



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg**  
Fakultät Life Sciences

Ernährungsbildung für Kinder mit  
sozioökonomisch niedrigem Status im Setting Grundschule

Eine Analyse des Programms „Plietsche Kinderküche“ anhand der Kriterien für gute  
Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung

**Bachelorarbeit**

im Studiengang Ökotrophologie

vorgelegt von

**Melina Bergsdorf** XXXXXXXXXX

am 17.10.2023

1. Gutachterin: Prof. Dr. Annegret Flothow (HAW Hamburg)
2. Gutachterin: Prof. Dr. Anja Carlsohn (HAW Hamburg)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>IV</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>1</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>5</b>
2.1 Auswirkungen sozioökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit von Kindern .....	5
2.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit .....	5
2.1.3 Ernährungsverhalten von Kindern mit sozioökonomisch niedrigem Status .....	7
2.2 Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Grundschule .....	8
2.2.1 Ernährungsbildung im Curriculum der Grundschulen .....	9
2.2.2 Gemeinschaftsverpflegung im Setting Grundschule .....	11
2.2.3 Bestehende Konzepte der Ernährungsbildung im Setting Grundschule.....	12
2.3 Programm Plietsche Kinderküche .....	15
2.3.1 Ziele und Zielgruppen .....	16
2.3.2 Umsetzung und Inhalt .....	16
2.3.3 Kooperationsschulen .....	18
2.3.4 Organisation, Finanzierung und Personal .....	19
2.4 Zentrale Fragestellungen der Arbeit.....	20
<b>3 Programmanalyse anhand der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung</b> .....	<b>21</b>
<b>4 Ergebnisse der Programmanalyse</b> .....	<b>22</b>
4.1 Zielgruppenbezug.....	22
4.2 Konzeption .....	23
4.3 Setting-Ansatz .....	24
4.4 Empowerment .....	25
4.5 Partizipation .....	26
4.6 Niedrigschwellige Arbeitsweise.....	27
4.7 Multiplikatoren Konzept .....	28
4.8 Nachhaltigkeit .....	29
4.9 Integriertes Handeln .....	30
4.10 Qualitätsmanagement .....	31
4.11 Dokumentation und Evaluation.....	32
4.12 Belege für Wirkungen und Kosten.....	33

<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>35</b>
5.1	Ergebnisdiskussion.....	35
5.2	Handlungsempfehlungen.....	38
5.3	Methodendiskussion.....	42
<b>6</b>	<b>Fazit und Ausblick</b> .....	<b>44</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>45</b>
	<b>Eidesstattliche Erklärung</b> .....	<b>54</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Programmanalyse von Plietsche Kinderküche anhand der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (eigene Darstellung)... 35

## Abkürzungsverzeichnis

BMEL	Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
D-A-CH	Länderverbund Deutschland, Österreich und Schweiz
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
EkiZ	Eltern-Kind-Zentrum
EsKiMo	Ernährungsstudie als KiGGS-Modul
GBD	Global Burden of Disease
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IVK	Internationale Vorbereitungsklassen
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
NQZ	Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule
REVIS	Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemeinbildenden Schulen
RKI	Robert Koch Institut, Berlin
SES	Der sozioökonomische Status
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

# Zusammenfassung

## **Hintergrund:**

Die Auswirkungen sozioökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit und das Ernährungsverhalten sind bereits in der frühen Lebensphase feststellbar. In Deutschland ist fast jedes sechste Kind von Übergewicht oder Adipositas betroffen. Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status weisen dabei ein deutlich höheres Risiko auf. Es ist von großer Bedeutung, Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bei Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen zu intensivieren. Das Setting Schule eignet sich hier in besonderer Weise, da alle Kinder unabhängig ihrer sozialen Herkunft niedrigschwellig erreicht werden können. Neben den zahlreichen Programmen zur Unterstützung der Ernährungsbildung im schulischen Kontext fokussieren wenig Konzepte explizit die Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Kinder. Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht darin, die Qualität des Hamburger Programms *Plietsche Kinderküche* als ernährungsbildende Maßnahme für Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status im Setting Grundschule zu bewerten. Des Weiteren gilt es potenzielle Maßnahmen zur Steigerung der Gesamtqualität des Programms zu identifizieren.

## **Methodik:**

Es wurde eine Programmanalyse unter Verwendung der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung formulierten Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung durchgeführt.

## **Ergebnisse:**

*Plietsche Kinderküche* weist ein erhebliches Potenzial im Hinblick auf die Qualitätskriterien auf. Zudem wurden Entwicklungsbedarfe ermittelt. Es konnten konkrete Maßnahmen zur Steigerung der Qualität von *Plietsche Kinderküche* identifiziert werden.

## **Schlussfolgerung:**

Weitere Untersuchungen sind erforderlich, um die langfristigen Auswirkungen ernährungsbildender Maßnahmen wie *Plietsche Kinderküche* auf die Gesundheit von Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status umfassend zu ergründen.

# Abstract

## **Background:**

The impact of socioeconomic influences on health and dietary behavior can be detected early in life. In Germany, almost every sixth child is affected by overweight or obesity. Children with a low socioeconomic status are at significantly higher risk. It is of great importance to intensify measures to promote health among children from socially disadvantaged backgrounds. The school setting is particularly suitable here, as all children can be reached at a low threshold, regardless of their social background. Besides the numerous programs to support nutrition education in the school context, few concepts explicitly focus on the target group of socioeconomically disadvantaged children. The aim of this paper is to evaluate the quality of the Hamburg program *Plietsche Kinderküche* as a nutrition education intervention for children with low socioeconomic status in the elementary school setting. Furthermore, it aims to identify potential measures to increase the overall quality of the program.

## **Methods:**

A program analysis was conducted using the criteria for good practice in social situation-based health promotion formulated by the Federal Center for Health Education.

## **Results:**

*Plietsche Kinderküche* shows considerable potential with regard to the quality criteria. In addition, development needs were identified. Concrete measures to increase the quality of *Plietsche Kinderküche* could be identified.

## **Conclusion:**

Further research is needed to comprehensively explore the long-term effects of nutrition education interventions such as *Plietsche Kinderküche* on the health of children of low socioeconomic status.

# 1 Einleitung

Weltweit sterben jährlich elf Millionen Menschen an den Folgen von ungesunder Ernährung. Dieses Ergebnis liefert eine systematische Analyse für die Global Burden of Disease Studie 2017 (GBD), in der über einen Zeitraum von 27 Jahren die gesundheitlichen Auswirkungen schlechter Ernährungsgewohnheiten in 195 Ländern untersucht wurden. (GBD 2017 Diet Collaborators, 2019) Auch die World Health Organization (WHO) betrachtet eine ungesunde Ernährungsweise als einen der bedeutendsten Risikofaktoren für vorzeitige Mortalität und nicht-übertragbare Krankheiten, wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs. Zudem prognostiziert die WHO, dass in den kommenden zehn Jahren etwa 40 Millionen Kinder weltweit eine Manifestation von Adipositas oder Übergewicht aufweisen werden. (WHO, 2021) In Deutschland weist beinahe jedes sechste Kind (15,4 %) Übergewicht oder Adipositas auf, bei Kindern mit sozioökonomisch niedrigem Status (SES) sogar rund jedes vierte (25,5 %). (Schienkiewitz et al., 2018) Diese Zahlen veranschaulichen die signifikante Relevanz des Themas Ernährung in Bezug auf die Gesundheit.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist von großer Bedeutung, da sie die Grundlage für ein gesundes Erwachsenenleben bildet. Ein gesundes Kind hat bessere Chancen, zu einem gesunden Erwachsenen heranzuwachsen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Gesundheitsförderung und Prävention im frühen Lebensalter. (Lührmann & Carlsohn, 2021) Eine der zentralen Säulen der Gesundheitsförderung im Kindesalter stellt die Ernährungsbildung dar. Da eine ausgewogene Ernährung eine entscheidende Rolle in der kognitiven Entwicklung und im Wachstum von Kindern spielt, ist die Förderung gesunder Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter von größter Bedeutung. (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., o.J.)

Die Schule als Lebenswelt erweist sich als besonders geeignet für gesundheitsförderliche Maßnahmen und die Prävention von Übergewicht und Adipositas, da dort in der Regel eine niederschwellige Erreichbarkeit für Kinder unabhängig von ihrer sozialen Herkunft möglich ist. (Robert Koch-Institut, 2020) Verschiedene Maßnahmen können in Schulen implementiert werden, darunter die Durchführung gesundheitsförderlicher Programme. Dabei steht die Stärkung der Gesundheitskompetenzen der Kinder im Vordergrund, mit dem langfristigen Ziel, u.a. ernährungsbedingten Krankheiten entgegenzuwirken und die Schüler:innen für eine gesunde Ernährung zu sensibilisieren. In Deutschland werden bereits an zahlreichen Grundschulen Konzepte zur Ernährungsbildung implementiert, darunter beispielsweise "Ich kann kochen!" und "Der Ernährungsführerschein". Eine weniger verbreitete Maßnahme für Ernährungsbildung im Setting Grundschule ist das Hamburger Programm *Plietsche Kinderküche*. Die besondere Charakteristik dieses Programms ist die Ausrichtung auf Schüler:innen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Da sich soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten bereits in der frühen Lebensphase manifestieren, sind Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder aus sozial benachteiligten Verhältnissen von besonderer Relevanz.

(Kuntz et al., 2018a) Die Zielgruppe von *Plietsche Kinderküche* weist demnach aufgrund ihres sozialen Status und der daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheit bereits ein erhöhtes Risiko für Mangel- oder Fehlernährung sowie Übergewicht oder Adipositas auf.

Die vorliegende Ausarbeitung widmet sich daher der Frage, wie die Qualität des Hamburger Programms *Plietsche Kinderküche* als ernährungsbildende Maßnahme für Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status im Setting Grundschule zu bewerten ist. Dafür wird eine Analyse des Programms anhand der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) formulierten Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung durchgeführt. Das Ziel der Untersuchung ist es, herauszustellen in welchem Umfang *Plietsche Kinderküche* den Qualitätskriterien entspricht und zu erörtern, durch welche Maßnahmen das Programm gezielt verbessert werden kann, um den Anforderungen besser gerecht zu werden und somit die Gesamtqualität zu erhöhen.

Dafür werden im folgenden Kapitel zunächst die Auswirkungen sozioökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit von Kindern im Allgemeinen sowie die Notwendigkeit von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status im Setting Grundschule im Besonderen beleuchtet. Folgend werden etablierte Ernährungskonzepte kurz präsentiert und das Hamburger Programm *Plietsche Kinderküche* detailliert dargestellt. Auf den theoretischen Rahmen aufbauend erfolgt die Formulierung der Forschungsfragen, welche in den nachfolgenden Abschnitten der Arbeit mittels einer Programmanalyse von *Plietsche Kinderküche* bearbeitet werden. Dazu wird das methodische Vorgehen im dritten Kapitel erläutert. Im Anschluss wird die Untersuchung durchgeführt und die erhobenen Ergebnisse werden dargestellt (Kapitel 4). Im fünften Abschnitt erfolgt die Zusammenfassung der erzielten Resultate sowie deren Diskussion in Bezug auf den gegenwärtigen Forschungsstand. Zudem werden potenzielle Beschränkungen der angewandten Methode betrachtet sowie konkrete Handlungsempfehlungen für die Praxis und die Wissenschaft ausgesprochen. Abschließend wird ein Fazit gezogen und ein kurzer Ausblick präsentiert.

## 2 Theoretischer Hintergrund

Der folgende Abschnitt liefert Informationen darüber, welchen signifikanten Einfluss sozioökonomische Faktoren auf die Gesundheit und auf das Gewicht von Kindern in Deutschland haben. Dabei werden die aktuelle gesundheitliche Lage von sozioökonomisch benachteiligten Kindern sowie deren Ernährungsverhalten abgebildet. Des Weiteren wird auf ernährungsbezogene Präventions- und Gesundheitsförderung im Setting Grundschule eingegangen. Das Hauptaugenmerk dieses Kapitels liegt auf Maßnahmen der Ernährungsbildung. Abschließend wird das Programm *Plietsche Kinderküche* als bestehendes Konzept der Ernährungsbildung in einigen Hamburger Grundschulen vorgestellt.

### 2.1 Auswirkungen sozioökonomischer Einflüsse auf die Gesundheit von Kindern

In diesem Kapitel wird auf die gesundheitliche Ungleichheit von Kindern in Deutschland eingegangen und der Frage nachgegangen, ob und inwiefern der soziale Status dabei eine prägende Rolle spielt. Des Weiteren werden die aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern mit sozioökonomisch niedrigem Status sowie die Unterschiede in deren Ernährungsverhalten abgebildet. Dabei wird der Fokus auf Mangel- und Fehlernährung gelegt, im Speziellen auf Übergewicht und Adipositas.

Der sozioökonomische Status (SES) beschreibt die Stellung eines Menschen innerhalb der Gesellschaft. Er wird gemessen anhand der Bildung, der beruflichen Stellung sowie des Haushaltsnettoeinkommens und gibt Auskunft über die individuelle Verortung innerhalb der Sozialstruktur. (Lampert et al., 2013) In der Langzeitstudie des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) wurde der sozioökonomische Status der Kinder und Jugendlichen als sogenannter mehrdimensionaler SES-Index berechnet, basierend auf den Angaben der Eltern zu ihrem Bildungsniveau, ihrer beruflichen Stellung und ihrer Einkommenssituation. Der SES-Index wird zwischen 1,0 und 7,0 Punkten angegeben: Ein SES-Index von 1,0 Punkten bildet beispielsweise eine Person ohne schulische Ausbildung mit einem monatlichen Netto-Einkommen von 78 – 609 Euro ab, wohingegen ein SES-Index von 7,0 Punkten etwa eine verbeamtete Person mit Universitätsabschluss und einem Netto-Einkommen ab 2.834 Euro pro Monat darstellt. (Lampert et al., 2018)

#### 2.1.1 Gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheitliche Ungleichheit beschreibt das soziale Gefälle im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Die Ergebnisse des Datenreports des Statistischen Bundesamtes von 2021 zeigen deutlich, dass eine inverse Beziehung zwischen dem gesundheitlichen Zustand einer Person und ihrem sozialen Status besteht: Menschen mit geringem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und niedriger beruflicher Stellung sind vermehrt betroffen von chronischen Krankheiten und Beschwerden. Zudem schätzen sie ihren Gesundheitszustand

sowie ihre Lebensqualität schlechter ein als Personen mit höherem Einkommen und Bildungsstaats. Die sozialen Unterschiede in der Bevölkerung zeichnen sich auch im individuellen Gesundheitsverhalten ab, wie etwa dem Tabakkonsum, der Ernährung und der alltäglichen Bewegung. (Lampert et al., 2021) Menschen mit niedrigem Einkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau nehmen zudem seltener Präventions- und Versorgungsangebote wahr. Hierbei handelt es sich um das sogenannte Präventionsdilemma (Hurrelmann, Klotz, & Haisch, 2014). All diese Faktoren erhöhen das Risiko für eine verkürzte Lebenszeit und vorzeitige Sterblichkeit. (Lampert et al., 2021) Die WHO hat bereits 2008 darauf hingewiesen, dass auch in Industrienationen wie Deutschland eine große gesundheitliche Ungleichheit herrscht und die Politik einen massiven Einfluss darauf hat, ob die Lebensqualität eines Kindes positiv beeinflusst oder beeinträchtigt wird. (WHO, 2008) Die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006), der KiGGS Welle 1 (2009 – 2012) und der KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) verdeutlichen die gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Die Daten zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen SES deutlich häufiger als Gleichaltrige aus Familien mit einem mittleren oder einem hohen SES ein mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen. (Lampert et al., 2019)

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ (HBSC) der Weltgesundheitsorganisation von 2017/18 hat festgestellt, dass für Kinder und Jugendliche im Alter von 11, 13 und 15 Jahren der familiäre Wohlstand mit dem Ernährungsverhalten einhergeht: je höher der familiäre Wohlstand, desto mehr Obst und Gemüse verzehren die älteren Kinder und Jugendliche täglich; je niedriger der familiäre Wohlstand, desto häufiger konsumieren sie täglich Softdrinks. (Bucksch et al., 2020) In dieser Arbeit wird nicht weiter auf die HBSC-Studie eingegangen, da die Altersgruppen der Studie nicht der Zielgruppe von *Plietsche Kinderküche* entsprechen.

### 2.1.2 Aktuelle gesundheitliche Lage von Kindern: Übergewicht und Adipositas

Der allgemeine Gesundheitszustand sowie die allgemeinen Lebensbedingungen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland haben sich in den letzten Jahrzehnten verbessert und die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen wächst gesund auf. Festmachen lässt sich dies u.a. an der niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit, einer verbesserten Mundgesundheit und einer geringeren Verbreitung ehemals häufiger Infektionskrankheiten. (Lampert et al., 2021; Kuntz et al., 2018b) Es bleibt jedoch festzustellen, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand aufweisen: sie haben weitaus häufiger körperliche, psychische, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsdefizite und es treten vermehrt frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen auf, als bei Kindern aus sozial bessergestellten Familien. Hinzu kommt, dass sozioökonomisch

benachteiligte Erziehungsberechtigte seltener Angebote nutzen, wie etwa die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter. (Lampert et al., 2021)

In Bezug auf Übergewicht und Adipositas zeigen die Ergebnisse der KiGGS Welle 2 (2014-2017), dass 15,4 % der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig und 5,9 % adipös sind. Dabei sind keine geschlechterspezifischen Unterschiede auszumachen: Die Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas steigen bei Mädchen und Jungen mit zunehmendem Alter gleichermaßen an. (Schienkiewitz et al., 2018) Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES sind jedoch deutlich häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als Gleichaltrige aus besseren sozioökonomischen Verhältnissen: Während bei den 3- bis 17-Jährigen mit einem hohen SES 7,7 % übergewichtig und 2,3 % von Adipositas betroffen sind, ist die Prävalenz für Übergewicht und Adipositas bei Gleichaltrigen mit einem niedrigem SES 3,3-mal bzw. 4,3-mal so hoch: ca. ein Viertel (25,5 %) der Kinder und Jugendlichen aus sozioökonomisch benachteiligten Familien ist übergewichtig und 9,9 % sind adipös. Anhand dieser Ergebnisse leiten Kuntz et al. folgende Korrelation ab: „Je niedriger der SES, desto höher ist der Anteil der übergewichtigen und adipösen Kinder und Jugendlichen.“ (Kuntz et al., 2018a, S. 52)

### 2.1.3 Ernährungsverhalten von Kindern mit sozioökonomisch niedrigem Status

Vorgehend wurde dargelegt, dass Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status wesentlich häufiger an Adipositas und Übergewicht leiden als Gleichaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status. Im Folgenden werden die Unterschiede im Ernährungsverhalten unter Einbeziehung des sozialen Status der Kinder betrachtet.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie Welle 2 (2014-2017) zeigen, dass sozioökonomisch benachteiligte Kinder und Jugendliche häufiger ein ungünstiges Ernährungsverhalten vorweisen als Gleichaltrige aus den sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die täglich frisches Obst verzehren, nimmt mit sinkendem SES ab. Während 65,4 % der 3- bis 17-Jährigen mit einem hohen SES täglich frisches Obst essen, sind es bei Gleichaltrigen mit einem sozioökonomisch niedrigen Status deutlich weniger (47,2 %). In Bezug auf den täglichen Konsum von zuckerhaltigen Getränken werden die Unterschiede im Ernährungsverhalten in Abhängigkeit vom sozialen Status noch ersichtlicher: 30,5 % der Kinder und Jugendliche mit einem niedrigem SES konsumieren täglich zuckerhaltige Erfrischungsgetränke, während der Anteil bei Gleichaltrigen mit einem hohem SES 7,1 % beträgt. (Kuntz et al., 2018a)

Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes verzehren Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus nicht nur weniger Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Rohkost als Gleichaltrige aus Familien anderer Sozialstatusgruppen, sie konsumieren zudem auch mehr Limonaden, Süßwaren, Wurst, Fleisch und Fastfood. (Robert Koch-Institut, 2015) Es gibt viele Einflussfaktoren, die

Auswirkungen auf das Ernährungsverhalten von Heranwachsenden haben, wie etwa das Einkaufsverhalten der Eltern und die Gestaltung gemeinsamer Mahlzeiten innerhalb der Familie. (Kuntz et al., 2018a) Gemeinsame Mahlzeiten in einer angenehmen Atmosphäre können ein gesundheitsförderliches Essverhalten bei Kindern unterstützen. (Lührmann & Carlsohn, 2021) So ist die Häufigkeit von gemeinsamen Mahlzeiten (Frühstück und Abendessen) in den letzten zehn Jahren gestiegen, allerdings wird in Familien mit einem niedrigem SES seltener gemeinsam gegessen als in Familien mit hohem SES. (Mensink et al., 2020) Des Weiteren beeinflussen die Lebenswelten (Settings) außerhalb der Herkunftsfamilie - wie etwa Kitas, Schulen, Sportvereine etc. - das Gesundheits- und Ernährungsverhalten von Kindern und Jugendlichen. (Kuntz et al., 2018a) Da die Ernährung und das Ernährungsverhalten von großer Bedeutung sowohl zur Aufrechterhaltung der Gesundheit als auch im Zusammenhang mit der Entstehung bestimmter Krankheiten sind, stellt die Förderung einer gesundheitsgerechten Ernährung ein zentrales Handlungsfeld in der Gesundheitsförderung und der primären Prävention dar. (GKV-Spitzenverband, 2023)

## 2.2 Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Grundschule

Laut der Ottawa-Charta der WHO muss Gesundheitsförderung dort stattfinden, wo Menschen lernen, arbeiten und wohnen. Es gilt die Lebensräume so zu gestalten, dass sie die Menschen befähigen, Einfluss auf ihre Gesundheit auszuüben und gesundheitsförderliche Entscheidungen treffen zu können. (WHO, 1986)

Im Jahr 2015 trat in Deutschland das Präventionsgesetz § 20 SGB V in Kraft. Es dient der Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen. Das Gesetz verfolgt die Intention, dass Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten der Menschen greifen sollen. (Die Nationale Präventionskonferenz, 2023) Als Lebenswelten werden hierbei abgrenzbare soziale Systeme bezeichnet, welche für die Gesundheit bedeutsam sind: Kita, Schule, Pflegeheim, Arbeitsplatz, etc. Die Leistungen der Krankenkassen nach § 20 SGB V setzen im Vorfeld von Erkrankungen an, d.h. dass sowohl gesundheitliche Risiken verhindert und gemindert (primär Prävention), als auch gesundheitsförderliche Ressourcen und selbstbestimmtes Handeln (Gesundheitsförderung) gestärkt werden sollen. Des Weiteren legt das Gesetz fest, dass die Leistungen darauf ausgerichtet sein müssen, sozial determinierte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Bereich der Gesundheitschancen und die speziellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen berücksichtigen sollen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit zu reduzieren. (GKV-Spitzenverband, 2023)

Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention werden größtenteils von sozial und ökonomisch besser gestellten Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen. Menschen mit sozial bedingt ungünstigerer Lebenslage werden nur schwer erreicht und nutzen Präventionsprogramme seltener. Werden Präventionsprogramme und Strategien allerdings zielgruppenorientiert auf die Lebenslage und Herkunft der Bevölkerungsgruppe ausgerichtet, kann es zu unbeabsichtigten Stigmatisierungen

kommen. Aussichtsreicher erscheint hier ein Ansatz, der in der sozialräumlichen Lebenswelt der jeweiligen Bevölkerungsgruppen verankert ist: der Setting-Ansatz. Dieser ist von zentraler Bedeutung als Umsetzungsstrategie im Bereich der Gesundheitsförderung. (Altgeld & Kolip, 2014) Geene und Rosenbock sehen den Setting-Ansatz als besonders geeignet, um benachteiligte Bevölkerungsgruppen zu erreichen, ohne sie zu stigmatisieren, da sich die Gesundheitsförderung nicht nur der einzelnen Person widmet, sondern der Lebenswelt. Sie bezeichnen den Setting-Ansatz als vergleichsweise wenig diskriminierend. (Geene & Rosenbrock, 2012) Des Weiteren ist der Setting-Ansatz geprägt durch eine enge Verknüpfung von verhaltens- und verhältnispräventiven Interventionen, welche mit Blick auf das Handlungsfeld Ernährung und den Präventionsprinzipien „Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung“ sowie „Vermeidung und Reduktion von Übergewicht“ zielführend ist. (GKV-Spitzenverband, 2023) Auch die Daten des Robert Koch-Institutes zeigen, dass Maßnahmen, die sowohl in der Lebenswelt der Kinder, wie etwa in der Schule (Verhältnisse), als auch bei dem individuellen Ernährungsverhalten ansetzen, häufiger mit positiven Ergebnissen der Interventionen einhergehen. (Robert Koch-Institut, 2020) Die aktuellen Leitlinien zur Adipositas-Prävention im Kindes- und Jugendalter betonen die vielversprechende Wirksamkeit einer Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen. (Wehrauch-Blüher et al., 2018)

Das Setting Schule ist besonders als Ort der Gesundheitsförderung geeignet, da viele Kinder und Jugendliche ganztags betreut werden, dementsprechend einen Großteil ihrer Zeit dort verbringen und vor Ort auch gepflegt werden. (Kuntz et al., 2018a) Somit hat die Schule als Lebenswelt ein großes Potenzial für die Prävention von Übergewicht und Adipositas. In den meisten Bildungseinrichtungen werden Kinder und Jugendliche unabhängig von ihrer sozialen Herkunft erreicht. Zudem können im Setting Schule alle Schüler:innen einer bestimmten Altersstufe niedrigschwellig angesprochen werden. (Robert Koch-Institut, 2020) Insbesondere die Grundschule sollte frühzeitig gesundheitsförderliche Maßnahmen durchführen, da das Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern ab dem Grundschulalter schnell ansteigt und sich die Kinder in dieser Altersklasse noch nicht gegen andere Einflüsse abgrenzen können, wie beispielsweise Werbung oder das Essverhalten ihrer Eltern. (Matern, 2013; Böhler & Dziuk, 2014) Ernährung und Bewegung nehmen im Rahmen der schulischen Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert ein. Auch einem ernährungs- und verbraucherbildungsbezogenen Curriculum, sowie der Gestaltung des Verpflegungsangebotes in Schulen auf Grundlage der Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) wird eine hohe Wichtigkeit beigemessen. (Heseker & Oepping, 2013)

### 2.2.1 Ernährungsbildung im Curriculum der Grundschulen

Ernährungsbildung ist ein lebenslanger Prozess und leistet einen relevanten Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei stellt sie keine reine Wissensvermittlung über Nahrungsmittel und deren Verzehrempfehlungen dar, sie vermittelt auch praktische Kompetenzen und Fertigkeiten sowie Esskultur und Ernährungsverhalten. (Robert Koch-Institut, 2015) Ernährungsbildung im Kindesalter

findet neben der Familie hauptsächlich in den Bildungsstätten statt. Im Setting Schule beinhaltet die formale Ernährungsbildung die Wissensvermittlung im Unterricht, während die informelle Ernährungsbildung im alltäglichen Kontext stattfindet, u.a. durch das gemeinsame Mittagessen sowie dem Angebot der Schulverpflegung, als auch der Essatmosphäre in der Mensa. Schulen sollten die formale und informelle Ernährungsbildung in einem pädagogischen Konzept aufeinander abstimmen und eine gemeinsame Zielführung verfolgen. (Bartsch et al., 2013)

Der Beschluss der Kultusministerkonferenz von 2012 hat festgelegt, dass Ernährungs- und Verbraucherbildung einschließlich der Schulverpflegung als Handlungsfelder zur schulischen Gesundheitsförderung und Prävention in den Unterricht sowie in das Schulleben integriert werden sollen. (Kultusministerkonferenz, 2012) An dieser Stelle sei auf das Forschungsprojekt REVIS (Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung in allgemeinbildenden Schulen, 2003-2005) verwiesen. Dieses hat ein Curriculum für die schulische Ernährungs- und Verbraucherbildung entwickelt, welches Bildungsziele, Kompetenzen und Inhalte für den Unterricht beinhaltet sowie eine pädagogische und didaktische Orientierung umfasst. Das REVIS-Konzept gilt als moderne Ernährungs- und Verbraucherbildung mit natur- und kulturwissenschaftlicher Ausrichtung. (Heseker & Oepping, 2013) Die Studie "Ernährungsbezogene Bildungsarbeit in Kitas und Schulen" von Heseker et al. im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) von 2019 zeigt, dass alle Bundesländer Ernährungsbildung als Bildungsauftrag von Schulen definieren, die Umsetzung in den Curricula jedoch sehr unterschiedlich gehandhabt wird. An Grundschulen findet Ernährungsbildung in der Regel im Sachunterricht statt, wobei praktisches Wissen über Lebensmitteln wie Herkunft, Umgang oder Esskultur in vielen Bundesländern häufig nicht ausreichend vermittelt wird. (Heseker, Dankers & Hirsch, 2019)

In der Hansestadt Hamburg ist Gesundheitsförderung als fächerübergreifender Kompetenzbereich in „Aufgabengebiete“ in den Lehrplan integriert. Dort werden Kompetenzen festgelegt, welche die Schüler:innen am Ende der Jahrgangsstufe 4 erreicht haben sollen. In Bezug auf das Thema Ernährung wird angestrebt, dass die Kinder u.a. einen Überblick über viele verschiedene Lebensmittel gewinnen und die Vor- und Nachteile industrieller Herstellung, regionaler und biologischer Produktion kennen und beurteilen können. Darüber hinaus lernen die Schüler:innen ein Klassenfrühstück oder einen Speiseplan nach gesundheitsförderlichen Kriterien zusammenzustellen. Sie sollen in der Lage sein, Lebensmittel auszuwählen, um eine ausgewogene und gesundheitsförderliche Ernährung zu gewährleisten. (Bildungsplan Grundschule, 2022) In einer aktuellen Untersuchung von Carlsohn, Pfannes und Wiese wurde jedoch herausgefunden, dass lediglich 4,5 % der befragten Grundschulen in Hamburg Ernährungsbildung in ihrem Leitbild aufgeführt haben. (Carlsohn, Pfannes & Wiese, 2021)

Auch wenn Ernährungsbildung in den Curricula der Bundesländer verankert ist, sieht das BMEL aufgrund der Ergebnisse von Heseker et al. u.a. einen Handlungsbedarf in der Aus- und Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte zur Verbesserung der Ernährungsbildung in Schulen. (Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, 2020)

### 2.2.2 Gemeinschaftsverpflegung im Setting Grundschule

Wie bereits beschrieben, ist auch das Verpflegungsangebot von großer Bedeutung für die Gesundheitsförderung im Setting Schule. Im Schuljahr 2020/21 besuchten 2,8 Millionen Kinder eine Grundschule in Deutschland. (Statistisches Bundesamt, 2021) Laut der Ernährungsstudie EsKiMo II der KiGGS Welle 2 von 2017 haben 83 % der Grundschüler:innen die Möglichkeit ein warmes Mittagessen in der Schule zu bekommen. Davon nehmen 56,7 % der Kinder dieses Angebot täglich wahr. (Heide et al., 2019) Eine gesundheitsförderliche und nachhaltige Verpflegung in der Schule hat nicht nur eine große Reichweite, sondern kann sowohl die körperliche als auch die geistige Entwicklung von Kindern fördern und in Verbindung mit Ernährungsbildung die Schüler:innen befähigen, dauerhaft „verantwortungsvoll mit ihrer Gesundheit und den begrenzten Ressourcen dieser Erde“ umzugehen. (DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen, 2022, S. 9) Eine gute Schulverpflegung ist eine vollwertige und gesundheitsfördernde Verpflegung, welche die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Kinder stärken und zugleich die Entwicklung von Übergewicht sowie anderen ernährungsbedingten Krankheiten und Beschwerden vorbeugen kann. (Heseker & Oepping, 2013) Der „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen“ bietet dafür die geeignete Grundlage. Dieser Qualitätsstandard basiert auf aktuellen wissenschaftlichen Daten und orientiert sich an den Referenzwerten des Länderverbund Deutschland, Österreich und Schweiz (D-A-CH) für die Nährstoffzufuhr sowie den daraus abgeleiteten lebensmittelbezogenen Ernährungsempfehlungen für Kinder. Demnach sind diese Maßstäbe ausschlaggebend für eine optimale, gesundheitsfördernde und nachhaltige Verpflegung: Gestaltung der Verpflegung, ernährungsphysiologische Anforderungen, Qualität und Auswahl der Lebensmittel, Nachhaltigkeit und andere Rahmenbedingungen. Der DGE-Qualitätsstandard dient zudem als Instrument der Qualitätsentwicklung und kann zum Aushängeschild der Schule werden. (DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen, 2022, S. 15)

Die Untersuchungen der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW) im Auftrag des BMEL im Rahmen einer bundesweiten Erhebung zur Qualität der Schulverpflegung in Deutschland haben ergeben, dass in der Schulverpflegung Verbesserungsbedarf besteht und die Empfehlungen der DGE oftmals nicht umgesetzt werden. So bietet etwa ein Drittel der befragten Schulen nicht täglich Gemüse an, in vielen Schulen wird zu oft Fleisch serviert wohingegen Seefisch oftmals zu selten auf dem Speiseplan steht. Zudem wird die empfohlene Mittagspausezeit von 45 Minuten nur selten erreicht. (Arens-Azevêdo et al., 2015) Auch der Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft Cem Özdemir sieht einen großen Verbesserungsbedarf und bezeichnet es als eine

„Peinlichkeit“, dass es in Deutschland (als viertgrößte Volkswirtschaft der Welt) immer noch Kinder gibt, die nicht täglich mindestens ein gesundes Essen in der Schule bekommen. „Das sollte in einer Ganztagschule [...] eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein.“ (Özdemir, 2022)

### 2.2.3 Bestehende Konzepte der Ernährungsbildung im Setting Grundschule

Im Folgenden werden exemplarisch vier bestehende gesundheitsförderliche Konzepte für Kinder dargestellt. Diese Konzepte werden an Grundschulen durchgeführt und unterstützen u.a. die Ernährungsbildung im Unterricht.

#### **„Ich kann kochen!“**

"Ich kann kochen!" ist eine deutschlandweite Ernährungsinitiative, die von der Sarah Wiener Stiftung und der Krankenkasse BARMER ins Leben gerufen wurde. Das Hauptziel ist Kindergarten- und Grundschulkindern grundlegende Kochfertigkeiten und Ernährungskompetenzen beizubringen und sie dadurch für eine ausgewogene Ernährung zu begeistern. Das Programm kann in unterschiedlichen Formaten in den Bildungseinrichtungen durchgeführt werden, beispielsweise als Koch- und Ernährungskurse oder Projektwochen. Durch praxisnahe und kostenfreie Fortbildungen und digitale Lernangebote werden pädagogische Fachkräfte und Lehrkräfte zu „Genussbotschafter:innen“ ausgebildet, mit Kindern Lebensmittel zu erkunden und gemeinsam zu kochen. Die „Genussbotschafter:innen“ haben kostenfreien Zugriff auf Rezepte und Bildungsmaterialien. Zudem bekommen sie regelmäßig E-Mails mit weiteren Informationen und Hilfestellungen. (Sarah Wiener Stiftung, 2019) Für die entstehenden Lebensmittelkosten können die Einrichtungen 500 Euro Förderung durch die BARMER beantragen. Seit dem Start im Jahr 2015 hat "Ich kann kochen!" mehr als eine Million Kinder erreicht. Die positive Wirkung der Initiative wurde wissenschaftlich evaluiert. (Barmer, 2023) Die Zusammenarbeit mit den Eltern hat einen hohen Stellenwert. Die „Genussbotschafter:innen“ erhalten umfassende Anleitungen zur aktiven Einbeziehung der Eltern und können zudem ausgearbeitete Präsentationen für Elternabende nutzen. Für die Erziehungsberechtigten wurde das digitale Angebot der "Familienküche" eingeführt. Dort bekommen Eltern kostenfreie Rezepte, Bildungsmaterialien und Informationen zur Verfügung gestellt, welche die Familien im Alltag unterstützen und die gemeinsame Freude am Kochen und Essen fördern. (Sarah Wiener Stiftung, 2021) In Hamburg nehmen 66 Grundschulen sowie insgesamt 112 Kitas an dem Programm „Ich kann kochen!“ teil. (Behörde für Schule und Berufsbildung, 2023)

#### **„Der Ernährungsführerschein“**

„Der Ernährungsführerschein“ des Bundeszentrums für Ernährung richtet sich an Grundschulkindern im Alter von etwa 8 bis 10 Jahren. Das Ziel des Programms ist es, Kindern Ernährungswissen und -fähigkeiten beizubringen. Durch praktische Übungen wie das Zubereiten von einfachen Mahlzeiten und Snacks sollen die Kinder langfristig zu einer gesunden Ernährung und einem bewussten

Essverhalten befähigt werden. Das Konzept beinhaltet fertig ausgearbeitete Unterrichtseinheiten für sechs bis sieben Doppelstunden im Rahmen des regulären Unterrichts. Das Programm wird von engagierten Lehrkräften in den Klassenräumen durchgeführt. Dabei begleitet das Maskottchen „Kater Cook, der clevere Küchenmeister“ die Kinder bei allen Modulen bis hin zur schriftlichen und praktischen Lernkontrolle inklusive Führerscheinübergabe. Das Medienpaket mit allen Unterrichtsstunden zur selbstständigen Durchführung kostet einmalig 40 Euro. Die Lehrkräfte können optional kostenfreien Fortbildungen und Infoveranstaltungen beiwohnen. Die Eltern werden angehalten, ihren Kindern Lebensmittel und Arbeitsgeräte für die Stunden mitzugeben und die Rezepte zuhause nachzukochen. Des Weiteren werden sie durch Elternbriefe informiert und zu den praktischen Prüfungen eingeladen, bei denen die Nachwuchsköch:innen für die Gäste kochen. Seit 2007 hat „Der Ernährungsführerschein“ mehr als eine Million Kinder bundesweit erreicht und wurde im Jahr 2011 zuletzt evaluiert. (Bilo & Hoffmann, 2022)

### **„Gesund macht Schule“**

„Gesund macht Schule“ wurde von der Ärztekammer Nordrhein 1995 entwickelt und wird seit 2001 mit der Krankenkasse AOK Rheinland/Hamburg als Kooperationspartner umgesetzt. Das Programm hat das Ziel, Grundschulen bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu unterstützen. Dabei zielt „Gesund macht Schule!“ darauf ab, Schüler:innen frühzeitig für eine gesunde Lebensweise zu sensibilisieren und bietet vielfältige Möglichkeiten für die Lehrkräfte, gesundheitsfördernde Strukturen und Inhalte spielerisch in den Schulalltag zu integrieren. Das Programm umfasst folgende Themenschwerpunkte:

- Menschlicher Körper / Beim Arzt
- Essen und Ernährung
- Bewegung und Entspannung
- Sexualerziehung
- Ich-Stärkung / Suchtprävention

Zu jedem Schwerpunkt hält das Programm umfangreiches Material für den Unterricht bereit. Lehrkräfte und pädagogisches Fachpersonal erhalten Fortbildungen zu den Programmenthemen, damit sie diese erfolgreich in den Unterricht und den Ganztagsbereich integrieren können. (Konzept - Gesund macht Schule, 2020) Der Programmbaustein „Essen und Ernährung“ beinhaltet die Ernährungsbox „Ernährungskünstler – forschen, kochen und genießen!“ mit Materialien für den Unterricht und didaktischen Hinweisen. Zusätzlich zu dem gemeinsamen Klassenfrühstück können die Kinder in den Koch- und Back-AGs Mahlzeiten zubereiten. Der Fokus liegt jedoch verstärkt auf der theoretischen Ernährungsbildung. (Ernährung - Gesund macht Schule, 2020) Ein besonderes Merkmal des Programms besteht darin, dass Ärzt:innen ehrenamtlich Patenschaften für die Schulen übernehmen. Sie begleiten mit ihrer Expertise einzelne Klassen und unterstützen sie bei der Elternarbeit. Für die Eltern

gibt es kostenfreie Ratgeber, sowie Elternbriefe und Newsletter, welche die Erziehungsberechtigten über die Gesundheitsthemen aufklären und über den aktuellen Stand der Umsetzung des Programms informieren. Des Weiteren ist es gewünscht, dass die Eltern sich einbringen und die Umsetzung der Gesundheitsziele aktiv mitgestalten. „Gesund macht Schule!“ ist für Grundschulen in NRW, Hamburg und Sachsen-Anhalt kostenfrei. Im Schuljahr 2020/2021 haben 344 Grundschulen an dem Setting-Programm teilgenommen, davon 305 im Rheinland, 22 in Sachsen-Anhalt und 17 Grundschulen im Hamburg. (Konzept - Gesund macht Schule, 2020) Das Konzept des Programms wurde bereits 2002-2005 evaluiert. Zudem finden jährliche Evaluationsprozesse aller Beteiligten in Form von standardisierten Fragebögen statt. (Gesundheitliche Chancengleichheit: Detailseite, 2014)

### **„DIE RAKUNS – Das gesunde Klassenzimmer“**

"DIE RAKUNS – Das gesunde Klassenzimmer" ist ein deutschlandweites Programm der Stiftung Kindergesundheit und der IKK classic zur Gesundheitsförderung in Grundschulen. Es verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, um die Gesundheitskompetenzen der Schüler:innen der 1. bis zur 4. Klasse zu fördern und sie für einen gesunden Lebensstil zu begeistern. Dies wird zum einen als Verhaltensprävention im Unterricht umgesetzt. (Gesundheitsbildung in Grundschulen - DIE RAKUNS, o.J.) Die Lehrkräfte erhalten dafür ausgearbeitete Stundenentwürfe und können eigenständig entscheiden, welchen Umfang die Module in ihrem Unterricht einnehmen: wöchentlich, blockweise oder als Projektwoche. Die Programmdurchführung kann auf ein bis zwei Schuljahre ausgedehnt werden. Inhaltlich decken die Einheiten die Bereiche Ernährung, Körperpflege, Selbstwahrnehmung, Bewegung und Medienbildung ab. Neben dem regelmäßigen gemeinsamen Klassenfrühstück und der Herstellung von gesunden Snacks, können die Kinder in Koch- und Back-AGs im Ganztagsbereich in der Küche gesunde Mahlzeiten zubereiten. (Umsetzung im Klassenzimmer, o.J.) Zum anderen unterstützt das Programm auf verhältnispräventiver Ebene die Schulen dabei, eine gesundheitsförderliche Umgebung zu gestalten und eine "Gesunde RAKUNS-Schule" zu werden. Die Schulen erhalten ausgearbeitete und erprobte Materialien zur Umsetzung der Maßnahmen. (Umsetzung in der Schule, o.J.) Die Eltern werden in das Programm eingebunden, indem sie regelmäßig Elternbriefe mit Ratschlägen und Anleitungen zur Stärkung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in der Familie erhalten. Darüber hinaus haben die Erziehungsberechtigten Zugang zu einer digitalen Sammlung von Gesundheitstipps mit diversen Elementen wie beispielsweise Kinderquizen, Experimenten und Ideen für Bewegungspausen. (Kindergesundheit fördern | Programm | DIE RAKUNS, o.J.) Für Grundschulen ist "DIE RAKUNS – Das gesunde Klassenzimmer" kostenlos. Bislang wurden 500.000 Kinder an über 4.000 Schulen bundesweit erreicht und die Wirksamkeit des Programms regelmäßig belegt. (Gesundheitsbildung in Grundschulen - DIE RAKUNS, o.J.)

Das gemeinsame Ziel dieser Konzepte ist es, Kindern ein besseres Verständnis für gesunde Ernährung zu vermitteln und ihnen praktische Fähigkeiten im Kochen näher zu bringen. Die Konzepte

werden in Grundschulen – meist in Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und Expert:innen – umgesetzt und tragen dazu bei, die Ernährungsbildung zu verbessern und die Gesundheit der Kinder zu fördern. „Ich kann kochen!“ und „Der Ernährungsführerschein“ haben den Fokus auf Ernährung und verfolgen das Ziel, Kindern Wissen über gesunde Ernährung und Lebensmittel zu vermitteln, um ihre Ernährungskompetenzen zu steigern. Dabei liegt der Schwerpunkt der Programme verstärkt auf dem Erlernen von praktischen Kochfertigkeiten. „Gesund macht Schule“ und „DIE RAKUNS – Das gesunde Klassenzimmer“ hingegen verfolgen ganzheitliche Ansätze, in denen Ernährungsbildung als ein Schwerpunkt integriert ist. Die Programme zielen darauf ab, Gesundheits- und Ernährungsbildung in Schulen zu unterstützen.

### 2.3 Programm Plietsche Kinderküche

Im folgenden Abschnitt erfolgt eine umfassende Darstellung einer weniger verbreiteten Maßnahme für Ernährungsbildung im Setting Grundschule: Das Hamburger Programm *Plietsche Kinderküche* wird detailliert vorgestellt, um im darauffolgenden Schritt analysiert zu werden.<sup>1</sup>

*Plietsche Kinderküche* ist ein Programm des gemeinnützigen Vereins SchlauFox e.V. aus Hamburg. Seit 2010 unterstützt es die Ernährungsbildung an Hamburger Grundschulen. Durchgeführt wird das Programm von ehrenamtlichen Kursleitungen, die durch hauptamtliche Expert:innen von SchlauFox akquiriert, qualifiziert, begleitet und beraten werden. *Plietsche Kinderküche* ist als (Koch-)Kurs in der Nachmittagsbetreuung der Schulen organisiert. Dabei kooperiert das Programm primär mit Schulen mit einem niedrigen Sozialindex (hoher Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund, Förderstatus, Inklusionsstatus). Der Sozialindex beschreibt die sozialen Rahmenbedingungen einer Schule und bewertet die sozioökonomische Zusammensetzung der Schüler:innenschaft anhand einer Skala von 1 bis 6. Eine Bewertung von 1 steht hierbei für Schulen, die in der Regel Schüler:innen aus niedrigeren sozioökonomischen Verhältnissen unterrichten, während eine Bewertung von 6 Schulen charakterisiert, die Schüler:innen aus höher gestellten sozioökonomischen Verhältnissen aufnehmen. (Bildungsbehörde passt Sozialindex an aktuelle Lage an, 2021) Im Schuljahr 2022/2023 wurde *Plietsche Kinderküche* an sechs Grundschulen in Hamburg durchgeführt und erreichte mit acht Kochkursen in einem ganzen Schuljahr rund 160 Kinder.

In Bezug auf die Reichweite unterscheidet sich das Programm erheblich von bestehenden Konzepten aus Kapitel 2.2.3. Während die anderen Programme in mehreren Bundesländern oder teilweise bundesweit umgesetzt werden und jedes Jahr zahlreiche Kinder erreichen, beschränkt sich *Plietsche Kinderküche* ausschließlich auf das Stadtgebiet Hamburgs und ist auf ausgewählte Schulen begrenzt. Diese Beschränkung ist auf die intensive Zusammenarbeit mit den Ehrenamtlichen, die

---

<sup>1</sup> Da bislang keine vertiefenden Veröffentlichungen zu *Plietsche Kinderküche* vorliegen, basiert die folgende Darstellung des Programms auf internen Informationen der Autorin, auf die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit als Projektkoordination zugreifen kann.

eingeschränkten finanziellen Ressourcen der gemeinnützigen Organisation sowie die spezifische Zielgruppe des Programms zurückführen. Bislang wurde die Wirkung des Programms nicht abschließend untersucht. Die Universität Hamburg führt derzeit eine externe Evaluation im Schuljahr 2023/24 durch, bei der die teilnehmenden Kinder zu Beginn und nach Abschluss des Kochkurses nach 6 Monaten u.a. schriftlich befragt werden. *Plietsche Kinderküche* hebt sich als das einzige Konzept hervor, welches gezielt auf Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status ausgerichtet ist.

### 2.3.1 Ziele und Zielgruppen

Das vorrangige Ziel von *Plietsche Kinderküche* ist es, sozioökonomisch benachteiligte Kinder nachhaltig für gesunde, ausgewogene Ernährung zu sensibilisieren und ihnen spielerisch Wissen zu vermitteln. Dadurch sollen die gesundheitsförderlichen Kompetenzen der Schüler:innen gestärkt und ein gutes Ernährungsverhalten frühzeitig gefördert werden. Auch das Erlernen handwerklicher Grundlagen der Nahrungszubereitung, die Entwicklung von Selbständigkeit und die langfristige Verfestigung des Wissens sowie der Transfer in den Alltag sind Ziele des Programms. *Plietsche Kinderküche* zielt langfristig darauf ab, Mangel- und Fehlernährung bei der Zielgruppe vorzubeugen und die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Zudem verfolgt *Plietsche Kinderküche* die Intention, den Kindern Freude am gemeinsamen Kochen und Essen näher zu bringen.

Die Hauptzielgruppe von *Plietsche Kinderküche* sind Grundschüler:innen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen im Alter zwischen 8 und 10 Jahren. Um diese Zielgruppe zu erreichen, findet *Plietsche Kinderküche* insbesondere an Schulen mit einem niedrigem Sozialindex ( $\leq 3$ ) statt. Darüber hinaus kooperiert das Programm mit Schulen, die im Einzugsgebiet sozialer Brennpunkte liegen oder einen besonderen Förderschwerpunkt verfolgen. Zu den erweiterten Zielgruppen zählen neben den ehrenamtlichen Kursleitungen auch die Erziehungsberechtigten der Kursteilnehmenden sowie die Lehrkräfte der Kooperationsschulen. Durch die Umsetzung des Programms wird ein Bewusstsein für Gesundheit und Ernährung geschaffen.

### 2.3.2 Umsetzung und Inhalt

Umgesetzt wird *Plietsche Kinderküche* als Kooperation von Schule, Ehrenamtlichen sowie der Begleitung der hauptamtlichen Expert:innen. Das Programm wird in den Grundschulen als Kurs im Ganztagsbereich angeboten, welchen die Schüler:innen frei wählen können. Zwei ehrenamtliche, von SchlaufFox e.V. qualifizierte Kochkursleitungen führen wöchentliche Kochkurse in der Schulküche mit jeweils 10 Kindern für ein Schulhalbjahr durch. In dem gesamten Schuljahr 2022/23 wurden an sechs Kooperationsschulen in den Stadtteilen Sternschanze, Dulsberg, Altona, Neustadt und Wilhelmsburg acht Projekte (Kurse) durchgeführt. 16 ehrenamtliche Kochkursleitungen bereiteten mit 160 Kindern ca. 3.000 ausgewogene Mahlzeiten im gesamten Schuljahr zu.

*Plietsche Kinderküche* besteht aus drei Bausteinen, die die Ernährungsbildung ganzheitlich fördern:

- Wöchentliche Kochkurse
- ein Ausflug zu einem Bio-Bauernhof
- ein Abschlussessen mit den Eltern und einer Ernährungsexpertin

In den wöchentlichen Kochkursen lesen die Schüler:innen gemeinsam das Rezept, um es danach schrittweise umzusetzen. Die Kinder haben die Möglichkeit viel auszuprobieren und sollen die Rezepte möglichst eigenständig zubereiten. Sie lernen Schneidetechniken, sowie Messeinheiten und unterschiedliche Zubereitungsformen (dünsten, braten, kochen, etc.) kennen. Die Kursleitungen unterstützen dabei und stehen beaufsichtigend in beratender Funktion zur Seite. Des Weiteren wird bei den Kochkursen durch Methoden in Form von Spielen, Blindverkostungen oder Quizzen spielerisch ein Grundlagenwissen vermittelt. Diese Impulse fördern die Begeisterung an gesunder Ernährung. Die Ehrenamtlichen haben kostenfrei Zugriff zu einer digitalen Plattform, auf der alle Materialien verfügbar sind.

Pro Schulhalbjahr finden durchschnittlich 18 Kocheinheiten statt, welche die folgenden vier Themenschwerpunkte abdecken. In dem ersten Themenblock „Die Welt der Kräuter und Gewürze“ lernen die Kinder Kräuter und Gewürze kennen. Sie können bei der Zubereitung u.a. von einem Gemüsecurry mit Kurkuma-Reis mit den Gewürzen experimentieren und sich langsam an die Geschmäcker herantasten. Der zweite Themenbereich „Vom Korn zum Mehl und weiter“ befasst sich mit Getreidesorten, der Herstellung von Mehl sowie den Unterschieden von Vollkorn- und Weißmehlprodukten. Die Nachwuchs-Köch:innen backen in diesen Stunden Brötchen, stellen Granola her und lernen diverse Haferprodukte kennen. Der dritte Schwerpunkt „Fast Food mal anders“ dient dazu, die Kinder dafür zu sensibilisieren, dass industriell hergestelltes Fast Food nicht gesund ist. Den Schüler:innen werden Optionen gezeigt, wie vitaminreich selbstgemachtes Fast Food sein kann - beispielsweise in Form von veganen Bohnen-Burgern. In den Kurseinheiten wird auch der Frage nachgegangen, wie sich der Konsum von Fleisch auf das Klima auswirkt. Des Weiteren werden gekaufte und selbstgemachte Gerichte miteinander verglichen, um zu demonstrieren, wie viel Zucker sich etwa in Ketchup und Fruchtquark verstecken. Im vierten Themenbereich „Vom Feld auf den Teller“ werden diverse Obst- und Gemüsesorten vorgestellt und probiert, sowie die Themen Regionalität, Saisonalität und Nachhaltigkeit besprochen.

Der zweite Baustein von *Plietsche Kinderküche* findet als Ausflug einmal pro Halbjahr statt. Hier wird aufgezeigt, wie vielschichtig und spannend das Thema Ernährung ist. Die Schüler:innen lernen beispielsweise auf einem Bio-Bauernhof den Unterschied zwischen konventioneller und biologischer Nutztierhaltung und bekommen einen Einblick in die Landwirtschaft. Dort werden Schweine gefüttert, Erdbeeren geerntet, Äpfel zu Apfelsaft verarbeitet oder frische Eier im Hühnerstall gesammelt. So erfahren die Kinder interessantes über den biologisch-dynamischen Ackerbau und Gemüseanbau.

Außerdem wird ein Bezug zu den Lebensmitteln, die sonst nur aus dem Supermarkt bekannt sind, hergestellt.

Zum Abschluss des Schulhalbjahres werden die Eltern in die Schule eingeladen. Hier kochen die Kinder ein Drei-Gänge-Menü. Im Anschluss an das gemeinsame Essen informiert eine Ernährungsexpertin die Eltern über die Grundlagen ausgewogener Ernährung und gibt niedrigschwellige Anreize für die Umsetzung im hektischen Alltag. Ziel des dritten Programmbausteins ist es, das Wissen um gesunde Ernährung nicht nur bei den Kindern, sondern auch bei den Familien zu erweitern und verfestigen.

### 2.3.3 Kooperationsschulen

Bei den Kooperationsschulen von *Plietsche Kinderküche* handelt es sich um Ganztagsgrundschulen im Raum Hamburg. Die Schulen müssen über eine voll ausgestattete Schulküche verfügen und sollten laut der aktuellen Konzeption einen Sozialindex von 3 nicht übersteigen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Kinder erreicht wird.

Im Schuljahr 2022/2023 wurde *Plietsche Kinderküche* an diesen Grundschulen umgesetzt:

1. Ganztagsgrundschule Fährstraße:  
Stadtteil Wilhelmsburg, Sozialindex 1, ein Projekt
2. Ganztagsgrundschule Sternschanze:  
Stadtteil Sternschanze, Sozialindex 4, zwei Projekte
3. Louise-Schroeder-Schule:  
Stadtteil Altona, neuer Sozialindex 4, zwei Projekte
4. Rudolf-Roß-Grundschule:  
Stadtteil Neustadt, Sozialindex 4, ein Projekt
5. Schule Alter Teichweg:  
Stadtteil Dulsberg, Sozialindex 2, ein Projekt
6. Schule an der Burgweide:  
Stadtteil Wilhelmsburg, Sozialindex 1, ein Projekt

Drei der Kooperationsschulen sind in Folge der Anpassung des Sozialindex der Stadt Hamburg im Jahr 2021 hochgestuft worden und werden nun mit einem Sozialindex von 4 bewertet: Ganztagsgrundschule Sternschanze (alter Sozialindex: 2), Louise-Schroeder-Schule (alter Sozialindex: 3) und Rudolf-Roß-Grundschule (alter Sozialindex: 3). (Bildungsbehörde passt Sozialindex an aktuelle Lage an, 2021) In Bezug auf diese Anpassung ist eine differenzierte Betrachtung erforderlich: Die Ganztagsgrundschule Sternschanze hat Internationale Vorbereitungsklassen (IVK), deren Schüler:innen

neu-zugewandert sind und deren Herkunftssprache nicht Deutsch ist. Einige Kinder der IVKs nehmen trotz mangelnder Deutschkenntnisse erfolgreich an den Kursen von *Plietsche Kinderküche* teil. Bei der Louise-Schroeder-Schule handelt es sich um eine Inklusionsschule. In den Kochkursen gibt es vermehrt Schüler:innen mit besonderem Betreuungs- und Förderbedarf.

Die Ganztagskoordinator:innen der Kooperationsschulen sind verantwortlich für die Kurseinteilung der Schüler:innen zu Beginn eines jeden Schulhalbjahres und pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Programmleitung von *Plietsche Kinderküche*. Insbesondere an den Schulen mit einem höheren Sozialindex erfolgt die gezielt Bitte seitens der Programmleitung, bei der Auswahl der Teilnehmenden die Entscheidungen verstärkt auf die Zielgruppe von *Plietsche Kinderküche* auszurichten. Die Ganztagskoordinator:innen fungieren zudem als Ansprechpersonen für die Ehrenamtlichen bei Problemen, fehlender Küchenausstattung und der Terminabstimmung für die Ausflüge und Abschlussessen.

#### 2.3.4 Organisation, Finanzierung und Personal

SchlauFox e.V. ist als eingetragener Verein organisiert, bei dem neun Mitarbeitende hauptamtlich tätig sind. Der Vorstand besteht aus fünf Personen. Der Verein finanziert sich durch Förderungen von Stiftungen, Spenden und den Mitgliedsbeiträgen. Die Kosten für *Plietsche Kinderküche* setzen sich zusammen aus Personalkosten, Sachkosten, wie zum Beispiel Lebensmittel, Mittel für Ausflüge, Aufwandentschädigungen für zwei Kursleitungen sowie Verwaltungskosten. Die Kooperationsschulen müssen sich mit 20 % an den Kosten beteiligen.

*Plietsche Kinderküche* wird von einer hauptamtlichen Mitarbeitenden geleitet und einer weiteren koordiniert. Die Programmleitung dient als Bindeglied zwischen allen beteiligten Personen (Ehrenamtliche, Kooperationsschulen, Fördernde, etc.). Zudem ist die Leitung zuständig für das Fundraising im Vorfeld des Programms, den Aufbau der Schul-Kooperationen, sowie die Akquise und Betreuung des ehrenamtlichen Teams in pädagogischen, didaktischen und administrativen Fragen. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für die Verwaltung der Programmgelder sowie für die Kommunikation mit den Fördernden, den Kooperationsschulen und der Öffentlichkeitsarbeit. Die strukturelle und inhaltliche Weiterentwicklung gehört ebenfalls zu den Aufgaben der Programmleitung. Die Projektkoordination unterstützt die Programmleitung sowohl bei der Durchführung der Projekte als auch der konzeptionellen Weiterentwicklung.

Bei den Ehrenamtlichen handelt es sich meist um Studierende der Ernährungs- oder Erziehungswissenschaften. Sie führen die wöchentlichen Kochkurse durch, kaufen die Lebensmittel ein und bringen alle benötigten Materialien mit. Außerdem begleiten sie die Kinder bei den Ausflügen und sind für die Planung sowie die Durchführung der Abschlussessen mit den Eltern verantwortlich. Die Kursleitungen sind für die Projektkasse verantwortlich und verwalten das Budget für die Lebensmittel. Da *Plietsche Kinderküche* von ehrenamtlichen Kursleitungen umgesetzt wird und im

Ganztagsbereich integriert ist, ist das Programm somit nicht an das Fachpersonal der Schulen und deren Motivation gebunden, um ernährungsbildende Maßnahmen durchzuführen.

Um eine effektive Zusammenarbeit mit den Schulen gewährleisten zu können, ist die enge Begleitung und Beratung der Ehrenamtlichen durch die Programmleitung entscheidend: SchlauFox e.V. bietet regelmäßige Fortbildungen und Teamsitzungen an. Zudem besucht die Programmleitung mindestens einmal pro Schulhalbjahr die Kurse im Rahmen einer Hospitation. Diese dienen dem Austausch mit den Kursleitungen über ihre Erfahrungen.

## 2.4 Zentrale Fragestellungen der Arbeit

Im Gegensatz zu den bereits etablierten Ansätzen der Ernährungsbildung im schulischen Umfeld, wie sie in Kapitel 2.2.3 vorgestellt wurden, fokussiert das Programm *Plietsche Kinderküche* ausdrücklich die Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Kinder.

In der vorliegenden Arbeit wird die Frage untersucht: „Inwieweit entspricht das Programm *Plietsche Kinderküche* den von der BZgA formulierten Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung?“. Des Weiteren wird der Frage nachgegangen: „Welche konkreten Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen der Programmanalyse ableiten, um *Plietsche Kinderküche* als Konzept der Ernährungsbildung für Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status im Setting Grundschule zu verbessern?“

### 3 Programmanalyse anhand der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Im Folgenden wird anhand der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung untersucht, inwieweit *Plietsche Kinderküche* die Qualitätskriterien erfüllt und durch welche Maßnahmen das Programm gezielt optimiert werden kann, um den Anforderungen der Kriterien besser gerecht zu werden. Dabei setzt sich die Analyse sowohl theoretisch mit dem Programm als auch mit der praktischen Umsetzung an den Kooperationschulen auseinander, um konkrete Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Bei der soziallagenbezogenen Untersuchung wird ein besonderes Augenmerk auf die soziale Benachteiligung und gesundheitliche Ungleichheit gelegt. Der ganzheitliche Ansatz geht unter Berücksichtigung der sozialen Situation der Zielgruppe auf die besonderen Bedürfnisse und Herausforderungen der Menschen ein, um die gesundheitliche Ungleichheit aufgrund des sozialen Status zu verringern. Eine Analyse ohne Soziallagenbezug wäre für *Plietsche Kinderküche* mit der Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Kinder nicht zielführend.

Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wurden 2003 von der BZgA und dem bundesweiten Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit erarbeitet. Sie dienen als Orientierungsrahmen für die Planung und Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, welche auf die Verbesserung der Gesundheitschancen, die durch soziale Faktoren bedingt und beeinflussbar sind, abzielen. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021) Die Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wurden zuletzt 2021 überarbeitet und stellen einen niedrighschwelligigen Qualitätsentwicklungsansatz dar. Sie sind zudem fest verankert in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wie etwa im Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und des Präventionsberichts der Nationalen Präventionskonferenz der Bundesregierung. (GKV-Spitzenverband, 2023; Die Nationale Präventionskonferenz, 2023) Die Kriterien regen nicht nur dazu an, gesundheitsförderliche Aktivitäten weiter aus- und aufzubauen, sondern helfen Entscheidungsträger:innen, Organisationen sowie Fachpersonal dabei, bestehende Maßnahmen stetig zu hinterfragen und weiterzuentwickeln. Zwischen den einzelnen Kriterien bestehen zudem diverse Wechselwirkungen. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021)

## 4 Ergebnisse der Programmanalyse

Im Folgenden wird das Programm analysiert und die Ergebnisse werden aufgeführt. Hierzu werden zunächst die einzelnen Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung sowie deren Umsetzungsstufen kurz zusammengefasst und dargestellt. Im Verlauf wird *Plietsche Kinderküche* mittels der zwölf Kriterien bewertet und zudem auf der Stufenskala verortet. Anschließend wird für jedes Kriterium eine theoretische Empfehlung ausgesprochen. Die konkreten Handlungsempfehlungen für die Praxis, welche aus den Ergebnissen der Untersuchung abgeleitet werden, werden in Kapitel 5.2 umfangreich dargelegt.

### 4.1 Zielgruppenbezug

Das Kriterium „Zielgruppenbezug“ bildet die Grundlage für die Konzeption einer bedarfsgerechten, gezielten Maßnahme. Als Zielgruppe werden die Personen bezeichnet, die erreicht und zudem auch aktiv beteiligt werden sollen. Nach dem Verständnis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung werden Maßnahmen gemeinsam mit der Zielgruppe entwickelt und umgesetzt, um diese zu befähigen, ihr Leben gesundheitsförderlicher zu gestalten.

Die Menschen, die erreicht und beteiligt werden sollen, werden in der Konzeption so konkret wie möglich bestimmt und ihre gesundheitlichen Belastungen wie auch ihre Ressourcen genau beschrieben. Zielgruppen werden überwiegend durch vertikale Merkmale der sozialen Ungleichheit wie Schulbildung, Einkommen und berufliche Stellung beschrieben. Zusätzlich sollten auch horizontale Merkmale berücksichtigt werden, welche zu einer Benachteiligung führen können, wie beispielsweise Geschlecht, Alter, ethnischer Hintergrund, Behinderung oder sexuelle Identität. Aus einer intersektionalen Perspektive lassen sich Zielgruppen nur durch die Kombination aus vertikalen und horizontalen Merkmalen möglichst präzise beschreiben. Als Intersektionalität wird das Zusammenwirken verschiedener Formen von Diskriminierung bezeichnet. (Bührmann, 2020)

Das Kriterium „Zielgruppenbezug“ ist in drei Stufen eingeteilt:

- Stufe 1: Beschreibung der Zielgruppen anhand der gesundheitlichen, aber nicht sozialen Lage
- Stufe 2: Beschreibung der Zielgruppen anhand der Merkmale sozialer Benachteiligung
- Stufe 3: Genaue Beschreibung der Zielgruppen, ihrer gesundheitlichen und sozialen Lage, ihrer sozialen Diversität und ihrer Ressourcen

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021a)

#### **Bewertung**

Bei *Plietsche Kinderküche* wird die Hauptzielgruppe der Grundschüler:innen aus sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen über die vertikalen Merkmale der sozialen Benachteiligung definiert.

Dazu gehören Kinder aus Familien mit sehr niedrigem Einkommen, mit Migrationsbiografie in schwieriger sozialer Lage sowie in strukturschwachen Wohnregionen. Dabei werden ernährungsbedingte Belastungen und Probleme bei dieser Zielgruppe aufgrund der aktuellen Studienlage impliziert (vgl. Kapitel 2.1.2). Horizontale Merkmale von Ungleichheit werden bei *Plietsche Kinderküche* kaum berücksichtigt: Geschlecht, ethnischer Hintergrund, Behinderung oder sexuelle Identität spielen keine Rolle. Das Alter der Zielgruppe hingegen wird bei der Maßnahme klar definiert. In der praktischen Umsetzung können die Kinder der dritten und vierten Klassen der Kooperationschule den Kurs zu Beginn des Schulhalbjahres freiwillig auswählen. Da maximal zehn Personen teilnehmen können und der Kochkurs sehr beliebt ist, entscheidet die Schule in letzter Instanz, welches Kind an *Plietsche Kinderküche* teilnehmen darf. Diese Entscheidung wird primär auf organisatorischer Basis als auf der Grundlage des Zielgruppenbezugs getroffen. Dies führt dazu, dass obwohl *Plietsche Kinderküche* an Grundschulen mit einem Sozialindex  $\leq 3$  umgesetzt wird, teilweise Kinder aus Familien mit höherem sozialem Status teilnehmen, da sie den Kochkurs gewählt haben. *Plietsche Kinderküche* ist somit auf Stufe 2 des Kriteriums „Zielgruppenbezug“ zu verorten.

### **Empfehlung**

Um die Hauptzielgruppe besser erreichen zu können, müsste *Plietsche Kinderküche* vermehrt an Schulen mit einem Sozialindex  $\leq 2$  durchgeführt werden, wie beispielsweise in sozialen Brennpunkten. Stufe 3 kann dadurch jedoch nicht erreicht werden.

## **4.2 Konzeption**

Die „Konzeption“ ist die theoretische Grundlage: Sie beschreibt präzise die Ziele, die Zielgruppen sowie weitere Beteiligte. Sie begründet die gewählten Strategien und Methoden der Maßnahme, welche die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit fördern sollen. Des Weiteren geht die Konzeption auf die Dauer und den Umfang des Kontakts zur Zielgruppe ein wie auch auf das Setting, in dem die Aktivität durchgeführt wird. Eine gute Konzeption ist auf Ergebnissen von Bedürfnis- und Bedarfsanalysen sowie Aspekten von sozialer Lage sowie Diversität aufgebaut. Sie beinhaltet nach Möglichkeit alle zwölf Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. Die Konzeption sollte sowohl die Optionen, welche Ungleichheiten aufgrund von vertikalen und horizontalen Merkmalen verringern, als auch deren Intersektionalität beachten. Zudem sollte die Konzeption als Leitlinie dienen, die Maßnahme zu dokumentieren und evaluieren. Dabei ist sie allen Mitarbeitenden bekannt und wird mit der Zielgruppe sowie weiteren Beteiligten bedarfs- und bedürfnisorientiert immer weiterentwickelt.

Das Kriterium „Konzeption“ ist in drei Stufen eingeteilt:

- Stufe 1: Konzeption ohne Sozillagenbezug
- Stufe 2: Konzeption mit punktuellen Sozillagenbezug
- Stufe 3: Konzeption mit systematischem Sozillagenbezug

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021b)

### **Bewertung**

Die Konzeption von *Plietsche Kinderküche* beschreibt, an welche Zielgruppe (und Multiplikationspersonen) sich die Maßnahme wendet. Ihre Belastungen und Ressourcen werden allgemein benannt. Die Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit ist ein erwarteter Nebeneffekt, wird jedoch nicht systematisch angestrebt. Die Träger-Organisation unterstützt zwar die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit in der Maßnahme, das zentrale Ziel von SchlauFox e.V. ist allerdings Bildungsgerechtigkeit. Des Weiteren wird die Zielgruppe maximal auf einer Vorstufe der Partizipation einbezogen. Es findet keine Partizipation im Vorfeld statt. Im Fall von *Plietsche Kinderküche* wird das Konzept von den Kooperationsschulen in den Ganztagsbereich integriert und von den qualifizierten Ehrenamtlichen umgesetzt. Die ehrenamtlichen Kochkursleitungen sowie die Grundschulen kennen ausschließlich eine stark verkürzte Version der Konzeption. *Plietsche Kinderküche* ist somit als Konzeption mit punktuellm Sozillagenbezug auf Stufe 2 zu verorten.

### **Empfehlung**

Die Zielgruppen, die Kinder, die Kursleitungen, die Erziehungsberechtigten und die Lehrkräfte, könnten stärker in die Weiterentwicklung der Konzeption des Programms einbezogen werden, wie beispielsweise durch regelmäßige Befragungen. Stufe 3 kann dadurch jedoch nicht erreicht werden.

## **4.3 Setting-Ansatz**

Der „Setting-Ansatz“ zielt darauf ab, unter der aktiven Beteiligung der Zielgruppe in allen Phasen der Planung und Umsetzung der Aktivitäten gesunde Lebenswelten zu gestalten. Dabei geht es darum, ein gesamtumfassendes, gesundheitsförderndes Setting zu schaffen und nicht nur Gesundheitsförderung in Form von einzelnen Projekten im Setting anzusetzen. Wichtig ist, dass die Handlungsmöglichkeiten, Kompetenzen und Ressourcen der Menschen, die im Setting leben, spielen, lernen, arbeiten etc. gestärkt werden und eine kontinuierliche sowie professionelle Koordinierung aller Aktivitäten stattfindet.

Das Kriterium „Setting-Ansatz“ ist in drei Stufen eingeteilt:

- Stufe 1 (Vorstufe): Im Setting werden verhaltensbezogene Informationen vermittelt
- Stufe 2 (Setting-Orientierung): Im Setting werden vereinzelt Strukturveränderungen umgesetzt
- Stufe 3 (Setting-Ansatz): Im Setting wird ein partizipativer, koordinierter Prozess der gesundheitsfördernden Strukturentwicklung umgesetzt

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021c)

### **Bewertung**

Bei dem Programm *Plietsche Kinderküche* handelt es sich um eine gesundheitsförderliche

Maßnahme im Setting Schule. Das Setting wird dabei lediglich genutzt, um die Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Grundschüler:innen zu erreichen und Informationen zum Thema Ernährung zu vermitteln. Nachhaltige Veränderungen in dem Setting sind kein Bestandteil des Programms. Es handelt sich hierbei um eine Vorstufe des Setting-Ansatzes. Somit kann das Programm auf Stufe 1 verortet werden.

### **Empfehlung**

Um höhere Stufen erreichen zu können, müsste das Programm in Zusammenarbeit mit den Schulen, die Lebenswelt der Schüler:innen systematisch und dauerhaft gesundheitsförderlich gestalten, etwa durch verhältnisbezogene Strukturveränderungen.

## **4.4 Empowerment**

Als „Empowerment“ wird der Prozess bezeichnet, die individuellen Kompetenzen von Menschen zu stärken sowie deren Handlungspotenzial zu steigern, um die sozialen Rahmenbedingungen für ein selbstbestimmtes Leben zu verbessern. Dabei ist es wichtig, die Diversität der Beteiligten und deren Lebenslagen in den Blick zu nehmen und dementsprechende Unterstützung anzubieten, damit für alle Teilnehmenden eines Programms die Voraussetzungen geschaffen werden können, ihre Ressourcen zu entdecken, diese weiterzuentwickeln und praktisch umsetzen zu können – sowohl individuell als auch gemeinschaftlich.

Das Kriterium „Empowerment“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Vorstufe:
  - o Stufe 1: Es werden Möglichkeiten geschaffen, eigene Anliegen zu formulieren
- Individuelle Ebene:
  - o Stufe 2: Einzelanliegen werden zum gemeinsamen Thema gemacht
  - o Stufe 3: Gezielter Ressourceneinsatz erweitert Handlungsspielräume
- Kollektive Ebene:
  - o Stufe 4: Selbstorganisation verstetigt die Durchsetzung eigener Anliegen

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021d)

### **Bewertung**

Die Kochkursleitungen werden von der Programmleitung von *Plietsche Kinderküche* angehalten, die Kinder im Kochkurs zu bestärken, unbekannte Lebensmittel zu kosten, Schäl- und Schneidetechniken auszuprobieren und Rezepte möglichst eigenständig zuzubereiten. Abhängig von den individuellen Kompetenzen der Kinder sollen die Kursleitungen beobachten oder mehr Hilfestellung leisten, wenn es nötig ist. Die sozialen Ressourcen der Kinder werden durch die Zusammenarbeit in der Gruppe gefördert, denn nur wenn alle Kinder mitkochen und ihre Aufgaben erledigen, kann die Gruppe am Ende des Kochkurses eine selbst geschaffene Mahlzeit gemeinsam zu sich zu nehmen.

Die daraus resultierende Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung fördert zudem die personellen Ressourcen. Im Sinne von „Empowerment“ wird das Handlungspotential der Kinder durch die Stärkung der individuellen Ressourcen und Kompetenzen gefördert und befähigt sie, sich gesundheitsförderlicher zu ernähren sowie gesunde Mahlzeiten eigenständig zuzubereiten. Der Handlungsspielraum der Kinder wird durch gezielten Ressourceneinsatz erweitert. Per Definition der Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung von „Empowerment“ ist *Plietsche Kinderküche* auf Stufe 3 zu verorten.

### **Empfehlung**

Für dieses Kriterium wird keine Empfehlung ausgesprochen, da eine Steigerung auf Stufe 4 nicht vereinbar mit dem Alter der Teilnehmenden und dem System Schule ist.

## **4.5 Partizipation**

„Partizipation“ ist ein Prozess, in dem die angesprochenen Personengruppen Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen gewinnen, um mehr Einfluss auf Entscheidungen nehmen zu können. Dabei sollen die Beteiligten in allen Phasen der gesundheitsförderlichen Maßnahme ihre individuellen sowie gemeinschaftlichen Bedürfnisse, Ideen und Wünsche formulieren und einbringen können. Partizipation bewirkt, dass sich Maßnahmen besser verbreiten und nachhaltiger wirken.

Da „Partizipation“ vom Setting sowie von der möglichen Teilhabe der Beteiligten abhängt und sich dies oftmals stark unterscheidet, gibt es keinen Standard für Partizipation. Eine möglichst umfassende Beteiligung im Rahmen der Möglichkeiten ist jedoch bei jeder Maßnahme anzustreben – so werden etwa Kindern weniger Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen angeboten. Eine zielgruppengerechte und niedrigschwellige Partizipation ermöglicht es auch Menschen, die aufgrund diverser Zugangshürden weniger Teilhabe erfahren, sich zu beteiligen und wirkt somit dem Präventionsdilemma entgegen. Des Weiteren sollten die Partizipationsmöglichkeiten möglichst frühzeitig angeboten werden mit anschaulichen Perspektiven und die Personen sollten über die weiteren Mitbestimmungsoptionen im Verlauf der Maßnahme informiert werden, um das Partizipationsparadox zu verhindern. Dieses besagt, dass sich der Wunsch nach Beteiligung antiproportional zu den Einflussmöglichkeiten verhält: je größer diese sind, desto kleiner ist der Wunsch nach Partizipation und umgekehrt wächst der Wunsch mitzuentcheiden bei sinkenden Möglichkeiten.

Das Kriterium „Partizipation“ ist in sechs Stufen eingeteilt:

- Vorstufen:
  - o Stufe 1: Information
  - o Stufe 2: Anhörung
  - o Stufe 3: Einbeziehung
- Partizipation:

- Stufe 4: Mitbestimmung
- Stufe 5: Entscheidungskompetenz
- Über Partizipation hinaus:
  - Stufe 6: Selbstorganisation

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021e)

### **Bewertung**

Der Zielgruppe von *Plietsche Kinderküche* werden aufgrund ihres Alters kaum Einflussmöglichkeiten auf Entscheidungen geboten. Weder die Kinder noch die Ehrenamtlichen, die Eltern oder Vertreter:innen der Kooperationschulen als erweiterte Zielgruppe waren an dem Planungsprozess des Programms aktiv beteiligt. Während der praktischen Umsetzung der Kochkurse können die Kinder Rezeptwünsche in den Kurs einbringen und somit gegebenenfalls die Durchführung aktiv mitgestalten. Sie haben jedoch keine verbindliche Entscheidungsbefugnis. Die Schüler:innen sind während der Kochkurse an allen Phasen der praktischen Umsetzung beteiligt: Rezept lesen, zubereiten, essen, aufräumen. Die ehrenamtlichen Kursleitungen sind nicht an die Rezeptausswahl von *Plietsche Kinderküche* gebunden, sie können eigenständig Rezepte entwickeln und in den Kochkursen umsetzen. Zudem wird bei den Teamsitzungen, Hospitationen und dem Abschlussgespräch das Feedback der Ehrenamtlichen zur Verbesserung der praktischen Umsetzung eingeholt. Inwieweit die Ideen der Kursleitungen in der Konzeption umgesetzt werden, obliegt der Programmleitung. Das Programm ist auf Stufe 4 „Mitbestimmung“ von Partizipation einzuordnen.

### **Empfehlung**

Für dieses Kriterium wird keine Empfehlung ausgesprochen, da Stufe 4 bereits als Erfolg zu verbuchen ist.

## **4.6 Niedrigschwellige Arbeitsweise**

Um eine Arbeitsweise zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit niedrigschwellig umsetzen zu können, sollten die Zugangshürden aus Sicht der Zielgruppe und weiteren Beteiligten reflektiert werden. Barrieren und Zugangshürden für die Teilhabe an der Maßnahme sollten vermieden werden, wie etwa durch barrierefreie, gut erreichbare Räumlichkeiten und einfache Sprache. Zudem sind die Beteiligung der Zielgruppe bei der Planung sowie die Mitwirkung durch Multiplikator:innen wichtige Voraussetzungen für eine niedrigschwellige Arbeitsweise. Um eine niedrigschwellige Arbeitsweise erfolgreich umzusetzen, ist es erforderlich, dass die Leitungsebene der durchführenden Einrichtung die Entscheidung mitträgt und finanziell gewährleistet.

Das Kriterium „Niedrigschwellige Arbeitsweise“ ist in drei Stufen eingeteilt:

- Vorstufe:
  - Stufe 1: Zugangshürden werden unsystematisch überbrückt

- Niedrigschwellige Arbeitsweise:
  - Stufe 2: Zugangshürden werden systematisch, aber ohne direkte Beteiligung der Zielgruppen berücksichtigt
  - Stufe 3: Zugangshürden werden unter Mitarbeit der Zielgruppen beseitigt

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021f)

### **Bewertung**

*Plietsche Kinderküche* ist in der Lebenswelt Schule der Zielgruppe verankert und somit, ohne weiteren bürokratischen Aufwand zu erreichen. Das Programm ist kostenlos für die Zielgruppe, jedoch nicht für die gesamte Zielgruppe zugänglich: Die Kinder müssen eine der sechs Kooperationsschulen in Hamburg besuchen. In der dritten und vierten Klasse haben alle Schüler:innen die Möglichkeit, den Kurs *Plietsche Kinderküche* zu wählen. Die finale Entscheidung und Zuteilung obliegt hier jedoch der Kooperationsschule, d.h. es besteht die Möglichkeit, dass es Kinder gibt, die an dem Kurs teilnehmen möchten, es aber aus organisatorischen Gründen nicht können. Sprachliche Barrieren der Kinder oder ihrer Eltern werden bei Bedarf überbrückt. Die Grundschulen haben selten einen barrierefreien Zugang zu den Schulküchen, diese sind oftmals nur über Treppen erreichbar. *Plietsche Kinderküche* befindet sich auf Stufe 2, da Zugangshürden systematisch, aber ohne direkte Beteiligung der Zielgruppen berücksichtigt werden.

### **Empfehlung**

Für dieses Kriterium kann aufgrund der Institutionalisierung von Schule keine Empfehlung für *Plietsche Kinderküche* ausgesprochen werden.

## 4.7 Multiplikatoren Konzept

Im „Multiplikatoren Konzept“ wird festgelegt, welche Personen(-gruppen) für die Umsetzung und Durchführung der Maßnahme eingebunden und qualifiziert werden. Dabei orientiert sich das Konzept an der Lebenswelt der Zielgruppe und sollte auch in den Strukturen des jeweiligen Settings verankert sein. Einrichtungen und Institutionen der Gesundheitsförderung sind aufgrund von mangelnden finanziellen und personellen Ressourcen in der Regel auf Multiplikationspersonen angewiesen. Dabei können Multiplikationspersonen bestimmte Berufsgruppen, wie beispielsweise Lehrkräfte oder in der Lebenswelt gut vernetzte und akzeptierte Personen sein. Ihre Aufgabe besteht darin, gemeinsam mit den Beteiligten deren gesundheitsförderlichen Kompetenzen aufzubauen. Sie sind zudem Ansprechperson für die Bedürfnisse der Zielgruppen und können nach einer entsprechenden Qualifizierung eigenständig die Entstehung von gesundheitsfördernden Lebenswelten unterstützen.

Das Kriterium „Multiplikatoren Konzept“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Vorstufe:
  - Stufe 1: Multiplikationspersonen werden gewonnen

- Multiplikatoren Konzept:
  - o Stufe 2: Multiplikationspersonen werden geschult
  - o Stufe 3: Multiplikationspersonen werden systematisch betreut und fortgebildet
  - o Stufe 4: Die Arbeit der Multiplikationspersonen wird systematisch evaluiert und das Multiplikatoren Konzept angepasst

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021g)

### **Bewertung**

Bei *Plietsche Kinderküche* sind die relevanten Multiplikationspersonen die ehrenamtlichen Kochkursleitungen, welche für die Umsetzung und Durchführung der Maßnahme eingebunden werden. Bei den Ehrenamtlichen handelt es sich meistens um Studierende der Ökotrophologie oder der Erziehungswissenschaften. Die Kochkursleitungen werden vor Beginn der Kurse in einer Startfortbildung geschult und mit den Zielen, Methoden sowie den Materialien von *Plietsche Kinderküche* vertraut gemacht. Verwendete Materialien wie Rezepte und Impulse werden bereitgestellt und regelmäßig weiterentwickelt. Während der Schulhalbjahre werden die Ehrenamtlichen kontinuierlich begleitet und in Form von Teamsitzungen, Hospitationen und weiteren Fortbildungen beraten. Dies geschieht u.a. mit pädagogischem Schwerpunkt. Im Rahmen der Hospitationen und Abschlussgespräche wird die Arbeit der Multiplikationspersonen reflektiert. Rückmeldungen und Anregungen der Ehrenamtlichen ermöglichen, eine stetige Weiterentwicklung und Verbesserung des Programms. Das Programm *Plietsche Kinderküche* ist zwischen den Stufen 3 und 4 ein zuordnen.

### **Empfehlung**

Um Stufe 4 zu erreichen, müsste *Plietsche Kinderküche* die Mitarbeit der Multiplikator:innen regelmäßig evaluieren und mithilfe der Ergebnisse das Konzept weiterentwickeln. Dies könnte in Form von schriftlichen Befragungen der Kursleitungen, der Erziehungsberechtigten sowie der Lehrkräfte während der Zeit der Zusammenarbeit umgesetzt werden.

## **4.8 Nachhaltigkeit**

Um eine dauerhafte Stärkung der Kompetenzen und Ressourcen der Zielgruppe sowie die Gestaltung langfristiger gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen in den Settings zu erreichen, müssen die Maßnahmen nachhaltig konzipiert sein: verlässlich, zeitstabil und strukturell verstetigt. Dazu gehört u.a. die Sicherstellung von Räumen und Personal sowie die Entwicklung von Kooperationen. Durch die Vernetzung auf kommunaler Ebene könnte eine Maßnahme auch in ein bereits landes- oder bundesweit umgesetztes Programm integriert werden. Zusätzlich müssen im Rahmen des Qualitätsmanagements die Ansätze der Maßnahme regelmäßig reflektiert und gegebenenfalls weiterentwickelt sowie auf die veränderte Problem- und Bedürfnislage der Zielgruppe angepasst werden.

Das Kriterium „Nachhaltigkeit“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Bedarfsgerechte Projektentwicklung:
  - Stufe 1: Der Bedarf für die Maßnahme wird festgestellt
  - Stufe 2: Die Maßnahme wird konzipiert und durchgeführt
- Beleg der Wirksamkeit und Verstetigung:
  - Stufe 3: Die Maßnahme wird erfolgreich durchgeführt, ihre Wirksamkeit wird belegt und die Verstetigung gesichert
  - Stufe 4: Die verstetigte Maßnahme wird kontinuierlich weiterentwickelt

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021h)

### **Bewertung**

Das Programm *Plietsche Kinderküche* wurde mit einem Team aus Expert:innen konzipiert und zum ersten Mal im Jahr 2010 in Hamburg durchgeführt. Aufgrund des großen Interesses und der guten Resonanz der Schulen wird die Maßnahme seitdem erfolgreich umgesetzt. Die Wirkung der Maßnahme ist bislang noch nicht wissenschaftlich belegt. Eine Evaluation durch die Universität Hamburg wird im Schuljahr 2023/24 durchgeführt. Das Programm befindet sich auf dem Übergang von Stufe 2 auf Stufe 3.

### **Empfehlung**

Um die Verstetigung zu sichern, könnte *Plietsche Kinderküche* in längerfristige Maßnahmen auf kommunaler Ebene integriert werden sowie Kooperationen mit Krankenkassen anstreben. Des Weiteren wäre es sinnvoll, großen Unternehmen als Partner:innen für eine langfristige Finanzierung und Durchführung zu gewinnen. Die Wirksamkeit des Programms ließe sich durch die bereits angekündigte externe Evaluation belegen.

## **4.9 Integriertes Handeln**

„Integriertes Handeln“ ist die Voraussetzung für Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene und beinhaltet sowohl integrierte Handlungskonzepte als auch integrierende Vernetzung. Integrierte Handlungskonzepte dienen als Steuerungs- und Koordinierungsinstrumente der Gesundheitsförderung. Sie werden gemeinsam mit Akteur:innen des jeweiligen Settings entwickelt und beinhalten folgende Kernelemente: Problem- und Bedarfsanalyse, Zielsetzung, Maßnahmen zur Erreichung der Ziele, Zeit-, Ablauf- und Umsetzungsplan, Qualitätsmanagement, Dokumentation und Evaluation sowie Kosten- und Finanzierungsplan. Integrierende Vernetzung dient dem Austausch von Informationen und Wissen, sowie der Ergänzung von Ressourcen als auch der Abstimmung gemeinsamer Ziele zwischen den Akteur:innen, Einrichtungen und Institutionen. Dies hat zum Ziel, einzelne Maßnahmen bedarfsgerecht in bestehende kommunale Gesundheitsstrategien einzufügen und als Angebote aufzunehmen und zu fördern. Durch eine gelungene Vernetzung und Zusammenarbeit können Netzwerk-Synergien entstehen, welche eine dauerhafte Wirkung entfalten können.

Das Kriterium „Integriertes Handeln“ ist in drei Stufen eingeteilt:

- Stufe 1: Sporadisches, informelles integriertes Handeln
- Stufe 2: Kontinuierliches integriertes Handeln mit formellen Anteilen
- Stufe 3: Kontinuierliches, explizit formelles integriertes Handeln

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021i)

### **Bewertung**

Für das Kriterium „Integriertes Handeln“ ist keine Beurteilung möglich, da das Programm *Plietsche Kinderküche* die Einzelaspekte der Integration im Sinne des Kriteriums nicht abdeckt.

### **Empfehlung**

Als vielversprechend könnte sich eine Einbindung in das EU-Schulprogramm in Hamburg herausstellen. Bislang wird *Plietsche Kinderküche* als pädagogische Begleitmaßnahme dort zwar aufgelistet, jedoch nicht finanziell von der Stadt Hamburg unterstützt. Auch bleibt ein erhöhtes Interesse der teilnehmenden Grundschulen an dem Programm bislang aus. Des Weiteren wäre die Kooperation mit einer Krankenkasse zu empfehlen. Dies ist jedoch aufgrund des fehlenden Setting-Ansatzes nicht umsetzbar.

## 4.10 Qualitätsmanagement

„Qualitätsmanagement“ dient als Steuerungs- und Führungssystem, welches dafür sorgt, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung bedarfs-, fach- und zielgruppengerecht sowie partizipativ geplant, gestaltet und durchgeführt werden. Es gewährleistet außerdem, dass alle Anforderungen mit dem Ziel erfüllt werden, die Maßnahmen kontinuierlich weiterzuentwickeln und anzupassen. Wichtige Bestandteile des Qualitätsmanagements sind die Qualitätsentwicklung und die Qualitätssicherung. Die Qualitätssicherung beinhaltet die Einhaltung gesetzlicher (externer) und trägerspezifischer (interner) Qualitätsanforderungen. Als Qualitätsentwicklung hingegen wird der systematische Weiterentwicklungs- und Lernprozess bezeichnet, welcher sich an fachlicher Expertise und an den Kriterien der Gesundheitsförderung orientiert. Das „Qualitätsmanagement“ überwacht kontinuierlich die Ergebnisse, passt die Ziele an und zeigt Optimierungsmöglichkeiten in den Bereichen der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf.

Das Kriterium „Qualitätsmanagement“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Stufe 1 (Vorstufe): Die Qualität der Arbeit wird situativ thematisiert
- Stufe 2 (Qualitätssicherung): Die Qualität wird regelmäßig überprüft und gesichert
- Stufe 3 (Qualitätsentwicklung): Zusätzlich zur Qualitätssicherung wird die Qualität kontinuierlich weiterentwickelt
- Stufe 4 (Qualitätsmanagement): Kontinuierliches, systematisches und umfassendes Qualitätsmanagement

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021j)

### **Bewertung**

Bei *Plietsche Kinderküche* gibt es kein schriftlich formuliertes Qualitätsverständnis. Die Hauptamtlichen reflektieren ihre tägliche Arbeit und tauschen sich regelmäßig in einem wöchentlichen Jour Fixe aus. Die Arbeit der Ehrenamtlichen wird durch eine Hospitation pro Schulhalbjahr überprüft. Bei dringlichen Problemen und Herausforderungen werden Lösungsansätze situativ formuliert. Es findet keine Überprüfung der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ihrer Arbeit und des Programms anhand selbst entwickelter oder extern vorgegebener Indikatoren oder Checklisten statt. Somit ist das Programm auf Stufe 1, die Vorstufe des Qualitätsmanagements zu verorten.

### **Empfehlung**

Um das Qualitätsmanagement von *Plietsche Kinderküche* zu steigern, wäre es ratsam, Methoden und Instrumente der Qualitätsentwicklung in die Arbeitsabläufe zu integrieren. Dies wäre in Form von systematischen Checklisten und Dokumentationen sowie Soll-Ist-Vergleichen denkbar, sodass Veränderungen messbar und überprüfbar gemacht werden können.

## 4.11 Dokumentation und Evaluation

Als Bestandteile des Qualitätsmanagements dienen „Dokumentation und Evaluation“ dazu, die Umsetzung und Ergebnisse einer Maßnahme zu dokumentieren, sie zu bewerten sowie die festgelegten Ziele zu überprüfen. Die Dokumentation bildet die Inhalte von Arbeitsprozessen ab – etwa in Form von Besprechungsprotokollen oder der Sammlung erstellter Materialien. Durch eine gelungene Dokumentation sind Konzeption, Durchführung und interne Arbeitsabläufe der Maßnahme für Außenstehende nachvollziehbar und überprüfbar. Bei der Evaluation handelt es sich um ein Verfahren, in dem bereits dokumentierte oder neu erhobene Daten systematisch erfasst und analysiert werden, um die in der Konzeption formulierten Ziele der Maßnahme bewerten zu können.

Das Kriterium „Dokumentation und Evaluation“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Stufe 1 (Vorstufe): Die Dokumentation erfolgt gelegentlich und unsystematisch
- Stufe 2 (Dokumentation): Die Dokumentation erfolgt systematisch
- Stufe 3 (Übergang zur Evaluation): Die Erreichung der Ziele wird anlassbezogen reflektiert
- Stufe 4 (Evaluation): Die Maßnahme wird durch eine Evaluation systematisch überprüft und weiterentwickelt

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021k)

### **Bewertung**

Bei *Plietsche Kinderküche* werden Arbeitsabläufe und -ergebnisse regelmäßig dokumentiert. Es werden Anwesenheitslisten in den Kochkursen sowie bei den Teamsitzungen als auch den Fortbildungen geführt und die Ergebnisse der Hospitationen werden dokumentiert. Es gibt keine Vorgaben zu Inhalt

und Format der Dokumentation sowie zur Aufbereitung und Kommunikation der Ergebnisse. Somit hat die Dokumentation noch keinen großen Nutzen für das Qualitätsmanagement. Demnach ist das Programm auf der Vorstufe zu verorten. Eine externe Evaluation des Programms wird im Schuljahr 2023/24 durchgeführt.

### **Empfehlung**

Zusätzlich zu der geplanten externen Evaluation könnte *Plietsche Kinderküche* durch systematische und kontinuierliche Dokumentationen der Tätigkeiten und Arbeitsprozesse in Form von festgelegten Protokollen etc. eine Steigerung in diesem Kriterium erreichen.

## **4.12 Belege für Wirkungen und Kosten**

Die positive Wirkung einer Maßnahme sollte immer in einem angemessenen Verhältnis zu ihren Kosten stehen. Positive Wirkungen – wie etwa eine gesteigerte Kompetenz der Zielgruppe zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Lebenswelt oder eine Stärkung des individuellen gesundheitsförderlichen Handelns – können nur schwer gemessen werden. Hilfreich ist hier eine Wirkungs-Orientierung, welche in der Konzeption klar formuliert wird: welche Veränderungen sollen durch die geplanten Aktivitäten bei der Zielgruppe hervorgerufen werden und anhand welcher Indikatoren kann dies überprüft werden? Die Kosten müssen für die Planungs- so wie für die Durchführungsphase ermittelt werden. Sie umfassen nicht nur Honorarkosten, Sachmittel und Miete, sondern auch Angaben zum zeitlichen Aufwand, den etwa Ehrenamtliche aufbringen sowie die Nutzung von Räumlichkeiten, in denen die Maßnahme durchgeführt wird.

Das Kriterium „Belege für Wirkungen und Kosten“ ist in vier Stufen eingeteilt:

- Stufe 1: Keine genaueren Angaben zur Erhebung der Wirkungen und Kosten
- Stufe 2: Erste Hinweise darauf, wie sich Wirkungen und Kosten zumindest grob abschätzen lassen
- Stufe 3: Klare Wirkungs-Orientierung und detailliertes Konzept zur Erfassung der Kosten
- Stufe 4: Fortlaufende, standardisierte Evaluation der Wirkungen und Kosten

(Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021)

### **Bewertung**

Die Ziele der Maßnahme sind in der Konzeption definiert und es gibt allgemeine Verweise auf wissenschaftliche Studien. Es lässt sich weder feststellen, ob und in welchem Umfang die Ziele erreicht werden, noch ist in der Konzeption festgelegt, mit welchen Indikatoren und Methoden die Wirkungen erfasst werden sollen. Präzise messbar ist nur die Anzahl der Teilnehmenden. Da *Plietsche Kinderküche* über Förderungen von diversen Stiftungen jedes Jahr erneut finanziert werden muss, gibt es einen detaillierten Kostenplan, welcher alle anfallenden Kosten für ein ganzes Projektjahr für acht

Kurse beinhaltet. Somit können die Belege für Wirkung auf Stufe 1 und Belege für Kosten auf Stufe 3 verortet werden.

**Empfehlung**

Für dieses Kriterium werden keine Empfehlungen ausgesprochen, da durch die geplante externe Evaluation bereits ein wichtiger Schritt zur Steigerung erfolgt.

## 5 Diskussion

Im Folgenden werden, die im vierten Kapitel gewonnenen Ergebnisse der Analyse diskutiert und eingeordnet sowie Handlungsempfehlungen abgeleitet. Zudem wird die Methode hinsichtlich möglicher Limitationen betrachtet sowie Empfehlungen für weiterführende Forschungen ausgesprochen.

### 5.1 Ergebnisdiskussion

Um die Ergebnisse der Stufenzuordnung der Skalen der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung übersichtlicher und nachvollziehbarer darzustellen, werden im Folgenden die Ergebnisse der einzelnen Kriterien prozentual zu der jeweils höchsten Stufe angegeben und anschließend diskutiert. Hierfür wird die von *Plietsche Kinderküche* erreichte Stufe durch die Gesamtanzahl der Stufen des jeweiligen Kriteriums geteilt. Wenn das Ergebnis zwischen zwei Stufen liegt, wird der Mittelwert genommen. (Beispielhaft gezeigt an dem Kriterium „Multiplikatoren Konzept“ (Stufe 3 - 4 von Stufe 4) ist die Rechnung folgende:  $3,5 : 4 = 0,875$ .) Es wird auf die erste Nachkommastelle gerundet.

Kriterium	Prozentuale Verortung auf der Stufenskala
1. Zielgruppenbezug	Stufe 2 (von Stufe 3) = 0,667
2. Konzeption	Stufe 2 (von Stufe 3) = 0,667
3. Setting-Ansatz	Stufe 1 (von Stufe 3) = 0,333
4. Empowerment	Stufe 3 (von Stufe 4) = 0,75
5. Partizipation	Stufe 4 (von Stufe 6) = 0,667
6. Niedrigschwellige Arbeitsweise	Stufe 2 (von Stufe 3) = 0,667
7. Multiplikatoren Konzept	Stufe 3 - 4 (von Stufe 4) = 0,875
8. Nachhaltigkeit	Stufe 2 - 3 (von Stufe 4) = 0,625
9. Integriertes Handeln	Stufe 0 (von Stufe 3) = 0
10. Qualitätsmanagement	Stufe 1 - 2 (von Stufe 4) = 0,375
11. Dokumentation und Evaluation	Stufe 1 - 2 (von Stufe 4) = 0,375
12. Belege für Wirkungen und Kosten	Stufe 1 und 3 (von Stufe 4) = 0,5
<b>Summe:</b>	<b>6,501</b>
<b>Durchschnitt:</b>	<b>6,501: 12 = 0,54175</b>

Tabelle 1: Ergebnisübersicht der Programmanalyse von *Plietsche Kinderküche* anhand der Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (eigene Darstellung)

Wie in Tabelle 1 zu sehen ist, erreicht das Programm bei vier der zwölf Kriterien maximal die Hälfte der vorgegebenen Stufenzahl: „Setting-Ansatz“ (33,3 %), „Qualitätsmanagement“ (37,5 %), „Dokumentation und Evaluation“ (37,5 %), „Belege für Wirkungen und Kosten“ (50 %). Das Kriterium „Integriertes Handeln“ kann nicht betrachtet werden, da *Plietsche Kinderküche* bislang nicht auf kommunaler Ebene umgesetzt wird (0 %). Bei den Kriterien „Zielgruppenbezug“ (66,7 %),

„Konzeption“ (66,7 %), „Empowerment“ (75 %), „Partizipation“ (66,7 %), „Niedrigschwellige Arbeitsweise“ (66,7 %), und „Nachhaltigkeit“ (62,5%) kann *Plietsche Kinderküche* in Hinblick auf die zu erreichenden Stufen als gut bewertet werden und bei dem Kriterium „Multiplikatoren Konzept“ erreicht die Maßnahme in der Analyse 87,5 %.

Zusammenfassend entspricht das Programm *Plietsche Kinderküche* mit 54,18 % den von der BZgA formulierten Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung und wäre somit lediglich als durchschnittlich zu bewerten. Es gilt dies jedoch zu differenzieren, da nicht alle Kriterien gleich relevant für alle Handlungsfelder sind. Des Weiteren kann es auch valide Gründe geben, eine niedrige Stufe als momentan angemessenes Ziel anzuerkennen, etwa wenn nur begrenzte Zeit zur Verfügung steht oder wenn es kaum Optionen gibt, eine Maßnahme auszuweiten. Wichtig ist dabei, dass die Gründe von allen Beteiligten offen diskutiert und dokumentiert werden, da die Transparenz solcher Entscheidungen ein bedeutendes Merkmal bei der Entwicklung von Qualität ist. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021)

Bei dem Kriterium „Zielgruppenbezug“ ist es für *Plietsche Kinderküche* nicht realisierbar eine Steigerung der Stufe 2 auf 3 zu erreichen: Eine präzisere Beschreibung der Zielgruppe, ihrer gesundheitlichen und sozialen Lage, ihrer sozialen Diversität und ihrer Ressourcen ist nicht möglich, da das Programm im Rahmen des Ganztagsangebotes der Grundschulen stattfindet.

Besonders bei der „Konzeption“ wird die Bedeutsamkeit der Verbindung zwischen den Kriterien deutlich. Durch die Institutionalisierung von Schule ist beispielsweise kaum Partizipation der Zielgruppe bei der Entwicklung des Konzeptes möglich. Als weitere Ursache für die Stagnation auf Stufe 2 bei der „Konzeption“ kann das zentrale Ziel der Träger-Organisation angesehen werden. SchlaufFox e.V. setzt sich für Bildungsgerechtigkeit bei Kindern und Jugendlichen ein, welche auch die Ernährungsbildung miteinschließt, allerdings ist die Stärkung gesundheitlicher Chancengleichheit ein untergeordnetes Ziel des Vereins.

Wie bereits in Kapitel 2.2 dargelegt, ist der „Setting-Ansatz“ von herausragender Relevanz für die nachhaltige Wirkung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme. Aktuell findet *Plietsche Kinderküche* lediglich im Setting Grundschule statt und erreicht darüber die Zielgruppe. Somit besteht hier ein enormer Handlungsbedarf für dieses Kriterium.

„Empowerment“ ist ein wichtiger Faktor in der Gesundheitsförderung, besonders in der Arbeit mit Kindern. Für *Plietsche Kinderküche* ist es nicht umsetzbar, Stufe 4 bei diesem Kriterium zu erreichen. Das Ziel der Stufe schrittweise die Notwendigkeit der Unterstützung und Begleitung durch Fachkräfte zu verringern, ist aufgrund des Alters der Zielgruppe nicht praxisnah. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021d)

Das Alter spielt auch bei der „Partizipation“ eine einschränkende Rolle. Die Schüler:innen haben zwar ein Mitspracherecht, die Entscheidungsbefugnis in der praktischen Umsetzung liegt jedoch bei den Kursleitungen und in letzter Instanz bei der Programmleitung. Die Kinder werden aufgrund ihres Alters und der Limitierung eines Schulhalbjahres nicht in alle Entscheidungen einbezogen (Stufe 5). Wegen der vielen Gefahrenquellen in der Küche ist auch eine Selbstorganisation im Sinne der sechsten Stufe nicht denkbar.

Da *Plietsche Kinderküche* als externer Kurs an den Kooperationsschulen umgesetzt wird, hat das Programm kaum Möglichkeiten, die bestehenden Zugangshürden der jeweiligen Schule zu verringern und kann somit die dritte Stufe nach dem Verständnis des Kriteriums „Niedrigschwellige Arbeitsweise“ nicht erreichen.

Als sehr guter Praxisbereich bei *Plietsche Kinderküche* ist das „Multiplikatoren Konzept“ einzuordnen. Eine adäquate Qualifizierung und enge Begleitung der Ehrenamtlichen sind maßgeblich, damit die Kochkurse erfolgreich und effektiv umgesetzt werden können. Dabei nehmen sowohl die Akquise als auch die Koordination und Durchführung der Teamsitzungen, Hospitationen und Fortbildungen besonders viel Zeit in Anspruch.

Bei dem Kriterium „Nachhaltigkeit“ kann Stufe 3 noch nicht vollends erreicht werden, da die Wirksamkeit von *Plietsche Kinderküche* noch nicht belegt und keine langfristige Finanzierung gesichert ist. Inwieweit die Wirksamkeit des Programmes bestätigt werden kann, wird durch eine externe Evaluation der Universität Hamburg im ersten Schulhalbjahr 2023/2024 geprüft.

Für *Plietsche Kinderküche* ist es aktuell nicht möglich „Integriertes Handeln“ im Sinne der Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung umzusetzen, weil das Konzept des Programms auf das Setting Grundschule ausgerichtet und an Schulen mit niedrigem Sozialindex adressiert ist. Dabei werden zwar auch Prozesse im Sinne des Kriteriums angestoßen, allerdings ist *Plietsche Kinderküche* kein Teil der Gemeinwesenarbeit. SchlaufFox e.V. fehlen aufgrund der Struktur des gemeinnützigen Vereins finanzielle sowie personelle Ressourcen, neue Konzepte zu entwickeln, um beispielsweise Kochkurse oder Workshops in Jugendzentren oder Quartieren anzubieten.

Ein erheblicher Verbesserungsbedarf besteht bei den Kriterien „Qualitätsmanagement“ und „Dokumentation und Evaluation“, da bei *Plietsche Kinderküche* Möglichkeiten u.a. wie Checklisten, systematische Dokumentationen, Soll-Ist-Vergleich nicht genutzt werden. Eine externe Evaluation durch die Universität Hamburg findet wie beschrieben von August 2023 bis Februar 2024 statt.

Das Kriterium „Belege für Wirkungen und Kosten“ wird in dieser Arbeit differenziert betrachtet. Belege für Wirkungen sollen, wie vom Katalog der Kriterien gefordert, vom wissenschaftlichen Fachpersonal durchgeführt. Bei *Plietsche Kinderküche* findet dies in Form der Evaluation statt. Belege für Kosten werden bei SchlaufFox e.V. wiederum vom buchhalterischen Personal festgehalten.

Die Ergebnisse zeigen, wie relevant eine regelmäßige Überprüfung und Weiterentwicklung einer Maßnahme für sozioökonomisch benachteiligte Menschen anhand der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung ist, um die Wirkung auf die Zielgruppe zu optimieren und somit die gesundheitliche Ungleichheit verringern zu können. Es wird deutlich, dass die starke Abhängigkeit des Programms *Plietsche Kinderküche* von dem System Schule viele Entwicklungs- und Optimierungsmöglichkeiten verhindert. Des Weiteren sollten die Synergien der einzelnen Kriterien nicht außer Acht gelassen werden. Alle zwölf Kriterien bedingen sich gegenseitig, sodass etwa eine Steigerung beim „Setting Ansatz“ nicht nur das „Empowerment“ und die „Partizipation“ der Zielgruppe stärken kann, sondern auch als Konsequenz daraus einen positiven Effekt auf das „Multiplikatoren-Konzept“ sowie die „niedrigschwellige Arbeitsweise“ haben kann. Dadurch wiederum wächst die „Nachhaltigkeit“ der Maßnahme, wodurch die Akzeptanz Zielgruppe gefördert und langfristig die Wirkung gesteigert werden kann. Da bisher keine Untersuchung dieser Art für *Plietsche Kinderküche* vorliegt, liefert diese Arbeit erste Erkenntnisse für das Programm. Es gilt an dieser Stelle hervorzuheben, dass die Ergebnisse nicht nur theoretische Auswirkungen, sondern auch praktische Implikationen auf *Plietsche Kinderküche* haben.

## 5.2 Handlungsempfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen ableiten, um *Plietsche Kinderküche* als Konzept der Ernährungsbildung für Kinder mit sozioökonomisch niedrigem Status im Setting Grundschule zu verbessern. Es bleibt anzumerken, dass nachfolgend die relevanten und im realistischen Rahmen umsetzbaren Handlungsempfehlungen beschrieben werden, um den vorgesehenen Umfang der vorliegenden Ausarbeitung nicht zu überziehen.

### **Handlungsempfehlungen für die Praxis**

Von größter Relevanz und Dringlichkeit wird der fehlende Setting-Ansatz betrachtet. Wie in Kapitel 2.2 bereits dargelegt, wird der Setting-Ansatz, der die Lebenswelt der Zielgruppe miteinbezieht, als sehr vielversprechend in der Prävention und Gesundheitsförderung angesehen. Um eine nachhaltigere Wirkung einer Intervention zu erzielen, sollten sowohl das Verhalten als auch die Lebenswelt der Zielgruppe gesundheitsförderlich gestaltet werden. Eine effektive Umsetzung der Gesundheitsförderung findet innerhalb gesundheitsorientierter Settings statt. Dabei können projektbezogene Interventionen wie das Angebot des Kochkurses von *Plietsche Kinderküche* die „Gesundheitsarbeit sinnvoll ergänzen oder sogar den Weg zu einem gesundheitsfördernden Selbstverständnis in der Grundschule bereiten“. (Matern, 2013, S. 200)

Da *Plietsche Kinderküche* nur auf das individuelle Ernährungsverhalten der Kinder abzielt, ist es von Nöten, die Lebenswelt - in diesem Fall die Kooperationsschulen - in einer Weise zu gestalten, die förderlich für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Zielgruppe ist. Um also eine nachhaltigere Wirkung von *Plietsche Kinderküche* zu erzielen, sollten die Kooperationsschulen dabei

unterstützt werden, ein gesundheitsförderliches Setting zu fokussieren. Die Herausforderung, die sich hierbei ergibt, liegt darin, dass für *Plietsche Kinderküche* als externer Kurs keine weitere Zusammenarbeit mit den Kooperationsschulen hinsichtlich der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt besteht. Die folgenden Handlungsempfehlungen zielen darauf ab, den Setting-Ansatz von *Plietsche Kinderküche* zu stärken und langfristig positive Auswirkungen auf die Ernährungsgewohnheiten der Schüler:innen zu haben.

Die Einbindung des Nationalen Qualitätszentrums für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) sowie den Vernetzungsstellen auf Landesebene spielen eine wichtige Rolle bei der Umsetzung dieser Handlungsempfehlung. Das NQZ verfolgt das Ziel, gesundheitsförderliche Verpflegungssituationen für Kinder und Jugendliche in den Bildungseinrichtungen zu entwickeln und zu fördern, wodurch ein gesundes Ernährungsverhalten gefördert und somit die Gesundheit der jungen Menschen langfristig verbessert werden kann. Dies geschieht über Beratungen, Informationsarbeit, Monitoring und Qualitätsentwicklung sowie Vernetzung. Das NQZ nutzt die Gemeinschaftsverpflegung in Kindertagespflege, Kitas und Schulen als Potenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung und möchte die DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung dort verbindlich etablieren. (Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule, 2018) Eine gesundheitsförderliche und nachhaltige Schulverpflegung kann die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern fördern. Ein Angebot im Sinne des DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen kann Übergewicht und ernährungsbedingten Krankheiten vorbeugen (vgl. Kapitel 2.2.2).

Die zuständige Vernetzungsstelle für das Bundesland Hamburg ist die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG). Der Verein setzt sich für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung und Prävention im Setting ein. Die HAG berät Schulen bei Fragen zur Optimierung der Verpflegung und unterstützt sie auf dem Weg zu einer nachhaltigen, gesundheitsförderlichen Schulverpflegung. (Vernetzungsstelle Schulverpflegung Hamburg - HAG e.V., o.J.) *Plietsche Kinderküche* fehlt es an personellen und finanziellen Mitteln, um eigenständig die Verpflegungsangebote der Kooperationsschulen zu optimieren und innovative Konzepte umzusetzen. Vor diesem Hintergrund wäre eine Handlungsempfehlung, die Schulen auf die vorhandenen Vernetzungsstellen hinzuweisen. Dies wäre eine Möglichkeit, die Schulen über die Existenz dieser Ressourcen zu informieren und ihnen Unterstützung anzubieten, wenn sie dies nicht bereits nutzen.

Die Einbindung der Eltern in Form von Aufklärung über die Bedeutung gesunder Ernährung durch Informationsveranstaltungen, Eltern-Workshops und Beratungen ist essenziell, um das Thema nachhaltig im Haushalt der Kinder zu verankern sowie das Zusammenwirken von Bildungseinrichtungen und Familien zu stärken. Familien haben ein beträchtliches Potenzial für präventive Maßnahmen. Eine Möglichkeit zur Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung besteht darin, die Fähigkeiten der Eltern zu stärken. (Erhart, Ottová-Jordan & Ravens-Sieberer, 2014) Die Kompetenz von

sozioökonomisch benachteiligten Eltern kann durch Empowerment-Ansätze gestärkt werden, besonders wenn sie auf die vorhandenen Ressourcen der Zielgruppe angepasst sind. (Gold & Lehmann, 2012) Um die Elternkompetenz durch Empowerment-Ansätze zu stärken und den Multiplikatoreffekt der Familie zu nutzen, sollte *Plietsche Kinderküche* die Eltern mehr in die Ernährungsbildung einbeziehen. Aktuell erreicht das Programm die Erziehungsberechtigten nur beim Abschluss des Kochkurses am Ende des Schulhalbjahres. *Plietsche Kinderküche* sollte zum Start der Maßnahme die Bezugspersonen der teilnehmenden Schüler:innen über die Inhalte und Ziele des Kochkurses informieren sowie dazu anregen, die Kinder während der gesamten Kurszeit zu unterstützen, indem sie beispielsweise Rezepte gemeinsam nachkochen und gesunde Ernährung zu Hause vermehrt thematisieren. Dies könnte in Form eines ausgeteilten Elternbriefes oder einer kurzen Vorstellung des Programms durch die Programmleitung oder die Projektkoordination bei einem Elternabend in der Schule passieren. Des Weiteren sollte *Plietsche Kinderküche* über Elternschulen in Hamburg informieren und die Kontakte im jeweiligen Bezirk verteilen. Elternschulen sind freiwillige, sozialraumorientierte Angebote. Sie arbeiten präventiv und unterstützen Eltern in vielen Bereichen der Entwicklung ihrer Kinder – so auch bei der Gesundheit und Ernährung. Praxisbezogene Angebote, Austausch und Beratungen, sowie Wissensvermittlung stärken die Elternkompetenz und fördern die Partizipation. (Hamburger Elternschule, 2012) Zudem bietet die HAG kostenfreie Beratungen für Eltern und andere Bezugspersonen in Eltern-Kind-Zentren (EKiZ) und Elternschulen an, um über das Thema Essen und Trinken in der Familie zu informieren. (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., o.J.)

Wie bereits in Kapitel 2.2.1 erläutert, ist Ernährungsbildung im Curriculum der Grundschulen kaum verankert und hängt überwiegend von dem Einsatz der Lehrkräfte ab. Niederberger versteht Ernährungsbildung als eine Gemeinschaftsarbeit von Eltern und pädagogischen Fachkräften. Es gilt somit nicht nur die Eltern verstärkt für die Thematik zu sensibilisieren und deren Kompetenzen zu stärken, sondern auch die pädagogischen Fachkräfte zu schulen. (Niederberger, 2022) Nach Marchwacka bilden die Integration von Gesundheits- und Ernährungsthemen in der Bildung der Lehrkräfte sowie eine angemessene Ausbildung dieser die Grundlage für eine gelungene Umsetzung von Gesundheitsförderung im schulischen Umfeld. Das Wissen und die Kompetenzen der Lehrkräfte in dieser Thematik bestimmen maßgeblich, in welchem Umfang sich Schulen damit auseinandersetzen. (Marchwacka, 2013) Laut Mensink et al. sollten Lehrkräfte nicht nur Ernährungsbildung in ihre Lehrpläne umfangreicher integrieren, sie sollten zudem stärker über ihre Vorbildfunktion hinsichtlich des Gesundheits- und Ernährungsverhaltens der Schüler:innen aufgeklärt werden. (Mensink et al., 2020) Auch während der gemeinsamen Mahlzeiten in den Mittagspausen orientieren sich die Schüler:innen in Bezug auf das Ernährungsverhalten sowie die Wertschätzung gegenüber der Mittagsverpflegung an den Lehrkräften und dem pädagogischen Personal vor Ort. (DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen, 2022, S. 60) Um Ernährungsbildung im Unterricht

nachhaltig zu verankern, den Setting-Ansatz auszubauen und die Lehrkräfte als Multiplikator:innen zu nutzen, sollte *Plietsche Kinderküche* als weitere Handlungsempfehlung anstreben, die Koordinationsschulen dabei zu unterstützen, ihre Lehrkräfte für den ernährungsbildenden Unterricht weiterzubilden. *Plietsche Kinderküche* könnte Ernährungsworkshops an den Kooperationsschulen in regelmäßigen Intervallen anbieten, in denen Lehrkräfte und pädagogisches Personal geschult werden, den Kindern die Thematik verständlich zu vermitteln. Alternativ bildet beispielsweise die HAG pädagogische Fachkräfte aus Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wie Eltern-Kind-Zentren, Elternschulen, Mütterberatungsstellen etc. in Ernährungsthemen fort. Dies hat zum Ziel, dass diese als Multiplikator:innen dienen und ernährungsrelevante Informationen im Dialog an die Eltern weitergeben können. (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., o.J.)

Die oben genannten Handlungsempfehlungen können *Plietsche Kinderküche* helfen, den „Setting-Ansatz“ auszubauen sowie das „Multiplikatoren-Konzept“ zu stärken. Da die Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung unabdingbar miteinander gekoppelt sind, werden zudem „Empowerment“, „Partizipation“ und „Nachhaltigkeit“ beeinflusst und gefördert, wodurch die Qualität der Maßnahme weiter optimiert werden kann.

Damit die Ergebnisse der Analyse der Kriterien "Qualitätsmanagement", "Dokumentation und Evaluation" sowie "Belege für Wirkungen und Kosten" verbessert werden können, sollte *Plietsche Kinderküche* folgende Instrumente der Qualitätssicherung integrieren: Die Implementierung eines effizienten Systems aus Checklisten und systematischer Dokumentation könnte sämtliche relevante Abläufe erfassen und eine umfassende Qualitätskontrolle sowie Transparenz in den Arbeitsprozessen gewährleisten. Zudem wäre es ratsam, anhand eines Soll-Ist-Vergleichs regelmäßig die Leistungsziele mit den tatsächlichen Ergebnissen abzugleichen, wodurch Abweichungen schneller erkannt und gezielte Optimierungsmaßnahmen ergriffen werden können. Um die Effizienz des Programms und die Zufriedenheit der Multiplikationspersonen (Ehrenamtliche, Lehrkräfte, Eltern, Schüler:innen) zu erfassen, bietet sich eine systematische Evaluation in Form eines schriftlichen Fragebogens zum Ende des Schulhalbjahres an. Durch diese Maßnahme können wertvolle Erkenntnisse gewonnen und Verbesserungen gezielt vorgenommen werden. Des Weiteren würde durch die Befragung zusätzlich das Kriterium „Partizipation“ gestärkt werden, da die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Zielgruppen kontinuierlich in die Weiterentwicklungsprozesse miteinbezogen werden. Die bevorstehende externe Evaluation durch die Universität Hamburg bietet zudem eine vielversprechende Option, bisher unbekannte Schwachstellen und Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Es empfiehlt sich, die Ergebnisse der externen Evaluation als Grundlage für zukünftige Handlungsempfehlungen zu nutzen.

Es sollte ein ganzheitliches Konzept angeboten werden, um die Qualität von *Plietsche Kinderküche* erhöhen zu können: von Beratung zur gesundheitsförderlichen Schule, mit Optimierung der

Schulverpflegung und pädagogischen Maßnahmen für Ernährungsbildung für Kinder, Eltern und Lehrkräfte. Angesichts begrenzter Finanzmittel des gemeinnützigen Vereins, wäre als nächster Schritt eine Zusammenarbeit auf kommunaler Ebene mit möglichst vielen relevanten Behörden, Schulverwaltungen und anderen Interessengruppen ratsam. Diese Zusammenarbeit könnte zusätzliche Ressourcen und Expertise bieten, um das Programm auszuweiten und nachhaltig umzusetzen.

### **Handlungsempfehlungen für die Wissenschaft**

Es besteht weiterer Forschungsbedarf im Bereich der Ernährungsbildung bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status. Langzeitstudien sind erforderlich, um herauszufinden, wie sich ernährungsbildende Maßnahmen wie *Plietsche Kinderküche* nachhaltig auf das Ernährungsverhalten und die Gesundheit dieser Kinder und Jugendlichen auswirken.

Zudem sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden, um das Programm *Plietsche Kinderküche* zu optimieren: Eine umfangreiche Analyse der Kooperationsschulen ist erforderlich, um die Zusammenarbeit zu stärken und somit die Wirksamkeit des Programms erhöhen zu können. Die Wirkung von *Plietsche Kinderküche* auf die Lehrkräfte, die Erziehungsberechtigten und der Ehrenamtlichen sollte evaluiert werden, um sicherzustellen, dass sie effektiv zur Ernährungsbildung der Kinder beitragen können. Die Konzeption von Fortbildungen für diese Zielgruppen könnte dabei eine entscheidende Rolle spielen.

### **5.3 Methodendiskussion**

Die gewählte Methode hat sich für die Untersuchung als besonders geeignet erwiesen: Die Stärken und Schwächen des Programms *Plietsche Kinderküche* wurden durch die Analyse anhand der Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung umfangreich herausgestellt und konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet. Da gesundheitsfördernde Maßnahmen sehr komplex und vielfältig sind, lassen sich jedoch keine einheitlichen Empfehlungen zur Umsetzung der einzelnen Kriterien formulieren. Zudem haben die einzelnen Kriterien je nach Handlungsfeld und -bedingungen eine andere Relevanz und es ist nicht immer möglich, eine bestehende Maßnahme eindeutig einer der Umsetzungsstufen zuzuordnen. (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2021) Diese Mehrdeutigkeit bei der Anwendung der Kriterien, der Einordnung in die jeweiligen Stufen und Übertragung auf die Programmarbeit führt dazu, dass die Ergebnisse nicht exakt gemessen, sondern lediglich geschätzt werden können. Teilweise ergaben sich hierbei Schwierigkeiten, *Plietsche Kinderküche* präzise einzuordnen. Diese Verzerrung kann zu Ungenauigkeiten in den Ergebnissen führen. Somit weist die Methode eine eingeschränkte Reliabilität auf. Eine weitere Limitation der Methode zeigt sich durch die eingeschränkte Objektivität, da die Ergebnisse nicht unabhängig von den beteiligten Personen ausfallen. Die Analyse muss von einer Person durchgeführt werden, die in dem Programm arbeitet und Einblicke in die Praxis hat. Zudem können die individuell unterschiedlich ausgeprägten Kompetenzen der Person wie etwa vorhandene Kenntnisse über Gesundheit

und Präventionsmaßnahmen oder die Fähigkeit Informationen einzuordnen und Bedeutungszusammenhänge zu erkennen zu Verzerrungen der Ergebnisse führen. Des Weiteren tendieren Mitarbeitende des Programms möglicherweise dazu, dieses positiver zu betrachten als unabhängige Expert:innen. Diese Verzerrungen wirken sich auf die Interpretation der Daten aus und führen zu subjektiven Bewertungen, die die Vergleichbarkeit der Analyse beeinträchtigen.

Trotz der genannten Einschränkungen können Analysen basierend auf den Kriterien für gute Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung wertvolle Erkenntnisse liefern und zur Verbesserung von Programmen und Maßnahmen beitragen, die darauf abzielen, die Gesundheit benachteiligter Bevölkerungsgruppen zu fördern.

## 6 Fazit und Ausblick

Aus dem aktuellen Stand der Forschung wird deutlich, wie essenziell die frühzeitige Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Ernährungsverhaltens im Kindesalter ist und wie diese das individuelle Leben nachhaltig beeinflusst. Darüber hinaus wurde vorangehend aufgezeigt, dass Kinder mit einem sozioökonomisch niedrigen Status ein erhöhtes Risiko für Übergewicht und Adipositas aufweisen und gleichzeitig weniger oft an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen. Es besteht ein enormer Bedarf, ernährungsbildende Interventionen zielgruppenorientiert anzubieten, um das Präventionsdilemma zu verhindern und die gesundheitliche Ungleichheit zu verringern. Grundschulen mit einem geringem Sozialindex eignen sich besonders gut, um die Zielgruppe niedrigschwellig erreichen zu können. Auch wenn Ernährungsbildung als Bildungsauftrag von Schulen bereits definiert wird, werden Konzepte zur Unterstützung der Ernährungsbildung im Setting Schule als sinnvoll erachtet. Das Programm *Plietsche Kinderküche* hebt sich im Vergleich zu anderen etablierten Konzepten dadurch hervor, dass es sich explizit an die Zielgruppe der sozioökonomisch benachteiligten Grundschul Kinder richtet.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es, die Qualität von *Plietsche Kinderküche* mittels einer Analyse des Programms anhand der Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung zu beurteilen. Die vorliegende Untersuchung ergab, dass *Plietsche Kinderküche* viel Potential im Sinne der Qualitätskriterien hat und in Bezug auf mehrere Kriterien, darunter „Zielgruppenbezug“, "Empowerment", "Partizipation" und "Multiplikatoren Konzept", bereits eine gute bis sehr gute Bewertung aufweist. Darüber hinaus wurde jedoch bei einigen betrachteten Kriterien ein Bedarf zur Weiterentwicklung festgestellt: u.a. bei „Setting-Ansatz“, „Integriertes Handeln“, „Qualitätsmanagement“ und „Dokumentation und Evaluation“. Die Ergebnisse zeigten weiterhin, dass die Möglichkeiten zur Optimierung des Programms limitiert sind. Dies begründet sich vorrangig in der Institutionalisierung von Schule sowie den unzureichenden finanziellen Ressourcen des Vereins. Im Verlauf der Arbeit konnten konkrete, realistische Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um das Programm als Konzept der Ernährungsbildung von Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im schulischen Kontext zu verbessern und die Qualität zu steigern. Dabei wurden vorwiegend Maßnahmen zum Ausbau des Setting Ansatzes angeführt. Eine erneute Analyse in einigen Jahren wird notwendig sein, um den Fortschritt zu bewerten.

Um das Ernährungsverhalten und damit einhergehend die Gesundheit von Kindern mit einem niedrigen sozioökonomischen Status langfristig zu verbessern, sollten ernährungsbildende Maßnahmen und Angebote wie *Plietsche Kinderküche* verpflichtend in Grundschulen mit einem niedrigen Sozialindex eingeführt werden. Des Weiteren sollte die staatliche Subventionierung von Schulen und Organisationen bei der Implementierung gesundheitsförderlicher Interventionen in Betracht gezogen werden, um eine effektive Realisierung zu gewährleisten.

## Literaturverzeichnis

- Altgeld, T., & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. vollständig überarbeitete Auflage Ausg., S. 45-49). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Arens-Azevêdo, U., Schillmöller, Z., Hesse, I., Paetzelt, G., & Roos-Bugie, J. (2015). *Qualität der Schulverpflegung – Bundesweite Erhebung*. Abschlussbericht, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg.  
[https://www.nqz.de/fileadmin/nqz/publikationsdateien/20150625INFORM\\_StudieQualitaetSchulverpflegung.pdf](https://www.nqz.de/fileadmin/nqz/publikationsdateien/20150625INFORM_StudieQualitaetSchulverpflegung.pdf)
- Barmer. (2023). *Deutschlands größte Ernährungsinitiative für Kinder: Ich kann kochen! mit Sarah Wiener*. BARMER. <https://www.barmer.de/unsere-leistungen/leistungen-a-z/praeventionangebote/initiative-ich-kann-kochen>
- Bartsch, S., Büning-Fesel, M., Cremer, M., Heindl, I., Lambeck, A., Lührmann, P., . . . Schulz-Greve, S. (2013). Ernährungsbildung – Standort und Perspektiven. *Ernährungs Umschau*, S. M84-M95. [https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf\\_2013/02\\_13/EU02\\_2013\\_M084\\_M095.qxd.pdf](https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2013/02_13/EU02_2013_M084_M095.qxd.pdf)
- Behörde für Schule und Berufsbildung. (16. Juni 2023). *Rund ein Drittel der Hamburger Grundschulen macht mit bei bundesweiter Ernährungsinitiative „Ich kann kochen!“ – Senator Rabe wird Botschafter*.  
<https://www.hamburg.de/bsb/pressemitteilungen/17198858/2023-06-16-bsb-gesunde-ernaehrung-von-klein-auf-erlernen/>
- Bildungsbehörde passt Sozialindex an aktuelle Lage an. (15. April 2021).  
<https://www.hamburg.de/bsb/pressemitteilungen/15019434/2021-04-15-bsb-gerechtere-startchancen/>
- Bildungsplan Grundschule. (2022). *Aufgabengebiete 2022*. (Freie und Hansestadt Hamburg & Behörde für Berufsbildung, Hrsg.)  
<http://www.hamburg.de/bildungsplaene/nofl/16762698/aufgabengebiete-gs-2022/>
- Bilo, A., & Hoffmann, S. (11. Mai 2022). *Der Ernährungsführerschein - BzFE*. Bundeszentrum für Ernährung. <https://www.bzfe.de/bildung/der-ernaehrungsfuehrerschein/>
- Böhler, T., & Dziuk, M. (2014). Prävention von Adipositas. In K. K. Hurrelmann (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Ausg., S. 165-175). Hogrefe, Huber.

- Bucksch, J., Häußler, A., Schneider, K., Finne, E., Schmidt, K., Dadacynski, K., & Sudeck, G. (2020). Bewegungs- und Ernährungsverhalten von älteren Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 5(3), 22-38. <https://doi.org/10.25646/6892>
- Bührmann, A. D. (2020). Intersektionalität. In D. Klimke, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer, & H. (. Wienold, *Lexikon zur Soziologie* (6. Ausg., S. 358). Wiesbaden: Springer VS.
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft. (24. November 2020). *Ernährungsbezogene Bildungsarbeit in Kitas und Schulen (ErnBildung)*. Schlussbericht für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Universität Paderborn, Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit. [https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/\\_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/StudieErnaehrungsbildunglang.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/StudieErnaehrungsbildunglang.pdf?__blob=publicationFile&v=3)
- Carlsohn, A., Pfannes, U., & Wiese, O. (2021). Verankerung von Bewegungsförderung und gesundheitsförderlicher Ernährung in den Leitbildern Hamburger Grundschulen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*(3), 109. [https://www.germanjournalsportsmedicine.com/fileadmin/content/archiv2021/Heft\\_3/Issue\\_3\\_2021\\_full\\_pdf.pdf](https://www.germanjournalsportsmedicine.com/fileadmin/content/archiv2021/Heft_3/Issue_3_2021_full_pdf.pdf)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (o.J.). *DGE*. Ernährung von Kindern und Jugendlichen. <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/bevoelkerungsgruppen/kinder-jugendliche/>
- DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen. (2022). *DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen*. (D. G. V., Hrsg.) [https://www.schuleplusessen.de/fileadmin/user\\_upload/medien/DGE-QST/DGE\\_Qualitaetsstandard\\_Schule.pdf](https://www.schuleplusessen.de/fileadmin/user_upload/medien/DGE-QST/DGE_Qualitaetsstandard_Schule.pdf)
- Die Nationale Präventionskonferenz. (2023). *Zweiter Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V*. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz. [https://www.npk-info.de/fileadmin/user\\_upload/ueber\\_die\\_npk/downloads/2\\_praeventionsbericht/zweiter\\_npk\\_praeventionsbericht\\_barrierefrei.pdf](https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_barrierefrei.pdf)
- Erhart, M., Ottová-Jordan, V., & Ravens-Sieberer, U. (2014). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In K. K. Hurrelmann (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Ausg., S. 59-70). Hogrefe, Huber.
- Ernährung - Gesund macht Schule*. (2020). Gesund macht Schule. <https://www.gesundmachtschule.de/programm/ernaehrung>

- GBD 2017 Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*(393), 1958–1972. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8)
- Geene, R., & Rosenbrock, R. (2012). Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. (B. f. (BZgA), Hrsg.) *Gesundes Aufwachsen für alle! Gesundheitsförderung konkret*, 17, S. 46 – 75.
- Gesundheitliche Chancengleichheit: Detailseite.* (13. April 2014). Gesundheitliche Chancengleichheit. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/detailseite/gesund-macht-schule-ein-programm-zur-gesundheitsfoerderung-und-gesundheitserziehung-in-der-primarstufe/>
- Gesundheitsbildung in Grundschulen - DIE RAKUNS.* (o.J.). Die Rakuns. <https://www.rakuns.de/das-programm/das-programm/das-gesunde-klassenzimmer.html>
- GKV-Spitzenverband. (2023). *Leitfaden Prävention - Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. März 2023.* GKV-Spitzenverband, Berlin. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden\\_Praevention\\_Akt\\_03-2023\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf)
- Gold, C., & Lehmann, F. (2012). Allgemeine Handlungsempfehlungen für ein gesundes Aufwachsen für alle. In B. f. Aufklärung (Hrsg.), *Gesundheitsförderung KONKRET: Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungsweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (Bd. 17, S. 21-24). <https://shop.bzga.de/pdf/60649170.pdf>
- Hamburger Elternschule.* (2012). Handlungskonzept, Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration, Hamburg. <https://www.hamburg.de/familienwegweiser/118064/familienbildung/>
- Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (o.J.). *Ernährungspädagogische Angebote - HAG e.V.* Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.. <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesund-aufwachsen/familie/ernaehrungspaedagogische-angebote>
- Heide, K., Brettschneider, A., Lehmann, F., Lage Barbosa, C., Haftenberger, M., Perlitz, H., . . . Mensink, G. (2019). Utilization of school meals - Results from the nationwide nutrition survey EsKiMo II. *Ernährungs Umschau*, 66(6), 92–99. <https://www.ernaehrungs->

umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-

Umschau/pdfs/pdf\_2019/06\_19/EU06\_2019\_PR\_Brettschneider\_eng.pdf

Heseker, H., & Oepping, A. (2013). Die Ressourcen von Ernährung und Bewegung im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen. In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 233-249). Springer VS.

Heseker, H., Dankers, R., & Hirsch, J. (2019). *Ernährungsbezogene Bildungsarbeit in Kitas und Schulen (ErnBildung)*. Schlussbericht für das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), Universität Paderborn, gefördert durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Institut für Ernährung, Konsum und Gesundheit.  
[https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/\\_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/StudieErnaehrungsbildunglang.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/_Ernaehrung/GesundeErnaehrung/StudieErnaehrungsbildunglang.pdf?__blob=publicationFile&v=3)

Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (2014). Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung. In K. K. Hurrelmann (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Ausg., S. 13-25). Hogrefe, Huber.

*Kindergesundheit fördern | Programm | DIE RAKUNS*. (o.J.). Die Rakuns.  
<https://www.rakuns.de/fuer-eltern.html>

*Konzept - Gesund macht Schule*. (2020). Gesund macht Schule.  
<https://www.gesundmachtschule.de/programm/konzept>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Qualitätsentwicklung und Good Practice*. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.  
[https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021a). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Zielgruppenbezug“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021b). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Konzeption“*. Köln und Berlin.  
<https://www.gesundheitliche->

chancengleichheit.de/fileadmin/user\_upload/pdf/Good\_Practice/21-08-30\_Broschuere\_Good\_Practice-Kriterien\_neu\_barrierefrei\_01.pdf

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021c). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Setting-Ansatz“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021d). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Empowerment“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021e). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Partizipation“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021f). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Niedrigschwellige Arbeitsweise“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021g). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Multiplikatorenkonzept“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021h). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Nachhaltigkeit“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021i). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Integriertes Handeln“*. Köln und

- Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021j). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Qualitätsmanagement“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021k). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Dokumentation und Evaluation“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit. (2021l). *Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung, Kriterium „Belege für Wirkungen und Kosten“*. Köln und Berlin. [https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Good\\_Practice/21-08-30\\_Broschuere\\_Good\\_Practice-Kriterien\\_neu\\_barrierefrei\\_01.pdf](https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf)
- Kultusministerkonferenz, K. (2012). *Empfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 15.11.2012*. [https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2012/2012\\_11\\_15-Gesundheitsempfehlung.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2012/2012_11_15-Gesundheitsempfehlung.pdf)
- Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C., Thamm, R., Hölling, H., & Lampert, T. (2018b). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(3), 19–36. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-076>
- Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D., & Lampert, T. (2018a). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(2), 45–63. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-067>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., & Müters, S. K. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 114–133. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>

- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., . . . Kurth, B.-M. (14. März 2019). Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4(1), 16–40. <http://doi.org/10.25646/5867>
- Lampert, T., Kroll, L. E., Lippe, E. v., Müters, S., & Stolzenberg, H. (2013). Sozioökonomischer Status und Gesundheit - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*(56), 814–821. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1695-4>
- Lampert, T., Michalski, N., Müters, S., Wachtler, B., & Hoebel, J. (2021). Gesundheitliche Ungleichheit. (S. B. (Destatis), W. B. (WZB), & B. f. (BiB), Hrsg.) *Datenreport 2021 - Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*., 334-345. [https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2021.pdf?__blob=publicationFile)
- Lührmann, P., Carlsohn, A. (2021). Ernährung und Ernährungsverhalten – ein wichtiges Feld der Prävention und Gesundheitsförderung. In M. M. Tiemann, *Prävention und Gesundheitsförderung. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit* (S. 537-561). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Marchwacka, M. A. (2013). Gesundheitsförderung – eine pädagogische Herausforderung ? In M. A. Marchwacka (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 11-28). Wiesbaden: Springer VS.
- Matern, S. (2013). Projektförmig organisierte Gesundheitsförderung in der Grundschule – ein Spannungsfeld zwischen Postulaten und pädagogischer Machbarkeit. In M. Marchwacka, *Gesundheitsförderung im Setting Schule* (S. 189-205). Wiesbaden: Springer VS.
- Mensink, G. B., Haftenberger, M., Lage Barbosa, C., Brettschneider, A.-K., Lehmann, F., Frank, M., . . . Perlit, H. (2020). *EsKiMo II - Die Ernährungsstudie als KiGGS-Modul*. Berlin: Robert Koch-Institut. <https://doi.org/10.25646/7028.2>
- Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. (2018). *Über uns - Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule*. (B. f. (BLE), Hrsg.) Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule. [https://www.nqz.de/fileadmin/nqz/publikationsdateien/190312\\_NQZ\\_Flyer\\_web.pdf](https://www.nqz.de/fileadmin/nqz/publikationsdateien/190312_NQZ_Flyer_web.pdf)
- Niederberger, M. N.-G. (2022). Optimierung der Verpflegung in Kita und Grundschule. *Prävention und Gesundheitsförderung* (17), 450-456.
- Özdemir, C. (26. August 2022). SPITZ DIE LÖFFEL! *Über Frühstück, Pesto und Fleischkonsum: Cem Özdemir persönlich und politisch*. (D. A.-K. Dorn, Interviewer) IN FORM.

<https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/aktionsprogramm-inform/podcast-inform-textversion-folge7.html>

Robert Koch-Institut. (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: Robert Koch-Institut.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesI nDtd/gesundheit\\_in\\_deutschland\\_2015.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesI nDtd/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile)

Robert Koch-Institut. (2020). *AdiMon-Themenblatt: Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Schulen (Stand: 9. Dezember 2020)*. Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin.  
[https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas\\_Monitoring/M a%C3%9Fnahmen/PDF\\_Themenblatt\\_Massnahmen\\_GKV\\_Schule.pdf?\\_\\_blob=publicatio nFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/M a%C3%9Fnahmen/PDF_Themenblatt_Massnahmen_GKV_Schule.pdf?__blob=publicatio nFile)

Sarah Wiener Stiftung. (2019). *Praktische Ernährungsbildung für Kinder*. Ich kann kochen!.  
[www.ichkannkochen.de](http://www.ichkannkochen.de)

Sarah Wiener Stiftung. (2021). *Ideen für das Essen und Kochen mit Kindern*. Familienküche.  
<https://familienkueche.de/>

Schienkiewitz, A; Brettschneider, A; Damerow, S; Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16-23.  
<https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-005.2>

Statistisches Bundesamt. (19. Februar 2021). *2,8 Millionen Grundschülerinnen und -schüler werden im laufenden Schuljahr 2020/2021 hierzulande unterrichtet*. Statistisches Bundesamt (Destatis).  
[https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21\\_N014\\_63.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/02/PD21_N014_63.html)

*Umsetzung im Klassenzimmer*. (o.J.). Die Rakuns. <https://www.rakuns.de/das-programm/das-programm/die-umsetzung/umsetzung-im-klassenzimmer.html>

*Umsetzung in der Schule*. (o.J.). Die Rakuns. <https://www.rakuns.de/das-programm/das-programm/die-umsetzung/umsetzung-in-der-schule.html>

*Vernetzungsstelle Schulverpflegung Hamburg - HAG e.V.* (o.J.). Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesund-aufwachsen/schule/vernetzungsstelle>

Weihrauch-Blüher, S., Kromeyer-Hauschild, K., Graf, C., Widhalm, K., Korsten-Reck, U., Jödicke, B., . . . Wiegand, S. (5. Juli 2018). Current Guidelines for Obesity Prevention in Childhood and Adolescence. *Obes Facts*, *11*(3), 263-276. <https://doi.org/10.1159/000486512>

WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*.  
<https://www.who.int/europe/home?v=welcme>

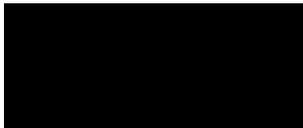
WHO. (2008). *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

WHO. (7. Dezember 2021). *WHO accelerates work on nutrition targets with new commitments*. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/07-12-2021-who-accelerates-work-on-nutrition-targets-with-new-commitments>

## Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 17.10.2023



Melina Bergsdorf