



## Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung

### Gesunde Ernährung und Bewegung bei Kindern – Erste Umriss eines gemeinsamen Aktionsplans für Berlin und Brandenburg

*Von Dieter Kleiber & Rüya Kocalevent; FU Berlin*

Parlamentarischer Abend  
des Masterplan-Handlungsfeldes „Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation  
und Ernährung“, Berlin, den 3. 12. 2008

# Hintergrund:

---

37 Millionen Erwachsene und rund 2 Millionen Kinder und Jugendliche sind in Deutschland übergewichtig oder adipös. Bei den 3 bis 17 jährigen Kindern sind 15 % übergewichtig u. über 6% adipös.

Die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt!

Die Chance, als Übergewichtige(r) dauerhaft wieder normalgewichtig zu werden, ist leider nur gering! Deshalb ist die primäre Prävention von Übergewicht/Adipositas so wichtig!

Zentrale Handlungsfelder in der Ernährungspolitik:

- eine Stärkung von Ernährungsbewusstsein und Selbstverantwortung
- eine Förderung der Ernährungsinformation und -bildung in den Schulen
- mehr Bewegung und mehr Sport
- Qualitätsstandards, Wettbewerb und Zertifizierung von Gemeinschaftsverpflegung in Schulen, Kindergärten oder öffentlichen Einrichtung
- eine Stärkung der Ernährungsforschung.

In 05/07: Vorlage des **Eckpunktepapiers der Bundesregierung**

Zentrales Ziel ist es, bis 2020:

- das Ernährungs- und Bewegungsverhalten nachhaltig zu verbessern,
- die Zunahme von Übergewicht bei Kindern zu stoppen und
- die Verbreitung von Übergewicht zu verringern.

11/08: **Nationaler Aktionsplan** zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten IN FORM wurde gerade gestern vorgestellt

Ziel: Anknüpfend an bereits existierende Länderinitiativen sollen flächendeckende Strukturen in den Ländern und Kommunen zur Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung angestoßen u. etabliert werden. Etablierung eines nachhaltigen Prozesses!

# Vorschlag für die Region:

---

## **Erarbeitung eines regionalen Berlin-Brandenburgischen Aktionsplans „Gesunde Ernährung und Bewegung“ in Kitas und Schulen (Frühjahr/Sommer 2009).**

Ziel: bis 2012 ist das Ernährungs- u. Bewegungsverhalten von Kindern in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg nachhaltig zu verbessern

# Elemente eines regionalen Aktionsplanes

1. Epidemiologisches Monitoring
2. Gesundheitsziele
3. Bestandsaufnahme und Bewertung vorhandener Massnahmen und Initiativen (z.B. Kitabefragung; Experteninterviews mit Trägern; Projektdokumentation)
4. Massnahmen
  - a. Vorbildfunktion der öffentlichen Hand
  - b. Information, Bildung und Fortbildung
  - c. Qualitätsverbesserung bei der Ernährung
  - d. Leuchtturmprojekte
  - e. Forschung: Grundlagenforschung, Anwendungsorientierte Forschung; Evaluation und Qualitätssicherung

## Stand der Dinge...

## Gründung und Etablierung einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe

- Ausarbeitung eines Rahmenkonzepts für einen Aktionsplan
- Zwei Workshops
- Initiierung einer Unterarbeitsgruppe, in der konkrete Projektvorschläge erarbeitet werden sollen
- Mind. 20 Sitzungen

# Stand der Dinge 2

## Epidemiologie/KIGGS 2007

### BMI kategorisiert nach Altersgruppen und Geschlecht, alle Prozentangaben gewichtet

	Stark unter Normalgewicht ( $< P3$ ) % (95 % KI)	Unter Normalgewicht ( $P3 - < P10$ ) % (95 % KI)	Normalgewicht % (95 % KI)	Übergewichtig, nicht adipös ( $> P90 - P97$ ) % (95 % KI)	Adipös ( $> P97$ ) % (95 % KI)	Probanden mit Messwert (ungewichtet) Anzahl	Kein Messwert %
<b>3–6 Jahre</b>							
Jungen	1,3 (0,9–2,0)	4,0 (3,2–5,0)	85,8 (83,8–87,5)	6,4 (5,2–7,9)	2,5 (1,8–3,4)	1934	0,8
Mädchen	1,5 (1,0–2,3)	3,6 (2,8–4,8)	85,5 (83,7–87,1)	6,0 (5,1–7,1)	3,3 (2,4–4,5)	1902	1,2
Gesamt	1,4 (1,1–1,9)	3,8 (3,2–4,6)	85,6 (84,4–86,8)	6,2 (5,4–7,1)	2,9 (2,3–3,6)	3836	1,0
<b>7–10 Jahre</b>							
Jungen	2,0 (1,5–2,9)	5,1 (4,1–6,3)	77,0 (74,9–79,0)	8,9 (7,6–10,4)	7,0 (5,8–8,3)	2119	0,3
Mädchen	1,8 (1,2–2,7)	6,7 (5,4–8,2)	76,8 (74,3–79,1)	9,0 (7,6–10,7)	5,7 (4,7–6,9)	2012	0,5
Gesamt	1,9 (1,5–2,5)	5,9 (5,1–6,8)	76,9 (75,3–78,4)	9,0 (8,0–10,0)	6,4 (5,6–7,3)	4131	0,4
<b>11–13 Jahre</b>							
Jungen	2,5 (1,8–3,6)	7,0 (5,7–8,5)	72,2 (69,6–74,6)	11,3 (9,7–13,1)	7,0 (5,6–8,7)	1580	0,5
Mädchen	2,3 (1,5–3,5)	5,5 (4,3–6,9)	73,3 (70,5–75,9)	11,6 (9,8–13,7)	7,3 (5,9–9,0)	1484	0,3
Gesamt	2,4 (1,8–3,2)	6,2 (5,3–7,3)	72,7 (70,6–74,7)	11,4 (10,1–12,9)	7,2 (6,1–8,3)	3064	0,4
<b>14–17 Jahre</b>							
Jungen	2,4 (1,7–3,3)	4,8 (3,9–5,9)	75,6 (73,4–77,7)	9,0 (7,8–10,4)	8,2 (7,0–9,5)	1897	0,3
Mädchen	1,4 (0,9–2,3)	4,9 (3,9–6,0)	76,8 (74,5–78,9)	8,1 (6,7–9,7)	8,9 (7,5–10,4)	1819	0,8
Gesamt	1,9 (1,4–2,5)	4,8 (4,2–5,6)	76,2 (74,6–77,7)	8,6 (7,7–9,6)	8,5 (7,6–9,6)	3716	0,6
<b>Gesamt 3–17 Jahre</b>							
Jungen	2,1 (1,7–2,5)	5,1 (4,6–5,7)	77,7 (76,5–78,9)	8,8 (8,0–9,7)	6,3 (5,6–7,0)	7530	0,5
Mädchen	1,7 (1,4–2,1)	5,1 (4,5–5,8)	78,2 (77,0–79,3)	8,5 (7,9–9,2)	6,4 (5,8–7,1)	7217	0,7
Gesamt	1,9 (1,6–2,2)	5,1 (4,7–5,6)	78,0 (77,0–78,9)	8,7 (8,2–9,2)	6,3 (5,8–6,9)	14.747	0,6

P3, P10, P90, P97: geschlechts- und altersspezifische Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. [25]

# Stand der Dinge: Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008-1: Einschulungsuntersuchungsdaten 2006

Körpergewicht der Einschüler/innen (Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild)<sup>1</sup> gesamt, im Vergleich zum Vorjahr, nach Geschlecht, sozialer Lage und Herkunft in Berlin 2006 - Angaben in %

Merkmal	n =	Gewichtskategorie				
		deutlich untergewichtig (<3. Perzentil)	untergewichtig (3. bis <10. Perzentil)	normal-gewichtig (10. bis 90. Perzentil)	übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	adipös (>97. Perzentil)
insgesamt 2005	27.590	2,3	5,0	80,3	7,1	5,2
insgesamt 2006	27.259	2,3	5,1	80,8	6,8	5,0
<b>Geschlecht</b>						
Jungen	14.229	2,3	4,9	80,7	6,7	5,3
Mädchen	13.030	2,2	5,3	80,9	6,9	4,7
<b>Soziale Lage <sup>2</sup></b>						
<u>untere soziale Schicht</u>	8.243	2,3	4,4	76,1	9,0	8,3
mittlere soziale Schicht	8.510	2,3	5,8	80,9	6,6	4,5
<u>obere soziale Schicht</u>	8.085	2,2	5,4	86,0	4,6	1,8
<b>Herkunft <sup>3</sup></b>						
<u>deutsch</u>	18.308	2,5	5,9	83,0	5,4	3,2
<u>türkisch</u>	3.281	1,0	2,1	73,2	12,1	11,6
<u>arabisch</u>	1.053	1,4	2,8	77,7	10,7	7,4
osteuropäisch	2.272	2,6	5,1	77,4	7,5	7,4
aus westl. Industriestaaten	633	1,9	3,5	82,6	6,8	5,2
aus sonstigen Staaten	1.615	2,4	4,5	77,6	8,6	6,9

Bildungsferne und einkommensschwache Bevölkerungsschichten sind überdurchschnittlich von Fehlernährung und Übergewicht betroffen und weisen am häufigsten Merkmale einer Essstörung auf.

Raten Kitabesuch:  
>96%

Probleme:  
Kinder arabischer und osteurop. Herkunft haben deutlich niedr. Raten

<sup>1</sup> Korrektur der Berechnungsweise gegenüber 2005 bei Vergleichen mit dem Vorbericht beachten (vgl. Methodik und Tabellen B1 bis B4 im Anhang)

<sup>2</sup> Fehlende Angaben zur sozialen Lage in 8,9 % der Fälle (n = 2.421)

<sup>3</sup> Fehlende Angaben zur Herkunft in 0,4 % der Fälle (n = 97)

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

# Stand der Dinge

## Gesundheitsberichterstattung Berlin 2008-1: Zur Bedeutung der Kitas

Körpergewicht der Einschüler/Innen (Referenzsystem nach Kromeyer-Hauschild)<sup>1</sup> nach Kita-Besuchsdauer in Berlin 2006 - Angaben in %

Kita-Besuchsdauer <sup>1</sup>	n =	Gewichtskategorie				
		deutlich untergewichtig (<3. Perzentil)	untergewichtig (3. bis <10. Perzentil)	normal-gewichtig (10. bis 90. Perzentil)	übergewichtig (>90. bis 97. Perzentil)	adipös (>97. Perzentil)
kein Besuch	979	2,9	5,3	73,4	9,8	8,6
< 1/2 Jahr	329	1,5	6,1	76,9	10,0	5,5
1/2 bis 2 Jahre	3.534	1,8	4,1	79,7	7,6	6,8
> 2 Jahre	21.976	2,3	5,2	81,4	6,4	4,6
insgesamt	26.818	2,3	5,1	80,8	6,8	5,0

<sup>1</sup> Korrektur der Berechnungsweise gegenüber 2005 bei Vergleichen mit dem Vorbericht beachten (vgl. Methodik und Tabellen B1 bis B4 (Anhang))

<sup>2</sup> Fehlende Angaben zum Kitabesuch in 1,6 % der Fälle (n = 441)

(Datenquelle: SenGesUmV Berlin / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

## Zwischenfazit zur Epidemiologie

Eine ähnlich wie bei Kiggs bevölkerungsrepräsentativ angelegte Gesundheitsberichterstattung fehlt derzeit noch in der Gesundheitsregion (bisherige Schwerpunktsetzung auf Einschulungsuntersuchungen)

Deshalb soll angeregt werden, durch regelmäßiges Monitoring des Gesundheits-, Ernährungs-, Bewegung-, und Freizeitverhaltens von Kindern und Jugendlichen der Region die Möglichkeit dafür zu schaffen, dass den entsprechenden Befundstatus regelmäßig zu erheben, sowie die Wirksamkeit von Massnahmen bevölkerungsbezogen bewerten zu können

# Stand der Dinge: Gesundheitsförderung in Kitas

---

## Zwischenfazit:

Hier liegen je eine aktuelle Studie aus Brandenburg und Berlin vor, die jedoch noch weiter ausgewertet werden sollten.

vgl. Beitrag Kocalevent/Kleiber

# Stand der Dinge: Projektdokumentation

---

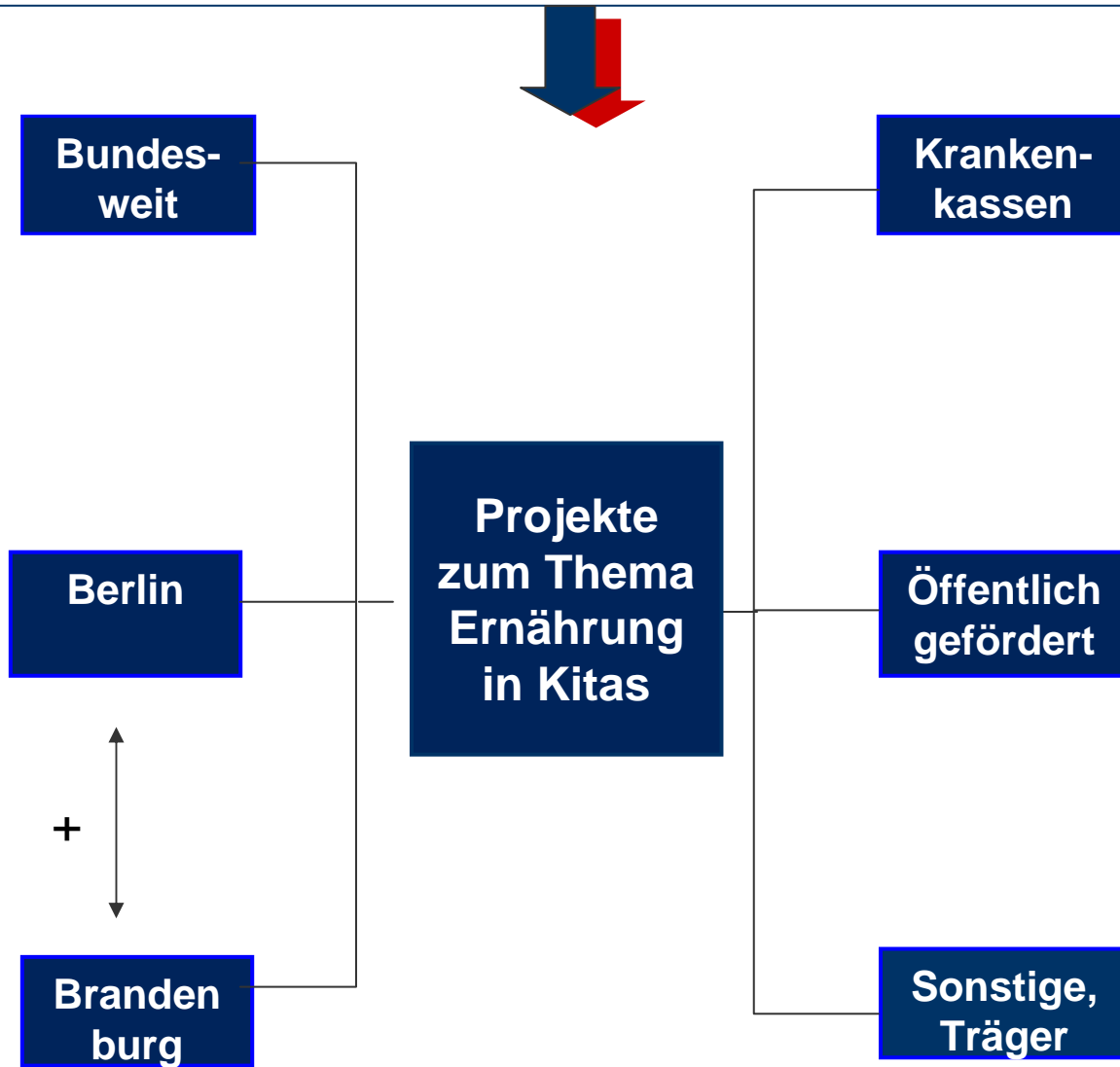
## Internetrecherche

Stand: Nov. 2008

Quellen: (Datenbanken, über 50 websites von Krankenkassen, Ministerien, Institutionen, Vereinen, etc...)

Suchstring: (Kita\*, Ernährung, Projekte, Kinder)

Regionen: Berlin und/oder Brandenburg



## Vorläufiger Stand:

### Beispiele:

- Deutsche Olympia Gesellschaft (*Olympia bewegt Kids*)
- MASGF (*Bündnis gesund Aufwachsen*) mit Regionalem Knoten Brandenburg (Emmi – Eltern machen mit; Audit gesunde Kita)
- MBSJ
- ARGE Netzwerk „gesunde Kita“
- Stadt Senftenberg (Gesunde Kita)
- AOK (Tiger Kids)
- BKK (Fit von Klein auf-Wettbewerb)
- BKK u.a. (Gesunde Kita; Fit Kid im Kochbus)
- TKK (Gesunde Kita)
- IKK (Ein Kindergarten bewegt sich)
- BZgA (Apfelklops & Co)
- Landesstelle für Suchtfragen (Kinder ganzheitlich fit machen; Kitas für Kitas)

....u.v.m.

## Zwischenfazit Projektdokumentation:

---

- Die Gesundheitsregion hat schon viel zu bieten
- Die Reichweite der Projekte ist zumeist ziemlich begrenzt
- Bevölkerungswirksamkeit der Massnahmen kann sicherlich verbessert werden
- Die Vernetzung der Projekte/Initiativen kann verbessert werden
- Die laufenden Projekte sind nur zu einem kleinen Teil evaluiert

# Stand der Dinge: Die Sicht der Träger

---

## Zwischenfazit:

Die geplanten Experteninterviews stehen noch aus. Ergebnisse können im Frühjahr erwartet werden

# Empfehlungen:

---

## Implikationen für einen gemeinsamen Aktionsplan Berlin/Brandenburg:

- Multimethodale Ansätze verfolgen (Integration von Ernährung Bewegung, Entspannung u. Freizeitverhalten).
- Leuchtturmprojekte fördern: Kita Coaches (salutogenetischer Ansatz).
- Unterscheidung in primäre und sekundäre Zielgruppen (Zielgruppe sind nicht allein die Kinder sondern auch ErzieherInnen u. Eltern.)
- Elternbeteiligung sollte unbedingt gestärkt werden
- Kitaphase ist eine ganz zentrale Bildungsphase: deshalb Professionalisierung, Akademisierung von Aus- und Weiterbildung der ErzieherInnen; Fortentwicklung der Aus- u. Fortbildungscurricula.

## Empfehlungen und nächste Schritte

---

- Vorbildfunktion der öffentlichen Hand stärken!
- Verbesserung von Bildung u. Information über Ernährung, Bewegung u. Gesundheit.
- Verbesserung der Verpflegungsqualität in Kitas u. Schulen (DGE-Richtlinien stehen noch aus)
- Regionenübergreifende Leuchtturmprojekte (fort-)entwickeln u. fördern.
- Vorschläge zur Verstärkung der Gesundheits-/Public Health-Forschung u. Lehre zu Bewegung/Ernährung, Freizeitverhalten und Sport, sowie zur Evaluation und Qualitätssicherung von Massnahmen im Rahmen des regionalen Aktionsplanes Evaluationsvorhaben.
- Ausarbeitung des Aktionsplanes; Diskussion und Verabschiedung des Aktionsplanes in der Arbeitsgruppe zum Handlungsfeld; Vorstellung des Aktionsplanes bei den Verantwortlichen des Masterplanes; politische Beschlüsse Vorstellung u. Umsetzung des Aktionsplanes.



# Welche Elemente sollte der regionale Aktionsplan enthalten?

1. Epidemiologisches Monitoring bzw. Auswertung von Informationen zum Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, zu Essstörungen, Übergewicht, Adipositas, Untergewicht, mot. Leistungsfähigkeit von Kindern u. Jugendlichen, Freizeitverhalten etc. (Ziel: Optimierung der Gesundheitsberichterstattung)
2. Vorschläge für Ernährungs- u. bewegungsbezogene Gesundheitsziele für Kinder in der Region.
3. Ein Forschungsbericht, der zentrale Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas enthält. Befragung von Kitas (vgl. Vortrag Kocalevent & Kleiber)
4. Eine Projektdokumentation, die eine Bestandsaufnahme bereits laufender Massnahmen u. Projekte in Berlin u. Brandenburg enthält (noch laufend).
5. Eine Einschätzung des Massnahmebedarfs durch Träger von Kitas (Experteninterviews: in Realisation)
6. Empfohlene Massnahmen:
  - Vorbildfunktion der öffentlichen Hand stärken (Medienkampagne)
  - Förderung von Ausbildung, Bildung u. Information über Ernährung, Bewegung u. Gesundheit.
  - Förderung von Bewegung im Alltag von Kitas u. Schulen
  - Verbesserung der Verpflegungsqualität in Kitas u. Schulen
  - Vorschläge zur Verstärkung der Gesundheits-/Public Health-Forschung u. Lehre zu Bewegung/Ernährung, Freizeitverhalten und Sport, sowie zur Evaluation und Qualitätssicherung von Massnahmen im Rahmen des regionalen Aktionsplanes.