

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-Forschungsverbünde 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 nachprüfbare 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 Jugendgesundheitssurvey (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.

Obgleich 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 Jugendgesundheitssurvey 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.

Angeichts 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 Zusammenhangs 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

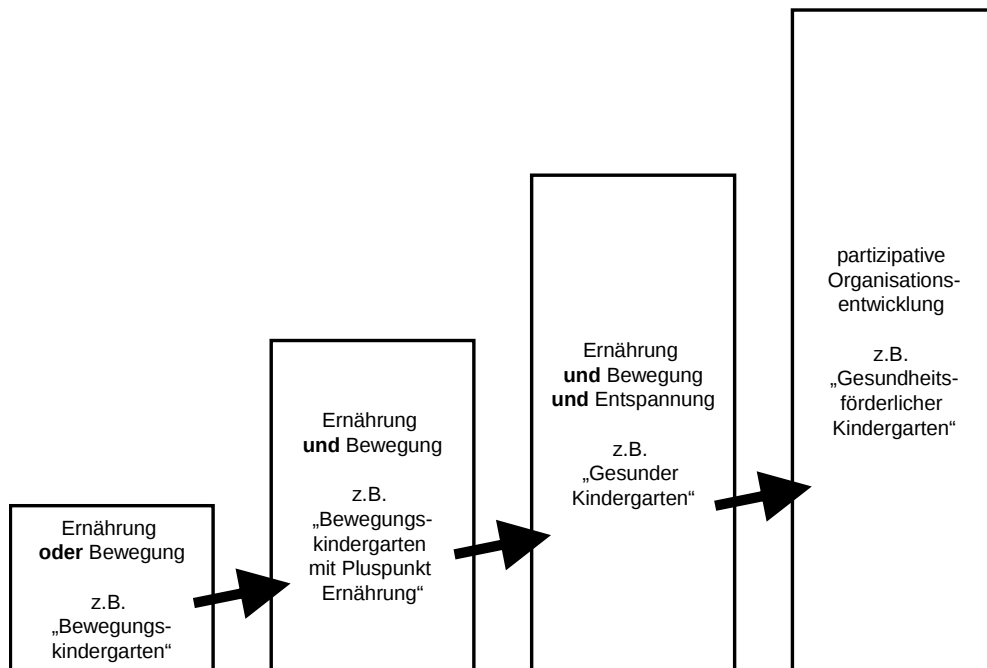
Viele der Programme sind auf einen Aspekt von Kindergesundheit fokussiert und behandeln beispielsweise ausschließlich das Thema Rauchen. Solche One-Issue-Programme gelten in der Regel als weniger wirksam, verglichen mit Interventionen, die auch unspezifisch verhaltenswirksame Faktoren (Anreize und Auslöser) 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.

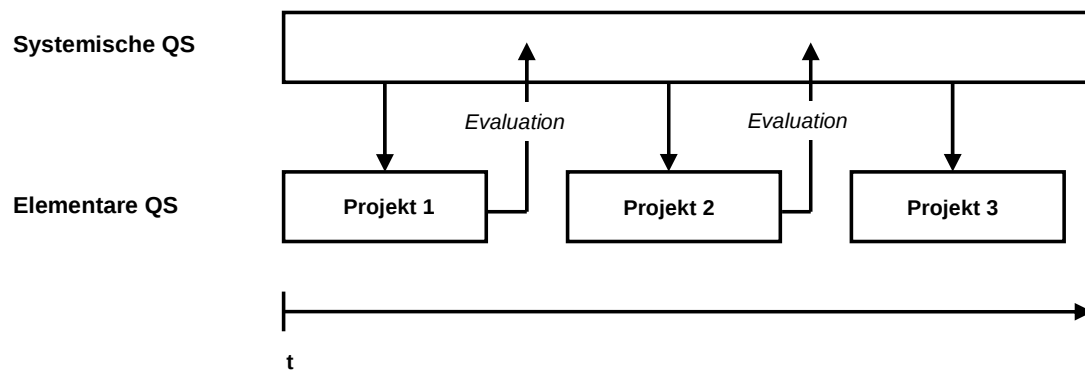
56 Bahrs et al. 2005.

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 Kooperationsverbünde 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 sozialeepidemiologischen 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. Reisig/M. Wildner/E. Nagel (2007): Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstruments 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 Karlshuld. *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	Projektträger	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 Ganztagserschulsystems "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.
B MELV	s. F.-Träger	Sechs Wanderausstellungen zur Kinderernährung	2001 - 2007	SchülerInnen, LehrerInnen, Eltern; rd. 640.000 €	k.A.
B MELV	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
B MELV	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
B MELV	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
B MELV	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
B MELV, 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
B MELV, 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 Ganztags-schulen in SH; 919.000 €	k.A.
BMELV, Landwirtschafts-ministerium 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 Bundesforschungs-institut 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 „Schutzensystem 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, Hessensstiftung 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 suchtkranker 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, Landessportbund NW, Krankenkassen	Landessportbund NW	„Anerkannter Bewegungskindergarten 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 Nicht- rauchen“ im Schwerpunkt „Rauchfreie Lebenswelt“ des Programms „Gesund.-Leben.Bayern.“	2007 - 2008	Besonderes Augenmerk auf Jugendliche	k.A.
Umweltministerium	Stiftung Kinder- gesundheit 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 Lebensmit-	„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 Schulverpflegung“	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.
Kultusministerium	Kultusministerium	Zertifizierungsprogramm	2008 -	Schulträger, SchülerInnen	k.A.

rium	rium, Landes-sportbund	„Sportfreundliche Schule“	offen		
Kultusministe- rium	Kultusministe- rium, 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- schaftsminis- terium, 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 „Schutzensel 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 – Prävention 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 Nuckelflaschenkaries (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	„Ernährungstruck: 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	„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, Landessportbund MV, Landeskriminalamt MV, Radiosender Antenne MV	s. F.-Träger	„Wir in Mecklenburg-Vorpommern – 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 Teilprogramm BY
AOK NI	LVG NI	„Gesund leben lernen“	2006 - offen	67 Schulen in Mitte 2008	k.A.
AOK NI, BMFSFJ, Senatorin f. Arbeit HB, Sozialministerium SN, 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
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 Teilprogramm BY
AOK Plus, BMBF, HTWK Leipzig	HTWK Leipzig	Prävention und Gesundheitsförderung 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 Unterrichtskonzepten 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, Sozialministerium TH	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
AOK Plus, Sozialministerium TH	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
AOK Plus, Sozialministerium 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, Sozialministerium TH, Kultusministerium TH	LVG TH	Internationaler Nichtraucherwettbewerb „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	Landessportbund TH	Förderpreis "Bewegungsfreundliche 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 – Internet-gestütztes 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

schaftsministeri- um 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 Multiplika- torenausbildung nach Bedarf	Int. Evaluation, (QIP)
BKK R+V	Comelunicate Communi- cation 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, Innen- ministerium HE, Sport- jugend	Sportjugend	„Mehr Bewegung in den Kindergarten“	1998 - offen	Kinder von 3 bis 6 Jahren; 270 Kooperationen zwischen Kinder- gärten 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 Gemeinde- unfallversiche- rungsver- band, Kreis Mettmann	Kreisgesund- heitsamt Mettmann	„Lott jonn – Kindergarten in Bewegung“	2000 - 2006	81 Kindergärten im Kreis Mettmann; 35.000 € jährlich	Ext. Evaluation Dt. Sporthoch- schule 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	Qualitäts- sicherung Projektbeirat
mhplus BKK, BMELV	mhplus BKK	„Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.“	2006 - 2009, Fortsetz- ung geplant	5000 Vorschulkinder; rd. 640.000 €	Ext. Evaluation Bundesforsch- ungsanstalt f. Ernährung und Lebensmittel
NOVITAS Vereinigte BKK	s. F.-Träger, Suchthilfe- zentrum 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. Sporthoch- schule Köln
Taunus BKK, ab 2009 mit Kultusministe- rium HE	Taunus BKK	„School Kids – Vital in der Schule“, Programm zur Stressbewältigung	2006 - offen	Bundesweit SchülerInnen der 5. Klassen, bisher 1.000 TeilnehmerInnen	Wiss. Beglei- tung und Evaluation Universität Karlsruhe
Kassen in NW, Arbeits- ministerium NW, Umwelt- ministerium NW, BZgA, Landessport- bund NW	Landes- sportbund NW	„Anerkannter Bewegungs- kindergarten mit dem Plus- punkt Ernährung“ als Teilpro- gramm 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

Alle GKV-Kassen in NW, Gemeinde-unfallversicherung 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, Gemeinde-unfallversicherungsverbände, 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 Kranken- kasse	Techniker Kranken- kasse, HAW Hamburg	„primakids – Primär- prävention und Gesund- heitsförderung im Setting Schule“	2002 - 2006	9 Hamburger Grundschulen	Int. Evaluation HAW Hamburg
Techniker Kranken- kasse, Landwirt- schafts- ministerium NI	Landes- schulbehörde Lüneburg, Konzept Vital Lüneburg	Ernährungsbildungs- programm „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, Verkehrs- 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 Adipositasprävention 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 Schwerpunkt „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 Gesundheitsschutz 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 Landesprogramms „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. Nutzerbefragung
Gemeinde Neufahrn	Hauptschule Neufahrn	Lärmreduzierung durch Akustiksanierung mehrerer Räume	2008	SchülerInnen und LehrerInnen der Hauptschule Neufahrn	Int. Nutzerbefragung
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, Unfallkasse 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 Tageseinrichtungen und Schulen in Stuttgart	2004 - offen	Kinder/SchülerInnen und Personal in 14 Tageseinrichtungen und sechs Schulen; 15.000 € Jahresbudget 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
Katrín Falk, M. A.
Meggi Khan-Zvorničanin
Dr. Sebastian Klinké

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 Sexualkontakte 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 Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung

SP I 2006-308	Zsafia 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 Möraht	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 ordnungspolitischen Wandel im Gesundheitswesen – Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefarzten 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	Gemeindenahe 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