berücksichtigen bzw. auch hier modifizieren. Darüber hinaus gelingt Risikominimierung am besten durch eine Stärkung der Gesundheitsressourcen, wie Selbstvertrauen bzw. Selbstwertgefühl, Sensibilität für die eigenen physischen, psychischen und emotionalen Belange und soziale Einbindung, Teilhabe und Wirksamkeit, also durch Empowerment.⁴³ In der Präventionspraxis, beispielsweise in Kindergärten, wird dies zunehmend beachtet (Abbildung 1).⁴⁴ Multi-Issue-Interventionen und insbesondere psychosoziales Empowerment sind jedoch noch längst nicht die Regel.

42 SVR-Gesundheit 2005, Ziffer 168ff., 241.

43 Vgl. Graf et al. 2008.

44 Vgl. Sahrai 2009.

Abbildung 1: Schwerpunktverlagerung zu Multi-Issue-Interventionen



Quelle: Eigene Darstellung

3.1.4 Partizipation

Generell gilt: Beim Versuch, vulnerable und ressourcenschwache Zielgruppen nachhaltig zu erreichen, ist man auf den Setting-Ansatz angewiesen, weil bei den Adressaten Eigeninitiative oder Fähigkeit zur Selbstorganisation nicht in hinreichendem Ausmaß vorausgesetzt werden können und Verhaltensänderungen über neu etablierte Anreize im alltäglichen Umfeld besser erreichbar sind. Das Setting zu verändern bedeutet mehrere Maßnahmen zur Belastungssenkung und Ressourcenstärkung vorzunehmen, was einen breiten Themenfokus, also unspezifische Gesundheitsförderung voraussetzt. Die Beteiligung möglichst vieler Akteure aus dem Setting und der Zielgruppen selbst⁴⁵ ist essentiell, will man bedürfnisgerechte und spürbare Anreize setzen. Auch die erwünschten Lerneffekte im psychosozialen Bereich (Steigerung von *self efficacy*, Selbstbewusstsein, individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit) sind so am sichersten zu erzielen. Die Fähigkeit und die Bereitschaft, sich auf schwer zugängliche Milieus einzustellen und die Maßnahmen geschickt anzupassen, sind bei den Praktikern vor Ort in der Regel gegeben. Sie müssen jedoch auch von den Finanzierungsträgern erwünscht sein und finanziell abgesichert werden.

45 Mossakowski et al. 2009; vgl. Blättner/Heckenhahn 2009.

3.1.5 Qualitätssicherung

Es existieren keine Mindeststandards für Präventionsmaßnahmen, die die Wirksamkeit der Interventionen absichern.⁴⁶ Den Finanzierungsträgern ist anheim gestellt, jene Projekte zu unterstützen, die sie für geeignet halten. Zur Förderung der Evidenzbasierung hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Kriterien guter Präventionspraxis entwickelt und zur Diskussion gestellt.⁴⁷ Viele Träger orientieren sich hieran, von einem konsentierten und verlässlichen Standard kann jedoch noch keine Rede sein. Damit die Kriterien öfter erfüllt werden, bieten das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und die BZgA den Trägern entsprechende Beratung an (www.uke.de/extern/qip). Durch das „QIP-Verfahren“ wird die Qualität des jeweiligen Programms oder Projekts ermittelt und Hinweise gegeben, wie Defizite beseitigt werden können.⁴⁸

Die Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) hat im Jahr 2008 eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die Empfehlungen zur Verbesserung der Qualität in der Präventionspraxis erarbeiten soll. Bislang besteht Konsens darüber, dass Qualitätsentwicklung als kontinuierlicher Weiterentwicklungsprozess der Präventionspraxis modellhaft als Kreislauf verstanden werden kann. Ausgangspunkt ist der politische Wille, die Qualität zu verbessern und die Initiierung von Modellprojekten. Die Evaluation dieser Projekte liefert Aufschluss über die Wirksamkeit verschiedener Interventionsstrategien. Aus diesen Befunden werden Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsinstrumente abgeleitet und formuliert. Sie bilden die konzeptionelle Grundlage der nächsten Generation von Projekten, die den Anfang eines neuen Qualitätsentwicklungszyklus einleiten.⁴⁹ Damit innerhalb der Kreisläufe möglichst viele Informationen eingespeist und ausgewertet werden können, beabsichtigt die BVPG noch 2009 eine erste Befragung ihrer Mitglieder durchzuführen und deren Erfahrungen zu wirksamen Methoden, Qualitätsindikatoren und Qualitätssicherungsmaßnahmen zusammenzutragen.⁵⁰

Zunehmend wird erkannt, dass die systemische Qualitätsentwicklung vor allem dann bessere Qualitätssicherungsverfahren hervorbringt, wenn Wissenschaft und Praxis eng zusammenwirken. Effektiv sind jene Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die Umset-

46 Ruckstuhl 2009, 87f.; Lungen et al. 2009; Kliche/Mann 2008.

47 BZgA 2005; BZgA 2007.

48 Kliche et al. 2004.

49 BVPG AG 4 2008.

50 Auftragnehmer: Michael T. Wright (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung), Michael Noweski (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung).

zungsschwierigkeiten in der Praxis antizipieren. Solchermaßen praxistaugliche QS-Strategien sind nur unter Einbeziehung der Erfahrungen aller beteiligten Akteursgruppen zu konzipieren. Der Diskurs zu partizipativen Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation ist im Politikfeld Kinder- und Jugendhilfe weiter entwickelt, als es im Bereich der, im engeren Sinne, gesundheitlichen Primärprävention der Fall ist.⁵¹ So nutzen bereits seit 2005 Berliner Jugendhilfeeinrichtungen spezifische Handbücher zur Selbstevaluation.⁵² Derzeit vollzieht sich ein Transfer dieser neuen Methoden von der Kinder- und Jugendhilfe in die gesundheitliche Primärprävention. Die Forschungsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) erstellte eine internationale Bestandsaufnahme partizipativer Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation und entwickelte unter dem Begriff „Partizipative Qualitätsentwicklung“ diesen Ansatz in Zusammenarbeit mit der LVG in Berlin (Gesundheit Berlin) und der Deutschen AIDS-Hilfe weiter.⁵³ Für AIDS-Hilfen⁵⁴ und für andere Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Primärprävention⁵⁵ stehen internetgestützte Handbücher zum Thema Partizipative Qualitätsentwicklung zur Verfügung, auch mit Beispielen aus der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

3.1.6 Evaluation

Kleinere Projekte evaluieren sich oft selbst. Dabei sind die organisatorischen und inhaltlichen Grenzen zwischen Dokumentation, Qualitätssicherung und Evaluation häufig unklar. Ein Qualitätszirkel beispielsweise ist eine gute Maßnahme zur Überprüfung der Qualität während der Laufzeit. Die Ergebnisse können Anlass für Korrekturen im Projekt sein und auch in der Dokumentation (Projektbericht) festgehalten werden.⁵⁶ Damit ist jedoch noch keine Evaluation erfolgt, die Zielerreichung (Effektivität) und Kosten-Nutzen-Relation (Effizienz) bewertet. Insbesondere in kleineren Projekten scheinen die Ressourcen für eine Evaluation oft nicht auszureichen, oder der Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Evaluation (Tabelle 2, Abbildung 2) nicht klar zu sein. Insgesamt wird noch viel improvisiert. Es ist jedoch vielerorts das Bemühen erkennbar, wenigstens interne Evaluationen in Form von Nutzerbefragungen vorzunehmen.

51 BMFSFJ 2000; Deinet/Icking 2008.

52 Witte/Arlt 2008.

53 Wright et al. 2009.

54 Wright et al. 2008a.

55 Wright et al. 2008b.

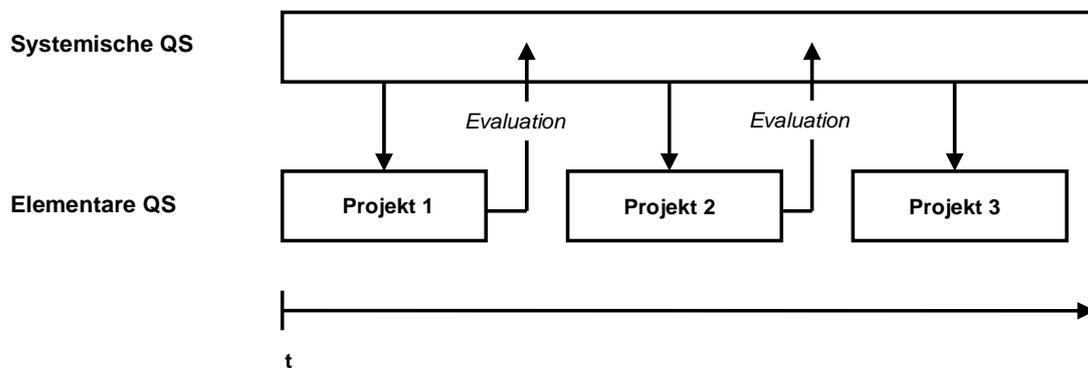
56 Bahrs et al. 2005.

Tabelle 2: Unterschied zwischen Qualitätssicherung und Evaluation

| | Zeitpunkt | Funktion |
|--------------------|--------------------------|---|
| Qualitätssicherung | während der Intervention | Absicherung der Einhaltung von Qualitätsstandards |
| Evaluation | nach der Intervention | Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität |

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Elementare und systemische Qualitätssicherung und die Mittler-Funktion der Evaluation



Quelle: Eigene Darstellung

Viele größere Programme, vor allem der Krankenkassen, betrauen spezifisches Personal mit der Evaluation. Dabei handelt es sich oft um Wissenschaftler aus Hochschulen, seltener um spezialisierte Dienstleister. Qualifiziertes Personal, Zeit und Geld sind wichtige Voraussetzungen für aussagekräftige Evaluationen, über die Unabhängigkeit der Bewertung ist damit jedoch noch nichts ausgesagt. Vielfach sind die Wissenschaftler von Anfang an am Projekt beteiligt gewesen, haben das Konzept selbst ausgearbeitet, das sie anschließend bewerten sollen.⁵⁷ Hier können Interessenkonflikte auftreten. Insgesamt besteht noch viel Forschungs-, Diskussions- und Lernbedarf. Beispielsweise sollte der Erfolg von Programmen zur gesünderen Ernährung nicht allein an der Veränderung des Body-Mass-Index festgemacht werden.⁵⁸ Das Bundesprogramm "Frühe

⁵⁷ Zum Beispiel Groll et al. 2009.

⁵⁸ Wie z.B. bei Keller et al. 2009 geschehen.

Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" leistet hier einen sinnvollen Beitrag, indem es die Evaluation von Programmen in den Ländern finanziert und die Ergebnisse über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) kommuniziert.

3.1.7 Lernprozesse

Evaluationen werden von den Trägern der Projekte immer weniger als Kontrollinstrument der Finanzierungsträger aufgefasst und immer öfter als Voraussetzung von individuellen und systemischen Lernprozessen akzeptiert. Immer häufiger wird erkannt, dass Evaluationen wichtige Daten für die Präventionsforschung liefern, nicht nur über Gelungenes und Mislungenes, sondern auch über den Einfluss wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Versorgung sowie die Evidenzbasierung der Praxis.⁵⁹ Diesen Eindruck vermittelt auch das Teilprogramm des Nationalen Aktionsplanes von BMG und BMELV mit dem Titel „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“. Die Ausschreibung fordert von den Antragstellern die Vernetzung lokaler Initiativen mit dem Ziel der Kooperation, eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention, die Ergänzung des Interventionsziels Bewegungsförderung um weitere Aspekte wie Ernährung und Stress zu einem komplexen Ansatz, die Etablierung langfristig bestehender Institutionen, die Gewährleistung der Partizipation der Adressaten und Mitwirkenden, die Ausrichtung auf Zielgruppen mit erhöhtem Bedarf wie sozial Benachteiligte und eine unabhängige Evaluation.⁶⁰ Mit dieser anspruchsvollen Ausschreibung ist ein Beispiel gegeben, wie die Finanzierungsträger zur wissenschaftlichen Fundierung der Projekte beitragen können. Die geförderten Aktionsbündnisse sollen evaluiert und die Erkenntnisse der Praxis in Form eines Handbuches zur Verfügung gestellt werden.⁶¹ Dieses Konzept ist wegweisend.

3.2 Strukturqualität

3.2.1 Nachhaltigkeit der Qualitätssicherung

Suchprozesse und Lernschleifen können nur Fortschritte bringen, wenn sie auf Dauer angelegt sind und sichergestellt ist, dass sich eine kollektive Wissens- und Erfahrungsbasis ausbildet, die Erfolge und Fehler der Vergangenheit erinnert und alle relevanten Erfahrungen aus der Vergangenheit abrufen kann. Modellprojekte, z. B. mit Laufzeiten von zwei Jahren, sind nur sinnvoll, wenn die Versuche und Erkenntnisse in die Kontinuität einer langfristigen Forschung eingebettet sind. Zu viele Modellversuche

59 Zum Beispiel. Berger et al. 2008.

60 BMG 2008b.

61 Kolip 2009.

der Vergangenheit waren schlecht konzeptualisiert, zu kurz angelegt, unzureichend dokumentiert und sind nicht beachtet oder schnell wieder vergessen worden. Aufschlussreicher wären „Ketten“ aus Modellversuchen gewesen, die sich aufeinander beziehen und Hypothesen über lange Frist gründlich verifizieren.

3.2.2 Nachhaltigkeit der Interventionen

Wie die Lernprozesse der Professionals brauchen auch die Lern- und Veränderungsprozesse der Zielgruppen und Settings ausreichend Zeit. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sind Einmalaktionen, wie Kochnachmittage, schnell wieder vergessen. Hinzu tritt, dass in Kindergärten und Schulen kontinuierlich neue Jahrgänge aufgenommen werden. Maßnahmen, die eine Jahrgangsstufe betreffen müssen also jedes Jahr wiederholt werden, um alle Altersgruppen wenigstens einmal anzusprechen.

Hinsichtlich der kontinuierlichen Weiterentwicklung und der Wirksamkeit der Interventionen sind lange Laufzeiten und über Laufzeiten hinausgehende Strukturen wünschenswert. Dies bedeutet nicht, dass die Laufzeiten gescheiterter Konzepte unkritisch verlängert werden sollen. Diese sind zu dokumentieren und zu beenden. Gleichzeitig jedoch sollen bewährte Programme auf Dauer gestellt werden. Die Recherchen haben gezeigt, dass diese Verlängerungen bei den Ländern und Krankenkassen immer häufiger vorkommen. Viele Programme weisen zwar befristete Laufzeiten auf, gehen aber aufgrund des Erfolges davon aus, langfristig weiterarbeiten zu können. Neue Institutionen, wie Kooperationsverbände oder Partnerschaften, sind zumeist auf Dauer angelegt. Dieser allgemeine Trend zur Verstetigung der Programme und Strukturen ist zu begrüßen.

3.2.3 Transparenz

Viele Programme weisen eine überaus komplexe Trägerstruktur auf. Dies betrifft besonders kleinere Programme auf der kommunalen Ebene, aber auch größere Initiativen unter der Leitung von präventionspolitischen Verbänden. Komplexität beeinträchtigt prinzipiell die Transparenz. So wünschenswert breite Bündnisse für Kindergesundheit erscheinen, ist in einigen Konglomeraten aus Finanzierungsträgern und Sponsoren nicht mehr nachvollziehbar, wer welchen Beitrag leistet. Dies ist insbesondere für öffentliche Körperschaften ein Problem, wenn der Nutzen aus dem finanziellen Engagement nicht mehr zu belegen ist. Zudem laden solche Strukturen *Freerider* dazu ein, zu lediglich geringen Beiträgen *social responsibility* zu demonstrieren. Unter dem Gesichtspunkt von Interessenkonflikten ist viel stärker als bisher zu reflektieren, welchen Einfluss privatwirtschaftliche Sponsoren, beispielsweise aus der Nahrungsmittelindustrie, auf den Inhalt der Programme und Projekte ausüben.

3.2.4 Berichterstattung

Zur nichtmedizinischen Primärprävention für Kinder und Jugendliche existiert kein System der Berichterstattung. Somit ist weitgehend unklar, ob ausreichend Mittel bereitgestellt werden, wer an der Finanzierung in welchem Umfang beteiligt ist, und ob die Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Die Berichterstattung der Bundesministerien bezüglich ihrer präventionspolitischen Aktivitäten ist unzureichend. Die unregelmäßig aber immer häufiger erscheinenden Berichte sind hinsichtlich der Kategorien und Datenqualität nicht mit der bekannten Gesundheitsberichterstattung der statistischen Ämter vergleichbar. Viele der Broschüren dienen vielmehr PR-Zielen. Die Berichte zu den einzelnen Programmen enthalten keineswegs nur neue Maßnahmen, die auf das berichtete Programm zurückzuführen sind, sondern auch jene anderer Ministerien und Programme. Diese Art des Berichtens suggeriert ein Ausmaß an Aktivität, das nicht vorhanden ist. Unterstützt wird dieser Effekt, indem harte Daten, wie Laufzeiten und Budgets, nicht angegeben werden.

3.2.5 Koordinierung und Planung

Die hier kritisierte Berichterstattung der Bundesregierung und der Bundesministerien kann als kommunikative Vernetzung und Vorstufe administrativer Koordinierung gesehen werden. So scheint es Bundesministerien zu gelingen, gesundheitsrelevante Maßnahmen der anderen Häuser zur Kenntnis zu nehmen und als Teil einer, wenngleich zufälligen, Gesamtintervention zu sehen. Die erwähnte Bezugnahme des „Nationalen Aktionsplans für ein kindergerechtes Deutschland“ der Bundesregierung auf den „Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung“ von BMG und BMELV ist ein solches Indiz. Der nächste Schritt auf dem Weg zur Koordinierung ist die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ die zumindest nachträglich die Aktivitäten der Ressorts unter interministerielle Leitlinien stellt. Der nächste Schritt wäre getan, wenn diese Strategie handlungsleitend für die neuen Programme und Maßnahmen der Ministerien würde – das heißt die Programme der Gesamtstrategie folgen und nicht umgekehrt. Echte Koordinierung wäre erreicht, wenn die Ressorts und ihre Behörden einem verbindlichen Plan folgen, der eine funktionelle und konsensfähige Arbeitsteilung absichert.

3.2.6 Versorgungssicherheit

Die Versorgungsstrukturen der Primärprävention befinden sich noch im Aufbau. Wie viel Versorgung notwendig ist, ist noch nicht klar, da zum Bedarf nach primärpräventiven Leistungen zwar Studien erstellt werden,⁶² jedoch noch keine

62 Zum Beispiel RKI/BZgA 2008.

differenzierten und regionalisierten Datensätze existieren, die als Grundlage einer öffentlichen Bedarfsplanung oder zielgerichteten Steuerung der Ressourcen dienen könnten. In welchem Verhältnis Bedarf und Versorgung stehen, ist also unklar, auch hinsichtlich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die Aktivitäten der letzten Jahre gelten Experten als „Flickenteppich“ oder „Insellösungen“. Die regionale Verteilung der Angebote ist das Resultat der Initiative von Einzelpersonen und der Kassenlage der lokalen Finanzierungsträger. Die Befragung bestätigt diesen Eindruck eher, als sie ihn revidieren kann. Auch die großen Programme des Bundes, der Länder und der Kassen sind in ihrer Reichweite stark begrenzt, weil sie keineswegs flächendeckend angelegt sind, sondern zumeist auch nur wenige Interventionsorte aufweisen. Von kostenintensiveren und längerfristigen Maßnahmen (z.B. Baumaßnahmen) profitieren in der Regel nur wenige Orte (einzelne Schulen oder Stadtteile). Kostengünstigere und kurzfristige Maßnahmen (z.B. Wanderausstellungen) erreichen in der Regel mehr Orte. Maßnahmen zur Vernetzung und Strukturbildung (Partnerschaften zwischen Schulen und Sportvereinen, Teilnahme an Zertifizierungsverfahren oder Wettbewerben) werden von problembewussten Akteuren (z.B. Schulleitern) angenommen, von anderen jedoch nicht. Zwischen einigen ambitionierten Initiativen und Projekten vor Ort verbleiben somit unversorgte Gebiete und nicht erreichte Gruppen.

4 Folgerungen

Hinsichtlich der Primärprävention bei Kindern und Jugendlichen ist grundsätzlich mehr Transparenz erforderlich, sowohl über die Mittelaufbringung, die Verteilung der Ressourcen auf verschiedene Regionen und Gruppen, als auch über die Wirksamkeit ihres Einsatzes. Notwendig ist hierzu die Entwicklung einer spezifischen Berichterstattung. Die gesammelten Daten sollten die Öffentlichkeit darüber informieren, welche Akteure in welchem Umfang Finanzmittel beisteuern, wer von den Maßnahmen profitiert und ob die Mittel evidenzbasiert und wirkungsvoll eingesetzt werden. Zwei Kategorien von Daten sind hier zu unterscheiden: Erstens jene zum Bedarf und zu den eingesetzten Ressourcen (Input), zweitens jene zur Qualität und Wirksamkeit der Versorgung (Output). Vier Typen von Berichterstattung haben sich bislang herausgebildet⁶³:

- Risiko- und Ressourcenberichterstattung
- Krankheitsberichterstattung
- Interventionsberichterstattung
- Politikberichterstattung.

Jeder dieser Berichtstypen ist zur Steuerung, Selbststeuerung und Fortentwicklung des neuen Versorgungssystems notwendig und sollte auf den Ebenen des Stadtteils, der Kommune, des Bundeslandes und gesamten Bundesgebiets etabliert werden.

4.1 Risiko- und Ressourcenberichterstattung

Zur Verteilung von Gesundheitsrisiken und -ressourcen in der Gesellschaft berichten bislang verschiedene Institutionen, vor allem die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, das Robert Koch-Institut⁶⁴ und verschiedene Sozial- bzw. Gesundheitsberichte des Bundes und der Länder, teilweise größerer Kommunen.⁶⁵ Lag der Schwerpunkt jahrelang auf der Darstellung von Risikofaktoren und Belastungen, werden zunehmend auch Gesundheitsressourcen erfasst. Die KiGGS-Studie des RKI ist hier beispielgebend. Durch diese Entwicklung im Berichtswesen werden die komplexen sozialen Bedingungen von Gesundheit besser abgebildet als in der Vergangenheit. Wünschenswert sind darüber hinaus Berichte, die für das gesamte Bundesgebiet

63 Rosenbrock/Gerlinger 2006.

64 Kurth et al. 2009.

65 Vgl. Wolfram et al. 2008, 327ff.

regionale Disparitäten erkennbar machen. Das Robert Koch-Institut kann, in Zusammenarbeit mit Partnern aus den Ländern und Kommunen, hierfür als Knotenpunkt und Kompetenzzentrum dienen. Ziel muss es sein, den projektspezifischen Assessments, die den Interventionen vorausgehen,⁶⁶ möglichst viele orientierende Daten zur Verfügung zu stellen.

4.2 Krankheitsberichterstattung

Für die Krankheitsberichterstattung gilt das Gleiche, wie für die Risiko- und Ressourcenberichterstattung. Für die genauere Orientierung der nicht-medizinischen Primärprävention wäre es nützlich, wenn auch hier stärker nach sozialen Gruppen und Schichten differenziert berichtet würde.⁶⁷ Auch hier ist es wichtig, den Bedarf möglichst genau zu lokalisieren.

4.3 Interventionsberichterstattung

Die statistischen Ämter berichten detailliert über die Infrastruktur des Krankenversorgungssystems (z. B. Anzahl der Krankenhausbetten) wie auch deren erbrachte Leistungen und daraus entstandenen Kosten. Enthalten sind auch Daten zur Sekundär- und Tertiärprävention. Die Angaben zur Primärprävention sind hingegen unzureichend. Am besten ist die Datenlage noch hinsichtlich der Aktivitäten der Krankenkassen. Deren Ausgaben für Primärprävention werden erfasst. Seit einigen Jahren werden die Ausgaben im Rahmen von Interventionen, die dem Setting-Ansatz folgen, gesondert ausgewiesen. Dieser Schritt zu einer differenzierten Berichterstattung ist fortzusetzen. Es muss transparenter werden, welche Kassen in welchem Umfang welche Zielgruppen mit welchen Interventionstypen versorgen. Darüber hinaus jedoch, und dies ist die anspruchsvollere Zielsetzung, sind neben den Kassen die übrigen Finanzierungsträger von Primärprävention einzubeziehen; zunächst die öffentlichen Träger wie die Länder und Kommunen, soweit möglich auch Stiftungen und privatwirtschaftliche Sponsoren.

Ebenso wichtig, wie die Daten zu Umfang und Art der Leistungen und ihrer Finanzierung, sind jene zur Qualität der Versorgung. Einerseits können Projektträger sie dazu verwenden, Qualitätsdefizite zu erkennen und die Ursachen zu beseitigen – dienen sie also dazu, Fehler zu erkennen und zu vermeiden⁶⁸ bzw. bessere Lösungen zu entwickeln. Andererseits können Finanzierungsträger und letztlich auch Aufsichtsbehörden Qualitätsunterschiede unter den Interventionen erkennen und

66 Loss et al. 2009.

67 Zum Beispiel Böhm et al. 2007.

68 Vgl. Bhattacharyya et al. 2009.

qualitätsorientiert finanzieren bzw. regulieren. Die Daten zur Qualität der Versorgung sind bislang unzureichend, weil sie nur lückenhaft erhoben werden. Sie sind zudem wenig zuverlässig, weil sie oft nicht auf unabhängigen und wissenschaftlich gestützten Evaluationen beruhen. Sie sind nicht standardisiert und werden nicht zentral gesammelt, so dass sie abrufbar wären. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat jedoch begonnen, diese Daten zusammenzutragen und für die Interventionsforschung nutzbar zu machen.⁶⁹ Die AG 4 der BVPG, in der unter anderem die BZgA mitwirkt, plant die Erfahrungen der Träger durch eine Befragung ihrer Mitglieder abzurufen.⁷⁰ Auf diesem Wege sind Lernprozesse an Beispielen guter Praxis und Qualitätsleitlinien heute bereits möglich. Auch sind Zertifizierungsverfahren und ein „Qualitätswettbewerb“ unter den Anbietern angeregt worden. Gleichwohl reicht es noch nicht, um verlässlich und flächendeckend ausschließlich Qualitätsprojekte zu finanzieren und Mindeststandards vermittels Regulierung durchzusetzen. Daher empfiehlt es sich, die BZgA und die BVPG hinsichtlich der Entwicklung von Qualitätsstandards und der Berichterstattung zur Versorgungsqualität zu informationellen Knotenpunkten und Kompetenzzentren für das gesamte Bundesgebiet auszubauen. Wie schon im Falle des Robert Koch-Instituts und der Berichterstattung über Gesundheitsrisiken und -ressourcen bietet sich eine arbeitsteilige Kooperation mit Institutionen auf der Landesebene, insbesondere den zuständigen Landesministerien und statistischen Landesämtern an.

4.4 Politikberichterstattung

Sachorientierte und dialogische Kommunikation zwischen Politik, Verwaltung und Bürgern ist notwendig für legitime und Probleme bewältigende Steuerung.⁷¹ Zielorientierte Steuerung braucht Kritik und Beratung aus der Praxis und der Wissenschaft. Behörden, wie das RKI und die BZgA, sind wichtig für die unterbrechungsfreie Erhebung von Daten (lange Zeitreihen). Als Rezeptoren und Akteure des Staates sind sie gleichwohl nicht völlig unabhängig. Sie können also nur *ein* Bestandteil einer kritischen Öffentlichkeit sein. Daneben bedarf es nichtstaatlicher Analyse.⁷² Deshalb ist zu begrüßen, dass sich immer mehr Verbände (z. B. BVPG, DGE, DSB) in die Formulierung und Evaluation der Präventionspolitik einbringen. Allerdings ist die Kritik gegenüber staatlichem Wirken noch deutlich verhaltener und angepasster als in der Krankenversorgung, was damit zusammenhängen dürfte, dass die Finanzierungsträger noch überwiegend dem Staat und der unmittelbaren

69 BZgA 2005, BZgA 2007.

70 BVPG AG 4 2008.

71 Vgl. Papadopoulos/Warin 2007.

72 Vgl. Kyri et al. 2009.

Staatsverwaltung zuzurechnen sind. Unter diesen Voraussetzungen ist es aber umso dringlicher, den nichtstaatlichen Sektor, u. a. vertreten durch die BVPG und die Landesvereinigungen für Gesundheit, fortzuentwickeln, die Beziehungen zu Hochschulinstituten zu pflegen und die Interessenartikulation insgesamt zu professionalisieren.

4.5 Regulierung

Die in den letzten Jahren bereits verbesserte und weiter zu verbessernde Datenlage zu gesundheitlichen Problemlagen, dem Interventionsbedarf und den Versuchen, darauf einzugehen, sollte von der Politik genutzt werden, regionale Versorgungslücken zu identifizieren und zu schließen. Die Verantwortung dazu liegt primär bei den Bundesländern. Einige haben bereits eigene präventionspolitische Aktionspläne verabschiedet. Die jeweiligen Ziele im gesamten Territorium zu verwirklichen und alle Bürger des Landes teilhaben zu lassen sollte selbstverständlich sein. Voraussetzung hierzu ist eine regionalspezifische Bedarfserhebung und Planung bei der Intervention, ähnlich den Krankenhausplänen. Auf diesem Wege kann neben der regionalen Verteilung der Präventionsmaßnahmen auch die Qualität sanktioniert werden. Bei den Krankenkassen ist die Regulierung der Qualität durch das Sozialrecht bislang am besten verwirklicht worden. Hier verpflichtete der Bund im § 20 SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen, Leitlinien für die Programme der einzelnen Kassen und Landesverbände zu formulieren. Die Spitzenverbände fungierten hier bereits als Regulierungsträger. Diese Funktion hat nunmehr der GKV-Spitzenverband als Nachfolgeorganisation übernommen, d. h. es ist ein Regulierungssystem etabliert worden. Wünschenswert wäre die Etablierung einer verbindlichen Zertifizierung im Bereich der Primärprävention. Anzuknüpfen wäre an die Erfahrungen mit der Registrierung von Versorgungsmodellen und -verträgen im Bereich der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V durch die Geschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) sowie an die sozialrechtliche Vorschriften, die im ambulanten Sektor des Krankenversorgungssystems sowohl zur externen Qualitätskontrolle als auch zum internen Qualitätsmanagement existieren.⁷³ Eine gleichermaßen „zweigleisige“ Qualitätssicherung ist auch in der Primärprävention möglich. Zur Finanzierung derselben sollten acht bis zehn Prozent des Gesamtbudgets des jeweiligen Programms oder Projekts eingesetzt werden. Die Bundesländer sollten prüfen, ob qualitätssichernde Vorschriften, wie sie im Sozialgesetzbuch V verwirklicht sind, in ähnlicher Form auch für jene Finanzierungs- und Projektträger eingeführt werden können, die außerhalb des Sozialrechts aktiv sind. Dies würde zunächst die Länderverwaltungen selbst, aber auch die Kommunen betreffen und – auf freiwilliger Basis – auch Stiftungen und privatrechtliche Sponsoren.

73 Noweski 2008.

Neben der Schließung regionaler Versorgungslücken und der Förderung und Überwachung der Qualität im Allgemeinen sollten die Bundes- und Landesregierungen und ihre Behörden wie auch alle Finanzierungsträger im Besonderen die vom SVR-Gesundheit in seinem Gutachten von 2007 (Ziffern 1020, 1050) identifizierten Qualitätsstandards durchsetzen:

- Priorisierung der Prävention mit vulnerablen Gruppen gegenüber weniger risikobelasteten Bevölkerungsgruppen,
- Priorisierung der unspezifischen Gesundheitsförderung gegenüber Interventionen mit engem thematischen Fokus,
- Priorisierung des Setting-Ansatzes und der Organisationsentwicklung, also der Verhältnisprävention gegenüber der Verhaltensprävention,
- Gewährleistung der Partizipation der Adressaten und Mitwirkenden und
- Gewährleistung aussagekräftiger Evaluationen.

4.6 Vulnerable Gruppen

Die Priorisierung besonders bedürftiger Kinder und Jugendlicher, wie sie viele Wissenschaftler schon seit einigen Jahren fordern, ist in Wissenschaft und Politik weit hin Konsens. In 2008 wurde ihre Notwendigkeit erneut mit sozialepidemiologischen Daten untermauert. Die KiGGS-Studie des RKI belegt, dass Kinder, deren Eltern einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, eine höhere Morbiditätslast aufweisen.⁷⁴ RKI und BZgA folgern aus diesen Daten, dass die Prävention ihre Anstrengungen hier konzentrieren sollte (ebd.). Bereits heute existieren viele Projekte speziell für sozial Benachteiligte und viele Programme, z. B. der Länder, setzen hier einen Schwerpunkt. Die Kassen sind hierzu durch den § 20 SGB V angehalten. Gleichwohl ist nicht klar, wie viel der Mittel letztlich für vulnerable Gruppen aufgewandt werden. Was vielerorts bereits Praxis ist, muss mittelfristig im ganzen System Geltung erhalten und sanktioniert werden. Die Niedrigschwelligkeit aller Angebote sollte routinemäßig evaluiert werden.⁷⁵

74 RKI/BZgA 2008.

75 Vgl. Storck et al. 2008.

4.7 Unspezifische Gesundheitsförderung

In diesem Zusammenhang sollten die Länder, aber nicht nur diese, darauf hinwirken, dass so genannte „One-Issue-Programme“ auf entsprechende Zielgruppen beschränkt bleiben und die Gesamtheit der Kinder und Jugendlichen prioritär durch breit angelegte Programme („Multi-Issue-Programme“) angesprochen wird. In der Praxis werden die Themenbereiche Ernährung und Bewegung immer häufiger in Kombination behandelt. Projekte, die lediglich einen dieser Problembereiche erfassen, sollten nur noch in begründeten Einzelfällen finanziert werden. Immer häufiger kommt als dritter Ansatzpunkt das Problem „Entspannung und Stressbewältigung“ hinzu. Diese Projekte sollten bevorzugt gefördert werden. Das psychosoziale Empowerment kommt generell noch zu kurz. Daher sollten Forschungsförderung und Finanzierungsträger hier einen besonderen Schwerpunkt setzen. Der Themenkomplex „Entspannung und Stressbewältigung“ sollte möglichst weit gefasst werden und neben den wichtigen Problemen Lernstress und Leistungsdruck soweit möglich die Themen Angst, Depression, Selbstwertgefühl, Suchtverhalten, Aggression, Freundschaft, Liebe und Sexualität einschließen.

4.8 Setting-Ansatz

In Wissenschaft und Politik gilt der Setting-Ansatz inzwischen als in vielen Fällen überlegenes Interventionskonzept.⁷⁶ Er sollte als Interventionskonzept häufiger eingesetzt werden und die Settings nicht nur als Zugangswege betrachtet werden, sondern als Lebenswelten, die unter maximaler Partizipation der Nutzer bzw. Zielgruppen strukturell und nachhaltig gesundheitsförderlicher zu gestalten sind.

4.9 Partizipation

Die neueren Strategiepapiere der Bundesregierung legen besonderen Wert darauf, dass Präventionsmaßnahmen den spezifischen Lebensumständen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen angepasst sind. Dies gelingt am besten in einer von Kommunikation und Verständnis geprägten Partnerschaft aus Professionals und Adressaten. Wo immer möglich sind die Zielgruppen an der Konzeptualisierung der Projekte zu beteiligen. Während der Implementation auftretende Schwierigkeiten sind ebenfalls meist am besten gemeinsam mit den Adressaten zu bewältigen.

4.10 Evaluation

Grundsätzlich sollten alle größeren und besser finanzierten Projekte wie auch Programme evaluiert werden. Neben der Auswertung der Wirksamkeit der

76 Zum Beispiel GKV 2008.

Interventionen sollten jedoch auch Konzept und Arbeit der Finanzierungsträger einer kritischen Prüfung unterzogen werden, sowohl auf der Ebene der Programme⁷⁷ als auch der Abfolge von Programmen über Jahrzehnte hinweg. Es ist nicht plausibel, dass die Projektträger und ihre ausführenden Organe einer Prüfung unterzogen werden, die Finanzierungsträger, z.B. die Bundesministerien, hingegen nicht.

Die angewandten Methoden sollten dem Stand der Evaluationsforschung entsprechen und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten. Die Beteiligung von Hochschulinstituten scheint sich zu bewähren und sollte forciert werden, insbesondere dann, wenn hierdurch Interessenkonflikte vermieden werden können, die leicht entstehen können, wenn Träger selbst evaluieren. Es sollte kategorial konsequenter zwischen interner und externer Evaluation unterschieden werden. Anstrengungen die dazu beitragen, durch Evaluationsergebnisse Lernprozesse zu unterstützen, sollten noch stärker gefördert und die BZgA als Kompetenzzentrum für Evaluation und Qualitätssicherung weiter ausgebaut werden.

77 Loss et al. 2007; Habicht et al. 1999.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas (2008): Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten, in: Ulrich Bauer/Uwe H. Bittlingmayer/Matthias Richter (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS.
- Bahrs, Ottomar (2005): Qualitätszirkel in der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln.
- Bhattacharyya, Onil/Scott Reeves/Merrick Zwarenstein (2009): What Is Implementation Research? Rationale, Concepts, and Practices. Research on Social Work Practice, 19/5, 491-502.
- Berger, U./B. Bormann/C. Brix/M. Sowa/B. Strauß (2008): Evaluierte Programme zur Prävention von Essstörungen. Ernährung - Wissenschaft und Praxis, 2/4, 159-168.
- Bildungsministerium-RP (2007): Landesjugendplan 2007/2008. Mainz.
- Blättner, B./S. Heckenhahn (2009): Adipositasprävention im kommunalen Setting. Kinder gestalten ihren Naschgarten. Prävention und Gesundheitsförderung, 4/3, 167-174.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2001): Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2001-2003. Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2003): Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003-2005. Berlin.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2004): Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003-2005. Aktualisierung 2004. Berlin
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) (2005): Nationaler Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung 2003-2005. Implementierungsbericht 2005. Berlin.
- BMFJ (Bundesministerium für Familie und Jugend) (1965): Bericht über die Lage der Jugend und die Bestrebungen auf dem Gebiet der Jugendhilfe gemäß § 25 Abs. 2 des Jugendwohlfahrtsgesetzes – Jugendbericht. Bundestagsdrucksache IV/3515.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (1999): Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2000): Qualitätsentwicklung in der ambulanten Kinder- und Jugendhilfe. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. Qs Nr. 30, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001a): Chancen im Wandel. Jugendpolitisches Programm der Bundesregierung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2001b): Regierungserklärung zur Jugendpolitik der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Christine Bergmann, am 8.11.2001 in Berlin. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2003): Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006a): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006b): Ein Kinder- und Jugendreport zum Nationalen Aktionsplan (NAP) „Für ein kindergerechtes Deutschland

- 2005-2010“. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2007): Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008a): Sachstandsbericht zum Aktionsplan der Bundesregierung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2008b): Nationaler Aktionsplan. Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010. Zwischenbilanz. Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2009): Familienreport 2009. Berlin.
- BMFT (Bundesministerium für Forschung und Technologie) (1978): Programm der Bundesregierung zur Förderung von Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit 1978-1981. Bonn: BMFT.
- BMFT (1984): Herz-Kreislauf-Krankheiten. Bonn: GSF.
- BMFT (1991): Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit, in: Schwartz, Friedrich W. et al. (Hrsg.): Public Health. Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin: Springer.
- BMFT (1986): Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). Erste Ergebnisse. Bonn: BMFT.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2007): Bewegung und Gesundheit. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008a): Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. Berlin.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2008b): Öffentliche Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Rahmen des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten – „Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ vom 29. Februar 2008.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2009): Zahlen und Fakten zur Kampagne „Bewegung und Gesundheit“. Berlin.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2007): Gesunde Ernährung und Bewegung – Schlüssel für mehr Lebensqualität. Berlin.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008a): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Juni 2008. Bonn.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008b): IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Dezember 2008. Bonn.
- BMG/BMELV (Bundesministerium für Gesundheit/Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz) (2008c): Förderung von gesunder Ernährung und mehr Bewegung. Projekte von Bund, Ländern und Kommunen. Berlin.
- Böhm, A./G. Ellsäßer/K. Lüdecke (2007): Der Brandenburger Sozialindex. Ein Werkzeug für die Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf Landes- und kommunaler Ebene bei der Analyse von Einschülerdaten. Das Gesundheitswesen, 69/10, 555-559.

- Bundestagsdrucksache 14/7275 vom 19.10.2001: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Jugendpolitisches Programm der Bundesregierung „Chancen im Wandel“. Berlin.
- Bundestagsdrucksache 16/9914 vom 27.06.2008: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung.
- Burchardt, S./H. Förster/Ch. Harmsen/T. Mögling/F. Tillmann (2007): Die Bundesmodellprogramme „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ und „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ im Kontext neuer kommunalpolitischer Strategien Endbericht der zweiten Phase der wissenschaftlichen Begleitung (2004-2006). Deutsches Jugendinstitut.
- BVPG AG 4 (Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung, Arbeitsgruppe 4) (2008): Empfehlungen der AG 4 „Qualität entwickeln und sichern“ an den Vorstand der BVPG zum weiteren Vorgehen in 2009. Manuskript vom 5. Dezember 2008.
- BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2005): Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsförderung Konkret Band 4. Köln: BZgA.
- BZgA (2007): Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Gesundheitsförderung Konkret Band 5. Köln: BZgA.
- BZgA (2008a): Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern. Köln
- BZgA (2008b): Nationales Zentrum Frühe Hilfen. Aufgaben und Ziele. Köln
- Deinet, U./M. Icking (2008): Die Entwicklung kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge, in: U. Deinet/M. Szlapka/W. Witte (Hrsg.): Qualität durch Dialog. Bausteine kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge, Wiesbaden.
- Deutscher Bundesjugendring (2001): Eine wechselvolle Geschichte. 50 Jahre Kinder- und Jugendplan des Bundes. Berlin: Deutscher Bundesjugendring.
- DLR (Deutsche Forschungsanstalt für Luft- und Raumfahrt) (1989): Forschung im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vorschlag für zukünftige Fördermaßnahmen. Bonn: DLR.
- Eickhorst, Andreas (2008): Gründung des „Nationalen Zentrums Frühe Hilfen“. Psychotherapeut, 53/2, 157-161.
- Engelmann, Fabian/Anja Halkow (2008): Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Discussion Paper der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung SPI 2008-302.
- GSF (Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung) (1990): Gesundheitsforschung. Programmreport. Bonn: GSF.
- GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) (2008): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband.
- Graf, C./D. Starke/M. Nellen (2008): Anwendungsorientierung und Qualitätssicherung in der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Strukturmodell zur Planung und Umsetzung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 51/11, 1321-1328.
- Groll, C./B. Heine-Goldammer/C. Zalpour (2009): Evaluation eines Präventionskonzepts im Setting Grundschule - Rückenschmerzen vorbeugen mit der Rücken Kult-Tour. Prävention

- und Gesundheitsförderung, 4/1, 51-57.
- Habicht, J.P./C.G. Victora/J.P. Vaughan (1999): Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, 28/1, 10-18.
- Hackauf, H./G. Winzen (2004): Information and Communication Network Concerning Health-Related Prevention Projects for Young People in the European Union. Final Report. Appendix 5: Compendium.
- Helming, E./S. Gunda/A. Sann/M. Walter (2006): Abschlussbericht. Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. München: DJI.
- Keller, A./A. Klossek/R. Gausche/W. Hoepffner/W. Kiess/E. Keller (2009): Gezielte primäre Adipositasprävention bei Kindern. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 134, 13-18.
- Kilian, Holger/Sven Brandes/Frank Lehmann (2009): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, in: P. Kolip/V. Müller (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Kingdon, J.W. (1984): *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Co.
- Kliche, T./J. Töppich/S. Kawski/U. Koch/H. Lehmann (2004): Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47/2, 125-132.
- Kliche, T./R. Mann (2008): Die Qualität der Versorgungsangebote für adipöse Kinder und Jugendliche. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51/6, 646-656.
- Knesebeck, J. v. d. (1995): Die Bedeutung der Forschungsförderung für die Entwicklung von Public Health. *Forum Public Health*, 3/10, 10-12.
- Koalitionsvertrag (2005): *Gemeinsam für Deutschland. Mit Mut und Menschlichkeit*. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD.
- Kolip, P. (2009): *Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten*. Kurzbeschreibung des Evaluationsvorhabens. Universität Bremen.
- Kurth, B.-M./C. Lange/P. Kamtsiuris/H. Hölling (2009): Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Sachstand und Perspektiven. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52/5, 557-570.
- Kypri, Kypros/Gabrielle Davie/John Langley/Robert Voas/Dorothy Begg (2009): The Utility of Routinely Collected Data in Evaluating Important Policy Changes. The New Zealand Alcohol Purchasing Age Limit Example. *American Journal of Public Health*, 99/7, 1212-1215.
- Loss, J./C. Eichhorn/V. Reising/M. Wildner/E. Nagel (2007): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstrumentes für eine landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2/4, 199-206.
- Loss, J./C. Eichhorn/J. Donhauser/J. Gehlert/J. Staber/E. Nagel (2009): Gemeindeanalyse als Planungsgrundlage für ein gemeindenahes Gesundheitsförderungsprogramm. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Karlsruhe. *Das Gesundheitswesen*, 71/4, 232-241.
- Lüngen, Markus/Milly-Anna Schröer-Günther/Anna Marie Passon/Andreas Gerber/Karl W. Lauterbach (2009): Evidenz der Wirksamkeit internationaler Präventionsmaßnahmen und

- Auswirkungen auf ein deutsches Präventionsgesetz. *Medizinische Klinik*, 104/2, 101-107.
- MLR (Ministerium für Ernährung und Ländlichen Raum Baden-Württemberg) (2008): Aktionsplan 2018. Ernährung für Kinder und Jugendliche. Version 13.10.2008. Stuttgart.
- Mossakowski, K./W. Süß/A. Trojan (2009): Partizipative Ansätze in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. Stufen der Partizipation und Beispiele aus einem Wissenschaftsprojekt in der Hamburger Lenzsiedlung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4/3, 184-194.
- München (Sozialreferat München) (2007): Leitlinie Kinder- und Familienpolitik. Langfassung. München.
- Noweski, Michael (2008): Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen. Berlin: Köster.
- Papadopoulos, Y./P. Warin (2007): Are Innovative, Participatory and Deliberative Procedures in Policy Making Democratic and Effective? *European Journal of Political Research*, 46/4, 445-472.
- Paul, M./J. Backes (2008): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156/7, 662-668.
- Pigeot, I./H. Bosche/H. Pohlabein (2004): Programme der Primärprävention von Adipositas und Übergewicht im Kindesalter. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47/3, 256-265.
- RKI/BZgA (Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Köln.
- Rosenbrock, Rolf (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P98-203.
- Rosenbrock, Rolf/Thomas Gerlinger (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.
- Ruckstuhl, Brigitte (2009): Ein Gesamtrahmen für die Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention, in: P. Kolip/V. Müller (Hrsg.): *Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber.
- Sahrai, Diana (2009): Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting, in: Uwe H. Bittlingmayer/Diana Sahrai/Peter-Ernst Schnabel (Hrsg.): *Normativität und Public Health*. Wiesbaden: VS.
- Sann, A./R. Schäfer (2008): Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen – eine Plattform zur Unterstützung der Praxis, in: Pascal Bastian et al. (Hrsg.): *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme*. Münster: Waxmann.
- Schwanda, S./S. Schneider/A.K. Künster/C. König/A. Schöllhorn/B. Ziesel/A. Mark/J.M. Fegert/U. Ziegenhain (2008): Prävention von Kindeswohlgefährdung auf der Basis früher Hilfen und interdisziplinärer Kooperation am Beispiel des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“. *Das Gesundheitswesen*, 70/11, 696-701.
- Schwartz, Friedrich W. (1995): Entwicklung von Public Health in Deutschland. *Forum Public Health*, 3/10, 3-7.
- Schwartz, Friedrich W./Jürgen Troschke/Ulla Walter (1999): *Public Health in Deutschland*, in: *Public-Health-Forschung in Deutschland*. Bern: Huber
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006a): Umsetzung der Gesundheitsziele

- für Kinder und Jugendliche in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006b): Vierter Kinder- und Jugendbericht der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2006c): Kinder- und Jugendprogramm der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.
- Sozialministerium-MV (Mecklenburg-Vorpommern) (2008): Landesaktionsplan zur Gesundheitsförderung und Prävention. Schwerin.
- Sozialministerium-MV/LVG-MV (Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern/Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern) (2004): Gesundheitsziele. Chancengleich gesund aufwachsen in Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.
- Storck, C./T. Dupréé/P.L. Bölskei (2008): Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen? Prävention und Gesundheitsförderung, 3/2, 95-102.
- Suhl (2008): Richtlinien Kommunalen Jugendplan der Stadt Suhl. Suhl.
- SVR-Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005): Gutachten 2005. Koordination und Qualität. Bonn.
- SVR-Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Bonn.
- United Nations (2002): A World Fit for Children. General Assembly Resolution. A/RES/S-27/2.
- WHO (World Health Organization)/CSDH (Commission on Social Determinants of Health) (2008): Closing the Gap in a Generation. Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report. WHO: Geneva.
- Witte, W./M. Arlt (2008): Qualitätsmanagement und Berichtswesen als Elemente kommunaler Wirksamkeitsdialoge – das Modellprojekt Qualitätsentwicklung der Berliner Jugendarbeit, in: U. Deinet/M. Szlapka/W. Witte (Hrsg.): Qualität durch Dialog. Bausteine kommunaler Qualitäts- und Wirksamkeitsdialoge. Wiesbaden.
- Wolfram, N./M. Rigby/M. Sjöström/R.G. Frazzica/W. Kirch (2008): Nutrition and Physical Activity. Health Information Sources in EU Member States, and Activities in the Commission, WHO, and European Networks. Springer.
- Wright, Michael T./Martina Block/Hella von Unger (2009): Partizipative Qualitätsentwicklung, in: P. Kolip/V. Müller (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.
- Wright, Michael T./Martina Block/Hella von Unger/Deutsche AIDS-Hilfe (2008a): Qualität praxisnah und partizipativ entwickeln. Interaktive Plattform der Qualitätsentwicklung in der Primärprävention von Aidshilfen (www.qualitaet.aidshilfe.de).
- Wright, Michael T./Martina Block/Hella von Unger/Gesundheit Berlin (2008b): Partizipative Qualitätsentwicklung. Internethandbuch. (www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de).

5 Anhang

Stand: 31.12.2008

Programme des Bundes

| Finanzierungsträger | Projekträger | Titel | Laufzeit | Zielgruppen und Budget | Qualitätssicherung/ Begleitforschung |
|---|--|---|----------------------------------|--|---|
| BMBF | k.A. | „OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ | k.A. | Setting Schule | k.A. |
| BMBF | BMBF, Bundesländer | Investitionsprogramm zum Ausbau des Ganztags Schulsystems "Zukunft Bildung und Betreuung (IZBB)" | 2003 - 2009 | 4 Mrd. € | Wiss. Begleitung DJI |
| BMBF | Bundesländer | „Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund (FörMig)“ | 2004 - 2009 | 4500 Kinder und Jugendliche mit unzureichenden Kenntnissen der dt. Sprache in BE, BR, HB, HH, MV, NW, RP, SH, SL, SN | Wiss. Begleitung Universität Hamburg |
| BMBF | k.A. | Förderschwerpunkt „Präventionsforschung“ | 2004 - 2010 | 14,1 Mio. € | k.A. |
| BMELV | s. F.-Träger | Sechs Wanderausstellungen zur Kinderernährung | 2001 - 2007 | SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern; rd. 640.000 € | k.A. |
| BMELV | DGE, Aid-Infodienst, Verbraucherzentrale Bundesverband | „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2001 - 2008 | Kita-Kinder; rd. 4,4 Mio. € | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV | DGE | „Schule + Essen = Note 1“ – Entwicklung von Qualitätsstandards für die Schulpflege – Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2003 - 2011 | 1 Mio. € | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV | DGE | „FIT KID. Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas.“ - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2002 - 2011 | Kita-Kinder, Kita-Personal und -träger, Eltern | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV | Arbeit und Leben Hamburg | „Bille in Bewegung - fit, pffiffig und kooperativ“ - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2001 - 2008 | Kinder bis 10 Jahre und deren Familien insbesondere mit Migrationshintergrund | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV, mhplus BKK | mhplus BKK | „Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.“ - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2006 - 2009, Fortsetzung geplant | 5000 Vorschulkinder, rd. 640.000 € | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV, Bremer Senatorin f. Arbeit, Bremer | Bremer Plattform f. Ernährung u. Bewegung | „kinderleicht gesund“ - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2006 - 2009 | 10.000 Kinder von 0-10 Jahren und ihre Eltern, Fokus auf Migrationshintergrund, Gesamtbudget rd. 1,2 Mio. €, davon 680.000 € vom BMELV | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und |

| | | | | | |
|--|--|--|-------------|--|--|
| Senatorin f. Bildung, u.a. | | | | | Lebensmittel |
| BMELV, Arbeitsministerium SL | LVG SL | "Es bewegt sich was in Malstadt" - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2007 - 2009 | Kinder und Stadtteilakteure in Saarbrücken-Malstadt; 300.000 € vom BMELV, 30.000 € vom Arbeitsministerium | Ext.Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMELV | Verbrauch-erzentralen | „Mach-Bar-Tour“ | 2003 - 2009 | SchülerInnen; rd. 1,1 Mio. € | k.A. |
| BMELV | Aid-Infodienst | „Talking Food“ – Teilprogramm von „Deutschland bewegt sich“ | 2001 - 2008 | Kinder und Jugendliche die die Internationalen Grünen Woche besuchen; rd. 790.000 € | k.A. |
| BMELV | 5 am Tag | „5 am Tag“ | 2001 - 2002 | Kinder, Jugendliche, Erwachsene; rd. 130.000 € | k.A. |
| BMELV | Aid-Info-dienst, Kika-TV | „Spot Fit – Wettbewerb zur Werbung für gesunde Lebensmittel“ | 2006 - 2007 | Kinder und Jugendliche; 320.000 € | k.A. |
| BMELV | Puppentheater Kussani | „Ernährungskasper“ | 2001 - 2004 | Kita-Kinder, Erst- und Zweitklässler; rd. 610.000 € | k.A. |
| BMELV | Plattform Ernährung und Bewegung | „Gesunde Kitas – starke Kinder“ | 2007 - 2009 | Kita-Kinder; rd. 250.000 € | k.A. |
| BMELV | aid-Infodienst, Dt. Land-frauenverband | „Ernährungsführerschein“ | 2007 - 2010 | SchülerInnen; rd. 1,2 Mio. € | k.A. |
| BMELV, Sozialministerium SH, IKK Nord, BKK Dräger, DAK, u.a. | BQOH gGmbH | „Ganztags leicht(er) leben“ | 2007 - 2009 | Kitas und Ganztagschulen in SH; 919.000 € | k.A. |
| BMELV, Landwirtschaftsministerium NW | s. F.-Träger | "Schulmilch im Fokus" | 2008 - 2010 | 500 Grundschulen in NW; 9,3 Mio. € vom BMELV und 400.000 € vom Landwirtschaftsministerium NW | Wiss. Begleitung Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| BMFSFJ | BZgA, DJI | "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2010 | 10 Mio. € | Int. Evaluation durch DJI |
| BMFSFJ, Arbeitsministerium BW, Arbeitsministerium BY, Kultusministerium RP, Sozialministerium TH | Uni-Klinik Ulm | „Guter Start ins Kinderleben“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2008 | Familien in prekären Lebenslagen in Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier | Int. Evaluation Uni-Klinik Ulm |
| BMFSFJ | FH Potsdam | „Wie Elternschaft gelingt – Wiege/Steep – Brandenburg“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2007 - 2010 | Risikobelastete Familien mit Kindern bis 3 Jahren in Brandenburg | Int. Evaluation FH Potsdam |
| BMFSFJ | HAW Hamburg | „Wie Elternschaft gelingt – Wiege/Steep – Hamburg“ - Teilprogramm von "Frühe | 2007 - 2010 | Risikobelastete Familien mit Kindern bis 3 Jahren in Hamburg | Int. Evaluation HAW Hamburg |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------|--|---|
| | | Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | | | |
| BMFSFJ, Familienministerium NW, Sozialministerium SH, Caritas-Netzwerk Frühe Hilfen, u.a. | Institut f. soziale Arbeit in Münster, Sozialministerium SH, Caritas-Netzwerk Frühe Hilfen | „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2007 - 2009 | Familien mit Kindern bis 3 Jahren in NW und SH | Ext. Evaluation Universität Münster |
| BMFSFJ, Gesundheitsministerium ST, Landeshebammenverband ST | Landeshebammenverband ST | „Frühstart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2007 - 2009 | Vulnerable Familien in ST | Ext. Evaluation Universität Halle-Wittenberg |
| BMFSFJ, Landkreis Osnabrück, u.a. | Deutscher Kinderschutzbund | „Familienhebammen im Landkreis Osnabrück“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2007 - 2010 | Vulnerable Schwangere und Eltern von Kindern im ersten Lebensjahr | Ext. Evaluation Universität Osnabrück |
| BMFSFJ, Kultusministerium SL, Hessengstiftung Familie hat Zukunft, u.a. | Uni-Klinik Heidelberg, Landkreise | „Keiner fällt durchs Netz“ - Teilprogramm des saarländischen Landesprogramms „Frühe Hilfen“ und des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2008 - 2010 | Vulnerable Schwangere und Eltern mit Kindern im ersten Lebensjahr im Saarland und den Landkreisen Offenbach und Bergstraße in Hessen | Int. Evaluation Uni-Klinik Heidelberg |
| BMFSFJ | Caritasverband | „Netzwerk Kinderschutz als soziales Frühwarnsystem in Berlin-Mitte“ - Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2008 - 2009 | Akteure des Kinderschutz | Ext. Evaluation Institut f. Sozialforschung, Informatik und Soz. Arbeit in BE |
| BMFSFJ, Stadt Schwerin | Uni-Klinik Greifswald, AWO Westmecklenburg | „Chancen für Kinder psychisch kranker und/oder suchtbelasteter Eltern“ - Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2008 - 2009 | Psychisch kranke oder suchtkranke Eltern von Kindern bis 5 Jahren | Int. Evaluation Uni-Klinik Greifswald und Uni-Klinik Ulm |
| BMFSFJ, Senatorin f. Arbeit HB, Sozialministerium SN, AOK NI, u.a. | Stiftung Pro Kind, DRK, Karl Kübel Stiftung | „Pro Kind“ – Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2006 - 2011 | Sozial belastete Schwangere | Ext. Evaluation Kriminologisches Forschungsinstitut NI |
| BMFSFJ, Stiftung Lesen, u.a. | Sozialministerium SN, Stiftung Lesen, Bibliotheken, Kinderärzte | „Lesestart – Mit Büchern wachsen“, Modellprojekt für länderübergreifendes Programm | 2006 - 2009 | Vorschulkinder, Eltern | Wiss. Begleitung Universität Leipzig |
| BMFSFJ | k.A. | „Kinder- und Jugendplan des Bundes (KJP)“ (1950-1993 Bundesjugendplan; seit 1994 Kinder- und Jugendplan des Bundes) | 1950 - offen | Kinder und Jugendliche bis 26 Jahre, Träger und Personal der Kinder- und Jugendhilfe | k.A. |
| BMFSFJ | k.A. | Jugendpolitisches Regierungsprogramm "Chancen im Wandel" | 2001 | k.A. | k.A. |

| | | | | | |
|------------|--|---|--------------|---|---|
| BMFSFJ | k.A. | "Aktionsplan zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt und Ausbeutung" | 2003 | k.A. | k.A. |
| BMFSFJ | k.A. | "Aktionsplan I der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen" | 1999 | k.A. | k.A. |
| BMFSFJ | k.A. | "Aktionsplan II der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen" | 2007 | k.A. | k.A. |
| BMFSFJ | Stiftung Sozialpädagogisches Institut "Walter May" | "Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten" (E&C) | 2000 - 2006 | k.A. | k.A. |
| BMFSFJ | k.A. | Nationaler Aktionsplan "Für ein kindergerechtes Deutschland 2005-2010" (NAP) | 2005 - 2010 | k.A. | k.A. |
| BMFSFJ | k.A. | Forschungsverbund "Nationale Qualitätsinitiative im System der Tageseinrichtungen für Kinder (NQI)" | 1999 - 2013 | k.A. | k.A. |
| BMG | k.A. | "Bewegung und Gesundheit" | 2005 - offen | Gesamtbevölkerung inkl. Kinder und Jugendliche; Jahresetat: 2,14 Mio. € (PR-Etat: 1,5 Mio. €, Werbeetat: 640.000 €) | k.A. |
| BMG | k.A. | „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankeitswahn“, Teilprogramm von „Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP)“ | 2008 - offen | Mädchen und junge Frauen; finanziert durch das Programm „IN FORM“ | k.A. |
| BMG | DLR | "Aktionsbündnisse Gesunde Lebensstile und Lebenswelten" – Teilprogramm von „Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP)“ | 2008 - 2010 | Einrichtungen die ein Aktionsbündnis zur Prävention, insbesondere durch Bewegungsförderung bilden | Ext. Evaluation der Aktionsbündnisse Universität Bremen |
| BMG | DLR | „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ | 2009 - 2012 | Gesamtbudget 4 Mio. € | k.A. |
| BMG, BMELV | s. F.-Träger | „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ bzw. „Nationalen Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten“ bzw. „Nationaler Aktionsplan Ernährung und Bewegung“ | 2008 - 2020 | Gesamtbevölkerung inkl. Kinder und Jugendliche; Gesamtbudget 2008 bis 2010: 30 Mio. € jeweils hälftig von BMG und BMELV | k.A. |

| | | | | | |
|--|---------------------|---|--------------|--|---|
| BMG, BMELV | BMELV, Bundesländer | „Vernetzungsstellen Schulverpflegung in den Ländern“ – Teilprogramm von „Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP)“ | 2008 - 2012 | Alle Schulen die Schulverpflegung anbieten | k.A. |
| BMG, BMELV | BMELV, BLE | „Bio kann jeder“ – seit 2008 Teilprogramm von „Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (NAP)“ | 2003 - 2011 | Alle Schulen und Kitas | k.A. |
| BMU, BMG, seit 2002 auch BMELV | Umweltbundesamt | „APUG – Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit“ | 1999 - offen | Gesamtbevölkerung, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche | k.A. |
| BMU, Umweltbundesamt, BMVBS, BMG, BMFSFJ | FUSS e.V. | „Zu Fuß zur Schule und zum Kindergarten“ | 2002 - offen | LehrerInnen, Eltern | k.A. |
| BZgA | s. F.-Träger | Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ | 2001 - offen | Entscheidungsträger und Praktiker im Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“; Jahresetat ca. 300.000 € | Ext. Evaluation Helmut-Schmidt-Universität Hamburg |
| BZgA | s. F.-Träger | Mitmach-Wanderausstellung „Unterwegs nach Tutmirgut“ | 2004 - offen | Jedes Jahr ca. 49.000 Kinder von 5 – 11 Jahren; Jahresetat 116.000 € | Ext. Evaluation Institut für Praxisberatung und Evaluation, Berlin |
| BZgA | s. F.-Träger | Kinderliedertour „Unterwegs nach Tutmirgut“ | 2006 - offen | Jedes Jahr ca. 5.000 Kinder von 5 – 11 Jahren; Jahresetat ca. 109.000 € | Ext. Evaluation Institut für Praxisberatung und Evaluation, Berlin |
| BZgA | s. F.-Träger | „Ich geh’ zur U und Du?“ - Kampagne zur Anhebung der Teilnahmequote bei Früherkennungsuntersuchungen | 2004 - offen | Jedes Jahr ca. 31.000 Kinder in schwierigen Lebenslagen sowie mit Migrationshintergrund; Jahresetat ca. 100.000 € | Ext. Evaluation |
| BZgA | s. F.-Träger | „Gut drauf“ Gesundheitsförderung für Jugendliche | 1996 - offen | Insgesamt ca. 250.000 Jugendliche von 12 - 18 Jahren, Fachkräfte, MultiplikatorInnen; Jahresetat ca. 400.000 € | Ext. Evaluation Institut für Praxisberatung und Evaluation, Berlin und PH Ludwigsburg |
| BZgA | s. F.-Träger | „Mitmach-Parcours zu Aids, Liebe & Sexualität“ | 1992 - offen | Jedes Jahr ca. 19.000 SchülerInnen ab 12 Jahren und junge Erwachsene; Jahresetat ca. 800.000 € | Ext. Evaluation Universität Freiburg |
| BZgA | s. F.-Träger | Kampagne zur Suchtprävention „Kinder stark machen“ | 1995 - offen | Jedes Jahr ca. 650.000 Erwachsene, die Verantwortung für Kinder zwischen 4 - 14 Jahren tragen; Jahresetat ca. 800.000 € | Ext. Evaluation Gesellschaft für angewandte Sozialforschung, Gütersloh |

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------|---|--|
| BZgA | s. F.-Träger | Internetportal „www.drugcom.de“ zur Prävention von Drogenmissbrauch und ab 2004 internetbasiertes Ausstiegsprogramm "Quit the Shit" | 2001 - offen | Jugendliche und junge Erwachsene von 15 – 25 Jahren; in 2007 868.754 Zugriffe; Jahresetat ca. 600.000 € | Evaluationen zum Ausstiegsprogramm "Quit the Shit" und zu „www.drugcom.de“ |
| BZgA | s. F.-Träger | Kampagne „rauchfrei“ für die Zielgruppe Kinder und Jugendliche | 2002 - offen | Kinder und Jugendliche von 12 – 18 Jahren; in 2007 740.000 Medien angefordert, 319.577 Zugriffe im Internet, 7.331 Registrierungen im internetgestützten Ausstiegsprogramm; Jahresetat ca. 2 Mio. € | Ext. Evaluation |
| BZgA | s. F.-Träger | Alkoholpräventionskampagne „Na toll“ | 2005 - offen | In 2007 wurden 17.000 Kinder und Jugendliche von 12 – 16 Jahren über Peeraktionen angesprochen; Jahresetat ca. 2 Mio. € | Evaluation geplant für 2009/2010 |
| BZgA | s. F.-Träger | Mitmach-Parcours „Klarsicht“ | 2004 - offen | Jedes Jahr ca. 6.000 Jugendliche und SchülerInnen ab 12 Jahre sowie junge Erwachsene; Jahresetat ca. 500.000 € | Ext. Evaluation Universität Bayreuth |
| BZgA | s. F.-Träger | Jugendfilmtage zur Suchtprävention | 2004 - offen | Jedes Jahr ca. 20.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 12 – 18 Jahre; Jahresetat ca. 400.000 € | k.A. |
| BZgA | Lokale Netzwerke | Jugendfilmtage zur Sexualität: „mach's mit“ und „loveline“ | 2000 - offen | Jedes Jahr ca. 35.000 SchülerInnen, Schwerpunkt auf sozialer Benachteiligung und Migrationshintergrund, außerdem 1.700 LehrerInnen; Jahresetat ca. 150.000 € | k.A. |
| BZgA | s. F.-Träger | „Komm auf Tour – meine Stärken, meine Zukunft“ | 2005 - offen | Jedes Jahr ca. 15.000 SchülerInnen der Klassen 7 und 8 in Haupt- und Gesamtschulen; Jahresetat ca. 400.000 € | Evaluation f. 2009 vorgesehen |
| BZgA | s. F.-Träger | Kinderliedertour „Nase, Bauch und Po“ | 2003 - offen | Bis 2008 ca. 62.000 Kinder von 4 – 6 Jahren sowie Multiplikatoren; bis 2008 ca. 2 Mio. € | k.A. |
| BZgA | BZgA, Bundesarbeitsgemeinschaft Mehr Sicherheit für Kinder | Fachdatenbank „Prävention von Kinderunfällen in Deutschland“ | 2003 - offen | Entscheidungsträger und Praktiker im Bereich der Kinderprävention; Jahresetat ca. 50.000 € | Ext. Evaluation Institut für Markt- und Kommunikationsforschung, Köln |
| BMG, BZgA, ab 2008 Manfred Lautenschläger-Stiftung, 2004 - 2007 Bertelsmannstiftung | s. F.-Träger | Dt. Präventionspreis 2004: „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“, Dt. Präventionspreis 2006: „Stärkung der Elternkompetenz“, Dt. Präventionspreis 2008: „Gesund aufwachsen – Gesundheitsförderung bei Vorschulkindern“, Dt. Präventionspreis 2009: „Gesund aufwachsen – Ganzheitliche Förderung von Grundschulkindern“ | 2004, 2006, 2008, 2009 | Akteure der Jugendhilfe, Gesundheitsberufe, Akteure aus Schulen und Kitas, Eltern | k.A. |
| BZgA | Dt. Institut f. Urbanistik (Difu) | Wettbewerb „Suchtprävention für Kinder und Jugendliche vor Ort“ im Programm "Vorbildliche Strategien kommunaler Suchtprävention" (seit 2001) | 2008 - 2009 | Städte und Kommunen als Träger von Präventionsprojekten | k.A. |

| | | | | | |
|--|---------------------|---|--------------|--|--------------------------------------|
| BZgA | s. F.-Träger | Elternordner zu den Früherkennungs- und Jugendgesundheitsuntersuchungen im Rahmen von SGB V | 2004 - offen | Jedes Jahr ca. 70.000 Eltern mit Kindern von 0-6 Jahren sowie Jugendliche | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| BZgA, Umweltministerium NW, Landes-sportbund NW, Krankenkassen | Landes-sportbund NW | „Anerkannter Bewegungs-kindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ | 2007 - 2009 | Kitas in NW, Jahresbudget 2007 rd. 98.000 €, Jahresbudget 2008 rd. 141.000 € | k.A. |
| EU | BMFSFJ | „Aktionsprogramm Kindertagespflege“ | 2008 - 2011 | 20 Mio. € | Ext. Evaluation DJI |
| EU | BMELV, Bundesländer | EU-Schulmilchprogramm | k.A. | k.A. | k.A. |

Programme der Länder

| Finanzierungsträger | Projektträger | Titel | Laufzeit | Zielgruppen und Budget | Qualitätssicherung/ Begleitforschung |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------|---|---|
| BE | | | | | |
| Senatsverwaltung f. Bildung, AOK BE, Bertelsmannstiftung | s. F.-Träger | „Besser leben – mehr bewegen“ | ? - 2010 | 3 Grundschulen mit rd. 1400 SchülerInnen und über 100 LehrerInnen | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Münster |
| Senatsverwaltung f. Bildung, AOK BE, Bertelsmannstiftung | s. F.-Träger | „Anschub.de“ Modellregion Berlin Mitte | 2004 - 2008 | 13 Schulen mit rd. 7300 SchülerInnen und 500 LehrerInnen | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Lüneburg |
| Senatsverwaltung f. Bildung, AOK BE, Bertelsmannstiftung, Bezirksamt Berlin-Mitte | s. F.-Träger, Kindertagesstätten | „Kitas bewegen“ Modellregion Berlin Mitte | 2007 - offen | 15 Kindertagesstätten mit rd. 2700 Kindern | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Münster |
| Senatsverwaltung f. Bildung, Unfallkasse, u.a. | Unfallkasse | "SIGIS – Sicher und gesund in der Schule" | 2002 - 2004 | SchülerInnen, LehrerInnen, Schulträger | k.A. |
| Senatsverwaltung f. Bildung, AOK BE | Vernetzungsstelle Schulverpflegung BE | „Vernetzungsstelle Schulverpflegung“ | 2003 - offen | 400 Schulen in 2008 | k.A. |
| BR | | | | | |
| Arbeitsministerium | pädal – pädagogik aktuell e.V. | „Netzwerk gesunde Kita“ | 2001 - offen | Kita-Kinder, Eltern, Kita-Personal; Jahresetat rd. 10.000 € | Int. Qualitätssicherung |
| Arbeitsministerium, Bildungsministerium, u.a. | LVG BR | „Kitas für Kitas – Transfer guter Beispiele im Setting Kita“ | 2007 - offen | Kita-Kinder, Eltern, Kita-Personal; 15.000 € in 2007 | Int. Evaluation |
| Arbeitsministerium | LVG BR | Vier Konsultationskitas Gesundheit | 2007 - offen | Kita-Personal | Int. Qualitätssicherung |
| Arbeitsministerium, AOK BR | LVG BR | „Emmi-Wettbewerb“ | 2005 - 2007; 2009 in Planung | Kita-Kinder, Eltern; 5.000 € Jahresetat | Int. Qualitätssicherung |
| Bildungsministerium, Arbeitsministerium | LVG BR | „OPUS – Netzwerk Gesunde Schule“ | 2000 - offen | k.A. | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG BR | Schülermentorenprogramm für Gesundheitsförderung, Verkehrs- und Mobilitäts-erziehung | k.A. | k.A. | k.A. |

| | | | | | |
|---|--|--|--------------|--|--|
| Arbeitsministerium, BZgA | LVG BR | „Kinderliedertour Nase, Bauch und Po“ | 2007 - 2008 | Kita-Kinder, Kita-Personal | k.A. |
| BW | | | | | |
| Landwirtschaftsministerium | Landesanstalt f. Entwicklung der Landwirtschaft und der ländlichen Räume | „BeKi - Bewusste Kinderernährung“; bis 2003 „Ernährungserziehung bei Kindern“ | 1980 - offen | SchülerInnen der Klassen 1 - 6 | k.A. |
| Arbeitsministerium | s. F.-Träger | „Stärke – Programm zur Stärkung der Elternkompetenzen“ | 2008 - 2013 | Eltern; in 2008 1,5 Mio. €, danach jährlich 4 Mio. € | Evaluation angekündigt |
| Arbeitsministerium | Landesgesundheitsamt | „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg – Kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung“ | 2008 - offen | k.A. | k.A. |
| Kultusministerium, AOK BW | s. F.-Träger | „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ | 2006 - offen | SchülerInnen und LehrerInnen in Grundschulen | k.A. |
| Kultusministerium, AOK BW | Kultusministerium | „Grundschule mit sport- und bewegungserzieherischem Schwerpunkt“ | 2004 - offen | SchülerInnen und LehrerInnen in Grundschulen | Ext. Evaluation Universitäten Karlsruhe und Konstanz |
| Arbeitsministerium, BMFSFJ, Arbeitsministerium BY, Kultusministerium RP, Sozialministerium TH | Uni-Klinik Ulm | „Guter Start ins Kinderleben“ – Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2008 | Familien in prekären Lebenslagen in Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier | Int. Evaluation Uni-Klinik Ulm |
| BY | | | | | |
| Umweltministerium | Institut f. Raucherberatung und Tabakentwöhnung (IRT) in München | „Helpline – Telefonische Raucherberatung bayernweit“ im Schwerpunkt „Rauchfreie Lebenswelt“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“ | 2005 - 2008 | Besonderes Augenmerk auf Jugendliche | k.A. |
| Umweltministerium | LVG BY | „Bayern atmet durch – Kampagnen zum Gesundheitsschutz durch Nichtrauchen“ im Schwerpunkt „Rauchfreie Lebenswelt“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“ | 2007 - 2008 | Besonderes Augenmerk auf Jugendliche | k.A. |
| Umweltministerium | Stiftung Kinder- und Jugendgesundheits in München | „TigerKids: Kindergarten aktiv – Adipositasprävention im Kindesalter“ im Schwerpunkt „Gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“ | 2005 - 2008 | Kinder im Kindergartenalter | k.A. |
| Umweltministerium | Landesamt f. Gesundheit und Lebensmittel | „Essen was uns schmeckt – Schülerunternehmen für eine gesunde Ernährung“ im | 2005 - 2008 | SchülerInnen ab 12 Jahren (Jahrgangsstufe 7) | k.A. |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------|---|---------------------------------------|
| | telsicherheit (LGL) | Schwerpunkt „Gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“ | | | |
| Umweltministerium | Landesamt f. Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) | „S.P.I.C.E – Gesundheitsförderliche Pausenverpflegung – Wettbewerb für Schulen mit gewerblichen Anbietern“ im Schwerpunkt „Gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“ | 2004 - 2008 | Alle Schulen mit einem gewerblichen Pausenverkauf | k.A. |
| Umweltministerium | LVG BY | „Disco-Fieber: Prävention von Verkehrsunfällen“ im Schwerpunkt „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ des Programms „Gesund.Leben.Bayern.“ | 2005 - 2008 | Jugendliche und junge Erwachsene | k.A. |
| Umweltministerium | Kompass e.V. | „BE HARD – DRINK SOFT on tour“ im Schwerpunkt „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ des Programms „Gesund.Leben.Bayern.“ | 2005 - 2008 | Jugendliche, Fachkräfte, Öffentlichkeit | k.A. |
| Umweltministerium | Landes-Caritasverband | „Mindzone – Präventionskampagne zu Alkohol und Cannabis“ im Schwerpunkt „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ des Programms „Gesund.Leben.Bayern.“ | 2005 - 2008 | Jugendliche ClubbesucherInnen in der Techno- und House-Szene | k.A. |
| Umweltministerium, u.a. | FH München | „Earaction – is it loud?“ | 2006 - offen | Alle Schularten, alle Jahrgangsstufen | k.A. |
| Kultusministerium, Umweltministerium, AOK BY, Bertelsmann Stiftung, Barmer Ersatzkasse, Unfallkasse | s. F.-Träger | „Anschub.de – Modellregion Bayern“, ab 09/2008 „Landesprogramm zur Entwicklung der guten gesunden Schulen“ | 2005 - offen | Alle Schularten, alle Jahrgangsstufen | Wiss. Begleitung Universität Lüneburg |
| Kultusministerium | s. F.-Träger | „Voll in Form – Programm zur Bewegungsförderung und gesunder Ernährung“ | 2007 - offen | Alle Grundschulen | k.A. |
| Kultusministerium | s. F.-Träger | „ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten“ | k.A. | Jahrgangsstufe 5 und 6 | k.A. |
| Kultusministerium, Umweltministerium | Kultusministerium | „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen“ | 2007 - offen | Alle Schularten, alle Jahrgangsstufen (ausgenommen Grundschule) | k.A. |
| Kultusministerium, Innenministerium, BMW | Kultusministerium | „PIT – Prävention im Team“ | k.A. | Jahrgangsstufe 7-10 | k.A. |
| Kultusministerium, Landessportverband, u.a. | Landessportverband | „Sport nach 1 in Schule und Verein“ | 1991 - offen | Alle Schularten, alle Jahrgangsstufen | k.A. |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|--------------------------------|
| Arbeitsministerium, BMFSFJ, Arbeitsministerium BW, Kultusministerium RP, Sozialministerium TH | Uni-Klinik Ulm | „Guter Start ins Kinderleben“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2008 | Familien in prekären Lebenslagen in Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier | Int. Evaluation Uni-Klinik Ulm |
| HB | | | | | |
| Senatorin f. Arbeit, Senatorin f. Bildung, AOK HB, Unfallkasse, Landessportbund | s. F.-Träger | „Anerkannter Bewegungskindergarten“ | 2003 - offen | 50 Kindertagesstätten | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Landessportbund | „Junge Familien in Schwung“ | k.A. | Alle Kinder und Jugendlichen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit, Senatorin f. Bildung | Gesundheitstreffpunkte e.V. | „Be Smart – Don't Start“ | 2002 - offen | Alle Kinder und Jugendlichen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Landesinstitut f. Schule | „Opus – Bremer Netzwerk gesundheitsfördernde Schule“ | Bis 2000 | 16 Schulen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit, Senatorin f. Bildung | s. F.-Träger | Kostenloses Mittagessen in Kita und Hort für Mindestbeitragszahler | 2008 - offen | Kinder aus Familien mit niedrigen Einkommen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit, Senatorin f. Bildung, BMELV, u.a. | Bremer Plattform f. Ernährung u. Bewegung | „kinderleicht gesund“, Teilprojekt des Bundesprogramms „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ des BMELV | 2006 - 2009 | 10.000 Kinder von 0-10 Jahren und ihre Eltern, Fokus auf Migrationshintergrund, Gesamtbudget rd. 1,2 Mio. €, davon 680.000 € vom BMELV | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Gesundheitstreffpunkte e.V. | „Sport auf der Straße“ | Bis 2007 | Kinder und Jugendliche in West-Bremen, Fokus auf Migrationshintergrund | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Gesundheitsamt | „Tipp Tapp - Gesund ins Leben“ - Aufsuchende Beratung | 2008 - offen | Säuglinge in Familien mit hohen sozialmedizinischen Risiken | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Schulärztlicher Dienst | „Bewegte Schule – Gesundheitsförderung durch Ernährung, Bewegung und Kultur“ | 2002-2003 | BerufsschülerInnen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit, Krankenkassen | Verbraucherzentrale, Landessportbund | „Big Kids“ – Training für übergewichtige Kinder | 2001 - offen | Kinder von 8-14 Jahren | k.A. |
| Senatorin f. Bildung, AOK HB | Lehrerfortbildungsinstitut | „Gesundes (Schul-)Frühstück“ | k.A. | Alle SchülerInnen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit, Krankenkassen | Dt. AG f. Jugendzahnpflege | „Zahnputztraining“ | k.A. | Alle SchülerInnen | k.A. |
| Senatorin f. Arbeit | Bremer Institut f. Präventions- | „Erährungsbezogene Gesundheitsförderung im | 1990 - offen | Kinder | k.A. |

| | | | | | |
|---|---|--|--------------|---|--|
| | forschung und Sozialmedizin | Bereich der Kindertagesheime“ | | | |
| Senatorin f. Arbeit, BMFSFJ, Sozialministerium SN, AOK NI, u.a. | Stiftung Pro Kind, DRK, Karl Kübel Stiftung | „Pro Kind“ - Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2006 - 2011 | Sozial belastete Schwangere | Ext. Evaluation Kriminologisches Forschungsinstitut NI |
| HE | | | | | |
| Sozialministerium, BKK Landesverband HE, Gesundheitsamt Wiesbaden | Frankfurter Zentrum f. Essstörungen | „Voll im Leben“ – Prävention von Essstörungen | k.A. | Pädagogische Fachkräfte, Eltern und Kinder von 3-6 Jahren in Wiesbaden | k.A. |
| Sozialministerium, AOK HE | Landesstelle f. Suchtfragen | „Papillo“ – Sucht- und Gewaltprävention | 2005 - offen | 10.512 Kinder und Jugendliche bis 07/2008 | k.A. |
| Kultusministerium, AOK HE | AOK HE | „Beweg dich, Schule!“ | 2007 - offen | 80 Schulen bis Ende 2007 | k.A. |
| Innenministerium, DAK, Sportjugend | Sportjugend | „Mehr Bewegung in den Kindergarten“ | 1998 - offen | Kinder von 3 bis 6 Jahren; 270 Kooperationen zwischen Kindergärten und Sportvereinen bis 2006 | k.A. |
| Umweltministerium | Landfrauenverband | „Werkstatt Ernährung“ | 2003 - offen | SchülerInnen der 5. und 6. Klassen | Int. Evaluation |
| Sozialministerium | Verbraucherzentrale | "Essen mit allen Sinnen" | 2007 - offen | Tagesmütter und -väter, Eltern | k.A. |
| Sozialministerium | Turnverband, Institut f. Sporternährung Bad Nauheim, LVG HE | „KiGa-Go – Aktion aktive Kinder“ | 2003 - offen | Kinder von 3 bis 6 Jahren | k.A. |
| Kultusministerium | s. F.-Träger | Netzwerk „Schule und Gesundheit“ | 2002 - 2011 | Schulämter, LehrerInnen, Schulträger | k.A. |
| Kultusministerium | s. F.-Träger | Zertifizierungsprogramm „Gesundheitsfördernde Schule“ als Teilprogramm von „Schule und Gesundheit“ | 2005 - 2011 | Schulträger | k.A. |
| Kultusministerium, Umweltministerium | k.A. | „Vernetzungsstelle Schulpflegung“ | 2008 - 2012 | Schulträger | k.A. |
| HH | | | | | |
| Behörde f. Bildung | Sportbund | „Sportliche Ganztagsförderung“ | k.A. | SchülerInnen | k.A. |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „Ernährungsbaukasten – sieben Unterrichtseinheiten zum Thema Ernährung“ | 2001 - offen | SchülerInnen der Klassen 1 bis 4, Eltern, Lehrkräfte; Jahresetat rd. 50.000 € | Int. Evaluation |
| Behörde f. Umwelt, Behörde f. Bildung, Sponsoren | LVG HH | Dreistündige Unterrichtseinheit „Klassenfrühstück – Klasse Frühstück“ | 2001 - 2005 | SchülerInnen der Klassen 1 bis 4, Lehrkräfte, Eltern; bis 2003 rund 9.300 SchülerInnen erreicht | Int. Evaluation |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „Kitas fit für die Zukunft – Gesundheitsförderung in | 2006 - 2009 | Kita-Kinder, Eltern, ErzieherInnen; rd. 230.000 € für drei Jahre | Ext. Evaluation Uni-Klinik |

| | | | | | |
|---|---|--|--------------|--|---|
| kassen | | Kindertagesstätten“ | | | Eppendorf |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „PATERAS – Proaktive Telefonberatung Rauchen und Schwangerschaft“ | 2006 - 2009 | Schwangere und deren Familien; rd. 110.000 € für drei Jahre | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| Behörde f. Soziales, Dt. Kinderschutzbund | Dt. Kinderschutzbund | „Gesundheits- und Familienmobil“ | 2009 - offen | Familien, Fokus auf Migrationshintergrund | k.A. |
| MV | | | | | |
| Bildungsministerium | Universität Greifswald | „GeKoKids – Gesundheitskompetenz bei Kindern in der Schule“ | 2007 - offen | Alle Schularten | Int. Evaluation Universität Greifswald |
| Innenministerium, Kommunen | Landessportbund | „Gemeinsam Sport in Schule und Verein“ | 1994 - offen | alle Schularten | k.A. |
| Sozialministerium | LVG MV | „Chancengleich gesund aufwachsen im Setting Kindertagesstätte“ | 2006 - 2008 | Kinder bis 6 Jahre, Eltern, Kita-Personal; 38.000 € | k.A. |
| Bildungsministerium, Innenministerium, Gmünder Ersatzkasse, E.ON Hanse, Unfallkasse | Landessportbund | „Bewegte Kinder – Präventionsprogramm zur Bewegungsförderung“ | 2000 - 2010 | Kinder von 3 bis 6 Jahren | k.A. |
| Bildungsministerium, Sozialministerium, Bertelsmann Stiftung, AOK MV, Barmer Ersatzkasse, Techniker Kasse, IKK Nord, u.a. | Bildungsministerium, Bertelsmann Stiftung | „Anschub.de – Modellregion Vorpommern“ | 2004 - 2010 | Bis 2008: 26 Schulen aller Schularten | Ext. Evaluation Institut f. wirtschaftspsycholog. Forschung und Beratung Osnabrück GmbH |
| NI | | | | | |
| Kultusministerium | Kultusministerium, Landessportbund | „Lernen braucht Bewegung – Niedersachsen setzt Akzente“ | 2007 - 2010 | SchülerInnen, jährlich 500.000 € | k.A. |
| Kultusministerium, Landesamt f. Lehrerbildung und Schulentwicklung, u.a. | LVG NI | „Be Smart – Don't Start“ - Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens | 2000 - offen | SchülerInnen der Jahrgangsstufen 6-10 | IFT-Nord |
| Kultusministerium | Kultusministerium, Turner-Bund | „Bewegter Kindergarten“ | 2004 - offen | Kita-Kinder | k.A. |
| Kultusministerium | Kultusministerium, Turner-Bund | Zertifizierungsprogramm „Markenzeichen Bewegungskita“ als Teilprogramm von „Bewegter Kindergarten“ | 2005 - offen | Kita-Träger, Kita-Kinder; 100 zertifizierte Einrichtung bis 2008 | k.A. |
| Kultusminister- | Kultusminister- | Zertifizierungsprogramm | 2008 - | Schulträger, SchülerInnen | k.A. |

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| rium | rium, Landes-sportbund | „Sportfreundliche Schule“ | offen | | |
| Kultusminister-ium | Kultusminister-ium, Landes-schulbehörde | „Schule und Sportverein“ | 1995 - offen | Schulträger, Sportvereine, SchülerInnen | k.A. |
| Landwirt-schafts-ministerium, Techniker Kranken-kasse | Landesschul-behörde, Konzept Vital Lüneburg | Ernährungsbildungsprogramm „Cuisinet“ | 2008 - 2009 | 14 Schulen in und um Lüneburg | k.A. |
| NW | | | | | |
| Arbeitsminis-terium | LVG NW | Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ | 1994 - offen | Präventionsprojekte | k.A. |
| Arbeitsminis-terium, Umwelt-ministerium, alle GKV- Kassen in NW, BZgA, Landes-sportbund | Landes-sportbund | „Anerkannter Bewegungskin- dergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ als Teilprogramm des Landesprogramms „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ | 2007 - 2009 | 54 Kindertagesstätten in sozial benachteiligten Stadtteilen in NW, Jahresbudget 2007 rd. 98.000 €, Jahresbudget 2008 rd. 141.000 € | Ext. Evaluation Dt. Sporthoch- schule Köln |
| Arbeitsminis-terium | Bis 2007 Landesinstitut f. d. ÖGD, ab 2008 LVG NW | "Gesundheit von Mutter und Kind" | k.A. | Schwangere, Eltern, Gesundheits- berufe | k.A. |
| Kultusministe- rium, Gemein- deunfallver- sicherung, BKK Landes- verband, Landes- unfallkasse | Kultusministe- rium | Landesprogramm „OPUS NRW – Netzwerk Bildung und Gesundheit“ | 1997 - 2007, Neuauf- lage 2009 geplant | Setting Schule, Setting Kindertages- stätte | Ext. Evaluation Universität Düsseldorf |
| Landwirt-schaftsmin- isterium, BMELV | s. F.-Träger | "Schulmilch im Fokus" | 2008 - 2010 | 500 Grundschulen; 9,3 Mio. € vom BMELV und 400.000 € vom Landwirtschaftsministerium | Wiss. Begleitung Bundes- forschungs- institut f. Ernährung und Lebensmittel |
| Innenministe- rium, BKK LV NW | Landes-sportbund | „Schwer mobil“ | 2004 - 2011 | Sportvereine in NW, übergewichtige Kinder | Int. Evaluation |
| Umwelt-ministerium | Verbraucher-zentrale | „Schule isst gesund“ | 2006 - 2008 | Schulträger, SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern | k.A. |
| Arbeitsminis-terium | Bis 2007 Landesinstitut f. d. ÖGD, ab 2008 LVG NW | Internetdatenbank „Projekte zur Prävention und Gesund- heitsförderung in Nordrhein- Westfalen“ | k.A. | Präventionsträger | k.A. |
| Familien-ministerium, BMFSFJ, Sozialministe- rium SH, Caritas- | Institut f. soziale Arbeit in Münster, Sozialministe- rium SH, Caritas- | „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder | 2007 - 2009 | Familien mit Kindern bis 3 Jahren in NW und SH | Ext. Evaluation Universität Münster |

| | | | | | |
|--|--|---|--------------|---|--|
| Netzwerk Frühe Hilfen, u.a. | Netzwerk Frühe Hilfen | und soziale Frühwarnsysteme" | | | |
| RP | | | | | |
| Kultusministerium, Innenministerium, AOK RP | Landessportbund | „Schülerassistenten“ | 1997 - offen | 2000 SchülerInnen an 300 Schulen bis 2007, jährlich 45.000 € von Bildungsministerium und Innenministerium | k.A. |
| Innenministerium | Dt. Lebensrettungs-Gesellschaft | „Kleinkinderschwimmen“ | k.A. | Jährlich 24.000 € vom Innenministerium | k.A. |
| Arbeitsministerium | Institut f. Sozialpädagogische Forschung (ISM) | „Kinder psychisch kranker Eltern – Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie“ | 2006 - 2008 | Kinder psychisch kranker Eltern; 45.000 € Jahresbudget | k.A. |
| Arbeitsministerium | s. F.-Träger | „Hebammen und andere Gesundheitsberufe beraten Familien“ | 2005 - offen | Hebammen, Eltern; Jahresbudget in 2007 und 2008 je rd. 45.000 € | k.A. |
| Arbeitsministerium | Arbeitsministerium, Landesamt f. Soziales | „Prävention plötzlicher Säuglingstod“ | 2001 - offen | Familien mit Neugeborenen | k.A. |
| Arbeitsministerium | Arbeitsministerium, Landes AG Zahngesundheit BY (LAGZ) | Gruppenprophylaktische Maßnahmen zur Zahngesundheit | 1990 - offen | Familien mit Kindern | k.A. |
| Kultusministerium, Arbeitsministerium, GKV-Spitzenverbände | LVG RP | „Gesund leben lernen – Netzwerk Schulen für Gesundheit 21“ | 2003 - offen | SchülerInnen, Schulpersonal, Eltern | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| Kultusministerium, Arbeitsministerium | LVG RP | „Elternschule – für eine gesunde Familie“ | 2004 - offen | Eltern, ErzieherInnen, weitere soziale Berufsgruppen | k.A. |
| Arbeitsministerium, Kultusministerium, Krankenkassen | LVG RP | „Netzwerk Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz zur Förderung der Kindergesundheit in sozial benachteiligten Lebenslagen“ | 2006 - offen | Diverse soziale Berufsgruppen, Multiplikatoren und Entscheidungsträger | Gesundheit Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin |
| Arbeitsministerium | LVG RP, Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen | „AIDS-/STD-Schulpräventionswoche“ | 2007 - offen | SchülerInnen an weiterführenden Schulen | Int. Evaluation |
| Arbeitsministerium, Kultusministerium | LVG RP | Suchtpräventives Schülermultiplikatorenprogramm „Auf der Suche nach ...“ | 1995 - offen | SchülerInnen, Lehrkräfte | k.A. |
| Arbeitsministerium, Kultusministerium | LVG RP | „Be Smart – Don't Start“ - Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens | 2000 - offen | SchülerInnen ab Klasse 5 | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „Kompetenznetz Essstörungen“ | 2006 - offen | Kinder ab 10 Jahren, Angehörige, Fachkräfte und Multiplikatoren | k.A. |
| Arbeitsminis- | LVG RP | „Prävention von Essstörungen | 2008 - | Präventionsprojekte in RP, Kinder | k.A. |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|--|-------------------------------------|
| terium | | in Rheinland-Pfalz“ | 2009 | und Jugendliche | |
| Arbeitsministerium | LVG RP | Netzwerk „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ | 2006 - offen | Kinder ab 5 Jahren, Fachkräfte und Multiplikatoren | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „Viva Familia – Lokale Bündnisse für Familie in RLP“ | 2005 - offen | Junge Familien, Fachkräfte | k.A. |
| Kultusministerium, Unfallkasse, AOK RP, u.a. | Landessportbund, u.a. | „Aktionsbündnis Bewegungskindergarten“ | 2005 - offen | Kitaträger und -kinder | k.A. |
| Kultusministerium, Unfallkasse, AOK RP, u.a. | Landessportbund, u.a. | „Qualitätssiegel Bewegungskindergarten“ vom „Aktionsbündnis Bewegungskindergarten“ | k.A. | Präventionsprojekte | k.A. |
| Kultusministerium, BMFSFJ, Arbeitsministerium BW, Arbeitsministerium BY, Sozialministerium TH | Uni-Klinik Ulm | „Guter Start ins Kinderleben“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2008 | Familien in prekären Lebenslagen in Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier | Int. Evaluation Uni-Klinik Ulm |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „FamTische“ – Programm zur Elternvernetzung | k.A. | Eltern | k.A. |
| SH | | | | | |
| Sozialministerium | Sozialministerium, DGE | „Netzwerk Ernährung“ | 2001 - offen | Gesamtbevölkerung, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Sozialministerium, Dt. Rentenversicherung Nord | k.A. | „Netzwerk Adipositas Schleswig-Holstein (NASH)“ | 2005 - offen | Adipöse Kinder und Jugendliche und ihre Eltern | k.A. |
| Sozialministerium, u.a. | LVG SH, DGE | „OptiKids – Kinder-leicht“ | 2005 - 2008 | Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Sozialministerium, u.a. | LVG SH, DGE | „Rück(g)rat – Ergonomie und Bewegung im Kindergarten“ | 2005 - offen | Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Sozialministerium, BMELV | k.A. | „Vernetzungsstelle Schulpflege, Schleswig-Holstein“ | 2009 - 2013 | Schulträger; Jahresbudget rd. 90.000 €, Anteil des Sozialministeriums in 2009 rd. 13.000 €, Landesanteil soll ansteigen | Evaluation geplant |
| Sozialministerium, LKK SH/HH, IKK SH, Techniker Krankenkasse, u.a. | LVG SH, DGE | „Leibeslust/Lebenslust - Prävention von Essstörungen im Kindergarten“ | 2003 - offen | 23 Kitas und 5 Schulen bis 2007, rd. 22.000 € Jahresbudget | Int. Qualitätssicherung |
| Sozialministerium, BMELV, LKK SH/HH, IKK Nord, BKK Dräger, DAK, u.a. | BQOH gGmbH | „Ganztags leicht(er) leben“ | 2007 - 2009 | Kitas und Ganztagschulen in Schleswig-Holstein, 919.000 € | Int. Qualitätssicherung |
| Sozialministerium, BMFSFJ, Familien- | Institut f. soziale Arbeit in Münster, Sozialministe- | „Soziale Frühwarnsysteme in NRW“ und „Schutzengel für Schleswig-Holstein“ - Teilprogramm von "Frühe | 2007 - 2009 | Familien mit Kindern bis 3 Jahren in NW und SH | Ext. Evaluation Universität Münster |

| | | | | | |
|---|---|---|-----------------|---|---|
| ministerium NW, Caritas- Netzwerk Frühe Hilfen, u.a. | rium SH, Caritas- Netzwerk Frühe Hilfen | Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | | | |
| Sozialministe- rium, u.a. | Stiftung Familie in Not | „Offensive gegen Kinder- armut“ im „Kinder- und Jugend-Aktionsplan Schleswig-Holstein“ | 2008 - offen | Vulnerable Kinder und Eltern | k.A. |
| Sozialministe- rium, u.a. | Stiftung Familie in Not, Wohl- fahrtsverbände | „Kein Kind ohne Mahlzeit“ – Teilprogramm der „Offensive gegen Kinderarmut“ im „Kinder- und Jugend- Aktionsplan Schleswig- Holstein“ | 2008 - offen | Kindergartenkinder aus Familien in sozialen Notlagen | k.A. |
| Sozialministe- rium, u.a. | Stiftung Familie in Not | „Kein Kind ohne Gesundheits- förderung von Anfang an“ – Teilprogramm der „Offensive gegen Kinderarmut“ im „Kinder- und Jugend- Aktionsplan Schleswig- Holstein“ | 2008 - offen | Kinder, Eltern, Akteure des Kinderschutzes, ÄrztInnen | k.A. |
| Sozialministe- rium, u.a. | Stiftung Familie in Not | „Kein gefährdetes Kind ohne Pate“ – Teilprogramm der „Offensive gegen Kinder- armut“ im „Kinder- und Jugend-Aktionsplan Schleswig-Holstein“ | k.A. | Eltern mit Kindern im ersten Lebensjahr | k.A. |
| Sozialministe- rium, u.a. | Stiftung Familie in Not | „Kein Kind ohne Schulranzen“ – Teilprogramm der „Offensive gegen Kinderarmut“ im „Kinder- und JugendAktions- plan Schleswig-Holstein“ | k.A. | Familien mit niedrigem Einkommen und Transfereinkommen | k.A. |
| Sozialministe- rium, u.a. | Ferienwerk SH | „Kein Kind ohne Feriener- holung“ – Teilprogramm der „Offensive gegen Kinder- armut“ im „Kinder- und Jugend-Aktionsplan Schleswig-Holstein“ | k.A. | Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien | k.A. |
| SL | | | | | |
| Kultusministe- rium | s. F.-Träger | Förderprogramm „Freiwillige Ganztagsschule“ | 2002 - 2007 | SchülerInnen, LehrerInnen | k.A. |
| Kultusministe- rium | s. F.-Träger | Förderprogramm „Freiwillige Ganztagsschule plus“ | 2008 - offen | SchülerInnen, LehrerInnen | k.A. |
| Kultusministe- rium, Hessen- stiftung Familie hat Zukunft, u.a. | Uni-Klinik Heidelberg, Landkreise | Landesprogramm „Frühe Hilfen“ | k.A. | Kinder bis 6 Jahren, Eltern | Int. Evaluation Uni-Klinik Heidelberg |
| BMELV, Kultusministe- rium, Hessen- stiftung Familie hat Zukunft, u.a. | Uni-Klinik Heidelberg, Landkreise | „Keiner fällt durchs Netz“ - Teilprogramm des Landespro- gramms „Frühe Hilfen“ und des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2008 - 2010 | Vulnerable Schwangere und Eltern mit Kindern im ersten Lebensjahr im Saarland und den Landkreisen Offenbach und Bergstraße in Hessen | Int. Evaluation Uni-Klinik Heidelberg |
| Umweltminis- terium, Landesver- einigung der | Saar- Landfrauen | Ernährungsberatungs- programm „Fit mit Milch“ | 2005 - 2010 | SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern | k.A. |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------|---|---|
| Milchwirtschaft, u.a. | | | | | |
| Arbeitsministerium, BMELV | LVG SL | "Es bewegt sich was in Malstadt" - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2007 - 2009 | Kinder und Stadtteilakteure in Saarbrücken-Malstadt; 300.000 € vom BMELV, 30.000 € vom Arbeitsministerium | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| SN | | | | | |
| Sozialministerium | Verbraucherzentrale | „Joschi hat's drauf – Primärprävention und Gesundheitsförderung für soziale Randgruppen und Migrantenfamilien“ | 2007 - offen | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Personal | k.A. |
| Sozialministerium | Berufsbildungswerk Leipzig f. Hör- und Sprachgeschädigte | Landesmodellprojekt „Sprache fö(o)rtern“ | 2007 - 2011 | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Personal | k.A. |
| Sozialministerium | LVG SN | Kindergartenwettbewerb „Unser Kinder-Garten – Ein Garten für alle Sinne“ | 2007 - 2009 | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Träger, Kita-Personal | k.A. |
| Sozialministerium, Krankenkassen | Landes AG f. Jugendzahn-pflege | Gruppenprophylaxe, „Tag der Zahngesundheit“ | 1992 - offen | Kinder bis 12 Jahre, Eltern | k.A. |
| Sozialministerium | Landes AG f. Jugendzahn-pflege | Kampagne gegen Nuckel-flaschenkaries (NFK) | 2007 - offen | Hebammen, Eltern, ErzieherInnen, ÄrztInnen, Multiplikatoren | k.A. |
| Sozialministerium, BMFSFJ, Senatorin f. Arbeit HB, AOK NI, u.a. | Karl Kübel Stiftung, Stiftung Pro Kind, DRK | „Pro Kind“ – Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2006 - 2011 | Sozial belastete Schwangere; 2,5 Mio. € vom Sozialministerium SN | Ext. Evaluation Kriminologisches Forschungsinstitut NI |
| Sozialministerium | LVG SN | Koordinierungsstelle „Gesund aufwachsen in Kindertageseinrichtungen“ | 2006 - offen | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Träger, Kita-Personal, Gesundheitsberufe, Multiplikatoren | k.A. |
| Kultusministerium, BKK LV Ost, AOK Plus | LVG SN | Internationaler Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| Kultusministerium, Dt. Olympischer Sportbund, Deutscher Fußball-Bund | Landesarbeitsstelle Schule-Jugendhilfe | „Entdecke Deine Stärken“ | 2008 - offen | SchülerInnen | k.A. |
| Kultusministerium | LVG SN | „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| Sozialministerium (bis 2006 Landwirtschaftsministerium) | LVG SN (bis 2007 DGE) | „Fachstelle für Kinderernährung“ (bis 2007 „Ernährungserziehung Sachsen“) | 1992 - offen | Kinder von 4 bis 10 Jahren, ErzieherInnen, LehrerInnen, Eltern, Ernährungsberufe, Multiplikatoren | k.A. |
| Sozialministerium | DGE | „Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung“, zuvor | 2007 - 2011 | Träger von Kitas und Schulen, Personal in Kitas und Schulen, | k.A. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|
| | | „Sächsische Informationsstelle für Gemeinschaftsverpflegung“ | | Caterer, Eltern, Kinder | |
| ST | | | | | |
| Gesundheitsministerium | Kultusministerium, Fußballverband | „Bewegen und Spielen“ | 2007 - 2010 | SchülerInnen von 21 Grundschulen | k.A. |
| Kultusministerium, Gesundheitsministerium, Landes-sportbund, Landesturnverband, u.a. | Landes-sportbund, Landes-turnverband | Pilotprojekt „Fit und vital – Kinder der Grundschulen in Bewegung“ | Pilotprojekt 2006-2008, Fortsetzung ab 2010 | Pilotprojekt: SchülerInnen von rund 100 Grundschulen, ab 2010 SchülerInnen von rd. 600 Grundschulen und 100 Förderschulen | k.A. |
| Kultusministerium | Kultusministerium, Gesundheitsministerium, Landes-sportbund | Förderprogramm „Sport in Schule und Verein“ | 1993 - offen | SchülerInnen der allgemein bildenden Schulen (im Schuljahr 2007/08 rd. 1900 AG und 100 Sportprojekte) | k.A. |
| Gesundheitsministerium, LVG ST | LVG ST | Landeskonzept zur Förderung der Körperwahrnehmung und des Körperwissens – Referentenpool | 2006 - 2008 | Rd. 1.700 Kitas mit rd. 118.000 Kindern in Sachsen-Anhalt | k.A. |
| Gesundheitsministerium, BMFSFJ, Landeshebammenverband | Landeshebammenverband | „Frühstart – Familienhebammen im Land Sachsen-Anhalt“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2007 - 2009 | Vulnerable Familien in ST | Ext. Evaluation Universität Halle-Wittenberg |
| TH | | | | | |
| Kultusministerium | Universität Jena | „PriMa – Primärprävention Magersucht“ | 2004 - offen | Schülerinnen der Klassenstufe 6 | Int. Evaluation mit Kontrollgruppe |
| Kultusministerium | Universität Jena | „Torera – Primärprävention Bulimie, Fress-Anfälle und Adipositas“ | 2005 - offen | SchülerInnen der Klassenstufe 7 | Int. Evaluation mit Kontrollgruppe |
| Kultusministerium | Universität Jena | „TOPP – Teenager ohne pfundige Probleme“ | 2007 - offen | SchülerInnen der Klassenstufe 6 | Int. Evaluation mit Kontrollgruppe |
| Kultusministerium | Universität Jena | „IPSY – Lebenskompetenzprogramm“ | k.A. | SchülerInnen der Klassenstufen 5 bis 7 an 20 Regelschulen und 20 Gymnasien in Thüringen | Int. Evaluation mit Kontrollgruppe |
| Sozialministerium, BMFSFJ, Arbeitsministerium BW, Arbeitsministerium BY, Kultusministerium RP | Uni-Klinik Ulm | „Guter Start ins Kinderleben“ - Teilprogramm von "Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme" | 2006 - 2008 | Familien in prekären Lebenslagen in Erlangen, Gera, Kyffhäuserkreis, Ludwigshafen, Ostalbkreis, Pforzheim, Traunstein, Trier | Int. Evaluation Uni-Klinik Ulm |
| Sozialministerium, Landwirtschaftsministerium, BKK LV Ost, AOK Plus, | Landes-sportbund | „Fit ist cool“ – Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung | 2005 - offen | Kinder und Jugendliche | Ext. Evaluation Universität Jena |

| | | | | | |
|--|---------------------|--|--------------|---|--------------------------|
| u.a. | | | | | |
| Sozialministerium, BMELV | Verbraucherzentrale | „Vernetzungsstelle Schulverpflegung“ | 2008 - 2012 | Schulträger | k.A. |
| Sozialministerium, Kultusministerium, Landwirtschaftsministerium | DGE | „Gesundes Schulfrühstück an Thüringer Schulen“ | 2001 - offen | SchülerInnen, LehrerInnen, Schulträger | k.A. |
| Sozialministerium, Kultusministerium, AOK Plus, BKK'n, KKH, DAK | LVG TH | Internationaler Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“ | 2000 - offen | SchülerInnen der 6. bis 8. Klassen, die nicht rauchen bzw. mit dem Rauchen experimentieren; 8.800 € pro Schuljahr | Ext. Evaluation IFT Nord |
| Sozialministerium | LVG TH | Regionalkonferenz „Lebens(t)raum Schule“ | 1995 - 2005 | LehrerInnen, SozialpädagogInnen, Schüler- und Elternvertreter, politische Entscheidungsträger; 4.000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ – Vom richtigen Umgang mit der Vielfalt der Medien und der Werbung | 2002 - offen | alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, z. B. Schule (SchülerInnen 11-15 Jahre); 5.500 € pro Projektumsetzung | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | IMPULSe für Gesunde Ernährung | 2006 - offen | Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne Hauptschulabschluss), Langzeitarbeitslose, Jugendliche in berufsvorbereitenden und berufsbildenden Maßnahmen; 9.000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Ideenwettbewerb „IMPULSe für Gesundheit“ | 2006 - 2008 | Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z. B. Personen ohne Hauptschulabschluss), Jugendliche in berufsvorbereitenden Maßnahmen; 6000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla | 2004 - offen | alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, MultiplikatorInnen Bildung; 4.500 € pro Jahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium | LVG TH | „Love Island“ – Präventionsprojekt zur AIDS-Prävention und Sexualpädagogik | 2004 - offen | Jugendliche im Alter von 14 bis 16 Jahren, 5 Projekte sind in 5 verschiedenen Thüringer Regionen stationiert und können ausgeliehen werden; pro Projekt Anschaffungskosten von 2.000 € | Int. Evaluation |

Programme der Krankenkassen

| Finanzierungsträger | Projektträger | Titel | Laufzeit | Zielgruppen und Budget | Qualitätssicherung/ Begleitforschung |
|---|------------------------|---|--------------|--|--|
| GKV-Spitzenverbände | LVG NI, LVG RP, LVG ST | „Gesund leben lernen“ | 2003 - 2008 | 37.000 SchülerInnen und 3000 LehrerInnen; 120.000 € für 2 Jahre | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf, Gesomed Freiburg |
| PKV-Verband | k.A. | Prävention von Alkoholmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen | geplant | 10 Mio. € jährlich | k.A. |
| AOK BV, Stiftung Kinder-gesundheit | s. F.-Träger | „Gesunde Kinder – gesunde Zukunft“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| AOK BV, Stiftung Kinder-gesundheit | s. F.-Träger | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in bundesweit 2500 Kindertagesstätten | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK BW | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 167 Kindertagesstätten in BW | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK BW, Kultusministerium BW | s. F.-Träger | „ScienceKids: Kinder entdecken Gesundheit“ | 2006 - offen | SchülerInnen und LehrerInnen in Grundschulen | k.A. |
| AOK BW, Kultusministerium BW | Kultusministerium BW | „Grundschule mit sport- und bewegungserzieherischem Schwerpunkt“ | 2004 - offen | SchülerInnen und LehrerInnen in Grundschulen | Ext. Evaluation Universitäten Karlsruhe und Konstanz |
| AOK BY | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 900 Kindertagesstätten in BY; Jahresbudget 500.000 € | Int. Evaluation LMU München |
| AOK BY | s. F.-Träger | „Fit sein macht Schule“ | 2007 - offen | SchülerInnen aller Jahrgangsstufen; 1293 Schulklassen im Schuljahr 2007/2008 | Ext. Evaluation Wiss. Institut d. Ärzte Deutschlands |
| AOK BY, Kultusministerium BY | s. F.-Träger | „Voll in Form – täglich bewegen, gesund essen, leichter lernen“ | 2008 - offen | SchülerInnen und LehrerInnen in Grundschulen | k.A. |
| AOK BY, Kultusministerium BY, Umweltministerium BY, Bertelsmann Stiftung, Barmer Ersatzkasse, Unfallkasse | s. F.-Träger | „Anschub.de – Modellregion Bayern“, ab 09/2008 „Landesprogramm zur Entwicklung der guten gesunden Schulen“ | 2005 - offen | Alle Schularten, alle Jahrgangsstufen | Wiss. Begleitung Universität Lüneburg |
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Relax-Kids – Kinder lernen Stress zu bewältigen“ | ? - offen | Kinder von 8 bis 10 Jahren und ihre Eltern | Ext. Evaluation HU Berlin und Universität Marburg |

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--------------|---|--|
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Power-Kids – Kinder verändern ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten“ | ? - offen | Übergewichtige Kinder von 8 bis 12 Jahren und ihre Eltern | Ext. Evaluation LMU München |
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Was Babys gerne Essen: gesunde Säuglingsernährung“ | ? - offen | Babys im ersten Lebensjahr und ihre Eltern | k.A. |
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Jolinchens Bewegungskiste: Kleinkinder erfahren Freude an der Bewegung“ | ? - offen | Kinder von 2 bis 3 Jahren und ihre Eltern | k.A. |
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Mach mit bei Felix Fit: Kinder lernen rückengerechte Verhaltensweisen“ | ? - offen | Kinder im Grundschulalter | k.A. |
| AOK BY | s. F.-Träger | Kursangebot „Abenteuer Bewegung: Kinder sammeln mit ihren Eltern zusammen Bewegungserfahrung“ | ? - offen | Kinder von 3 bis 5 Jahren und ihre Eltern | k.A. |
| AOK BY | s. F.-Träger | „Ernährungsstruck: Clever anbeißen – Jugendliche erarbeiten sich an zehn Ausstellungsstationen Ernährungs- und Bewegungsinhalte“ | 2005 - 2008 | SchülerInnen der Klassen 9 bis 11 | Ext. Evaluation Universität Bayreuth |
| AOK BE | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 55 Kindertagesstätten in BE | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK BE, Senatsverwaltung f. Bildung BE, Bertelsmannstiftung | s. F.-Träger | „Anschub.de“ Modellregion Berlin Mitte | 2004 - 2008 | 13 Schulen mit rd. 7300 SchülerInnen und 500 LehrerInnen | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Lüneburg |
| AOK BE, Senatsverwaltung f. Bildung BE, Bertelsmannstiftung | s. F.-Träger | „Besser leben – mehr bewegen“ | ? - 2010 | 3 Grundschulen mit rd. 1400 SchülerInnen und über 100 LehrerInnen | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Münster |
| AOK BE, Senatsverwaltung f. Bildung BE, Bertelsmannstiftung, Bezirksamt BE-Mitte | s. F.-Träger, Kindertagesstätten | „Kitas bewegen“ Modellregion Berlin Mitte | 2007 - offen | 15 Kindertagesstätten mit rd. 2700 Kindern | Int. Evaluation; Wiss. Begleitung Universität Münster |
| AOK BE, Senatsverwaltung f. Bildung BE | Vernetzungsstelle Schulverpflegung BE | „Vernetzungsstelle Schulverpflegung“ | 2003 - offen | 400 Schulen in 2008 | k.A. |
| AOK BR | LMU München München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 115 Kindertagesstätten in BR | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK BR | AOK BR, | „Pfiffikus durch Bewegungs- | 2006 - | Kinder von 3 bis 5 Jahren, | Int. Evaluation |

| | | | | | |
|--|--|---|------------------------------|--|---|
| | Universität Potsdam, Internationaler Bund | fluss“ | offen | ErzieherInnen, Eltern; Budget rd. 400.000 € | Universität Potsdam |
| AOK BR, Arbeitsministerium | LVG BR | „Emmi-Wettbewerb“ | 2005 – 2007; 2009 in Planung | Kita-Kinder, Eltern; 5.000 € Jahresetat | Int. Qualitätssicherung |
| AOK BR | AOK BR, Projekte & Spektakel GmbH | Kindermusical „Henrietta in Fructonia“ | 2004 - offen | Von 75.000 brandenburgischen GrundschülerInnen besucht; seit 2007 auch in anderen Bundesländer | Ext. Evaluation Gesellschaft f. Innovative Marktforschung mbH, Universität Köln |
| AOK HB | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 30 Kindertagesstätten in HB | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK HB, Senatorin f. Arbeit HB, Senatorin f. Bildung HB, Unfallkasse HB, Landessportbund HB | s. F.-Träger | „Anerkannter Bewegungskindergarten“ | 2003 - offen | 50 Kindertagesstätten | k.A. |
| AOK HB, Senatorin f. Bildung HB | Lehrerfortbildungsinstitut HB | „Gesundes (Schul-)Frühstück“ | k.A. | Alle SchülerInnen | k.A. |
| AOK HB | s. F.-Träger | „Starke Kinder“ | 2002 - offen | Übergewichtige Kinder im Alter von 8-12 Jahren und deren Eltern | k.A. |
| AOK HE | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 21 Kindertagesstätten in HE | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK HE, Sozialministerium HE | Landesstelle f. Suchtfragen | „Papillo“ – Sucht- und Gewaltprävention | 2005 - offen | 10.512 Kinder und Jugendliche bis 07/2008 | k.A. |
| AOK HE, Kultusministerium HE | AOK HE | „Beweg dich, Schule!“ | 2007 - offen | 80 Schulen bis Ende 2007 | k.A. |
| AOK MV | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in rd. 60 Kindertagesstätten in MV | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK MV, Barmer Ersatzkasse, Techniker Kasse, IKK Nord, Bildungsministerium MV, Sozialministerium MV, Bertelsmann Stiftung, | Bildungsministerium MV, Bertelsmann Stiftung | „Anschub.de – Modellregion Vorpommern“ | 2004 - 2010 | Bis 2008: 26 Schulen aller Schularten | Ext. Evaluation Institut f. wirtschaftspsychologische Forschung und Beratung Osnabrück GmbH |

| | | | | | |
|--|--|---|-----------------|--|--|
| u.a. | | | | | |
| AOK MV, Landes- sportbund MV, Landeskrimi- nalamt MV, Radiosender Antenne MV | s. F.-Träger | „Wir in Mecklenburg-Vorpom- mern – fit und sicher in die Zukunft“ | 2001 - offen | 16 % der Schulen in Mecklenburg- Vorpommern in 2007 | k.A. |
| AOK NI | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 25 Kindertagesstätten in NI | Int. Evaluation LMU München im Teilpro- gramm BY |
| AOK NI | LVG NI | „Gesund leben lernen“ | 2006 - offen | 67 Schulen in Mitte 2008 | k.A. |
| AOK NI, BMFSFJ, Senatorin f. Arbeit HB, Sozialministe- rium SN, u.a. | Stiftung Pro Kind, DRK, Karl Kübel Stiftung | „Pro Kind“ – Teilprogramm des Bundesprogramms „Frühe Hilfen“ | 2006 - 2011 | Sozial belastete Schwangere | Ext. Evaluation Kriminolo- gisches Forschungs- institut NI |
| AOK Plus | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in rd. 400 Kindertagesstätten in SN und TH | Int. Evaluation LMU München im Teilpro- gramm BY |
| AOK Plus, BMBF, HTWK Leipzig | HTWK Leipzig | Prävention und Gesund- heitsförderung bei sozial benachteiligten Müttern mit Migrationshintergrund | 2008 - 2011 | Sozial benachteiligte Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund im Osten Leipzigs; Gesamtbudget 300.000 € | k.A. |
| AOK Plus, Universität Halle- Wittenberg, LVG TH | Universität Halle- Wittenberg | „Gesund und stark lehren, lernen, leben“ | 2008 - 2009 | Entwicklung von Unterrichtskon- zepten in Grundschulen zum Thema Gesundheitsförderung; Gesamtbudget 5.500 € | k.A. |
| AOK Plus | LVG TH | „Wir lassen uns nicht manipulieren“ | 2000 - offen | Schulen | k.A. |
| AOK Plus, Sozialministe- rium TH | LVG TH | IMPULSe für Gesunde Ernährung | 2006 - offen | Personen mit sehr niedriger Schul- bildung (z.B. ohne Hauptschul- abschluss), Langzeitarbeitslose, Jugendliche in berufsvorberei- tenden und berufsbildenden Maßnahmen; 9.000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| AOK Plus, Sozialministe- rium TH | LVG TH | Ideenwettbewerb „IMPULSe für Gesundheit“ | 2006 - 2008 | Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z.B. ohne Haupt- schulabschluss), Jugendliche in berufsvorbereitenden Maßnahmen; 6000,- € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| AOK Plus, Sozialministe- rium TH | LVG TH | Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla | 2004 - offen | alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, MultiplikatorInnen Bildung; 4.500 € pro Jahr | Int. Evaluation |
| AOK Plus, BKK'n, KKH, DAK, Sozialministe- rium TH, Kultusministe- rium TH | LVG TH | Internationaler Nichtraucher- wettbewerb „Be Smart – Don't Start“ | 2000 - offen | SchülerInnen der 6. bis 8. Klassen, die nicht rauchen oder mit dem Rauchen experimentieren; 8.800 € pro Schuljahr | Ext. Evaluation IFT Nord |
| AOK Plus, Unfallkasse | Landessport- bund TH | Förderpreis "Bewegungs- freundliche Kindertagesstätte" | 2003 - 2011 | Kitaträger in TH | k.A. |

| TH | | | | | |
|---|--|---|--------------|--|--|
| AOK Plus, Sozialministerium TH, Landwirtschaftsministerium TH, BKK LV Ost, u.a. | Landessportbund TH | „Fit ist cool“ – Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung | 2005 - offen | Kinder und Jugendliche in TH | Ext. Evaluation Universität Jena |
| AOK Rheinland/HH | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 250 Kindertagesstätten in Nordrhein und HH | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK Rheinland/HH, AOK Westfalen-Lippe | s. F.-Träger, Wiss. Institut d. Ärzte Deutschlands, Dt. Sportlehrerverband | „Schulen in Bewegung – Bewegungsförderung im Schulsport“ | 2008 - 2010 | SchülerInnen der Klassen 5 bis 12 der Hauptschulen, Realschulen, Gesamtschulen, Förderschulen und Gymnasien in HH und NW | Int. Evaluation Wiss. Institut d. Ärzte Deutschlands |
| AOK Rheinland/HH | ÄK Nordrhein, ÄK HH | „Gesund macht Schule“ | 2002 - offen | Schulen | k.A. |
| AOK RP | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 320 Kindertagesstätten in RP | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK RP, Bildungsministerium RP, Unfallkasse RP, u.a. | Landessportbund RP, u.a. | „Aktionsbündnis Bewegungskindergarten“ | 2005 - offen | Kitaträger und -kinder | k.A. |
| AOK RP, Bildungsministerium RP, Unfallkasse RP, u.a. | Landessportbund RP, u.a. | „Qualitätssiegel Bewegungskindergarten“ vom „Aktionsbündnis Bewegungskindergarten“ | k.A. | Präventionsprojekte | k.A. |
| AOK RP, Kultusministerium RP, Innenministerium RP | Landessportbund RP | „Schülerassistenten“ | 1997 - offen | 2000 SchülerInnen an 300 Schulen bis 2007, jährlich 45.000 € von Bildungsministerium und Innenministerium | k.A. |
| AOK SH | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 20 Kindertagesstätten in ST | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK SH, Turnverband SH, Leichtathletik Verband SH | Turnverband SH | Gesundheitssport mit Kindern in Kieler Grundschulen | 2002 - 2003 | GrundschülerInnen der 2. und 3. Klasse an 3 Kieler Grundschulen; Gesamtbudget 18.000 € | Kontrollierte Studie |
| AOK SH | Berufliche Schulen in Rendsburg | „Innovation durch Bewegung: Berufsorientierter Sportunterricht in der Berufsschule“ | 2002 - 2006 | Auszubildende; Gesamtbudget 16.000 € | Kontrollierte Studie |
| AOK SL | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in rd. 20 Kindertagesstätten in SL | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK SL | Turnerbund SL | „Fit und gesund – Sieben Bausteine der Fitness“ | 2003 - 2007 | 1.400 SchülerInnen und 57 LehrerInnen in Grundschulen | k.A. |

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--------------|---|---|
| AOK ST | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 41 Kindertagesstätten in ST | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK ST | Dt. Jugendherbergswerk | „Fit durch den Tag“ – Kurzreiseangebote mit gesundheitsförderlichen Inhalten | 2005 - 2008 | SchülerInnen | k.A. |
| AOK ST | SPOG-Institut in Magdeburg | „HUBIG – Haltung und Bewegung in der Grundschule“ | 2005 - 2008 | 400 SchülerInnen an drei Grundschulen | k.A. |
| AOK ST, LVG ST, Unfallkasse ST | LVG ST | Regionales Unterstützungszentrum gesundheitsfördernde Schule (RUZ) | 1995 - offen | Regelmäßige Netzwerkarbeit mit rd. 500 Schulen | k.A. |
| AOK Westfalen-Lippe | LMU München | „TigerKids – Kindergarten aktiv“ | 2007 - offen | Kinder, Angestellte und Eltern in 130 Kindertagesstätten in NW | Int. Evaluation LMU München im Teilprogramm BY |
| AOK Westfalen-Lippe | AOK Westfalen-Lippe, Universität Paderborn | „AOK-Walking Bus – der aktive Schulweg“ | 2005 - offen | Bis 2008 in Westfalen-Lippe 5.600 SchülerInnen in 150 Grundschulen | Int. Evaluation Universität Paderborn |
| AOK Westfalen-Lippe | AOK Westfalen-Lippe, Weser-Bergland Klinik Höxter, Felix Fit Team Höxter GbR | „Mach mit bei Felix Fit – Bewegte Kinder“ | 2000 - offen | Rd. 400 Kindertagesstätten und 100 Grundschulen in Westfalen-Lippe | Ext. Evaluation Universität Paderborn |
| AOK Westfalen-Lippe | AOK Westfalen-Lippe, AOK Rheinland/HH, Wiss. Institut der Ärzte Deutschlands, Dt. Sportlehrerverband | „Schulen in Bewegung – Bewegungsförderung im Schulsport“ | 2008 - 2010 | 150 Schulen in Westfalen-Lippe | Int. Evaluation Wiss. Institut der Ärzte Deutschlands |
| AOK Westfalen-Lippe | AOK Westfalen-Lippe, IFT-Nord gGmbH | „Be Smart – Don't Start“ | 2001 - offen | Bis 2008 rd. 430.000 SchülerInnen in Westfalen-Lippe | Int. Evaluation IFT-Nord gGmbH |
| BKK BV | Universität Duisburg-Essen | BKK Gesundheitskoffer „Fit von klein auf“ | 2006 - offen | Bislang 1.000 Kitas | IFT Nord |
| BKK BV | Universität Duisburg-Essen | „Fit von klein auf – KiTa-Wettbewerbe“ | 2003-2008 | Kita-Personal bundesweit, jeweils als Landeswettbewerb, 2.700 Kitas | k.A. |
| BKK BV | Universität Duisburg-Essen | „Fit von klein auf – Internetgestütztes Aktivprogramm für Eltern und Kind“ | 2008 - offen | Eltern mit Kleinkindern | k.A. |
| BKK BV | Wellcome Hamburg | „Wellcome“ | 2006-2008 | Mütter mit Neugeborenen | k.A. |
| BKK BV | IFT Nord | „Be smart - don't start – Tabakprävention“ | 2003-2006 | SchülerInnen | Int. Evaluation |
| BKK BV | Klasse2000 e.V. | „Klasse2000“ | 2002 - 2006 | GrundschülerInnen | Int. Evaluation |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| BKK BV | Netzwerk Gesunde KiTa Neuss | „Netzwerk Gesunde KiTa Rhein-Kreis Neuss“ | 2004 - 2007 | k.A. | k.A. |
| BKK BV | Dt. Gesell- schaft f. Nikotin- prävention | „Fiese Falle – Nikotin- prävention“ | 2008 - offen | SchülerInnen im 5. und 6. Schuljahr | k.A. |
| BKK LV BW, Kultusministe- rium BW | s. F.-Träger | „Bauchgefühl – Prävention von Essstörungen“ | 2008 - offen | k.A. | Int. Evaluation |
| BKK LV HE, Sozialministe- rium HE, Gesundheits- amt Wies- baden | Frankfurter Zentrum f. Essstörungen | „Voll im Leben“ – Prävention von Essstörungen | k.A. | Pädagogische Fachkräfte, Eltern und Kinder von 3-6 Jahren in Wiesbaden | k.A. |
| BKK LV NW, Kultusministe- rium NW, Gemeinde- unfallversich- erungsver- band West- falen-Lippe, Rheinischer Gemeinde- unfallversich- erungsver- band, Landes- unfallkasse NW | Kultusministe- rium NW | Landesprogramm „OPUS NRW – Netzwerk Bildung und Gesundheit“ | 1997 - 2007, Neuauflag e 2009 geplant | Setting Schule; Setting Kinder- tagesstätte | Ext. Evaluation Universität Düsseldorf |
| BKK LV NW, Innenministe- rium NW | Landes- sportbund NW | „Schwer mobil“ | 2004 - 2011 | Sportvereine in NRW, übergewichtige Kinder | Int. Evaluation |
| BKK LV Ost | LVG BR | Audit „Gesunde Kita“ | 2006 - offen | Kita-Kinder, Eltern, Kita-Personal | k.A. |
| BKK LV Ost | LVG BR | Audit „Gesunde Schule“ | 2005 - offen | k.A. | k.A. |
| BKK LV Ost, AOK Plus, Kultusministe- rium SN | LVG SN | Internationaler Nichtraucher- wettbewerb „Be Smart – Don't Start“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| BKK LV Ost, BKK LV Nord | LVG ST | „Audit Gesunde Schule – Zertifizierungsverfahren Gesunde Schule“ | 1999 - offen | Schulen in 8 Bundesländern, 71 zertifiziert | Ext. Evaluation Fokus e,V. |
| BKK LV Ost, LVG ST, Kita- träger | LVG ST | Audit „Gesunde Kita“ | 2005 - offen | Kinder, Eltern, Personal in bislang 29 Kitas in ST | Int. Evaluation |
| BKK LV Ost | LVG ST | „Unterricht bewegt uns“ | 2005 | Sekundarschulen in ST | k.A. |
| BKK LV Ost, LVG ST | LVG ST | Aufsuchende Impflücken- schließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt | 2003 - 2005 | 37 Grundschulen mit rd. 4000 SchülerInnen in Sachsen-Anhalt | Ext. Evaluation Landesamt f. Verbraucher- schutz ST |
| BKK LV Ost, AOK Plus, Sozialministe- rium TH, Landwirt- | Landes- sportbund TH | „Fit ist cool“ – Netzwerk für mehr Bewegung und ausgewogene Ernährung | 2005 - offen | Kinder und Jugendliche | Ext. Evaluation Universität Jena |

| | | | | | |
|--|---|---|----------------------------------|--|---|
| schaftsministerium TH, u.a. | | | | | |
| BKK LV Ost | LVG TH | „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ | 1999 - offen | Kinder von 3 bis 6 Jahren, ErzieherInnen, Eltern; 8.200 € pro Jahr; seit 2006 nur noch Multiplikatoren Ausbildung nach Bedarf | Int. Evaluation, (QIP) |
| BKK R+V | Comelunicate Communication Wiesbaden | „Kinderfüße auf dem Prüfstand“ | 2004 - offen | Kita-Kinder, dauerhaft in 17 Kitas in HE | k.A. |
| HEAG BKK | Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte | „Starke Kids“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| DAK, Innenministerium HE, Sportjugend | Sportjugend | „Mehr Bewegung in den Kindergarten“ | 1998 - offen | Kinder von 3 bis 6 Jahren; 270 Kooperationen zwischen Kindergärten und Sportvereinen bis 2006 | k.A. |
| Knappschaft-Bahn-See | Klasse2000 e.V. | „Klasse2000“ | 2007 - 2010 | 50 Grundschulklassen | k.A. |
| Knappschaft-Bahn-See, Barmer, DAK, LKK'n, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Kreis Mettmann | Kreisgesundheitsamt Mettmann | „Lott jonn – Kindergarten in Bewegung“ | 2000 - 2006 | 81 Kindergärten im Kreis Mettmann; 35.000 € jährlich | Ext. Evaluation Dt. Sporthochschule Köln |
| mhplus BKK | s. F.-Träger | „Pfiffix – Kindersport-offensive“ | 2002 - offen | Kinder von 5 bis 10 Jahren, bislang rd. 3.000 Kinder; 15.000 € Jahresbudget | Qualitätssicherung Projektbeirat |
| mhplus BKK, BMELV | mhplus BKK | „Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.“ | 2006 - 2009, Fortsetzung geplant | 5000 Vorschulkinder; rd. 640.000 € | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| NOVITAS Vereinigte BKK | s. F.-Träger, Suchthilfenzentrum Nikolausburg | „Blau ist nur als Farbe schön“ | 2003 - offen | bislang ca. 200 Schulklassen | Ext. Evaluation Universität Duisburg-Essen |
| NOVITAS Vereinigte BKK | s. F.-Träger | „Ernährung und Bewegung für Kinder und Jugendliche im Stadtteil Duisburg-Neumühl“ | 2000 - 2005 | ca. 400 Kinder und Jugendliche im Stadtteil Duisburg - Neumühl | Ext. Evaluation Dt. Sporthochschule Köln |
| Taunus BKK, ab 2009 mit Kultusministerium HE | Taunus BKK | „School Kids – Vital in der Schule“, Programm zur Stressbewältigung | 2006 - offen | Bundesweit SchülerInnen der 5. Klassen, bisher 1.000 TeilnehmerInnen | Wiss. Begleitung und Evaluation Universität Karlsruhe |
| Kassen in NW, Arbeitsministerium NW, Umweltministerium NW, BZgA, Landessportbund NW | Landessportbund NW | „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ als Teilprogramm des Landesprogramms „Prävention von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter“ | 2007 - 2009 | 54 Kindertagesstätten in sozial benachteiligten Stadtteilen in NW; Jahresbudget 2007 rd. 98.000 €, Jahresbudget 2008 rd. 141.000 € | Ext. Evaluation Dt. Sporthochschule Köln |

| | | | | | |
|---|---|---|--------------|---|----------------------------------|
| Alle GKV-Kassen in NW, Gemeindeunfallversicherung NW, Dt. Krebshilfe, KVen | Landeskoordinierungsstelle f. Suchtvorbeugung in NW | „Leben ohne Qualm (LoQ) - Landesinitiative zur Förderung des Nichtrauchens“ | 2002 - offen | Kinder von 10 bis 13 Jahren in NW; Jahresbudget rd. 80.000 € | k.A. |
| Kaufmännische Krankenkasse | LVG NI | „Essen – Bewegen – Wohlfühlen“ | 2003 - 2007 | Setting Grundschule | k.A. |
| LKK SH/HH, Sozialministerium SH, IKK SH, Techniker Krankenkasse, u.a. | LVG SH, DGE | „Leibeslust/Lebenslust - Prävention von Essstörungen im Kindergarten“ | 2003 - offen | 23 Kitas und 5 Schulen bis 2007; rd. 22.000 € Jahresbudget | Qualitätssicherung Projektträger |
| LKK SH/HH, BMELV, Sozialministerium SH, IKK Nord, BKK Dräger, DAK, u.a. | BQOH gGmbH | „Ganztags leicht(er) leben“ | 2007 - 2009 | Kitas und Ganztagschulen; 919.000 € | Qualitätssicherung Projektträger |
| LKK'n, LBG | s. F.-Träger | „Kindersicherheitstage“ | 2003 - offen | 28 Veranstaltungen bis 2008 mit je rd. 175 Kindern; pro Veranstaltung 4.000 € | Int. Qualitätssicherung |
| BARMER Ersatzkasse, Gemeindeunfallversicherungsverbände, Bundesamt f. Gesundheit (CH) | Universität Lüneburg | „MindMatters – Mit psychischer Gesundheit die Schulqualität fördern“ | 2006 - 2009 | k.A. | k.A. |
| Techniker Krankenkasse, Kultusministerium NI, u.a. | LVG NI | „Be Smart – Don't Start“ - Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens | 2000 - offen | SchülerInnen der Jahrgangsstufen 6-10 | IFT-Nord |
| Techniker Krankenkasse, LVG ST | LVG ST | Kompetenzzentrum Körperwissen und Körpererfahrung | 2008 - 2009 | 1 Modell-Kita in Sachsen-Anhalt | k.A. |
| Techniker Krankenkasse, LVG ST, Kita-Gesellschaft Magdeburg mbH | LVG ST | „Kita bewegt Familie“ | 2008 - 2010 | 10 Kitas mit rd. 800 Kindern in Sachsen-Anhalt | Int. Evaluation |
| Techniker Krankenkasse, LVG ST | LVG ST | „Fit und stark fürs Leben“ | 2008 | 1 Grundschule mit rd. 140 SchülerInnen | k.A. |

| | | | | | |
|---|--|---|-------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Techniker Krankenkasse | Techniker Krankenkasse, HAW Hamburg | „primakids – Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting Schule“ | 2002 - 2006 | 9 Hamburger Grundschulen | Int. Evaluation HAW Hamburg |
| Techniker Krankenkasse, Landwirtschaftsministerium NI | Landes-schulbehörde Lüneburg, Konzept Vital Lüneburg | Ernährungsbildungsprogramm „Cuisinet“ | 2008 - 2009 | 14 Schulen in und um Lüneburg | k.A. |

Programme der LVGn

| Finanzierungsträger | Projektträger | Titel | Laufzeit | Zielgruppen und Budget | Qualitätssicherung/ Begleitforschung |
|--|---------------|---|---------------------------------------|--|---|
| BE | | | | | |
| LVG BE | s. F.-Träger | „Gesund essen mit Freude“ | 2004 - offen | Mütter mit sehr niedrigem Einkommen und/oder Migrationshintergrund | k.A. |
| BR | | | | | |
| Arbeitsministerium, Bildungsministerium, GKV-Spitzenverbände | LVG BR | „Kitas für Kitas – Transfer guter Beispiele im Setting Kita“ | 2007 - offen | Kita-Kinder, Eltern, Kita-Personal; 15.000 € in 2007 | Int. Evaluation |
| Arbeitsministerium | LVG BR | Vier Konsultationskitas Gesundheit | 2007 - offen | Kita-Personal | Int. Qualitätssicherung |
| Arbeitsministerium, AOK BR | LVG BR | „Emmi-Wettbewerb“ | 2005 – 2007; 2009 in Planung | Kita-Kinder, Eltern; 5.000 € Jahresetat | Int. Qualitätssicherung |
| Bildungsministerium, Arbeitsministerium | LVG BR | „OPUS – Netzwerk Gesunde Schule“ | 2000 - offen | k.A. | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG BR | Schülermentorenprogramm für Gesundheitsförderung, Ver- kehrs- und Mobilitätserziehung | k.A. | k.A. | k.A. |
| BZgA, Arbeitsministerium | LVG BR | „Kinderliedertour Nase, Bauch und Po“ | 2007 - 2008 | Kita-Kinder, Kita-Personal | k.A. |
| BKK LV Ost | LVG BR | Audit „Gesunde Kita“ | 2006 - offen | Kita-Kinder, Eltern, Kita-Personal | k.A. |
| BKK LV Ost | LVG BR | Audit „Gesunde Schule“ | 2005 - offen | k.A. | k.A. |
| BW | | | | | |
| Robert Bosch Stiftung, Sponsoren | LVG BW | „Kommunale Adipositas- prävention bei Kindern und Jugendlichen“ | 2007 - 2010 | Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren, diverse Professionals und öffentliche Träger | k.A. |
| BY | | | | | |
| Umweltministerium | LVG BY | „Disco-Fieber: Prävention von Verkehrsunfällen“ im Schwer- punkt „Verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol“ des Programms „Gesund.Leben.- Bayern.“ | 2005 - 2008 | Jahrgangsstufe 5 und 6 | k.A. |
| Umweltministerium | LVG BY | „Bayern atmet durch – Kampagnen zum Gesundheit- schutz durch Nichtrauchen“ im Schwerpunkt „Rauchfreie Lebenswelt“ des Programms „Gesund.Leben.Bayern.“ | 2007 - 2008 | Besonderes Augenmerk auf Jugendliche | k.A. |
| HE | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--------------|---|--|
| Sozialministerium | LVG HE, Turnverband, Institut f. Sporternährung Bad Nauheim | „KiGa-Go - Aktion aktive Kinder“ | 2003 - offen | Kinder von 3 bis 6 Jahren | k.A. |
| Sozialministerium | LVG HE, Turnverband | „SpielSportSpaß-Tag“ - Teilprogramm von „KiGa-Go - Aktion aktive Kinder“ | 2007 - offen | Kinder in Kindertagesstätten, Kita-Personal, Eltern | k.A. |
| HH | | | | | |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „Ernährungsbaukasten – sieben Unterrichtseinheiten zum Thema Ernährung“ | 2001 - offen | SchülerInnen der Klassen 1 bis 4, Eltern, Lehrkräfte; Jahresetat rd. 50.000 € | Int. Evaluation |
| Behörde f. Umwelt, Behörde f. Bildung, u.a. | LVG HH | Dreistündige Unterrichtseinheit „Klassenfrühstück – Klasse Frühstück“ | 2001 - 2005 | SchülerInnen der Klassen 1 bis 4, Lehrkräfte, Eltern; bis 2003 rund 9.300 SchülerInnen erreicht | Int. Evaluation |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „Kitas fit für die Zukunft – Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“ | 2006 - 2009 | Kita-Kinder, Eltern, ErzieherInnen; rd. 230.000 € für drei Jahre | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| Behörde f. Soziales, Krankenkassen | LVG HH | „PATERAS – Proaktive Telefonberatung Rauchen und Schwangerschaft“ | 2006 - 2009 | Schwangere und deren Familien; rd. 110.000 € für drei Jahre | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| k.A. | LVG HH, Landesinstitut f. Lehrerbildung und Schulentwicklung | „Hamburger Netzwerk Schulverpflegung“ | 2007 - offen | Einrichtungen, die sich mit Schulverpflegung befassen | k.A. |
| k.A. | LVG HH | „Gesundheitspreis für Schulen“ | 2002 - offen | Hamburger Schulen aller Schulformen und Schulstufen | k.A. |
| k.A. | LVG HH | „Spannende Schule – entspanntes Miteinander“ | 2004 - 2006 | 4 Hamburger Schulen | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| NI | | | | | |
| BMBF | LVG NI | „OPUS - Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit“ in Niedersachsen | 1997 - 2002 | Setting Schule | k.A. |
| Kultusministerium, Landesamt f. Lehrerbildung und Schulentwicklung, LVG NI, Techniker Krankenkasse, Sparkassen- und Giroverband NI | LVG NI | „Be Smart – Don't Start“ - Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens | 2000 - offen | SchülerInnen der Jahrgangsstufen 6-10 | IFT-Nord |
| GKV-Spitzenverbände, u.a. | LVG NI | „Gesund Leben Lernen“ | 2003 - offen | Setting Schule | Int. Evaluation; Bundesprogramm evaluiert d. Uni-Klinik Eppendorf, Gesomed |

| | | | | | |
|--|---|---|--------------|--|--|
| | | | | | Freiburg |
| Kaufmännische Krankenkasse | LVG NI | „Essen – Bewegen – Wohlfühlen“ | 2003 - 2007 | Setting Grundschule | k.A. |
| NW | | | | | |
| Arbeitsministerium | LVG NW | Wettbewerb „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen – Innovative Projekte im Gesundheitswesen“ | 1994 - offen | Präventionsprojekte | k.A. |
| Arbeitsministerium | Bis 2007 Landesinstitut f. d. ÖGD, ab 2008 LVG NW | "Gesundheit von Mutter und Kind" | k.A. | Schwangere, Eltern, Gesundheitsberufe | k.A. |
| Arbeitsministerium | Bis 2007 Landesinstitut f. d. ÖGD, ab 2008 LVG NW | Internetdatenbank „Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen“ | k.A. | Präventionsträger | k.A. |
| RP | | | | | |
| GKV-Spitzenverbände, Bildungsministerium, Arbeitsministerium | LVG RP | „Gesund leben lernen – Netzwerk Schulen für Gesundheit“ | 2003 - offen | SchülerInnen, Schulpersonal, Eltern | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf |
| Bildungsministerium, Arbeitsministerium | LVG RP | „Elternschule – für eine gesunde Familie“ | 2004 - offen | Eltern, ErzieherInnen, weitere soziale Berufe | Int. Evaluation |
| Arbeitsministerium, Bildungsministerium, Krankenkassen | LVG RP | „Netzwerk Regionaler Knoten Rheinland-Pfalz zur Förderung der Kindergesundheit in sozial benachteiligten Lebenslagen“ | 2006 - offen | Diverse soziale Berufsgruppen, Multiplikatoren und Entscheidungsträger | Wiss. Begleitung Wissenschaftszentrum Berlin |
| Arbeitsministerium | LVG RP, Gesundheitsämter, AIDS-Hilfen | „AIDS-/STD-Schulpräventionswoche“ | 2007 - offen | SchülerInnen an weiterführenden Schulen | Int. Evaluation |
| Arbeitsministerium, Bildungsministerium | LVG RP | Suchtpräventives Schülermultiplikatorenprogramm „Auf der Suche nach ...“ | 1995 - offen | SchülerInnen, Lehrkräfte | k.A. |
| Arbeitsministerium, Bildungsministerium | LVG RP | „Be Smart – Don't Start“ - Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens | 2000 - offen | SchülerInnen ab Klasse 5 | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „Kompetenznetz Essstörungen“ | 2006 - offen | Kinder ab 10 Jahren, Angehörige, Fachkräfte und Multiplikatoren | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „Prävention von Essstörungen in Rheinland-Pfalz“ | 2008 - 2009 | Präventionsprojekte in RP, Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | Netzwerk „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ | 2006 - offen | Kinder ab 5 Jahren, Fachkräfte und Multiplikatoren | k.A. |
| Arbeitsministerium | LVG RP | „Viva Familia – Lokale Bündnisse für Familie in RLP“ | 2005 - offen | Junge Familien, Fachkräfte | k.A. |
| Arbeits- | LVG RP | „FamTische“ – Programm zur | k.A. | Eltern | k.A. |

| | | | | | |
|---|-----------------------|---|--------------|---|---|
| ministerium | | Elternvernetzung | | | |
| SH | | | | | |
| Sozialministerium, u.a. | LVG SH, DGE | „OptiKids – Kinderleicht“ | 2005 - 2008 | Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Sozialministerium, u.a. | LVG SH, DGE | „Rück(g)rat – Ergonomie und Bewegung im Kindergarten“ | 2005 - offen | Kinder und Jugendliche | k.A. |
| Sozialministerium, LKK SH/HH, IKK SH, Techniker Krankenkasse, u.a. Kassen | LVG SH, DGE | „Leibeslust/Lebenslust - Prävention von Essstörungen im Kindergarten“ | 2003 - offen | 23 Kitas und 5 Schulen bis 2007, rd. 22.000 € Jahresbudget | Qualitätssicherung Projektträger |
| SL | | | | | |
| Krankenkassen, Unfallkasse | LVG SL | "Gesunde Schule im Saarland" | 2003 - 2008 | Schulen im Saarland | k.A. |
| BMELV, Arbeitsministerium | LVG SL | "Es bewegt sich was in Malstadt" - Teilprojekt von „KINDER-LEICHT. Besser essen. Mehr bewegen.“ | 2007 - 2009 | Kinder und Stadtteilakteure in Saarbrücken-Malstadt; 300.000 € vom BMELV, 30.000 € vom Arbeitsministerium | Ext. Evaluation Bundesforschungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel |
| k.A. | LVG SL | Überprüfung und Optimierung der Schulverpflegung | 2007 - 2009 | Schulen im Saarland | k.A. |
| SN | | | | | |
| Sozialministerium | LVG SN | Koordinierungsstelle „Gesund aufwachsen in Kindertageseinrichtungen“ | 2006 - offen | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Träger, Kita-Personal, Gesundheitsberufe | k.A. |
| Sozialministerium | LVG SN | Kindergartenwettbewerb „Unser Kinder-Garten – Ein Garten für alle Sinne“ | 2007 - 2009 | Vorschulkinder, Eltern, Kita-Träger, Kita-Personal | k.A. |
| Kultusministerium, BKK LV Ost, AOK Plus | LVG SN | Internationaler Nichtraucherwettbewerb „Be Smart – Don't Start“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| k.A. | LVG SN | Audit „Gesunde KiTa“ | k.A. | Zertifizierung von fünf Kindertagesstätten in 2007 | k.A. |
| Kultusministerium | LVG SN | „Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen im Freistaat Sachsen“ | k.A. | k.A. | k.A. |
| Sozialministerium (bis 2006 Landwirtschaftsministerium) | LVG SN (bis 2007 DGE) | „Fachstelle für Kinderernährung“ (bis 2007 „Ernährungserziehung Sachsen“) | 1992 - offen | Kinder von 4 bis 10 Jahren, ErzieherInnen, LehrerInnen, Eltern, Ernährungsberufe, Multiplikatoren | k.A. |
| ST | | | | | |
| LVG ST, Unfallkasse | LVG ST | Servicebüro Gesunde Kindertagesstätte | 2000 - offen | Regelmäßige Netzwerkarbeit mit rd. 300 Kitas in Sachsen-Anhalt | k.A. |
| LVG ST, BKK LV Ost, Kita-Träger | LVG ST | Audit „Gesunde Kita“ | 2005 - offen | Kinder, Eltern, Personal in bislang 29 Kitas in Sachsen-Anhalt | Int. Evaluation |
| BKK LV Ost, | LVG ST | „Audit Gesunde Schule – | 1999 - | Schulen in 8 Bundesländern, 71 | Ext. Evaluation |

| | | | | | |
|---|---|--|-----------------|---|--|
| BKK LV Nord | | Zertifizierungsverfahren "Gesunde Schule" | offen | zertifiziert | Fokus e.V. |
| LVG ST, Landes- sportbund | s. F.-Träger | „Familienfreundlicher Sportverein“ | 2007 - 2009 | Familien | Wiss. Beglei- tung Gender- Institut ST |
| LVG ST, Städtische Werke Magdeburg GmbH, Hallische Wasser und Abwasser GmbH, u.a. | LVG ST, Kindertages- stätte "Kasten" in Magdeburg, Städtische Werke Magdeburg GmbH | Errichtung eines Trinkbrunnens | 2004 - offen | 30 Kitas und Grundschulen | Int. Evaluation |
| LVG ST, Landesver- waltungsamt, GKV-Spitzen- verbände, u.a. | LVG ST | „Gesund leben lernen“ - Betriebliche Gesundheits- förderung in Kita und Schule insbesondere in sozialen Brennpunkten | 2003 - 2008 | 4 Kitas mit rd. 500 Kindern und 19 Schulen mit rd. 10.000 SchülerInnen | Ext. Evaluation Uni-Klinik Eppendorf, Gesomed Freiburg |
| LVG ST, Gesundheits- ministerium | LVG ST | Landeskonzept zur Förderung der Körperwahrnehmung und des Körperwissens – Referentenpool | 2006 - 2008 | Rd. 1.700 Kitas mit rd. 118.000 Kindern in ST | k.A. |
| LVG ST, Techniker Kranken- kasse | LVG ST | Kompetenzzentrum Körperwissen und Körpererfahrung | 2008 - 2009 | 1 Modell-Kita | k.A. |
| LVG ST, Kita- Gesellschaft Magdeburg mbH, Techniker Kranken- kasse | LVG ST | „Kita bewegt Familie“ | 2008 - 2010 | 10 Kitas mit rd. 800 Kindern | Int. Evaluation |
| LVG ST, Unfallkasse, AOK ST | LVG ST | Regionales Unterstützungs- zentrum gesundheitsfördernde Schule (RUZ) | 1995 - offen | Regelmäßige Netzwerkarbeit mit rd. 500 Schulen | k.A. |
| LVG ST, Landesver- waltungsamt | LVG ST | „Ich bin ich – Kompetenz- förderung für Mädchen“ | 2007 - offen | 3 Sekundarschulen mit rd. 800 Schülerinnen der Klassen 5 bis 10 | k.A. |
| LVG ST, BKK LV Ost | LVG ST | Aufsuchende Impflücken- schließung in Grundschulen in Sachsen-Anhalt | 2003 - 2005 | 37 Grundschulen mit rd. 4000 SchülerInnen in ST | Ext. Evaluation Landesamt f. Verbraucher- schutz |
| LVG ST, Techniker Kranken- kasse | LVG ST | „Fit und stark fürs Leben“ | 2008 | 1 Grundschule mit rd. 140 SchülerInnen | k.A. |
| BKK LV Ost | LVG ST | „Unterricht bewegt uns“ | 2005 | Sekundarschulen in ST | k.A. |
| TH | | | | | |
| BKK LV Ost | LVG TH | „Gesunde Kindertagesstätte – erleben und gestalten“ | 1999 - offen | Kinder im Vorschulbereich im Alter von 3 bis 6 Jahren, Erzieherinnen und Erzieher, Eltern; 8.200 € pro Jahr; seit 2006 nur noch Multiplika- torenausbildung nach Bedarf | Int. Evaluation, (QIP) |
| Sozial- ministerium, | LVG TH | Internationaler Nichtraucher- wettbewerb „Be Smart – Don't | 2000 - offen | SchülerInnen der 6. bis 8. Klassen, die nicht rauchen oder mit dem | Ext. Evaluation IFT Nord |

| | | | | | |
|--|------------------------------|--|--------------|---|-----------------|
| Kultusministerium, AOK Plus, BKK, KKH, DAK | | Start“ | | Rauchen experimentieren; 8.800 € pro Schuljahr | |
| Sozialministerium | LVG TH | Regionalkonferenz „Lebens(t)raum Schule“ | 1995 - 2005 | LehrerInnen, SozialpädagogInnen, Schüler- und ElternvertreterInnen, polit. EntscheidungsträgerInnen; 4.000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Medienprojekt „Wir lassen uns nicht manipulieren“ – Vom richtigen Umgang mit der Vielfalt der Medien und der Werbung | 2002 - offen | alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, z.B. Schule (SchülerInnen 11-15 Jahre); 5.500 € pro Projektumsetzung | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | IMPULSE für Gesunde Ernährung | 2006 - offen | Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z.B. ohne Hauptschulabschluss), Langzeitarbeitslose, Jugendliche in berufsvorbereitenden und berufsbildenden Maßnahmen; 9.000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Ideenwettbewerb „IMPULSE für Gesundheit“ | 2006 - 2008 | Personen mit sehr niedriger Schulbildung (z.B. ohne Hauptschulabschluss), Jugendliche in berufsvorbereitenden Maßnahmen; 6000 € pro Schuljahr | Int. Evaluation |
| Sozialministerium, AOK Plus | LVG TH | Sozialraumorientierte Gesundheitsförderung in Jena-Winzerla | 2004 - offen | alle Personen innerhalb einer Lebenswelt, MultiplikatorInnen Bildung; 4.500 € pro Jahr | Int. Evaluation |
| k.A. | LVG TH | „Kids for Kids“ | 1993 - 2003 | 230 SchülerInnen der Klassenstufen 7 und 8 von Regelschulen und Gymnasien als Schülermultiplikatoren ausgebildet | k.A. |
| Sozialministerium | LVG TH | „Love Island“ – Präventionsprojekt zur AIDS-Prävention und Sexualpädagogik | 2004 - offen | Jugendliche im Alter von 14 bis 16 Jahren; 5 Projekte (pro Projekt Anschaffungskosten von 2.000 €) sind in 5 verschiedenen Thüringer Regionen stationiert und können ausgeliehen werden | Int. Evaluation |
| LVG TH, AOK Plus, Universität Halle-Wittenberg | Universität Halle-Wittenberg | „Gesund und stark lehren, lernen, leben“ | 2008 - 2009 | Entwicklung von Unterrichtskonzepten in Grundschulen zum Thema Gesundheitsförderung; Gesamtbudget 5.500 € | k.A. |

Programme und Projekte der Praxisbüros Gesunde Schule

| Finanzierungsträger | Projektträger | Titel | Laufzeit | Zielgruppen und Budget | Qualitätssicherung/ Begleitforschung |
|---|-----------------------------|--|-----------------|---|---|
| Bremerhaven | | | | | |
| ÄK HB, Lehrerfortbildungsinstitut Bremerhaven | Praxisbüro Bremerhaven | Veranstaltungen zum Thema "Gesunde Schule" im Rahmen der jährlich stattfindenden Gesundheitswoche | 2001 - offen | Schulen in Bremerhaven | k.A. |
| Lehrerfortbildungsinstitut Bremerhaven | s. F.-Träger | „Lehrer- und Ärztetag“ im Rahmen der jährlich stattfindenden Gesundheitswoche | 2001 - offen | LehrerInnen in Bremerhaven | k.A. |
| Freising | | | | | |
| Jeweilige Schule | Kultusministerium BY | Lehrerfortbildung im Landes- programms „Voll in Form“ | 2008 - offen | LehrerInnen in Grundschulen | k.A. |
| Praxisbüro Freising u.a. | Grundschule Moosburg Süd | „Lernförderndes Klassenzimmer“ | 2008 - offen | SchülerInnen der Grundschule Moosburg Süd | Int. Nutzer- befragung |
| Gemeinde Neufahrn | Hauptschule Neufahrn | Lärmreduzierung durch Akustiksanieierung mehrerer Räume | 2008 | SchülerInnen und LehrerInnen der Hauptschule Neufahrn | Int. Nutzer- befragung |
| Hauptschule Neufahrn | s. F.-Träger | Gesunder Pausenverkauf durch SchülerInnen | 2008 - offen | SchülerInnen der Hauptschule Neufahrn | k.A. |
| Hannover | | | | | |
| An Projekten der LVG Niedersachsen beteiligt | | | | | |
| Saarbrücken | | | | | |
| Krankenkassen, Unfallkassen SL | LVG SL | "Gesunde Schule im Saarland" | 2003 - 2008 | Schulen im Saarland | k.A. |
| Stuttgart | | | | | |
| Gesundheitsamt Stuttgart, Forum Gesunde Stadt Stuttgart | s. F.-Träger | „g'sund & g'scheit“ Gesundheit und Bildung – Netzwerk Gesundheitsfördernde Tages- einrichtungen und Schulen in Stuttgart | 2004 - offen | Kinder/SchülerInnen und Personal in 14 Tageseinrichtungen und sechs Schulen; 15.000 € Jahres- budget plus Personal des Gesundheitsamtes | QS-Zirkel |

Forschungsgruppe Public Health

Public Health ist Theorie und Praxis der auf Gruppen bzw. Bevölkerungen bezogenen Maßnahmen und Strategien der Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten durch Senkung von (pathogenen) Belastungen und Förderung von (salutogenen) Ressourcen. Public Health untersucht und beeinflusst epidemiologisch fassbare Verursachungszusammenhänge und Bewältigungsmöglichkeiten. Solche Interventionen sind sowohl vor als auch nach Eintritt von Erkrankungen bzw. Behinderungen von gesundheitlichem Nutzen. Insofern erstreckt sich der Gegenstandsbereich von Public Health sowohl auf Prävention als auch auf Krankenversorgung. Wissenschaftlich ist Public Health eine Multidisziplin, politisch-praktisch sollen die daraus herleitbaren Wahrnehmungsmuster, Entscheidungskriterien und Handlungspostulate in nahezu alle gesellschaftlichen Gestaltungsbereiche und Politikfelder integriert werden. Im Vergleich zum dominanten Umgang des Medizinsystems mit gesundheitlichen Risiken und Problemen beinhaltet Public Health tiefgreifende Veränderungen der Wahrnehmungs-, Handlungs- und Steuerungslogik für die daran beteiligten Professionen und Institutionen. Die Forschungsgruppe untersucht fördernde und hemmende Bedingungen für Entstehung, Entwicklung und Wirkungen der mit Public Health intendierten sozialen Innovation.

Unter diesem Gesichtswinkel konzentrieren sich die überwiegend qualitativ ansetzenden und zum Teil international vergleichenden Arbeiten der Gruppe gegenwärtig auf Prävention und Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Organisationslernen (z. B. in Betrieben Stadtteilen und Institutionen) sowie durch zielgruppenspezifische Kampagnen (v. a. HIV/Aids) und auf Veränderungen im Bereich der Krankenversorgung (an den Beispielen Integrierte Versorgung und Krankenhaussteuerung).

Homepage: <http://www.wzb.eu>

Wissenschaftliche Mitglieder der Forschungsgruppe:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock (Leiter)

Dr. Michael Bochow

Dr. Anja Dieterich

Katrin Falk, M. A.

Meggi Khan-Zvorničanin

Dr. Sebastian Klinke

Dr. Susanne Kümpers MPH

Dr. Michael Noweski

Dr. Hella von Unger

Dr. Holger Wellmann

Dr. Michael T. Wright LICSW, MS

Papers der Forschungsgruppe Public Health

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
Reichpietschufer 50
10785 Berlin
Tel: 030 25491-577 Fax: 030 25491-556

WZB Public Health Homepage: <http://www.wzb.eu/bal/ph/publikationen.de.htm>
auf der Homepage sind Abstracts für die Papers ab 1995 einzusehen

2009

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|---|--|
| SP I 2009-301 | Michael Bochow/Axel J. Schmidt/Stefanie Grote | „Das schnelle Date“ – Internetgestützte Sexualekontakte und HIV-Infektionsrisiko. Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung |
| SP I 2009-302 | Michael Noweski | Policy Learning im Politikfeld Primärprävention |
| SP I 2009-303 | Axel J. Schmidt/ Michael Bochow | Trends in Risk Taking and Risk Reduction Among German MSM. Results of Follow-Up Surveys „Gay Men and AIDS“ 1991-2007 |
| SP I 2009-304 | Michael Noweski | Primärprävention bei Kindern in Deutschland – Bestandsaufnahme und Kritik |

2008

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|--|--|
| SP I 2008-301 | Susanne Kümpers | Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Prävention |
| SP I 2008-302 | Fabian Engelmann/ Anja Halkow | Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung |
| SP I 2008-303 | Rolf Rosenbrock | Primärprävention – Was ist das und was soll das? |
| SP I 2008-304 | Michael Noweski | Ausreifung von Politikfeldern – Metapher oder Theorie? |
| SP I 2008-305 | Jens Holst | Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! Überarbeitete und aktualisierte Fassung des WZB Discussion Papers SP I 2007-304 |
| SP I 2008-306 | Lars E. Kroll/Thomas Lampert/Cornelia Lange/Thomas Ziese | Entwicklung und Einflussgrößen der gesunden Lebenserwartung |
| SP I 2008-307 | Hella von Unger/Michael T. Wright (Hg.) | „An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis“ – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health |

2007

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|---|---|
| SP I 2007-301 | Sebastian Klinke | Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern, Teil II |
| SP I 2007-302 | Marc Suhrcke/Dieter Urban/Kim Moesgaard Iburg/David Schwappach/Till Boluarte/Martin McKee | The economic benefits of health and prevention in a high-income country: the example of Germany |
| SP I 2007-303 | Hella von Unger/ Martina Block/ Michael T. Wright | Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht |
| SP I 2007-304 | Jens Holst | Kostenbeteiligungen für Patienten – Reformansatz ohne Evidenz! |
| SP I 2007-305 | Susanne Kümpers | Nationale und lokale Pfadabhängigkeit: Die Steuerung integrierter Versorgung. Institutionenorientierte Studien in England und den Niederlanden am Beispiel der Versorgung von Menschen mit Demenz |
| SP I 2007-306 | Edward Velasco | Behavioural surveillance and HIV prevention in men who have sex with men. Reports from Australia, Belgium, Canada, France, Germany, Switzerland, the United Kingdom, and the United States |

2006

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|--|--|
| SP I 2006-301 | Martina Block | Qualitätssicherung der Primärprävention im Fokus. Eine Untersuchung zu Erfahrungen und Wünschen der Aids-Hilfen in Deutschland |
| SP I 2006-302 | James I. Martin | Jenseits der Homosexualität? Zur Zukunft der HIV-Prävention für schwule Männer Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock und einer Replik von Michael T. Wright |
| SP I 2006-303 | Hagen Kühn | Der Ethikbetrieb in der Medizin Korrektur oder Schmiermittelder Kommerzialisierung |
| SP I 2006-304 | Werner Maschewsky | „Healthy public policy“ – am Beispiel der Politik zu Umweltgerechtigkeit in Schottland |
| SP I 2006-305 | Hartmut Reiners | Der Homo oeconomicus im Gesundheitswesen |
| SP I 2006-306 | Eva Barlösius/ Regine Rehaag (Hg.) | Skandal oder Kontinuität - Anforderungen an eine öffentliche Ernährungskommunikation Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock |
| SP I 2006-307 | Michael Noweski/ Fabian Engelmann | Was ist Gesundheitspolitikologie? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung |

| | | |
|---------------|---------------------------------------|--|
| SP I 2006-308 | Zsofia Nemeth | HIV-Primärprävention in Osteuropa. Ein Vergleich der HIV-Primärpräventionsstrategien von Estland, Polen und Ungarn. Mit einem Vorwort von Rolf Rosenbrock |
| SP I 2006-309 | Sebastian Klinke/ Hagen Kühn | Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004 |
| SP I 2006-310 | Anja Dieterich | Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht |
| SP I 2006-311 | Petra Buhr/ Sebastian Klinke | Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien |
| SP I 2006-312 | Michael T. Wright/ Michael Noweski | Internetstricher. Eine Bestandsaufnahme der mann-männlichen Prostitution im Internet |
| SP I 2006-313 | Michael Noweski/ Michael T. Wright | Aids-Forschung im Internet. Erfahrungen aus einer Studie zur mann-männlichen Prostitution. |

2005

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|------------------------------------|--|
| SP I 2005-301 | Hildegard Theobald | Social exclusion and social care for the elderly. Theoretical concepts and changing realities in European welfare states |
| SP I 2005-302 | Verena Mörath | Die Trimm-Aktionen des Deutschen Sportbundes zur Bewegungs- und Sportförderung in der BRD 1970 bis 1994 – "So ein Wurf wie der Trimmy gelingt nur einmal im Leben" |
| SP I 2005-303 | Sebastian Klinke | Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischem Wandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen |
| SP I 2005-304 | Michael T. Wright Martina Block | Bestandsaufnahme der Aktivitäten der AIDS-Hilfen zu Evaluation und Qualitätssicherung in der Primärprävention |
| SP I 2005-305 | Jens-Uwe Niehoff | Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zwischen Korporatismus und Wettbewerb |

2004

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|--------------------|--|
| SP I 2004-301 | Werner Maschewsky | Umweltgerechtigkeit. Gesundheitsrelevanz und empirische Erfassung |
| SP I 2004-302 | Hildegard Theobald | Care services for the elderly in Germany. Infrastructure, access and utilisation from the perspective of different user groups |
| SP I 204-303 | Klaus Priester | Aktuelle und künftige Dimensionen demenzieller Erkrankungen in Deutschland – Anforderungen an die Pflegeversicherung |

SP I 204-304 Michael Noweski Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens

2003

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------------|-------------------|--|
| SP I 2003-301 | Thomas Gerlinger | Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996 |
| SP I 2003-302 | David Klemperer | Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation |
| SP I 2003-303 | Hans-Jürgen Urban | Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System |

2002

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|---------------------|--|
| P02-201 | Nicola Wolf | Krankheitsursachen Gene. Neue Genetik und Public Health |
| P02-202 | Christa Brunswicker | Information und Dokumentation für New Public Health. Informationsströme, Akteure und Institutionen am Beispiel BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie) und vCJK (Variante der Creutzfeld-Jakob-Krankheit) |
| P02-203 | David Klemperer | „Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada |
| P02-204 | Thomas Gerlinger | Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel |

2001

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|-------------------|--|
| P01-208 | Uwe Lenhardt | Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege? Dokumentation eines Workshops am 5.4.01 in Magdeburg |
| P01-207 | Susanne Jordan | Violence and Adolescence in Urban Settings: A Public Health Approach Based on the MLIVEA Framework |
| P01-206 | Hans-Jürgen Urban | Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit – Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende |
| P01-205 | Michael Simon | Die Ökonomisierung des Krankenhauses – Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen |
| P01-204 | Hagen Kühn | Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung |
| P01-203 | Uwe Lenhardt | Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit |

| | | |
|---------|-----------------|---|
| P01-202 | Hagen Kühn | Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive: Dimension und Leitbild eines politisch-ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses |
| P01-201 | John Harrington | A contingent Value? The Changing Role of Autonomy in Law on AIDS |

2000

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|---------------|--|
| P00-202 | Uwe Lenhardt | Betriebliche Prävention im Umbruch –Stand und Perspektiven des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung in Sachsen-Anhalt, Dokumentation eines Workshops, veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 11. Februar 2000 in Magdeburg |
| P00-201 | Michael Simon | Neue Krankenhausfinanzierung – Experiment mit ungewissem Ausgang: Zur geplanten Umstellung auf ein DRG-basiertes Fallpauschalensystem |

1999

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|--|--|
| P99-205 | Rolf Rosenbrock | Neue Wege zu alten Zielen? Anforderungen an eine Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung |
| P99-204 | Birgit Lampe | Die Bedeutung von ‚Gender‘ in latein-amerikanischen HIV/Aids-Programmen – eine Befragung von Nicht-Regierungsorganisationen - |
| P99-203 | Rainer Herrn | „Vereinigung ist nicht Vereinheitlichung“. Aids-Prävention für schwule Männer in den neuen Ländern: Befunde, Erfordernisse, Vorschläge |
| P99-202 | Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Francoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrick Pinell, Michel Setbon with Assistance by Norbert Brömme, Anne Gröger | The Aids Policy Cycle in Western Europe - From Exceptionalism to Normalization |
| P99-201 | Rolf Rosenbrock, Doris Schaeffer, Martin Moers, Francoise Dubois-Arber, Patrice Pinell, Michel Setbon unter Mitarbeit von Norbert Brömme und Anne Gröger | Die Normalisierung von Aids in Westeuropa. Der Politik-Zyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit |

1998

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|--------------------------------------|---|
| P98-206 | Rolf Rosenbrock (ed.) | Politics behind Aids Policies. Case Studies from India, Russia and South Africa |
| P98-205 | Rolf Rosenbrock Werner Maschewsky | Präventionspolitische Bewertungskontroversen im Bereich ‚Umwelt und Gesundheit‘ |
| P98-204 | Lisa Luger | HIV/AIDS prevention and ‚class‘ and socio-economic related factors of risk of HIV infection |

| | | |
|---------|---|---|
| P98-203 | Rolf Rosenbrock | Gesundheitspolitik – Einführung und Überblick |
| P98-202 | Andreas Mielck Kathrin Backett-Milburn Stephean Pavis | Perception in Health Inequalities in Different Social Inequalities, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and in the United Kingdom |
| P98-201 | Rolf Rosenbrock | Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit |

1997

| Nr. | Verfasser | Titel |
|---------|-----------------------|---|
| P97-205 | Joyce Dreezens-Fuhrke | Soziokulturelle und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen für ein frauenspezifisches HIV/Aids-Präventionsprogramm in Indonesien |
| P97-204 | Michael Simon | Das Krankenhaus im Umbruch – Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem |
| P97-203 | Rolf Rosenbrock | Gemeindenaher Pflege aus Sicht von Public Health |
| P97-202 | Hagen Kühn | Managed Care- Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA |
| P97-201 | Uwe Lenhardt | Zehn Jahre "Betriebliche Gesundheitsförderung" – Eine Bilanz |