Kompendium über die vorhandenen Modelle guter Praxis

Arbeitsergebnis 6.2

Arbeitspaket 6:

Gesunde Lebenswelten durch integrierte Ansätze

Verantwortlicher Partner: OGYEI

Beteiligte Partner: NCPHA, MoH BG, NIHD, FAU, DGE, ATEITH, OEFI, MoH I, ISS, SPKC, MISA, SUM, UBB, UVZSR, NIJZ, AECOSAN, DGS FR

JANPA - Joint Action on Nutrition and Physical Activity (Zuwendungsvereinbarung (Grant Agreement) Nr. 677063) wurde durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Union (2014-2020) gefördert

Der Inhalt dieses Arbeitsergebnisses stellt lediglich die Ansichten des Verfassers/der Verfasserin dar und unterliegt seiner/ihrer alleinigen Verantwortung; es kann nicht davon ausgegangen werden, dass er die Ansichten der Europäischen Kommission und/oder der Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel oder eines anderen Gremiums der Europäischen Union widerspiegelt.
Die Europäische Kommission und die Agentur übernehmen keine Verantwortung für den Gebrauch der darin enthaltenen Informationen.

Die Deutsche Beteiligung an JANPA wurde, im Rahmen der Initiative IN FORM, vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft und vom Bundesministerium für Gesundheit, gefördert.

Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung

Über IN FORM: IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de

Gefördert durch:

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Vollständige Bezeichnung der Gemeinschaftsaktion	Joint Action on Nutrition and Physical Activity
Akronym der Gemeinschaftsaktion	JANPA
Finanzierung	Die Gemeinschaftsaktion wurde durch das Gesundheitsprogramm der Europäischen Union (2014-2020) gefördert
Zuwendungsvereinbarung	Grant Agreement Nr. 677063
Startdatum	01.09.2015
Dauer	27 Monate

DOKUMENTENMANAGEMENT

Arbeitsergebnis	6.2 „Kompendium über die vorhandenen Modelle guter Praxis“
Arbeitspaket und Aufgabe	Arbeitspaket 6; Aufgabe 6.2
Leitung	OGYEI
Weitere Mitwirkende	NCPHA, MoH BG, NIHD, FAU, DGE, ATEITH, OEFI, MoH I, ISS, SPKC, MISA, SUM, UBB, UVZSR, NIJZ, AECOSAN, DGS FR
Fälligkeitsmonat für das Arbeitsergebnis	M20
Tatsächlicher Monat der Einreichung	M22
Typ *R: Dokument, Bericht* *DEC: Webseiten, Patentanmeldungen, Videos etc.* *SONSTIGE*	R
Verbreitungsebene *PU: öffentlich CO: vertraulich, nur für Mitglieder des Konsortiums (einschließlich der Kommissionsdienststellen)*	PU

INHALTSVERZEICHNIS

DANKSAGUNG 1
GLOSSAR 2
ZUSAMMENFASSUNG 3
EINLEITUNG 4
Der EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014-2020 4
Die Gemeinschaftsaktion „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ und das Arbeitspaket 6 6
Was trägt zu einer gesunden Umgebung in Kindertageseinrichtungen und Schulen bei? 8
Wie können gesundheitsfördernde Umgebungsstrukturen geschaffen werden? 9
METHODIK UND ANALYSE 11
Beschreibende Analyse der erfassten Beispiele guter Praxis 12
Welche Bestandteile einer gesunden Umgebungsstruktur in der Schule wurden in den erfassten Beispielen guter Praxis aufgegriffen? 18
Wie berücksichtigen die erfassten Initiativen soziale Ungleichheiten? 20
SCHLUSSFOLGERUNGEN 21
BERICHTE VON BEISPIELEN GUTER PRAXIS 22
Bulgarien 23
Deutschland 29
Estland 44
Frankreich 49
Griechenland 62
Irland 75
Italien 83
Lettland 101
Luxemburg 108
Malta 113
Polen 117
Rumänien 122
Slowakei 131
Slowenien 142
Spanien 151
Ungarn 161
Anhang Datenerhebungsbogen zur Erfassung von Beispielen guter Praxis 171

DANKSAGUNG

Dieses Kompendium wurde von Viktoria Kovacs und Csilla Kaposvari erstellt. Eszter Sarkadi-Nagy, Orsolya Kis und Márta Bakacs leisteten technische Unterstützung. Die Erstellung des Kompendiums wäre ohne die engagierte Mitwirkung von Einzelpersonen und Organisationen aus JANPA und insbesondere aus dem Arbeitspaket 6 nicht möglich gewesen. Wir möchten uns besonders bei folgenden Personen bedanken, die mit viel Zeitaufwand Informationen zum landesspezifischen Kontext und zu den Beispielen guter Praxis zusammengestellt sowie Rückmeldungen zu den ersten Entwürfen gegeben haben.

- Bulgarien: Vesselka Duleva, Nelia Mikushinska
- Deutschland: Dilani Janssen, Meike Ernestine Tecklenburg, Sven Messing, Karim Abu-Omar
- Estland: Triinu Kalle, Anneli Sammel
- Frankreich: Michel Chauliac
- Griechenland: Maria Hassapidou, Anna Kokkinopoulou, Emilia Vasilopoulou
- Irland: Alice Sheahan
- Italien: Enrica Pizzi, Paola Nardone, Laura Lauria, Angela Spinelli
- Lettland: Sanda Terela, Lilita Mitrofanova
- Luxemburg: Yolande Wagener
- Malta: Mariella Borg Buontempo
- Polen: Elzbieta Niedworok, Katarzyna Brukalo
- Rumänien: Petru Sandu, Răzvan Chereches
- Slowakei: Dagmar Nemethova, Jana Hamade
- Slowenien: Samo Belavic
- Spanien: Teresa Robledo, Jesus Campos, M. Angeles Dal Re, Carmen Villar
- Ungarn: Barbara Nagy

Wir möchten uns außerdem bei dem WHO-Regionalbüro für Europa für die Bereitstellung der Daten für die Informationsblätter zum landesspezifischen Kontext bedanken.

GLOSSAR

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMI	Body-Mass-Index
EU	Europäische Union
GP	Gute Praxis
Kita	Kindertageseinrichtung
KKS	Kaufkraftstandards
K. A.	keine Angabe
JANPA	Gemeinschaftsprojekt „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“
SMART	spezifisch, messbar, ansprechend, realistisch und terminiert
SoS	Sozioökonomischer Status
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WP	Arbeitspaket

ZUSAMMENFASSUNG

Adipositas bei Kindern ist ein komplexes Problem, zu dem verschiedene Faktoren beitragen und gegen das integrierte Maßnahmen ergriffen werden müssen. Im Jahr 2014 beschloss die Europäische Union, sich dieser Herausforderung gemeinschaftlich anzunehmen, und erstellte den „EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014-2020“, in dem acht vorrangige Aktionsfelder festgelegt wurden.

Die Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit der Europäischen Kommission bot durch das Gesundheitsprogramm der EU Unterstützung an, um die Durchführung des EU-Aktionsplans zu erleichtern und 25 Mitgliedstaaten sowie Norwegen ab September 2015 für ein zweijähriges Gemeinschaftsprojekt zusammenzubringen. Das Ziel der Gemeinschaftsaktion „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ (JANPA) ist es, dazu beizutragen, den Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen bis zum Jahr 2020 zu stoppen.

Das JANPA-Arbeitspaket 6 „Gesunde Lebenswelten durch integrierte Ansätze“ konzentriert sich auf das zweite Aktionsfeld des EU-Aktionsplans „Förderung von gesundheitsfördernden Umgebungsstrukturen, vor allem in Schulen und Kindertageseinrichtungen“. Mit dem Arbeitspaket 6 sollen Leitlinien für politische Regelungen und Initiativen auf verschiedenen Ebenen entwickelt werden, um die Schaffung von effektiveren Maßnahmen in den Partnerländern zu erleichtern. In diesem Zusammenhang werden im Arbeitspaket 6 Beispiele guter Praxis aus den Partnerländern des Arbeitspakets 6 gesammelt und analysiert. Dieses Dokument ist das zweite Arbeitsergebnis des Arbeitspakets 6 und gibt einen Überblick über die gesammelten Beispiele guter Praxis.

Dieses Kompendium über die vorhandenen Modelle guter Praxis umfasst verschiedene Beispiele aus 16 europäischen Ländern, die auf standardisierte Weise gesammelt wurden. Er bietet Informationen über 39 verschiedene Beispiele guter Praxis, um sowohl einen empirischen als auch einen analytischen Beitrag auf diesem Gebiet zu leisten. Hierdurch soll das transformative Potenzial dieser Maßnahmen gestärkt werden.

Die Einleitung beginnt mit einer kurzen Beschreibung des EU-Aktionsplans und der Gemeinschaftsaktion. Anschließend werden die zentralen Bestandteile einer gesunden Umgebungsstruktur in den Schulen entsprechend ihrer Darstellung im EU-Aktionsplan zusammengefasst. Im nächsten Kapitel werden die Möglichkeiten, durch Maßnahmen sowie politische Regelungen zu einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in Kindertageseinrichtungen und Schulen beitragen können, adaptiert nach einem WHO-Modell, dargestellt. Im folgenden Abschnitt werden die angewendete Methodik beschrieben, der Prozess kritisch reflektiert und eine kurze deskriptive Analyse der gesammelten Beispiele guter Praxis präsentiert. Im Kapitel „Schlussfolgerungen“ werden schließlich die während der Entwicklung des Kompendiums gewonnenen Erkenntnisse kommentiert.

Im zweiten Teil des Kompendiums werden die Beispiele guter Praxis in detaillierten Berichten dargestellt. Die Initiativen werden nach Ländern in alphabetischer Reihenfolge aufgeführt und wie folgt gegliedert: Zusammenfassung, Ziele, verwendeter Ansatz, geografische Abdeckung, Hauptzielgruppe, Beschreibung der Intervention, angestrebte Verhaltensweisen, bekämpftes Risikoverhalten, hauptsächliches Umfeld, Beschreibung der Evaluation, gesetzlicher Rahmen, Gesamtbudget, Finanzierungsquellen, Wirkung und Kontaktinformationen. Für jedes Land werden zudem relevante Informationen über den landesspezifischen Kontext präsentiert.

EINLEITUNG

Der EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014-2020

Sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach wie vor beunruhigend hoch, obgleich bereits zahlreiche Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen durchgeführt wurden, um die steigende Tendenz umzukehren[1]. Obwohl die Hinweise zunehmen, dass sich der Anstieg in einigen wenigen Ländern verlangsamt, bleibt die Prävalenz auf sehr hohem Niveau bestehen. Dies hat schwerwiegende Auswirkungen in Europa: Schätzungsweise 7 % des nationalen Gesundheitsbudgets in der EU werden derzeit jährlich für Krankheiten in Zusammenhang mit Adipositas verwendet. Weiterhin entstehen erhebliche indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste aufgrund von gesundheitlichen Problemen und frühzeitigem Tod. Nach jüngsten Schätzungen gehen jährlich ungefähr 2,8 Millionen Todesfälle in der EU auf Ursachen im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas zurück[2].

Adipositas bei Kindern ist ein komplexes Problem, zu dem verschiedene Faktoren beitragen und gegen das integrierte Maßnahmen ergriffen werden müssen. Im Jahr 2014 vereinbarten 27 der 28 EU-Mitgliedstaaten, auf diese Herausforderung gemeinsam reagieren zu müssen und beschlossen den „Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014-2020“[3] (EU-Aktionsplan). In diesem werden freiwillige Initiativen vorgeschlagen, die einen gesunden Start ins Leben unterstützen, gesündere Umgebungsstrukturen für Kinder, vor allem in Schulen und Kindertageseinrichtungen fördern, Marketing und Werbung für Kinder einschränken, Familien informieren und stärken, Bewegung fördern und die Forschung intensivieren. Um diese Ziele zu erreichen, ist die aktive Beteiligung einer Vielzahl von Interessengruppen erforderlich. In dem Aktionsplan werden eine Reihe von operativen Zielen aufgezählt, die als Leitlinien für Maßnahmen von Interessenvertretern in acht vorrangigen Aktionsfeldern entwickelt wurden.

Aktionsfelder

1 Unterstützung eines gesunden Starts ins Leben

- Beratung und Unterstützung hinsichtlich Ernährung und Bewegung vor, während und unmittelbar nach der Schwangerschaft
- Ausreichende Informationen und Unterstützung beim Stillen
- Anleitung für die Einführung von Beikost
- Interdisziplinäre, evidenzbasierte Programme für adipöse Kinder und Jugendliche

2 Förderung gesundheitsfördernder Umgebungsstrukturen für Kinder, vor allem in Schulen und Kindertageseinrichtungen

[1] EASO. Obesity Facts and Figures. Online. Verfügbar unter: http://easo.org/education-portal/obesity-facts-figures/
[2] World Health Organisation: WHO Factsheet No. 311, März 2011. Online. Verfügbar unter: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/
[3] EU Action Plan on Childhood Obesity 2014–2020. Online. Verfügbar unter: http://ec.europa.eu/health//sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

- Steigerung des Verzehrs von gesundheitsfördernden und hochwertigen Schulmahlzeiten und Einschränkung des Zugangs zu Snacks und anderen ungesunden Lebensmitteln auf dem Schulgelände
- Verbesserung der Bildung bezüglich einer gesünderen Lebensmittelauswahl
- Sportunterricht in der Schule und Förderung einer aktiven Pausengestaltung

3 Vereinfachung der Wahl von gesunden Alternativen

- Bereitstellung von angemessenen Informationen für Verbraucher, um diese bei der Identifizierung von nährstoffreichen, erschwinglichen und praktischen Ernährungsmöglichkeiten zu unterstützen
- Förderung der Verbesserung von Produkten (Reformulierungen)
- Berücksichtigung von Ernährungszielen bei der Festlegung von Steuern, Subventionen oder sozialen Fördermaßnahmen
- Ermöglichung von aktiven Schulwegen

4 Einschränkung von Marketing und Werbung für Kinder

- Einschränkung der an Kinder und Jugendliche gerichteten Werbung und Marketingstrategien nicht nur im Fernsehen, sondern in allen Bereichen, wie in Geschäften, bei Werbeaktionen, im Internet und Aktionen in sozialen Medien

5 Information und Befähigung von Familien

- Förderung von Programmen für das familiäre Umfeld
- Sinnvollere und leichter verständliche Gestaltung von Nährwertinformationen

6 Bewegungsförderung

- Förderung eines aktiven Lebensstils so früh wie möglich in der Kindheit
- Ermutigung zur täglichen Bewegung

7 Monitoring und Evaluation

- Überwachung des Gesundheitszustands und des Verhaltens von Kindern und Jugendlichen bezüglich ihrer Ernährung und Bewegung, um gezielte Maßnahmen zu entwickeln und zu steuern
- Evaluation des Aktionsplans zu Adipositas im Kindesalter Ende 2020
- Überprüfung des Aktionsplans nach drei Jahren, ob dessen Ziele und Maßnahmen noch relevant für die Zielsetzung sind

8 Intensivierung der Forschung

- Verbesserung der systematischen Datenerfassung
- Identifizierung und Behebung von Forschungslücken durch die Finanzierung neuer Projekte und durch eine bessere Angleichung der nationalen Forschungsprogramme
- Verbreitung von Forschungsergebnissen und Umsetzung derselben in innovative Maßnahmen

Die Gemeinschaftsaktion „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ und das Arbeitspaket 6

Im Jahr 2015 wurde das von den Mitgliedstaaten und dem dritten Gesundheitsprogramm der EU kofinanzierte Gemeinschaftsprojekt „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ (JANPA) begonnen, um einen Beitrag zu den Zielen des EU-Aktionsplans zu leisten. JANPA fördert die Diskussion und den Austausch von Beispielen guter Praxis zwischen 25 Mitgliedstaaten und Norwegen mithilfe von vier technischen Arbeitsbereichen. Als Ergebnis wird es durch JANPA möglich sein, 1) die wirtschaftlichen Kosten im Zusammenhang mit Adipositas zu schätzen und zu prognostizieren (Arbeitspaket 4); 2) die Durchführung von Maßnahmen zu verbessern, um eine gesunde Ernährung und Bewegung bei Schwangeren und in Familien mit kleinen Kindern zu fördern (Arbeitspaket 7); 3) zu integrierten Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen und Schule beizutragen (Arbeitspaket 6); und 4) die Verwendung von nährwertbezogenen Angaben bei Lebensmitteln durch Gesundheitsbehörden, Interessenvertreter und Familien zu erhöhen und die ernährungspolitischen Absichten sowie die Reformulierung von Lebensmitteln zu fördern (Arbeitspaket 5).

Der Schwerpunkt des Arbeitpakets 6 liegt darauf, die Mitgliedstaaten dabei zu unterstützen, Möglichkeiten einer gesunden Umgebungsstruktur in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu schaffen. Mit dem Arbeitspaket 6 sollen Leitlinien für politische Regelungen und Initiativen auf verschiedenen Ebenen für die Etablierung wirksamer Maßnahmen in den Partnerländern entwickelt werden. In diesem Zusammenhang wurden im Arbeitspaket 6 Beispiele guter Praxis, aus den im Arbeitspaket 6 beteiligten Ländern, mithilfe eines standardisierten Protokolls gesammelt und beurteilt. Hierbei wurden zunächst eine Definition sowie Kriterien für Modelle guter Praxis aufgestellt, die als Rahmen für die weiteren Arbeiten dienten[4]. Die Arbeit begann mit einer Literaturrecherche, die eine vorläufige Definition und einen umfangreichen Katalog von 47 Kriterien ergab, die in drei Hauptkategorien zusammengefasst wurden: Charakteristika der Intervention, Durchführung sowie Monitoring und Evaluation. Nach der Literaturrecherche erfolgte eine Delphi-Befragung, um über die Relevanz und die relative Priorität der identifizierten Kriterien zu entscheiden. Experten aus 11 Institutionen, die am Arbeitspaket 6 beteiligt waren, einigten sich in zwei aufeinanderfolgenden Runden folgendermaßen auf die Kriterien und die Definition guter Praxis:

Als Beispiel guter Praxis wird eine Maßnahme bezeichnet, die sich in der Praxis bewährt (z. B. durch eine Prozessevaluation) sowie zu guten Ergebnissen geführt hat (z.B. ermittelt durch eine Leistungs- und Ergebnisevaluation) und sich daher als Modell eignet.

Es ist eine nachhaltige und effiziente Praxis, die klare Ziele verfolgt sowie eine klare Zielgruppe fokussiert und langfristig eine Befähigung zur eigenständigen Fortführung anstrebt. Dabei greift sie auf bereits bestehende Strukturen zurück und stößt auf eine große Zustimmung der Zielgruppe. Eine solche Praxis verdient es, verbreitet und von einer größeren Bedarfsgruppe übernommen zu werden.

[4] Deliverable 6.1 mit weiteren Informationen kann auf der JANPA-Website heruntergeladen werden unter http://www.janpa.eu/outcomes/Deliverables/JANPA_Deliverable6-1.pdf

Die drei am höchsten bewerteten Punkte pro Kategorie wurden als „Kernkriterien“ eingestuft:

Charakteristika der Intervention
• Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt • Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert • Die Zielgruppe ist eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status)
Durchführung
• Die Maßnahmen integrieren vorhandene Strukturen • Die Zielgruppe soll befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können) • Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe
Monitoring und Evaluation
• Die Evaluation lässt auf einen signifikanten Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen • Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurden umgesetzt und die Ziele weitestgehend erreicht • Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden

Diese ausgewählten Kriterien wurden anschließend zur Identifizierung von Beispielen guter Praxis verwendet und dienten zur Bewertung der Elemente guter Praxis der erfassten Interventionen und politischen Strategien. Alle Ergebnisse werden in eine Reihe von Empfehlungen für Programmplaner und Entscheidungsträger übersetzt und in einem Leitfaden sowie in einer internetbasierten Toolbox präsentiert.

Der Austausch von Beispiele guter Praxis ist ein effizientes Verfahren, durch das Maßnahmen zusätzlichen Nutzen auf EU-Ebene erreichen können. Daher wurde von der **Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (DG SANTE)** eine Initiative ins Leben gerufen, um einen Kriterienkatalog mit **„Kriterien für die Auswahl der besten Methoden zur Gesundheitsförderung sowie zur Prävention und zum Umgang von chronischen Krankheiten in Europa“** zu erstellen**.** Dieses Dokument wurde JANPA Ende Mai 2017 vorgelegt, nachdem die Kriterien des Arbeitspakets 6 entwickelt und die Auswahl getroffen worden war. Das Verfahren wurde von DG SANTE am 7. Juni 2017, am Informationstag für neue Gemeinschaftsprojekte, vorgestellt[5]. Dies war der erste Schritt eines langen Prozesses, der darauf abzielte, den Mitgliedstaaten eine Datenbasis mit zahlreichen zusammengetragenen Gute-Praxis-Ansätzen zur Gesundheitsförderung sowie zur Prävention und zum Umgang mit chronischen Krankheiten zur Verfügung zu stellen. In dieser Arbeit wurden die Kriterien zur Auswahl guter Praxis in **Ausschluss-, Kern- und Qualifikationskriterien** gruppiert. Kriterien zur Beurteilung der Eignung werden als **Ausschlusskriterien** betrachtet. Das bedeutet, dass wenn die Ausschlusskriterien nicht erfüllt sind, die anderen Kriterien nicht überprüft werden. Die **Kernkriterien** beinhalten die Beurteilung der Effektivität und Effizienz der Maßnahme (des Projekts bzw. der Strategie) sowie auf welche Art und Weise die Maßnahme den Aspekt der Chancengleichheit berücksichtigt hat. Ausschluss- und Kernkriterien prüfen, ob die Maßnahme erfolgreich war. Die **Qualifizierungskriterien** dienen schließlich der Beurteilung, ob die Maßnahme Elemente aufweist, die bei der Übertragung auf andere Settings wichtig sind. Der Vergleich der von DG SANTE entwickelten Kriterien mit den „Kernkriterien“ des Arbeitspakets 6 zeigt, dass in der Definition von DG SANTE die Relevanz für den politischen und strategischen Kontext sowie ethische Aspekte mehr beachtet werden. Bei JANPA hingegen wird die Nachhaltigkeit stärker betont. Im nächsten Schritt wird DG SANTE eine Evaluationsmethodik entwickeln und die

[5] http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/best-practice-health_en.pdf

Kriterien bezüglich der möglichen Gewichtung, Bewertung, Schwellenwerte etc. genauer ausarbeiten. Dies dient zur Erstellung einer vollständigen Methode für die Anwendung der Kriterien.

Was trägt zu einer gesundheitsfördernden Umgebung in Kindertageseinrichtungen und Schulen bei?

Vorlieben für Lebensmittel und Getränke werden in jungen Jahren geprägt und bleiben häufig bis ins Erwachsenenalter bestehen. Die Schulumgebung beeinflusst entscheidend die Essgewohnheiten und das Bewegungsmuster von Kindern. Sie verbringen dort die meiste Zeit und dies unter der Aufsicht von qualifizierten Fachkräften, die eng mit den Familien zusammenarbeiten. Weiterhin sind Schulen gute Plattformen, um die große Mehrheit der Schulkinder, einschließlich denjenigen aus schwer zugänglichen Gruppen, zu erreichen. Die Schulumgebung kann durch Regelungen gestaltet werden, um die Schule zu einem gesundheitsfördernden Ort zu machen. Außerdem kann das, was die Schulkinder in der Schule lernen, auch übergreifende Auswirkungen haben; indem die Kinder davon zu Hause berichten und dort das Verhalten der Familie beeinflussen. Deshalb sind Kindertageseinrichtungen und Schulen Schlüsselbereiche für die Adipositasprävention.

Viele Kinder wachsen heutzutage in einer adipogenen Umgebung auf, die eine Gewichtszunahme begünstigt. Die Schulumgebung ist entscheidend für die Entwicklung der Kinder und sollte frei von ernährungs- und sonstigen umgebungsbezogenen Risikofaktoren sein. Interventionen, die eine unterstützende Umgebungsstruktur schaffen, können Kindern helfen, ein gesundheitsförderndes Verhalten zu entwickeln.

Wichtige Faktoren zur Schaffung einer gesunden Umgebungsstruktur in Kindertageseinrichtungen und Schule sind[6]:

- Bereitstellung von gesundheitsfördernden Alternativen, um den Verzehr von gesunden Lebensmitteln und von Wasser zu steigern (*siehe Aktionsfeld 2, Operatives Ziel 1*)
- Keine oder geringe Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln in den Schulen oder in deren näheren Umgebung (*verbunden mit Aktionsfeld 2, Operatives Ziel 1*)
- Bildung bezüglich einer gesundheitfördernden Lebensmittelauswahl und Bewegung (*siehe Aktionsfeld 2, Operatives Ziel 2*)
- Screening und Betreuung übergewichtiger Kinder (*siehe Aktionsfeld 2, Operatives Ziel 3)*
- Bewegungsfördernde Umgebung (*siehe Aktionsfeld 2, Operatives Ziel 4)*
- Kein Marketing (d. h. weder Werbung oder Werbeaktionen noch Sponsoring) für ungesunde Lebensmittel und Getränke (*siehe Aktionsfeld 4, Operatives Ziel 1*)

Ein besonderer Fokus sollte auf Schulen in benachteiligten Bezirken liegen.

[6] Gemäß dem „EU-Aktionsplan zu Adipositas im Kindesalter 2014–2020“ (EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020“) https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhoodobesity_actionplan_2014_2020_en.pdf

Abbildung 1: Bestandteile einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in der Schule

Wie können gesundheitsfördernde Umgebungsstrukturen geschaffen werden?

Bei Schülerinnen und Schülern kann der Verzehr von ungesunden Lebensmitteln und Getränken nahezu umfassend durch Maßnahmen verringert werden, die den Zugang zu diesen Lebensmitteln in und in der näheren Umgebung von Schulen (Mensen, Speiseräume, Snackbars, Kiosks, Verpflegungsautomaten und Nachbarschaft der Schulen) einschränken. Dadurch nimmt in den meisten Fällen der Verzehr von ungesunden Alternativen außerhalb der Schule nicht zu[7]. Im Umkehrschluss gilt ebenfalls, dass das Anbieten von gesunden Alternativen wie Obst und Gemüse in den Schulen positive Auswirkungen auf den täglichen Verzehr hat. **Der Erfolg hängt davon ab, ob ein Konzept für die gesamte Schulumgebung (ganzheitlicher Ansatz) vorhanden ist.** Wenn beispielsweise ungesunde Lebensmittel in der Schule käuflich erhältlich sind, kann dies die Wirkung von Qualitätsstandards für die Schulverpflegung untergraben. **Die Botschaften müssen in der gesamten Schule konsistent sein, sich gegenseitig verstärken und sich im Lehrplan widerspiegeln.**

- Etablierung eindeutiger Standards auf der Basis von Ernährungsempfehlungen für Lebensmittel, die in Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie bei Schulveranstaltungen angeboten, verkauft oder vermarktet werden können (mit besonderem Augenmerk auf bestimmte Marken)

[7] Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf

- Ständige Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser in Schulen und bei Schulveranstaltungen, z. B. durch Trinkbrunnen oder Trinkwasserspender
- Verbot der Bereitstellung und des Verkaufs von zuckerhaltigen Getränken in Schulen und bei Schulveranstaltungen, z. B. im Verpflegungsautomat, Kiosk oder Schulmensa sowie durch externe Anbieter
- Integration von Ernährungsbildung in den Rahmenlehrplan frei von privatem Einfluss
- Organisation von öffentlichen Veranstaltungen, um Kenntnisse und Fähigkeiten bei Eltern, Betreuern und Leitungen der Einrichtungen zu erweitern
- Durchführung von Ernährungsschulungen für Lehrkräfte und für die Mitarbeitenden in der Schulküche
- Förderung von aktiven Schulwegen
- Ausbau einer Infrastruktur für eine aktive Pausengestaltung entsprechend der jeweiligen Altersgruppe
- Einführung von möglichst täglich stattfindendem Sportunterricht mit entsprechend ausgebildetem Personal und geeigneter Ausstattung
- Messung von Gewicht und Größe, Berechnung des Body-Mass-Index und jährliche Eintragung auf der BMI-Kurve jedes Schülers bzw. jeder Schülerin sowie gezielte Beratungsangebote für übergewichtige und adipöse Kinder und ihre Eltern

Die Wirkung der Maßnahmen kann durch die Kombination von umgebungs- und bildungsbezogenen Elementen sowie durch die Einbeziehung von Eltern und Betreuern gesteigert werden.

METHODIK UND ANALYSE

Dieses Kompendium wurde in vier Hauptphasen entwickelt: 1) Entwicklung einer Definition und eines Kriterienkatalogs für Beispiele guter Praxis 2) Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung von Beispielen guter Praxis; 3) Sammlung von Beispielen guter Praxis durch die beteiligten Partner des Arbeitspakets 6; und 4) beschreibende Analysen.

Wie bereits erwähnt, begann die Arbeit mit der Entwicklung einer Definition von guter Praxis sowie eines Katalogs mit Kriterien für gute Praxis, von denen neun als „Kernkriterien" eingestuft wurden. Diese neun Kriterien mussten erfüllt werden, damit eine Maßnahme oder eine politische Regelung als gute Praxis klassifiziert werden konnte. Der Kriterienkatalog diente auch als Rahmen für den Datenerhebungsbogen zur Erfassung von Beispielen guter Praxis, die „Good Practice Data Collection Form" (**Anhang 1**).

Der endgültige Datenerhebungsbogen wurde an die im Arbeitspaket 6 beteiligten Landesvertreter geschickt, die anschließend auf der nationalen Ebene mit der Datenerhebung begannen. Die Landesvertreter waren aufgefordert, mindestens zwei und höchsten fünf Maßnahmen in ihrem Land zu identifizieren und deren Daten zur Verfügung zu stellen. Sie sollten sowohl Initiativen aus dem Bereich Ernährung als auch Bewegung erfassen und ihre Suche nicht nur auf nationale Programme oder Projekte, sondern auch auf politische Regelungen beziehen. Nach der Identifizierung einer bestimmten Initiative sollten die im Arbeitspaket 6 beteiligten Landesvertreter den Programmkoordinator bzw. die Projektleitung kontaktieren und mit ihm/ihr zusammen den Datenerhebungsbogen ausfüllen und sicherstellen, dass alle relevanten Literaturhinweise (Berichte über Programme, Projekte und politische Regelungen, Evaluationen, Webseiten-Links und Fotos) hinzugefügt wurden. Die Landesvertreter waren für die inhaltliche Überprüfung sowie für die Beurteilung, ob das betreffende Programm alle neun Kernkriterien erfüllt, verantwortlich.

Für ein besseres Verständnis der Rahmenbedingungen, unter denen die ausgewählten Initiativen (z. B. Projekte oder Strategien) durchgeführt wurden, werden zusätzlich Informationen über die Umgebungsstruktur in Schulen und Kindertageseinrichtungen in Bezug auf Ernährung und Bewegung in den teilnehmenden Ländern veranschaulicht. Der „Landesspezifische Kontext" enthält ausgewählte nationale demografische Daten sowie Daten zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in drei Altersgruppen (unter fünf Jahren, Grundschulkinder und Jugendliche). Weiterhin wird ein kurzer Überblick über die Struktur des nationalen Bildungswesens und die Ernährungsumgebung in Kindertageseinrichtungen und Schulen gegeben.

Zwei Experten aus dem Koordinationsteam des Arbeitspakets 6 ordneten die erfassten Beispiele guter Praxis, um zu beurteilen, welche Aspekte einer gesunden Umgebungsstruktur in den jeweiligen Beispielen aufgegriffen wurden. Die Einteilung berücksichtigt den EU-Aktionsplan und die Bestandteile einer gesunden Umgebungsstruktur in Schulen. Bei unterschiedlichen Ansichten wurde ein Konsens durch Diskussion erzielt.

Die Erfassung der Beispiele guter Praxis wurde von 14 am Arbeitspaket 6 beteiligten Partner und zwei Ländern, die nicht an dem Arbeitspaket beteiligt waren (Malta und Irland), im April und Mai 2016 durchgeführt.

Einschränkungen

Bei einer Zusammenstellung wie dieser ergeben sich einige unvermeidliche Einschränkungen. An dieser Arbeit wirkten die Experten des JANPA-Netzwerks mit und versuchten möglichst viele Bereiche der EU abzudecken. Andere Experten in denselben Ländern hätten möglicherweise andere Initiativen ausgewählt und andere Netzwerke hätten andere Länder miteinbezogen. Zudem ist die Verfügbarkeit von Daten und Evaluationsergebnissen in den verschiedenen Ländern und den verschiedenen Initiativen sehr unterschiedlich. Insbesondere finden sich sehr selten gut evaluierte Rechtsvorschriften oder politische Regelungen. Somit wurden in einigen Fällen Maßnahmen und politische Regelungen miteinbezogen, die nicht alle 9 Kernkriterien erfüllten, da in der vorliegenden Arbeit Vielfalt und Inklusivität sehr wichtige Prinzipien waren (**Tabelle 1)**. Üblicherweise fehlte in diesen Fällen ein Kriterium im Bereich „Monitoring und Evaluation“. Darüber hinaus waren die in der ersten Phase entwickelten Kriterien guter Praxis und der Datenerhebungsbogen besser für Projekte und Programme als für politische Regelungen geeignet. Dies wirkte sich auf die Auswahl der Beispiele guter Praxis auf Länderebene aus und zeigte sich in der geringen Anzahl erfasster politischer Regelungen (**Abbildung 2**). Schließlich war es in manchen Fällen nicht möglich, alle notwendigen Informationen zusammenzutragen: Am häufigsten fehlten Daten über das Budget. Vor allem, weil die Einschätzung der Kosten schwierig war, wenn keine weiteren Ausgaben zusätzlich zu denen für das Personal der koordinierenden Institution entstanden. Des Weiteren waren bei laufenden Projekten die Ergebnisse der Evaluation zum Zeitpunkt der Datenerfassung noch nicht verfügbar und dadurch ihre Wirkung schwer zu beurteilen.

Beschreibende Analyse der erfassten Beispiele guter Praxis

Die erfassten Beispiele guter Praxis sind in **Abbildung 2** dargestellt. Die Maßnahmen wurden meistens in mehr als einem Umfeld durchgeführt (z. B. Kindertageseinrichtungen und Grundschule). Seltener waren Maßnahmen, die nur an weiterführenden Schulen angeboten wurde (10 %). Ungefähr die gleiche Anzahl der Initiativen bezog sich nur auf Ernährung oder auf Ernährung in Kombination mit Bewegung (41 % bzw. 43 %), wohingegen Maßnahmen, die den Fokus nur auf Bewegung legten, seltener waren (15 %). Die Mehrzahl der erfassten Beispiele guter Praxis waren Projekte. Nur sieben von 39 Initiativen waren politische Regelungen (18 %). Mehr als zwei Drittel der Maßnahmen laufen noch (72 %), und sieben Beispiele guter Praxis wurden vor mehr als zehn Jahren begonnen („Vormittagssnack“ in Frankreich, „KLASSE2000“ und „Anerkannter Bewegungskindergarten“ in Deutschland, „HAPPY“ in Ungarn, „Gesunde und ausgewogene Ernährung für Kinder und mit Kindern” in Luxemburg, „Milch und Croissant” sowie „ONSS“ in Rumänien). Acht der 39 Initiativen wurden durch öffentlich-private Partnerschaften finanziert.

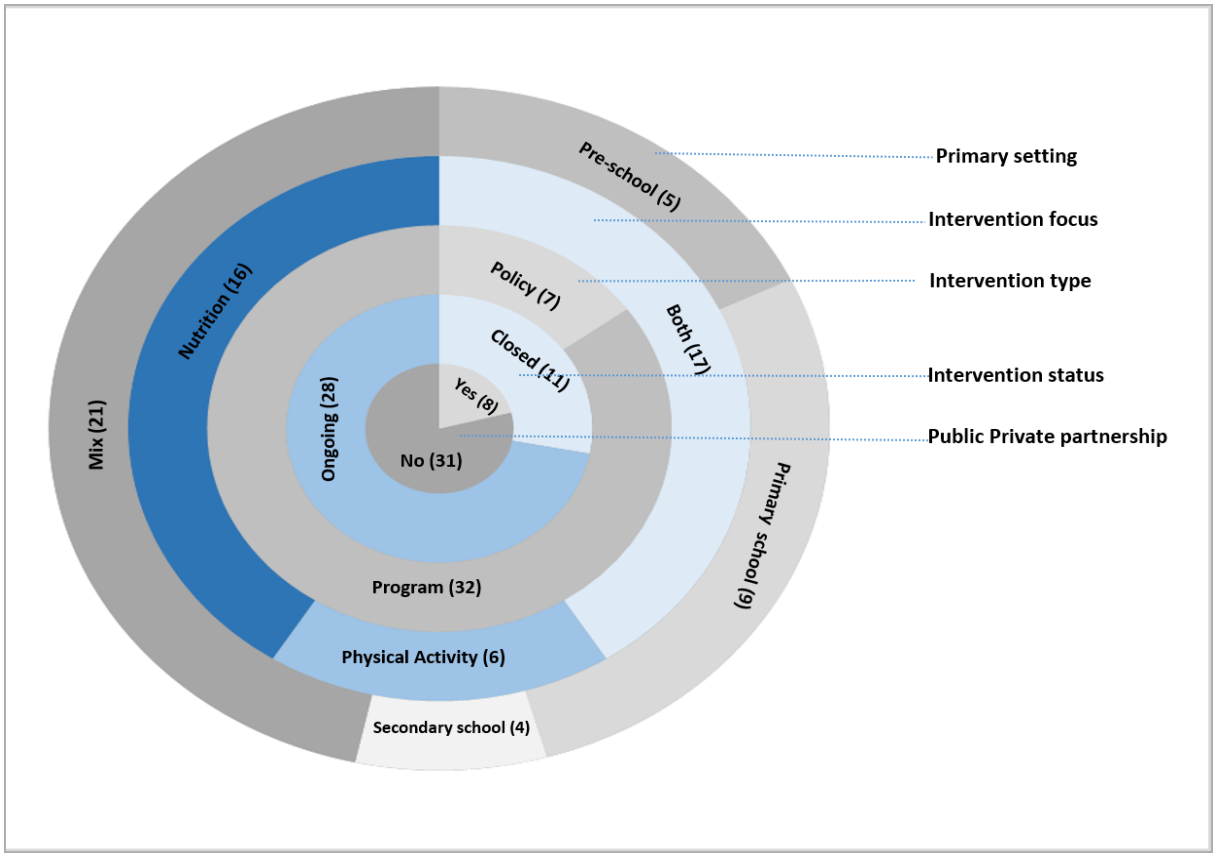

Abbildung 2: Charakteristika der 39 erfassten Beispiele guter Praxis

Zwei Drittel der 39 Initiativen erfüllten alle 9 Kernkriterien (67 %, 5 politische Regelungen und 21 Projekte) (**Tabelle 1**). In den meisten Fällen fehlte ein Kriterium im Zusammenhang mit *„Monitoring und Evaluation“*. Das Kriterium *„Die Evaluation lässt auf einen bedeutenden Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen“* fehlte am häufigsten, vor allem aufgrund der noch fehlenden Evaluationsergebnisse zum Zeitpunkt der JANPA-Datenerfassung oder der kurzen Interventionsdauer. Am zweithäufigsten war der *„Mangel an finanziellen und personellen Mitteln für die Evaluation“*. Im Gegensatz dazu wurden die Kriterien, die dazu dienten, die Wahrscheinlichkeit der Nachhaltigkeit zu erhöhen (d. h. *„Die Zielgruppe soll befähigt werden“* oder *„Die Maßnahmen integrieren vorhandene Infrastrukturen“*) oder die sich auf eine gründliche und sorgfältige Planung bezogen (d. h. *„Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert“*, *„Die Zielgruppe ist eindeutig definiert“* und *„Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt“*) häufig erfüllt.

	BUL 1	EST 1	FRA 1	FRA 2	FRA 3	FRA 4	GER 1	GER 2	GER 3	GER 4	GRE 1	GRE 2	GRE 3	HUN 1	HUN 2	HUN 3	IRE 1	IRE 2	IRE 3	ITA1	ITA2	ITA3	ITA4	ITA5	ITA6	LVA 1	LVA 2	LUX 1	MAL 1	POL 1	ROM 1	ROM 2	SVK 1	SVK 2	SVK 3	SLO 1	SLO 2	ESP 1	ESP 2
Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Die Zielgruppe ist eindeutig definiert	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪
Die Zielgruppe soll befähigt werden	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Die Maßnahmen integrieren vorhandene Strukturen	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪
Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪						▪	▪
Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurden umgesetzt und die Ziele weitestgehend erreicht	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪
Die Evaluation lässt auf einen bedeutenden Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪

Tabelle 1: Erfüllung der 9 Kernkriterien durch die 39 erfassten Beispiele guter Praxis (*politische Maßnahmen sind rot markiert*)

Über die Kernkriterien hinaus wurden 13 Kriterien in Bezug auf die *„Charakteristika der Intervention und Planung“* entwickelt (**Tabelle 2**). Fast alle Beispiele guter Praxis hatten ein evidenzbasiertes Konzept und waren gut beschrieben, sind übertragbar (d. h. können leicht in einen anderen Kontext übernommen werden) und sind reproduzierbar (d. h. können zu einer anderen Zeit unter denselben Bedingungen wiederholt werden).

Im Gegensatz dazu konnte der Ansatz der Mitgestaltung (Co-Design[8], 54 %) und ein besonderer Fokus auf gefährdete Gruppen (d. h. Bemühungen werden unternommen, um sozial benachteiligten Gruppen den Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen zu erleichtern - niederschwelliger Zugang; 51 %) nur bei der Hälfte der Initiativen nachgewiesen werden. Es ist außerdem nachteilig, dass ein Drittel der erfassten Beispiele guter Praxis die Familien nicht miteinbezogen hat, obwohl die Wichtigkeit eines solchen Einbezugs nachhaltig belegt ist. Zudem hatten 20 % der Maßnahmen keine kommunale Komponente. Andererseits ist es vielversprechend, dass bei 32 der 39 Initiativen eine Bedarfsanalyse durchgeführt wurde.

	BUL 1	EST 1	FRA 1	FRA 2	FRA 3	FRA 4	GER 1	GER 2	GER 3	GER 4	GRE 1	GRE 2	GRE 3	HUN 1	HUN 2	HUN 3	IRE 1	IRE 2	IRE 3	ITA1	ITA2	ITA3	ITA4	ITA5	ITA6	LVA 1	LVA 2	LUX 1	MAL 1	POL 1	ROM 1	ROM 2	SVK 1	SVK 2	SVK 3	SLO 1	SLO 2	ESP 1	ESP 2
Evidenzbasiertes Konzept	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge (und Hindernisse) wurden beurteilt und berücksichtigt	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪		▪	▪
Eine Bedarfsanalyse und/oder Gemeinschaftsanalyse der Zielgruppe wurde durchgeführt	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪		▪	▪	▪	▪
Gut beschrieben (eindeutig definiertes Ziel, Zielgruppe, Zielverhalten, Ansatz und Intervention sind in einem Leitfaden oder Protokoll dargelegt)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪
Innovative Idee und/oder Methodik	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪							▪		▪	▪
Sektorübergreifend (involviert Fachleute aus verschiedenen Bereichen)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪
Die Familie wird einbezogen (die Eltern nehmen bei den Maßnahmen für die Kinder involviert)	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪				▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪			▪	▪		▪	▪	▪	▪
Das Projekt hat eine kommunale Komponente	▪	▪			P	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			P	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Besonderer Fokus auf sozial benachteiligte Gruppen (Bemühungen werden unternommen, um diesen Gruppen den Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen zu erleichtern - niederschwelliger Zugang)		▪			▪	P	▪	▪	▪		▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪		▪				▪							▪		▪	▪
Beteiligungsansatz (Endnutzer werden in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)			▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪			▪	▪		▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪		▪	P	▪							▪			▪
Werte werden respektiert (ethische Verantwortung, Ungleichheiten, Geschlechtersensibilität)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪						▪		▪	▪
Übertragbarkeit (kann leicht in einem anderen Kontext eingesetzt werden)	▪	▪	▪	▪	P	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Reproduzierbarkeit (kann zu einem anderen Zeitpunkt unter denselben Bedingungen wiederholt	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪

Tabelle 2: Erfüllung der Kriterien *„Charakteristika der Intervention“* durch die 39 erfassten Beispiele guter Praxis (*politische Maßnahmen sind rot markiert*); P = teilweise

[8] Unter dem Begriff „Co-Creation / Co-Design“ wird das Einbeziehen der Bürger und Endnutzer in die Prozesse von der Identifizierung der Probleme bis hin zur Lösungsfindung verstanden werden. Quelle: European Commission Research & Innovation Participant Portal.

In **Tabelle 3** ist die Erfüllung der Kriterien in Zusammenhang mit der *„Durchführung“* zusammengefasst. Überraschenderweise wurde in 19 Fällen keine Pilotstudie durchgeführt. Positiv ist jedoch, dass fast alle Beispiele guter Praxis sowohl eine große Reichweite in der Bevölkerung als auch eine hohe Zufriedenheit und Beliebtheit in der Zielgruppe angaben. Darüber hinaus ist es vorteilhaft, dass zwei Drittel der Maßnahmen sich neben den individuellen Risikofaktoren auch auf die Umgebung bezogen. Im Gegensatz dazu stand die soziale Gerechtigkeit weniger im Fokus. Größere Bemühungen müssen zur Verbreitung unternommen werden.

	BUL 1	EST 1	FRA 1	FRA 2	FRA 3	FRA 4	GER 1	GER 2	GER 3	GER 4	GRE 1	GRE 2	GRE 3	HUN 1	HUN 2	HUN 3	IRE 1	IRE 2	IRE 3	ITA1	ITA2	ITA3	ITA4	ITA5	ITA6	LVA 1	LVA 2	LUX 1	MAL 1	POL 1	ROM 1	ROM 2	SVK 1	SVK 2	SVK 3	SLO 1	SLO 2	ESP 1	ESP 2
Eine Pilotstudie wurde durchgeführt		▪			▪	▪					▪			▪	▪	▪	▪		▪			▪	▪	▪	▪		▪	P	▪	▪							▪	▪	▪
Große Reichweite in der Bevölkerung	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪		▪	▪		▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪	▪
Gemeinschaftsaufgabe (relevante/betroffene Personengruppen sind beteiligt)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪
Engagement von Vermittlern/Multiplikatoren, um die Teilnahme der Zielgruppe zu fördern (z. B. lokale Ärzte und Lehrer werden auf ein kommunales Beratungsangebot hingewiesen)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪	▪		▪			P	▪	▪		▪					▪	▪	▪
Hohe Beliebtheit und Zufriedenheit der Teilnehmer	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪
Die Fortsetzung des Projekts ist personell und durch Folgefinanzierung gesichert	▪	▪	▪	▪			P		▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪				▪
Verhältnisbezogene Faktoren werden einbezogen (d. h. Faktoren außerhalb des individuellen Verhaltens)	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪		▪		▪								▪	▪
Technische Durchführbarkeit (leicht zu erlernen und durchzuführen)	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
Bei der Durchführung werden spezielle, auf die Aspekte der Chancengleichheit ausgerichtete Maßnahmen durchgeführt	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪				▪	▪	▪			▪	▪				▪	▪		▪		▪	▪
Klare Strukturen für Management und Entscheidungsfindung werden etabliert und beibehalten	▪	▪			▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	
Dokumentation von wesentlichen Maßnahmenpunkten ist öffentlich zugänglich (mindestens als Internet-Link)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪			▪	
Eindeutig festgelegte Finanzierungsquellen (klare Richtlinien zur Annahme von Sponsoring und Bewältigung von Interessenkonflikten)	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪														▪	▪	▪				
Relevante Personengruppen werden bei der Verbreitung gezielt angesprochen	▪	▪	▪	▪	P	P	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪		▪	▪				▪	▪	▪		▪	▪	▪
Geeignete Verbreitungsmethoden	▪	▪	▪	▪	P	P	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪	▪	▪	▪		▪	▪				▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪

Tabelle 3: Erfüllung der Kriterien im Bereich *„Durchführung“* durch die 39 erfassten Beispiele guter Praxis (*politische Maßnahmen sind rot markiert*); P = teilweise

Genau wie bei den Kernkriterien waren die auf die *„Evaluation“* bezogenen Kriterien am häufigsten nicht erfüllt (**Tabelle 4**). Bei 15 der 39 Beispiele guter Praxis waren die Kosten nicht eindeutig angegeben. Bei mehr als der Hälfte der Beispiele guter Praxis fehlte die Kosten-Nutzen-Analyse und ebenso die Analyse voraussichtlicher fördernder und hemmender Faktoren. Diese Informationen sind für eine mögliche Verbreitung der Maßnahme (Scale-up) unerlässlich. Eine interne Evaluation wurde bei 18 Beispielen guter Praxis durchführt, 8 wurden extern beurteilt und in 6 Fällen erfolgte sowohl eine interne als auch eine externe Evaluation.

	BUL 1	EST 1	FRA 1	FRA 2	FRA 3	FRA 4	GER 1	GER 2	GER 3	GER 4	GRE 1	GRE 2	GRE 3	HUN 1	HUN 2	HUN 3	IRE 1	IRE 2	IRE 3	ITA1	ITA2	ITA3	ITA4	ITA5	ITA6	LVA 1	LVA 2	LUX 1	MAL 1	POL 1	ROM 1	ROM 2	SVK 1	SVK 2	SVK 3	SLO 1	SLO 2	ESP 1	ESP 2
Die Evaluationsmethoden sind genau beschrieben	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪		▪	▪	▪				▪		▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪		▪	▪
Regelmäßiges Überprüfen der Ergebnisse mit validen, vorab festgelegten Indikatoren (mit Prozess-, Output- und Outcome-Indikatoren)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪				▪		▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪			▪	▪	▪			▪	▪
Externe und/oder interne Evaluation	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪
Nachuntersuchungen werden durchgeführt (mind. 6–12 Monate nach der Intervention)			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪										▪	▪			▪	▪	▪							▪	▪					▪
Kosten-Nutzen-Analysen werden durchgeführt	▪						P		▪		▪			▪	▪		▪	▪	▪				▪		▪					▪								▪	
Die Kosten sind eindeutig angegeben (nach Budgetposten)	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪			▪		▪	▪	▪	▪			▪	▪					▪	▪	▪				▪	▪		▪	
Finanzierung (d. h. die Kosten sind kein Hindernis für eine Wiederholung und/oder Übertragung)			▪	▪			▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪			▪	▪				▪		▪	▪			▪	▪	▪	▪					▪	▪	
Das Monitoring zeigt eine akzeptable Teilnahmebeteiligung an der Maßnahme oder eine angemessene Durchsetzung der politischen Regelung	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪					▪	▪	
Der Effekt der Maßnahme ist nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in der Praxis relevant	▪	▪					▪	▪	▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	▪				▪	▪	▪			▪		▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪		▪	
Negative Konsequenzen und/oder Risiken werden beurteilt (einschl. Stigmatisierung)	▪	▪			P	P	▪	▪	▪	▪			▪	▪	▪		▪	▪	▪				▪	▪	▪				▪		▪							▪	
Eine Analyse der Voraussetzungen für ein mögliches Scale-up sowie eine Auflistung voraussichtliche Hindernisse und Erleichterungen (z. B. Ressourcen, organisatorisches Engagement etc.) ist verfügbar	▪	▪	▪	▪	P	P	▪	▪				▪	▪	▪	▪		▪	▪	▪									▪	▪							▪			

Tabelle 4: Erfüllung der Kriterien im Bereich *„Monitoring und Evaluation“* durch die 39 erfassten Beispiele guter Praxis (*politische Maßnahmen sind rot markiert*); P = teilweise

Welche Bestandteile einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in der Schule wurden in den erfassten Beispielen guter Praxis aufgegriffen?

Durch Interventionen in sechs Bereichen kann ein gesundheitsförderndes Umfeld in Kindertageseinrichtungen und Schulen geschaffen werden: 1) Bereitstellung von gesunden Alternativen, 2) keine oder geringe Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln, 3) Bildung bezüglich einer gesunden Lebensmittelauswahl, 4) Betreuung adipöser und übergewichtiger Kinder, 5) bewegungsfördernde Umgebung und 6) kein Marketing für ungesunde Lebensmittel. Unter den genannten Punkten wurde der Bereich **Bildung** am häufigsten von den erfassten Beispielen guter Praxis angestrebt (n = 33) (**Tabelle 5**). 18 Beispiele guter Praxis umfassten keinen weiteren Bereich, während 15 auch weitere Bereiche beinhalteten. Die Maßnahme „**Erhöhung der Verfügbarkeit von gesunden Alternativen“** war die zweithäufigste Zielkomponente (14 Beispiele guter Praxis), gefolgt von Maßnahmen, die auf die Schaffung einer **„bewegungsfördernden Umgebung”** (9 Beispiele guter Praxis) oder die **„Verringerung der Verfügbarkeit ungesunder Lebensmittel“** (5 Beispiele guter Praxis) abzielten. Deutlich weniger Initiativen befassten sich mit der Betreuung bereits übergewichtiger Kinder (2 Beispiele guter Praxis) oder der Einschränkung von Marketing in Bildungseinrichtungen (2 Beispiele guter Praxis).

Politische Strategien (7)	
gesunde Lebensmittel, keine Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln, öffentliche Veranstaltungen	1
gesunde Lebensmittel, keine Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln, öffentliche Veranstaltungen, Schulung von Lebensmittellieferanten	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, keine Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln, aktive Fortbewegung, Schulung der Küchenmitarbeitenden	1
gesunde Lebensmittel, kein Marketing, keine Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln	1
gesunde Lebensmittel, kein Marketing, Lehrplan, öffentliche Veranstaltungen, sonstige Bildung	1
Sportunterricht	1
öffentliche Veranstaltungen	1
Projekte und Programme (32)	
aktive Pausengestaltung	1
aktive Pausengestaltung, öffentliche Veranstaltungen	1
außerschulische Bildung, Bildung der Eltern, Bildung der Lehrkräfte	2
außerschulische Bildung	2
außerschulische Bildung, Bildung der Eltern, öffentliche Veranstaltungen	1
außerschulische Bildung, öffentliche Veranstaltungen, Bildung der Lehrkräfte, Bildung der Eltern	1
außerschulische Bildung, Bildung der Lehrkräfte	1
gesunde Lebensmittel	1
gesunde Lebensmittel, keine Verfügbarkeit von ungesunden Lebensmitteln, öffentliche Veranstaltungen, außerschulische Bildung, Bildung der Eltern	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, Bildung der Eltern, öffentliche Veranstaltungen, aktive Pausengestaltung	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, Bildung der Eltern, Bildung der Lehrkräfte	1

gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, Bildung der Eltern, Bildung der Lehrkräfte, Bildung der Küchenmitarbeitenden	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, Screening und Betreuung übergewichtiger Kinder	1
gesunde Lebensmittel, außerschulische Bildung, Bildung der Lehrkräfte	1
gesunde Lebensmittel, Bildung der Lehrkräfte, öffentliche Veranstaltungen, aktive Fortbewegung	1
Bewegung	1
Bewegung, öffentliche Veranstaltungen	1
Bildung der Eltern	2
Bildung der Eltern, öffentliche Veranstaltungen, Bildung der Lehrkräfte	1
Bildung der Eltern, Bildung der Lehrkräfte	2
Bildung der Lehrkräfte, Bildung der Kinderärzte	1
Bildung der Eltern, Bildung der Lehrkräfte, öffentliche Veranstaltungen	2
Sportunterricht	1
öffentliche Veranstaltungen	1
Screening und Betreuung übergewichtiger Kinder, Bildung der Patienten	1
Bildung der Lehrkräfte	1

Tabelle 5: Bestandteile einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in der Schule in den 39 erfassten Beispielen guter Praxis

Wie haben die erfassten Initiativen zu gesundheitsfördernden Umgebungsstrukturen beigetragen?

Bildung alleine oder in Kombination mit weiteren Methoden war unter den gesammelten Beispielen guter Praxis der häufigste Ansatz (74 %) (**Tabelle 6**). Bildungsmaßnahmen waren meistens an Kinder, Lehrkräfte und/oder Eltern gerichtet, in manchen Fällen auch an spezielle Zielgruppen (z. B. in einer politischen Maßnahme Bulgariens an Lebensmittelhersteller, Lebensmittellieferanten und Fachkräfte im Gesundheitswesen). Der zweithäufigste Ansatz, der verwendet wurde, war die **Bewusstseinsbildung** alleine oder in Kombination mit anderen Ansätzen (72 %). In acht Initiativen wurde **eine gesunde Alternative bereitgestellt** (z. B. Wasser oder Obst und Gemüse), vier führten **gesetzgebende Maßnahmen** durch (z. B. Regulierung der Belieferung von Schulmensen oder die Festlegung von Standards für die Schulverpflegung), drei veränderten die **räumliche Umgebung** und eine förderte die **aktive Fortbewegung.** Drei Beispiele guter Praxis wiesen Bestandteile aus dem Bereich **Monitoring** auf und zwei beinhalteten die **Betreuung adipöser und übergewichtiger Kinder** und Adipositas-Management. Nur vier Initiativen enthielten Elemente aus dem Bereich **Bewegung,** entweder als aktive Pausengestaltung oder als zusätzlichen Sportunterricht.

Politische Maßnahmen (7)	
Bildung, Bewusstseinsbildung	1
Bildung, Bewusstseinsbildung, Bereitstellung einer gesunden Alternative, Monitoring, aktive Fortbewegung	1
Bildung, Bewusstseinsbildung, Bereitstellung einer gesunden Alternative, Reformulierung	1
Gesetzgebung, Bewusstseinsbildung	2
Gesetzgebung, Bildung, Bewusstseinsbildung	1

Gesetzgebung, Überwachung	1
Programme (32)	
Screening**,** Betreuung adipöser Kinder, Bildung, Bewusstseinsbildung	1
Bewusstseinsbildung, Bewegung	2
Bewusstseinsbildung, Bereitstellung einer gesunden Alternative, aktive Fortbewegung	1
Raumgestaltung/Ausstattung	1
Bildung	4
Bildung, Bewusstseinsbildung	14
Bildung, Bewusstseinsbildung, Monitoring	1
Bildung, Bewusstseinsbildung, Betreuung adipöser Kinder	1
Bildung, Bewusstseinsbildung, Bereitstellung einer gesunden Alternative, Raumgestaltung	2
Bildung, Bereitstellung einer gesunden Alternative	1
Bildung, Screening, Betreuung adipöser Kinder, Bereitstellung einer gesunden Alternative	1
Bewegung	2
Bereitstellung einer gesunden Alternative	1

Tabelle 6: Ansätze der 39 Beispiele guter Praxis zur Schaffung einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in den Schulen

Wie berücksichtigen die erfassten Initiativen soziale Ungleichheiten?

In 9 der 39 Initiativen wurden Maßnahmen mit einem besonderen Fokus auf benachteiligte Gruppen durchgeführt. „Pralimap-INES“ (Frankreich), „Anerkannter Bewegungskindergarten“ (Deutschland), „OPEN“ (Malta) und „Eatright“ (Irland) richteten sich an Kinder bzw. Schüler und Schülerinnen mit niedrigem sozioökonomischen Status. In einem italienischen Programm wurden Mütter als „peer educator“ eingesetzt, um schwer zugängliche Familien in Neapel zu erreichen. Bei einer Initiative aus Deutschland, welche die Finanzierung für lokale Programme auf der Basis eines Wettbewerbs bot, wurden mehr Punkte an Bewerbungen vergeben, die soziale Ungleichheit berücksichtigen (Besser essen. Mehr bewegen). Das ungarische Gesetz zur Gemeinschaftsverpflegung (Hungarian Public Catering Act) verbesserte die Qualität der Schulverpflegung auf nationaler Ebene. Die gesunden Alternativen wurden dadurch auch denjenigen angeboten, die sie am dringendsten benötigten. Mit dem Programm „Milch und Croissant“ in Rumänien wird allen Schülerinnen und Schülern des Landes eine gesündere Alternative zur Verfügung gestellt. Im Rahmen des bulgarischen nationalen Programms zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten werden gezielte Maßnahmen zur Förderung der Ernährung gefährdeter Gruppen und Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status umgesetzt. Bulgarien nimmt außerdem an den Maßnahmen des europäischen WHO-Netzwerks „Adipositas in gefährdeten Gruppen“ teil.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Das Ziel dieses Kompendiums war innerhalb des Arbeitspakets 6 des JANPA-Netzwerks einen umfassenden und transparenten Überblick über Maßnahmen zu erarbeiten, die zur Schaffung einer gesundheitsfördernden Umgebungsstruktur in Kindertageseinrichtungen und Schulen beitragen. Sowohl politische Regelungen als auch Projekte werden vorgestellt, die sich überwiegend mit Ernährung oder Ernährung und Bewegung befassen. Nur wenige Initiativen haben den Fokus ausschließlich auf Bewegungsförderung gelegt. Die Altersspanne der Zielgruppen betrug 3 bis 18 Jahre. Die Initativen richteten sich am häufigsten an jüngere Kinder, nur wenige an Schülerinnen und Schüler weiterführender Schulen.

Folgendes kann hinsichtlich der erzielten Ergebnisse und als Anregung für die zukünftige Arbeit hervorgehoben werden:

- Der problematischste Bereich bei den erfassten Beispielen guter Praxis ist die Evaluation. Es ist wichtig, ausreichende finanzielle und personelle Mittel für die Evaluation im Voraus einzuplanen. Außerdem sollte eine gründliche Risikobewertung zu Beginn und eine Kosten-Nutzen-Analyse am Ende der Maßnahme durchgeführt werden. Aufgrund der begrenzten Mittel in den meisten Ländern ist es erforderlich, zwischen wirksamen Maßnahmen und politischen Regelungen sowie anderen Initiativen zu unterscheiden, die wegen zweifelhafter Wirkung infrage gestellt werden sollten. Weiterhin ist es notwendig, die Mechanismen zu verstehen und die Faktoren zu identifizieren, durch die eine Maßnahme oder politische Regelung erfolgreich wird. Ohne eine genaue Prozessevaluation und Auswirkungsbeurteilung ist es nicht möglich, die Initiativen zu ermitteln, die verbreitet und im größeren Maßstab durchgeführt werden können. Mit einer sorgfältig geplanten Pilotphase können einige dieser Aspekte beurteilt und verstanden werden.
- Pilotstudien sind eine grundlegende Phase der Planung einer groß angelegten Initiative. Der bei den erfassten Beispielen guter Praxis in vielen Fällen beobachtete Mangel an Pilotstudien kann das richtige Verständnis des Kontexts gefährden. Vielfach wird so die Möglichkeit verpasst, die Machbarkeit eines Ansatzes im kleinen Maßstab zu testen.
- Positiv zu sehen ist, dass in vielen Fällen eine Bedarfsanalyse in Hinblick auf die Zielgruppe durchgeführt wurde. Ein Beteiligungsansatz wurde selten verwendet – obwohl bekannt ist, dass es wichtig und vorteilhaft ist, die Zielgruppe in den gesamten Prozess miteinzubeziehen, insbesondere bei Maßnahmen, die auf Kinder und Jugendliche abzielen.
- Weil im Rahmen der Auswahl von Beispielen guter Praxis größeres Gewicht auf Nachhaltigkeit gelegt wird, ist es möglich, dass die identifizierten Initiativen auch langfristig aufrechterhalten werden können. Es ist sehr vielversprechend, dass einige Programme bereits länger als 10 Jahre bestehen.
- In diesem Kompendium werden einerseits mehrere Beispiele dafür genannt, wie in verschiedenen Ländern und Programmen soziale Ungleichheiten adressiert werden. Andererseits berücksichtigten nur wenige Initiativen Aspekte der Chancengleichheit während der Planung oder in Prozessevaluationen bzw. Wirkungsanalysen.
- Die in diesem Kompendium erfassten Praxisbeispiele zeigen außerdem, dass Maßnahmen in Schulen einen größeren Fokus auf das Marketing für ungesunde Lebensmittel sowie die Betreuung adipöser Kinder legen sollten.

BERICHTE VON BEISPIELEN GUTER PRAXIS

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Bulgarien

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	6.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	47 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	7.153.784	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	13,9	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	3-6 Jahre* (%)		7 Jahre** (%)		11 Jahre*** (%)		Datenquelle: *National Survey of risk factors, 2014 ** WHO COSI Bulgaria, 2016 *** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	32,4	26,2	29,5	28,3	27	14	
	10,1	10,3	15,4	11,3			

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung und Wissenschaft
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Primarstufe: Klassen 1-4 (6 oder 7 bis 11 Jahre) Sekundarstufe I: Klassen 5-8 (11 bis 15 Jahre) Sekundarstufe II: Klassen 9-12 (15 bis 19 Jahre) Eine neue Struktur trat mit dem Schuljahr 2016/2017 in Kraft. Primarstufe I: Klassen 1-4 Primarstufe II: Klassen 5-7 Sekundarstufe I: Klassen 8-10 Sekundarstufe II: Klassen 10-12
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	Schulpflicht besteht bis zum Alter von 16 Jahren.
Anzahl der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	Keine verfügbaren Informationen

Weitere Informationen	**Das Bildungsministerium ist für die Rahmenlehrpläne verantwortlich. Einige allgemeine Aspekte bezüglich Lebensmittel und gesunder Ernährung sind im Lehrplan enthalten.** Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**JA**	**JA**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro	**NEIN**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Die Mahlzeiten für alle Kinder werden teilweise durch die Gemeinden, das Schulamt oder die Regierung subventioniert.**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:
Kostenloses Wasser: Leitungswasser hat in Bulgarien eine sehr gute Qualität und entspricht den europäischen Rechtsvorschriften für Trinkwasser.
Marketingregulierung: Selbstkontrolle durch die Industrie.
Befragung zu den Ernährungsgewohnheiten: Regelmäßige Befragung durch die Gesundheitsbehörden.
Ernährungsumgebung in Schulen: Regelmäßige Erhebung und Kontrolle durch die Gesundheitsbehörden.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen	**16,5**	**20,2**	**11,9**
Jungen	**22,3**	**30,9**	**26,8**

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	**Mind. 110 min**	**Mind. 105 min**	**Mind. 120 min**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.*	**JA**	**JA**	**JA**
Weitere Informationen:	*Regelmäßige Erhebung durch die Gesundheitsbehörden		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

NATIONALES PROGRAMM ZUR PRÄVENTION VON NICHTÜBERTRAGBAREN KRANKHEITEN 2014-2020

Dauer	2014-2020
Ziele	Förderung der Gesundheit der Bevölkerung und Verbesserung der Lebensqualität; Verringerung der Anzahl frühzeitiger Todesfälle und der gesundheitlicher Folgen (z. B. Behinderungen) aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, maligne Neoplasien, chronische Lungenerkrankungen, Diabetes) im Zusammenhang mit Risikofaktoren, wie Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch, ungesunde Ernährung und wenig Bewegung
Verwendeter Ansatz	• Entwicklung und Durchführung von Bildungsprogrammen zur gesunden Ernährung für Kinder und Schulkinder. Je nach Alterstufe werden relevante Informationen in geeigneter Form integriert - Bildungsmodule für gesunde Ernährung • Durchführung von Veranstaltungen zur Gesundheitsbildung (Radio- und Fernsehprogramme, Veröffentlichungen, Konferenzen, Meetings, Foren, Wettbewerbe, Festivals, Ausstellungen etc.), die das Bewusstsein für Gesundheitsrisiken aufgrund von Mangelernährung, für die Vorteile einer gesunden Ernährung und die geeignete Ernährung für verschiedene Bevölkerungsgruppen (Frauen im gebärfähigen Alter, schwangere und stillende Frauen, Eltern, Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten etc.) erhöhen sollen • Jährliche Organisation und Durchführung von Aufklärungskampagnen zu gesunder Ernährung für die Bevölkerung (z. B. Stillförderung zur Bekämpfung von Adipositas als nichtübertragbare Krankheit) • Entwicklung von Informationsmaterialien über eine gesunde Ernährung für die Bevölkerung allgemein sowie für Risikogruppen (Schwangere, Säuglinge und Kinder unter 3 Jahren, Personen über 65 Jahre etc.) • Druck, Verteilung und Bekanntmachung von Informationsmaterialien zu einer gesunden Ernährung für verschiedene Altersgruppen
Geografische Abdeckung	Bulgarien
Hauptzielgruppe	Gesamtbevölkerung von 1 bis über 75 Jahre
Beschreibung der Intervention	I. Erhöhung des Bewusstseins, des Bildungsstands und der Beteiligung der Bevölkerung an den Maßnahmen des Programms II. Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Beratung und Unterstützung bei medizinischen und nichtmedizinischen Fachkräften III. Einbeziehung von bestehenden Sozial- und Gemeindestrukturen ○ Durchführung von schulpolitischen Maßnahmen zur gesunden Ernährung - WHO-Initiative „Nutrition-Friendly Schools Initiative (NFSI)“; das nationale Schulobst-Programm

	○ Stärkung des Bewusstseins von Lebensmittelherstellern, Lebensmitteleinzelhändlern und anderen an der Gemeinschaftsverpflegung beteiligten Berufsgruppen in Meetings, Schulungsworkshops und Diskussionsforen ○ Förderung der Reformulierung von Lebensmitteln zur Verringerung des Gehalts an Salz, Fett, gesättigten Fettsäuren, trans-Fettsäuren und zugesetztem Zucker sowie Erhöhung der Verfügbarkeit dieser Lebensmittel auf dem Markt; angemessene Lebensmittelkennzeichnung in Bezug auf die Nährwertinformationen und gesundheitsbezogene Angaben, Teilnahme von Bulgarien am europäischen Netzwerk zur Verringerung der Salzzufuhr ○ Festlegen von geeigneten Methoden für Lebensmittelmarketing und -werbung, Umsetzung der WHO-Empfehlungen, weitere Teilnahme am europäischen WHO-Netzwerk zur Verringerung des Marketings und der Werbung für Lebensmittel und Getränke für Kinder ○ Gezielte Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung in gefährdeten Gruppen und für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status; Teilnahme an den Maßnahmen des europäischen WHO-Netzwerks „Obesity in vulnerable groups (Adipositas in gefährdeten Gruppen)“ IV. Änderung, Ergänzung und Einhaltung der Rechtsvorschriften V. Monitoring und Bewertung
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	• Verstärkung und Bewirkung neuer positiver Veränderungen im **nationalen Ernährungsmuster** um das Risiko von Mangelernährung und ernährungsbedingter, chronischer Krankheiten zu verringern; Verbesserung der Lebensmittelversorgung für die gesamte Bevölkerung als Beitrag zu gesundheitsfördernden Ernährungsgewohnheiten • Aufbau eines erfolgreichen Modells zur **Bewegungsförderung** mit dem Ziel einer besseren Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Langlebigkeit; Förderung von körperlicher Betätigung, Sport und touristischen Aktivitäten durch die Schaffung von entsprechenden Strukturen und Möglichkeiten
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen/Schulen (Grundschulen, weiterführende Schulen)
Beschreibung der Evaluation	Nationale Überwachung der Nahrungszufuhr und des Ernährungsstatus
Gesetzlicher Rahmen	Nationale Gesundheitsstrategie, Gesundheitsrecht

Gesamtbudget in Euro	-
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Erwartete Auswirkungen bis 2020: <u>Bewegung</u> • Erhöhung des relativen Anteils an Personen, die sich täglich mit einer mittleren Intensität (mindestens 30 Minuten lang an 5 Tagen pro Woche) bewegen, um 25 %. • Erhöhung des Anteils an Kindern, die sich täglich mit einer mittlerern bis hohen Intensität (mindestens 60 Minuten lang) bewegen, um 30 %. • Verringerung des Anteils an Personen über 18 Jahre, die körperliche Betätigungen, Sport und touristische Aktivitäten einmal pro Woche oder selten ausführen, um 10 %. <u>Ernährung</u> • die Zunahme der Prävalenz von Adipositas in der erwachsenen Bevölkerung aufhalten; • die Zunahme der Prävalenz von Adipositas und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen aufhalten; • Verringerung der Verwendung von industriell hergestellten trans-Fettsäuren (hydrierte und teilweise hydrierte Pflanzenöle) in Lebensmitteln; • Verringerung des Salzkonsum, mit dem langfristigen Ziel eines Salzkonsums von maximal bis zu 5 g pro Tag und Person;
Weitere Informationsquellen	http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/programa-preventsiya-hronichni-nezarazni-bolesti-2014-2020.pdf (auf Bulgarisch) http://www.mh.government.bg/media/filer_public/2015/04/17/rabotna-programa-preventsiya-hronichni-nezarazni-bolesti-2014-2020.pdf (auf Bulgarisch)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Neliya Mikushinska, Ministry of Health nmikushinska@mh.government.bg +359 2 9301183 Prof. Vesselka Duleva, MD, PhD, National Centre of Public Health and Analysis v.duleva@ncpha.government.bg + 359 8056246

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Deutschland

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	37.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	126 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	82.162.000	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	13,2	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	3-6 Jahre (%)		7-10 Jahre (%)		11-13 Jahre (%)		Datenquelle: KiGGS-Studie (Daten aus 2003-2006) http://edoc.rki.de/oa/articles/reryPJPcmUGw/PDF/20pyWvIPNYV52.pdf Die Prävalenz wird auf Basis der nationalen Definition berechnet. K. Kromeyer-Hauschild, M. Wabitsch et al. (2001): Perzentile für den Body-Mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. Monatsschr Kinderheilkd 149:807-818
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	8,9	9,3	15,9	14,8	18,3	18,9	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institutionen	Kultusministerien der 16 Bundesländer. In Deutschland ist die Verantwortlichkeit für das Bildungswesen zwischen dem Bund und den Ländern aufgeteilt. Die Zuständigkeit der Bundesregierung im Bereich der Bildung ist im Grundgesetz festgelegt. Sofern nicht das Grundgesetz dem Bund Gesetzgebungsbefugnis erteilt, haben die Bundesländer das Recht, Gesetze zu erlassen.

Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	**<3 Jahre: Krippe (nicht obligatorisch)** **3-6 Jahre: Kindertageseinrichtung (nicht obligatorisch)** **6-10/12 Jahre: Grundschule** **10/12-15/19 Jahre: Weiterführende Schule**
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**Hängt vom jeweiligen Bundesland ab. In Deutschland beträgt die Schulpflicht im Durchschnitt 9 oder 10 Jahre.**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**Insgesamt ca. 54.871 Kindertageseinrichtungen (Kita) (2016), von denen ein Drittel öffentlich und zwei Drittel privat sind (einschließlich Elterninitiativen, Betriebskindertageseinrichtungen)**
Weitere Informationen	**Im Jahr 2014 war in 40 % der Schulen um 13 Uhr oder 14 Uhr Schulschluss, 60 % hatten ein Ganztagsangebot. Da der Besuch der Ganztagsschule jedoch in den meisten Ganztagsschulen nicht verbindlich ist, nutzten nur 38 % der Schülerinnen und Schüler dieses Angebot.**
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education www.bildungsbericht.de/de/bildungsberichte-seit-2006/bildungsbericht-2016/pdf-bildungsbericht-2016/bildungsbericht-2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**K. A.**	**K. A.**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**K. A.**	**K. A.**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**K. A.**	**K. A.**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**NEIN**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**Nicht auf Bundesebene. In zwei Bundesländern ist der DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung verbindlich. Für Kitas ist der DGE-Qualitätsstandard nur in einem Bundesland verpflichtend.**		
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:			
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**

Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:

Nicht alle Schulen und Kindertageseinrichtungen in Deutschland haben ein Ganztagsangebot. Ganztagsbetreuung und die Ernährungsumgebung in Schulen und Kindertageseinrichtungen werden derzeit ausgebaut.

Frühstücksangebot: Obwohl es nicht verpflichtend ist, bieten viele Kindertageseinrichtungen (und manche Grundschulen) Frühstück an. In weiterführenden Schulen (und meistens auch in Grundschulen) ist es üblich, dass die Kinder ihr Frühstück von zu Hause mitbringen.

Mittagessenangebot: Nur in den Ganztagsschulen muss ein Mittagessen angeboten werden, aber auch Schulen mit Nachmittagsunterricht, die keine Ganztagsschulen sind, bieten Mittagessen an oder haben ein Zwischenverpflegungsangebot; Schulen ohne Nachmittagsunterricht müssen kein Mittagessen anbieten. Ganztagskitas bieten Mittagessen an, Kindertageseinrichtungen ohne Ganztagsbetreuung nicht.

Wasserangebot: In Kindertageseinrichtungen ist meistens Wasser für die Kinder verfügbar. Ca. 30 % der Ganztagsschulen stellen Trinkwasserspender/Trinkbrunnen zur Verfügung. Außerdem wird, wenn es ein Mittagessenangebot gibt, Wasser in vielen Schulen kostenlos angeboten.

Snack-Verkauf: Das Angebot von Zwischenverpflegung ist in Grundschulen nicht üblich, es gibt dies nur in wenigen Grundschulen. In vielen weiterführenden Schulen, wird eine Zwischenverpflegung angeboten.

Verpflegungsautomaten: Es gibt keine Beschränkung für Verpflegungsautomaten in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Jedoch werden in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen üblicherweise keine Verpflegungsautomaten aufgestellt und nur wenige weiterführende Schulen haben Automaten.

Verbindliche Standards für die Verpflegung: Auf Bundesebene gibt es noch keine verbindlichen Standards für die Schul- und Kita-Verpflegung. In zwei Bundesländern ist der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelte DGE-Qualitätsstandard für die Schulverpflegung verbindlich und in einem weiteren Bundesland der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder. Auf Basis den aktuellen Strukturerhebungen zur Qualität der Schul- und Kita-Verpflegung in Deutschland wird allen Bundesländern empfohlen, diese Qualitätsstandards verbindlich umzusetzen.

Subvention der Schulverpflegung und SoS: Ob und in welchem Umfang die Mahlzeiten subventioniert werden, hängt vom Standort der betreffenden Schule oder Kindertageseinrichtung ab, da dies von den Bundesländern und Gemeinden individuell gehandhabt wird. In einzelnen Bundesländern wird die Verpflegung generell für alle Schüler subventioniert. In allen Bundesländern haben Kinder aus sozial benachteiligten Familien die Möglichkeit, über das Bildungs- und Teilhabepaket eine zusätzliche finanzielle Unterstützung zu beantragen.

Marketing: Marketing für Lebensmittel ist beschränkt. Eine finanzielle Förderung durch externe Partner ist zur Erhöhung des Schulbudgets möglich, aber dies wird klar von produktspezifischem Marketing abgegrenzt. Die Rechtsvorschriften unterscheiden sich je nach Bundesland.

Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten: KiGGS-Studie mit Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren (Eskimo-Modul).

Regelmäßige Erhebung zur Ernährungsumgebung in der Schule: Es gibt keine regelmäßigen Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule, aber in den Jahren 2008 und 2014 wurden Strukturerhebungen in Ganztagsschulen und in den Jahren 2000 und 2013 in Kindertageseinrichtungen durchgeführt**.**

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015

Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014
U. Arens-Azevedo, Z. Schillmöller, I. Hesse et al.: Qualität der Schulverpflegung - Bundesweite Erhebung. Abschlussbericht, Hamburg 2015
U. Arens-Azevedo, M. E. Tecklenburg, M. Häusler, U. Pfannes: Verpflegung in Kindertageseinrichtungen (VeKiTa): Ernährungssituation, Bekanntheitsgrad und Implementierung des DGE-Qualitätsstandards. In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrgs.): 13. DGE-Ernährungsbericht, Bonn 2016.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	3-6 Jahre	7-10 Jahre	11-13 Jahre
Mädchen	50,7	30,5	12
Jungen	52,2	31,4	17,4

Datenquelle:
KiGGS-Studie (2009-2012)
http://edoc.rki.de/oa/articles/reLdNZIuhBgmc/PDF/22pI9MzdGXp6.pdf

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	NEIN	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?		Je nach Bundesland verschieden, durchschnittlich 3-5 Stunden	Je nach Bundesland verschieden, durchschnittlich 3-5 Stunden
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	JA	JA	JA
Weitere Informationen:	Strukturierte Bewegungsprogramme müssen in Kitas nicht verbindlich angeboten werden, Bewegungsförderung ist aber dennoch ein zentraler Bildungsauftrag. Regelmäßige Erhebung zur körperlichen Fitness: KiGGS-Studie mit Kindern und Jugendlichen von 0 bis 17 Jahren (Motorik-Modul, MoMo).		

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015
KiGGS-Studie:
http://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS2_Eckdaten.pdf

BESSER ESSEN. MEHR BEWEGEN. KINDERLEICHT-REGIONEN

Zusammenfassung	Diese Intervention richtet sich an Kinder im Alter von 0 bis 12 Jahren. Bei dem Programm handelt sich um einen offenen Wettbewerb für Städte und Gemeinden mit dem Ziel bestehende lokale Netzwerke weiterzuentwickeln.
Dauer	2006-2011
Ziele	Hauptziel der Intervention war es in lokalen Netzwerken relevante Partner und effiziente Maßnahmen für die Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern zu identifizieren.
Verwendeter Ansatz	Für Städte, Gemeinden und Gemeinschaften wurde ein offener Wettbewerb ausgeschrieben. Die Idee war es, bereits vorhandene Initiativen zur Gesundheitsförderung und Adipositasprävention weiterzuentwickeln und das Wissen und die Erfahrungen auf lokaler Ebene in einem Ansatz von unten nach oben (Bottom-up-Prinzip) zu nutzen.
Geografische Abdeckung	Deutschland
Hauptzielgruppe	Säuglinge und Kinder ab der Geburt bis zum Ende der Grundschulzeit (d. h. 0 bis 12 Jahre).
Beschreibung der Intervention	<u>Erste Phase:</u> Eine unabhängige Jury wählte 24 Modellregionen aus 450 eingereichten Projektanträgen aus. Diese 24 Projekte wurden drei Jahre lang finanziell gefördert (2006-2009). <u>Zweite Phase:</u> Für Maßnahmen, die auf eine dauerhafte Umsetzung abzielten, erhielten 16 der 24 Modellprojekte eine weitere Finanzierung über zwei Jahre (2009-2011). Die 24 Modellprojekte berücksichtigten verschiedene Risikoverhaltensweisen. Insgesamt wurden 716 Einzelmaßnahmen durchgeführt, die teilweise miteinander verbunden waren. Um einen Überblick über die Vielfalt dieses Beispiels guter Praxis zu geben, werden hier 3 der 24 Modellprojekte vorgestellt: • **Barleben**: In dieser kleinen Gemeinde etablierte eine lokale Initiative mit mehr als 20 Partnern ein Modellprojekt, in dessen Rahmen Module, Materialien und Medien zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung in Kindertageseinrichtungen und Schulen erstellt wurden. Das Personal von 11 Kindertageseinrichtungen und Schulen wurde ausgebildet und drei Jahre lang intensiv betreut. In einer angemieteten Küche wurden gesunde Mahlzeiten für die betreffenden Einrichtungen und für Familien zubereitet. Außerdem

	wurde ein Familienzentrum errichtet, in dem verschiedene Aktivitäten organisiert wurden (z. B. „Zu-Fuß-zur-Schule“). Die Nachhaltigkeit des Projekts wird durch einen neu gegründeten Verein mit über 200 Mitgliedern und einer Geschäftsstelle gesichert, die das Projekt auf die ganze Region ausweitet. • **Hillesheim**: Dieses Modellprojekt verknüpfte mehr als 20 Einzelinitiativen von Kindertageseinrichtungen, Schulen, Vereinen und privaten Initiativen zu einem gemeinsamen Präventionsprogramm. Ungefähr 30 Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung wurden umgesetzt (z. B. Ernährungsberatung für Frauen, Exkursionen zu Bauernhöfen, Kochkurse, Sportunterricht, Gartenbau). Das Maskottchen „Karla Kirsche“ trat als Expertin in allen Bereichen der Gesundheitsförderung auf und motivierte sowohl Kinder als auch Eltern. Kern des Projekts war ein Bonussystem: Kinder, die an den Maßnahmen des Programms teilnahmen, bekamen Karla-Kirsche-Aufkleber zum Sammeln und erhielten dafür dann Belohnungen. • **Nürnberg:** Das Modellprojekt fand in einem Stadtteil von Nürnberg statt, in dem 45 % der Einwohner einen Migrationshintergrund hatten und die Arbeitslosenquote ca. 17 % betrug. Hier sind überdurchschnittlich viele Kinder adipös. Ein Netzwerk von sozialen Einrichtungen, Vereinen, Schulen und lokalen Behörden entwickelte ein Gesundheitsförderungsprogramm für alle wichtigen Bereiche: Familie, Kinderbetreuung, Schule und Freizeit. Das Netzwerk organisierte nicht nur ein vielseitiges Angebot (z. B. Tanzkurse, Schwimmkurse, Zirkusturnen, Elternkochkurse), sondern war auch an politischen Entscheidungsprozessen beteiligt. Die Kooperation war sehr erfolgreich, z. B. wurde ein “Autofreier Tag” organisiert, ein lokaler Sportverein übernahm in Zusammenarbeit mit Studenten den Sportunterricht an Schulen, und in Grundschulen boten Jugendliche ein gesundes Frühstück an. Die Evaluation zeigte, dass durch den integrierten Ansatz alle Kinder im Stadtteil erreicht wurden, sodass adipöse Kinder nicht stigmatisiert wurden.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung Bewegung Psychosoziale Komponenten Integrierte Ansätze
Bekämpftes Risikoverhalten	Die 24 Modellprojekte zielten auf verschiedene Risikoverhaltensweisen ab. 716 Einzelmaßnahmen, die teilweise miteinander verbunden waren, wurden durchgeführt.
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Familie Kindertageseinrichtungen Grundschule

	Freizeit Gemeinde / Stadtteil
Beschreibung der Evaluation	Eine externe Evaluation wurde mit mehreren, sowohl quantitativen als auch qualitativen Methoden durchgeführt. Die Evaluation umfasste anthropometrische Messungen, sportmotorische Tests, semistrukturierte Interviews, Beobachtungen, Gruppendiskussionen und Dokumentanalysen.
Gesetzlicher Rahmen	Durch das Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft
Gesamtbudget in Euro	15-16 Millionen EUR
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	In 8 der 22 Projekte entwickelte sich die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas positiv. Bei 6 dieser Projekte nahm die Prävalenz weniger als in den Kontrollgruppen zu, in den beiden anderen Projekten nahm die Prävalenz ab. In dem Dokument „Evaluation des Modellvorhabens - Abschlussbericht“ sind die Auswirkungen detailliert beschrieben: https://www.in-form.de/profiportal/service/kinder-und-jugendliche/besser-essen-mehr-bewegen-kinderleicht-regionen/download.html
Weitere Informationsquellen	https://www.in-form.de/profiportal/service/kinder-und-jugendliche/besser-essen-mehr-bewegen-kinderleicht-regionen.html

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Stefanie Eiser, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft Durchführende Stelle: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung Referat 525 Ernährung und Prävention Deichmannsaue 29, 53179 Bonn stefanie.eiser@ble.de +49 (0)228 99 6845-3389

IDEFICS - Identifikation und Prävention von ernährungs- und lebensstilbedingten Gesundheitsfaktoren bei Kindern und Kleinkindern

Zusammenfassung	Diese Studie ist die größte europäische Studie zur Erforschung von Übergewicht bei Kindern im Alter von zwei bis zehn Jahren. Sie betrachtet verschiedene Settings und umfasst unterschiedliche Maßnahmen (d. h. Bildung, Umgebung und politische Ansätze).
Dauer	2006-2012
Ziele	Das Projekt verfolgte zwei strategische Ziele: erstens die Erweiterung von Wissen über die gesundheitlichen Wirkung einer veränderten Ernährung, einer veränderten sozialen Umgebung und Lebensweise bei Kleinkindern und Kindern in Europa; zweitens die Entwicklung, Durchführung und Validierung von spezifischen Interventionsansätzen zur Verringerung der Prävalenz von ernährungs- und lebensstilbedingten Krankheiten in der EU.
Verwendeter Ansatz	Bildung von Kindern und Eltern, Bewusstseinsbildung, Umgebungsveränderungen innerhalb der Gemeinden (Verhältnisprävention), Änderungen in der Schulpolitik, Aufbau von Partnerschaften
Geografische Abdeckung	Acht europäische Länder *(Belgien, Deutschland, Estland, Italien, Schweden, Spanien, Ungarn, Zypern)*
Hauptzielgruppe	16.228 Kinder und Kleinkinder von 2 bis 10 Jahren zu Beginn der Studie (Ernährungsumgebung in Schulen, bewegungsfördernde Schulhöfe)
Beschreibung der Intervention	Modul 1: Beteiligung kommunaler Partner Modul 2: Langfristige Medienkampagne und Strategie für die Öffentlichkeitsarbeit Modul 3: Lobby-Arbeit für kommunale umgebungsbezogene und politische Interventionen Modul 4: Aufbau von Partnerschaften Modul 5: Bildung für Kinder Modul 6: Bewegungsfördernde Umgebung - der aktive Spielplatz Modul 7: Lehrpläne für gesundheitsbezogenen Sportunterricht Modul 8: Veränderung der Verpflegungsstruktur und schulpolitische Maßnahmen für Wasser als Getränk Modul 9: Veränderung der Verpflegungsstruktur und schulpolitische Maßnahmen in Bezug auf Obst und Gemüse Modul 10: Bildung für Eltern

Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung (Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse, vermehrtes Trinken von Wasser anstelle von gesüßten Getränken) Bewegungsförderung (spielen im Freien bestärken und Bildschirmzeiten verkürzen) Mehr Familienzeit (zur Verbesserung der Stressbewältigung) und Schaffung einer Routine zum Schlafengehen (für längere Schlafdauer)
Bekämpftes Risikoverhalten	• unzureichender Wasserkonsum • unzureichender Obst- und Gemüsekonsum • Fernsehen (inaktive Lebensweise) • Körperliche Inaktivität • Stress • Schlafmangel
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Schule und Kindertageseinrichtungen (aber auch: Gemeinde, Familie und Einzelpersonen)
Beschreibung der Evaluation	Zu Beginn dieser prospektiven Kohortenstudie mit der bislang größten europäischen Kinderkohorte, wurde eine Erhebung (Baseline, T0) durchgeführt. In einer zweiten Erhebung (T1) wurde bei den Kindern 2 Jahre später erneut die gleichen Parameter erfasst, um die ätiologischen Zusammenhänge zwischen den Baseline-Prädiktoren und ausgewählten Endpunkten bei der Nachuntersuchung (Follow-up) zu ermitteln. Zudem wurden kurzfristige Wirkungen der Intervention durch den Vergleich von Kindern aus Kontroll- und Interventionsgebieten betrachtet. Drei Fall-Kontroll-Studien (Nested-Case-Control-Studien) zu Übergewicht, Insulinresistenz (HOMA) und Knochenfestigkeit wurden durchgeführt. Abschließend wurden die Eltern schriftlich zum Zeitpunkt T2 befragt, um die Nachhaltigkeit der Interventionen zu beurteilen zu können.
Gesetzlicher Rahmen	Die Studie wurde von der Europäischen Kommission innerhalb des 6. Rahmenprogramms gefördert.
Gesamtbudget in Euro	13 Millionen EUR für die gesamte Studie (nicht nur für die Intervention)
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	16 % der übergewichtigen Kinder in der Interventionsregion reduzierten ihr Gewicht und sind nun normalgewichtig, verglichen mit 12 % in der Kontrollregion. In beiden Regionen entwickelten 9 % der vorher nicht-übergewichtigen Kinder Übergewicht. Die Untersuchung der Interventionswirkung ergab nur für den BMI-Z-Score bei Mädchen einen signifikanten Effekt.
Weitere Informationsquellen	http://www.ideficsstudy.eu Publizierbarer Maßnahmenabschlussbericht - http://www.ideficsstudy.eu/fileadmin/idefics/downloads/publications/c_Final_Publishable_Activity_Report.pdf

	• Lissner, L., et al., *Differential outcome of the IDEFICS intervention in overweight versus non-overweight children: did we achieve 'primary' or 'secondary' prevention?* Obes Rev, 2015. **16 Suppl 2**: p. 119-26. • Arvidsson, L., et al., *Fat, sugar and water intakes among families from the IDEFICS intervention and control groups: first observations from I.Family.* Obes Rev, 2015. **16 Suppl 2**: p. 127-37. • Verloigne, M., et al., *Process evaluation of the IDEFICS school intervention: putting the evaluation of the effect on children's objectively measured physical activity and sedentary time in context.* Obes Rev, 2015. **16 Suppl 2**: p. 89-102.

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Professor Dr. Wolfgang Ahrens, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie - BIPS, Bremen, Deutschland idefics@bips.uni-bremen.de Ahrens@leibniz-bips.de +49 (0)421/ 218.56.822

KLASSE2000

Zusammenfassung	Klasse2000 ist ein Unterrichtsprogramm, das in Grundschulen (Kinder im Alter von 6 bis 10 Jahren) eingesetzt wird.
Dauer	Fortlaufend seit 1991/1992
Ziele	• Für Kinder ist es wichtig, gesund zu sein. Es muss ihnen bewusst sein, dass sie selbst etwas für ihre Gesundheit tun können und für diese verantwortlich sind. • Kinder lernen, was sie tun können, um gesund zu bleiben/werden, durch einfache Regeln für gesundes Essen und Trinken, Bewegung, Entspannung und „Nein"-Sagen zu Tabak und Alkohol • Entwicklung von sozialen und emotionalen Kompetenzen (z. B. Gefühle erkennen und angemessen mit ihnen umgehen, mit anderen kommunizieren/zusammenarbeiten, Konflikte gewaltfrei lösen) • Schule und Eltern werden ermutigt, die Kinder bei der Entwicklung eines gesunden Lebensstils durch einfache Regeln und tägliche Routinen zu unterstützen
Verwendeter Ansatz	Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen, Bildung
Geografische Abdeckung	Alle Bundesländer in Deutschland
Hauptzielgruppe	Kinder in Grund- und Förderschulen in Deutschland
Beschreibung der Intervention	• Umfangreiches Unterrichtsprogramm zur Förderung von Gesundheits- und Lebenskompetenzen in den Klassen 1-4 • Pro Jahr ca. 14 interaktive Schulstunden, die von Lehrkräften und speziell geschulten Klasse2000-Gesundheitsförderern gestaltet werden • Verschiedene aktionsorientierte Materialien für Kinder, Lehrkräfte und Eltern
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung - in der Schule und Freizeit, einfache Entspannungstechniken, eigene Gefühle und die von anderen erkennen und steuern, geeignete Problem- und Konfliktlösung
Bekämpftes Risikoverhalten	Übermäßiger Verzehr von Süßigkeiten und Softdrinks, geringer Obst- und Gemüsekonsum, Bewegungsmangel, Bildschirmzeit, Drogenkonsum (d. h. Tabak und Alkohol), Werbung, Gruppenzwang
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grund- und Förderschulen (innerhalb des regulären Unterrichts)
Beschreibung der Evaluation	Klasse2000 wird kontinuierlich überwacht und wissenschaftlich evaluiert. Regelmäßige interne Studien zur Prozessevaluation belegen die Anwendbarkeit und die positive Evaluation des Programms (Befragung von Lehrkräften, Gesundheitsförderern, Schulleitungen und Spendern); diese liefern außerdem wichtige Informationen für die Verbesserung des Programms.

	Ergebnisevaluation (Outcome-Evaluation): In einer Studie des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) wurden Klasse2000-Kinder mit einer Kontrollgruppe, die von 2005 bis 2008 nicht an dem Programm teilgenommen hatte, verglichen. In den Jahren 2009 und 2011 wurden Nachuntersuchungen durchgeführt. Die Nachuntersuchung am Ende der Klasse 7 diente der Überprüfung, ob das Programm langfristige Auswirkungen auf den Drogenkonsum hat. In einer randomisierten Längsschnittstudie der Universität Bielefeld wurden Klasse2000-Kinder und eine Kontrollgruppe der Klassen 1 bis 3 untersucht. Kinder, Eltern, Lehrkräfte und Schulleitung wurden bis zu viermal befragt. Der Schwerpunkt lag auf Ernährung und Bewegung. Der entsprechende Inhalt wird vor allem in den Klassen 1 und 2 unterrichtet, in Klasse 3 erfolgte eine Befragung, um die Langzeitwirkungen des Programms zu erfassen. Weitere Informationen: www.klasse2000.de/downloads/evaluation.html
Gesetzlicher Rahmen	Empfehlung der Kulturministerkonferenz, Bildungspläne der Bundesländer, Präventionsgesetz
Gesamtbudget in Euro	Gesamteinnahmen im Schuljahr 2014/15: 3.866.666,89 EUR
Finanzierungsquellen	Das Programm wird überwiegend durch Spenden in der Form von Sponsoring finanziert sowie durch Fördergelder: Firmen, Lions Clubs, Krankenkassen, Eltern, Fördervereine etc. Anteil der öffentlichen Mittel (Städte, Landkreise) im Schuljahr 2014/15: 12 %.
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die Studie des IFT-Nord zeigte, dass signifikant weniger Kinder in der Klasse2000-Gruppe am Ende der 7. Klasse rauchten und auch weniger Alkohol konsumierten als in der Kontrollgruppe. In der Studie der Universität Bielefeld wurden ebenfalls positive Effekte des Programms auf die Ernährung und das Bewegungsverhalten von Klasse2000-Kindern festgestellt - obwohl auch in den Kontrollschulen zahlreiche gesundheitsfördernde Maßnahmen durchgeführt wurden.
Weitere Informationsquellen	www.klasse2000.de Weitere Dokumente sind in der JANPA-Toolbox erhältlich.

Sonstige Anmerkungen	Ein besonderes Merkmal dieses Programms ist der Einsatz von externen speziell geschulten Klasse2000-Gesundheitsförderern. Sie bringen neue Themen in die Schulklassen, die die Lehrkräfte in ihrem Unterricht anhand von ausgearbeiteten Unterrichtsmaterialien vertiefen. Die Gesundheitsförderer führen Vorbereitungstreffen mit Lehrkräften durch und bieten Elterntreffen an. Sie fungieren als Multiplikatoren und Vermittler. Somit ist eine spezielle Schulung der Lehrkräfte nicht notwendig.
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Thomas Duprée, Geschäftsführer, Verein Programm Klasse 2000 e. V. info@klasse2000.de +49 (0) 911 891210

ANERKANNTER BEWEGUNGSKINDERGARTEN MIT DEM PLUSPUNKT ERNÄHRUNG

Zusammenfassung	Dieses Bildungsprogramm wird in Kindertageseinrichtungen für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren angebot
Dauer	Fortlaufend seit 1999 (2007 wurde der Aspekt "Pluspunkt Ernährung" ergänzt)
Ziele	• Den Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stoppen • Kinder und Familien mit sozialer Benachteiligung unterstützen • Kinder mit Migrationshintergrund verstärkt fördern
Verwendeter Ansatz	Kompetenzen fördern, Bildung
Geografische Abdeckung	Nordrhein-Westfalen
Hauptzielgruppe	Alle Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf sozial-benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund.
Beschreibung der Intervention	Die pädagogischen Mitarbeitenden in den Kindertageseinrichtungen (Kita) werden zu Bewegung und Ernährung geschult. Für die Durchführung einer Intervention werden Medien zur Verfügung gestellt und eine individuelle Beratung angeboten. Darüber hinaus kann die Kita Unterstützung bei der Organisation von Veranstaltungen für die Eltern erhalten. Die teilnehmenden Kitas bekommen ein Zertifikat verliehen. Alle teilnehmenden Kitas bilden ein Netzwerk, das regelmäßige Austauschmöglichkeiten bietet. <u>Bewegung:</u> Neustrukturierung oder intensivere Nutzung der Räumlichkeiten, mehr Sportstunden und eine stärkere Beteiligung der Kinder bei der Organisation ihrer Bewegungsangebote.
Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Körperliche Inaktivität Ungesunde Ernährung
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtung
Beschreibung der Evaluation	Die erste Phase des Projekts (2007-2010) wurde in einer kontrollierten Studie mit einer Vorher- Nachher- sowie einer Follow-up-Untersuchung evaluiert. In der Interventionsgruppe wurde eine Untergruppenanalyse durchgeführt, um die Wirkung der Faktoren „Migrationshintergrund" und „Sozioökonomischer Status" zu ermitteln.
Gesetzlicher Rahmen	Kinderbildungsgesetz NRW

Gesamtbudget in Euro	300.000 EUR/Jahr (180.000 EUR/Jahr für Bewegungskindertageseinrichtungen, 120.000 EUR/Jahr für den Ernährungsaspekt)
Finanzierungsquellen	Sportjugend NRW, Landesregierung NRW, gesetzliche Krankenkassen
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	<u>Bewegung</u> In 82 % der Interventionskindertageseinrichtungen wurde eine Zunahme der körperlichen Aktivität durch Neustrukturierung oder intensivere Nutzung der Räumlichkeiten, mehr Sportstunden und eine stärkere Beteiligung der Kinder bei der Organisation der Bewegungsangebote erreicht. <u>Ernährung</u> In der Phase nach der Intervention nahm der Anteil der Kinder, die frisches Obst und/oder Gemüse bzw. Vollkornbrot mit in die Kindertageseinrichtung brachten, um 7 % bzw. 10 % zu (in beiden Fällen $p < 0{,}001$). Der Anteil der Kinder, die Milchschnitte (ein gesüßter Milch-Biskuit-Riegel) oder Softdrinks mitbrachten, sank um 5 % bzw. 3 % (in beiden Fällen $p = 0{,}014$). Der Anteil der pädagogischen Mitarbeitenden, die die Ernährungspyramide bei ihrer täglichen Arbeit nutzten, stieg in der Interventionsgruppe um 40,3 %. Die Interventionseffekte wurden unabhängig von den Faktoren „Migrationshintergrund“ und “Sozioökonomischer Status” beurteilt.
Weitere Informationsquellen	http://www.sportjugend-nrw.de/unser-engagement/fuer-kinder/ http://www.bewegungskindergarten-nrw.de O. Cuptova (2014): Evaluation des Projektes “Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung”. Dissertation, Köln, online verfügbar: http://esport.dshs-koeln.de/435/

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Kerstin Sorhagen, LSB/Sportjugend NRW; Landeskoordination Bewegungskindergarten, Landessportbund/Sportjugend Nordrhein-Westfalen kerstin.sorhagen@lsb-nrw.de +49 (0)203 73 81 - 648 Vanessa Drösser, Koordinatorin für den Pluspunkt Ernährung, Gesetzliche Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen ernaehrung@bewegungskindergarten-nrw.de +49 (0)2152 9 13 - 4 69

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Estland

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	15.600 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	76 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	1.315.944	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	16	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	3-6 Jahre (%)		7 Jahre* (%)		11 Jahre** (%)		* E. Nurk et al.: WHO COSI: Estonia, 2016 - Country Poster
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Datenquelle:
Übergewicht und Adipositas			28,6	23,4	18	11	** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung und Forschung
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Bildungsstufen: Vorschulerziehung (ISCED-Stufe 0) bis 7 Jahre Grundbildung (ISCED-Stufe 1-2), Klassen 1-9, Sekundarstufe (ISCED-Stufe 3), Klassen 10-12 Hochschulbildung (ISCED-Stufen 6, 7, und 8)
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	17 Jahre
Anzahl der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	1.170 insgesamt 635 öffentliche, 58 private Kindertageseinrichtungen 535 öffentliche, 51 private Schulen

	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**JA**	**K. A.**	**K. A.**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**K. A.**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**NEIN**	**K. A.**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**K. A.**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:		**Alle Schüler in Grundschulen und in weiterführenden Schulen**	
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:
Frühstücksangebot: Ist von der Schule abhängig, nicht verbindlich.
Snack-Verkauf: Ein Angebot an Zwischenverpflegung gibt es hauptsächlich in größeren Schulen.
Externe Stakeholder: Werbung jeglicher Art ist in Schulen nicht erlaubt.
Sozioökonomischer Status: Ist in Kindertageseinrichtungen von der Gemeinde abhängig.
Marketing: Marketing und Werbung sind in estnischen Kindertageseinrichtungen und Schulen nicht erlaubt.

Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten: In weiterführenden Schulen im Rahmen der HBSC-Studie.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen	12	12	12
Jungen	16	16	16

Datenquelle:
Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	JA	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	Zweimal pro Woche	2 Stunden	2 Stunden
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	NEIN	JA*

*HBSC-Studie
Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

INDIVIDUELLER ANSATZ ZUM ADIPOSITAS-MANAGEMENT BEI KINDERN

ZUSAMMENFASSUNG	Da estnische Schulen nicht über qualifizierte Fachkräfte und finanzielle Mittel für den Umgang mit übergewichtigen und adipösen Kindern verfügen, wurde im Jahr 2014 ein auf Familien zugeschnittenes Adipositas-Managementprogramm entwickelt, dass mit interdisziplinären Teams arbeitet. Schul- und Familienpflegekräfte wurden geschult und verbreiteten die Idee des Projekts (des Kinderarztes L. Suurorg) in den Jahren 2015-2017.
Dauer	1. August 2014 - 1. August 2017
Ziele	1. Dieses Projekt nutzt individuelle Ansätze kombiniert mit einer multiprofessioneller Intervention und Evaluation. 2. Derzeit ist die Evaluation der Ursachen für Übergewicht und Adipositas, der damit zusammenhängenden Zustände (Stress) und der körperlichen Fähigkeiten nicht Bestandteil der Gesundheitsdienstleistungen. Es fehlt das Wissen über mögliche Interventionen. Auf Basis der Projektergebnisse werden Leitlinien für Haus- und Kinderärzte entwickelt 3. Die Sucht nach Essen als eine der möglichen Ursachen von Übergewicht/Adipositas wurde bisher nicht untersucht. In diesem Projekt wird ein entsprechender Fragebogen entwickelt und validiert. 4. In Estland wurde das Modell der „Veränderungsbereitschaft“ (engl. readiness to change) bisher nicht genutzt, um das Verhalten von Kindern und Familien positiv zu verändern. 5. Da bevölkerungsbezogene Interventionen (verschiedene Kampagnen etc.) keine Ergebnisse gezeigt haben, soll der individuelle Ansatz und ein intensiveres Gewichtsmanagement mit Unterstützung verschiedener Fachleuten (Ärzte, Physiotherapeute, Ernährungswissenschaftler, Psychologen) auf ihre Wirkung hin überprüft werden. In diesem Projekt wird Adipositas als eine chronische Krankheit betrachtet.
Verwendeter Ansatz	Bewusstseinsbildung und Bildung für Eltern und Kinder in Bezug auf Adipositas; auf die Familien zugeschnittene Intervention
Geografische Abdeckung	Tallinn und der umgebende Kreis Harju
Hauptzielgruppe	20 adipöse Schulkinder und ihre Familien aus Tallinn und dem Kreis Harju, die auf Empfehlung von Hausärzten, Kinderärzten, Endokrinologen oder auf Grund eigener Initiative teilnehmen
Beschreibung der Intervention	Der individuelle Lebensstil sowie die Veränderungsbereitschaft jeder Familie wird beurteilt; realistische Ziele in Bezug auf den Lebensstil für

	12 Monate festgelegt und persönliche Beratungen durchgeführt; die körperlichen Fitness wird beurteilt; die Kinder nehmen zweimal pro Woche an interdisziplinären Treffen zu Sport und Ernährung teil
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/ Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Verzehr von Softdrinks/Frühstück auslassen/Portionsgröße/Marketing für Kinder/Bildschirmzeit
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Poliklinik des Kinderkrankenhauses in Tallinn
Beschreibung der Evaluation	Beurteilung der Teilnahmerate; Erfassung des Gewichts (wöchentlich) und der alltäglichen Bewegung mit Schrittzählern (7 Tage); Einbindung der Kinder in die Fürsorge für sich selbst sowie Steigerung der Qualität der Rückmeldung durch die Nutzung von mHealth-Geräten (Misfit/Fitbit); Rückmeldung durch Ernährungswissenschaftler in der Facebook-Gruppe; Beurteilung der Verbesserung der Fitness und des BMI alle 4 Monate
Gesetzlicher Rahmen	nicht zutreffend
Gesamtbudget in Euro	ca. 25.000 EUR pro Jahr
Finanzierungsquellen	Öffentlich und privat
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die abschließende Evaluation erfolgt 2018. Zwischenergebnisse nach 2 Jahren Projektdauer: 58 übergewichtige und adipöse Kinder sowie ihre Familien nahmen teil. Die BMI-Kategorie nahm bei 42 % der Teilnehmer ab, 58 % verloren an Gewicht und 27 % hielten ihr Gewicht, während 15 % zunahmen und 17 % das Programm abbrachen.
Weitere Informationsquellen	In der JANPA-Toolbox sind zusätzliche Dokumente erhältlich.

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Inna Kramer, Lagle Suurorg; Tallinna Children's Hospital Foundation Inna.kramer@lastehaigla.ee +3725277017 lagle.suurorg@lastehaigla.ee

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Frankreich

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	32.800 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	106 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	66.661.621	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	18,6	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	3-6 Jahre (%)		6-9 Jahre (%)		11 Jahre (%)		Datenquelle: 3-6 Jahre: DREES Etudes et résultats 2015, 920. (Daten im Jahr 2013 erfasst) 6-9 Jahre: Institut de veille sanitaire. Daten im Jahr 2007 gemessen und erfasst. Quelle: IOTF. 11 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	11,9	11,9	18,4	18,4	20	16	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung, Hochschulwesen und Forschung
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	École maternelle (Kindertageseinrichtung) von 3 bis 6 Jahren *Collège* unique (ISCED 2): Französische Schülerinnen und Schüler werden bis zum Alter von 15 Jahren zusammen unterrichtet. Die erste Spezialisierung erfolgt am Ende des *collège* (Sekundarstufe I): Die Schüler können entweder ein allgemeinbildende, technische, oder berufsbildende Oberschule (*lycée)* besuchen. Die Oberschule bereitet auf das Abitur (*baccalauréat)* nach drei Jahren vor. Das französische Zentralabitur ermöglicht den Zugang zur Hochschule und Universität.
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	16 Jahre

Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**86,5 % öffentlich, 13,5 % privat**
Weitere Informationen	**Unterricht zu Lebensmittel /Ernährung erfolgt in verschiedenen Klassenstufen.**
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kindertages-einrichtung	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**NEIN**	**NEIN**	**JA**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Die lokalen Behörden legen den Preis fest (Artikel R. 531-52 des Bildungsgesetzes). Fast alle lokalen Behörden beachten sozioökonomische Ressourcen bei der Festlegung des Preises für Grundschulen. Kinder aus sozialschwachen Familien erhalten in Grund- und weiterführenden Schulen finanzielle Unterstützung.**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere

Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

Zusatzinformationen:

Die lokalen Behörden sind für die Gebäude, Ausstattung und Funktionsfähigkeit der Schulen verantwortlich. Darüber hinaus sind die Gemeinden für außerschulische Maßnahmen zuständig. Die Departments und Regionen befassen sich auch mit den Internaten. Außer den Lehrkräften und der Schulleitung ist das Schulpersonal von den lokalen Behörden abhängig.

Frühstücksangebot: In einzelnen Kindertageseinrichtungen und Grundschulen gibt es ein Frühstücksangebot. Art und Umfang des Angebots hängen von der jeweiligen Schule ab.
Mittagessenangebot: Gibt es seit über 60 Jahren fast durchgehend. Für die Bereitstellung des Essens, des Personals und der Räumlichkeiten (Schulmensa) ist für Kindertageseinrichtungen und Grundschulen die Gemeinde, für das *collège* das Departement und für die Oberschule (*lycée)* die Region verantwortlich.
Kostenloses Wasser außerhalb der Toiletten: Nicht verbindlich. Jedoch werden in allen neuen Schulen seit etwa 15 Jahren kostenlose Trinkbrunnen aufgestellt. Nach und nach werden auch in älteren Schulen Trinkbrunnen aufgestellt.
Verpflegungsautomaten: Verpflegungsautomaten sind in allen Schulen (Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und weiterführenden Schulen) seit September 2005 verboten (Artikel 30 des Gesetzes 2004/806 vom 9. August 2004, „relative à la politique de santé publique“).
Standards für die Verpflegung: Standards für die Gemeinschaftsverpflegung werden festgelegt durch: Artikel D.230-25 des „code rural et de la pêche maritime“ (Grundschulen und weiterführende Schulen), Artikel D.230-28 des „code rural et de la pêche maritime“ (Kindertageseinrichtungen), Verordnung vom 30. September 2011 bezüglich der Lebensmittelqualität von im Rahmen der Schulverpflegung angebotenen Mahlzeiten.
Anwesenheit externer Stakeholder: wird reguliert durch die amtliche Verlautbarung des Bildungsministeriums Nr. 14 vom 5. April 2001: Partnerschaft mit der Arbeitswelt: Verhaltenskodex für Interventionen von Unternehmen in Schulen.
Marketing in Schulen: Werbung ist aufgrund des allgemeinen Prinzips der Neutralität der Schule verboten (Artikel L.511-2 des Bildungsgesetzes). Partnerschaften mit Unternehmen werden durch ein ministerielles Rundschreiben reguliert: Von Firmen entwickelte Unterrichts- oder Informationsmaterialien müssen von Lehrkräften und Schulleitung überprüft werden (Rundschreiben Nr. 2001-51 vom 28. März 2001, „relative au Code de bonne conduite des interventions des entreprises en milieu scolaire“).
Befragung zu den Ernährungsgewohnheiten: In Schulen: Regelmäßige Untersuchung mit anthropometrischen Daten im letzten Kitajahr (5-6 Jahre), dem letzten Grundschuljahr (10-11 Jahre) und dem letzten Jahr des *collège* (14-15 Jahre). Die Ernährungsgewohnheiten von Schulkindern werden auf der Basis von repräsentativen Stichproben erhoben (nationale Befragungen zur Ernährung).

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen	55,1	55,1	65
Jungen	64,6	64,6	78,3

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kindertages-einrichtung	**Grundschule**	**Weiterführende Schule**
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	**3 Stunden**	**4 Stunden**	**3 Stunden**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**
Weitere Informationen:	**Stunden pro Woche:** In Kindertageseinrichtungen werden pädagogische Ziele vorgegeben, keine Stundenanzahl. Im Allgemeinen geben die pädagogischen Mitarbeitenden täglich 30 bis 45 Minuten Sportunterricht. Insbesondere für Kita- und Grundschulkinder bieten die Gemeinden, die für außerschulische Aktivitäten (nach der Unterrichtszeit) verantwortlich sind, viele Bewegungsangebote an. **Erhebung zur körperlichen Fitness:** erfolgt nicht auf Schulebene. Zeitdauer und Art der körplichen Aktivität von Schulkindern wird in regelmäßigen nationalen Erhebungen auf Basis repräsentativer Stichproben ermittelt.		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

INTERVENTION ZUR VERBESSERUNG DER VERPFLEGUNG (AUßER MITTAGESSEN) MIT UNTERSTÜTZENDEN BILDUNGSMAßNAHMEN IN MITTEL- UND OBERSCHULEN

Dauer	2007-2009
Ziele	Verbesserung des Ernährungsverhaltens von Jugendlichen
Verwendeter Ansatz	Bildung / Bewusstseinsbildung / Bereitstellung von gesunden Alternative
Geografische Abdeckung	Region „Aquitaine“ (Aquitanien, Südwest- Frankreich) in 20 Mittel- und Oberschulen
Hauptzielgruppe	Jugendliche in Mittel- und Oberschulen
Beschreibung der Intervention	1. Sensibilisierung der Schulleitungen und Lehrkräfte dafür, dass der Verzehr von fett- und zuckerhaltigen Produkten (wie Süßigkeiten) in den Schulpausen verringert werden sollte (Verbreitung von nationalen Empfehlungen) 2. Verbesserung des Zwischenverpflegungsangebots: weniger bzw. keine fett- und zuckerhaltigen Lebensmittel und Förderung des Verkaufs von Obst und Brot. 3. Ernährungsbildungsaktivitäten zu einer ausgewogenen Ernährung und einer gesundheitsfördernden Lebensmittelauswahl 4. Sensibilisierung der Eltern zur Bedeutung des Frühstücks und zur Begrenzung von Süßigkeiten und anderen fett- und zuckerhaltigen Produkten auf Elternabenden und durch Flyer
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Naschen/Knabbern Essensrhythmus Frühstück auslassen Verzehr fett- und zuckerhaltiger Produkte
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Mittel- und Oberschulen
Beschreibung der Evaluation	**QUANTITATIVE BEWERTUNG** Vor und nach der Intervention wurden in sieben Mittel- und Oberschulen (Interventionsgruppe), und in acht Mittel- und Oberschulen, die nicht an der Intervention teilgenommen hatten (Kontrollgruppe), Erhebungen durchgeführt, zum: • Lebensmittelangebot in Schulpausen in Mittel- und Oberschulen • Lebensmittelverzehr von Jugendlichen / Vergleich der nationalen Empfehlungen

	SOZIOLOGISCHE BEWERTUNG Die qualitative Evaluation erfolgte auf Basis von gesellschaftswissenschaftlichen Methoden. Es wurde der Verkauf in den Pausen beobachtet und Einzelinterviews sowie Gruppeninterviews (8-10 Jugendliche) mit am Projekt beteiligten Jugendlichen zu den folgenden Themen durchgeführt: • Einstellung der Jugendlichen zu den Veränderungen im Zwischenverpflegungsangebot • Zufriedenheit der Schülerinnen und Schüler • Hemmende und fördernde (technische und methodische) Faktoren bei der Durchführung solcher Projekte mit Jugendlichen
Gesetzlicher Rahmen	PNNS (Programme National Nutrition Santé)
Gesamtbudget in Euro	237.000 EUR
Finanzierungsquellen	Öffentlich (INPES)
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	**QUANTITATIVE BEWERTUNG** 1602 Schülerinnen und Schüler (SuS) beantworteten die Befragung anonym vor und 1050 SuS nach der Intervention (unabhängig Stichproben aufgrund der anonymen Antworten). Die Auswirkung der Intervention auf das Ernährungsverhalten der Jugendlichen wurde mit logistischer Regression modelliert und Störvariablen korrigiert (Geschlecht, Alter und Bildungsniveau). Die multivariaten Analysen zeigten, dass die Intervention mit häufigerem täglichen Frühstücksverzehr (OR = 2,63; 95 %-KI [1,89; 3,66]), einem geringeren Verzehr von Snacks am Vormittag (OR = 0,66; 95 %-KI [0,48; 0,90]), einem höheren Verzehr kohlenhydratreicher Lebensmittel (OR = 1,77; 95 %-KI [1,30; 2,42]), einer leichten Zwischenmahlzeit am Nachmittag (OR = 1,43; 95 %-KI [1,07; 1,90]) und mit dem Zwischenverpflegungsangebot in den Schulen (OR = 1,34; 95 %-KI [1,01; 1,78]) assoziiert ist. Die Ergebnisse zeigen, dass der Verkauf empfehlenswerter Lebensmittel während der Schulpausen gesteigert werden konnte und sich das Ernährungsverhalten der SuS verbesserte. **SOZIOLOGISCHE BEWERTUNG** Die qualitative Evaluation zeigte, dass die Zustimmung (Compliance) der SuS zum Projekt stark von den (wahrgenommenen) Auswirkungen und der Art der Durchführung abhing. Die Zustimmung zum Projekt und sogar die Veränderung des Ernährungsverhaltens, wird gefördert durch die Begründung der Veränderung, durch spielerische

	Ernährungsbildungsaktivitäten mit Einbezug der Jugendlichen, durch die Integration des Projekts in die Schule (Einbeziehung von pädagogischen und medizinischen Teams der Schulen sowie der Schulverpflegung) und durch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Jugendlichen (über Gesundheitsaspekte hinaus).
Weitere Informationsquellen	Zusätzliche Dokumente sind in der JANPA-Toolbox erhältlich. (Evaluationsbericht, Veröffentlichungen in „ARCPED“ und „Global Health Promotion“)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Hélène THIBAULT, ISPED - University of Bordeaux Segalen Centre INSERM U897 - Epidemiology & Biostatistics CHU Bordeaux RéPPOP Aquitaine - Netzwerk zur Prävention und Behandlung von Adipositas bei Kindern in Südwestfrankreich, (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Aquitaine) Helene.thibault@orange.fr (+33)5 56 96 00 82

VERBESSERUNG DER ZUSAMMENSETZUNG ODER ABSCHAFFUNG DES KNABBER- UND NASCHANGEBOTS AM VORMITTAG IN KINDERTAGESEINRICHTUNGEN

Dauer	Fortlaufend seit 2004
Ziele	Abschaffung oder Verbesserung systematisch angebotener Knabber- und Naschangebote in Kindertageseinrichtungen (Kita). Verbesserung des Ernährungsverhaltens von Kita-Kindern
Verwendeter Ansatz	Bildung / Bewusstseinsbildung
Geografische Abdeckung	Region Aquitaine (Aquitanien, Südwest- Frankreich)
Hauptzielgruppe	Kinder von 3 bis 6 Jahren in Kindertageseinrichtungen in Aquitanien
Beschreibung der Intervention	1. Erstellung von Flyern mit den nationalen Empfehlungen (PNNS) zur Zwischenverpflegung am Vormittag und zum Frühstück 2. Sensibilisierung der Kita-Leitung und der pädagogischen Mitarbeitenden in Kitas, dass der Verzehr eines Vormittagssnacks (insbesondere fett- und zuckerhaltige Produkte, Süßigkeiten) morgens verringert oder eingestellt werden sollte: Verbreitung der Empfehlungen des Rektorats für nationale Bildung (Informationsmaterial und Besprechungen) 3. Sensibilisierung der Eltern zur Bedeutung des Frühstücks und zur Begrenzung von Süßigkeiten sowie anderen fett- und zuckerhaltigen Produkten auf Elternabenden und durch Informationsmaterial
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Naschen/Knabbern Frühstück auslassen Verzehr fett- und zuckerhaltiger Produkte wie Süßigkeiten
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen / Vorschulen
Beschreibung der Evaluation	Vor der Durchführung der Intervention (2004/05) und nach Abschluss 2007/08 erfolgten Befragungen der pädagogischen Mitarbeitenden der Kitas in Aquitanien, um die Veränderungen des Knabber- und Naschangebots sowie des Lebensmittelverzehrs zu analysieren. Hauptsächliche Ergebnisse oder Indikatoren: • Anzahl der pädagogischen Mitarbeitenden, die den Kindern Süßigkeiten, wie Kekse, Kuchen anboten.

	• Sichtweise der pädagogischen Mitarbeitenden bezüglich morgentlicher Knabber- und Naschangebote • Zusammensetzung der Knabber- und Naschangebote
Gesetzlicher Rahmen	PNNS (Programme National Nutrition Santé)
Gesamtbudget in Euro	Die Intervention ist in dem Gesamtbudget „Prävention“ enthalten (insgesamt 53.972 EUR / Jahr)
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die Ergebnisse zeigten, dass 57,9 % der pädagogischen Mitarbeitenden in den Jahren 2007/08 ein Knabber- und Naschangebot organisierten (im Vergleich zu 68,7 % 2004/05). In 2007/08 beurteilten 44 % der pädagogischen Mitarbeitenden das Naschangebot als „ungerechtfertigt“ (im Vergleich zu 22 % in 2004/05). Die Zusammensetzung der Zwischenmahlzeit verbesserte sich: 17,7 % der Pädagogen boten 2007/08 Obst und/oder Milch an (gegenüber 8,5 % 2004-2005). Der Anteil der Zwischenmahlzeiten am Vormittag mit Süßigkeiten, Schokoladenstücken, Keksen, Gebäck, Brot oder Fruchtsaft nahm von 60,2 % (2004/05) auf 40,2 (2007/08) ab. 2007/08 berichteten mit 19 % die pädagogischen Mitarbeitenden weniger häufig, dass Kinder fett- und zuckerhaltige Snacks in ihren Kitataschen mitbrachten, als 2004/05 (34 %). Das Ergebnis ist vielversprechend, da es eine Verbesserung der Sichtweise der pädagogischen Mitarbeitenden und der Gestaltung der Zwischenmahlzeit am Vormittag zeigt.
Weitere Informationsquellen	Zusätzliche Dokumente sind auch in der JANPA-Toolbox erhältlich. (Evaluationsbericht, Flyer, Veröffentlichung in „ARCPED“)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name der verantwortlichen Person	Dr. Hélène THIBAULT, ISPED - University of Bordeaux Segalen Centre INSERM U897 - Epidemiology & Biostatistics CHU Bordeaux RéPPOP Aquitaine -Netzwerk zur Prävention und Behandlung von Adipositas bei Kindern in Südwestfrankreich (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique en Aquitaine)
Kontaktinformationen:	Helene.thibault@orange.fr (+33)5 56 96 00 82

PRALIMAP-INÈS - Förderung der Ernährung und der körperlichen Aktivität – gesundheitliche Ungleichheit (PRomotion de L'ALIMentation et de L'Activité Physique - INÉgalités de Santé)

Dauer	2012-2016
Ziele	Das Hauptziel der Studie PRALIMAP-INÈS ist es, die Wirksamkeit einer schulbasierten Intervention zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten in Bezug auf Übergewicht bei Jugendlichen zu beurteilen. Es wurden dazu in zwei Gruppen drei nicht unabhängige Vergleiche vorgenommen: • Ein Ansatz mit verstärkter Betreuung von Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status gegenüber einer Standardbetreuung bei Jugendlichen mit hohem sozioökonomischen Status (Gleichwertigkeit) • eine Standardbetreuung bei Jugendlichen mit hohem sozioökonomischen Status gegenüber Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Überlegenheit) • eine verstärkte Betreuung gegenüber einer Standardbetreuung bei Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status (Überlegenheit) <u>Die weiteren Ziele der Studie PRALIMAP-INÈS sind:</u> • Beurteilung der Wirksamkeit einer schulbasierten Intervention, die soziale Ungleichheit berücksichtigt, in Bezug auf die Übernahme des gesundheitsfördernden Verhaltens bei Jugendlichen durch dieselben Vergleiche • Untersuchung des Einflusses der Interventionen auf Lebensqualität, Angstzustände und Depressionen • Evaluation des Prozesses und insbesondere der Umsetzbarkeit (feasibility) von Interventionen mit Fokus auf soziale Ungleichheit in Schulen
Verwendeter Ansatz	Screening und Betreuungsmanagement; Bildung; Bewusstseinsbildung, Bewegung; Bereitstellung von gesunden Alternativen; proportionaler Universalismus
Geografische Abdeckung	Department Vosges (Vogesen, Nordost-Frankreich)
Hauptzielgruppe	Übergewichtige Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren aus dem Departement Vosges
Beschreibung der Intervention	Die PRALIMAP-INÈS-Studie teilte die teilnehmenden Jugendlichen entsprechend ihres Punktwerts auf der Familienwohlstandsskala (engl. Family Affluence Scale, FAS) in 2 Gruppen ein: begünstigt (FAS > 5) und benachteiligt. Eine Standardbetreuung (PRALIMAP), die eine Schulung in 5 gemeinsamen Sitzungen umfasste, wurde allen Jugendlichen

	angeboten. Zwei Dritteln der benachteiligten Jugendlichen bekamen eine verstärkte Betreuung (INES) in der individuelle Aktivitäten entsprechend ihres Bedarfs festgelgt wurden. Es wurde das Ziel verfolgt, die wichtigsten Hindernisse zu überwinden, die (mögliche) Ursachen für die gesundheitliche Ungleichheit darstellen.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung; Bewegung, Vermeidung einer überwiegend inaktiven Lebensweise
Bekämpftes Risikoverhalten	Globaler Ansatz
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Staatliche Oberschulen (Klasse 10) und Mittelschulen (Klasse 9)
Beschreibung der Evaluation	Vergleich der Gruppen (Kohorten) bezüglich Gewicht, Verhalten und Gesundheitsindikatoren vor der Intervention und nach einem Jahr sowie ein Jahr nach der Intervention. Programmevaluation und evaluative Forschung durch ein gemischtes Design (beobachtend und experimentell) mit einer Zwei-Jahres-Nachuntersuchungskohorte am Ende und ein Jahr nach der Intervention
Gesetzlicher Rahmen	Basierend auf PNNS (Programme National Nutrition Santé) geleitet vom Gesundheitsministerium nach dem Gesundheitsrecht von 2004 und dem Adipositasplan
Gesamtbudget in Euro	200.000 EUR pro Jahr für Interventionen; 150.000 EUR pro Jahr für Evaluation und Forschung
Finanzierungsquellen	Öffentlich; nationales Krebsinstitut
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Signifikante Verbesserung der Indikatoren Gewicht, Bewegung, Inaktivität und Ernährung im Zusammenhang mit einer Verringerung der sozialen Ungleichheit nach einem Jahr
Weitere Informationsquellen	In der JANPA-Toolbox sind zusätzliche Dokumente erhältlich.
Sonstige Anmerkungen	Die Standardintervention wurde bereits zuvor angewendet und international veröffentlicht, die innovative verstärkte Betreuung wurde zusammen mit Stakeholdern entwickelt
Kontaktinformationen	
Name der verantwortlichen Person	Serge Briançon, Lorraine University Serge.briancon@univ-lorraine.fr +33 6 72 87 26 53

PRALIMAP - Förderung der Ernährung und Bewegung (PRomotion de L'ALIMentation et de L'Activité Physique)

Dauer	2006-2009
Ziele	Das Hauptziel der Studie PRALIMAP (Förderung der Ernährung und Bewegung, franz. PRomotion de l'ALIMentation et de l'Activité Physique) ist es, die Wirkung von drei Interventionsansätzen zur Gesundheitsförderung - Verhaltens- und Verhältnisprävention, Screening und Adipositasmanagement - alleine und in Kombination, zur Förderung der gesunden Ernährung und Bewegung von Jugendlichen in Oberschulen über einen zweijährigen Interventionszeitraum zu beurteilen. Erfasst wird die Wirkung u. a. anhand der Parameter: Ernährungswissen, Einstellungen und Verhalten; Körpergröße und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (engl. health-related quality of life, HRQoL). Ein weiteres Ziel der Studie ist die Evaluation des Vorgehens und insbesondere der Umsetzbarkeit der genutzten Ansätze in Schulen.
Verwendeter Ansatz	Verhältnis- und Verhaltensprävention und (bei Bedarf) Adipositasmanagement
Geografische Abdeckung	Region Lorraine (Lothringen, Nordost-Frankreich)
Hauptzielgruppe	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 17 Jahren
Beschreibung der Intervention	PRomotion de L'ALIMentation et de L'Activité Physique ist eine randomisierte kontrollierte Studie in Schulen. Jeder teilnehmenden Schule wurde ein Interventionsansatz zugeteilt (faktorielle Randomisierung der Schulen mit 2 x 2 x 2 Faktoren), der zwei Jahre lang umgesetzt wurde. Verhaltensprävention: Entwicklung von ernährungsbezogenen Kenntnissen und Fähigkeiten Screening und Adipositasmanagement: Diagnose von Übergewicht/Adipositas und angepasste Betreuung Verhältnisprävention: Schaffung einer gesundheitsfördernden Umgebung durch die Verbesserung der Verpflegungs- und Bewegungsangebote
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/Bewegung/Vermeidung einer inaktiven Lebensweise/Adipositasprävention
Bekämpftes Risikoverhalten	Ganzheitlicher Ansatz
Hauptsächliche Einrichtung / Ausführungsort	Staatliche Oberschulen (Klassen 10 und 11)

Beschreibung der Evaluation	Vergleich der Gruppen (Kohorten) vor der Intervention und nach ein und zwei Jahren sowie drei Jahre nach der Intervention. Prozessevaluation unter Beteiligung der Experten aus jeder Schule. Das hauptsächlich relevante Ergebnis war der BMI. Der BMI z-Score und die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas wurden als sekundäre Ergebnisse gewertet. Ergebnisse (nach zwei Jahren erfolgt eine Nachuntersuchung): Die Durchführung regelmäßiger Screenings zur Diagnose von Übergewicht/Adipositas und das Angebot angepasster Betreuung, ist ein effektiver Ansatz zur Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Jugendlichen in weiterführenden Schulen. Eine Einschränkung ist, dass die Jugendlichen, die an der Studie teilgenommen haben, durchgehend die Schule besucht haben. Es müssen Präventionmaßnahmen entwickelt werden, die allen Jugendlichen erreichen, auch die am stärksten benachteiligten.
Gesetzlicher Rahmen	Basierend auf PNNS (Programme National Nutrition Santé) geleitet vom Gesundheitsministerium nach dem Gesundheitsrecht von 2004 und dem Adipositasplan
Gesamtbudget in Euro	1.135.000 EUR
Finanzierungsquellen	Öffentlich (70 %): Regierungspräsidium Lothringen, Nationales Krebsinstitut, URCAM, FNPEIS Private (30 %): Stiftung Herz und Arterien, Wyeth-Stiftung
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Signifikante Verbesserung der Parameter Gewicht, Bewegung, Inaktivität und Ernährung in den untersuchten Oberschulen
Weitere Informationsquellen	Protokolle, Berichte an die Geldgeber, internationale Veröffentlichungen sind in der JANPA- Toolbox erhältlich.
Sonstige Anmerkungen	Die innovative verstärkte Betreuung wurde zusammen mit Stakeholdern entwickelt.
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Serge Briançon, Lorraine University Edith Lecomte, National conservatory of arts and crafts (CNAM), Nancy edith.lecomte@cnam.fr +33 6 72 87 26 53 +33 6 72 85 70 66

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Griechenland

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	16.200 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	72 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	10.793.526	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	14.5 %	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	1-5 Jahre (%)		7 Jahre (%)		9 Jahre (%)		Verwendung von IOTF-Cut-Off-Werten.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Datenquelle: 1-5 Jahre: Y. Manios et al.: BMC Public Health 2007; 7: 178 7 und 9 Jahre: T. M.Wijnhoven et al.: BMC Public Health 2014; 14: 806
Übergewicht und Adipositas	19,1	23,6	38,1	39,9	45,1	42,3	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung und religiöse Angelegenheiten
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Vorschule (Nipiagogia): 4-5 Jahre Primarstufe (Dimotiko): 6-12 Jahre Sekundarstufe (Gymnasion): 12-15 Jahre Lyceum: 15-18 Jahre
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	15 Jahre
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	Über 90 % öffentliche Schulen. Griechenland hat über 300 private Ganztagsschulen, 7,1 % aller Schülerinen und Schüler besuchen Privatschulen. 4,81 % von diesen eine private weiterführende Schule.
Weitere Informationen	Ernährungsbildung ist Bestandteil des Lehrplans der Sekundarstufe I (Gymnasion) als Teil des Fachs „Hauswirtschaft“. Sportunterricht ist Bestandteil des Lehrplans ab der Primarstufe

	bis Sekundarstufe II (Lyceum) als Fach „Sport“.
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Bildung und Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**JA**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:		**-**	
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**JA**	**-**	**-**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:
Frühstücks- und Mittagessenangebot/Subvention der Schulverpflegung/SES:
In einigen privaten Kindertageseinrichtungen und Schulen werden Frühstück und/oder Mittagessen angeboten.
Ausnahmen: In manchen Orten betreiben Gemeinden, NGOs und Kirchen Programme, in denen Schülerinnen und Schüler aus Familien mit geringem Einkommen mit Mahlzeiten versorgt werden.
Quelle: Economic University Athens (2013) http://www.paru.gr/files/newsletters/Newsletter_04.pdf
Prolepsis Institute (2016) http://diatrofi. prolepsis.gr/el

http://diatrofi.prolepsis.gr/en/what-we-do/scientific-documentation.html
Erhebung zu den Ernährungsgewohnheiten und der Ernährungsumgebung in Schulen:
https://diatrofi.prolepsis.gr/en/what-we-do/scientific-documentation.html

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre
Mädchen	12	8	5
Jungen	21	21	18

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.*	K. A.	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?*	K. A.	8	8
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.**	JA	JA	JA
Weitere Informationen:	*http://eacea.ec.europa.eu/Education/eurydice/documents/thematic.reports/150EL_HI.pdf **Ministry of Education (2013) EYZIN http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/eyzinProject/EyzinProject.aspx		

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

E.Y.Z.H.N - NATIONALE MAßNAHME FÜR KINDERGESUNDHEIT

Zusammenfassung	In dem Programm werden regelmäßig verschiedene Gesundheitparameter von Schülerinnen und Schülern erfasst, um Maßnahmen einzuführen, die die gesunde Entwicklung der Kinder fördern.
Dauer	2012-2017 fortlaufend
Ziele	• Beurteilung und Monitoring anthropometrischer Merkmale und des Aktivitätsniveaus bei Kindern und Jugendlichen • Information und Schulung von Schülern, Eltern, Lehrkräften und Institutionen zu einem gesunden Ernährungsverhalten • Intervention in Schulen, Familien und der Gesellschaft zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens und zur Bewegungsförderung • Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern
Verwendeter Ansatz	Bildung und Bewusstseinsbildung
Geografische Abdeckung	Alle Regionen Griechenlands
Hauptzielgruppe	Alle Kinder im Alter von 4-15 Jahren aus Griechenland
Beschreibung der Intervention	Mit dem Programm werden regelmäßig verschiedene Gesundheitsparameter von Schülerinnen und Schüler erfasst, dokumentiert und evaluiert. Es werden verschiedene Maßnahmen parallel umgesetzt und so der Alltag griechischer Familien, Schulen und der Gesellschaft beeinflusst. Im Fokus steht dabei die Förderung einer ausgewogenen Lebensweise. Im Einzelnen werden mit E.Y.Z.H.N jährlich die Wachstumsrate, Ernährungsgewohnheiten, körperliche Aktivität und der Fitnesszustand aller Schülerinnen und Schüler dokumentiert und evaluiert, auch von denen, zu denen der Zugang aufgrund von geografischen, ökonomischen oder sonstigen Einschränkungen normalerweise schwierig ist. Hierfür werden relevante anthropometrische Messungen, Sport-Tests sowie Fragebögen zur Ernährung und Bewegung verwendet. Die Eltern werden in einem jährlichen Bericht über die Entwicklungsfortschritte ihrer Kinder informiert. Risikofaktoren für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen werden frühzeitig angesprochen. Zur Prävention werden Schulungen und Beratung für Eltern, Lehrkräfte und Schüler zur gesunden Ernährung, Bewegung, zu Entwicklung und Wachstum von Kindern angeboten. Anhand der Ergebnisse des Programms werden gesundheitspolitische Strategien entwickelt und umgesetzt.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Bewegung, Vermeidung einer inaktiven Lebensweise
Bekämpftes Risikoverhalten	• Übermäßiges Essen • Ungesunde Ernährungsgewohnheiten • Wenig Bewegung

Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Vorschule (Nipiagogia), Primarstufe (Dimotiko) und Sekundarstufe (Gymnasion)
Beschreibung der Evaluation	Jährliche anthropometrische Messungen sowie Fragebögen
Gesetzlicher Rahmen	K. A.
Gesamtbudget in Euro	200.000 EUR pro Jahr
Finanzierungsquellen	OPAP SA; Harokopio Universität; Europäische Union; Nestlé Griechenland
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas Eine Stabilisierung oder sogar leichte Abnahme der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Griechenland wurde vor allem in den Bezirken mit niedrigem sozioökonomischen Status beobachtet. 2. Ernährungsgewohnheiten: Es wurde eine signifikante Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten der Kinder in Bezug auf die mediterrane Ernährung beobachtet (40 % der Kinder ernährt sich im Jahr 2012 nicht nach den Prinzipien einer mediterranen Ernährung, verglichen mit 30 % im Jahr 2015).
Weitere Informationsquellen	http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Home.aspx (offizielle Website auf Griechisch) *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Teachers/LessonMaterial.aspx (Unterrichtsmaterial für Lehrkräfte)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/EyzinProject/UsefulMaterial.aspx (Videos der Messungen)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Teachers/Teachers_Actions_School.aspx (Fotos des Programms)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/EyzinProject/Actions.aspx (Maßnahmen des Programms)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Teachers/Teachers_Actions_Conferences.aspx (Teilnahme an verschiedenen Konferenzen)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Parents/Parents.aspx (Link für Eltern mit Informationsmaterial, Tipps, Rezepten etc.)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Teachers/Teachers_Actions_Presentations.aspx (Präsentationen in Schulen)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Teachers/Teachers_Actions_Conferences.aspx (Präsentationen auf Konferenzen)* *http://eyzin.minedu.gov.gr/Pages/Kids/Kids.aspx (Tipps für Snacks an verschiedenen Orten)*
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Sidossis Labros Harokopio University lsidossis@hua.gr +30 210 9549154

GRIECHISCHER NATIONALER AKTIONSPLAN ZUR ERFASSUNG, PRÄVENTION UND BEHANDLUNG VON ADIPOSITAS BEI KINDERN

Zusammenfassung	In dieser epidemiologischen Studie wurde die Prävalenz von Adipositas bei Kindern erfasst und deren Auswirkung auf die Lebensqualität beurteilt. Die Studie verfolgte das Ziel Wissen und Fähigkeiten im Bereich der Ernährung und Bewegung zu fördern.
Dauer	Oktober 2012 - Dezember 2013
Ziele	• Den Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stoppen • Beurteilung der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas • Entwicklung und Einführung eines Interventionsprogramms zur Gesundheitsbildung • Durchführung von groß angelegten Informationskampagnen
Verwendeter Ansatz	Bildung von Kindern und Bewusstseinsbildung
Geografische Abdeckung	Alle Regionen Griechenlands
Hauptzielgruppe	Kinder im Alter von 6-15 Jahren. Anthropometrische Daten von 40.000 Schülern (an 260 Grundschulen und 93 weiterführenden Schulen) wurden erhoben.
Beschreibung der Intervention	In dieser epidemiologischen Studie wurde die Prävalenz von Adipositas bei Kindern erfasst und deren Auswirkung auf die Lebensqualität der Kinder beurteilt. Die Studie verfolgte das Ziel Wissen und Fähigkeiten im Bereich der Ernährung und Bewegung zu fördern. 4.500 Schülerinnen und Schüler (repräsentative Stichprobe der griechischen Schülerpopulation) nahmen in der Interventionsgruppe und 2.500 in der Kontrollgruppe an der Studie teil. Zu Beginn wurden anthropometrische Messungen (Größe, Gewicht, berechneter BMI) durchgeführt und die sozioökonomischen Daten der Eltern erhoben. Ein Jahr lang wurde ein Bildungsprogramm u. a mit Maßnahmen in der Schule und Bildungsmaterial für die Eltern durchgeführt. Grundschullehrer, Sporttrainer, Kinderärzte, Ernährungs-wissenschaftler und Gesundheitsberater waren an der Umsetzung des Programms beteiligt.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Bewegung, Vermeidung einer inaktiven Lebensweise
Bekämpftes Risikoverhalten	• Verzicht auf Frühstück • Übermäßiger Verzehr von Snacks mit geringer Qualität, wie Süßigkeiten • Vermehrt inaktive Lebensweise und Mangel an körperlicher Aktivität
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Primarstufe (Dimotiko) und Sekundarstufe (Gymnasion)

Beschreibung der Evaluation	Beurteilung der Teilnahmerate; Erfassung der anthropometrischen Daten alle 6 Monate; Erfassung der Aktivitätsniveaus durch Schrittzähler und Aktivitäts-Tagebücher; Rückmeldung an die Eltern
Gesetzlicher Rahmen	Nationale Politik für Ernährung und Bewegung mit dem Ziel der Gesundheitsförderung (Gesundheitsministerium und Bildungsministerium)
Gesamtbudget in Euro	500.000 EUR pro Jahr
Finanzierungsquellen	NSRF 2007-2013
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	<u>Anthropometrische Daten</u> • In der Kontrollgruppe stieg der BMI um 76 % (+0,67 kg/m^2) und in der Interventionsgruppe nur um 68 % (+0.42 kg/m^2) (statistisch signifikanter Unterschied) <u>Qualität von Zwischenmahlzeiten und Frühstücksgewohnheiten</u> • Im Vergleich zur Kontrollgruppe nahmen die Kinder in der Interventionsgruppe Zwischenmahlzeiten von besserer Qualität zu sich. Sie aßen vermehrt Obst und Eier als Zwischenmahlzeit am Vormittag und verzehrten weniger Donuts und Croissants. Kinder und Eltern nahmen häufiger ein Frühstück ein. <u>Gesamtwirkung</u> • Die Wirkung der Intervention war in Grundschulen stärker, wodurch bestätigt wird, dass Interventionen schon in jungem Alter begonnen werden sollten.
Weitere Informationsquellen	http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/en/home (offizielle Website auf Griechisch und teilweise auf Englisch) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/en/2015-02-02-10-27-25 (Dokument der politischen Maßnahme auf Griechisch) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/information-matereal (Informationen für Kinder und Familien_ebenfalls angefügt) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/psifiaki-vivlioyhiki/cat_view/42--/53--/64--- (Unterrichtsmaterial für die Sekundarstufe) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/psifiaki-vivlioyhiki/cat_view/42--/53--/62--- (Unterrichtsmaterial für die Primarstufe) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/psifiaki-vivlioyhiki/cat_view/42--/53-- (weiteres Unterrichtsmaterial für Eltern und/oder Lehrkräfte) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/psifiaki-vivlioyhiki/cat_view/42--/54- (Präsentationen, Zusammenfassungen etc.) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/evolution-schools (Karte mit teilnehmenden Schulen_Phase 1) http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/evolution-schools-b (teilnehmende Schulen_Phase 2_einige Fotos bei Kennzeichnung mit***) FOTOS: http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/photo-gallery

	http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/video-gallery http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/dimkolokynthous http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/4dimargosorestikou http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/2dimxanthis http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/dimanify http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/dimfixti http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/dimnewapollonia http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/2dimthess http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/2dimataladi http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/agiosthomas http://www.paidiaskisidiatrofi.gr/el/photo-gallery/18dimlarissas Weitere Dokumente sind in der JANPA-Toolbox erhältlich.

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Stefanos Michalakos Athens General Children's Hospital "Pan. & Aglaia Kyriakou" elpis.vl@gmail.com +30 2132009851

GRIECHISCHE SCHULKANTINENRICHTLINIE

Zusammenfassung	Verbindliche Richtlinie zur Festlegung der Lebensmittel und Getränke, die in Schulkantinen verkauft und angeboten werden dürfen. Marketing oder Werbung für alle Produkte, die nicht darin aufgelistet sind, ist verboten. Ziel ist die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler durch eine gesunde Schulumgebung, die eine gesunde Ernährung begünstigt, zu schützen und zu fördern.
Dauer	Die griechische Schulkantinenrichtlinie wurde im Jahr 2004 erlassen, 2006 und 2013 überarbeitet und ist in der Version von 2013 bis heute gültig.
Zusammenfassung	Das Gesundheitsministerium erließ ein Gesetz, in dem die Produkte festgelegt sind, die in griechischen Schulkantinen verkauft werden dürfen. Die folgenden Produkte dürfen in Schulkantinen angeboten werden: 1. OBST-GEMÜSE • Frisches, saisonales Obst und Gemüse (z. B. Apfel, Birne, Orange, Mandarine, Banane, Weintraube, Aprikose, Pfirsich etc.), mit Wasser gewaschen und in Einzelportionen abgepackt • Trockenobst (z. B. Aprikosen, Pflaumen, Feigen, Rosinen, Bananen etc.), ungesüßt, in Einzelportionen bis 50 g abgepackt • Frucht- und/oder Gemüsesäfte, frisch in der Kantine gepresst, ungesüßt. Der Verzehr aus recyclebaren Einwegbehältern direkt nach der Zubereitung wird empfohlen. • ungesüßter Obstsalat aus saisonalem Obst, • Gemüsesalat aus saisonalem Gemüse, ungesalzen; als Dressing sind Olivenöl, Essig und/oder Zitronensaft erlaubt. • Fruchtsaft und ähnliche Produkte in Dosen oder Flaschen, ungesüßt, ohne Konservierungsmittel, in Einzelportionen bis 250 ml abgepackt 2. MILCHPRODUKTE • Vollmilch und fettarme Milch (1,5 % - 1,8 % Fett), pasteurisiert, in Einzelportionen bis 500 ml abegefüllt. • Fettarme Schokoladenmilch (mit einem Fettgehalt von bis zu 1,8 % Fett), in Einzelportionen bis 250 ml abgefüllt. • Joghurt (mit einem Fettgehalt von max. 5 % Fett), ungesüßt, in Einzelportionen bis 200 g abgefüllt. • ungesüßte Getränke aus frischer Milch und saisonalen Früchten können in der Kantine zubereitet werden. Ähnliche Fertigprodukte oder Pulver für Milchmixgetränke sind nicht erlaubt. • Verschiedene traditionelle griechische Käsesorten und Käsesorten mit geschützter Herkunftsbezeichnung; verschiedene Käsesorten

sind entsprechend ihres Wassergehalts erlaubt: von Hart- bis Weichkäse; Schmelzkäse und Frischkäse sind verboten

3. BACKWAREN

- Sesambrötchen aus Weiß- oder Vollkornmehl
- Brotstangen/Grissini, einfach oder Vollkorn, in Einzelportionen bis 50 g abgepackt
- Zwieback, einfach oder Vollkorn, in Einzelportionen bis 50 g abgepackt
- Kräcker, einfach oder Vollkorn, in Einzelportionen bis 50 g abgepackt
- Die oben genannten Backwaren dürfen max. 3 % gesättigte Fettsäuren, max. 0,1 %, trans-Fettsäuren und max. 0,5 % Natrium enthalten.

4. SONSTIGE BACKWAREN

- Mit Most hergestellte Kekse, in Einzelportionen bis 60 g abgepackt
- Pflaumenkuchen, in Einzelportionen bis 60 g abgepackt
- Vollkornmüsliriegel, in Einzelportionen bis 40 g abgepackt, sie dürfen max. 3 % gesättigte Fettsäuren, max. 0,1 % trans-Fettsäuren und max. 0,5 % Natrium enthalten.
- Käsekuchen und Gemüsekuchen, in Einzelportionen bis 120 g, die folgende Anforderungen erfüllen:
  i) Als Fett darf im Teig nur Olivenöl eingesetzt werden, Blätterteig ist nicht erlaubt
  i) Der Käseanteil im Käsekuchen muss mindesten 40 % seines Endgewichts betragen; verschiedene traditionelle griechische Käsesorten und Käsesorten mit dem Logo geschützten Herkunftsbezeichnung können verwendet werden, wohingegen Schmelzkäse nicht erlaubt ist.

5. SANDWICHES

- Sandwich- und/oder Toastbrot mit einer Kombination der unten aufgelisteten Lebensmittel. Diese können entweder abgepackt sein oder am Verkauftstag in der Kantine zubereitet werden.
- Alle Arten von Weiß- oder Vollkornbrot, ballaststoffreiches Vollkornbrot, Toastbrot, Baguette, griechisches Fladenbrot (Pita), arabisches Fladenbrot und Sesambrötchen können verwendet werden; die Verwendung von Vollkornbrot wird empfohlen; Brioches, Croissants und Brötchen mit Wurstfüllung sind verboten; die griechischen Pasteten dürfen kein Natriumglucuronat enthalten.
- Aufschnitt, außer gekochte Pute, darf angeboten werden, wenn er max. 1 % gesättigte Fettsäuren und max. 1 % Natrium enthält.
- Alle Arten von Gemüse
- Oliven ohne Stein und Olivenpaste

	• Hartgekochte Eier • Als Fett ist nur Olivenöl erlaubt • Süße Sandwiches sind Brot (Arten siehe oben) gefüllt mit einem Esslöffel Honig oder Honig mit Tahina (Sesampaste) erlaubt 6. SÜßIGKEITEN • Puddingcreme und Milchreis, in Einzelportionen von 150 g (zubereitet mit Milch mit max. 4 % Fett) • Halva, in Einzelportionen von 50 g • Sesamkrokant, in Einzelportionen von 50 g • Honig, in Einzelportionen • Zartbitter- und Milchschokolade, in Einzelportionen von 30 g • Kaugummis und Bonbons sind verboten 7. NÜSSE • ungesalzen, ungesüßt Nüsse aller Art, in Einzelportionen von 50 g abgepackt; Geröstete Nüsse sind nicht erlaubt; Nüsse dürfen nur in den Kantinen von weiterführenden Schulen angeboten werden. 8. GETRÄNKE • Trinkwasser • Nur in Kantinen weiterführender Schulen: Kamillen-, Salbei-, Bergtee, ungesüßt • Kaffee gibt es nur für das Personal • Softdrinks sind nicht erlaubt 9. „Ökologische/biologische Erzeugnisse“ nach den Verordnungen 834/2007 und 889/2008 des Europäischen Parlaments und des Europäischen Rats können verkauft werden, sofern sie in der Liste der Produkte, die in Schulkantinen erlaubt sind, aufgeführt werden.
Ziele	Das allgemeine Ziel dieser politischen Maßnahme ist es, die Gesundheit der Schülerinnen und Schüler durch Schaffung einer unterstützenden Schulumgebung, die die gesunde Ernährung begünstigt, zu schützen und zu fördern. Mit dieser politischen Maßnahme werden die Lebensmittel und Getränke, die in Schulkantinen verkauft und angeboten werden dürfen, eindeutig festgelegt. Marketing oder Werbung in den Schulkantinen sind für alle Produkte verboten, die nicht oben aufgelistet sind.
Verwendeter Ansatz	Gesetz, Bildung und Bereitstellung einer gesunden Alternative
Geografische Abdeckung	Alle Regionen Griechenlands
Hauptzielgruppe	Kinder im Alter von 6-18 Jahren, die Grundschulen und weiterführende Schulen besuchen

Beschreibung der Intervention	Gesetzgebung über die Produkte, die in Schulkantinen verkauft und angeboten werden dürfen
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/Veränderung des Ernährungsverhaltens und der Lebensmittelauswahl
Bekämpftes Risikoverhalten	Portionsgröße, ungesunde Ernährung, Marketing für Kinder
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Alle öffentlichen und privaten Schulkantinen
Beschreibung der Evaluation	Mit einem Kontrollsystem wird durch Gesundheitskontrolleure aller Präfekturen sowie autorisierte Auditoren des EFET (griechische Lebensmittelbehörde) beurteilt, ob die Schulkantinen die politischen Vorgaben einhalten. Die Rückmeldung bei der Inspektion beinhaltet die „Beschreibung der Einhaltung oder Nichteinhaltung der rechtlichen Kriterien“. Zu Beginn jedes Schuljahrs sendet das Gesundheitsministerium ein Erinnerungsschreiben an alle Präfekturen, damit so viele Schulen wie möglich überprüft werden. Die Audits werden nach dem Zufallsprinzip geplant und können mit oder ohne Vorankündigung bei der Schulleitung oder auch nach einer Beschwerde über die in der Schulkantine oder dem Speisesaal verkaufen Produkte erfolgen.
Gesetzlicher Rahmen	81025/2013 - FEK 2135/B/29-8-2013, jährliche Aktualisierungen
Gesamtbudget in Euro	Kein spezielles Budget für diese Rechtsvorschriften
Finanzierungsquellen	Von den Präfekturen verwendete nationale und EU-Mittel
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Öffentliche und private Schulen in Griechenland
Weitere Informationsquellen	Der Ministerialbeschluss über die zum Verkaufen zulässigen Produkte in Schulkantinen ist bis heute erfolgreich. Die aktuelle politische Strategie ist ein Beispiel guter Praxis für die Prävention von Übergewicht bei Kindern in Griechenland, weil sie auf einem evidenzbasierten Konzept beruht, das kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge und Hindernisse berücksichtigt. Die Strategie wird bis zu ihrer endgültigen Form verändert und verbessert. Sie ist genau beschrieben und das Ziel, die Zielgruppe und das Zielverhalten sind eindeutig definiert. Für die politische Maßnahme ist ein ausführlicher Leitfaden verfügbar, sie hat eine kommunale Komponente und ist reproduzierbar und übertragbar. Außerdem wird sie in einer großen Population umgesetzt und relevante Stakeholder sind beteiligt (Schulpersonal, Gemeinde, Lebensmittelhändler etc.). Die Zufriedenheit bei den Teilnehmern ist hoch und die Strategie beliebt. Zudem ist die Fortsetzung des Projekts gesichert. Darüber hinaus ist gibt es klare Strukturen für Management sowie Entscheidungsfindung und sie ist der Öffentlichkeit zugänglich.

	Schließlich ist auch die Evaluation gut etabliert und das Monitoring zeigt eine hohe Einhaltung (Compliance) der politischen Vorgaben.
Sonstige Anmerkungen	In griechischen Schulen essen die Kinder in der Schule kein Mittagessen. Sie nehmen nur eine Zwischenmahlzeit am Vormittag während der Pause in der Schulkantine ein.
Kontaktinformationen: Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Department of Public Health and Department of Nutrition V. Kostoula, T. Kakalioura +302132161342, +302132161339

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Irland

DEMOGRAPHIC DATADEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	55.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	177 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	4.724.720	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	22,1	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	3-6 Jahre (%)		6-7 Jahre (%)		11 Jahre (%)		Datenquelle:
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	6-7 Jahre: Professor Cecily Kelleher (PI for WHO COSI Ireland). WHO COSI Daten 2015. 11 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
Übergewicht und	K. A.	K. A.	13,2	20,4	13	33	
Adipositas	K. A.	K. A.					

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	Das Bildungsministerium (Department of Education and Skills, DES) ist für Durchführung, Finanzierung und Regulierung der Bildung auf allen Ebenen des Systems verantwortlich.
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Früherziehung: 3-4 Jahre Vorschule: 4-6 Jahre Grundschule: 6-12 Jahre Obligatorische Sekundarstufe: 12-16 Jahre Optionale Sekundarstufe: bis 19 Jahre

Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**16 Jahre**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**99 % der Kinder besuchen DES-geförderte Grundschulen oder weiterführende Schulen:** **http://www.education.ie/en/Publications/Statistics/Statistical-Reports/Statistical-Report-2015-2016.xlsx** **Es gibt verschiedene, meist private Früherziehungs- oder Vorschuleinrichtungen, für die Gebühren bezahlt werden müssen. Die staatlichen Vorschuleinrichtungen sind für gewöhnlich für benachteiligte Kinder oder Kinder mit besonderen Bedürfnissen vorgesehen. Der Staat übernimmt außerdem ein Jahr lang die Gebühren für die Vorschule im Rahmen des Early Childhood Care and Education (ECCE) Scheme.** **Das Kinderfürsorgegesetz (Child Care Act) 1991 enthält ein System zur Regulation der Vorschulen.**
Weitere Informationen	**Es gibt 3.100 staatliche Grundschulen, die sogenannten „Nationalschulen (national schools)“. Diese werden vor Ort von einem Vorstand, der die Interessen der Lehrkräfte, Eltern, Gemeinde und Förderer vertritt, verwaltet und direkt vom DES finanziert.** **Zusätzlich gibt es schätzungsweise 27 private (gebührenpflichtige) Grundschulen, die keine staatliche Finanzierung erhalten.** **Etwa 735 weiterführende Schulen bieten Sekundarstufe I und II an. 30 % dieser Schulen, so genannte Berufsschulen (vocational schools), werden regional von einem Netzwerk aus 16 Ausschüssen für berufsorientierte Bildung (Education and Training Boards) geführt. 55 der 735 weiterführenden Schulen sind gebührenpflichtig.**
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	Für die Ernährungs-umgebung in Vorschulen gelten die Childcare Regulations 2016 https://www.dcya.gov.ie/documents/childcare/20170216ChildcareRegs2016.pdf Siehe auch vorher-gehende Anmerkung zu Vorschulen	Angebot entsprechend „School Meals Local Projects Scheme“	Angebot entsprechend „School Meals Local Projects Scheme“
Mittagessenangebot	Siehe oben	Angebot entsprechend „School Meals Local Projects Scheme“	Angebot entsprechend „School Meals Local Projects Scheme“
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	Siehe oben	Nach Ermessen der Schule	Nach Ermessen der Schule
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	Siehe oben	99,7 % der befragten Schulen (n = 2100) gaben an, den Verkauf von Limonade, Süßigkeiten und Chips in der Schule nicht zu unterstützen, weder durch Verpflegungs-automaten noch in einem Kiosk/Bistro[2].	25 % haben einen Schulkiosk, in dem kalte und heiße Snacks, Sandwiches und Konditorwaren angeboten werden[1]. Ca. 30 % der Schulen (n = 310) verfügen über einen Verpfleg-ungsautomaten, Kiosk oder Bistro, in dem „Junkfood“[2] angeboten wird.
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	Siehe oben	Keine Einschränkungen für Verpflegungs-automaten (siehe oben)	Keine Einschränkungen für Verpflegung-sautomaten (siehe oben)

Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**Siehe oben**	**NEIN**	**NEIN**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**Siehe oben**		
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**Siehe oben**	**Ja, durch das „School Meals Local Projects Scheme“**	**Ja, durch das „School Meals Local Projects Scheme“**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**DEIS-Schulen (DEIS = Delivering Equality of Opportunity in Schools, deutsch: Chancengleichheit in Schulen bieten)**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**Siehe oben**		
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**Siehe oben**	**Lebensmittel-Marketing beschränkt ohne Bezug auf Lebensmittel/ Getränke, die viel Fett, Salz und/oder Zucker enthalten (HFSS).**	**Lebensmittel-Marketing beschränkt ohne Bezug auf Lebensmittel/ Getränke, die viel Fett, Salz und/oder Zucker enthalten (HFSS).**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**Siehe oben**	**COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative)**	**COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative)**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**Siehe oben**	**COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative)** **Lifeskills’ Survey - Department of Education and Skills**	**COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative)** **Lifeskills’ Survey - Department of Education and Skills**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:

School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015

Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN			
Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen			
	10-12 Jahre	12-18 Jahre	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015
Mädchen	13	9	
Jungen	27	15	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	K. A.	K. A.	K. A.
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	K. A.	K. A.	K. A.
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	K. A.	K. A.	K. A.
Weitere Informationen:			
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

EATRIGHT (RICHTIG ESSEN)

Dauer	Fortlaufend seit 2012
Ziele	Informationen über gesunde Ernährung, Lebensmittelsicherheit, Bewegung und Energiebilanz, die für Jugendlichen mit unterschiedlichen Lesekompetenzniveaus relevant und zugänglich sind
Verwendeter Ansatz	Bildung
Geografische Abdeckung	Irische Insel
Hauptzielgruppe	Alle Jugendlichen, die auf der irischen Insel Bildungszentren besuchen, die speziell auf Schulabbrecher ausgerichtet sind
Beschreibung der Intervention	Eine Bedarfsanalyse wurde durchgeführt, um die beste Vorgehensweise zu ermitteln, Schulabbrecher bei einer gesunden Ernährungsweise zu unterstützen, da sie ein erhöhtes Risiko für einen schlechten Gesundheitszustand haben. Es wurde festgestellt, dass zu wenige zielgruppenspezifische Materialien vorliegen, die einen direkten Lebensweltbezug aufweisen. Weitere Probleme sind die hohe Analphabetenrate und geringe Nutzung herkömmlicher Bildungsmaterialien. Deshalb entwickelte Safefood gemeinsam mit der Food Standards Agency in Nordirland ein Online-Informationsportal für Multiplikatoren, die mit Schulabbrechern arbeiten.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Lebensmittelsicherheit, Bewegung und eine ausgewogene Energiebilanz
Bekämpftes Risikoverhalten	Frühstück auslassen; Verzehr von Soft- und Energydrinks; geringer Obst- und Gemüsekonsum; hohe Zufuhr von fettreichen, zuckerhaltigen und salzigen Lebensmitteln
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Bildungszentren für Schulabbrecher, z. B. Youthreach (Republic of Ireland)
Beschreibung der Evaluation	Die Nutzung des Online-Angebots wird als Hauptparameter für die Evaluation verwendet
Gesetzlicher Rahmen	Safefood und die Food Standards Agency sind gesetzlich beauftragt, gesunde Ernährung und Lebensmittelsicherheit zu fördern und zu unterstützen
Gesamtbudget in Euro	60.000
Finanzierungsquellen	Safefood und Food Standards Agency Northern Ireland
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Nicht bekannt
Weitere Informationsquellen	www.eatright.eu
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Alice Sheahan, Safefood asheahan@safefood.eu +353 21 2304100

LITTLE BITES (KLEINE HAPPEN)

Dauer	Fortlaufend seit 2015
Ziele	Unterstützung für die Förderung gesunder Ernährung in Vorschulen
Verwendeter Ansatz	Bildung Bewusstseinsbildung Modelle guter Praxis
Geografische Abdeckung	Republik Irland
Hauptzielgruppe	Pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen
Beschreibung der Intervention	Im Jahr 2014 bat die Organisation „Early Childhood Ireland“ ihre Mitglieder, an einer Befragung zu Ernährung und Lebensmittel teilzunehmen, um Bedarfe festzustellen. Über 400 Einrichtungen für frühkindliche Betreuung und Früherziehung (Early Childhood Care and Education, ECCE) beantworteten die Umfrage. Daraufhin wurden landesweit sieben Fokusgruppen gebildet, die von Safefood finanziert und von IPSOS unterstützt wurden. Als Ergebnis der Befragung wurde von Early Childhood Irland und Safefood eine Online-Anlaufstelle geschaffen, unter der die pädagogischen Fachkräfte Informationen zu Lebensmitteln, Allergien, gesunder Ernährung, der sozialen Bedeutung von Lebensmitteln und zum Essen in Kindertageseinrichtungen abrufen können.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/Lebensmittelhygiene/Allergien und Unverträglichkeiten/Schulung/Lehren und Lernen
Bekämpftes Risikoverhalten	Mangelnde Einhaltung von Ernährungsempfehlungen; Entwicklung sozialer und selbstständiger Ernährungsmuster
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtung
Beschreibung der Evaluation	Die Nutzung des Online-Angebots wird als Hauptparameter für die Evaluation verwendet
Gesetzlicher Rahmen	Safefood Gründungsgesetzgebung
Gesamtbudget in Euro	Intern entwickelt, 4000 EUR Fremdleistungen
Finanzierungsquellen	Safefood
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Nicht bekannt
Weitere Informationsquellen	www.safefood.eu/Education/Pre-school/Little-Bites-(ROI).aspx
Sonstige Anmerkungen:	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Andrew Castles, Safefood acastles@safefood.eu +353 21 2304100

HEALTHY LUNCHBOXES (GESUNDE LUNCHBOX)

Dauer	Fortlaufend seit 2012
Ziele	Praktische Tipps für Eltern für eine gesunde Pausenverpflegung (Lunchboxen)
Verwendeter Ansatz	Bildung/Bewusstsein, gesunde Ernährung
Geografische Abdeckung	Irische Insel
Hauptzielgruppe	Eltern von Grundschulkindern im Alter von 5-11 Jahren
Beschreibung der Intervention	Broschüre für Eltern von Grundschulkindern, in der praktische Ratschläge und Vorschläge für eine gesunde Pausenverpflegung gegeben werden
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Schulmittagessen, das nicht mit den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung übereinstimmt
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschule
Beschreibung der Evaluation	Keine formale Evaluation, aber die Nachfrage nach den Broschüren steigt jedes Jahr an
Gesetzlicher Rahmen	Safefood ist durch Gesetzgebung beauftragt, die gesunde Ernährung zu fördern
Gesamtbudget in Euro	30.000 EUR pro Jahr
Finanzierungsquellen	Safefood und Public Health Agency Northern Ireland (PHA NI)
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Nicht evaluiert
Weitere Informationsquellen	http://www.safefood.eu/Education/Primary-(ROI)/Healthy-lunchboxes.aspx

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Alice Sheahan, Safefood asheahan@safefood.eu +353 212304100

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Italien

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	26.900 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	96 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	60.665.551	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	13,8	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	3 Jahre* (%)		9 Jahre (%)		11 Jahre (%)		*Daten aus regionaler Stichprobe. Verwendung von IOTF-Cut-Off-Werten. Cattaneo et al., 2010. 9 Jahre: A. Spinelli et al.: WHO COSI: Italy - Country Poster. Verwendung von WHO-Cut-Off-Werten. 11 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014. Prävalenzberechnung unter Verwendung von WHO-Referenzkurven für das Wachstum
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht	13,5		22,4		35	23	
Adipositas	4,5		16,9				

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	Ministerium für Bildung, Hochschulen und Forschung (MIUR)
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Kindertageseinrichtung: 3-6 Jahre Grundschule: 6-11 Jahre Sekundarstufe I: 11-14 Jahre Sekundarstufe I: 14-19 Jahre
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	16 Jahre
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	Kindertageseinrichtungen: 58,6 % öffentlich; 40,8 % privat und vom italienischen Bildungsministerium anerkannt (PP); 0,6 % privat Grundschulen: 91,7 % öffentlich; 8,2 % PP; 0,1 % privat Sekundarstufe I: 92 % öffentlich; 7,8 % PP; 0,2 % privat

	Sekundarstufe II: 83,1 % öffentlich; 16,4 % PP; 0,5 % privat
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kindertages-einrichtung	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**NEIN** **Die Schule endet generell um 14:00 Uhr**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**NEIN**	**JA** **Nur in manchen Schulen**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**JA** **Nur für Erwachsene**	**JA** **Nur für Erwachsene**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**-**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**-**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:			
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**-**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN				
Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen				
	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	Datenquelle: HBSC-Studie, 2013/2014.
Mädchen	8	6	5	
Jungen	17	14	10	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	NEIN	NEIN	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?			2 STUNDEN
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	JA	JA
Weitere Informationen:			
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

SCHULOBSTPROGRAMM: LEHRERFORTBILDUNG

Zusammenfassung	Als begleitende Maßnahme des Schulobstprogramms bietet dieses Programm Fortbildungen für Lehrkräfte zur Ernährungsbildung an sowie Unterrichtsmodule, um Schulkindern zielgruppengerechte Informationen zu liefern, um den Obst- und Gemüsekonsum zu erhöhen.
Dauer	Fortlaufend seit 2014
Ziele	Förderung von Kompetenz für die Ernährungsbildung bei Grundschullehrern, um die Bereitschaft der Kinder, Obst und Gemüse zu probieren und zu essen zu erhöhen
Verwendeter Ansatz	Fortbildung für Lehrkräfte zur Ernährungsbildung, sowohl in Präsenzveranstaltungen als E-Learning, sowie ein Paket aus Lern- und Lehrmaterialien bestehend aus 10 Modulen für die Arbeit mit den Schülerinnen und Schülern
Geografische Abdeckung	Italien
Hauptzielgruppe	Lehrkräfte von Kindern (6-11 Jahre alt) deren Klassen am Schulobstprogramm teilnehmen.
Beschreibung der Intervention	Im Jahr 2015 fanden in 18 verschiedenen italienischen Städten Präsenzveranstaltungen mit über 750 Lehrkräften statt (auf diese Weise wurden ca. 15.000 Kinder erreicht); Im Jahr 2016 war das Ziel dasselbe. Am Ende des Kurses erhalten die Lehrkräfte das Paket an Lern- und Lehrmateralien (10 Module) bestehend aus: 1.) Ziele: Unterrichtsinhalte; 2.) Fachgebiet (Sprache, Wissenschaft, Mathematik, Kunst, …); 3.) Wissenschaftlicher Hintergrund; 4.) Start: wie man das Thema in den Unterricht einführt über eine Geschichte, ein Theaterstück; 5.) Was Sie benötigen: Erforderliche Materialien; 6) Aktivität: Die Arbeit mit den Schülern; 7.) Schlussfolgerungen: Das weitere Vorgehen und die Nachbereitung; 8.) Hausaufgaben: SEHR WICHTIG!!! (um die Eltern zu erreichen!). Die Module sind: Obst-Bingo/Saisonalität/Sensorische Beurteilung/Die richtige Portion/5 Regeln aus einer Liste auswählen und möglichst eine Zeit lang auch zu Hause befolgen/Frühstück/Zwischenmahlzeit am Nachmittag/Hülsenfrüchte/Bewegung/Nachhaltigkeit (ökologische Auswirkungen)
Angestrebte Verhaltensweisen	Die Bereitschaft der Kinder zum Probieren erhöhen, um die üblichen Snacks der Kinder allmählich durch Obst oder Gemüse zu ersetzen
Bekämpftes Risikoverhalten	Unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschulen (Lehrkräfte)
Beschreibung der Evaluation	Es wurde eine Wirkungsanalyse der Lehrerfortbildung in einer Stichprobe mit 505 Kindern der vierten Klasse aus 13 Schulen in drei Regionen mit niedriger (Norden), mittlerer (Mitte) und hoher (Süden)

	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas durchgeführt. Erfasst wurde die Einhaltung der Prinzipien einer mediterranen Ernährung. Innerhalb derselben Schule nahm die Interventionsgruppe (n = 395) am Programm teil, die Vergleichsgruppe (n = 99) nicht. Es wurden Untersuchungen vor und nach der Intervention, Messung von Gewicht und Größe, Beurteilung von Ernährungsgewohnheiten/Lebensstil durch den KIDMED-Test und Fragebögen vorgenommen. Zur Zwischenevaluation füllten die Lehrkräfte Fragebögen aus
Gesetzlicher Rahmen	Schulobst- und Gemüseprogramm der EU; DM 21313 vom 30.12.2010 http://ec.europa.eu/agriculture/sfs/documents/strategies-2014-2015/it_national_strategy_2014_2015_it.pdf
Gesamtbudget in Euro	700.000 EUR pro Jahr
Finanzierungsquellen	Public: Ministerium für Agrar-, Ernährungs- und Forstpolitik (MiPAAF)
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Der Anteil der Kinder, die den Prinzipien einer mediterranen Ernährung zu einem mittleren bis hohen Grad folgten, nahm in der Gesamtstichprobe sowie bei Mädchen und im Süden signifikant zu; In Verbindung mit dem Ponderal-Index gab es keine signifikanten Veränderungen des Einhaltungsgrads. Eine signifikante Erhöhung des Anteils der Kinder, die die angegebenen Lebensmittel verzehrten, zeigte sich bei: • einer Portion Obst/Saft täglich in der Gesamtstichprobe, bei beiden Geschlechtern, in allen geografischen Bereichen; • einer zweiten Portion Obst täglich in der Gesamtstichprobe, bei Mädchen, bei Jungen, im Süden; • Gemüse einmal täglich in der Gesamtstichprobe, bei Mädchen, bei Jungen, in der Mitte und im Süden; • Gemüse > 1 /Tag in der Gesamtstichprobe und im Süden.
Weitere Informationsquellen	Artikel in Vorbereitung
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Laura Gennaro, CREA- Food and Nutrition Research Centre Laura.gennaro@crea.gov.it +390651494534

SCHULOBSTPROGRAMM: BEGLEITENDE MAßNAHMEN „OLYMPISCHE OBSTSPIELE“UND „SCHULE AUF DEM FELD“

Zusammenfassung	Die Unterrichtsprogramme „Olympische Obstspiele“ und „Schule auf dem Feld“ sind nationale, spielerische Instrumente mit Aktivitäten im Freien (Gartenbau), die den täglichen Verzehr von Obst und Gemüse von Schulkindern erhöhen sollen.
Dauer	Fortlaufend seit 2014 (jährlich erneuert)
Ziele	• Förderung des täglichen Verzehrs von frischem Obst und Gemüse • Förderung der direkten und indirekten Kenntnisse über Obst- und Gemüseprodukte durch sensorische Erfahrungen • Förderung der Kenntnisse über Obst und/oder Gemüse selbst, über seine Herkunft und typischen Merkmale (lokale Produkte) • Förderung der Kenntnisse über den Anbau: von der Pflanze zur Frucht, ohne die Bedeutung des Bodens auszulassen • Vermehrte Kontakte mit der Landwirtschaft und bäuerlichem Leben, sowie Vertiefung der Kenntnisse über Ökosysteme wie zum Beispiel Felder
Verwendeter Ansatz	Um diese Ziele zu erreichen, bestehen die begleitenden Maßnahmen in der Umsetzung der beiden Unterrichtsprogramme „Olympische Obstspiele“ und „Schule auf dem Feld“ „Olympische Obstspiele“: nationale schulübergreifende Meisterschaft, konzipiert als fächerübergreifender Lehrpfad mit verschiedenen Stationen „Schule auf dem Feld“: Aktivitäten im Freien (Natur/Gartenbau) für Schulklassen in 23 Forschungszentren des Rats für Agrarforschung und Analyse der Agrarökonomie (CREA) - Anwesenheit eines Ernährungswissenschaftlers in allen CREA-Einrichtungen, der auch Treffen in den Schulen mit Lehrkräften, Eltern und/oder Kindern organisiert
Geografische Abdeckung	Italien
Hauptzielgruppe	6-11 Jahre alte Kinder, die am Schulobstprogramm teilnehmen
Beschreibung der Intervention	• Für die „Olympischen Obstspiele“ erhalten die Lehrkräfte regelmäßig E-Mails mit fächerübergreifenden Aufgaben, Ratespielen und Spielen, die die Schüler in der Schule oder zu Hause bearbeiten sollen. Die Ergebnisse werden anhand ihrer Originalität und der Beteiligung von Klassenkameraden beurteilt. • Für die „Schule auf dem Feld“ können die Schulklassen die CREA-Einrichtungen besuchen und/oder die Treffen mit dem Ernährungswissenschaftler ausrichten. Hierrunter fallen alle Aktivitäten, die von CREA-Einrichtungen in ihren Räumlichkeiten für die zu Besuch kommenden Klassen organisiert werden. Jede

	Einrichtung bereitet didaktische Arbeitsfelder vor, mit denen verschiedene Bildungsaktivitäten über das System Umwelt-Boden-Produkt (Obst und Gemüse) durchgeführt werden können.
Angestrebte Verhaltensweisen	Die Bereitschaft der Kinder zum Probieren und Essen von Obst und Gemüse erhöhen, bis die üblichen Schulsnacks der Kinder allmählich durch Obst oder Gemüse ersetzt werden
Bekämpftes Risikoverhalten	Unzureichender Verzehr von Obst und Gemüse
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschulen
Beschreibung der Evaluation	Befragungen durch Ismea (www.ismea.it) überprüfen das Verhalten der Kinder und ihrer Familien während des Projekts. Die Ergebnisse werden an das Ministerium für Agrar-, Ernährungs- und Forstpolitik weitergeleitet, welches der Geldgeber ist.
Gesetzlicher Rahmen	Schulobst- und -gemüseprogramm der EU
Gesamtbudget in Euro	3 Millionen EUR jährlich insgesamt für alle Aktivitäten
Finanzierungsquellen	Im Rahmen bestimmter EU-Mittel, die CREA gemäß eines Ministerialerlasses erhält, wird das Programm vom italienischen Ministerium für Agrar-, Ernährungs- und Forstpolitik durchgeführt. Für das Schuljahr 2015/2016: DM Nr. 69559 vom 15. Oktober 2015
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Noch nicht bekannt, erfasst durch Ismea
Weitere Informationsquellen	Fruttanellescuole.gov.it http://sito.entecra.it/portale/cra_progetto_frutta.php

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Elisabetta Lupotto, CREA- Food and Nutrition Research Centre Elisabetta.lupotto@crea.gov.it +390651494426

OKKIO ALLE 3 A (ERNÄHRUNG, EINSTELLUNG GEGENÜBER GESUNDEM VERHALTEN UND BEWEGUNG)

Zusammenfassung	Das Projekt bietet didaktische und spielerische Bildungsmaßnahmen, die in den Schulalltag integriert sind und setzt auf die aktive Beteiligung und Teilnahme von Kindern, Lehrkräften, Familien sowie Gemeindemitgliedern zur Förderung der gesunden Ernährung und Bewegung bei Vorschulkindern.
Dauer	2009-2012
Ziele	• Feststellung des Bedarfs der Schule in Bezug auf Ernährung und Bewegung mittels eines Fragebogens, der Maßnahmen für die Gesundheitsförderung anregt • Ermittlung der Kenntnisse von Lehrkräften und Familien über gesunde Ernährung und Bewegung • Vertiefung der Kenntnisse, Änderung der Einstellung und der Verhaltensweisen von Lehrkräften, Familien und Kindern zur Förderung eines gesunden Lebensstils
Verwendeter Ansatz	Integrierte Interventionen zur Prävention mit mehreren Komponenten (unter Mitwirkung von Familien, Schulen, Gesundheitspersonal und Sozialarbeitern)
Geografische Abdeckung	Ligurien
Hauptzielgruppe	Kinder im Alter von 3-6 Jahren
Beschreibung der Intervention	In diesem Projekt arbeiten Eltern, Lehrkräfte und Kantinenpersonal mit Fachkräften des Gesundheitswesens zusammen, um didaktische und spielerische, in den Schulalltag integrierte Bildungsmaßnahmen zu realisieren. Dies schließt auch die aktive Beteiligung der Familien ein, um eine gesunde Ernährung und Bewegung zu fördern. Die wesentlichen Maßnahmen sind: • Etablierung einer Regionalgruppe zur Projektplanung • Einbeziehung der Stakeholder (regionale Bildungsbehörden und Kinderärzte) in das Projekt • Beteiligung der regionalen Kindertageseinrichtungen • Etablierung von Schulausschüssen (Eltern, Lehrkräfte, Gesundheitspersonal) zur Evaluation des Bedarfs und zur Entwicklung von Leitfäden für die Interventionen • Fortbildung der Lehrkräfte durch spezielle Arbeitsmittel • Freischaltung der Website www.okkio3a.liguria.it mit einem Leitfaden und einer Toolbox zur ausgewogenen Ernährung für Kinder und Familien (Frühstück, Vormittagssnack, Mittagessen und Abendessen) • Planung der Maßnahmen mit Kindern (z. B. traditionelle Spiele)

	• Vorausgehender Evaluationsfragebogen für Familien und Lehrkräfte • Suchaktionen mit Kindern und Familien • Analyse und Evaluation der Daten mittels eines Fragebogens nach der Intervention
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung/Bewegung/Vermeidung einer inaktiven Lebensweise
Bekämpftes Risikoverhalten	Frühstück auslassen, mangelndes Wissen der Eltern über Nährstoffe in den Lebensmitteln, Verwendung von Babyflaschen nach dem ersten Lebensjahr, unzureichende Bewegung, mangelndes Wissen über das gesunde Maß an körperlicher Aktivität von Kindern
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Kindertageseinrichtung
Beschreibung der Evaluation	Evaluation mit Fragebögen zur Ermittlung der Kenntnisse, Einstellungen und Verhaltensweisen (engl. knowledge, attitudes und behaviours, KAB) von Familien und Lehrkräften über Ernährung und Bewegung. Die Fragebögen wurden zu Beginn des Projekts und nach zweijähriger Intervention in den Kindertageseinrichtungen ausgefüllt.
Gesetzlicher Rahmen	Regionaler Präventionsplan 2010-2013
Gesamtbudget in Euro	Nicht quantifizierbares Budget (das Projekt wird in lokalen Gesundheitseinheiten ohne festgelegtes Budget ausgeführt)
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die Auswirkungsbeurteilung zeigte aufgrund von zwei Gründen keine statistisch signifikanten Verhaltensänderungen: 1. kurze Interventionszeit und 2. hohe Anzahl von fehlenden Nachuntersuchungen („Loss to follow-up“). Es gab jedoch einige positive Veränderungen.
Weitere Informationsquellen	http://www.asl3.liguria.it/stili-di-vita/okkio-alle-3-a.html
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Federica Pascali, ASL3 Genovese Federica.pascali@asl3.liguria.it +39 3473844768

MÜTTER ALS „PEER-EDUCATOR“ ZUR FÖRDERUNG DER GESUNDHEIT

Zusammenfassung	Mit diesem Projekt soll das Bewusstsein in der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung bezüglich Ernährung, Bewegung und einer inaktiven Lebensweise durch die Einbeziehung von Müttern als so genannte „Peer-Educator” gefördert werden, um Adipositas in der Kindheit vorzubeugen.
Dauer	Fortlaufend seit 2013
Ziele	Prävention von Übergewicht und Adipositas in der Kindheit in der sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerung
Verwendeter Ansatz	Bewusstseinsbildung zur Gesundheitsförderung durch die Einbeziehung von Müttern als Peer-Educator
Geografische Abdeckung	Neapel (Süditalien)
Hauptzielgruppe	3-8 Jahre alte Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, die in der Gegend mit der höchsten Adipositasprävalenz bei Kindern in Italien wohnen
Beschreibung der Intervention	Mit einer Gruppe von Müttern mit niedrigem SoS wurden gemeinsam wesentliche Einflussfaktoren von Adipositas bei Kindern und damit zusammenhängende Probleme der Gesundheitsförderung bei Kindern analysiert. Diese Mütter gaben ihre Kenntnisse in Bezug auf die folgenden Themen der Gesundheitsförderung an andere Mütter weiter (Peer-Educator-Mütter): gesunde Ernährung (d. h. Gemüseverzehr, weniger „Junkfood“ und Snacks), Bewegungsförderung und Verringerung einer inaktiven Lebensweise. An diesem Prozess waren Lehrkräfte und anderes Schulpersonal sowie Mitarbeiter der Gemeinden (d. h. Bürgermeister, Stadrat) aktiv und systematisch beteiligt. Dauer der Intervention: ursprünglich für drei Jahre geplant, wird sie immer noch durchgeführt
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, mehr Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Verzehr von Softdrinks/geringe Snack-Qualität/Frühstück auslassen/Portionsgröße/geringer Verzehr von Gemüse und Obst
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen und Grundschule
Beschreibung der Evaluation	Die Indikatoren sind: Evaluation der Ernährungsgewohnheiten und Beteiligung der Mütter (Peer-Educator).
Gesetzlicher Rahmen	Essential Levels of Assistance (ELA)
Gesamtbudget in Euro	Kein spezielles Budget
Finanzierungsquellen	Öffentlich

Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Erhöhung des Verzehrs von Obst und gesunden Snacks um 80 % und von Gemüse um 10 %. Außerdem hat sich die Qualität der Schulmahlzeiten verbessert und es werden vermehrt gesunde Lebensmittel eingekauft.
Weitere Informationsquellen	

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name der verantwortlichen Person	Paola Vairano, LHU Naples 1 Centre
Kontaktinformationen:	paolavairano@libero.it +390812549829

BEWEGUNGSFÖRDERUNG BEI GRUNDSCHULKINDERN. INTERVENTIONSSTUDIE MIT SPIELPLATZ-BEMALUNG

Zusammenfassung	Durch dieses Projekt soll die aktive Spielzeit während der Schulpausen durch die Bemalung von Spielplätzen verlängert werden.
Dauer	1 Jahr (Juni 2012 - Juni 2013)
Ziele	Das Hauptziel der Intervention ist die tägliche Bewegung von Kindern zu erhöhen und somit die Verbesserung ihrer körperlichen und psychosozialen Gesundheit. Insbesondere soll die aktive Spielzeit der Kinder verlängert werden, die gesundheitsbezogene Fitness erhöht, die Sozialisation und positive Verhaltensweise in der Schule verbessert; die Unterrichtsführung für die Lehrkräfte vereinfachet sowie die Aufmerksamkeit während der Unterrichtsstunden und die Bereitschaft zum Lernen vergrößert werden.
Verwendeter Ansatz	Für die Intervention wurde ein Ansatz verwendet, der auf Veränderungen der Umgebungsstrukturen und der Organisation in der Schule beruht, damit eine aktive Spielzeit durch die Spielplatz-Bemalung gewährleistet ist.
Geografische Abdeckung	Abruzzen
Hauptzielgruppe	Die Zielgruppe sind Grundschulkinder im Alter von 6-11 Jahren. Das Projekt wurde an einer Grundschule durchgeführt und hat 5 Klassen mit 82 Kindern umfasst. Folgende Multiplikatoren zählen ebenfalls zur Zielgruppe: • Lehrkräfte, da sie einen umfassenden Ansatz für die Bewegungsförderung in der Schule erlernen und anwenden müssen, sowohl im Sportunterricht als auch in der Pause; Sie sind verantwortlich für die zukünftige Nutzung, Einrichtung und Wartung von bemalten Spielplätzen in der Schule; Darüber hinaus werden sich für sie Vorteile in Bezug auf eine einfachere Unterrichtsführung, eine bessere Erholung und Aufmerksamkeit nach der Pause und eine verbesserte schulische Leistung der Schülerinnen und Schüler feststellen lassen. • Das Umfeld der Kinder und ihre Familien, da die Methoden (d. h. die Spielplatz-Bemalung, siehe unten) auch außerhalb der Schule, beispielsweise in der Nachbarschaft oder im Freien angewandt werden kann; zusätzlich erlangen die Eltern ein höheres Bewusstsein über die Bedeutung des aktiven Spielens für die Gesundheit und Fitness ihrer Kinder.
Beschreibung der Intervention	Die Hauptmaßnahme dieses Projekts bestand in der Bemalung des Schulhofs. Auf dem bemalten Schulhof haben die Kindern die Möglichkeit mit bunten, auf die Oberfläche gemalten Formen zu spielen. Es können geometrische Formen (Quadrate, Dreiecke, Kreise,

durchgehende Linien etc.), Symbole (Buchstaben, Zahlen, Satzzeichen etc.), Bilder (Tiere, Pflanzen, Landkarten, Straßen etc.) oder Fuß- und Handabdrücke (von Menschen oder Tieren) auf den Boden gemalt werden, auf oder um die sich die Kinder gehend, laufend oder hüpfend herumbewegen können.

Im Folgenden sind die konkreten Maßnahmen aufgeführt:

1. Die ersten drei Monate (Juni 2012 - August 2012) der Intervention wurden für die Unterteilung, Bemalung und den Schutz des Schulhofs sowie für das Einplanen der Spielzeit in den Schulablauf verwendet.
2. Zu Beginn des Schuljahres (September 2012) fand eine Trainingsphase für Eltern, Lehrkräfte und Kinder statt. Bei der Unterteilung des Schulhofs wurde besonders darauf geachtet, dass jedem Bereich eine bestimmte Aktivität oder Gruppe von Kindern zugeordnet wurde. Diese Planung dient einer fairen Raumverteilung und vermeidet, dass Bereiche von bestimmten Gruppen oder Aktivitäten beherrscht werden. Zu Beginn nutzen die Schülerinnen und Schüler (SuS) die Fläche in dem sie die Lernspiele nach festen Regeln befolgten. Nach einigen Wochen nutzten sie allerdings ihre Kreativität um die Spiele abzuwandeln oder aus den gemalten Markierungen neue Varianten einzuführen. Darüber hinaus konnten ältere Kinder den jüngeren einige Spiele beibringen. In der Planungsphase wurde bewusst ein Bereich nicht bemalt, in dem die SuS nun einige selbst ausgedachte Figuren aufmalen konnten, um ihre unterschiedlichen Fähigkeiten zu stärken. Zusätzlich soll es sie ermutigen, dasselbe außerhalb des Schulgeländes (z. B. zu Hause) zu tun, um auf diese Weise die Gesamtdauer ihrer täglichen Bewegung zu erhöhen. Um die Sicherheitsbedingungen einzuhalten, wurden die Aufsichtskräfte (Sportpädagogen, Lehrer, Betreuer) und die Kinder in Bezug auf die Regeln für die Sicherheit, die Raum- und Zeiteinteilung sowie mögliche Konflikte geschult.
3. Von Oktober 2012 bis Juni 2013 nutzten jeweils drei Klassen (ca. 50 Kinder gleichzeitig) den Spielplatz an drei Tagen pro Woche nach dem Mittagessen mit jeweils einer Aufsichtsperson.

- Die Intervention kann in Schulen, Gemeinden, Freizeitzentren durchgeführt werden.
- Die für die Einrichtung verantwortliche Person (d. h. Schulleitung, Gemeindeverwaltung etc.) sollten in der Lage sein, den Schulhof in geeignete Bereiche einzuteilen sowie die Bemalung und sichere Nutzung zu organisieren.
- Die Aufsichtspersonen müssen in Bezug auf die Spielregeln und das Sicherheitsmanagement geschult werden. Für die Aufsicht können Sportpädagogen, Lehrkräfte, Eltern, Großeltern oder andere ehrenamtliche Erwachsene etc. eingesetzt werden.

	• Im Rahmen dieser Maßnahme wurde ein Modell des Schulhofs sowie Benutzerhandbücher erstellt, damit die Intervention an anderen Standorten leicht reproduzierbar und mit relativ geringen Kosten umsetzbar ist. • Außerdem sind die Grundregeln für Sicherheit und faires Verhalten während der Nutzung des Schulhofs für Aufsichtspersonen und für Kinder zugänglich.
Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Unzureichende tägliche Bewegung bei Kindern
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Grundschule
Beschreibung der Evaluation	Es wurde die Wirksamkeit (Ergebnisse in Bezug auf die Gesundheit und Fitness der Kinder) und der Prozess (Berichte und Meinungen der Lehrkräfte) der Intervention evaluiert. 1. *Wirksamkeit:* Die Wirksamkeit wurde mit einer kontrollierten Längsschnittstudie beurteilt. Dazu wurde ein Selbsteinschätzungsfragebogen, objektive Messungen (Anthropometrie, Beschleunigungsmesser) und motorische Tests verwendet. *2. Prozess:* Mittels einer Fokusgruppe und eines strukturierten Fragebogens wurden 10 Lehrkräfte befragt. Einstimmig beurteilten die Lehrkräfte die Intervention als positive Chance für die Schule und betonten, dass die Kinder auch außerhalb der Schulzeiten Zugang zu dem Schul-Spielplatz oder zu Spielplätzen an anderen Standorten in der Gemeinde haben sollten. Außerdem wurden Fragebögen (an Eltern und Lehrkräfte) ausgegeben sowie motorische Tests durchgeführt, die von anderen Projektteams zur Prozess- und Wirkungsevaluation verwendet werden können.
Gesetzlicher Rahmen	Eigenständigkeit der Schulen bei der Planung von bildungs- und gesundheitsfördernden Initiativen
Gesamtbudget in Euro	Ca. 10.000,00 EUR (einschließlich Vergütung der Sportpädagogen)
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	1. Das wichtigste kurzfristige Ergebnis zeigt die signifikante Erhöhung des Anteils der Kinder, die das täglich empfohlene Maß an Bewegung erreicht haben, obwohl sie nicht an zusätzlichen strukturierten Schulsportaktivitäten teilnahmen. Außerdem wurde eine signifikante Verbesserung der Bewegungskoordination (vor allem bei Mädchen) beobachtet. Einige Ergebnisse waren aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht signifikant. 2. Alle Lehrkräfte beurteilten die Intervention als positive Chance für die Schule und stimmten zu, dass die Kinder auch außerhalb der

	Schulzeiten Zugang zu dem Schulhof oder zu Spielplätzen an anderen Standorten in der Gemeinde haben sollten. Sechs von zehn Lehrkräften bestätigten eine positive Auswirkung auf die Aufmerksamkeit im Unterricht nach der aktiven Pausenzeit. Sieben beobachteten eine Verbesserung oder zumindest keine negativen Folgen in Bezug auf die schulischen Leistungen.
Weitere Informationsquellen	Keine

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name der verantwortlichen Person	Maria SCATIGNA, University of L'Aquila in Zusammenarbeit mit der Region Abruzzen (Italien)
Kontaktinformationen	maria.scatigna@cc.univaq.it +39 3280204032

ZIEL: SNACK

Zusammenfassung	Das Projekt diente der Bewusstseins- und Weiterbildung lokaler Kinderärzte und Grundschullehrkräfte zur Förderung gesunder Snacks bei Kindern und Eltern.
Dauer	Fortlaufend seit 2008
Ziele	Entwicklung eines Modells zur Förderung gesunder Snacks bei Kindern und Eltern
Verwendeter Ansatz	Bildung/Bewusstseinsbildung/Bereitstellung einer gesunden Alternative/Raumgestaltung
Geografische Abdeckung	Italien/Piemont/ASL TO3 (Azienda sanitaria locale Torino-3)
Hauptzielgruppe	6-11 Jahre alte Grundschulkinder in ASL TO3 Hauptzielgruppe waren Grundschulkinder. Lokale Kinderärzte und Grundschullehrkräfte wurden als intermediäre Zielgruppen ausgewählt, um die an Grundschulkinder gerichteten Botschaften effektiv zu übermitteln (direkt oder durch die Eltern). Durch die Schulpflicht der Altersgruppe der 6- bis 11-Jährigen (auch für Kinder mit niedrigem SoS) und die weite Verteilung der Kinderärzte, können diese Berufsgruppen als Multiplikator zum Erreichen aller Familien dienen.
Beschreibung der Intervention	In Piemont zeigte die erste Datenerhebung „OKkio alla SALUTE“ (2008) eine hohe Prävalenz von Übergewicht bei 8- bis 9-jährigen Kindern sowie sehr häufige ungesunde Verhaltensweisen, wie einen übermäßigen Verzehr von Vormittagssnacks. Zur Entwicklung eines Modells zur Förderung gesunder Snacks bei Kindern und Eltern wurden in einem Pilotgebiet (ASL TO3) Kinderärzte und Lehrkräfte einbezogen, um verschiedene validierte Instrumente anzuwenden. Die Wirksamkeit wurde in der zweijährigen Studie „OKkio alla SALUTE“ evaluiert. Von 2008 bis 2014 nahm der Anteil an Kindern mit übermäßigem Snackverzehr und Adipositas im Interventionsgebiet gegenüber dem Kontrollgebiet ab. Da diese Ergebnisse vielversprechend sind, wird das Projekt fortgesetzt. Um die Botschaft einfach und zielgerichtet zu verbreiten wurde der Bedarf evaluiert und die folgenden Instrumente entwickelt: *Ein Unterrichtspaket für Pädagogen*, das im April 2009 veröffentlicht wurde ist auf der Website des DoRS (Dokumentationszentrum zur Gesundheitsförderung) im Bereich "Adipositas"verfügbar (http://www.dors.it/cmfocus/alleg/manuale_docenti.pdf) und enthält folgendes: • ein Poster in Form eines Rads („Rad der 7 Snacks“), das Kinder dabei unterstützen soll, die geeigneten Alternativen zu wählen

	• einen fotografischen Atlas („Reise durch die Welt der Snacks“) als Leitlinie für die Auswahl von abgepackten Lebensmitteln (kritisches Lesen der Lebensmittelkennzeichnung – Abschnitt richtet sich an die pädagogischen Mitarbeitenden) und zur Auswahl frischer Lebensmittel (Sandwiches etc.), die anhand von Vergleichen mit Alltagsobjekten portioniert werden können (Tennisball, Kartendeck etc. - Abschnitt für Pädagogen und Kinder). Sowohl das Rad als auch der Atlas beruhen auf visueller Kommunikation, denn die Bilder sind eine universelle Sprache, die jeder versteht, auch Kinder; visuelle Botschaften werden einfacher als Wörter im Langzeitgedächtnis gespeichert. Dies hat neurophysiologische Gründe: Die kortikalen Bereiche, in denen die Bilder ankommen, sind dieselben, in denen sie gespeichert werden; *Zwei Kursarten,* einer für Pädagogen und einer für Kinderärzte; beide Kurse wurden im Mai 2009 bei einem Meeting zum Thema Snacks vorgestellt und richten sich an Mitarbeitende der Lebensmittelhygiene- und Ernährungsdienste im Piemont (SIAN). Diese Unterrichtspakete und Schulungsinstrumente erwiesen sich als wirksam und sind gut dokumentiert. Damit ist die Reproduzierbarkeit dieses Projekts gewährleistet (die Unterrichtspakete sind auf der DORS-Website erhältlich (http://www.dors.it/cmfocus/alleg/manuale_docenti.pdf) und die Schulungsmethoden wurden während eines Meetings für alle SIAN-Dienste in der Region Piemont dargestellt).
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesundes Ernährungsverhalten
Bekämpftes Risikoverhalten	Niedrige Zufuhr von Obst und Gemüse, hoher Verzehr von Softdrinks, große Portionsgröße beim Vormittagssnack
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschule
Beschreibung der Evaluation	Die Wirksamkeit der zweijährigen Studie „OKkio alla SALUTE“ wurde mit den folgenden erhobenen Indikatoren überprüft: Prozentanteil der Grundschüler, die ungesunde Vormittagssnacks verzehrten/ Prozentanteil der übergewichtigen und fettleibigen Schüler (entsprechend den IOTF-BMI-Cut-Off-Werten) Methoden: Datenerhebung während der zweijährigen Studie „OKkio alla SALUTE“. Zur Überprüfung der Wirksamkeit wurden die erhobenen Daten verwendet. Die Datenanalysen wurden vom ISS (nationales italienisches Gesundheitsinstitut) durchgeführt und an alle Teilnehmer geschickt. Es handelt sich somit um ein externes Evaluationsergebnis (durchgeführt vom ISS). Nachuntersuchung: alle 2 Jahre

Gesetzlicher Rahmen	Programm der Region Piemont: „Steigerung der Ernährungskultur“
Gesamtbudget in Euro	Die Fortsetzung des Projekts wurde durch das Personal des öffentlichen Lebensmittelhygiene- und Ernährungsdienstes im Piemont gewährleistet; es wurde keine spezielle Finanzierung verwendet.
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Von 2008 bis 2014 nahm der Prozentanteil der Kinder mit übermäßigem Snackverzehr und Adipositas im Interventionsgebiet gegenüber dem Kontrollgebiet ab. Der Anteil der Kinder, die ungesunde Snacks aßen, sank von 2008 (79 %) bis 2014 (32 %, $p < 0,01$). Der Anteil der übergewichtigen Kinder nahm von 2008 (20 %) bis 2014 (15 %) ab; Auch der Anteil der adipösen Kinder (7 % im Jahr 2008 und 4 % im Jahr 2014, $p < 0,05$) nahm ab. Bezüglich des Geschlechts und des SoS wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt.
Weitere Informationsquellen	Offizielle Website http://www.dors.it/pag.php?idcm=4289 (auf Italienisch) http://www.dors.it/pag.php?idcm=4325 (auf Italienisch) http://www.dors.it/pag.php?idcm=4722 (auf Italienisch) Weitere Websites mit den Instrumenten oder weiteren Informationen über das Projekt: - Website des nationalen italienischen Gesundheitsinstituts (ISS) http://www.epicentro.iss.it/ben/2016/febbraio/febbraio2016.pdf (auf Italienisch) http://www.epicentro.iss.it/problemi/obesita/ObesityDay2012OkkioPiemonte.asp (auf Italienisch) - Website des italienischen Gesundheitsministeriums http://www.retepromozionesalute.it/bd2_scheda.php?idpr2=2956 (auf Italienisch) - Website der lokalen Gesundheitsbehörde (ASL TO3) http://www.aslto3.piemonte.it/info/prevenzione/educazione_alimentare.shtml (auf Italienisch)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dott.ssa Teresa Denise Spagnoli, SS Sorveglianza e Prevenzione nutrizionale - SIAN - ASL TO3 Dottor Marcello Caputo, Direzione Integrata della Prevenzione, ASL CN1 (CN) - Referenza Sorveglianza Okkio alla Salute per la Regione Piemonte tspagnoli@aslto3.piemonte.it +39 011-4017930

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Lettland

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	12.300 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	64 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	1.968.957	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	15 %	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	7 Jahre* (%)		9 Jahre* (%)		13 Jahre** (%)		Datenquelle: *WHO COSI: 2015/2016 ** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	23,9	19,5	29,3	22,2	24	17	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung und Wissenschaft, Gemeinden
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Vorschulerziehung: Altersgruppe 2-7 Jahre Primarstufe: Altersgruppe 7-15 Jahre Allgemeine Sekundarstufe: Altersgruppe 16-18 Jahre
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	18 Jahre
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	Öffentliche Schulen: 735, Privatschulen: 48, Öffentliche Kindertageseinrichtungen: 525, Private Kindertageseinrichtungen: 122
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**JA**	**JA**	**K. A.**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Der Staat finanziert Mahlzeiten für die Grundschulkinder (Klassen 1-4).**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**K. A.**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.
Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

Zusatzinformationen:

Frühstück: Die Rechtsakte schreiben die Anzahl der Mahlzeiten in Kindertageseinrichtungen und Schulen nicht vor. Manche Schulen bieten Grundschulkindern Frühstück und/oder Nachmittagssnacks an. In einigen Gemeinden stellen Schulen Frühstück für Kinder aus armen Familien und Familien mit drei oder mehr Kindern zur Verfügung.

Wasserangebot: Die Kabinettverordnungen schreiben vor, dass Trinkwasser in Kindertageseinrichtungen und Schulen die Sicherheitsvorschriften für Trinkwasser erfüllen muss. In Kindertageseinrichtungen muss Trinkwasser für die Kinder frei verfügbar sein. Falls die Sicherheitsvorschriften in Kindertageseinrichtungen nicht gewährleistet werden können, muss den Kindern abgepacktes Trinkwasser in Einzel- oder Einweggläsern zum Durstlöschen zur Verfügung gestellt werden. Die Kabinettverordnungen schreiben die Lebensmittelprodukte vor, die in Schulen und ihrer direkten Umgebung verkauft werden dürfen, zusätzlich zu kompletten Speiseplänen, die ausgewählt werden können.

Verpflegungsautomaten: Laut den Daten der COSI-Studie 2015/2016 in Lettland sind in 8,3 % der Schulen Lebensmittel-Verpflegungsautomaten aufgestellt, überwiegend in Schulen in Städten.

Lebensmittelstandards: Die Kabinettverordnungen schreiben Ernährungsstandards vor: Energiewerte- und

Nährstoffstandards (Protein, Fett, Kohlenhydrate), Lebensmittelprodukte, die in den Mahlzeiten der Schüler enthalten sein müssen, Lebensmittelprodukte, die in den Mahlzeiten der Schüler enthalten sein sollten, zugesetzter Salz- oder Zuckergehalt in Fertiggerichten, ob die Mahlzeit an dem Tag, an dem sie angeboten wird, frisch zubereitet werden muss, sowie die Herstellung der Mahlzeiten aus nicht genetisch veränderten Lebensmittelprodukten, sie dürfen keine genetisch veränderten Organismen enthalten bzw. daraus bestehen, und sie sind frei von bestimmten Lebensmittelzusatzstoffen (Geschmacksverstärker, Süßungsmittel und bestimmte Konservierungsmittel und Farbstoffe).
Subventionierung für Mahlzeiten: Einige Gemeinden finanzieren Mahlzeiten für Kitakinder und für Schulkinder der Klassen 5-9, die Mahlzeiten können für alle Kinder bereitgestellt werden oder zum Beispiel für Kinder aus armen Familien und Familien mit drei oder mehr Kindern.
Marketing in Schulen: Gemäß dem Gesetz zum Verkauf von Energydrinks ist Werbung für Energydrinks in Bildungseinrichtungen und ihren Gebäuden und Strukturen verboten.
Das Gesetz zur Werbung schreibt vor, dass auf Kinder abzielende Werbung oder Werbung, die unter Beteiligung von Kindern produziert wird, nicht die Rechte und Interessen von Kindern gefährden darf, und Wahrnehmung und Psyche der Kinder müssen bei der Herstellung solcher Werbung berücksichtigt werden.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	Datenquelle: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.)
Mädchen	**18**	**14**	**14**	
Jungen	**25**	**20**	**21**	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	**K. A.**	**1,5 Stunden**	**1,5 Stunden**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**K. A.**	**JA**	**JA**
Weitere Informationen:	**In Kindertageseinrichtungen muss jeden Tag strukturierte körperliche Aktivität stattfinden (drinnen oder draußen), aber die Zeitdauer ist nicht festgelegt. 1,5 Stunden bedeuten 2 Schulstunden à 40-45 Minuten.**		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

VORSCHRIFTEN ZUR EINSCHRÄNKUNG UNGESUNDER LEBENSMITTEL IN KITAS UND SCHULEN

Dauer	Fortlaufend seit 2006
Ziele	Einschränkung des Verzehrs von gesüßten, kohlensäurehaltigen Getränken und ungesunden Snacks (Süßigkeiten, salzige Snacks) bei Schulkindern und Förderung von gesunden Ernährungsgewohnheiten
Verwendeter Ansatz	Regulation / Förderung der Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln
Geografische Abdeckung	Lettland
Hauptzielgruppe	Kinder im Alter von 1,5-18 Jahren in Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, weiterführenden Schulen und beruflichen Bildungseinrichtungen
Beschreibung der Intervention	• Die Kabinettverordnungen verbieten den Verkauf von Getränken und Süßigkeiten, die bestimmte Lebensmittelzusatzstoffe enthalten (Farbstoffe, Süßungsmittel, Konservierungsmittel, Koffein, Aminosäuren) und von Lebensmitteln mit einem Salzgehalt von 1,25 g oder mehr pro 100 g des Produkts in Bildungseinrichtungen (Kindertageseinrichtungen und Schulen). Das Verbot ist seit 1. November 2006 in Kraft. • Für Kindertageseinrichtungen und Schulen (Grundschulen, weiterführende Schulen und berufliche Bildungseinrichtungen) verabschiedet, um für eine gesunde und ausgewogene Ernährung der Kinder zu sorgen. Die Verordnungen regeln die Lebensmittel und ihre jeweiligen Mengen, die in den Mahlzeiten der Kinder enthalten sein sollten (z. B. Gemüse, mageres Fleisch, Fischfilet, Milchprodukte etc.), verboten sind (z. B. Pommes frites, Mayonnaise, Ketchup als Zusatz, Halbfertigprodukte) und welche Mengen an Salz und Zucker als Lebensmittelzusatz erlaubt sind. • Zusätzlich regeln seit dem 1. Januar 2016 Kabinettverordnungen welche Lebensmittel in Schulen verkauft werden dürfen (z. B. frische und getrocknete Früchte, Beeren und Gemüse, rohe Nüsse und Samen ohne Zucker- oder Salzzusatz, Milch, fermentierte Milchprodukte etc.). Zurzeit dürfen nur bestimmte Produkte in Bildungseinrichtungen verkauft werden. • Weiterhin unterliegen gesüßte kohlensäurehaltige Getränke einer Verbrauchssteuer. Der Steuersatz ist durch das Gesetz festgelegt und wird regelmäßig überarbeitet sowie erhöht - von 2,85 EUR (pro 100 Liter) im Jahr 2004 auf 7,40 EUR (pro 100 Liter) im Jahr 2016.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Übermäßiger Verzehr von gesüßten kohlensäurehaltigen Getränken und ungesunden Snacks

Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen, Grundschulen, weiterführende Schulen und berufliche Bildungseinrichtungen
Beschreibung der Evaluation	Die Wirkung wird regelmäßig alle 4 Jahre durch eine Untersuchung des Gesundheitsverhaltens lettischer Schulkinder bestimmt. Die Zielgruppe umfasst 11-, 13- und 15-jährige Schülerinnen und Schüler allgemeinbildender Schulen. Der Studienfragebogen beinhaltet Fragen über die Verzehrshäufigkeit von Süßigkeiten (Bonbons, Schokolade), gesüßten kohlensäurehaltigen Getränken und Chips.
Gesetzlicher Rahmen	Die Kabinettverordnungen legen die Beschränkungen für den Verkauf von gesüßten kohlensäurehaltigen Getränken und ungesunden Snacks in Schulen fest.
Gesamtbudget in Euro	K. A./nicht erfasst
Finanzierungsquellen	K. A.
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschiede)	Die Untersuchungsdaten zeigen, dass der Anteil der Schüler, die mindestens einmal täglich gesüßte kohlensäurehaltige Getränke trinken, im Jahr 2014 im Vergleich mit dem Jahr 2002um die Hälfte abgenommen hat. Im Jahr 2002 tranken 15,6 % der Schüler gesüßte kohlensäurehaltige Getränke mindestens einmal täglich, im Jahr 2014 taten dies 6,4 % der Schüler. Im Jahr 2006 aßen 39,8 % der Schüler mindestens einmal täglich Süßigkeiten, im Jahr 2014 taten dies 28,0 % der Schüler. Zum Vergleich: In den Ländern, die an der Untersuchung des Gesundheitsverhaltens bei Schülern teilnahmen, tranken durchschnittlich 22 % der 15-jährigen Jungen und 16 % der 15-jährigen Mädchen mindestens einmal täglich kohlensäurehaltige Getränke, in Lettland taten dies nur 8 % der Jungen und 5 % der Mädchen. (Quelle: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No7-Growing-up-unequal-full-report.pdf?ua=1
Weitere Informationsquellen	Die betreffenden Rechtsakte sind veröffentlich und verfügbar unter www.likumi.lv (auf Lettisch).

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Sanda Terela, Centre for Disease Prevention and Control sanda.terela@spkc.gov.lv +37167387603

SCHULPROJEKT „SPORT FÜR ALLE SCHÜLER“

Dauer	Fortlaufend seit 2014
Ziele	Verbesserung der allgemeinen körperlichen Fitness der Schüler, Motivation zum Sporttreiben hervorrufen und stärken
Verwendeter Ansatz	Schülerinnen und Schüler können zusätzlich zu ihren obligatorischen zwei Sportstunden pro Woche drei weitere Sportstunden zu ihrem Lehrplan hinzufügen und somit an jedem Wochentag in der Schule Sport treiben.
Geografische Abdeckung	Schulen aus ganz Lettland können sich für die Teilnahme an dem Projekt bewerben. 49 Schulklassen (1.200 Schüler) aus 34 Gemeinden waren an dem Projekt im Schuljahr 2015/2016 beteiligt (insgesamt gibt es 119 Gemeinden in Lettland; 29 % der Gemeinden waren an dem Projekt beteiligt). 81 Schulkassen haben sich für die Teilnahme an dem Projekt im nächsten Schuljahr beworben.
Hauptzielgruppe	Die Zielgruppe sind Grundschüler der 3. bis 6. Klassen (9- bis 12-jährige Mädchen und Jungen)
Beschreibung der Intervention	Die Schulen erhalten finanzielle Unterstützung von der Gemeinde und bieten drei freiwillige Sportstunden zusätzlich zu den 2 obligatorischen Sportstunden pro Woche an (1 Sportstunde allgemeine körperliche Fitness, 1 Sportstunde Fußball, 1 Sportstunde Schwimmen (kann durch Sportstunden draußen ersetzt werden, da nicht alle Gemeinden/Schulen Zugang zu einem Schwimmbad haben)). Eine Sportstunde dauert 40 Minuten und findet gemäß dem Anleitungsmaterial, das von der lettischen Akademie für Sporterziehung entwickelt wurde statt. Die Stunde wird von Sportlehrern gehalten und es wird die vorhandene Infrastruktur und Ausstattung der Schule/Gemeinde genutzt. Jede Klasse ist ein Team und deshalb stellt die jeweilige Gemeinde Finanzmittel bereit, um einheitliche Sportuniformen für die Kinder zu kaufen. Die an dem Projekt teilnehmenden Schulen organisieren während des Schuljahres Handball-Wettkämpfe und Abschlusswettbewerbe zum Ende eines Schuljahres. Während des Abschlusswettbewerbs treten die Schülerinnen und Schüler (SuS) in Staffeln gegeneinander an. Dabei zeigen die SuS ihre Kenntnisse zu sportbezogenen Themen sowie ihre kreative Leistungsfähigkeit. Während des Schuljahres müssen die Klassen Punkte sammeln, um an den Abschlusswettbewerben teilnehmen zu können. Die Ergebnisse der Handballwettkämpfe und der diagnostischen Tests (in Mathematik und der Unterrichtssprache (Lettisch oder Russisch)) werden bei der Vergabe der Punkte berücksichtigt. Zusätzlich muss die Klasse ein gemeinsames, von allen zusammen erarbeitetes Projekt einsenden.
Angestrebte Verhaltensweisen	Die Bewegung von Kindern sowie ihr Bewusstsein und ihre Motivation zur Bewegung fördern.

Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktive Lebensweise
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschule (Klassen 3-6)
Beschreibung der Evaluation	Die Ergebnisse des Projekts werden zweimal pro Jahr (im Herbst und im Frühling) durch Beurteilung der allgemeinen Fitness der Kinder (Beweglichkeit, Balance, Bauchmuskeln, Shuttle-Run-Test) und anthropometrischen Daten (Gewicht und Größe) bewertet. Die Messungen werden von Spezialisten der lettischen Akademie für Sporterziehung durchgeführt, die auch die Ergebnisse analysieren und zusammenfassen. Die Gesellschaft des lettischen Olympischen Komitees finanziert die Messung der Kinder aus Pilotklassen (6 Klassen, die seit 2014 teilgenommen haben). Andere an dem Projekt beteiligte Klassen führen die Messungen nach ihrem Ermessen durch.
Gesetzlicher Rahmen	Punkt 17 der Maßnahmenrichtlinie „Ausreichende Bewegung der Einwohner und Bewusstsein für die Notwendigkeit von Bewegung zur Erhaltung und Stärkung der Gesundheit"(der Kabinettverordnung Nr. 666 vom 18.12.2013) in den Leitlinien zur Sportpolitik für 2014-2020 bietet finanzielle Unterstützung für die Organisation von aktiven lebensstilbezogenen Veranstaltungen.
Gesamtbudget in Euro	Der Finanzierungsbetrag hängt von der Anzahl der Teilnehmer des Projekts ab und ändert sich somit jährlich. Der Gesamtbetrag der Projektfinanzierung für das Schuljahr2015/2016 betrug 106.000 EUR.
Finanzierungsquellen	35 % des Gesamtfinanzierungsbetrags werden vom Staat zur Verfügung gestellt. Der Rest wird von den Unterstützern (Privatfirmen) der Gesellschaft des lettischen Olympischen Komitees und den Gemeinden finanziert.
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Zur Beurteilung der Balance, Beweglichkeit, Stärke und Geschicklichkeit der Kinder werden von den Organisatoren zweimal jährlich Tests durchgeführt. Bei allen Tests wurden positive Veränderungen beobachtet. Die befragten Lehrer und Eltern gaben an, dass die am Projekt teilnehmenden Kinder mehr geeint, teamorientierter und körperlich stärker sind, dass sie seltener krank werden, sich besser auf das Lernen konzentrieren sowie ihre Zeit besser einteilen können.
Weitere Informationsquellen	Website des Projekts „Sport für alle Schüler" http://sportovisaklase.olimpiade.lv/lv/sakums (auf Lettisch)
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Lilita Mitrofanova, Society Latvian Olympic Committee lilita.mitrofanova@olimpiade.lv +37128622447

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Luxemburg

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	89.900	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	264	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	576.249	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	16,7	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	4-6 Jahre (%)		8 Jahre (%)		11 Jahre** (%)		8 Jahre: M: 13,9 %, J: 16,3 % 10 Jahre: M: 16,3 %, J: 18,2 % 12 Jahre: M: 17,1 %, J: 19,6 % Datenquelle: ** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	8,3	10,1	16,3	13,9	26	14	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	Ministerium für Bildung, Kinder und Jugend
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Schulpflicht besteht im Alter von 4 bis 16 Jahren. Die Schüler müssen mindestens 12 Jahre zur Schule gehen. Dieser Zeitraum umfasst Grundschule (école fondamentale) und weiterführende Schule (enseignement post-primaire). Grundschule: Zyklus 1 für Kinder im Alter von 3-5 Jahren, mit einem ersten optionalen

	Jahr der Früherziehung (éducation précoce) und 2 Jahren Vorschulerziehung (éducation préscolaire); Zyklus 2 für Kinder im Alter von 6-7 Jahren; Zyklus 3 für Kinder im Alter von 8-9 Jahren; Zyklus 4 für Kinder im Alter von 10-11 Jahren. Sekundarstufe: Allgemeine und technische Sekundarschule bis zum Alter von 18/19 Jahren.
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**16 Jahre**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	
Weitere Informationen	**Das nationale Programm „Gesond iessen, mei bewegen (GIMB, zu deutsch: Gesund essen, mehr bewegen)“ ist eine ministerienübergreifende Initiative der Ministerien für Gesundheit, Bildung, Sport und Familie. Dieser Ansatz eröffnete eine sehr enge Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen, Kinderhorten, Schulen und Jugendzentren zur Förderung der gesunden Ernährung und Bewegungsförderung. Die Maßnahmen zielen nicht nur auf die Förderung der Kenntnisse der Kinder, sondern auch auf ihre Kompetenzen und auf die Möglichkeit, eine gesunde Alternative auszuwählen.**
Weitere Informationen	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Mittagessenangebot	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Es gibt verbindliche Standards für	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**

das Verpflegungsangebot.			
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**Mahlzeiten werden von Betreuungseinrichtungen außerhalb der Schule angeboten, zu denen alle Kinder Zugang haben.**		
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Die Mahlzeiten werden vom Staat für alle Kinder in gleichem Umfang subventioniert.**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**Der SoS wird bei der Berechnung des Elternkostenbeitrags für die außerschulische Betreuung berücksichtigt.**		
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

Zusatzinformationen:
Frühstück: Es finden viele Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Frühstücks und Vormittags-Snacks (von den Einrichtungen angeboten) vor allem in Grundschulen und Kindertageseinrichtungen statt.
Mittagessenangebot: Nationale Bemühungen zur Verbesserung der Mahlzeitenqualität und des Wissens über gesunde Ernährung bei Küchenpersonal, Erziehungs- und Lehrkräften.
Wasser: Wasser ist in allen Einrichtungen kostenlos zugänglich, aber nicht alle Einrichtungen verfügen über spezielle Wasserspender.
Verpflegungsautomaten: Sind in manchen weiterführenden Schulen vorhanden.
Befragung zu den Ernährungsgewohnheiten: HBSC-Studie, ansonsten keine andere Befragung.
Teil der luxemburgischen nationalen GIMB-Strategie ist die Verbesserung der Ernährungs- und Bewegungsumgebung:

- Beispiele dafür sind: Ausarbeitung nationaler Richtlinien
- Weiterbildung aller beteiligten Partner: Küchenmitarbeitende, Eltern, Erziehungs- und Lehrkräfte. Die Themen sind einerseits ernährungsbezogen, andererseits werden Fragen wie: „Was bedeutet (gesunde) Ernährung für Kinder und Jugendliche?“, „Wie sollte eine ausgewogene und bewusste Ernährung gefördert werden?“, Wie kann die gesündeste Alternative positiv unterstützt werden?“, „Wie verhält es sich mit nachhaltiger Unterstützung von lokaler Produktion und lokalem Verbrauch?“ und „Förderung von Schulgärten und Schulküchen zu pädagogischen Zwecken“ etc.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN				
Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen				
	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	Datenquelle: Growing up unequal. HBSC Study: International Report from the 2013/2014 survey.
Mädchen	21	17	9	
Jungen	34	35	26	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kindertageseinrichtung	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	JA	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	Teil des Erziehungsprogramms	6-10 Jahre: 3 Stunden 10-12 Jahre: 2 Stunden	12-14/15 Jahre: 2-3 Stunden 15-18/19 Jahre: 1-2 Stunden
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	NEIN	NEIN
Weitere Informationen:	Vor allem in Grundschulen existieren viele verschiedene Projekte zur Förderung der Bewegung. **Beispiel:** http://www.men.public.lu/fr/themes-transversaux/themes-pedagogiques/promotion-sante-bien-etre/index.html		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

GESUNDE UND AUSGEWOGENE ERNÄHRUNG FÜR KINDER UND MIT KINDERN

Dauer	Fortlaufend seit 2007
Ziele	Verbesserung der Ernährung von Kindern
Verwendeter Ansatz	Bildung/Bewusstseinsbildung/Bereitstellung einer gesunden Alternative/Raumgestaltung/Kompetenzenvernetzung Kein negativer Ansatz mit Bestrafung
Geografische Abdeckung	Luxemburg
Hauptzielgruppe	Kinder im Alter von 4-12 Jahre
Beschreibung der Intervention	Förderung einer gesunden Ernährung mit einem ganzheitlichen und nachhaltigen Ansatz auf allen Ebenen, in Schulen und Kindertageseinrichtungen • Wissen über Ernährung und Kinderphysiologie und -psychologie im Zusammenhang mit Ernährung und „Essen“ • Ausarbeitung pädagogischer Instrumente • Weiterbildung von Küchenmitarbeitenden und pädagogischen Mitarbeitenden (teilweise ZUSAMMEN) • Innovative Initiativen zur Förderung der gesunden und ausgewogenen Alternative • Vernetzung aller Partner Unterstützung der aktiven Teilnahme aller Partner
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde und ausgewogene Ernährung und Essenszubereitung, Gartenbau, Bewegung Beachtung der Entwicklungsphasen der Kinder beim Essverhalten
Bekämpftes Risikoverhalten	Ungesunde Ernährung
Hauptsächliche Einrichtung/ Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen und Schulen
Beschreibung der Evaluation	In Vorbereitung
Gesetzlicher Rahmen	Nationales ministerienübergreifendes Programm
Gesamtbudget in Euro	Kann nicht angegeben werden, da zu einem Teil das normale Jahresbudget der Schulen und Kitas genutzt wird
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Tendenz des Kinderübergewichts stabilisieren
Weitere Informationsquellen	Politische Regelungen: Ja Richtlinien: Ja
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Yolande Wagener, Ministerium für Gesundheit yolande.wagener@ms.etat.lu +352 24 78 55 80

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Malta

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	21.500 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	88 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	434.403	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	14,3	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	3-6 Jahre (%)		8-9 Jahre* (%)		11 Jahre** (%)		Datenquelle: The Malta Childhood National Body Mass Index Study - A Population Study.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	*Daten aus COSI 2016 ** Ungleich aufgewachsen. HBSC-Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
Übergewicht und	K. A.	K. A.	16,3	19,3	38	32	
Adipositas	K. A.	K. A.	23,4	19,3			

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS*

Zuständige Institution	Die Verantwortlichkeit für das Bildungswesen liegt beim Ministerium für Bildung und Arbeit (Ministry for Education and Employment, MEDE). Bildung erfolgt durch den Staat, die Kirche (überwiegend katholisch) und unabhängige Schulen.
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Grundschule: 5-11 Jahre Mittelschule: 11-13 Jahre (Teil der Sekundarstufe I) Sekundarstufe I: 13-16 Jahre Sekundarstufe II: 16-18 Jahre

Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**Schulpflicht besteht im Alter von 5 bis 16 Jahren.**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**K. A.**
Weitere Informationen	
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**Teilweise**	**Teilweise**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**Teilweise**	**Teilweise**	**Teilweise**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**JA**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN****
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**Nicht zutreffend**	**Nicht zutreffend**	**Nicht zutreffend**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**K. A.**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**K. A.**	**K. A.**	**K. A.**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**JA**	**NEIN**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.
**Ausnahmen bei manchen kirchlichen Schulen

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	11 Jahre	13 Jahre	15 Jahre	Datenquelle: HBSC-Studie, 2013/2014.
Mädchen	**21**	**11**	**9**	
Jungen	**28**	**20**	**16**	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?		**2 Stunden**	**2 Stunden**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Weitere Informationen:			
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

OPEN - SCHULEN IN BEWEGUNG

Dauer	Fortlaufend seit 2015
Ziele	Erhöhung der Bewegung bei Jugendlichen
Verwendeter Ansatz	Bewegung in den Schulpausen (aktive Pausengestaltung); Peer-Leader
Geografische Abdeckung	Alle weiterführenden Schulen (11-16 Jahre)
Hauptzielgruppe	Jugendliche Niedriger sozioökonomischer Status
Beschreibung der Intervention	Während der Pausen werden für Jugendliche in weiterführenden Schulen „Gruppentrainings"-Einheiten angeboten. Ein Übungsleiter besucht die Schulen und führt die Bewegungen mit den Schülerinnen und Schülern durch. Die Art der Übungen des Gruppentrainings wurden auf Basis der Wünsche einer Fokusgruppe von Jugendlichen entwickelt. Die Einheiten setzen sich aus Tanzbewegungen und verschiedenen anderen Bewegungsarten zusammen, die teilweise strukturiert oder aus freier Bewegung bestehen. Um die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern werden einige Jugendliche als Peer-Leader geschult, sodass sie die Einheiten anleiten können. Das Projekt ist Teil des OPEN-Projekts, das im Rahmen des EU-Programms zur öffentlichen Gesundheit 2013-2016 finanziert wurde. Es wird von Gemeindeinitiativen und einer Kampagne mit verschiedenen Medien begleitet. Das Projekt wurde mit dem lokalen Sportsektor abgestimmt.
Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktive Lebensweise
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Weiterführende Schulen
Beschreibung der Evaluation	Zur Beurteilung der Maßnahme wurde vor und nach dem Programm ein Fragebogen an die Teilnehmenden verteilt.
Gesetzlicher Rahmen	Gesetz zur gesunden Lebensführung, 2016
Gesamtbudget in Euro	20.000 EUR
Finanzierungsquellen	EU-Mittel Lokale Mittel
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die Evaluation des Programms zeigte eine Verhaltensänderung der am Programm teilnehmenden Jugendlichen hin zu mehr Bewusstsein für Bewegung und diese auch außerhalb der Schule fortzusetzten.
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Charmaine Gauci, Health Promotion and Disease Prevention Directorate, Superintendence of Public Health charmaine.gauci@gov.mt +356 25953300 /2

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Polen

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	11.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	68 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	37.967.209	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	15 %	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	2-6 Jahre* (%)		7 Jahre** (%)		11 Jahre*** (%)		Datenquellen: *Kulaga et al (2016) Dev Period Med **Kulaga et al (2016) Przegl Epidemiol. *** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht und Adipositas	12,2	10	24,8	22,2	22	7	

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Das polnische Bildungssystem wird zentral vom Ministerium für nationale Bildung geregelt. Die Schulen werden vom Minister für nationale Bildung und auf regionaler Ebene von Bildungssuperintendenten überwacht.
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	ECEC (wczesna edukacja I opieka): 0-3 Jahre und 3-5 Jahre. Kindertageseinrichtungen sind optional für 3- und 4-jährige Kinder und obligatorisch für 5-jährige Kinder. Primarstufe: 6/7-13 Jahre, seit 2015/2016 beginnt die obligatorische Schulzeit für alle 6-jährigen Kinder mit der Grundschule. Sekundarstufe I: 13-16 Jahre Sekundarstufe II: 16-19/20 Jahre Postsekundäre, nicht tertiäre Bildung gilt als Teil der sekundären Bildung und dauert 1 bis 2,5 Jahre.
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	18 Jahre
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	10 % privat und 90 % öffentlich

	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**JA**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Schülerinnen und Schüler aus benachteiligten Familien**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler und andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:
Snack-Verkauf/Verpflegungsautomaten/Verbindliche Standards für die Verpflegung: In der Verordnung des Gesundheitsministers vom 26. August 2015 sind die Lebensmittelgruppen zum Verkauf an Kinder und Jugendliche in den Einrichtungen des Bildungssystems festgelegt. Außerdem enthält das Dokument Anforderungen, die Lebensmittel im Zusammenhang mit der Gemeinschaftsverpflegung von Kindern und Jugendlichen in diesen Einrichtungen erfüllen müssen.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN			
Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen			
	11-17 Jahre	15+ Jahre	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015
Mädchen	15,2	15,5	
Jungen	28,5	21	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	JA	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	K. A.	4 Stunden	3-4 Stunden
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	NEIN	NEIN
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

ERNÄHRUNG FÜR DIE GESUNDHEIT („ŻYWIENIE NA WAGĘ ZDROWIA“)

Zusammenfassung	Durch Weiterbildung der Verpflegungsmitarbeitenden soll die Verpflegung für Kinder in Kitas und Schulen gesundheitsfördernder gestaltet werden. Ein weiter Schwerpunkt ist die Bewusstseinsbildung bei Kindern und Eltern. Seit Beginn des Programms wurden fast 4000 Speisepläne beurteilt und im Verlauf der Maßnahme zufriedenstellende Veränderungen bezüglich der quantitativen und qualitativen Speiseplangestaltung beobachtet.
Dauer	Fortlaufend seit 2012
Ziele	• Unterstützung einer bedarfsgerechten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch die Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung • Verbesserung der Qualität der Ernährung für Kinder und Jugendliche in Kindertageseinrichtungen und Schulen • Bewusstseinsbildung der Eltern bezüglich der „Ernährung und Bewegung ihrer Kinder sowie den zukünftigen positiven Auswirkungen auf deren Gesundheit“
Verwendeter Ansatz	Bildung der Kinder, Eltern und des Schulpersonals/Bereitstellung einer gesunden Alternative/Raumgestaltung
Geografische Abdeckung	Woiwodschaft Śląsk (Schlesien)
Hauptzielgruppe	Alle Kinder folgender Altersgruppen: • 1-3 Jahre • 10-12 Jahre • 4-6 Jahre • 13-15 Jahre • 7-9 Jahre • 15+ Jahre
Beschreibung der Intervention	Die Maßnahme erfolgte auf Grund der Ergebnisanalyse von Kontrollen des staatlichen Gesundheitsamtes der Woiwodschaft Schlesien in den Jahren 2007 und 2011. Diese zeigte, dass viele Aspekte bezüglich der Verpflegung und Ernährung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden können (33 % der Krippen, 40 % der Kitas, 51 % der Schulen). Die häufigsten Punkte dabei waren: Schlechte Qualität der Lebensmittel, unausgewogene Mahlzeiten in Bezug auf den Gehalt an Protein, Fett und Kohlenhydraten, Mangel an Vitaminen und Mineralstoffen (z. B. Vitamin C, Kalium). Für Kinder, Eltern und die Verpflegungsmitarbeitenden der Kitas und Schulen wurden Ernährungsworkshops durchgeführt. (Fast 8.000 Personen nahmen an den von Mitarbeitenden des staatlichen Gesundheitsamtes und Ernährungsfachkräften durchgeführten Seminaren teil). Um die Maßnahme umzusetzen, wurde ein Handbuch für die oben genannten Personengruppen erstellt. Die Durchführung eines Bildungsprogramms für Kinder, Eltern und vor allem für die Verpflegungsmitarbeitenden führte zu einer Verbesserung

	der Verpflegungsqualität in diesen Einrichtungen. Seit Beginn der Maßnahme haben insgesamt 2.868 Bildungseinrichtungen daran teilgenommen. 123 Schulungskurse wurden mit 3.160 Teilnehmenden durchgeführt, die für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen verantwortlich sind.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Förderung von gesunden Alternativen für Kinder, Eltern und Schulen (Fokus auf der Speiseplangestaltung)
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen/ Grundschulen/ weiterführende Schulen
Beschreibung der Evaluation	Analyse der Qualität und der Quantität von Speiseplänen für Schulkinder (vor und nach den Workshops).
Gesetzlicher Rahmen	Durch das Gesundheitsamt der Woiwodschaft Schlesien durchgeführtes Programm
Gesamtbudget in Euro	Keine zusätzlichen Kosten (das Programm wurde aus bestehenden Strukturen und mit vorhandenem Schulpersonal realisiert. Die einzigen Kosten entstanden durch das Drucken von Broschüren und Postern, die aus Mitteln des Gesundheits- und Epidemiologiezentrums der Woiwodschaft Schlesien finanziert wurden)
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Seit Beginn des Programms wurden fast 4.000 Speisepläne beurteilt, wobei die Mahlzeiten in den untersuchten Einrichtungen bezüglich ihres Protein-, Fett- und Kohlenhydratanteils ausgewogen waren. Im Vergleich zu der letzten Untersuchung vor Durchführung der Maßnahme zeigte sich danach eine Erhöhung des Anteils an tierischem Protein und Gesamtprotein, Eisen, Magnesium, Vitamin C, Calcium und Kalium. Die Durchführung eines Bildungsprogramms für Kinder, Eltern und der Verpflegungsmitarbeitenden der Bildungseinrichtungen führte zu einer Verbesserung der Qualität der Verpflegung. Bezüglich der quantitativen und qualitativen Zusammensetzung der Speisepläne wurden zufriedenstellende Änderungen festgestellt. Die Notwendigkeit, diese Programm fortzusetzen, ist offensichtlich.
Weitere Informationsquellen	http://brpd.gov.pl/sites/default/files/zycie_na_wage_zdrowia.pdf (auf Polnisch)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name der verantwortlichen Kontaktinformationen:	Beata Dobosz, Sanitary-epidemiological Station for Silesia Voivodeship bdkd@wp.pl +48 503 093 472

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Rumänien

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	8.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	55 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	19.759.968	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	15,5	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	3-6 Jahre* (%)		8-9 Jahre (%)		13 Jahre (%)		*Keine verfügbaren Informationen Datenquelle: 8-9 Jahre: C. Huidumac-Petrescu et al.: WHO COSI: Romania - 2016 Country Poster 13 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC-Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht			10,5	8,9	26	11	
Adipositas			5,1	5,4			

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	Ministerium für nationale Bildung und Forschung
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Vorschule: Anfänger-, mittlere und fortgeschrittene Gruppen; 3-5 Jahre Primarstufe: Klassen 0-4 / 6-9 Jahre, Sekundarstufe: • Sekundarstufe I (*Gimnaziu*), Klassen 5-8, gefolgt von den unteren Klassen der höheren Schule, Klassen 9-10 oder Handwerks- und Kunstschule; 10-15 Jahre • Höhere Schulen: Sekundarschule höhere Klassen, Klassen 11-12; 16-18 Jahre Postsekundäre Bildung: Tertiäre voruniversitäre Bildung ≥ 19 Jahre
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	Die Schulpflicht beträgt 10 Klassen, entsprechend bis zum Alter von 15-16 Jahren

Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**5782 öffentliche voruniversitäre Bildungseinrichtungen** **574 private voruniversitäre Bildungseinrichtungen (hauptsächlich Kindertageseinrichtungen)** **Das Verhältnis von öffentlichen zu privaten Einrichtungen ist etwa 10 : 1.**
Weitere Informationen	**Ernährung ist im Lehrplan, als Teil des Faches Gesundheitserziehung enthalten. Dieses Fach kann optional von den Schulen angeboten werden.**
	Datenquelle: www.edu.ro/index.php/articles/c21 www.edu.ro/index.php/articles/c215 https://www.siiir.edu.ro/carto/#/harti

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	**Grundschule**	**Weiterführende Schule**
Frühstücksangebot	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**JA**	**Mittagssnack**	**Mittagssnack**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**K. A.**	**NEIN**	**NEIN**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	Die Mahlzeiten werden in öffentlichen Kindertageseinrichtungen subventioniert, aber nicht zu 100 %. Die Eltern zahlen eine kleine Gebühr für die Dienstleistung (einschließlich Essen) der öffentlichen Kita. In öffentlichen Kitas werden die Mahlzeiten für alle Kinder gleich subventioniert.		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**

statt.

In Grundschulen und weiterführenden Schulen werden jedem Schüler täglich eine Portion Milch/Joghurt und ein Croissant/Bagel und ein Apfel als Snack angeboten (in der großen Pause von 20 Minuten). Diese Maßnahme wird durch zwei nationale Programme von der Regierung finanziert.
Snack-Verkauf ist in Grundschulen und weiterführenden Schulen erlaubt. Das Gesetz 123/2008 sowie dieVerordnung des Gesundheitsministeriums 1563/2008, enthält jedoch eine Liste von Lebensmitteln, die nicht in den Snack-Shops verkauft werden dürfen.
Verpflegungsautomaten sind in Grundschulen und weiterführenden Schulen erlaubt. Auch hier regelt die Verordnung 1563/2008 welche Lebensmitteln, darin nicht verkauft werden dürfen.
In den Anhängen 3, 4 und 5 dieser Verordnung sind die jeweiligen Energiebedarfe, die Ernährungspyramide und die für die verschiedenen Altersgruppen empfohlenen Arten von Lebensmitteln dargestellt.
Externe Stakeholder können Präsentationen in Kindertageseinrichtungen und Schulen halten, aber sie müssen eine vorläufige Genehmigung des Regionalen Schuloberrats dafür besitzen (Repräsentanten des Bildungsministeriums in diesem Gebiet auf Bezirksebene). Um diese Zulassung zu erhalten, muss der Inhalt der Präsentation einen wichtigen pädagogischen Wert für die Zielgruppe aufweisen.
Alle Kinder in öffentlichen Kitas zahlen dieselben Gebühren. Das Einkommensniveau der Eltern ist jedoch ein Kriterium beim Aufnahmeprozess. Geringere Einkommen erhalten höhere Punktwerte für das Auswahlverfahren, wer einen Platz in einer öffentlichen Kita erhält. Es gibt einen Mangel an Plätzen in öffentlichen Kitas, der jedoch durch private Kitas ausgeglichen wird.
Das Gesetz 148/2000 regelt die Darstellung von Werbung im Umkreis der Schule. Artikel 11 schreibt vor, dass alkoholische und Tabak-Produkte nicht in den Räumlichkeiten von Schulen oder im Umkreis von mindesten 200 m um diese Einrichtungen beworben werden dürfen. Ein ergänzender Gesetzentwurf, zu einem Verbot jeglicher Werbung kommerzieller Produkte, wurde im Jahr 2014 vorgeschlagen, aber nicht als Gesetz verabschiedet.
Im Jahr 2008 unterzeichneten einige private Unternehmen einen Ethik-Kodex (zur Selbstkontrolle), der 2015 erweitert wurde. Dieser Kodex verpflichtet sie, keine kommerziellen Produkte bei Kindern unter 12 Jahren zu bewerben. Der Umfang, in dem sich der Kodex in er Praxis auswirkt, ist nicht bekannt.
Die Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC-Studie) umfasst Schüler in Grundschulen und weiterführenden Schulen, aber keine Kitakinder. Die Fragen in dieser Studie beruhen auf Selbsteinschätzung und Selbstauskunft.

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen (%)	**20**	**13**	**7**
Jungen (%)	**32**	**28**	**16**

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	**Grundschule**	**Weiterführende Schule**
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?		**Mind. 2-3 Stunden**	**Mind. 2 Stunden**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Zusatzinformationen:	In der Grundschule ist eine 3. Stunde Sport für die Klassen 3 und 4 verpflichtend und beinhaltet eine Stunde Bewegungsspiele, sie ist anders aufgebaut als die beiden anderen Stunden. Die Studie über das Gesundheitsverhalten von Kindern im schulpflichtigen Alter (HBSC-Studie) umfasst Schüler in Grundschulen und weiterführenden Schulen, aber keine Kitakinder. Die Fragen in dieser Studie beruhen auf Selbsteinschätzung und Selbstauskunft.		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/288122/ROMANIA-Physical-Activity-Factsheet.pdf?ua		

MILCH UND CROISSANT („LAPTELE SI CORNUL“)

Zusammenfassung	Das nationale Programm „Milch und Croissant“ ist Teil des europäischen Schulmilchprogramms mit dem Ziel, allen rumänischen Kindern von der Vorschule bis zur weiterführenden Schule (Alter 5/6 bis 14/ 15 Jahre) gesunde Lebensmittel zur Verfügung zu stellen. An jedem Schultag werden den Kindern mittags eine kleine Flasche Milch/Joghurt und ein Croissant/Bagel angeboten.
Dauer	Fortlaufend seit 2002
Ziele	Strategisches Ziel: umfassender Zugang zu Schülern der Grundschulen und weiterführenden Schulen (Verringerung der Schulabbruchrate) Ziele: soziale Gerechtigkeit und Erleichterung des Bildungszugangs: Motivationsfaktor für Kinder aus benachteiligten Familien, in der Schule zu bleiben.
Verwendeter Ansatz	Bereitstellung einer gesunden Lebensmittelalternative
Geografische Abdeckung	Rumänien
Hauptzielgruppe	Ursprünglich (2002) Grundschulkinder, aktuell Kinder in der Vorschule, der Grundschule und der weiterführenden Schule
Beschreibung der Intervention	Durch das Programm erhält jedes Kind in der Vorschule (d. h. Klasse 0), Grundschule (d. h. Klassen 1-4) und weiterführenden Schule (d. h. Klassen 5-8) täglich (an jedem Schultag) ein Croissant (oder einen Bagel oder Kekse) und Milch (oder Joghurt). Die Art der gelieferten Produkte und die Schulbelieferungsabläufe (d. h. täglich oder wöchentlich) werden regional (Bezirksebene) oder lokal entschieden. Die Anzahl der Begünstigten wird im Schuljahr 2015/2016 auf 1.750.000 Kinder geschätzt.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Einschränkung/Vermeidung des Verzehrs von Fast Food und ungesunden Snacks. Da die meisten rumänischen Schulen keine Kantinen haben, sollen Croissant und Milch einen gesunden Snack in der Mitte des Schultags darstellen. (die Produkte werden den Kindern in der täglichen 20-Minuten-Pause angeboten) Das Kaufen von ungesunden Snacks an Schulkiosken oder außerhalb der Schule soll dadurch ebenfalls vermieden werden.
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Vorschule, Grundschule, weiterführende Schulen
Beschreibung der Evaluation	Durch eine Befragung der hauptsächlich Betroffenen (Kinder, ihre Mütter und Lehrkräfte) wurde die Wirkung der Maßnahme ermittelt. Diese wurde durch ein privates Befragungsunternehmen im Oktober 2013 durchgeführt (360 Teilnehmer). Es wurde keine eindeutige Veränderung (z. B. BMI der Zielpopulation vor und nach der Programmeinführung) durch die Maßnahme nachgewiesen.
Gesetzlicher Rahmen	Notverordnung Nr. 96/2002.

Gesamtbudget in Euro	≈ 100 Millionen EUR/Jahr
Finanzierungsquellen	Kofinanzierung durch die Europäische Kommission und den rumänischen Staat
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Ein Nachweis, der die Wirkung des Programms auf den Gesundheitszustand (z. B. durchschnittlicher BMI) oder auf ein gesundes Ernährungsverhalten bestätigt, wurde nicht gefunden. Es konnten auch keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden. Da alle Kinder von dieser politischen Maßnahme profitieren gab es keine Vergleichsgruppe an der man eine Veränderung feststellen konnte. Trotzdem sind die soziale Auswirkung des Programms positiv (laut Wahrnehmung und Angabe der Vertreter dieser politischen Maßnahme). Insbesondere die Kinder aus den ärmsten Familien, profitieren von der Kalorienzufuhr durch Milch und Croissant.
Weitere Informationsquellen	http://www.crpe.ro/wp-content/uploads/2015/03/Raport-CRPE-Lapte-si-corn-FINAL.pdf Nationales „Milch und Croissant"-Programm im Rahmen des Schulmilchprogramms der Europäischen Union - Rumänisches Zentrum für Europäische Politik (CRPE)
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Eine für das nationale Programm verantwortliche Einzelperson konnte nicht identifiziert werden. Auf nationaler Ebene ist die rumänische Regierung für die Finanzierung und die Festlegung des gesetzlichen Rahmens zur Durchführung des Programms verantwortlich. Auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene sind verschiedene Institutionen für unterschiedliche Aspekte der Programmdurchführung verantwortlich. **Nationale Ebene**: Rumänische Regierung; Finanzministerium; Landwirtschaftsministerium - Agentur für Zahlungen und Interventionen in der Landwirtschaft (APIA); Ministerium für nationale Bildung und Forschung; Gesundheitsministerium - Nationales Institut für das Gesundheitswesen; Nationale Behörde für Veterinärwesen und Lebensmittelkontrolle; Nationale Behörde für Verbraucherschutz. **Regionale Ebene (Bezirksebene)**: Bezirksrat; regionaler Schuloberrat; Bezirksgesundheitsämter **Lokale Ebene**: Stadtverwaltung; Schulleitungen. Entsprechend des Berichts aus 2015 über das rumänische nationale Programm „Milch und Croissant" im Rahmen des europäischen Schulmilchprogramms gibt es zur Zeit auf nationaler Ebene keine federführende Einrichtung für dieses Programm. Ministerium für nationale Bildung und Forschung contact544@gov.edu.ro +40213155099

ONSS - NATIONALE SCHULSPORT-OLYMPIADE

Zusammenfassung	ONSS bietet Schulkindern (6-18 Jahre; Grundschule bis höhere Schule) die Möglichkeit, in der Schule zusätzlich zum Sportunterrichts (in Sportarten wie Fußball und Basketball) in Wettkämpfen auf Schulebene, regionaler und nationaler Ebene aktiv zu sein.
Dauer	Fortlaufend seit 2005
Ziele	a) stimmige/ ganzheitliche Individualentwicklung im Sportunterricht, bei der Körperhygiene und Ausübung von Breitensport; b) Förderung der Sozialisation und der sozialen Integration; c) Erhöhung der Anzahl Leistungssport treibender Schülerinnen und Schüler durch verschiedene Breitensport-Wettkämpfe; d) Erhöhung der Disziplin und des Fair-Play sowie Eingrenzung der Gewalt beim Sport unter Kindern; e) Entwicklung und Vertiefung der Fähigkeiten eine oder mehrere Sportarten zu betreiben; f) Optimierung des Gesundheitsstatus der Schulkinder und der erwachsenen Bevölkerung; g) kontinuierliche Steigerung der Teilnahme an nationalen Sportwettkämpfen von Schülerinnen und Schülern, die zurvor keinen Leistungssport betrieben haben; h) Entwicklung von Ehrgeiz im Wettkampf unter Kindern und Schülerinnen und Schülern; i) nationale, traditionelle Sportarten unterstützen; j) neue, internationale Sportdisziplinen einführen; k) gewinnen und beteiligen von lokalen Verwaltungsbehörden und anderen Privat- und juristischen Personen für den Einsatz bei schulischen Sportwettkämpfen; l) Unterstützung von Einzelpersonen und juristischen Personen, die schulische Sportwettkämpfe in Zusammenarbeit mit dem Bildungsministerium organisieren wollen; m) Schaffung/Festigung einer sportlichen Identität für jede Bildungseinrichtung: n) Entwicklung eines Wettkampfgeistes zwischen Kindern und Bildungseinrichtungen; o) Optimierung des Trainings von Sportmannschaften, die den rumänischen Schulsport in internationalen Wettkämpfen vertreten; p) Vereinfachung der Durchführung von Sportwettkämpfen in allen Bildungseinrichtungen.
Verwendeter Ansatz	Bildung/Bereitstellung einer gesunden Alternative in Bezug auf Schulsport/Bewegung
Geografische Abdeckung	Rumänien
Hauptzielgruppe	Schulkinder im Alter von 6-18 Jahren - Klassen 1 bis 12.
Beschreibung der Intervention	Durch diese Maßnahme nehmen Kinder über das ganze Schuljahr an Sportwettkämpfen teil. Die Wettkämpfe werden auf Schulebene, lokaler, regionaler und schließlich nationaler Ebene organisiert und sind für die Teilnehmenden kostenlos. Es gibt getrennte Wettkämpfe für jede Klasse und für verschiedene Sportarten (z. B. Fußball, Basketball). Die Teilnehmenden für jeden Wettbewerb (pro Klasse und pro Sportart) werden von den Sportlehrern jeder Schule ausgewählt.

	Die Wettkämpfe werden auf der schulischen, lokalen und regionalen Ebene auf dem Schulgelände und in der nationalen Phase in Einrichtungen der Gemeinde ausgeführt. Die jährlich wechselnden Sportarten werden auf nationaler Ebene festgelegt. Da die Auswahl der Schulmannschaften für die Wettkämpfe eine außerschulische Tätigkeit für die Sportlehrer darstellt, die nicht vergütet wird, ist der Grad der Beteiligung auf Schul-, Gemeinde- und Bezirksebene sehr verschieden. Da der Grundsatz der Maßnahme auf Wettkampf beruht, werden von jeder Schule die Schülerinnen und Schüler aus den höheren Klassen für die Schulmannschaft ausgewählt, da sie die Sportarten besser beherrschen und fitter sind. (bei den höheren Schulen z. B. Schüler der 11. und 12. Klassen). Vor diesem Hintergrund ist es fraglich, in wie weit die Maßnahme dem Bewegungsbedarf aller Schülerinnen und Schüler zu Gute kommt.
Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktive Lebensweise Weitere Risiko-Verhaltensweisen im Zusammenhang mit körperlicher Inaktivität (z. B. Alkoholkonsum, Rauchen, Konsum illegaler Drogen)
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschulen, weiterführende Schulen, höhere Schulen
Beschreibung der Evaluation	Die Evaluation bezieht sich größtenteils auf die Anzahl der Teilnehmenden aus einem Gebiet, einer Klasse und in einer Sportart
Gesetzlicher Rahmen	Verordnung des Bildungsministeriums Nr. 5625/2005
Gesamtbudget in Euro	K. A.
Finanzierungsquellen	Finanzierung der rumänischen Regierung durch das Bildungsministerium
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	K. A.
Weitere Informationsquellen	Keine offizielle Website Dokument der politischen Maßnahme: Verordnung des Bildungsministeriums Nr. 5625/2005 Bericht - wird ergänzt
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Mihaela Tania Irimia, General Director - General Direction for Pre-university Education - Ministry of Education Cristina Brânzoi, Director - Federation of Pre-university and University Sport - Ministry of Youth and Sport Nationale Ebene: General Direction for Pre-university Education (within the Ministry of Education); Federation of Pre-university and University Sport (within the Ministry of Youth and Sport)

Regionale Ebene (Bezirksebene): Regionaler Schuloberrat
Lokale Ebene: Schulleitungen
Mihaela Tania Irimia
dgeitpv@gov.edu.ro
Cristina Brânzoi
cristina.branzoi@fssu.ro

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Slowakei

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	14.400 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	77 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	5.426.252	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	15,3	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	3-6 Jahre* (%)		7 Jahre (%)		11 Jahre (%)		*Keine verfügbaren Informationen; Datenquelle: 7 Jahre: Regecová, Tichá, Hamade: WHO COSI Meeting, 02/2017, Malta (WHO Cut-Off-Werte) 11 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014. Prävalenzdaten gemäß WHO-Kriterien.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht	K. A.	K. A.	16,9	14,9	30	18	
Adipositas			14,8	11,0			

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Sport der Slowakischen Republik
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Primarstufe: 6-10 Jahre Sekundarstufe I: 11-15 Jahre
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	16 Jahre
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	Öffentlich 88 %, Privat 12 %
Weitere Informationen	Ernährungsbildung ist Teil der optionalen und freiwilligen Bildung. Die Bewegungsmaßnahmen dauern üblicherweise zwei Stunden vormittags und zwei Stunden nachmittags, wie in der Verordnung des Gesundheitsministeriums der Slowakischen Republik Nr. 527/2007

	über die Einzelheiten der Anforderungen für Einrichtungen für Kinder und Jugendliche spezifiziert ist. Informationen über gesunde Ernährung werden auf unterhaltsame Weise präsentiert und unterrichtet.
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	**Grundschule**	**Weiterführende Schule**
Frühstücksangebot	**JA**	**Frühstück/Vormittagssnacks werden optional angeboten**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	**Alle Schülerinnen und Schüler**		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN** **Unregelmäßige Befragungen**	**NEIN** **Unregelmäßige Befragungen**	**NEIN** **Unregelmäßige Befragungen**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA** **Staatliche Gesundheitsüberwachung**	**JA** **Staatliche Gesundheitsüberwachung**	**JA** **Staatliche Gesundheitsüberwachung**

Zusatzinformationen:
Marketing:
Das Anbieten von Kaffee, koffeinhaltigen Getränken, alkoholischen und chininhaltigen Getränken ist in Schulen gesetzlich verboten. (Verordnung des Gesundheitsministeriums der Slowakischen Republik Nr. 527/2007 über die Einzelheiten der Anforderungen für Einrichtungen für Kinder und Jugendliche)

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen	22	15	12
Jungs	30	30	27

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	JA	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	20	2	2
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	NEIN	NEIN
Weitere Informationen:	**Nur unregelmäßige Erhebungen** **In Jahr 2015 legte die Regierung das nationale Programm zur Adipositasprävention fest. Es umfasst auch eine verstärkte Bewegungsförderung für Kinder und Erwachsene.**		

Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

SCHULPROGRAMM (SP) (SCHULMILCH- UND SCHULOBST-PROGRAMM)

Zusammenfassung	Verbesserung der Ernährung von Kindern und Jugendlichen durch den Verzehr von Obst, Milch und Milchprodukten mit der optimalen Zusammensetzung der Grundnährstoffe im Rahmen der Schulverpflegung.
Dauer	Fortlaufend seit 2008
Ziele	Verringerung der Adipositasprävalenz bei Kindern und Erwachsenen
Verwendeter Ansatz	Gesundheitsförderung und gesunder Lebensstil durch Bildung
Geografische Abdeckung	Slowakei
Hauptzielgruppe	Alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-18 Jahren aus der Slowakei
Beschreibung der Intervention	Bildungsangebote zu einem gesunden Lebensstil von Kinder in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Die Mitarbeitenden der regionalen Gesundheitsbehörden der Slowakischen Republik halten Vorträge und führen Diskussionen mit den Kindern. Die Kinder besuchen Obstplantagen und lernen die Verfahren des Obst- und Gemüseanbaus kennen. Außerdem bekommen die Kinder Einblick in die Milchproduktion und werden über den Verzehr von Milch und Milchprodukten mit weniger Fett und Zucker aufgeklärt. In den Schulen wird frisches Obst und Gemüse sowie Milch am Kiosk, Automaten und zum Mittagessen angeboten.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Erhöhung des Verzehrs von Obst und Gemüse bei Kindern im Vorschul- und Schulalter, Veränderung der Ernährungsgewohnheiten der Kinder im frühen Schulalter, Verringerung der Prävalenz von Kinderübergewicht und Adipositas, Förderung einer gesunden Ernährung sowie eine Erhöhung des Bewusstseins für den Nährwert verschiedener Obst- und Gemüsesorten
Bekämpftes Risikoverhalten	Verringerung der Prävalenz von Kinderübergewicht und Adipositas, eines geringen Obst- und Gemüseverzehrs durch die Gesundheitsförderung und die Unterstützung eines gesunden Lebensstils
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen und Schulen
Beschreibung der Evaluation	Indikator: Anzahl der unterrichteten Kinder und Jugendlichen
Gesetzlicher Rahmen	Verordnung (EG) der Kommission Nr. 288/2009 - Nationale Politik der SR für SFS für das Schuljahr 2015/2016
Gesamtbudget in Euro	EU (für das Schuljahr 2017/2018 = 3.205.716 EUR) + SR, private Mittel
Finanzierungsquellen	EU, staatliche Mittel, Eltern

Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Bei alle Altersgruppen von Kindern bis 18 Jahre eine Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten mit der Absicht auch das Auftreten von Adipositas bei Erwachsenen zu verringern
Weitere Informationsquellen	http://www.skolskeovocie.sk/?pl=2 http://www.apa.sk/index.php?navID=74
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Ochaba Róbert, Public Health Authority of the Slovak Republic robert.ochaba@uvzsr.sk +421-2-49284240

NATIONALES PROGRAMM ZUR GESUNDHEITSFÖRDERUNG (NPPZ)

Zusammenfassung	Verringerung der Prävalenz chronischer nichtübertragbarer Krankheiten durch gesamtgesellschaftliche vorbeugende Maßnahmen (mehr Bewegung, Verringerung des Auftretens von Adipositas, qualitativ hochwertige Verpflegung und Bildung im Bereich der Förderung eines gesunden Lebensstils)
Dauer	2014-2020
Ziele	Verringerung der Adipositasprävalenz bei Kindern und Erwachsenen
Verwendeter Ansatz	Gesundheitsförderung und gesunder Lebensstil durch Bildung
Geografische Abdeckung	Slowakei
Hauptzielgruppe	Gesamte Bevölkerung
Beschreibung der Intervention	**A) Maßnahmen mit dem Schwerpunkt der Förderung eines gesunden Lebensstils** **Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation** • Bildung und Motivation der Bevölkerung für einen gesunden Lebensstil. Besonders im Bereich gesunder Ernährung und der Bewegungsförderung • Information der Bevölkerung über die Bedeutung von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen, darüber, dass immer mehr Einwohner regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen und das evt. ein Bonussystem für Personen eingeführt wird, die regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. • Schaffung von Bildungs- und Interventionsmaßnahen, die zu einem größeren Bewusstsein für beeinflussbare Risikofaktoren führen. Bei der Planung werden die Besonderheiten verschiedener Zielgruppen (Alter, Geschlecht, Umgebung) berücksichtigt. Die dazugehörige Evaluation untersucht die Wirkung der Interventionen (auch in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern) • Förderung von Screenings der häufigsten Krebsarten • Erkennung von Risikofaktoren für chronische nichtübertragbare Krankheiten bei einer Gesundheitsberatung. Abhängig von der Bewertung der Untersuchungsergebnisse sollte darauf hin eine Beratung zur Lebensstiländerung bis hin zur Überweisung zu weiteren Untersuchungen und Therapien erfolgen. **Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation im Bereich der Ernährung** • Bildung der Bürger und Anwendung einer vollwertigen Ernährung, auch in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern. Dadurch soll ein Bewusstsein und Verständnis für die positiven/präventiven Wirkung von Ernährung sowie deren Einfluss auf die Gesundheit gefördert werden.

- Bildung der Bürger, mit dem Ziel der Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten in allen Altersgruppen. Kinder können durch die Beeinflussung der Erwachsenen besser erreicht werden.
- Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen mit Schwerpunkt auf verschiedene Altersgruppen. So sollen Ernährungsgewohnheiten überwacht und die Bildung sowie das Bewusstsein der Verbraucher in Bezug auf gute Ernährung verbessert werden.
- Ökonomische Bevorzugung von bezahlbarer und deshalb attraktiver richtiger Ernährung (Obst, Gemüse und Hülsenfrüchte, Vollkornprodukte, Milch, Fisch) sowie Schulverpflegung für alle sozialen Gruppen (durch differenzierte Verbrauchssteuersätze und Zuteilungspolitik zur Förderung slowakischer Erzeuger sowie Beteiligung von Verkäufern und Lieferketten)

Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation im Bereich der Bewegung

- Maßnahmen übergeordneter territorialer Einheiten in Kooperation mit RPHA in der Slowakischen Republik - Organisation von Festivals, Sportveranstaltungen sowie Veranstaltungen zur Verbreitung von unterschiedlichen Sportarten und Beteiligung eines möglichst breiten Publikums an den genannten Maßnahmen
- Aufklärung der Bevölkerung über die gesundheitsfördernden Vorteile von Bewegung, auch in Zusammenarbeit mit Gesundheitsdienstleistern (mit Fokus auf Risikogruppen)
- Ausbau der materiellen und technischen Bedingungen um Bewegung in der Bevölkerung zu fördern.
- Schaffung und Verbesserung einer sicheren Infrastruktur für eine aktive Fortbewegung und den Freizeitsport sowie organisatorische Maßnahmen zur Verbesserung von Verletzungsprävention
- Sicherer Aus- und Umbau von vorhandenen Sportanlagen und Ausbau neuer Einrichtungen für mehr Bewegung aller Altersgruppen, in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Sport der Slowakischen Republik und mit Städten, Gemeinden und Regionen mit Selbstverwaltung
- Organisation von Sportveranstaltungen mit leichtem Zugang für alle Altersgruppen, bei denen gleichzeitig das Bewusstsein und die Motivation zur Bewegung und einer verbesserten Lebensweise gefördert werden. (ebenfalls in Zusammenarbeit mit den Ministerien und Sportorganisationen der Slowakischen Republik)
- Bewegungsförderung in der Bevölkerung - Konkrete Maßnahmen und Projekte mit Schwerpunkt auf der Bewegungsförderung in der Bevölkerung - einschließlich touristischer und Radsportveranstaltungen, die von übergeordneten territorialen

Einheiten, Sportvereinigungen und -organisationen ausgerichtet werden

- Öffnung der Sportanlagen, Schulspielplätze und Sporthallen für die Öffentlichkeit sowie Organisation gemeinsamer Sportaktivitäten für Eltern mit Kindern (in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Sport der Slowakischen Republik und Städten, Gemeinden und Regionen mit Selbstverwaltung)
- Einbeziehung von Massenmedien und allgemein respektierten Personen (auch Boulevard-Presse und Prominente) zur Verbreitung konkreter täglicher Programme zur Bewegung.
- Bewegungssteigerung von Senioren in Sozialeinrichtungen durch z. B. gemeinsame Spaziergänge in der Natur, Übungen mit einem Trainer, Besuch historischer Städten etc.

4. Maßnahmen zur Verbesserung der aktuellen Situation im Bereich der Verhaltensrisiken

- Suchtprävention um Abhängigkeiten und andere schwerwiegende Schädigungen als Folge von Alkoholkonsum, Rauchen und Drogenkonsum zu verringern
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Allgemeinärzten und Mitarbeitern des Gesundheitswesens, über Probleme in Zusammenhang mit Alkohol und Rauchen
- Motivation der Bürger für eine Verhaltensänderung in Bezug auf alkoholische Getränke und Rauchen
- Veränderung des Gesundheitsbewusstseins, der Einstellung und sozialer Stereotypen hin zur Akzeptanz frei zu entscheiden, keinen Alkohol zu trinken und nicht zu rauchen
- Einführung von Social-Marketing zur Förderung des Nichtrauchens und der Beschränkung von exzessivem Alkoholkonsum
- Beantragung gesetzlicher Normen zur Verbesserung des Nichtraucherschutzes, Förderung des Nichtrauchens und der Beschränkung von exzessivem Alkoholkonsum in der Öffentlichkeit
- Erweiterung des Netzwerks von Beratungseinrichtungen zur Raucherentwöhnung
- Erstellung von Materialien für Eltern, Pädagogen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens zu den Themen Rauchen, exzessivem Alkoholkonsum und Drogen. Intensive Nutzung von Massenmedien und allgemein respektierten Personen (auch Boulevard-Presse und Prominente) zur Aufklärung für ein Leben ohne Zigaretten, Alkohol und Drogen („Nichtrauchen ist in“) (mit Gründen, die für die Zielgruppe akzeptabel sind: Kosten, übler Geruch, gelbe Zähne, Impotenz, Falten, sexuelle Attraktivität)

Angestrebte Verhaltensweisen	Erhöhung der körperlichen Aktivität, gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktivität und ungesunde Ernährung durch Unterstützung der Gesundheitsförderung und eines gesunden Lebensstils
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Öffentlichkeit
Beschreibung der Evaluation	Indikator: Verringerung der Prävalenz von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten
Gesetzlicher Rahmen	Regierungsbeschluss Nr. 634/2014
Gesamtbudget in Euro	NPPZ -
Finanzierungsquellen	• Staatshaushalt NPPZ - zweijährige Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsministerium der Slowakischen Republik und dem WHO-Regionalbüro für Europa 2016-2017
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die Hauptziele des aktualisierten NPPZ bleiben die Langzeitverbesserung des Gesundheitszustands der slowakischen Bevölkerung, die Erhöhung der Lebenserwartung, die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Eliminierung von Folgeerkrankungen. Die sekundären Ziele sind: • Stärkung des Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung und allmähliche Veränderung der Einstellung zur eigenen Gesundheit • verstärkte Beteiligung verschiedener Gesellschaftsgruppen, um das aktualisierte NPPZ zu einer nationalen Initiative zu machen • Schutz und Förderung der Gesundheit; Mobilisierung der Gesellschaft auf allen Ebenen zur Verringerung der Prävalenz von gesundheitlichen Risikofaktoren • Überwachung und Evaluation des Gesundheitsbewusstseins und des Auftretens von lebensstilbedingten Risikofaktoren • Effizientere Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern und Beratungszentren für den Gesundheitsschutz sowie die Gesundheitsförderung in den regionalen Gesundheitsbehörden • Einführung gezielter Gesundheitserziehung / Bildungsmaßnahmen zur Verringerung regionaler Unterschiede im Gesundheitszustand Die Durchführung des NPPZ ist in Verbindung mit anderen nationalen Programmen notwendig, da dies eine integrierte Maßnahme darstellt. Die aktualisierte Maßnahme ist primär auf Gesundheitsdeterminanten, wie die Verringerung vonRisikofaktoren in der Bevölkerung, sowie auf die Interessensausbildung verschiedener Gesellschaftsgruppen ausgerichtet. Außerdem zielt sie auf die Verringerung der Prävalenz von Risikofaktoren, vor allem Adipositas, Rauchen, Bewegungsmangel und Alkoholmissbrauch, und frühzeitigem Tod aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs.

Weitere Informationsquellen	http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/Aktualizacia_Narodneho_programu_podpory_zdravia_2014.pdf

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Ochaba Róbert Public Health Authority of the Slovak Republic robert.ochaba@uvzsr.sk +421-2-49284240

NATIONALER AKTIONSPLAN ZUR PRÄVENTION VON ADIPOSITAS FÜR DIE JAHRE 2015 - 2025

Zusammenfassung	Reduktion der Adipositasprävalenz bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen der Slowakischen Republik durch die Aufklärung von Kindern in Vorschuleinrichtungen und Schulen über eine gute Ernährungsweise und einen gesunden Lebensstil sowie Weiterbildung der Verpflegungsmitarbeitenden dieser Einrichtungen
Dauer	2015-2025
Ziele	Verringerung der Adipositasprävalenz bei Kindern und Erwachsenen
Verwendeter Ansatz	Bildung, Wasser als beste Alternative im Rahmen des Trinkregimes, gesündere Schulmahlzeiten, Regulation der Salzzufuhr, Förderung der aktiven Fortbewegung (zu Fuß gehen und Fahrrad fahren), Entwicklung einer Datenbank zu Adipositas bei Kindern
Geografische Abdeckung	Slowakei
Hauptzielgruppe	Alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 3-18 Jahren aus der Slowakei
Beschreibung der Intervention	Bildung der Kinder in Kitas und Schulen; Weiterbildung der Küchenmitarbeitenden in Schulen; Zubereitung von Mahlzeiten in der Einrichtung nach Rezepten für Kinder mit besonderem Bedarf
Angestrebte Verhaltensweisen	höherer Obst- und Gemüseanteil in der Ernährung; Steigerung der Bewegung; Wasser als bevorzugtes Getränk in Schulen
Bekämpftes Risikoverhalten	Beschränkung von Verpflegungsautomaten für gesüßte Getränke in Schulen; öffentliches Bewusstsein für die Kennzeichnung von Lebensmitteln entwickeln
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kitas und Schulen (Grundschulen, weiterführende Schulen)
Beschreibung der Evaluation	Indikator: Anzahl der Kitas und Schulen, die die Aufgabenstellung des Programms erfüllt haben
Gesetzlicher Rahmen	Regierungsbeschluss Nr. 488/2015
Gesamtbudget in Euro	70.000 EUR/Jahr
Finanzierungsquellen	Zweijährige Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsministerium der Slowakischen Republik und dem WHO-Regionalbüro für Europa 2016-2017- Staatshaushalt
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	
Weitere Informationsquellen	https://rokovania.gov.sk/RVL/Material/12176/1 https://rokovania.gov.sk/RVL/Resolution/8701/1
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Hamade Jana; Public Health Authority of the Slovak Republic jana.hamade@uvzsr.sk +421-2-49284366

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Slowenien

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	18.700 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	82 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	2.064.188	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	14,8	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	5 Jahre (%)		6-9 Jahre (%)		11 Jahre (%)		Datenquelle:
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht	13,2	18,2	6J: 16,5 7J: 21,1 8J: 26,5 9J: 25,7	6J: 18,3 7J: 21,2 8J: 26,6 9J: 29,1	22	16	5 Jahre: K. Sedej et al.: Gesunkene Hypercholesterinämieprävalenz und Stabilisierung des Übergewichts 5-jähriger Kinder: positive Trend evt. auf Gesundheitspolitik zurückzuführen. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24225029 6-9 Jahre: COSI Daten für Slowenien 2009/2010. IOTF-Cut-Off-Werte. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099430 11 Jahre: HBSC- Studie: Ungleich aufgewachsen. Selbstauskunft in 2014; Verwendung von WHO-Cut-Off-Werten.
Adipositas	4,3	6,2					

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Sport
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Kindertageseinrichtung: 1-5 Jahre, Grundschule: 9 Klassen Obligatorisch: 6-14/15 Jahre

Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**Weiterführende Schule: 15-18/19 Jahre**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**Weniger als 5 %**
Weitere Informationen	**Gemäß Schulgesetz**
*Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016	**Ernährungserziehung ist Teil des Pflichtlehrplans in Kindertageseinrichtungen und Grundschulen, in weiterführenden Schule sind Ernährungsthemen in den naturwissenschaftlichen Fächern enthalten (nur in technischen Schulen spezieller behandelt, sofern relevant).** **Bewegung ist obligatorisch, mind. 2 Stunden pro Woche in Grund- und weiterführenden Schulen, bis zu 4 Stunden pro Woche in Grundschulen, je nach Klasse.**

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	JA	JA	(JA) Nur teilweise
Mittagessenangebot	JA	JA	JA
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	JA	JA	JA
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	NEIN	NEIN	(JA) Nur in manchen Schulen
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	NEIN	NEIN	NEIN
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	JA	JA	JA
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	JA	JA	JA
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	JA	JA	JA
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:	Sozioökonomisch gefährdete Gruppen		
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	JA	JA	JA
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	NEIN	NEIN	NEIN

Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN** **2010 und 2016**	**NEIN**	**NEIN**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA** **Regelmäßige NIPH-Berichte**	**JA** **Regelmäßige NIPH-Berichte**	**JA** **Regelmäßige NIPH-Berichte**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Zusatzinformationen:
Verpflegungsautomaten: sind gesetzlich verboten (Schulverpflegungsgesetz).
Verbindliche Standards für die Verpflegung: Richtlinien des Gesundheitsministeriums, 2005 (in Überarbeitung), zusammen mit unterstützenden Richtlinien des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Sport, 2010.
Externe Stakeholder: Wie in der Richtlinie oben definiert.
Marketing: ist nicht offiziell reguliert. Es gilt als Norm, die von der Mehrheit der Schulleitungen respektiert wird, dass kommerzielle Werbung in der Umgebung von Schulen nicht erlaubt ist.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre	
Mädchen	**17,6**	**13,4**	**7,2**	**Empfohlenes Aktivitätsniveau: 1 Stunde pro Tag an 7 Tagen pro Woche** http/www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/hbsc_2015_e_verzija30_06_2015.pdf
Jungen	**27,4**	**24,7**	**21,4**	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	JA	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	In Kindertageseinrichtungen gibt es keinen offiziellen Sportunterricht, aber jeden Tag Bewegung.		
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	JA	JA
Weitere Informationen:	Im SLOFIT-System wird die gesamte Generation auf jährlicher Basis einbezogen, elektronische Daten sind seit 1987 verfügbar. http://www.fakultetazasport.si/en/		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

GESUND ESSEN, KONSTANT BEWEGEN

Zusammenfassung	Das Projekt zielte durch verschiedenen Fortbildungsmaßnahmen für Kinder, ihre Eltern und das Kitapersonal auf einen verbesserten Lebensstil von Vorschulkindern in Bezug auf Ernährung und Bewegung.
Dauer	2013-2014
Ziele	• Vertiefung der Kenntnisse über gesunde Ernährung (Bedeutung von Regionalität, der lokalen Selbstversorgung und ökologischen Produkten; geeignete Auswahl und Verwendung von Lebensmitteln) sowie gesundheitsfördernde Bewegung (Wissen über Motorik, motorische Entwicklung, motorische Fähigkeiten und Kompetenzen, Energieregulation und Trainieren von Kindern und Erwachsenen) • Mehr regionale Veranstaltungen in denen das Bewusstsein für gesunde Lebensgewohnheiten bei Kindern, ihren Eltern und bei den Fachkräften in Bildungseinrichtungen in Bezug auf gesunde Ernährung und Bewegung gestärkt wird. • Beeinflussung zu einer positiven Lebensstilveränderung.
Verwendeter Ansatz	Bildung
Geografische Abdeckung	Region Novo mesto
Hauptzielgruppe	4- bis 6-jährige Kinder, ihre Eltern und pädagogische Fachkräfte (Kindertageseinrichtung Šentjernej und Metlika) VORSCHULKINDER: 125 Kinder (indirekt), indirekt alle Kinder der Kitas; ELTERN DER KINDER: 250 Eltern (indirekt); direkt alle Eltern mit Kindern in diesen beiden Kitas; In Šentjernej auch Eltern von Schulkindern; KITAPERSONAL: 100 Fachkräfte

Beschreibung der Intervention	Dauer: Sept. 2013 - Nov. 2014 Instrumente: verschiedene Bildungsmaterialien für die Zielgruppen Methoden: Unterricht und andere Aktivitäten für die Zielgruppen Durch den positiven Betrag des Projekts für alle Zielgruppen, stellten die Projektpartner zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung. Auf Basis der Kenntnisse, Bildungsmaterialien und Experimente des Pilotprojekts bei Kitafachpersonal in Dolenjska und Bela Krajina, wurde eine Fortbildung für Erziehungskräfte erarbeitet. Die Materialien für die Ausweitung der Maßnahme waren vorbereitet, sodass es direkt begonnen werden konnte. Externe Experten und interne Kitafachkräfte arbeiteten mit den Anwendern zusammen. Die Kinder waren jeden Tag direkt oder indirekt mindestens eine Stunde, manchmal sogar bis mittags, an den Projektmaßnahmen beteiligt (Workshops, Autofahrten, Besuche bei lokalen Produzenten). Die pädagogischen Mitarbeitenden der Kita waren in gleicher Weise beteiligt wie die Kinder. Die Eltern und sonstige Fachkräfte der Erziehungseinrichtungen wurden ca. einmal im Monat, manchmal auch öfter, in die Maßnahme einbezogen (Zusammenarbeit bei der Umsetzung zu Hause, Teilnahme an Vorträgen und Workshops für die Eltern). Die Resonanz der Eltern hing von der jeweiligen Maßnahme ab. Zusätzlich wurden auch Eltern von nicht an der Maßnahme beteiligten Kinder zu Vorträgen eingeladen. In Šentjernej wurden auch Eltern von Schulkindern eingeschlossen.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde (ausgewogene) Ernährung und Bewegungsförderung
Bekämpftes Risikoverhalten	Frühstück auslassen, Portionsgröße, Marketing für Kinder und in Kindertageseinrichtungen, Süßigkeiten für Kinder, Erstellung von Speiseplänen für Vorschulkinder
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen
Beschreibung der Evaluation	Fragebogen für die Zielgruppe am Beginn und am Ende des Projekts
Gesetzlicher Rahmen	Nationale Politik für Ernährung und Bewegungsförderung
Gesamtbudget in Euro	13.000 EUR
Finanzierungsquellen	Öffentlich 70 % Gesundheitsministerium 30 % Nationales Institut für Öffentliche Gesundheit
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Ergebnisse der Evaluationsfragebögen: Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen bei der Zielgruppe (Vorschulkinder) sollten gefördert werden. Die Evaluation des Programms wurde nach Zielgruppen geplant und somit getrennt für Kinder und Erwachsene durchgeführt. Die Evaluation bei den Kindern erfolgte durch eine professionelle Beobachtung durch die Betreuungskräfte und deren Assistenten,

	direkt nach den durchgeführten Maßnahmen. Sie beobachteten die erworbenen Kenntnisse, veränderten Einstellungen und Werte der Kinder sowie ihr verändertes Verhalten im Bereich Ernährung und Bewegung. Die pädagogischen Mitarbeitenden gaben die gesammelten Informationen einmal pro Monat an das Nationale Institut für Öffentliche Gesundheit (NIJZ) weiter. Die Evaluations-ergebnisse der Maßnahme wurden nach Ende des Programms bei der abschließenden Projektveranstaltung veröffentlicht. Die Abschlussveranstaltung zeigte, dass sich während der Maßnahme die komplette Kindertageseinrichtung mit dem Bereich Ernährung und Bewegung befasste. Die Eltern wurde mit einem Fragebogen zum Lebensstil und den Kenntnissen über gesunde Ernährung und Bewegung vor Projektbeginn (September 2013) und nach Ende aller Maßnahmen (Juni 2014) befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Fortbildung der pädagogischen Mitarbeitenden alle Ziele erreicht und sogar manche Zielsetzungen übertroffen wurden. Das Pilotprojekt wurde in zwei Kindertageseinrichtungen getestet. Um regionalen Ungleichheiten entgegen zu wirken, wurden die Fortbildungen für die pädagogischen Mitarbeitenden in alle Bildungseinrichtungen der Region durchgeführt Die Maßnahme stieß auf große Akzeptanz und alle Zielsetzungen der Projektleitung wurden erreicht. Durch die Fortbildung der pädagogischen Mitarbeitenden in der gesamten Region, wurde außerdem das Wissen und die Erfahrungen an mögliche Anwender anderer Bildungseinrichtungen weitergegeben. Die Evaluation des Pilotprojekts hat gezeigt, dass die Maßnahme für die Ausweitung auf nationaler Ebene und alle Bildungseinrichtungen geeignet ist.
Weitere Informationsquellen	Politische Regelungen auf der Website des Gesundheitsministeriums http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/javno_zdravje/resolucija/

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Tea Kordiš National Institute for Public Health Tea.kordis@nijz.si +386 7 393 41 95

ZUSAMMEN FÜR EINE BESSERE GESUNDHEIT VON KINDERN UND ERWACHSENEN ('SKUPAJ ZA BOLJŠE ZDRAVJE OTROK IN ODRASLIH')

Zusammenfassung	Das Projekt diente der Verbesserung der Kenntnisse und des Bewusstseins von Grundschulkindern, ihren Eltern und Lehrer über einen gesunden Lebensstil sowie inbesondere über eine gesunde Ernährung. Dies wurde durch Workshops und die gezielte Verteilung von Bildungsmaterialien und Informationen an die Zielgruppe verfolgt.
Dauer	2011-2015
Ziele	Vertiefung des Wissens und des Bewusstseins in Bezug auf einen gesunden Lebensstil
Verwendeter Ansatz	Bewusstseinsbildung, Information, Verwendung moderner Kommunikationsmittel (E-Mails)
Geografische Abdeckung	Slowenien und Kroatien/Gespanschaft Međimurje
Hauptzielgruppe	Eltern und Lehrkräfte von Grundschulkindern, Kinder der 6. Klasse (11 Jahre)
Beschreibung der Intervention	Das Projekt wurde auf 6 Jahre ausgelegt. Da Grundschulen der Hauptausführungsort waren, wurde ein sektorübergreifender Ansatz verwendet. Als Methode wurde die Information und Bewusstseinsbildung von Eltern und Lehrkräften, bezüglich eines gesunden Lebensstils und besonders einer gesunden Ernährung, eingesetzt. Die Bildungsmaterialien und Informationen wurden hauptsächlich durch E-Mails bereitgestellt. Zu Beginn wurden Workshops für Schulkinder der 6. Klasse und ihre Lehrkräfte durchgeführt. Über 16 Wochen wurde wöchentlich eine Einheit des Bildungsmaterials an Eltern und Lehrkräfte gesendet.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Bewegungsförderung, Nichtrauchen
Bekämpftes Risikoverhalten	Ungesunder Lebensstil mit Fokus auf der Ernährung
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschulen
Beschreibung der Evaluation	In Piloteinrichtungen wurde ein internationaler Fragebogen in einer Fall-Kontroll-Studie angewendet. Die Evaluation fanden vor und 6 Monate nach der Maßnahme statt. In Nachuntersuchungen wurden die Zufriedenheit der Anwender und die Nützlichkeit der bereitgestellten Informationen evaluiert.
Gesetzlicher Rahmen	Nationale Ernährungspolitik
Gesamtbudget in Euro	Schätzungsweise ca. 27.000 EUR für 5 Jahre
Finanzierungsquellen	Öffentlich

Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	
Weitere Informationsquellen	http://www.nijz.si/sl/preventivni-zdravstveni-programi-za-otroke-in-mladostnike

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Branislava Belović Former Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota (current NIJZ - RU Murska Sobota) samo.belavic@nijz.si +386 1 2441 494

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Spanien

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	23.300 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	91 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	46.438.422	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	15,2	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS

	2-5 Jahre (%)		6-9 Jahre (%)		11 Jahre (%)	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Übergewicht	12,85	13,04	22,4	23,9	22,9	17
Adipositas	21,82	24,65	20,4	15,8		

Datenquelle:
2-5 Jahre: National Health Survey 2011/2012
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/3_Prevalencia_sobrepeso_menores.pdf
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/4_Prevalencia_obesidad_menores.pdf
6-9 Jahre: ALADINO Study 2015, N. Pérez-Farinos et al.: WHO COSI: Spain 2015- Country Poster (Verwendung der WHO-Wachstumsreferenzkurven)
11 Jahre: Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS

Zuständige Institution	**Zentralregierung: Ministerium für Bildung, Kultur und Sport sowie die Behörden der Autonomen Gemeinschaften: Bildungsbehörden.** **In der spanischen Verfassung von 1978 wurde das Modell eines dezentralisierten Staates festgelegt, in dem die Zuständigkeiten im Bildungsbereich zwischen allen Regierungsebenen aufgeteilt sind. Das Modell ist gleichmäßig aufgebaut, sodass die Zuständigkeiten im Bildungsbereich grundsätzlich in jeder Autonomen Gemeinschaft gleich sind.** *https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Spain:Organisation_and_Governance*

Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	**Vorschulerziehung: In zwei Zyklen organisiert: Der erste dauert bis zum Alter von 3 Jahren, der zweite von 3-6 Jahren** **Primarstufe: 6-12 Jahre** **Obligatorische Sekundarstufe I (ESO): 12-16 Jahre** **Bachillerato: 16-18 Jahre** **Berufsausbildung (FP): ab 16 Jahre**
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	**16 Jahre**
Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**Öffentliche Kindertageseinrichtungen: 14.641** **Private Kindertageseinrichtungen: 7.879** **Öffentliche Schulen (Vorschulerziehung, zweiter Zyklus, Primarstufe und obligatorische Sekundarstufe I): 14.530** **Privatschulen (Vorschulerziehung, zweiter Zyklus, Primarstufe und obligatorische Sekundarstufe I): 6.677**
Weitere Informationen	**Vorschulerziehungskräfte müssen über Grundwissen zur Kinderernährung und Hygiene verfügen.**
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**K. A.**	**JA**	**JA**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**K. A.**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**K. A.**	**JA**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:			

Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**NEIN**	**NEIN**	**NEIN**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.
Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014

Zusatzinformationen:
Lebensmittelstandards: Es gibt freiwillige Lebensmittelstandards: KONSENSUSDOKUMENT ZU LEBENSMITTELN IN ERZIEHUNGSEINRICHTUNGEN. Dieses Konsensusdokument hat das Ziel, Empfehlungen gesunder Alternativen für Verpflegungsautomaten, Kantinen und Kiosken in Bildungseinrichtungen zu entwickeln. Dazu wurden Ernährungsempfehlungen, unter berücksichtigung der täglichen Nährstoffzufuhr, für Schulmahlzeiten und Informationsangebote für Familien mit speziellem Bedarf entwickelt. Zusätlich wurden Kriterien für die Bereitstellung einer gesunden Alternative in den Verpflegungsautomaten, Kantinen und Kiosken festgelegt.
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/Consensus_document.pdf

Da jedoch die autonomen Gemeinschaften für die Anwendung dieser Kriterien verantwortlich sind, haben einige dieser Gemeinschaften verbindliche Kriterien entwickelt, zum Beispiel Murcia:
https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=19859&IDTIPO=100&RASTRO=c1596$m

Externe Stakeholder: Artikel 40.7 des Gesetzes 17/2011 vom 5. Juli zur Lebensmittelsicherheit und Ernährung. Dokument: Kriterien zu Kampagnen zur Förderung des Verkaufs von Lebensmitteln und der Bewegung in Kindertageseinrichtungen und Schulen, mit dem Ziel, gesunde Ernährungsgewohnheiten und Bewegung zu begünstigen und Adipositas vorzubeugen:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/English_DOCCRITERIO.pdf

Subventionierung für Mahlzeiten: Die ersten drei Jahre Vorschulerziehung (0-3 Jahre) sind nicht kostenlos, aber das Bildungsgesetz von 2006 hat eine allmähliche Erhöhung der Anzahl der öffentlich finanzierten Vorschulplätze in Zusammenarbeit mit den regionalen Bildungsbehörden bewirkt. Die öffentlichen Stellen, die die Einrichtungen betreiben, in den meisten Fällen die Gemeinden, legen die Gebühren selbst fest. Die Bildungsbehörden können die maximalen Gebühren unter Einbezug des Haushaltseinkommens, längere Betreuungszeiten, Nutzung des Verpflegungsangebots und weitere Aspekte, wie zum Beispiel mehrere Geschwister in derselben Einrichtung, regulieren. Der zweite Zyklus der Vorschulerziehung steht durch das Bildungsgesetzt kostenlos zur Verfügung und wird zu annähernd 100 % in der spanischen Bevölkerung angenommen. Die Grundbildung, die aus Primarstufe und obligatorischer Sekundarstufe I besteht, wird in den öffentlichen Schulen ebenfalls kostenlos angeboten. Hierbei übernehmen die Familien nur die Kosten für

Schulmaterialien, Lehrbücher und Zusatzdienstleistungen, wie zum Beispiel Mahlzeiten oder Transport. Um für diese Kosten auf kommen zu können, gibt es auch dafür Zuschüsse. Das Ministerium für Bildung, Kultur und Sport bietet Familien von Schülerinnen und Schülern mit besonderem Bildungsbedarf jährliche direkte finanzielle Unterstützung.
In Spanien existieren zwei Arten der Unterstützung um ein Studienprogramm zu beginnen oder fortzusetzen:
• Finanzielle Unterstützung auf Basis des sozioökonomischen Status der Antragsteller. Dieses Konzept beinhaltet keine individuelle Hilfe zur Deckung von Kosten für Zusatzdienstleisungen (Transport, Mahlzeiten und Unterkunft). Wenn Schüler in ihre Grundausbildung in einer anderen Stadt als ihrem Wohnort zur Schule gehen müssen, müssen die Bildungsbehörden gesetzlich festgelegt für die Zusatzdienstleistungen aufkommen.
• Zuschüsse, die die Antragssteller aufgrund ihres sozioökonomischen Status und ihrer schulischen Leistung erhalten.
Die Autonomen Gemeinschaften finanzieren bestimmte Zusatzdienstleistungen, wie zum Beispiel Mahlzeiten, Transport, Wohnung und Verpflegung.
https://webgate.ec.europa.eu/fpfis/mwikis/eurydice/index.php/Spain:Early_Childhood_and_School_Education_Funding

SoS:
Die verschiedenen nationalen, regionalen und lokalen Behörden bieten unterschiedliche Arten von finanzieller Unterstützung für die Familien der Schülerinnen und Schüler an. Die staatliche Verwaltung gewährt entweder eine direkte finanzielle Unterstützung oder Steuererleichterungen. Die direkte finanzielle Unterstützung bezieht sich nicht direkt auf die Bildung, sondern ist allgemein. Sie wird von der Sozialversicherung gezahlt.

Marketing in Schulen:
Kriterien zur Autorisierung von Kampagnen zur Verkaufsförderung von Lebensmitteln, Ernährungsbildung oder Sport bzw. Bewegungsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen, mit dem Ziel, gesunde Ernährungsgewohnheiten und Bewegung zu fördern und Adipositas vorzubeugen:
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/English_DOCCRITERIO.pdf

Artikel 40.7 des Gesetzes 17/2011 vom 5. Juli 2011 zur Lebensmittelsicherheit und Ernährung besagt: Kindertageseinrichtungen und Schulen sind geschützte werbefreie Zonen. Kampagnen zur Förderung einer bestimmten Ernährung, Ernährungsbildung oder zur Förderung von Sport bzw. Bewegung in Schulen sowie das Sponsoring von Mannschaften und Sportveranstaltungen in der schulischen Umgebung müssen zuvor von den zuständigen Bildungsbehörden genehmigt werden. Diese Kampagnen müssen mit den von den Gesundheitsbehörden aufgestellten Kriterien übereinstimmen und das Ziel haben, gesunde körperliche Betätigung und Ernährungsgewohnheiten zu begünstigen und Adipositas vorzubeugen.

Befragung zu den Ernährungsgewohnheiten: Die ALADINO-Studie (zu Lebensmitteln, Bewegung, kindlicher Entwicklung und Adipositas) ist Teil der Strategie für Ernährung, Bewegung und Prävention von Adipositas (NAOS-Strategie), die wiederum ein Teil der Initiative für die Überwachung der Adipositas im Kindesalter (Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI) des WHO-Regionalbüros für Europa ist. Sie sammelt Informationen zur Ernährung, Bewegung und zum Lebensstil von Kindern im Alter von 6-9 Jahren.
http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/vigilancia_obesidad_infantil.shtml

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN		
Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen		
	11-17 Jahre	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015 In den WHO GHO 2010 zeigen die Schätzungen für die spanischen Jugendlichen (definiert als 11-17 Jahre alt in Bezug auf die WHO-Daten) etwas geringere Zahlen für die Jugendlichen, die das empfohlene Aktivitätsniveau erreichen (22,8 %; 30,3 % für Jungen und 15,7 % für Mädchen) als die des 2013/2014-Durchgangs der HBSC-Studie.
Mädchen	17,3	
Jungen	31,7	

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN			
	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	NEIN	JA	JA
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	K. A.	2 Stunden	2 Stunden
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	NEIN	NEIN	NEIN
Weitere Informationen:	In Spanien gibt es keine spezielle nationale Studie zur Überwachung oder Beobachtung der Bewegung von Kindern. Wie auch bei den Daten für Erwachsene verwendet Spanien die internationalen, in den globalen WHO-Empfehlungen zur gesundheitsfördernden körperlichen Aktivität (WHO Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010) angegebenen Cut-Off-Werte für Kinder, die das empfohlene Aktivitätsniveau erreichen. Die ALADINO-Studie sammelt Informationen zur Ernährung, Bewegung und zum Lebensstil von Kindern im Alter von 6-9 Jahren.		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

MOVI-Programm

Dauer	2003-2012
Ziele	**Hauptziel** • Beurteilung der Effektivität einer Strategie zur Bewegungsförderung in einer Schulumgebung und zur Verringerung kardiovaskulärer Risikofaktoren (CVRF) sowie der Prävalenz von Kinderübergewicht/Adipositas **Nebenziele** • Beurteilung der Effektivität von MOVI-2 zur Verbesserung der Fitness, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der Schlafqualität und der Freude an Bewegung bei Schulkindern • Evaluation einer Kosten-Nutzen-Analyse dieser Maßnahme, zur Bewegungsförderung in der Freizeit • Schätzung des Energieverbrauchs beim Spielen auf dem Spielplatz während einer MOVI-2-Veranstaltung (durch Messung des Sauerstoffverbrauchs mit einem tragbaren Gasanalysegerät) • Evaluation der Zufriedenheit der Kinder mit der MOVI-2-Maßnahme mittels eines qualitativen Studiendesigns mit Fokusgruppen
Verwendeter Ansatz	Strukturierte körperliche Aktivität außerhalb der Schule. Eine nichtwettbewerbsmäßige Maßnahme zu mehr Bewegung, die an den Entwicklungsgrad der Kinder angepasst auf Spielen basiert, und der Erholung dient.
Geografische Abdeckung	Cuenca, Spanien
Hauptzielgruppe	Grundschulkinder der 4. und 5. Klasse (9-10 Jahre)
Beschreibung der Intervention	Cluster-randomisierte Feldstudie mit allen Grundschulkindern der 4. und 5. Klasse aus 20 Schulen aus verschiedenen Städten der Provinz Cuenca, Spanien. Zehn Schulen wurden randomisiert der MOVI-2-Intervention zugeteilt, zehn weitere der Kontrollgruppe, die ihren normalen Bewegungsgewohnheiten nachging. Die Interventionsgruppe nahm zweimal pro Woche an einer 90-minütigen Veranstaltung außerhalb der Schulzeit teil. Zu dem fand eine weitere 150-minütigen Veranstaltung an einem Samstagvormittag statt. Diese Veranstaltungen zur Bewegungsförderung bestanden aus: Sport in Form von Basketball, Handball, Volleyball, Hockey, Baseball, beliebten Spielen sowie Aktivitäten außer Haus (Gymkhana, Schatzsuche etc.) und Spielen mit Musik (Tänze). Es wurden in jeder Schule insgesamt 80 Veranstaltungen pro Schuljahr durchgeführt.

Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung im Zusammenhang mit der Gesundheit (aerobe Kapazität, Muskelkraft, Schnelligkeit/Agilität und Beweglichkeit).
Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktive Lebensweise durch Förderung der Fitness, Schlafqualität und Freude an körperlicher Aktivität bei Schulkindern
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschulkinder der 4. und 5. Klasse
Beschreibung der Evaluation	Zur Evaluation der Effektivität von MOVI-2 wurden in beiden Gruppen zu Beginn und am Ende der Maßnahme folgende **Hauptvariablen gemessen:** Gewicht, Größe, BMI, Taillenumfang, Trizepshautfaltendicke, Körperfettanteil, systolischer und diastolischer Blutdruck, Lipidprofil (Gesamtcholesterol, Triglyceride, HDL- und LDL-Cholesterol, ApoA1, ApoB), Insulinresistenz, C-reaktives Protein. **Sekundärvariablen:** Niveau und Art der Bewegung, körperliche Fitness, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Schlafqualität, Schulleistungen, Freude an Bewegung, körperliches Selbstverständnis Weitere Evaluationskriterien: - Energieverbrauch bei den MOVI-2-Spielen - Erfahrungen, Meinungen und Einstellungen bezüglich MOVI-2 mit der qualitativen Untersuchungsmethodik - Kosten-Nutzen-Analyse der MOVI-2-Intervention
Gesetzlicher Rahmen	K. A.
Gesamtbudget in Euro	Die Kosten der Maßnahme betragen insgesamt 125.469,75 EUR, entsprechen 269,83 EUR/Jahr/Kind. Gesamtzahl an der Maßnahme beteiligter Kinder = 465
Finanzierungsquellen	Die Studie wurde von Forschungsgeldern des Gesundheits-regionalrats der Region Kastilien-La Mancha finanziert.
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Wissenschaftliche Veröffentlichungen: http://www3.uclm.es/proyectosCESS/movi2/public/publications (auf Englisch)
Weitere Informationsquellen	Internet: http://www3.uclm.es/proyectosCESS/movi2/public (auf Englisch) http://www.movidavida.org/

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Vicente Martínez Vizcaino Social and Health Care Research Centre. University of Castilla-La Mancha. Dr. D. Vicente Martínez Vizcaíno. Centro de Estudios Sociosanitarios. Universidad Castilla - La Mancha. C/ Santa Teresa Jornet, s/n 16071 Cuenca Vicente.Martinez@uclm.es +34969179100 (4683).

GANZHEITLICHES GESUNDHEITSPROGRAMM ('SI!' - PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL)

Dauer	Fortlaufend seit 2011
Ziele	Förderung der kardiovaskulären Gesundheit mit dem Ziel der Vermittlung wie geeignete Lebensgewohnheiten lebenslang aufrecht erhalten werden können.
Verwendeter Ansatz	Ganzheitlicher Ansatz, der auf die Ernährung, Bewegungsförderung, Emotionsmanagement und das Verständnis, wie Körper und Herz funktionieren, gerichtet ist
Geografische Abdeckung	Madrid, Katalonien und Galicien (Spanien)
Hauptzielgruppe	Ungefähr 24.000 Kinder im Alter von 3-16 Jahren
Beschreibung der Intervention	Das SI!-Programm (Ganzheitliche Gesundheit) ist ein schulbasiertes Interventionsprogramm, das zur Förderung der kardiovaskulären Gesundheit vom Vorschulalter bis zur weiterführenden Schule entwickelt wurde. Es besteht aus vier direkt zusammenhängenden Bereichen: Ernährung, Bewegung, Emotionsmanagement und Verständnis, wie Körper und Herz funktionieren. Die Maßnahme setzt sich aus vielen unterschiedlichen Aktionen zusammen. (Einzelheiten siehe unter http://programasi.org/en/)
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung, Bewegung, Vermeidung einer inaktiver Lebensweise, Emotionsmanagement und Verständnis, wie Körper und Herz funktionieren
Bekämpftes Risikoverhalten	Vermeidung einer inaktiven Lebensweise durch Förderung eines gesunden Lebensstils und der kardiovaskulären Gesundheit
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Vorschule, Grundschule, weiterführende Schulen
Beschreibung der Evaluation	Das Studiendesign ist darauf ausgelegt, die Wirkung der Maßnahme auf verschiedenen Bildungsebenen zu beurteilen sowie die Veränderungen der Kenntnisse, Einstellungen und der gesunden Lebensgewohnheiten bei Vorschulkindern zu erfassen. **Wissenschaftliche Studie zum SI!-Programm (3- bis 5-Jährige):** Etwa 15 Wissenschaftler der SHE-Stiftung, des CNIC und des Mount Sinai Hospital untersuchten in den Schuljahren 2011/2012 und 2013/2014 mit einer randomisierten Studie an 24 öffentlichen Schulen in Madrid (2.000 Kinder) die Effektivität des SI!-Programms bei Vorschulkindern . Die Hälfte der Schulen wurde der Interventionsgruppe zugeordnet, in der die Kinder 70 Stunden pro Schuljahr mit Aktivitäten im Rahmen der Programmbestandteile verbrachten. Die Kinder in der Kontrollgruppe folgten ihrem normalen Lehrplan.

	Journal of the American College of Cardiology - The SI! Programme for Cardiovascular Health Promotion in Early Childhood: http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=2445328 **Evaluationsstudie zum SI!-Programm (6- bis 11-Jährige):** SI! soll Verhaltensänderungen bei den teilnehmenden Kindern bewirken, um kardiovaskuläre Parameter positiv zu beeinflussen. Dieses Vorhaben wird durch die Familien, Lehrkräfte und die Schulumgebung verstärkt. Die SHE-Stiftung (Foundation for Science, Health and Education) setzt die Entwicklung des SI!- Programms auf der Ebene von Grundschulen und weiterführenden Schulen fort. Damit wird das Ziel verfolgt die Maßnahme wissenschaftlich zu validieren, auszuweiten und es auf allen Stufen des Bildungssystems anzuwenden, was zweifelsfrei eine signifikante Auswirkung auf die Förderung der kardiovaskulären Gesundheit hätte. Das Programm wurde nun auf 148 Schulen in Madrid, Katalonien und Galicien ausgedehnt und umfasst ca. 24.000 Kinder.
Gesetzlicher Rahmen	K. A.
Gesamtbudget in Euro	K. A.
Finanzierungsquellen	Privat
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Die abschließenden Ergebnisse zeigen, dass die Durchführung des SI!-Programms für die Kindergesundheit signifikante Unterschiede bezüglich des Wissens, den Einstellungen und den Gewohnheiten der Kinder aus den drei Jahrgängen (3-, 4- und 5-Jährige) bewirkt hat. Die allgemeinen Verbesserungen waren zum großen Teil auf die gesteigerte Bewegung zurückzuführen. Obwohl die Wirkung in Bezug auf die Kenntnisse im ersten Jahr am größten ist, findet die Übertragung in Verhaltensänderungen, vor allem bezüglich Ernährung und Bewegung, erst nach 3 Jahren Intervention statt. Es zeigte sich, dass die 3 jährige Maßnahme nicht nur eine wirksame und praktische Strategie ist, um Vorschulkindern gesundheitsfördernde Gewohnheiten anzuerziehen, sondern auch Auswirkungen auf Adipositasmarker hat, die direkt mit der kardiovaskulären Gesundheit zusammenhängen (wie Taillenumfang oder Körperfettanteil).
Weitere Informationsquellen	http://www.programasi.org/es/ (auf Spanisch) http://www.programasi.org/en/ (auf Englisch) http://www.fundacionshe.org/integral-health/the-si-programme-scientifically-confirms-the-importance-of-instilling-healthy-lifestyle-behaviours-in-pre-school-years/ (auf Spanisch)

	http://www.fundacionshe.org/integral-health/the-si-programme-scientifically-confirms-the-importance-of-instilling-healthy-lifestyle-behaviours-in-pre-school-years/ (auf Englisch)
Sonstige Anmerkungen	*JACC - The SI! Programme for Cardiovascular Health Promotion in Early Childhood* http://conten6t.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=2445328#tab1 (Zusammenfassung auf Englisch) *Podcast - Dr. Fuster spricht über die Forschung:* https://secureec.libsyn.com/p/a/d/b/adb01b0656186ed8/JACC6614_fustersummary_01.mp3?d13a76d516d9dec20c3d276ce028ed5089ab1ce3dae902ea1d06ce8532d2ca5dc7db&c_id=9915103
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Dr. Valentín Fuster SHE Foundation, in Zusammenarbeit mit dem National Centre for Cardiovascular Research in Spain and Mount Sinai Hospital rmartinez@fundacionshe.org

LANDESSPEZIFISCHER KONTEXT

Ungarn

DEMOGRAFISCHE DATEN		Datenquelle: Eurostat
BIP pro Kopf zu Marktpreisen (2015)	11.100 EUR	
BIP pro Kopf in KKS, Index (EU28 = 100 %)	68 %	
Geschätzte Gesamtbevölkerung am 1. Januar 2016	9.830.485	
Kinder von 0 bis 14 Jahren (% der Bevölkerung im Jahr 2015)	14,5	

PRÄVALENZ VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS							
	3-6 Jahre (%)		7 Jahre* (%)		13 Jahre** (%)		Datenquelle: *COSI 2016 (basierend auf IOTF-Kriterien) ** Ungleich aufgewachsen. HBSC- Studie: internationaler Bericht zur Erhebung 2013/2014.
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Übergewicht	-	-	12,6	13,6	28	16	
Adipositas	-	-	8,9	10,1			

STRUKTUR DES NATIONALEN BILDUNGSWESENS	
Zuständige Institution	Ministerium für Humanressourcen
Voruniversitäre Bildungsstufen und entsprechende Altersgruppen	Primarstufe und Sekundarstufe I (ISCED 1, 2) sind als einheitliches System in 8-jährigen Grundschulen organisiert (normalerweise für Schüler von 6-14 Jahren, mit den Klassen 1-8). Die Sekundarstufe II (ISCED 3, normalerweise für Schüler von 14-18 Jahren, üblicherweise Klassen 9-12) wird von allgemeinen weiterführenden Schulen, berufsbildenden weiterführenden Schulen oder Berufsschulen abgedeckt. Die allgemeinen weiterführenden Schulen können jedoch auch längere Bildungsgänge anbieten, die früher beginnen (ab Klasse 5 oder 7).
Schulpflicht (obere Altersgrenze)	Schulpflicht besteht zwischen 5 und 18 Jahren, die obere Altersgrenze wird gerade auf 16 Jahre herabgesetzt.

Anteil der öffentlichen und privaten Kitas und Schulen	**Kindertageseinrichtungen: öffentlich 83 %, privat 17 % (Kirchen, Glaubensgemeinschaften, Stiftungen, natürliche Personen, sonstige) (allgemeine) Grundschulen: öffentlich 81 %, privat 19 % (Kirchen, Glaubensgemeinschaften, Stiftungen, natürliche Personen, sonstige)**
	Datenquelle: EC - Eurydice - Description of National Education EC - Systems, Education and Training Monitor 2015, 2016 Statistical Yearbook of Education, Hungary, 2013/2014

ERNÄHRUNGSUMGEBUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Frühstücksangebot	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Mittagessenangebot	**JA**	**JA**	**JA**
Wasser ist auch außerhalb der Toiletten kostenlos erhältlich.	**JA**	**NEIN**	**NEIN**
Es gibt einen Kiosk oder Bistro.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Verpflegungsautomaten sind vorhanden.	**NEIN**	**K. A.**	**K. A.**
Es gibt verbindliche Standards für das Verpflegungsangebot.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Anwesenheit von externen Stakeholdern* ist reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert.	**JA**	**JA**	**JA**
Die Mahlzeiten werden subventioniert für:			
Der sozioökonomische Status (SoS) wird berücksichtigt.	**JA**	**JA**	**JA**
Marketing wird auf irgendeine Weise reguliert.	**JA**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Befragungen zu den Ernährungsgewohnheiten finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Regelmäßige Erhebungen zur Ernährungsumgebung in der Schule finden statt.	**JA**	**JA**	**JA**

*Der Begriff „externe Stakeholder“ umfasst die Vertreter der Lebensmittelindustrie, externe Ernährungswissenschaftler oder andere Beteiligte, die nicht zum Schulpersonal gehören.

Datenquellen:
School Food Policy Country Factsheets, EC, 2015
Mapping of National School Food Policies across the EU28 plus Norway and Switzerland—SNIPE, 2014
National Survey of School and Kindergarten Catering, 2013

KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI KINDERN

Kinder und Jugendliche (%), die die Bewegungsempfehlungen der WHO erfüllen

	7-9 Jahre	10-13 Jahre	14-18 Jahre
Mädchen	**25**	**13,5**	**10,7**
Jungen	**34,6**	**25,7**	**24,4**

Datenquelle:
Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015

BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN KITAS UND SCHULEN

	Kita	Grundschule	Weiterführende Schule
Strukturierte Bewegungsprogramme sind verbindlich.	**JA**	**JA**	**JA**
Falls ja, wie viele Stunden pro Woche?	**JEDEN TAG**	**JEDEN TAG**	**JEDEN TAG**
Regelmäßige Erhebungen der körperlichen Fitness finden statt.	**NEIN**	**JA**	**JA**
Weitere Informationen:	Das NETFIT-System dient national zur Ermittlung der körperlichen Fitness.		
	Datenquelle: Country Factsheets on Health-enhancing Physical Activity, WHO-Europe, 2015		

Gemeinschaftsverpflegungsgesetz - EMMI Dekret 37/2014. (IV.30)

Dauer	Fortlaufend seit 2014 (trat im September 2015 in Kraft)
Ziele	• Verringerung der signifikanten ernährungsbedingten Risiken durch die Gemeinschaftsverpflegung • Reduktion der Prävalenz von Adipositas und nichtübertragbaren Krankheiten • Förderung von gesunder Rahmenbedingungen, vor allem in Schulen und Kindertageseinrichtungen • Wahl einer gesünderen Alternative vereinfachen
Verwendeter Ansatz	gesetzliche Maßnahme; Bildung; Bewusstseinsbildung
Geografische Abdeckung	Ungarn
Hauptzielgruppe	Alle Teilnehmer an der Gemeinschaftsverpflegung in Ungarn ab dem Alter von 1 Jahr
Beschreibung der Intervention	Festlegung überwiegend lebensmittelbezogener Standards mit zusätzlichen Angaben für einige Nährstoffe (Salz, Zucker, Gesamtfett, Calcium). Bestimmte Lebensmittel und Lebensmittelgruppen müssen täglich bereitgestellt werden (Milch/Milchprodukte, Obst/Gemüse, Vollkorn/Getreide). Außerdem wird die Anzahl der bereitgestellten Mahlzeiten, die altersgemäßen Portionsgrößen, die Häufigkeit bestimmter Lebensmittelgruppen über einen Verpflegungszeitraum von 10 Tagen, der Energiebedarf je nach Alter und die Vielfältigkeit der Mahlzeiten geregelt. Das Gesetzt enthält Vorschriften, Einschränkungen und Verbote in Bezug auf die Verwendung bestimmter Lebensmittel und Produkte, zur Berücksichtigung spezieller Diäten sowie zur Informationspflicht. (Aushang von Speiseplänen, Kennzeichnungsvorschriften). Zusätzlich enthält das Gesetz Regelungen zu Informationskampagnen für Lehrkräfte, Eltern und Schüler sowie zur verbindlichen Fortbildung für Lebensmittellieferanten.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Ernährung
Bekämpftes Risikoverhalten	Erhöhte Energie- und Fettzufuhr; ungeeignete Fettsäurezusammensetzung in der Ernährung; Überkonsum von einfachen Kohlenhydraten; übermäßige Salzzufuhr; geringer Verzehr von Gemüse und Obst; niedrige Calciumzufuhr; zuckergesüßte Getränke
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und weiterführende Schulen, Patientenversorgung und andere Gemeinschaftsverpflegungen

Beschreibung der Evaluation	Gesundheitsämter der Städe und Kreise kontrollieren die Einhaltung der Regelungen (Dokumentation, Speisepläne und Lebensmittelzuteilungsblätter, lebensmittelchemische Analyse) Durch nationale Erhebungen wird die Ernährungsumgebung in Schulen und Kindertageseinrichtungen (Fragebögen, Speisepläne und Lebensmittelzuteilungsblätter, lebensmittelchemische Analyse) evaluiert.
Gesetzlicher Rahmen	Bis 2014 gab es nur Empfehlungen, keinegesetzlichen Regelungen für Ernährungsstandards in der Gemeinschaftsverpflegung. Im Jahr 2011 erließ die Behörde des obersten ungarischen Gesundheitsamtes die „Empfehlungen für die Gemeinschaftsverpflegung mit Ernährungsstandards“ und das „1/2011 Normative Dekret“, das eine Checkliste für die Überwachung der Einhaltung der Empfehlung enthielt. Diese beiden Dokumente sind die Grundlage des aktuelle Dekret.
Gesamtbudget in Euro	K. A.
Finanzierungsquellen	Öffentlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	Es liegen noch keine Daten vor, die Evaluation ist noch in Bearbeitung.
Weitere Informationsquellen	https://www.ogyei.gov.hu/kozetkeztetes/ (auf Ungarisch)

Sonstige Anmerkungen

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Barbara Nagy, National Institute of Pharmacy and Nutrition nagy.barbara@ogyei.gov.hu +36 1 476 6455

HAPPY - Ungarisches Programm zur Förderung von Wasser als Getränk bei Kindern und HAPPY-Woche

Dauer	Fortlaufend seit 2007
Ziele	Förderung des Trinkens von Wasser und Verringerung des Verzehrs von zuckerhaltigen Softdrinks bei Kita- und Grundschulkindern, um den Anstieg von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter zu stoppen
Verwendeter Ansatz	Bereitstellung einer gesunden Alternative (kostenloses Trinkwasser aus Wasserspendern oder Flaschen), Auklärung, Bewusstseinsbildung, in wenigen Fällen auch Veränderungen der baulichen Gegebenheiten durch Installation von Trinkbrunnen
Geografische Abdeckung	Ungarn
Hauptzielgruppe	Alle Kinder von 6-14 Jahren in Ungarn (zusätzlich einige Kindertageseinrichtungen mit 3-6 Jahre alten Kindern)
Beschreibung der Intervention	**Pilotphase:** Das Ziel der Pilotintervention war die Beurteilung der Wirksamkeit des Programms über einen Zeitraum von 2 Monaten. Insgesamt 397 Kinder aus 6 Grundschulen (im Alter von 7-10 Jahren) nahmen teil. Die 2 monatige Maßnahme bestand aus der Förderung des Wassertrinkens durch (a) Bildung und Broschüren zur angemessenen Flüssigkeitszufuhr und (b) durch Bereitstellung von kostenlosem Mineralwasser in Flaschen (natürliches Mineralwasser mit niedrigem Natriumgehalt und 728 mg/l Mineralstoffen). Ernährungswissenschaftler erstellten Materialien für 40-minütige Vortäge während einer Unterrichtsstunde, die in den Lehrplan der teilnehmenden Klassen aufgenommen wurde. **HAPPY-Woche:** Nach der erfolgreichen Pilotphase wurde eine Möglichkeit gesucht, die Intervention nachhaltig fortzusetzen. Somit wurde die HAPPY-Woche entwickelt, in der fast alle Elemente der Maßnahme von den Schulen selbst umgesetzt werden kann. Detaillierte Beschreibungen der einzelnen Spiele sowie Bildungs- und Verbreitungsmaterialien sind auf der Projekt-Website verfügbar. Die HAPPY-Woche besteht aus einem standardisierten (altersentsprechenden) Bildungsprogramm, mit kostenlos in den Klassenräumen verfügbarem Trinkwasser (für 1 Woche im Frühling). Sonstige Elemente: Flyer, Poster, spielerische Aktionen, Preise. Einige Schulen installierten außerdem Trinkbrunnen. Das Programm stimmt mit den bestehenden Richtlinien überein, ist nachhaltig, umfassend, sektorübergreifend, wird den relevanten Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht und umfasst

	außerdem umgebungsbezogene Faktoren. HAPPY entspricht allen wesentliche Anforderungen der WHO zur Identifikation guter Praxis.
Angestrebte Verhaltensweisen	Gesunde Trinkgewohnheiten
Bekämpftes Risikoverhalten	Verzehr von Softdrinks
Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Grundschule und einige Kindertageseinrichtungen
Beschreibung der Evaluation	Detaillierte Evaluation während der Pilotphase im Jahr 2007, mit Fragebögen für Schüler, Eltern und Lehrkräfte, mit denen die Trinkgewohnheiten und die Kenntnisse vor und nach der Intervention erfasst wurden. Seit das Programm zur „HAPPY-Woche“ umgesetzt wurde, wird nun durch Befragungen und die Erfassung der erreichten Kinder die Zufriedenheit der Teilnehmer ermittelt.
Gesetzlicher Rahmen	K. A.
Gesamtbudget in Euro	Ca. 600 EUR
Finanzierungsquellen	Die Pilotphase wurde von der WHO Europe finanziert. „HAPPY-Woche“ ist eine öffentlich-private Partnerschaft (ÖPP) - das Wasser wird von verschiedenen Firmen zur Verfügung gestellt.
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	**Pilotphase:** Zu Beginn der Studie (Baseline) berichteten die meisten Schüler (83 %), dass sie Getränke mit in die Schule brächten, aber eher Tee/Eistee (41 %) oder kohlensäurehaltige Softdrinks (30 %) als Mineralwasser (12 %). Durch die Intervention nahm der Wasserverzehr signifikant zu und 92 % der Kinder tranken das angebotene Mineralwasser mindestens einmal täglich. Zu Hause wurde ebenfalls mehr Wasser und weniger Softdrinks getrunken. **HAPPY-Woche:** 450 Schulen und 124.000 Kinder nahmen im Jahr 2015 an dem Programm teil: 90 % der Kontaktpersonen der Schulen gaben an, dass die Kinder mehr Wasser tranken und laut 61,5 % verzehrten die Kinder nach Ende des Programms weniger zuckergesüßte Getränke.
Weitere Informationsquellen	In der JANPA-Toolbox sind zusätzliche Dokumente erhältlich.
Sonstige Anmerkungen	
Kontaktinformationen	
Name und Kontakt der verantwortlichen Person	Barbara Nagy, National Institute of Pharmacy and Nutrition nagy.barbara@ogyei.gov.hu +36 1 476 6455

VERORDNUNG ÜBER DEN TÄGLICHEN SPORTUNTERRICHT IN SCHULEN

Dauer	Fortlaufend seit 2011 (trat im Schuljahr 2012/2013 ab Klasse 1, 5 und 9 in Kraft mit einem System zur verstärkten Umsetzung)
Ziele	Das Gesetz CXC aus dem Jahr 2011 über das nationale Bildungswesen enthält einen Abschnitt über Bewegung, in dem die Wichtigkeit von regelmäßiger Bewegung für die Gesundheit und Entwicklung der Kinder betont wird. Es hat zum Ziel, durch den Ausbau des Sportunterrichts das System zur sportlichen Aktivität auszubauen, um die Lebensqualität der ungarischen Bevölkerung zu erhöhen. Allgemein soll damit das Humankapital und der gemeinschaftliche Zusammenhalt gestärkt werden. Es bezieht das Konzept „Sport für alle“ mit ein und berücksichtig somit auch Randgruppen (z.B. Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status, mit Körperbehinderungen und die Roma-Bevölkerung). In der Überarbeitung wurde auf die soziale Rolle des Sports ein besonderes Augenmerk gerichtet, unabhängig vom Alter der Kinder. Der Schwerpunkt der Verordnung liegt auf einer bewegungsfördernden Umgebung um Bewegung lebenslang in den Alltag einzubeziehen. Es beinhaltet v.a. Faktoren zur Motivation von Kindern, die nur wenig körperlich aktiv sind und denen aus den unteren sozioökonomischen Gruppen.
Verwendeter Ansatz	Gesetzgebung, Bildung
Geografische Abdeckung	Ungarn
Hauptzielgruppe	Alle Kinder in Grundschulen und weiterführenden Schulen
Beschreibung der Intervention	In dem Gesetz wird festgelegt, dass mindestens eine Sportstunde pro Tag als Unterricht stattfinden soll, wobei maximal zwei Termine pro Woche auch andere organisierte Sportaktivitäten sein können (Abschnitt 27.11). Das ungarische Parlament führte den täglichen Sportunterricht ab dem Schuljahr 2012/2013 ab den Klassen 1, 5 und 9 ein. Dies bedeutet, dass seit September 2015 die Schüler der meisten Klassen des ungarischen Bildungssystems jeden Tag obligatorischen Sportunterricht haben. Seit September 2013 sind im nationalen Kernlehrplan auch die Inhalte der Sportstunden geregelt. Dabei wurde sich verstärkt auf gesundheitliche Ziele und kognitiven Inhalte, die die emotionale und soziale Entwicklung ermöglichen, konzentriert.
Angestrebte Verhaltensweisen	Bewegung
Bekämpftes Risikoverhalten	Inaktive Lebensweise

Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort	Schulen (Grundschulen, weiterführende Schulen)
Beschreibung der Evaluation	Überwachung der körperlichen Aktivität und der Körperzusammensetzung bei Schulkindern auf nationaler Ebene. Der neu entwickelte ungarische Schülerfitnesstest (NETFIT®) dient der Evaluation der gesundheitsfördernden körperlichen Fitness der Schüler. Einheitliche Kriterien und Methoden sowie die Messung und Überwachung der Wirkung des täglichen Sportunterricht, ermöglichen eine Aussage zur körperlichen Fitness der Schülerinnen und Schüler.
Gesetzlicher Rahmen	Gesetz über das nationale Bildungswesen, in der Pilotphase entsprechende lokale politische Maßnahmen
Gesamtbudget in Euro	K. A.
Finanzierungsquellen	Staatlich
Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden)	K. A.
Weitere Informationsquellen	http://www.mdsz.hu/en/netfit-2/about-netfit/http://www.mdsz.hu/en/netfit-2/about-netfit/ http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1488/1/ertekezes_ekezetnelk.pdf https://fit-test.hu/fittest_live/Html5WebService/whatisfittest.html
Sonstige Anmerkungen	Zuvor war täglicher Sportunterricht auf lokaler Ebene in der Stadt Hódmezővásárhely eingeführt worden. Im Jahr 2005 wurde obligatorischer täglicher Sportunterricht in allen Grundschulen und weiterführenden Schulen von Hódmezővásárhely eingeführt. Die Maßnahme für den täglichen Sportunterricht war in das Vásárhely-Gesundheitsprogramm eingebettet. Das allgemeine Ziel der Maßnahme war die Förderung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens der Kinder durch tägliche Bewegung. Um die Wirkungen des täglichen Sportunterrichts nachzuverfolgen, wurde die komplexe Längsschnittstudie FITTEST zwischen 2005 und 2015 durchgeführt. In dieser wurden Standardmessungen der Fitness, der Entwicklung, des Pulses und des Blutdrucks als Reaktion auf körperliche Betätigung mit einem kardiovaskulären Screeningsystem durchgeführt. Außerdem erfolgte ein Screening auf individuelle Risikofaktoren. Die an der Studie beteiligten Experten bestimmten zweimal pro Jahr (jeweils im Frühling und im Herbst) die gesamte Schülerpopulation und untersuchten die Auswirkungen köperlicher Betätigung bei den Schülern. Das Programm umfasste 5500 Schüler in Grund- und weiterführenden Schulen im Alter von 6-18 Jahren, 60 Sportlehrer sowie 25 Schulkrankenschwestern.

Auswirkung auf das lokale Programm für täglichen Sportunterricht: In 10 Jahren wurden insgesamt 59.000 Messungen durchgeführt und analysiert. Die Maßnahme führte zu einer 8-mal größeren Verringerung des Blutdrucks (8-12 mmHg) als durchschnittlich andere internationale Programme zur Bewegungsförderung in Schulen. In Hinblick auf Adipositas stagnierte der Prozentanteil der adipösen Kinder und nahm in der Stadt etwas ab. In ganz Ungarn ist jedes vierte Kind übergewichtig, wohingegen es in Hódmezővásárhely nur jedes sechste Kind ist. Die gesammelten Ergebnisse sind auf einer Internet-Plattform öffentlich zugänglich.
Auszug aus der Doktorarbeit, in der dieses Sportunterricht-Programm analysiert wurde*: „*Eine wichtige Erkenntnis aus diesem lokalen Programm war, dass dieses Programm nicht nur als ein einmaliges Ereignis von einem agilen Sportlehrer oder Schuldirektor begonnen wurde oder ein Einzelaktionsprogramm war, sondern in ein konzeptionell gut durchdachtes Gesundheitsprogramm für die ganze Stadt eingebettet war, und das von Experten aus verschiedenen Bereichen koordiniert und regelmäßig und umfassend durchgeführt wurde. Das Programm wurde langfristig von der gesamten politischen Führung der Stadt unterstützt und finanziert.“

Kontaktinformationen

Name und Kontakt der verantwortlichen Person	László Palkovics, Minister of State for Education/ Ministry of Human ResourcesLászló Palkovics, Minister of State for Education/ Ministry of Human Resources ugyfelszolgalat@emmi.gov.hu, +36-1-795-1200

Datenerhebungsbogen zur Erfassung von Beispielen guter Praxis (Good Practice Data Collection Form)

Einleitung

Das folgende Formular wurde als Teil des Arbeitspakets 6 (engl. Work Package 6, WP6) des Gemeinschaftsprojekts „Joint Action on Nutrition and Physical Activity“ (JANPA) entwickelt. Das Hauptziel dieses Arbeitspakets ist es, *durch Leitlinien für politische Ansätze und Initiativen den Mitgliedstaaten zu helfen, gesundheitsfördernde Umgebungsstrukturen in Kindertages-einrichtungen und Schulen zu schaffen*.

Um das angestrebte Ziel zu erreichen, fand *eine Erhebung und Auswertung von vorhandenen politischen Ansätzen und Programmen auf nationaler Ebene,* in den Ländern der Partner als Teil des WP6 - Aufgabe 6.2 statt. Es wurden *Projekte, Initiativen und Interventionen ausgewählt, die zur Verbesserung der Ernährung und/oder körperlichen Aktivität oder zur Prävention von Adipositas im Kindesalter in Kindertageseinrichtungen und Schulen konzipiert wurden*.
Der folgende Datenerhebungsbogen besteht aus sechs Abschnitten, von denen der erste **9 Kernkriterien** enthält, **die alle erfüllt werden müssen,** um eine politische Maßnahme oder ein Programm als Beispiel guter Praxis in Erwägung zu ziehen. Die folgenden beiden Abschnitte enthalten Daten zu der Kontaktperson/verantwortlichen Person und dem zur Diskussion stehenden Beispiel guter Praxis.Die übrigen drei Abschnitte entsprechen den Kategorien für die Kriterien guter Praxis, die zuvor in WP6 Aufgabe 6.1 aufgestellt worden waren.

Die JANPA-Landesvertreter wurden gebeten, den Fragebogen mithilfe des Programmkoordinators auszufüllen und alle relevanten Literaturhinweise, z. B. Berichte über Programme und politische Maßnahmen, Evaluationen der Programme und politischen Maßnahmen, wissenschaftliche Veröffentlichungen, Website-Links und Fotos von Programmveranstaltungen, zusammen mit dem ausgefüllten Datenerhebungsbogen einzureichen.

Checkliste für die Kernkriterien guter Praxis

WICHTIG: Alle diese 9 Kriterien müssen erfüllt (d. h. angekreuzt) werden, um eine politische Maßnahme/ ein Programm/ eine Intervention als Beispiel guter Praxis zu beschreiben/ charakterisieren.

Kernkriterien guter Praxis	**☑ Zutreffendes bitte ankreuzen**
Charakteristika der Intervention	
Die Ziele sind spezifiziert, messbar, erreichbar, realistisch und terminiert	
Die Zielgruppe ist eindeutig definiert (hinsichtlich Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status)	
Der Ansatz hat sich in seinem Erfolg und seiner Wirksamkeit bewährt (hat eine positive Wirkung auf Einzelpersonen und/oder Gemeinschaften)	
Durchführung	
Die Zielgruppe soll befähigt werden (Wissen, Fähigkeiten und Kompetenz zu stärken, um eigenständig Entscheidungen treffen zu können)	
Die Maßnahmen integrieren vorhandene Strukturen	
Die Maßnahme stößt auf große Zustimmung innerhalb der Zielgruppe	
Monitoring und Evaluation	
Die finanziellen und personellen Mittel für die Evaluation sind vorhanden	
Ein Großteil der geplanten Aktivitäten wurde umgesetzt und die Ziele weitesgehend erreicht.	
Die Evaluation lässt auf einen bedeutenden Beitrag zur Verhaltensänderung der Zielpopulation schließen	

Abschnitt 1 - Kontaktinformationen[9]

1.1.	Name der verantwortlichen Person	
1.2.	Einrichtung *d. h. Name der Organisation*	
1.3.	Sektor und Bereich *(Sektoren z. B.: öffentlich oder staatlich/privat oder geschäftlich/Zivilgesellschaft oder NRO; Bereiche: Bildung, Gesundheit etc.*	
1.4.	Kontaktinformationen: E-Mail-Adresse und Telefonnummer	

[9] Die Kontaktperson ist die verantwortliche Person für das vorgestellte Programm oder die vorgestellte politische Maßnahme, z. B. der Projektkoordinator

Abschnitt 2 - Allgemeine Informationen zu dem Beispiel guter Praxis

2.1. Name und Akronym des Beispiels guter Praxis	
2.2. Beginn (Jahr)	
2.3. Ende (Jahr) *Alternative Antwort: Fortlaufend*	
2.4. Ziele	
2.5. Verwendete Strategien z. B. Bildung/Bewusstseinsbildung/Bereitstellung einer gesunden Alternative/Raumgestaltung/aktive Fortbewegung/sonstige	
2.6. Geografische Abdeckung *d. h. bitte geben Sie die geografische Zielregion an (z. B. Ungarn, vier osteuropäische Länder, Deutschland/Thüringen)*	
2.7. Hauptzielgruppe (einschließlich Alter, Geschlecht und sozioökonomischem Status) *z. B. alle Kinder im Alter von 7-11 Jahren in Budapest*	
2.8. Beschreibung der Intervention *d. h. bitte beschreiben Sie kurz (in 5-8 Zeilen) die wichtigsten Elemente der Intervention (Dauer, Instrumente, Methoden) mit Schwerpunkt auf folgenden Punkten: Beweisgrundlage, verwendete Infrastrukturen - vorhanden oder neu, Befähigung, Einbeziehung und Unterstützung der Endnutzer, besonderer Fokus auf gefährdete Gruppen*	
2.9. Angestrebte Verhaltensweisen *d. h. gesunde Ernährung/Bewegung/Vermeidung einer inaktiven Lebensweise*	
2.10. Bekämpftes Risikoverhalten *z. B. Verzehr von Softdrinks/Frühstück auslassen/ Portionsgröße/Marketing für Kinder/Transport zur Schule/Bildschirmzeit/sonstige*	
2.11. Hauptsächliche Einrichtung/Ausführungsort *z. B. Kindertageseinrichtung/Schule*	
2.12. Beschreibung der Evaluation *d. h. auf welche Weise die Auswirkung bestimmt wurde (Indikatoren, Zeitrahmen, Methode, Nachuntersuchung)*	
2.13. Gesetzlicher Rahmen *d. h. bitte geben Sie an, auf welcher Gesetzesgrundlage dieses Programm/diese politische Maßnahme durchgeführt wird*	
2.14. Gesamtbudget in Euro	
2.15. Finanzierungsquellen *d. h. öffentlich, privat oder beides*	

2.16. Wirkung (einschließlich Gruppenunterschieden) *z. B. Verringerung des Verzehrs von zuckergesüßten Getränken um 5 %, kein Unterschied nach SoS*	
2.17. Weitere Informationsquellen *z. B. offizielle Website, Dokumente der politischen Maßnahme, Berichte*	
2.18. Sonstige Anmerkungen	

Abschnitt 3 - Kriterien guter Praxis Kategorie 1 - Charakteristika der Intervention

Charakteristika der Intervention	**☑ Zutreffendes bitte ankreuzen**
1.2.1 Evidenzbasiertes Konzept	
1.2.3 Kulturelle, politische und soziale Zusammenhänge (und Hindernisse) wurden beurteilt und berücksichtigt	
1.2.4 Eine Bedarfsanalyse und/oder Gemeinschaftsanalyse der Zielgruppe wurde durchgeführt	
1.3 Gut beschrieben (eindeutig definiertes Ziel, Zielgruppe, Zielverhalten, Ansatz und Intervention sind in einem Leitfaden oder Protokoll dargelegt)	
1.4 Innovative Idee und/oder Methodik	
1.5 Sektorübergreifend (involviert Fachleute aus verschiedenen Bereichen)	
1.6.2 Die Familie wird einbezogen (die Eltern sind bei den Maßnahmen für die Kinder involviert)	
1.6.3 Die Intervention hat eine kommunale Komponente	
1.6.4 Besonderer Fokus auf sozial benachteiligten Gruppen (Bemühungen werden unternommen, um diesen Gruppen den Zugang zu den entsprechenden Dienstleistungen zu erleichtern - niederschwelliger Zugang)	
1.6.5 Beteiligungsansatz (Endnutzer werden in die Planung involviert, um das Gefühl der gemeinsamen Verantwortung zu fördern)	
1.7 Werte werden respektiert (ethische Verantwortung, Ungleichheiten, Geschlechtersensibilität)	
1.8 Übertragbarkeit (kann leicht in einem anderen Kontext eingesetzt werden)	
1.9 Reproduzierbarkeit (kann zu einem anderen Zeitpunkt unter denselben Bedingungen wiederholt werden)	

Abschnitt 4 - Kriterien guter Praxis Kategorie 2 - Durchführung

Durchführung	☑ **Zutreffendes bitte ankreuzen**
2.1 Eine Pilotstudie wurde durchgeführt	
2.2 Große Reichweite in der Bevölkerung	
2.3 Gemeinschaftsaufgabe (relevante/betroffene Personengruppen sind beteiligt)	
2.4 Engagement von Vermittlern/Multiplikatoren, um die Teilnahme der Zielgruppe zu fördern (z. B. lokale Ärzte und Lehrer werden auf ein kommunales Beratungsangebot hingewiesen)	
2.5 Hohe Beliebtheit und Zufriedenheit der Teilnehmer	
2.6.4 Die Fortsetzung des Projekts ist personell und durch Folgefinanzierung gesichert	
2.7 Verhältnisbezogene Faktoren werden einbezogen (d.h. Faktoren außerhalb des individuellen Verhaltens)	
2.8. Technische Machbarkeit (leicht zu erlernen und durchzuführen)	
2.9. Bei der Durchführung werden spezielle, auf die Aspekte der Chancengleichheit ausgerichtete Maßnahmen durchgeführt	
2.10.1 Klare Strukturen für Management und Entscheidungsfindung werden etabliert und beibehalten	
2.10.2 Dokumentation von wesentlichen Maßnahmepunkten ist öffentlich zugänglich (mindestens als Internet-Link)	
2.10.3 Eindeutig festgelegte Finanzierungsquellen (klare Richtlinien zur Annahme von Sponsoring und Bewältigung von Interessenkonflikten)	
2.11.1 Relevante Personengruppen werden bei der Verbreitung gezielt angesprochen	
2.11.2 Geeignete Verbreitungsmethoden	

Abschnitt 5 - Kriterien guter Praxis Kategorie 3 - Evaluation

Evaluation	☑ **Zutreffendes bitte ankreuzen**
3.2 Die Evaluationsmethoden sind genau beschrieben	
3.3 Regelmäßige Überprüfen der Ergebnisse mit validen, vorab festgelegten Indikatoren (mit Prozess-, Output- und Outcome-Indikatoren)	
3.4 Externe und/oder interne Evaluation	
3.5 Nachuntersuchungen werden durchgeführt (mind. 6-12 Monate nach der Intervention)	
3.6 Kosten-Nutzen-Analysen werden durchgeführt	
3.7 Die Kosten sind eindeutig angegeben (nach Budgetpositionen)	
3.8 Finanzierung (d. h. die Kosten sind kein Hindernis für eine Wiederholung und/oder Übertragung)	
3.10 Das Monitoring zeigt akzeptable Beteiligung an der Maßnahme oder eine angemessene Durchsetzung der politischen Regelung	
3.11 Der Effekt der Maßnahme ist nicht nur statistisch signifikant, sondern auch in der Praxis relevant	
3.13 Negative Konsequenzen und/oder Risiken werden beurteilt (einschl. Stigmatisierung)	
3.14 Eine Analyse der Voraussetzungen für eine mögliche Verbreitung (Scale-up) sowie eine Auflistung voraussichtlicher Hindernisse und Erleichterungen (z. B. Ressourcen, organisatorisches Engagement etc.) ist verfügbar	