

Ernährungsbildung und Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen

Eine Bestands- und Bedarfsanalyse für Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern

ERNi-MV

Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science im Fach Diätetik

Hochschule Neubrandenburg



Fachbereich Agrarwirtschaft und Lebensmittelwissenschaften

Studiengang Diätetik

Durchgeführt an der

**Hochschule Neubrandenburg, University of Applied Science, HiRegion – Hochschule
in der Region**

Eingereicht von **Laura Lisett Hartmann**

1. Gutachterin: Prof. Dr. Anna Flögel

2. Gutachter: Herr Michael Zeipelt, Diplom-Handelslehrer (Wirtschaftspädagogik)

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis:2023-0035-5

Neubrandenburg, den 27.07.2023

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung.....	IX
Abstract.....	X
1. Einleitung mit Zielsetzung.....	1
2. Wissenschaftlicher Hintergrund	3
2.1. Problembestimmung	3
2.1.1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter	3
2.1.2. Ätiologie und Folgen von Übergewicht und Adipositas.....	3
2.2. Strategiefestlegung	5
2.2.1. Prävention und Gesundheitsförderung	5
2.2.2.1. Begriffsklärung.....	5
2.2.2.2. Klassifizierung und Arten von Prävention.....	6
2.2.2.3. Der Setting- bzw. Lebenswelt-Ansatz als Präventionsstrategie.....	7
2.2.2.4. Empowerment als Präventionsstrategie.....	7
2.2.3.5. Partizipation als Präventionsstrategie	8
2.3. Maßnahmenumsetzung	9
2.3.1. Gesundheits- und Ernährungspolitik in Deutschland.....	9
2.3.1.1. Der gesetzliche Rahmen als gesundheitspolitische Maßnahme	9
2.3.2. Das Handlungsfeld Ernährung in der Lebenswelt Grundschule	10
2.3.2.1. Der DGE-Qualitätsstandard zur Verpflegung in Schulen als gesundheitspolitische Maßnahme	10
2.3.2.2. Leitfaden Qualitätskriterien gesundheitsfördernder Maßnahmen mit Fokus auf Bewegung, Ernährung und den Umgang mit Stress als gesundheitspolitische Maßnahme	11
2.4. Evaluation	11
2.4.1. Gesundheits- und Ernährungskompetenz im Schulsetting.....	11
2.4.2. Food Environment Policy Index	13

3. Methodik.....	14
3.1. Studiendesign	14
3.2. Fragestellung und Ziele der Studie.....	15
3.3. Studienpopulation	15
3.2.1. Teil A: Qualitative Interviews	15
3.2.2. Teil B: Online-Umfrage.....	16
3.2.3. Teil C: Pilotprojekt.....	16
3.3. Studienablauf	16
3.4. Untersuchungsmethoden	18
3.4.1. Teil A: Qualitative Interviews	18
3.4.2. Teil B: Online-Umfrage.....	19
3.4.3. Teil C: Pilotprojekt.....	20
3.4.3.1. Planung und Organisation	21
3.4.3.2. Konzepterstellung.....	21
3.4.3.3. Umsetzung in die Praxis	22
3.4.3.4. Dokumentation und Evaluation	22
3.5. Auswertung der qualitativen Interviews (Teil A)	23
3.6. Statistische Auswertung	24
4. Ergebnisse	25
4.1. Ergebnisse des Teil A: Qualitative Interviews	25
4.1.1. Bestandsanalyse Ernährungsbildung und gesunde Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV	26
4.1.1.1. Projekte, Zeitraum und Klassenstufe	26
4.1.1.2. Organisation und Projektleitung.....	26
4.1.1.3. Nachhaltigkeit, Wirksamkeit und Feedback	27
4.1.1.4. Stellenwert und Relevanz	28
4.1.1.5. Mittagsverpflegung und Möglichkeiten der Essensversorgung.....	28
4.1.1.6. Herausforderungen und Ressourcen	29
4.2. Ergebnisse des Teil B: Online-Umfrage.....	33
4.2.1. Bestandsanalyse	33

4.2.1.1. Probandenflow.....	33
4.2.1.1. Grundcharakteristika.....	33
4.2.1.2. Pädagogische und gesundheitsfördernde Schwerpunktthemen.....	35
4.2.1.3. Ernährungsbildung	35
4.2.1.4. Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen	39
4.2.2. Bedarfsanalyse.....	43
4.2.2.1. Ernährungsbildung	43
4.2.2.2. Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen	44
4.3. Auswertung Teil C: Pilotprojekt.....	46
4.3.1. Konzept des gesundheitsförderlichen Pilotprojekts zur Ernährungsbildung an Grundschulen in MV.....	46
4.3.2. Ergebnisevaluation – Selbsteinschätzung und Fazit.....	47
4.3.3 Prozessevaluation – Klassenleiter*innenfeedback.....	47
4.3.3.1. Pädagogische, methodische und didaktische Gestaltung der Projekteinheiten.	47
4.3.3.2. Nachhaltigkeit des Projekts.....	47
4.3.3.3. Allgemeines Klassenleiter*innenfeedback.....	48
5. Diskussion.....	49
5.1. DGE-Qualitätsstandard als Verhältnispräventive Maßnahme – Umsetzung im Vergleich von Theorie und Praxis	49
5.2. Ernährungsbildung als Verhaltenspräventive Maßnahme – Verstetigung im Vergleich von Theorie und Praxis	51
5.3. Stärken und Limitationen	52
6. Schlussfolgerung	54
7. Literaturverzeichnis	55
8. Danksagung	62
9. Anhang	63
10. Eidesstattliche Erklärung	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grundcharakteristika der befragten Grundschulen in MV 2022 (n = 70)	34
Tabelle 2: Dauer der Mittagspause an Grundschulen in MV (n = 52)	39
Tabelle 3: Speisenanbieter an Grundschulen in MV (n = 65)	40
Tabelle 4: Möglichkeit des Einkaufens von Snacks innerhalb der Schule (außer der Mensa) oder im näheren Umfeld (ca. 300 m) der Grundschulen in MV (n = 65)	42
Tabelle 5: Lebensmittel- und Snackangebot innerhalb von Grundschulen in MV (z.B. in Mensa, Cafeteria, Schulkiosk; n = 59).....	42
Tabelle 6: Grobplanung der einzelnen Einheiten (E) des Pilotprojektes an ausgewählten Grundschulen in MV	46

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Studiendesign (Mixed-Methods-Ansatz)	14
Abb. 2: Studienablauf	17
Abb. 3: Wortwolke thematisch relevanter Begriffe; Visualisierung der am häufigsten genannten Begriffe der Schulleiter*inneninterviews an drei ausgewählten Grundschulen in MV	25
Abb. 4: Feedback zum Theorie-Praxis-Bezug (Interviewauszug).....	27
Abb. 5: Praktische Umsetzung als Highlight (Interviewauszug)	27
Abb. 6: Nachhaltigkeit ernährungsassozierter Projekte (Interviewauszug).....	27
Abb. 7: Stellenwert des Themas Ernährung (Interviewauszug).....	28
Abb. 8: Ernährung als „Nebenthema“ (Interviewauszug)	28
Abb. 9: Grad der Einmischung (Interviewauszug).....	29
Abb. 10: Problemfaktor Begrenztheit der Teilnahme (Interviewauszug)	30
Abb. 11: Ressource Ernährungsbildung (Interviewauszug).....	30
Abb. 12: Wunsch nach Netzwerken (Interviewauszug)	31
Abb. 13: Wunsch eines Theorie-Praxis-Bezug (Interviewauszug).....	31
Abb. 14: Wunsch nach Kontinuität (Interviewauszug).....	31
Abb. 15: Wunsch finanzieller Unterstützung (Interviewauszug)	31
Abb. 16: Anforderungen Mittagsverpflegung (Interviewauszug)	32
Abb. 17: Probandenflow sowie In- und Exklusion der Online-Fragebögen.....	33
Abb. 18: Pädagogische Schwerpunktthemen an Grundschulen in MV (n = 69)	35
Abb. 19: Gründe für das Nichtstattfinden ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 10)	36
Abb. 20: Bisher durchgeführte ernährungsassoziierte Projekte an Grundschulen in MV (n = 10).....	36

Abb. 21: Organisator*innen ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 61)	37
Abb. 22: Umsetzung des Theorie-Praxis-Bezuges ernährungsbezogener Inhalte aus dem Sachkundeunterricht an Grundschulen in MV (n = 61)	38
Abb. 23: Art und Weise der Partizipation der Eltern an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (n = 51).....	38
Abb. 24: Finanzierung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 59)....	39
Abb. 25: Spezialisierung auf die Zubereitung von Kinderverpflegung (n = 65), Bekanntheit des „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen“ (n = 58), Zertifizierung nach „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen“ (n = 64).....	41
Abb. 26: personelle Ressourcen zur Stärkung der Ernährungskompetenzen bzw. Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen von Grundschüler*innen in MV (n = 69)	43
Abb. 27: Verbesserungswünsche zur Schaffung einer angenehmeren Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV	45
Abb. 28: Wünsche und Erwartungen zur Schaffung gesünderer Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV	45

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AdiMon	Adipositas-Monitoring
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body-Mass-Index
BZfE	Bundeszentrums für Ernährung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COSI	WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
EPHO	Essential Public Health Operations
Food-Epi	Food Environment Policy Index
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HiAP	Health in all policies
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQ M-V	Institut für Qualitätsentwicklung Mecklenburg-Vorpommern
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KuPS	Kosten- und Preisstrukturen in der Schulverpflegung
MV	Mecklenburg-Vorpommern
NQZ	Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PGF	Prävention und Gesundheitsförderung
PH	Public Health
PHAC	Public Health Action-Cycle

PHN	Public Health Nutrition
PrävG	Präventionsgesetz
RKI	Robert Koch-Institut
SES	Sozio-ökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
ÜGA	Übergewicht und Adipositas
VNS	Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

Zusammenfassung

Hintergrund Die steigenden Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stellen ein großes Public-Health-Problem dar. Die Relevanz evidenzbasierter Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Lebenswelt Schule nimmt stetig zu. Das Ziel dieser Studie war es, eine Handlungsbasis zur Entwicklung von Public-Health-Maßnahmen zu schaffen, indem Bedarf und Bestand an Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern bzgl. Ernährungsbildung und gesunder Ernährungsumgebungen erfasst werden.

Methoden Es wurde eine Mixed-Methods-Studie mit Befragungen von Schulleiter*innen von Grundschulen in MV durchgeführt. Der qualitative Teil bestand aus leitfadengestützten, halbstrukturierten Schulleiter*inneninterviews ($n = 3$), die gemäß qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet wurden. Es schloss sich eine (überwiegend) quantitative Online-Befragung ($n = 70$) sowie ein Pilotprojekt auf Basis der Ergebnisse aus Teil A an ausgewählten Grundschulen in MV ($n = 2$) an.

Resultate Es finden ernährungsassoziierte Projekte an Grundschulen in MV statt (87,1 %, $n = 61$), das Thema Ernährung ist fest im Schulprogramm verankert (85,1 %, $n = 57$). Der Bedarf solcher Maßnahmen wurde gegenwärtig als (sehr) hoch (59,4 %, $n = 41$), zukünftig als steigend (84,3 %, $n = 59$) eingeschätzt. Der bisherige Effekt wurde von 60,9 % ($n = 42$) als „mittel“ eingeschätzt. Probleme der Etablierung bestehen vor allem in finanziellen (75,4 %, $n = 52$), zeitlichen (62,3 %, $n = 43$), räumlichen (46,4 %, $n = 32$) sowie personellen (43,5 %, $n = 30$) Gegebenheiten.

Konklusion Zwischen Bestand und Bedarf an Ernährungsbildung und gesunden Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV scheint eine Diskrepanz zu bestehen. Zukünftig müssen evidenzbasierte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Schule als Lebenswelt (weiter-)entwickelt und fest etabliert werden, damit die Gesundheitskompetenz nachhaltig gesteigert werden und der Adipositas-Epidemie im Kindes- und Jugendalter entgegengewirkt werden kann.

Abstract

Background The increasing prevalence of overweight and obesity in children and adolescents is a major public health problem. The relevance of evidence-based concepts for prevention and health promotion in the school environment is steadily increasing. The aim of this study was to provide a basis for the development of public health interventions by assessing the need and stock of elementary school in Mecklenburg-Vorpommern regarding nutrition education and healthy eating environments.

Methods A mixed-methods study was conducted with interviews with head teachers of elementary school in MV. The qualitative part consisted of guided, semi-structured interviews with head teachers ($n = 3$), which were analysed according to Mayring's qualitative content analysis. This was followed by a (predominantly) quantitative online survey ($n = 70$) and a pilot project based on the results from Part A at selected elementary school in MV ($n = 2$).

Results Nutrition-associated projects take place at elementary schools in MV (87.1 %, $n = 61$), the topic of nutrition is firmly anchored in the school program (85.1 %, $n = 57$). The need for such measures was currently estimated as (very) high (59.4 %, $n = 41$), in the future as increasing (84.3 %, $n = 59$). The effect to date was assessed as "medium" by 60.9 % ($n = 42$). Problems of establishment are mainly financial (75.4 %, $n = 52$), temporal (62.3 %, $n = 43$), spatial (46.4 %, $n = 32$) as well as personnel (43.5 %, $n = 30$) circumstances.

Conclusion There appears to be a discrepancy between the stock and need for nutrition education and healthy eating environments in elementary schools in MV. In the future, evidence-based prevention and health promotion measures must be (further) developed and firmly established in schools as living environments, so that health literacy can be sustainably increased and the obesity epidemic in childhood and adolescence can be counteracted.

1. Einleitung mit Zielsetzung

Übergewicht und Adipositas gehören zu den großen Herausforderungen unserer Zeit, immer mehr Kinder in Deutschland sind davon betroffen. Dies bedeutet nicht nur eine Belastung des Gesundheitssystems, sondern stellt in erster Linie ein enormes Gesundheitsrisiko für die Betroffenen selbst dar. Konkret leiden laut der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS II, 2014-2017) 15,4 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren an Übergewicht oder Adipositas [1]. Insbesondere der Zeitraum der Einschulung stellt einen kritischen Punkt in der Gewichtsentwicklung von Kindern dar [2], da vermehrt Bewegungsmangel und Stress und damit einhergehend ein ungünstiges Essverhalten auftreten können. Besonders hohe Prävalenzen sind in Mecklenburg-Vorpommern (MV) zu verzeichnen. Laut Adipositas Netzwerk MV lag das Bundesland bereits im Jahr 2003 in Bezug auf die Prävalenz von Übergewicht (13,6 %) und Adipositas (6,4 %) bei Schulanfänger*innen an der Spitze aller untersuchten Bundesländer [3]. Seitdem ist die Anzahl übergewichtiger und adipöser Kinder in MV stetig gestiegen. So waren es 2009 noch 17 % weniger Kinder, die an Übergewicht oder Adipositas litten [4]. Aus den Schuleingangsuntersuchungen im Schuljahr 2017/2018 geht hervor, dass 12,7 % der Jungen und 13,1 % der Mädchen an Übergewicht leiden [4]. Bei 5,7 % der Jungen und 6,1 % der Mädchen wurde sogar eine Adipositas festgestellt [4]. Die Folgen von Übergewicht und Adipositas für die Kinder sind vielschichtig: Neben körperlichen Beschwerden und einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen wie Hypertonie oder Typ-2-Diabetes kann das eigene Gewicht eine enorme psychische bzw. psychosoziale Belastung für betroffene Kinder darstellen. Stigmatisierung und Diskriminierung können die Entwicklung des eigenen Körpergefühls stark negativ beeinflussen und die Kinder bis ins Erwachsenenalter prägen. Zudem treten die psychologischen Beschwerden meist in Wechselwirkung mit den somatischen, sodass ein Teufelskreis entsteht und das Übergewicht bzw. die Adipositas aufrechterhalten werden oder eine Gewichtszunahme sogar begünstigt wird [5]. Doch wie lässt sich dieser Teufelskreis unterbrechen? Neben körperlicher Aktivität trägt eine gesundheitsfördernde, ausgewogene Ernährung entscheidend zu einer guten Gesundheit und normalen Gewichtsentwicklung, nicht nur von Kindern, bei. In diesem Zusammenhang ist der Begriff Prävention aktueller, denn je und liegt in aller Munde. Doch was beinhaltet Prävention? Wie weit ist der Begriff gefasst und wie kann er hinsichtlich der Ernährungsthematik definiert werden? Welche Relevanz und Bedeutung hat die Prävention hier und wie kann sie umgesetzt werden? Wann damit beginnen? Welche Methoden sind langfristig erfolgreich? Was bedeutet in dem Zusammenhang „erfolgreich“? Wie können „Erfolge“ messbar gemacht werden? Und nicht zuletzt: Welche Akteure spielen hier eine Rolle?

Unter diesen Aspekten soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden, welchen Stellenwert insbesondere die Grundschulen im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht und Adipositas einnehmen sollten und können. Es soll untersucht werden, welche ernährungsbezogenen Projekte bereits an Grundschulen in MV stattfinden und vor welche Herausforderungen und Probleme die Schulen diesbezüglich gestellt werden. Gleichzeitig soll beleuchtet werden, welche Erwartungen Schulleitungen im Setting Grundschule an die Ernährungsbildung und die Gestaltung einer „gesunden Ernährungsumgebung“ stellen. Dazu wurden zum einen qualitative Schulleiter*inneninterviews geführt, die insbesondere die Individualität und Aspekte der Lebenswelt der jeweiligen Grundschule berücksichtigen sollten. Als weiteres Standbein dieser Studie und zur Generierung umfassender Daten wurde in Kooperation mit dem Institut für Qualitätsentwicklung MV (IQ M-V), der Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in MV und dem Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung eine landesweite Online-Befragung in MV initiiert. Die Ergebnisse dieser Befragung sollen, im Anschluss an diese Arbeit, entsprechenden politischen Institutionen (Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV) zur Verfügung gestellt werden. Hierdurch soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die Situation rund um die Brennpunktthemen Ernährungsbildung, Verpflegungssituation an (Grund-) Schulen und Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen realitätsgerecht darzustellen und zukünftig zu verbessern.

2. Wissenschaftlicher Hintergrund

Die nachfolgenden Ausführungen zum wissenschaftlichen Hintergrund orientieren sich am Public Health Action Cycle (PHAC) der deshalb im **Anhang 1 (S.63)** erläutert werden soll.

2.1. Problembestimmung

2.1.1. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter

In Deutschland werden Surveillance-Daten bzgl. der Prävalenz und der Ursachenforschung von Übergewicht und Adipositas (ÜGA) insbesondere durch das Robert Koch-Institut (RKI), als zentrale Stelle für Public Health (PH), gewonnen und Studien diesbezüglich initiiert [6]. Im Rahmen der KiGGS-Studie (Welle 2) wurde eine Stabilisierung der ÜGA-Prävalenzen der Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf hohem Niveau festgestellt [1]. Festgestellt wurde außerdem, dass der sozioökonomische Status (SES) und die damit verbundene Ernährungskompetenz (Nutrition Literacy) einen starken Einfluss auf die Entwicklung von ÜGA haben [1, 7, 8]. Dabei sind Kinder und Jugendliche mit niedrigem SES bzw. unterer Milieuzugehörigkeit gefährdet für die Entwicklung von ÜGA und damit auch häufiger betroffen als Gleichaltrige, deren Lebenswelt durch eine höhere SES und Milieuzugehörigkeit gekennzeichnet ist [1].

Europaweite Surveillance-Daten im Rahmen der Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI) lieferten die Erkenntnis, dass fast jedes dritte Kind in der europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an ÜGA leidet, wobei ein Trend steigender Prävalenzen zu verzeichnen ist [9]. Konkret sind von den zwischen 2018 und 2020 befragten 33 europäischen Ländern 29 % der Jungen, sowie 27 % der Mädchen (n = 411.000 Kinder zwischen sechs und neun Jahren) von ÜGA betroffen [9]. Aussagen des Berichts zufolge, stellen ÜGA bei Kindern in allen europäischen Regionen einen Risikofaktor für die Gesundheit der Bevölkerung und damit ein entscheidendes Problem der Gesundheitspolitik dar [9].

2.1.2. Ätiologie und Folgen von Übergewicht und Adipositas

Die Annahme, dass die Ursache von ÜGA lediglich in einer zu hohen Nährstoffaufnahme kombiniert mit Bewegungsmangel (positive Energiebilanz) liegt, ist längst überholt und durch die Erkenntnis der Determinanten von Gesundheit ersetzt worden, die Einflussfaktoren ebenfalls in Umgebungsstrukturen sehen [8, 10]. Demnach besteht Einigkeit darüber, dass die Ursachen im komplexen Zusammenspiel ökonomischer, politischer, sozialer und kultureller Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen verortet werden können [8, 10]. So begünstigt bspw. ein niedriger SES die Entwicklung von ÜGA [1, 8]. Auch die mit dem 21. Jahrhundert einhergehende Digitalisierung sowie (Weiter-) Entwicklung und Exposition sozialer Medien stellt einen Risikofaktor für ÜGA dar. In diesem Zusammenhang untersuchte eine Metaanalyse

den Zusammenhang zwischen der stetig steigenden Bildschirmzeit von Kindern und Jugendlichen und den damit einhergehenden psychischen Folgen für diese Zielgruppe [11, 12]. Herausgefunden wurde, dass ein hoher Smartphone-Gebrauch die Wahrscheinlichkeit von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen erhöht [11, 12]. Dass eine Wechselwirkung zwischen der psychischen Gesundheit und der Entwicklung von ÜGA besteht, ist längst nachgewiesen [5, 8, 13].

Im Rahmen des vom RKI initiierten Adipositas-Monitorings (AdiMon) wurden die verschiedenen Einflussfaktoren auf ÜGA im Kindes- und Jugendalter untersucht, systematisiert und kategorisiert [8, 14]. Grob lassen sich diese in verhaltens- und verhältnisbedingte Faktoren unterteilen [8]. Unter verhaltensbedingten Einflüssen wird bspw. das Gesundheitsbewusstsein (Vgl. Health Literacy) der Eltern aufgeführt, das laut RKI einen entscheidenden Einfluss auf die Verhaltensweisen und Essgewohnheiten der Kinder hat [8, 14], da Kinder vor allem durch Beobachten lernen [13]. Wiederum haben auch die Umgebungsstrukturen (Verhältnisse) einen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheitskompetenz und damit auf die Entwicklung von ÜGA [10].

ÜGA gehen mit einer erhöhten Mortalitätsrate, im Zuge der Entwicklung von nichtübertragbaren, chronischen Folgeerkrankungen, einher [9]. Wird bereits im Kindes- und Jugendalter ein hoher Body-Mass-Index (BMI) verzeichnet, erhöht sich gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit der Aufrechterhaltung eines zu hohen Gewichts im Erwachsenenalter [8]. Damit steigt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, unter kardiovaskulären und stoffwechselassozierten Erkrankungen zu leiden [15]. ÜGA zieht jedoch auch Folgen auf psychischer und psycho-sozialer Ebene nach sich. So soll auch an dieser Stelle nochmals ÜGA als Ursache und Folge psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen hervorgehoben werden [16].

ÜGA und die damit assoziierten Folgeerkrankungen haben gleichzeitig einen negativen Effekt auf die Gesellschaft und die Ökonomie eines Landes [9]. Die steigenden Prävalenzen diesbezüglich gehen einher mit steigenden Gesundheitskosten, sinkender Lebenserwartung und ebenfalls sinkenden Produktionspotentialen [17, 18]. Laut WHO ist die Belastung des Gesundheitssystems durch nichtübertragbare, chronische Erkrankungen weltweit stetig angestiegen [9]. Im Jahr 2021 wurden sie für 90 % der Todesfälle ätiologisch benannt [9]. Die europäische Region der WHO ist dabei, laut Ergebnissen des COSI, am stärksten betroffen. Hier wird ÜGA als vierhäufigste Todesursache angezeigt [9, 19].

Laut statistischem Bundesamt stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die mit ÜGA korrelieren [15], an der Spitze der Todesursachen in Deutschland [20]. Dabei wurden im Jahr 2021 insgesamt 1.023.687 Todesfälle verzeichnet, darunter knapp ein Drittel ursächlich durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedingt [20]. Im Jahr 2020 sind durch die Diagnose endokriner

Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (ICD 10-E00-E90) insgesamt 17 435 Milliarden Euro an Kosten für das Gesundheitssystem in Deutschland entstanden [21]. Im Vergleich dazu, waren es im Jahr 2015 nur 14 231 Milliarden Euro [21]. Im Rahmen von Folgeerkrankungen von ÜGA sind für die Behandlung von Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 10-I00-I99) im Jahr 2020 insgesamt 56 727 Milliarden Euro angefallen [21]. Im Jahr 2015 waren es noch gesamt 44 533 Milliarden Euro [21].

Gemäß dem Bericht „The heavy Burden of Obesity“ sinkt die Lebenserwartung innerhalb der Mitgliedsstaaten der „Organisation for Economic Co-operation and Development“ (OECD) im Zusammenhang mit ÜGA und deren Folgeerkrankungen um durchschnittlich 2,7 Jahre [17]. Ebenfalls erfasst wurden die Gesundheitskosten diesbezüglich, die sich in den OECD-Ländern auf 8,4 % des zu verfügenden Budgets belaufen [17]. Maßnahmen der PGF haben jedoch einen positiven Einfluss auf die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben in dem Zusammenhang: Für jeden Euro, der in die Behandlung von ÜGA investiert wird, können sechs Euro zurückgewonnen werden [17].

2.2. Strategiefestlegung

2.2.1. Prävention und Gesundheitsförderung

2.2.2.1. Begriffsklärung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention finden häufig simultan Anwendung, da sie dasselbe Ziel, den Gesundheitszugewinn des Individuums bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen, verfolgen und sich dementsprechend ergänzen [22]. Sie unterscheiden sich jedoch grundsätzlich in ihrer Herangehensweise in Form zweier unterschiedlicher Interventionsformen [22]. Während die Prävention („zuvorkommen“) Vermeidungsstrategien verfolgt, strebt die Gesundheitsförderung Promotionsstrategien an und ist gewissermaßen vor die Notwendigkeit von Prävention geschaltet [22].

Durch gezieltes Eingreifen in ökonomische, ökologische, kulturelle und soziale Bedingungen sollen im Rahmen der Gesundheitsförderung die gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten (Lebensbedingungen), d.h. das Gesundheitspotential der Bevölkerung, so modifiziert und gestärkt werden, dass ein besserer Gesundheitsstatus verzeichnet werden kann (Empowerment) [22, 23]. Während die Gesundheitsförderung darauf abzielt Schutzfaktoren und Ressourcen innerhalb der Gesellschaft zu stärken und sich demnach mit den von Antonovsky geprägten salutogenetischen Fragestellungen [22, 23] befasst, stellt die Prävention pathogenetische Faktoren in den Fokus ihrer Herangehensweise [22, 23]. Letztere soll entsprechende Risikofaktoren eindämmen und damit der Manifestation von Erkrankungen zuvorkommen [22, 23]. Unter Schutzfaktoren und Ressourcen können soziale, kulturelle und

wirtschaftliche (sozioökonomische) Faktoren (z.B. Lebenspartner/ Familie, Religion, finanzielle Mittel), Umweltbedingungen (z.B. Wohnverhältnisse, soziale Netzwerke), behaviorale und psychische Faktoren (z.B. Ernährung, Selbstwirksamkeit, Resilienz) oder der uneingeschränkte Zugang zu Gesundheitsleistungen (z.B. Bildungs-/ Sozialangebote) und entsprechend die Entwicklung von Gesundheitskompetenzen (Health Literacy) verstanden werden [22, 23]. Im Gegensatz dazu können Risikofaktoren nach genetischen, physiologischen und psychologischen Veranlagungen, behavioraler Disposition sowie psychischer und ökologischer Exposition klassifiziert werden [22, 23].

Bezogen auf die Fragestellungen dieser Arbeit stellen ÜGA, im Sinne der Prävention, Risikofaktoren bspw. für die Entwicklung kardiovaskulärer Krankheiten dar. Gleichzeitig können Veränderungen, wie sie im Rahmen der Gesundheitsförderung beschrieben sind, zur Stärkung von Ressourcen, bspw. im Setting Schule, beitragen.

Ergänzungen zu diesem Kapitel können dem **Anhang 1 (S. 64 f.)** entnommen werden.

2.2.2.2. Klassifizierung und Arten von Prävention

Näheres zur Klassifizierung von Prävention kann **Anhang 1 (S. 65 f.)** entnommen werden.

Sowohl im Rahmen von Präventions- als auch gesundheitsfördernder Maßnahmen können zwei strategische Ansätze unterschieden werden [22, 23, 24]. Setzt eine Intervention am Individuum an, wird es der Verhaltensprävention zugeordnet [22, 23, 24]. Hierbei soll das individuelle Gesundheitsverhalten positiv beeinflusst bzw. gesundheitsriskantes Verhalten (Risikoverhalten) abgebaut werden, bspw. durch gezielte Gesundheitsbildung [22, 23, 24]. Setzt eine Intervention jedoch an der Lebensumgebung, den Umwelt- und Lebensbedingungen (Lebenswelt) an, so wird von Verhältnisprävention gesprochen [22, 23, 24]. Diese Maßnahmen beruhen i.d.R. auf Gesetzen und Verordnungen, d.h. auf Politik [22, 23, 24]. Indem äußere Bedingungen verändert werden, sollen gesundheitliche Risiken, bspw. durch Gesetze, minimiert werden [22, 23, 24].

Vor allem die Primärprävention rückt immer mehr in den Fokus von PH und PHN. Begründet wird diese Ausrichtung des Schwerpunktes vor allem damit, dass nur eine Kombination der Reduktion von Expositionen und die gleichzeitige Förderung von persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen zu einer langfristigen Gesundheitsförderung führen kann [24, 25]. Insbesondere im Rahmen sozialer Chancengleichheit soll der Fokus gesundheitsförderlicher, präventiver Maßnahmen immer mehr auf die Verhältnisprävention gerichtet werden [25]. Hintergrund ist hier zum einen die Erkenntnis, dass individuelle, verhaltensorientierte Maßnahmen, im Sinne reiner Wissensvermittlung, wenig Erfolge erzielen [25]. Zum anderen wird durch die Fokussierung auf das Individuum soziale Ungleichheit bzgl. des Zugangs zu

PGF-Maßnahmen gefördert [25]. Um dem damit einhergehenden Präventionsdilemma entgegenzuwirken, soll PGF an den Verhältnissen bestimmter Bevölkerungsgruppen ansetzen und auf die Veränderung bzw. Optimierung der Lebensumgebungen (Vgl. Lebenswelten) ansetzen [25]. Dennoch sollen Maßnahmen zur Förderung der Gesundheits-/Ernährungskompetenz (Health und Nutrition Literacy) sowie verhaltenspräventive Ansätze die Verhältnisprävention zu einem ganzheitlichen Ansatz ergänzen [25]. Das Zukunftsforum PH nimmt hier jedoch, in Hinblick auf Präventionsmaßnahmen in Settings (§ 20a SGB V), einen klaren Standpunkt, in Bezug auf die zeitliche Anordnung von PGF, ein: Verhältnisprävention vor Verhaltensprävention [25].

2.2.2.3. Der Setting- bzw. Lebenswelt-Ansatz als Präventionsstrategie

Ein Setting (*auch: Lebenswelt*) kann, laut Hartung und Rosenbrock, definiert werden als ein sozialer Zusammenhang, in dem sich Menschen in ihrem Alltag aufhalten und der Einfluss auf die eigene Gesundheit hat [26]. Da eine solche soziale Zugehörigkeit, d.h. die Lebensumgebung, eine gewisse Beständigkeit vorweist, ergibt sich die Theorie, genau an diesen sog. Lebenswelten anzusetzen und zu intervenieren [26]. Settings können regionale Situationen (Wohnort, -umgebung), gleiche Lebenslagen, gemeinsame Werte/ Präferenzen oder formale Organisationen (z.B. Schule, Kita) sein [26]. Im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention werden Maßnahmen demnach gezielt auf die Peer-Group und die spezifischen Rahmenbedingungen, unter denen die zugehörigen Menschen leben (Lebenswelten), abgestimmt [26]. Bereits das Dahlgren-Whitehead-Modell veranschaulicht die Determinanten von Gesundheit und mündet in die Erkenntnis, dass die Gesundheit des Individuums bzw. die spezifischer Bevölkerungsgruppen durch verschiedene Faktoren bestimmt und damit beeinflusst werden kann [10].

Seit 2015 fällt die „Gesundheitsförderung und Prävention in Settings“ ebenfalls unter die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV; siehe 2.3.1.1.) [27]. Sinn und Zweck dahinter ist es, spezielle Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln, die an spezifische Bevölkerungsgruppen (Settings) adressiert und nicht unspezifisch an die Gesamtbevölkerung gerichtet sind [27]. Zukünftig müssen nicht nur Lebenswelten gesundheitsförderlicher gestaltet werden, sondern auch Strategien zur Schaffung neuer gesunder Lebenswelten weiter in den Fokus der Politik geraten.

2.2.2.4. Empowerment als Präventionsstrategie

Ein weiteres zentrales Element, gewissermaßen Ziel von PGH, ist das Empowerment (Ermächtigung). Es handelt sich dabei um einen Prozess, der den Fokus gezielt auf die

Ressourcen und Potentiale von Menschen legt [23, 28]. Individuen und bestimmte Subpopulationen sollen durch professionelle Unterstützung im Rahmen von PGH dazu befähigt werden, ihre eigenen Ressourcen, hinsichtlich der selbstverantwortlichen Gestaltung gesunder Lebensweisen/-welten und damit ihrer eigenen Gesundheit, zu erkennen, zu mobilisieren und entsprechend zu nutzen [28]. PGH kann damit die Grundlage für eigenverantwortliches Gesundheitshandeln schaffen. Um selbstbestimmt handeln zu können, müssen entsprechend günstige Umgebungsbedingungen im Sinne der PGH geschaffen werden (Vgl. Lebenswelt-Ansatz [26]). Das kann sich bspw. darin äußern, dass instrumentelle Hilfen, wie Finanzmittel, zur Verfügung gestellt oder Handlungsspielräume geschaffen werden [28]. Auch die Rolle der Politik kommt diesbezüglich zum Tragen, da ebenso sozialpolitische Maßnahmen Empowerment fördern können [28].

2.2.3.5. Partizipation als Präventionsstrategie

Partizipation wird definiert als Teilhabe und stellt ein Schlüsselkonzept der nationalen PH-Strategie dar [23, 29]. Dieses Teilhaben äußert sich in der Forderung, dass verschiedene („alle“) Akteure in die Planung und Umsetzung von PGH-assoziierten Maßnahmen, im Sinne der von der WHO als Essential Public Health Operations (EPhOs) definierten Aufgaben von PH [30], in gesundheitsrelevante Entscheidungen in allen Handlungsfeldern einbezogen und zur Mitbestimmung aufgerufen werden [23, 29]. Bereits die WHO kam zu der Erkenntnis, dass nur ein global gefasster partizipativer Ansatz zur Verbesserung des Gesundheitsstatus der Gesamtbevölkerung führen kann und definiert die Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe [22]. Dieses Grundprinzip sollte sich dabei, entlang des Public-Health-Action-Cycles, in allen Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsschritten PGH-assozierter Maßnahmen wiederfinden und etablieren [31]. In jeden Prozessschritt sollen demnach diejenigen Akteure eingebunden werden, die sich in der mit der PGH-Maßnahme adressierten Lebenswelt befinden [26, 31]. Im Rahmen des HiAP-Ansatzes mündet diese Annahme zur Erreichung globaler Gesundheit in der Zusammenarbeit verschiedener Ressorts, d.h. in der Zusammenarbeit von Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektoren [32]. Nicht zuletzt nimmt die Politik in dieser Hinsicht eine entscheidende Rolle ein, indem sie den gesetzlichen Rahmen für PGH-Maßnahmen sicherstellt [23, 24].

Bezogen auf das Setting (Grund-) Schule reicht es dementsprechend nicht aus, lediglich (Ernährungs-) Fachkräfte mit der Planung, Umsetzung und Evaluation ernährungsassozierter PGF-Maßnahmen zu beauftragen. Damit solche Projekte zielführend sein können, müssen neben Lehrer*innen, Pädagog*innen oder Schulleiter*innen ebenso die Schüler*innen und Eltern sowie weiteres schulassoziiertes Personal z.B. Mitarbeiter*innen in der Schüler*innenverpflegung aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden [29].

2.3. Maßnahmenumsetzung

2.3.1. Gesundheits- und Ernährungspolitik in Deutschland

Die Gesundheits- und Ernährungspolitik in Deutschland ist vielschichtig und hierarchischer Natur. Auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene werden gesundheitsfördernde Aspekte geregelt und koordiniert, indem ein politischer Rahmen vorgegeben wird [33]. Insbesondere der international bekannte Health in All Policies-Ansatz (HiAP) soll zukünftig auch in Deutschland weiter fokussiert werden [34]. Die Erkenntnis, dass Gesundheit verschiedene Determinanten innehat, unterstützt die These, dass diese auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst werden kann und demnach auch multifaktorielle Strategien zur Planung, Förderung und Umsetzung von PGF benötigt.

Dem **Anhang 2, Abb. 2 (S. 68f.)** kann eine Zusammenfassung und Systematisierung der Determinanten des Gesundheitspolitischen Systems bzgl. der Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) in Deutschland entnommen werden.

2.3.1.1. Der gesetzliche Rahmen als gesundheitspolitische Maßnahme

Im Rahmen der gesundheitlichen Entwicklung des 21. Jahrhunderts gelangte die PGF immer mehr zu politischem Interesse [33]. Zwar wurde die PGF bereits 1988 im § 20 des SGB V festgesetzt, jedoch erhielt sie durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes (PrävG) 2015 einen erneuten Aufschwung hinzu einer qualitätsorientierten und multidimensionalen Sichtweise [27, 36]. Seit dem Inkrafttreten des PrävG werden die GKV's zu Leistungen der PGF verpflichtet mit dem Ziel, Risikofaktoren zu vermindern bzw. zu verhindern (Primärprävention) sowie Ressourcen zur Gesunderhaltung und insbesondere die Entwicklung individueller Gesundheitskompetenz zu stärken (Gesundheitsförderung) [27, 36]. Hierbei wird der GKV-Spitzenverband zur Festlegung von einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien verpflichtet (**Vgl. Anhang 1 S.66f.**) [27, 36]. Mit dem PrävG wurde auch die Nationale Präventionskonferenz (NPK) geschaffen, die einerseits die nationale Präventionsstrategie zur Qualitätssicherung und Förderung von PGF verfasst und andererseits alle vier Jahre einen ausführlichen Präventionsbericht vorlegt, welcher der Evaluation dieser Strategie dient [37]. Verfolgt werden sollen mit der Präventionsstrategie die Bundesrahmenempfehlungen, deren Ziel bspw. das gesunde Aufwachsen darstellt [36]. Inhalt des PrävG ist außerdem die Stärkung der PGF in Lebenswelten zur Verfolgung eines gesamtgesellschaftlichen Ansatzes sowie bspw. die Neustrukturierung der finanziellen Grundlagen diesbezüglich [38].

Die im § 20a SGB V geregelten Leistungen zur PGF in Lebenswelten zielen auf die Verknüpfung und Schaffung verhaltens- sowie verhältnispräventiver, gesundheitsfördernder Maßnahmen ab [36]. Dabei richtet sich die PGF nicht an das Individuum, sondern an die sich

in einer Lebensumgebung befindenden Bevölkerungsgruppen (Vgl. Lebenswelt, siehe 2.2.2.3.) [36]. Die Krankenkassen sind seit 2015 dazu verpflichtet zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen sowie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (bspw. Ernährungsbildung) in Lebenswelten beizutragen [36]. Gesetzlich geregelt ist für die GKV ebenfalls das Vorgehen in diesem Zusammenhang. Sie sind verpflichtet zur Erhebung der gesundheitlichen Situation (Risiko- und Schutzfaktoren/ Potentiale), zur darauffolgenden partizipativen Entwicklung von Maßnahmen in Hinblick auf die Verbesserung der gegenwärtigen Situation sowie zur Unterstützung bei der Umsetzung von PGF-Maßnahmen [36]. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Verminderung von sozialer Ungleichheit bzgl. des Zugangs zu PGF [36]. Da Kinder mit geringem SES anfälliger für die Entwicklung von ÜGA sind, soll durch den Lebenswelt-Ansatz dieser Zustand verhindert und zeitgleich das Präventionsparadox umgangen werden [1, 36].

Durch die §§ 20, 20a SGB V soll vermehrt eine bessere Strukturbildung und Partizipation zur Schaffung von PGF-Maßnahmen erreicht werden [36]. Hierfür arbeiten die GKVs eng mit den Verantwortlichen einer Lebenswelt (bspw. mit Schulleiter*innen einer Grundschule) zusammen [36]. Für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung“ und unter Berücksichtigung sozialer Chancengleichheit für PGF legt die NPK die Lebenswelt (Grund-) Schule explizit als Ort für PGF fest [36, 37]. Vor dem Hintergrund, dass Ernährungsgewohnheiten und Gesundheitskompetenzen vor allem im Kindesalter geprägt werden, kann dieser Zielgruppe ein besonders hoher Stellenwert zugeordnet werden [13, 36, 37]. Ergänzungen hierzu im **Anhang 1** auf **S.66 f.**

2.3.2. Das Handlungsfeld Ernährung in der Lebenswelt Grundschule

2.3.2.1. Der DGE-Qualitätsstandard zur Verpflegung in Schulen als gesundheitspolitische Maßnahme

Eine gesundheitspolitische Maßnahme im Setting Schule stellt der Qualitätsstandard der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) zur Verpflegung in Schulen dar [39]. Dieser wurde im Kontext eines gesundheitsfördernden, nachhaltigen, qualitativ hochwertigen und für alle zugänglichen Schulessens vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) in Auftrag gegeben [40]. Er wurde innerhalb des Nationalen Aktionsplans „IN FORM-Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ entwickelt [40]. In diesem Rahmen stellt die DGE wissenschaftlich abgesicherte und praxistaugliche Umsetzungsempfehlungen sowie ein Modell zur stetigen Verbesserung des Verpflegungsangebots an Schulen zur Verfügung [40]. Hierfür befürwortet auch die DGE eine Kombination von verhältnis- als auch verhaltenspräventiven Ansätzen [39]. Diese soll durch die partizipative Zusammenarbeit von Essensanbieter, Verpflegungsbeauftragten, der Schule

(z.B. Schulleiter*innen), Schüler*innen und Eltern entlang der Versorgungskette gewährleistet werden [39]. Da eine ansprechende Gestaltung der Schul- bzw. Essumgebung das psychische Wohlbefinden sowie das Sozialgefühl der Kinder stärkt, fokussiert der Qualitätsstandard auch die Gestaltung der Essumgebung und -atmosphäre [39, 40]. Gleichzeitig wird der Stellenwert der Verknüpfung von Verpflegung und ernährungsbildenden Maßnahmen betont [39].

Rechtliche Rahmenbedingungen sollen die (Weiter-) Entwicklung und Etablierung einer höheren Verpflegungsqualität gewährleisten [39]. Ansprechpartner zur Umsetzung und Ausgestaltung dieses Ziels sind auf Bundesebene das Nationale Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) sowie auf Landesebene die Schulvernetzungsstellen, bspw. die DGE-Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung in MV [40].

2.3.2.2. Leitfaden Qualitätskriterien gesundheitsfördernder Maßnahmen mit Fokus auf Bewegung, Ernährung und den Umgang mit Stress als gesundheitspolitische Maßnahme

Eine weitere gesundheitspolitische stellt der Leitfaden Qualitätskriterien zur Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress dar [41]. Auch dieser wurde vom BMG in Auftrag gegeben und im Rahmen von IN FORM entwickelt [41]. Genau wie die DGE-Qualitätsstandards soll der Leitfaden zur Qualitätsentwicklung beitragen, fokussiert dabei aber weniger die Verpflegung an Schulen, sondern vielmehr die Erstellung gesundheitsfördernder PGF-Maßnahmen [41]. Das Ziel bleibt jedoch die Gesundheitsförderung und Stärkung von Gesundheitskompetenz in Lebenswelten.

Der Leitfaden richtet sich an Personen, die die Gesundheit an Einrichtungen (Vgl. Lebenswelten) voranbringen und entsprechende PGF-Konzepte und -maßnahmen entwickeln wollen [41]. Im Setting Schule wird dabei z.B. an Lehrer*innen oder externe Ernährungsfachkräfte adressiert [41]. Die insgesamt acht Prozessschritte beinhalten 20 Qualitätskriterien und sollen Orientierung im gesamten Prozess, von der Maßnahmenplanung über die Umsetzung bis hin zur Evaluation, liefern [41].

Der von der BZgA herausgegebene Leitfaden findet im Rahmen des, in dieser Arbeit beschriebenen bzw. umgesetzten, Pilotprojektes Anwendung.

2.4. Evaluation

2.4.1. Gesundheits- und Ernährungskompetenz im Schulsetting

Mit Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu verstehen und verantwortungsbewusst danach zu handeln (Vgl. Empowerment), gemeint [42].

Durch entsprechende PGF-Maßnahmen sollen Individuen und Subpopulationen Gesundheitskompetenz entwickeln und damit dazu befähigt werden, diese entsprechend umzusetzen und anzuwenden [42]. Health Literacy wurde als eine von drei zentralen Prioritäten im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung festgehalten [42]. PGF-Interventionen sollten demnach den Anspruch haben, nutzerorientiert, an die individuellen Bedürfnisse, Vorstellungen und Lebensweisen der Peer Group angepasst zu handeln [10, 26, 41, 42]. Auch in diesem Zusammenhang spielt Empowerment eine zentrale Rolle [28]. Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz soll dazu beitragen, individuelle und kollektive Gesundheitsrisiken zu senken [42]. Vor allem sollen aber Ressourcen und Potentiale der Peer Group erschlossen werden [42]. Im Rahmen der Etablierung des Gesundheitskompetenz-Ansatzes in nationale Ziele der Gesundheitspolitik, wurde in Deutschland die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet, in der unterschiedliche Akteure Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens, d.h. der Gesundheitskompetenz, in Lebenswelten entwickeln [43].

In Anlehnung an den PHAC [31] und mit dem Ziel der Etablierung der Thematik Gesundheitskompetenz in Europa, wurde das Befragungsinstrument „The European Health Literacy Survey“ entwickelt [7]. Bis dato fanden zwei Befragungen zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung unterschiedlicher Länder der europäischen Region statt, erstmals von 2009 bis 2012, im Rahmen der Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) [7]. Eine Follow-up Erhebung fand im Rahmen der European Health Literacy Survey 2019-2021 (HLS19) statt [7]. Betrachtet wurden hierbei ebenfalls die Determinanten und Folgen von (fehlender) Gesundheitskompetenz [7]. Ergebnissen zufolge ist die Gesundheitskompetenz innerhalb der betrachteten Länder als gering einzuschätzen (58,8 %) [7]. Hier ist insbesondere ein soziales Gefälle zu verzeichnen [7]. Zur Erhebung des Status zur Gesundheitskompetenz innerhalb der deutschen Bevölkerung gab es ein ähnliches Projekt (HLS GER) [44]. Auch in Deutschland weisen mehr als die Hälfte der Befragten eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz in allen Altersgruppen auf, die sich im Vergleich der Erhebungen von 2014 und 2020 sogar verschlechtert haben [44]. Auffällig ist, dass die jüngeren Altersgruppen im Jahr 2020, im Vergleich zu anderen Altersgruppen, deutlich schlechter abschneiden [44]. Als eine relevante Ursache werden dabei soziale Medien angeführt, deren Informationsüberflutung schlachtweg überfordert und häufig irreführend ist [44].

In einer internationalen Studie zur Ernährungskompetenz von Kindern wurde festgestellt, dass 90,3 % der 390 befragten Kindern im Alter zwischen zehn bis zwölf Jahren eine mittlere bis geringe Gesundheitskompetenz aufweisen [45]. Es sei darauf hingewiesen, dass angesichts des Setting-Ansatzes und der Tatsache, dass die Familie die primäre Lebenswelt von Kindern darstellt auch die Gesundheitskompetenz der in der Lebenswelt von Grundschüler*innen

befindlichen Personengruppen optimiert und gefördert werden muss [26, 46]. Die Notwendigkeit von PGF-Maßnahmen, insbesondere im Schulsetting [46] und in Hinblick auf die ÜGA-Problematik [47], ist geboten.

Die Gesundheitskompetenz zielt ebenfalls auf die im Rahmen des Schulsettings betrachtete Schulverpflegung ab (siehe 2.3.2.1.). In Hinblick auf den Setting-Ansatz [26] gestaltet sich darin eine Determinante der Lebenswelt Schule, die hinsichtlich verhältnisorientierter PGF ebenso gefördert werden muss, wie ernährungsbildende, verhaltensorientierte Maßnahmen der PGF [36, 39].

2.4.2. Food Environment Policy Index

Der Food Environment Policy Index (Food-Epi) ist ein, vom internationalen INFORMAS-Netzwerk entwickeltes Tool zur Erfassung, Analyse und Beurteilung von gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen [48]. Im Rahmen von Politikfeld- sowie Dokumentenanalysen und Expert*inneninterviews wurde zunächst eine Bestandsanalyse bzgl. gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen und Maßnahmen innerhalb eines Landes durchgeführt [48]. Auf Basis dessen, fand eine Bewertung des Grades der Umsetzung statt, indem mit internationalen Best Practice Beispielen diesbezüglich verglichen wurde [48]. Daran wiederum schloss sich die Formulierung und Priorisierung von Handlungswegen und -reformen an [48]. Der Food-Epi umfasst einerseits Politikmaßnahmen, gegliedert in sieben Domänen (z.B. Produktzusammensetzung, -kennzeichnung oder öffentliche Einrichtungen) [48]. Andererseits werden sog. übergreifende Strukturen, gegliedert in sechs Domänen (z.B. Governance, Datensammlung/-nutzung, Finanzierung oder sektorenübergreifende Ansätze), in die Betrachtungen einbezogen [48]. Jede Domäne hat verschiedene Unterkategorien; insgesamt wurde der Food-Epi in ca. 40 Ländern umgesetzt [48].

Zusammenfassend ergab sich, dass die deutsche Ernährungspolitik im internationalen Vergleich deutlich schlechter abschneidet [48]. Laut Food-Epi erhielt Deutschland u.a. im Punkt „sektorenübergreifende Ansätze“ eine sehr niedrige (rote) Bewertung [48]. In den Kategorien Lebensmittelangebot in öffentlichen Einrichtungen und Betrieben erhielt die Bundesrepublik ebenfalls eine niedrige (orangene) Bewertung [48]. Im Food-Epi zeigte sich jedoch auch, dass der politische Rahmen zur Datensammlung/-auswertung und -nutzung (Vgl. EPHO 1, 2 [30]) sowie die politische Führungsrolle Deutschlands, verbunden mit offiziellen Ernährungsempfehlungen, eine mittlere (grüne, hier höchste) Bewertung erhielt [48]. Hier werden die Potentiale hinsichtlich des HiAP-Ansatzes zur Verbesserung der PGF deutlich.

3. Methodik

Die Studie wurde vom 08.06.2022 bis 22.12.2022 an der Hochschule Neubrandenburg unter der Leitung von Prof. Dr. Anna Flögel und Projektbetreuung von Herrn Michael Zeipelt (HiRegion – Hochschule in der Region, Lernnetzwerk Bildung) durchgeführt. Da keine personenbezogenen Daten erhoben wurden und die Befragung anonym erfolgte, war kein Ethikvotum erforderlich. Für die wissenschaftliche Befragung an öffentlichen allgemeinbildenden Schulen (Online-Schulleiter*innenenumfrage) wurde die offizielle Genehmigung des Ministeriums für Bildung und Kindertagesförderung Mecklenburg-Vorpommern am 21.11.2022 erteilt.

3.1. Studiendesign

Die Studie wurde mit einem Mixed-Methods Design umgesetzt (**Abb. 1**). Dabei ermöglichte der qualitative Studienteil (Teil A) mittels halbstrukturierter, leitfadengestützter Interviews einen umfangreichen Einblick in individuelle Erfahrungen, Wünsche und Bedarfe hinsichtlich Ernährungsbildung und gesunden Ernährungsumgebungen ausgewählter Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte. Um die Aussagekraft der Studie zu erhöhen, schloss sich daran ein quantitativer Studienteil (Teil B) an. Mittels Online-Umfrage wurden alle Grundschulen für MV angeschrieben, sodass ein repräsentativer Einblick in die Thematik möglich wurde. Dementsprechend ergänzten sich die beschriebenen Studienteile im Sinne einer umfangreichen Bedarfs- und Bestandsanalyse, die schlussendlich der Ableitung von Handlungsempfehlungen dienen sollte. Diese Handlungsempfehlungen sollten in ein gesundheitsförderliches Pilotprojekt an ausgewählten Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte münden (Teil C).

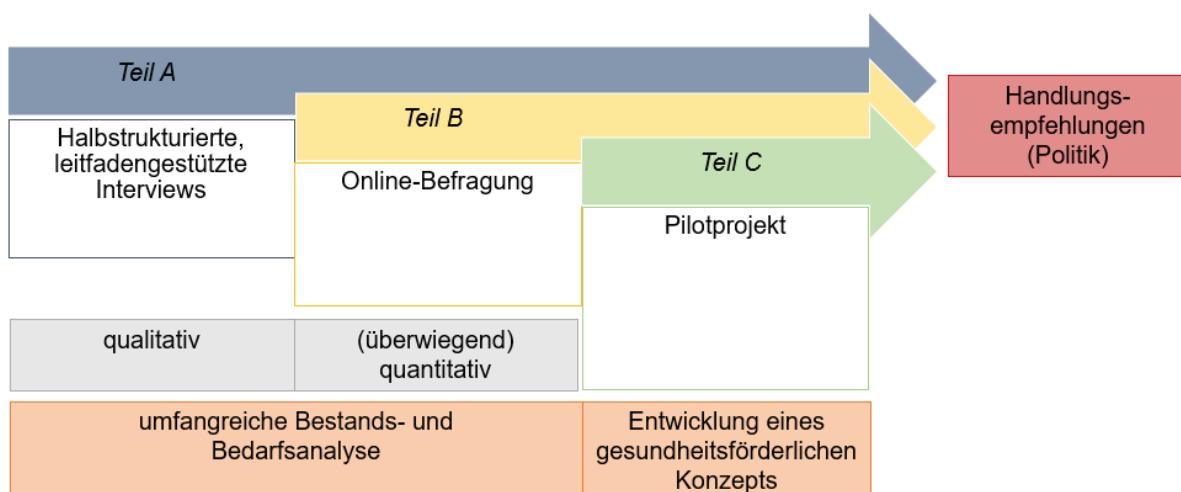


Abb. 1: Studiendesign (Mixed-Methods-Ansatz)

3.2. Fragestellung und Ziele der Studie

Das Ziel dieser Studie ist es, den Bestand und Bedarf an ernährungsbezogenen Bildungsangeboten sowie an der Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen im Setting Grundschule im Bundesland MV anhand von Schulleitungsbefragungen zu untersuchen und daraus Handlungsempfehlungen zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Konzepts mit Schwerpunkt Ernährung für Grundschulen in MV zu generieren.

Die Feinziele dieser Studie sind:

1. Die Untersuchung des gegenwärtigen Bestands an ernährungsbezogenen Bildungsangeboten und der Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen im Setting Grundschule in MV.
 - 1.1. Die Ermittlung des Stellenwerts der Ernährungsbildung sowie bisher stattgefunder ernährungsbezogener Projekte.
 - 1.2. Die Erfassung der realen Ernährungsumgebung mit Fokus Mittagsverpflegung.
2. Die Untersuchung des gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs an ernährungsbezogener Bildung und der Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen im Setting Grundschule in MV.
 - 2.1. Die Ermittlung der Wünsche und Erwartungen der Schulleitungen in Bezug auf ernährungsbezogene Bildung.
 - 2.2. Die Erfassung der Wünsche und Erwartungen der Schulleitungen in Bezug auf die Gestaltung einer gesunden Ernährungsumgebung.
3. Die Ableitung von Handlungsempfehlungen zur Erstellung eines Präventionskonzepts für ernährungsbezogene Bildung und Gestaltung einer gesunden Ernährungsumgebung im Setting Grundschule in MV.

3.3. Studienpopulation

3.2.1. Teil A: Qualitative Interviews

Für die im Teil A geführten halbstrukturierten, leidfadengestützten qualitativen Interviews konnten Ende Mai/ Anfang Juni 2022 insgesamt drei Schulleiter*innen von Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte rekrutiert werden. Mit der Interview-Teilnahme qualifizierten diese gleichzeitig ihre Grundschule für das Pilotprojekt nach den Sommerferien 2022 in MV (siehe 3.2.3.).

3.2.2. Teil B: Online-Umfrage

Die potenziellen Studienteilnehmer*innen, der im Teil B initiierten Online-Befragung, waren alle Schulleiter*innen von Grundschulen in öffentlicher oder privater Trägerschaft im Bundesland MV.

Fallzahlschätzung: Insgesamt belief sich die Anzahl der Grundschulen in MV auf 327, darunter 270 öffentliche und 57 private Grundschulen (Stand November 2022 [49]). Es war geplant alle Grundschulen anzuschreiben. Da sich bei Online-Umfragen üblicherweise eine Response-Rate von 25-30 % ergibt [50], wurde angenommen, dass ca. 30 % aller Schulleiter*innen an der Befragung teilnehmen werden. Daraus ergab sich eine geplante Fallzahl von 98 Teilnehmenden. **Abb. 17** kann der Probandenflow sowie die In- und Exklusion von Fragebögen entnommen werden.

3.2.3. Teil C: Pilotprojekt

Für das Pilotprojekt wurden zwei der drei Grundschulen, die im Teil A an den Interviews teilgenommen hatten, von der Studiendurchführenden ausgewählt. Um die Thematik Ernährung frühzeitig in der Lebenswelt von Kindern einzubringen, wurde das Pilotprojekt mit zwei Klassen der Klassenstufe eins durchgeführt. Hierfür wurden die teilnehmenden Klassen per Zufallsverfahren von den Schulleiter*innen der Grundschulen ausgewählt. Diese umfassten eine Klassenstärke von 23 und 25 Grundschüler*innen.

3.3. Studienablauf

In **Abb. 2** wurde der gesamte Studienablauf dargestellt, der im Nachfolgenden genauer erläutert werden soll. Die Schulleitungen für die im Teil A durchgeführten halbstrukturierten, leitfadengestützten qualitativen Interviews wurden ab Ende Mai 2022 telefonisch oder per E-Mail von der Studiendurchführenden und Herrn Michael Zeipelt kontaktiert, um die Studienidee vorzustellen und das Interesse zur Studienteilnahme zu erfragen. Nach Zustimmung aller drei Schulleiter*innen zur Teilnahme, wurden die Interviews vor Ort, in der jeweiligen Grundschule von der Studiendurchführenden geführt. Hierbei wurde zunächst mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt und im Anschluss die Einwilligungserklärung unterzeichnet. An die Interviews schloss sich die Transkription der Primärdaten (Audiomaterial) und eine qualitative Auswertung nach Mayring (siehe 3.5.) an, beides erfolgte durch die Studiendurchführende. Im weiteren Ablauf musste von der ursprünglichen Planung abgewichen werden, sodass Teil C vor Teil B stattfand. Ursache hierfür war die aufwendige Studienplanung und erforderliche Genehmigung durch das Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV zur Online-Befragung von Grundschulen. Für den Teil B konnte das Studienteam Frau Meike Halbrügge

(DGE Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung MV), Frau Petra Keil (IQ M-V) sowie das Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV als Kooperationspartner*innen gewinnen. Zunächst wurde ein Erstentwurf eines Fragebogens durch die Studiendurchführende entwickelt. Dieser wurde durch das Studienteam sowie Frau Meike Halbrügge und Frau Petra Keil gegengeprüft und finalisiert. Anfang Oktober 2022 wurde dieser finale Fragebogen beim Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV zur Prüfung eingereicht. Nach erneuter Überarbeitung durch das Studienteam erfolgte die Genehmigung Ende November 2022. Die Online-Befragung konnte im Anschluss gestartet werden und stand den Schulleiter*innen aller Grundschulen in MV vom 01.12.2022 bis 22.12.2022 zur Verfügung. Die Einladungen zur Teilnahme wurden per E-Mail versandt, diese enthielten ebenso die Proband*inneninformation, die offizielle Genehmigung des Ministeriums für Bildung und Kindertagesförderung (**siehe Anhang 7, S. 79f.**) sowie den Link zur Umfrage via Online-Umfragetool LimeSurvey (Version 3.27.9). Öffentliche Grundschulen wurden dabei durch das IQ M-V, über die vier Schulamtsbereiche in MV, kontaktiert. Grundschulen in privater Trägerschaft wurden von der Studiendurchführenden über das E-Mailportal der Hochschule Neubrandenburg kontaktiert. Nach der Hälfte des Bearbeitungszeitraums, nach zwei Wochen, wurde ein Reminder zur Teilnahme, wiederum über das E-Mailportal der Hochschule Neubrandenburg versandt. Dies erfolgte ebenfalls durch die Studiendurchführende. Während der abzuwartenden Überarbeitungen bzw. der Genehmigung des Fragebogens wurde auf Basis der Ergebnisse aus Teil A ein bedarfsgerechtes Konzept für ein längerfristiges gesundheitsförderliches Pilotprojekt durch die Studiendurchführende entwickelt (weiter dazu unter 3.4.3.). Dieses konnte nach den Sommerferien 2022 in MV in zwei ersten Klassen an je einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte durch die Studiendurchführende umgesetzt werden. Mit der Sichtung der Daten und der Auswertung des (überwiegend) quantitativen Studienteils (Teil B) wurde nach Beendigung der Studiendurchführung Ende Dezember 2022 begonnen.

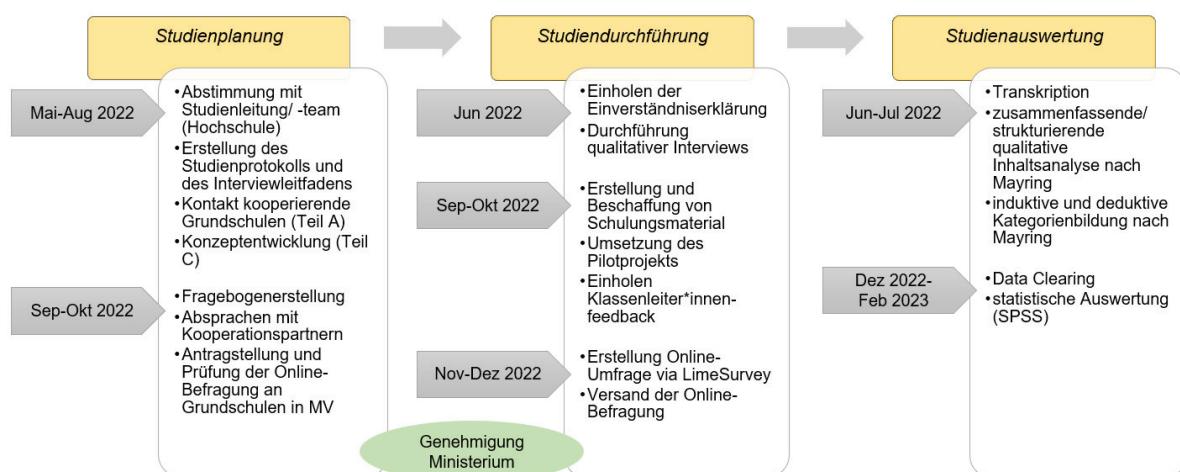


Abb. 2: Studienablauf

3.4. Untersuchungsmethoden

3.4.1. Teil A: Qualitative Interviews

Der qualitative Teil des Projekts verfolgte das Ziel, einen möglichst umfangreichen Einblick in die Erfahrungen, den Bestand, die Wünsche und Bedarfe mit und von Ernährungsbildung und gesunden Ernährungsumgebungen an Grundschulen zu erhalten. Hierzu wurde ein halbstrukturiertes, leitfadengestütztes Interview mit insgesamt drei Schulleiter*innen von Grundschulen aus dem Landkreis Mecklenburgische Seenplatte geführt. Die Besonderheit im Interview_01 war, dass, aufgrund eines bevorstehenden Schulleiter*innenwechsels, zwei Schulleiter*innen (derzeitige/r und zukünftige/r) am Interview teilnahmen. Damit ein möglichst umfassendes Bild von der Situation an den Schulen entstehen konnte, wurden (überwiegend) offene Fragen gestellt. Insbesondere die letzte Frage wurde jedoch geschlossen gestellt, da hier auf eine abschließende Entscheidung und klare Positionierung hinsichtlich der Notwendigkeit ernährungsbildender Maßnahmen für Kinder abgezielt wurde. Damit eine gewisse Vergleichbarkeit entsteht, wurde bei der Leitfadenerstellung eine halbstrukturierte Interviewform gewählt (**siehe Anhang 3 S.70ff.**). Dadurch war zwar ein Rahmen für die Interviewdurchführung vorgegeben, gleichzeitig sollte das Interview seinen narrativen Charakter beibehalten und das Grundprinzip der Offenheit verfolgen [51]. Für die Erstellung des Leitfadens wurde das sog. SPSS-Prinzip angewandt, bestehend aus den vier Schritten „Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren“ [51]. Hierfür wurden zunächst alle Fragen gesammelt, die für die Forschungsfrage interessant sein könnten. Im Anschluss wurde die Liste an Fragen unter dem Aspekt der Offenheit sowie dahingehend geprüft, ob die Frage tatsächlich relevant/ geeignet für das Interviewvorhaben war. Daraufhin wurden die verbleibenden Fragen sortiert und anschließend subsumiert. Die Leitfragen wurden jeweils mit Nachfragen ergänzt [51]. Schlussendlich konnten zwei thematische Fragenkomplexe herausgestellt werden: Die Bestandsaufnahme und die Bedarfsanalyse.

Auch die Durchführung an sich fand unter standardisierten Bedingungen statt. Alle drei Interviews wurden an der jeweiligen Grundschule, in ruhiger Umgebung und „unter vier Augen“ geführt [51]. Für die Aufzeichnung wurde das Smartphone (App: Rekorder, Huawei) sowie das Tablet (App: Diktiergerät, Samsung) der Interviewenden verwendet. Die Interviews dauerten im Durchschnitt $37:11 \pm 14:71$ (23:36 – 57:51) Minuten. Abgesehen vom Kriterium der kommunikativen Validierung konnten die weiteren fünf Gütekriterien qualitativer Forschung nach Mayring gewährleistet werden [52].

Die Ergebnisse des qualitativen Studienteils sollten die Basis, für die in Teil B folgende Entwicklung eines Online-Fragebogens schaffen, die wiederum die Bestands- und Bedarfsanalyse in Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern komplementieren soll.

3.4.2. Teil B: Online-Umfrage

Bei dem verwendeten Fragebogen handelt es sich um einen selbsterstellten, nicht validierten Fragebogen (**siehe Anhang 8, S. 81ff.**). Er enthält insgesamt 43 Haupt- und sieben Unterfragen zur Ernährungsbildung und zu gesunden Ernährungsumgebungen an Grundschulen. Speziell wird das Ziel einer umfangreichen Bestands- und Bedarfsanalyse im Bundesland MV verfolgt. Dabei gliedert sich der Fragebogen in vier Rubriken:

- Strukturelle Fragen zur Grundschule
- Ernährungsbildung und ernährungsbezogene Schulprojekte – Bestandsaufnahme
- Ernährungsbildung und ernährungsbezogene Schulprojekte – Bedarfsanalyse
- Gesunde Ernährungsumgebungen

Nach ihrer Form differenziert, fanden geschlossene, halboffene und offene Fragen Anwendung. Vorteile des geschlossenen Fragenformats sind die schnelle Beantwortung, sowie das Sicherstellen einer Vergleichbarkeit in der späteren Datenanalyse [53]. Diese Form wurde dann gewählt, wenn spezifische, kategorisierbare Informationen abgefragt werden sollten. Wichtig war, dass die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten der geschlossenen Fragen ein ausreichend großes, realitätsnahe Spektrum boten [53]. Bei der Konzipierung wurde sich deshalb an den Ergebnissen der in Teil A geführten Interviews orientiert. Um jedoch zu verhindern, dass sich der/ die Befragte in gar keiner vorgegebenen Kategorie wiederfindet, die Frage ggf. nicht beantwortet (nonresponse), eine bewusste Falschangabe macht oder „irgendwas“ ankreuzt, wurde beim Großteil der Fragen um die Option „Sonstige“ zu einer halboffenen Frage ergänzt [53]. Das Fragenformat der offenen Frage wurde wiederum dann gewählt, wenn ein möglichst individueller Einblick in die Gedankenwelt der Schulleiter*innen sowie die individuelle Situation an den Grundschulen gewonnen werden sollte. Dadurch, dass keine Antwortkategorien vorgegeben waren, konnten so wichtige Hintergrundinformationen gewonnen werden.

Es fanden verschiedene Fragetypen Anwendung:

- Dichotomische Fragen (Ja/ Nein)
- 5-Punkt Likert-Skalen zur Untersuchung der Einstellung von Befragten
- Single Choice
- Multiple Choice
- Freitext-Antworten

Die Antwortmöglichkeiten der Skalen sowie weiterer Fragen, deren Ergebnisse in Zahlen messbar waren, wurden ordinal formuliert. Alle anderen Fragen wurden nominal skaliert. Für die finale Befragung wurde der Fragebogen mittels Online-Befragungstool LimeSurvey (Version 3.27.9) konfiguriert. Hierfür erhielt die Studiendurchführende einen Zugang über die

Hochschule Neubrandenburg. Die Startseite der Umfrage zeigte, neben dem Umfragetitel, eine Beschreibung der Studie, eine Willkommensnachricht und die Datenschutzerklärung (**Vgl. Anhang 8, S.81**), welcher für die Weiterleitung zu den Fragen zugestimmt werden musste. Im Online-Tool selbst wurden Bedingungen zwischen verschiedenen Fragen gesetzt, um Dynamik in der Umfrage zu erzeugen. Hierdurch konnten bestimmte Fragen übersprungen bzw. der/ die Teilnehmende zu den jeweiligen Unterfragen weitergeleitet werden. Nachdem ein Start- und Enddatum für die Befragung festgelegt wurde, konnte die über LimeSurvey erstellte Umfrage-URL geteilt und an der Befragung teilgenommen werden. Nach Ende des Bearbeitungszeitraums wurden die Antworten zur statistischen Auswertung in die Statistik-Software IBM SPSS Statistics 25 (IBM, Amonk, NY, USA) exportiert, daran schloss sich das Data Clearing und die Exklusion unvollständiger Fragebögen an. Im Rahmen der Datenanalyse exkludiert wurden dabei all diejenigen Fragebögen, bei denen weniger als 75 % der Fragen beantwortet wurden. Entsprechend wurde eine Mindestanzahl zu beantwortender Fragen (75 % von 42 Fragen = 32 Fragen) bzw. eine Maximalzahl unbeantworteter Fragen (10 Fragen) festgelegt.

Um die Qualität und Eignung des Fragebogens zu überprüfen, wurden Pre-Tests in der Art und Weise durchgeführt, dass mehrere Überprüfungen durch entsprechendes Fachpersonal initiiert wurden. Dabei handelte es sich zwar nicht um Schulleiter*innen als direkte Teilnehmer*innen der folgenden Befragung, dennoch fand die Gegenprüfung im thematischen Feld statt [53]. Als Beispiel soll Frau Meike Halbrügge (DGE Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung MV) angeführt werden, die im Rahmen Ihrer Tätigkeit selbst Umfragen in Richtung Mittagsverpflegung an Schulen betreute. Demnach konnte u.a. von ihren Erfahrungen profitiert werden, Probleme innerhalb des Fragebogens (z.B. thematisch, zur Fragenformulierung, technisch) aufgedeckt und korrigiert werden [53].

3.4.3. Teil C: Pilotprojekt

Im Teil C wurde ein ernährungsassoziiertes Pilotprojekt für ausgewählte Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte konzipiert. Geplant war die Konzepterstellung auf Basis der qualitativen Ergebnisse aus Teil A und der (überwiegend) quantitativen Ergebnisse aus Teil B. Aufgrund bereits erörterter zeitlicher Umstände (siehe 3.3), musste die Konzipierung lediglich auf Basis der Interviewergebnisse (Teil A) stattfinden.

Für den Prozess der Konzepterstellung wurden der „Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress“ der BZgA [41], sowie der Rahmenplan Gesundheitserziehung des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur MV hinzugezogen [54]. Demnach wurde sich an einem Prozessmodell mit vordefinierten Qualitätskriterien, sowie einem thematischen Rahmenplan orientiert.

Innerhalb der Planung erfolgten regelmäßige Ab- und Rücksprachen mit dem Studienteam und den Grundschulen.

3.4.3.1. Planung und Organisation

Die Grundlage für die spätere Umsetzbarkeit und den Erfolg einer Maßnahme, bildet ein gemeinsames Verständnis (Vgl. Prozessschritt 1 [41]). Dieser erste Prozessschritt in der Planung der gesundheitsfördernden Maßnahme konnte bereits innerhalb der Interviews, im persönlichen Gespräch mit den Schulleiter*innen, initiiert werden. Im Austausch innerhalb des Studienteams konnte um den Blickwinkel der Durchführenden (Ernährungsfachkräfte) ergänzt werden. An einer Grundschule konnten zum späteren Zeitpunkt, im Rahmen einer Elternversammlung, sogar die Eltern hinzugezogen und das Verständnis um eine Perspektive erweitert werden (siehe 3.3.). Ebenfalls über die Interviews konnte ein erster Bedarf und Bestand (Vgl. Prozessschritt 2 [41]) ermittelt werden, der entsprechend dokumentiert wurde (siehe 3.4.3.4.). Im dritten Prozessschritt und vor der eigentlichen Konzeptentwicklung, mussten die Voraussetzungen zur Planung und Durchführung geklärt werden sowie im Anschluss ein Soll-Ist-Vergleich stattfinden. Entsprechende Fragestellungen dazu können dem **Anhang 9, Tabelle 3 (S. 90)** entnommen werden.

3.4.3.2. Konzepterstellung

Die Studiendurchführende sammelte zunächst Informationen über bereits bestehende bundes- und landesweite (MV) ernährungsassoziierte Projekte und gesundheitsfördernde Maßnahmen an Grundschulen. Gründe hierfür waren die Prüfung des Bestands in dieser Hinsicht, die Aufdeckung von Lücken und Ressourcen sowie die inhaltliche Orientierung (Rahmenplan MV). Auf Basis dessen und den therapeutischen Ansichten und Erfahrungen der Studiendurchführenden, wurde ein ernährungspräventives Konzept für Klassenstufe eins entwickelt. Im ersten Schritt wurde die Maßnahme thematisch bzw. inhaltlich gestaltet, zunächst grob, dann folgte die Feinplanung. Daran schloss sich die Methodenfindung und Gestaltung bzw. Kostenkalkulation und Beschaffung von Unterrichtsmaterial an. Das Material wurde zum Großteil von der Studiendurchführenden selbst erstellt. Es wurden ebenso Materialien des BZfE einbezogen. Bzgl. der Vorstellungen, Wünsche und Anforderungen wurde sich an den Ergebnissen der Interviews (Teil A) orientiert.

Zur Qualitätssicherung wurde sich bei der Planung an spezifische Qualitätskriterien [41] gehalten, die in Auszügen dem **Anhang 9, Tabelle 4 (S. 90)** entnommen werden können.

Mit dem ernährungspräventiven Konzept und der Ausrichtung auf Klassenstufe eins soll (bei Weiterführung und Etablierung einer langfristigen Maßnahme) eine Grundlage für späteres, eigenständiges Ernährungshandeln und das Treffen von Ernährungsentscheidungen

geschaffen werden. Damit wurde keinesfalls die reine Wissensvermittlung angestrebt. Jedoch bildet das Wissen um Essen und Ernährung die Grundlage um bestimmte Verhaltensweisen und ggf. Verhaltensänderungen zu initiieren. Dabei war die Art und Weise der Übermittlung entscheidend (Vgl. QK 10 B, [41]). Mit dem Pilotprojekt soll jedoch vordergründig das Ziel verfolgt werden, Erfahrungen für die spätere Etablierung einer langfristigen Maßnahme zu sammeln.

Neben den genannten, im Leitfaden der BZgA enthaltenen Qualitätskriterien, wurden ebenso Beraterkompetenzen, angelehnt an den für Ernährungsfachkräfte entwickelten G-NCP, berücksichtigt [55]. Dabei steht die Beziehung zwischen Diätassistent*in und Nutzer im Mittelpunkt aller therapeutischer Interaktion. Dasselbe wird im Rahmen dieser Arbeit auf die Präventionsthematik, die Rolle des/ der Diätassistent*in und die Arbeit mit Grundschüler*innen projiziert. Auch die von Carl Rogers als Therapeutenvariablen geprägten Begriffe Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Kongruenz sollen Berücksichtigung finden, um so die Compliance der Kinder zu erhöhen [56] (Vgl. Gesprächspsychotherapie [57]).

Ernährungshandeln kann als multidimensionale Konsumpraxis verstanden werden. Das heißt, Essen erfüllt nicht nur eine physiologische/ biologische, sondern auch eine kulturelle, soziale und psychologische Funktion [58, 59]. Um eine Verhaltensänderung bewirken zu können, muss demnach an diesen Dimensionen angesetzt werden. Im Rahmen der Konzeptentwicklung sollten hierbei verschiedene verhaltenspsychologische Modelle auf den Präventionsbereich angewandt werden, die dem **Anhang 9, Tabelle 5 (S. 91)** entnommen werden können.

3.4.3.3. Umsetzung in die Praxis

Im Zeitraum von September bis Oktober 2022 fanden pro Schule fünf Projekteinheiten in jeweils einer ersten Klasse statt. Wöchentlich stand hierfür eine Doppelstunde (1,5 h) vor Ort zur Verfügung. Dabei stand immer eine Lehrkraft (Klassenleiter*in) zur Verfügung, die organisatorisch und pädagogisch mitwirkte. Eine der Grundschulen ist im ländlichen Raum zu verorten, bei der anderen handelt es sich um eine städtische Grundschule.

Das Pilotprojekt wurde ehrenamtlich und im Sinne des Zugewinns an Forschungsergebnissen von der Studiendurchführenden durchgeführt. Das Material wurde von der Hochschule Neubrandenburg finanziert, im Sinne der Verfolgung der im Masterplan Gesundheitswirtschaft MV 2030 [60] formulierten Ziele.

3.4.3.4. Dokumentation und Evaluation

Zum Abschluss des Projekts, das als Pilotprojekt Ausgangspunkt für Folgeprojekte sein soll, stellen die Dokumentation und Evaluation wichtige Qualitätskriterien dar (Vgl. QK 15 A bis QK

17 [41]). Demnach wurden Inhalte, Verlauf und Veränderungen der Maßnahme (Prozessdokumentation) sowie das Erreichen der Ziele (Ergebnisdokumentation) dokumentiert um im Anschluss kritisch betrachtet und bewertet zu werden (Prozess- und Ergebnisevaluation). Es wurde sich der Methoden der Selbstevaluation bedient [61] Einerseits evaluierte sich die Studiendurchführende selbst nach jeder Projekteinheit, d.h.: Wie konnte das Konzept umgesetzt werden? Was war gut? Was war nicht so gut? Was und wie sollte in Folgeprojekten abgeändert werden (bzgl. Inhalt, Methodik, Material)? Gleichzeitig wurde nach Abschluss der Maßnahme das Feedback der Klassenleiter*innen eingeholt. Hierfür wurde ein Kurzfragebogen über das Online-Tool LimeSurvey erstellt, an den/ die jeweilige Klassenleiter*in per E-Mail versandt und pseudonymisiert ausgewertet. Der Vorteil der Selbstevaluation liegt darin, dass ein enger Praxisbezug von Seiten der Evaluierenden und der Evaluierten besteht und damit die praktische Verwertbarkeit der Daten erhöht wird [61].

3.5. Auswertung der qualitativen Interviews (Teil A)

Es lagen drei Schulleiter*inneninterviews mit insgesamt 111 Minuten Interviewmaterial vor. Hieraus wurden durch die Studiendurchführende wissenschaftliche und pseudonymisierte Transkripte erstellt. Dabei wurde wortwörtlich (Dialekte inbegriffen) und unter Berücksichtigung bestimmter, vordefinierter Transkriptionskonventionen (**Vgl. Anhang 4 S. 73**) transkribiert [62, 63]. Um einem Verlust von Daten vorzubeugen, wurden in das Transkript auch Veränderungen im Sprachklang (bspw. wechselnde Lautstärke) und hörbares Verhalten (bspw. Lachen) übernommen [62]. Die Transkription erfolgte via MAXQDA 2022 ©, einer Software für PC-gestützte qualitative Inhaltsanalyse. Erwähnte Namen wurden während der Erstellung der Transkripte anonymisiert. Es wurde sich am vereinfachten Transkriptionssystem zzgl. der erweiterten Regeln (bspw. Transkription von Dialekten) nach Dresing und Pehl orientiert [62]. Die Transkriptionskonventionen, die verwendet wurden, weichen leicht von denen ab, die von Dresing und Pehl definiert wurden und wurden durch die Transkriptionskonventionen nach GAT 2 ergänzt [63]. An die Transkription schloss sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an, wobei das Material innerhalb seines Kontextes (der Forschungsfrage) interpretiert wird [64]. Das zentrale Element hierfür ist die Festlegung bzw. Erstellung eines Kategorien- bzw. Codesystems. Im Rahmen dessen wurde sich zweier Grundformen des Interpretierens bedient: Zusammenfassung und Strukturierung [64]. Bei der Zusammenfassung geht es darum, den Inhalt des Materials systematisch auf das Wesentliche zu reduzieren [64]. Anwendung findet hierbei die induktive Kategorienbildung. Dabei werden Kategorien (Codes) direkt auf Basis der Interviews, d.h. der Transkripte, gebildet. Induktive Kategorien ergaben sich dementsprechend während der Inhaltsanalyse und dienten der genaueren Aufschlüsselung zusätzlicher Informationen der Tertiärdaten. Die ergänzende inhaltliche

Strukturierung wiederum beinhaltet Methoden der deduktiven Kategorienanwendung. Dabei werden vorab Kategorien (Codes) entwickelt und auf das Material angewandt [62]. Basis hierfür war der vorab erstellte Interviewleitfaden. Für eine eindeutige Definition und Zuordnung zur jeweiligen Kategorie bzw. um Verzerrungen zu vermeiden wurden in MAXQDA © Ankerbeispiele hinterlegt, die die jeweilige Kategorie genau definieren. Das Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse beinhaltet die sog. Z-Regeln [64], ein Beispiel hierfür ist im **Anhang 5** auf den **Seiten 74 f.** aufgeführt.

3.6. Statistische Auswertung

Die Datenerfassung und Datenspeicherung erfolgte anonymisiert auf lokalen Servern. Die quantitative Auswertung erfolgte über die Statistik-Software SPSS Version 25 (IBM, Amonk, NY, USA). Die Variablen wurden vorab in nominal (Bsp.: Trägerschaft der Grundschule) und ordinal (Bsp.: Anzahl der Schulsozialarbeiter*innen; 5-Punkt-Likert-Skalen) skaliert eingeteilt. Im Rahmen der deskriptiven Statistik wurden absolute und relative Häufigkeiten erfasst. Für Mehrfachantworten (Multiple Choice) wurden zunächst Variablensets definiert, um die Gesamtheit der Antworten darzustellen. Zur Visualisierung wurden Kreis-, Säulen- und Balkendiagramme erstellt.

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse des Teil A: Qualitative Interviews

Abb. 3 zeigt eine Wortwolke, die aus den Transkripten der drei qualitativen Schulleiter*inneninterviews erstellt wurde. Hierdurch soll ein erster Überblick bzgl. der Relevanz bestimmter Themengebiete und Begriffe im Kontext Ernährungsbildung und gesunde Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV ermöglicht werden. Die Schriftgröße entspricht dabei der Häufigkeit der Nennung des jeweiligen Begriffes. Zentral in der Mitte befindet sich der Begriff der Kinder, die, laut Schulleiter*innenaussagen, im Zentrum der Planung, methodischen Ausgestaltung sowie Zielsetzung ernährungsassozierter Projekte stehen sollten und denen die Ergebnisse dieses Projektes schlussendlich durch die Verbesserung des Status quo an den Grundschulen zugutekommen sollen. Es können erste Aussagen über durchgeführte Projekte (z.B. Projekttage, Projektwoche), Problematiken und Herausforderungen (z.B. Corona, Geld, Zeit), Anforderungen (z.B. regelmäßig, individuell, regional, nachhaltig) oder auch Wünschen (z.B. Unterstützung, Partner) von Seiten der Schulleiter*innen abgeleitet und in den Gesamtkontext gesetzt werden.



Abb. 3: Wortwolke thematisch relevanter Begriffe; Visualisierung der am häufigsten genannten Begriffe der Schulleiter*inneninterviews an drei ausgewählten Grundschulen in MV; je bedeutsamer ein Begriff, desto größer die Schriftgröße

In der nachfolgenden Auswertung der qualitativen Interviews wurden Kategorien des induktiv und deduktiv erstellten Codesystems systematisch zusammengefasst und analysiert. Schlüsselaussagen wurden entsprechend mit Zitaten der pseudonymisierten untermauert. Es wurde versucht Beziehungen und Wechselwirkungen zwischen den jeweiligen Kategorien darzustellen.

4.1.1. Bestandsanalyse Ernährungsbildung und gesunde Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV

4.1.1.1. Projekte, Zeitraum und Klassenstufe

Laut Aussagen der Grundschulleiter*innen, konnten Projekte an Grundschulen in MV in intern und extern konzipiert unterschieden werden. Intern fanden ernährungsassoziierte Projekte vor allem im Rahmen des Sachkundeunterrichts statt. Diese Projekte orientierten sich thematisch wiederum an den Lehr- und Rahmenplänen der jeweiligen Klassenstufe im Bundesland MV. Praktische Anwendung fanden diese Themen, laut den Interviewten, vor allem innerhalb eines gesunden Klassenfrühstücks oder in von den Klassenleiter*innen individuell organisierten Projekten, bspw. als Ausflug auf einen (Bio-) Bauernhof („Lernen am anderen Ort“). Gemäß Schulleiter*innenaussagen fanden auch von Extern konzipierte Projekte in den Grundschulen statt. Genannt wurden hier das EU-Schulprogramm, die Apfelkistenaktion im Herbst, die Biobrotboxenaktion im Auftrag des Ländlichfein e.V., das Projekt Henrietta in Fructonia (AOK), Klaro der Gesundheitsforscher, Programme des Landes MV bzw. des Ministeriums für Klimaschutz, Landwirtschaft, ländliche Räume und Umwelt („Vom Korn zum Brot“, „So ein Käse – Von der Kuh zur Stulle“ etc.) oder das Programm Klasse 2000. Weiter differenzierten die Grundschulleiter*innen den Zeitumfang, den ernährungsassoziierte Projekte umfassten. Die Interviewten unterschieden hier in Projekttage und in Projekte, die im Rahmen einer Projekt-, meist der sog. Präventionswoche stattfinden. Eine Schulleiterin gab außerdem an, dass Projekte auch über einen längeren Zeitraum hinweg angeboten wurden, bspw. im 14-Tagesrhythmus an jeweils zwei Schultagen, für je drei Stunden.

4.1.1.2. Organisation und Projektleitung

Laut Schulleiter*innenaussagen wurde einerseits gezielt Werbung für ernährungsassoziierte Projekte an den Grundschulen gemacht, bspw. vom Ministerium für Klimaschutz, Landwirtschaft, ländliche Räume und Umwelt oder von Krankenkassen, zumeist digital, per E-Mail, seltener wurden Flyer via Post zugesandt. Andererseits wurde aber auch immer wieder aktiv nach Projektpartnern gesucht. Laut Grundschulleiter*innen wurde hier häufig versucht über Eltern, die angesichts ihrer Arbeitsstelle einen Ernährungsbezug aufwiesen, Fachkräfte und Projektleiter*innen zu gewinnen. Alle befragten Schulleiter*innen gaben an, dass die Projektleitung meist von Lehrkräften übernommen wurde. Als weitere Projektleiter*innen wurden Eltern, die bspw. einen landwirtschaftlichen Betrieb führen, Mitarbeitende von Krankenkassen oder Vereinsmitglieder aufgezählt. Ernährungsfachkräfte waren bisher weniger relevant. Zwei der drei Interviewten gaben an, dass bisher keine ausgebildeten Ernährungsfachkräfte in den Grundschulen vor Ort waren. Eine Schulleiterin meinte, dass im Rahmen von Projekten der Krankenkassen zumindest vereinzelt Ernährungsfachkräfte als Projektleitende in Erscheinung traten.

4.1.1.3. Nachhaltigkeit, Wirksamkeit und Feedback

Wie wirksam und nachhaltig ernährungsassoziierte Projekte waren, ließ sich laut einer Schulleiterin schlecht kontrollieren. Eine weitere Schulleiterin war der Meinung, dass zumindest die Grundkenntnisse gesunder Ernährung bei den Kindern hängen geblieben waren. Die Grundschüler*innen waren, gemäß der Interviewten, vor allem für praktisch angelegte Projekte zu begeistern (**Abb. 4**), speicherten diese als „Highlight“ ab (**Abb. 5**) und griffen selbst gesammelte Erfahrungen und Erinnerungen später auf.

01 **B:** .h aber diese praktische umsetzung de:s ich schmier mir die brote ich mach mir den kräuterquark
02 alleine .h das war für einige kinder wirklich toll zu sehen wie viel spaß und freude sie dabei hatten.
03 aber da stimmt dann eben immer theorie und praxis (1.0) mhm näh

*Abb. 4: Feedback zum Theorie-Praxis-Bezug; Auszug aus Interview_01; B = Interviewte*r;*
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

01 **C:** und auch lernen an anderen orten natürlich auch immer; näh (.) wenn man jetzt wandertag
02 entsprechend macht und projekttag oder sportfeste; oder so all das (.) is natürlich für die kinder
03 ein highlight

*Abb. 5: Praktische Umsetzung als Highlight (Auszug aus Interview_01; C = Interviewte*r);*
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Entgegen dessen wurde von einer Schulleiterin festgestellt, dass die Thematik Ernährung zwar kurz nach einem Projekt oder der Thematisierung im Sachkundeunterricht präsent war, nach einigen Wochen aber eine deutliche „Abflaute“ zu verzeichnen war (**Abb. 6**).

01 **C:** genau die beobachtung hab ich auch gemacht; gerade als wir uns die ernährungspyramide
02 angeschaut haben dass kinder dann wirklich aktiv überlegen or wo gehört das jetzt rein ah der
03 bonbon der is ja schon >in der spitze da soll ich nich so viel von essen und ich hab auch nur einen
04 mit< aber das hielt bei mir so ein paar wochen an während wir das thematisiert haben danach
05 klein bisschen u:nd
06 **B:** also ich merke eine ganz dolle abflaute;
07 **C:** genau.

*Abb. 6: Nachhaltigkeit ernährungsassozierter Projekte (Auszug aus Interview_01; B, C = Interviewte*r);*
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Zwei der drei Schulleiter*innen berichteten, dass viele Klassenleiter*innen an ihrer Grundschule versuchten, dem entgegenzuwirken, indem das Thema Ernährung durchgängig im Schulalltag aufgegriffen wurde. Außerdem sollte durch das jährliche Stattfinden von Projekten und die Auffrischung innerhalb des Sachkundeunterrichts ein Lerneffekt bei den Kindern erzielt werden (**Vgl. Anhang 6 Abb. 3**).

Ein Feedback bzgl. durchgeföhrter Projekte von Seiten der Eltern gab es laut der Schulleitungen gar nicht. Zwei der Befragten gaben an, dass es mitunter sogar negative Rückmeldungen gab (**Vgl. Anhang Abb. 4 und 5**).

4.1.1.4. Stellenwert und Relevanz

Das Thema Ernährung wurde von den befragten Schulleiter*innen, besonders in Hinblick auf die Adipositasproblematik, die bei den Grundschulkindern ein immer größeres Problem darstellt, als wichtig eingestuft (**Abb. 7**).

01 **B:** .h (1.0) is schon wichtig; (.) also ich denk auch grade das kinder mit nem adipösen hintergrund
02 auch zugenommen haben >die letzten jahre<
03 also ich bin im sechzehnten jahr schulleiterin hier, (.) als ich kam (1.0) hatten wir zwei; (.) zwei
04 kinder die übergewichtig waren °echt°; [...] °näh° das eine war krankheitsbedingt und das andere
05 sicherlich auch weil zu hause (.) bisschen (0.5) nich so das feedback dafür war also (.) a::ber (0.5)
06 das hat dann zugenommen; und in den letzten zwei jahren nochmal n richtigen schub auch
07 gegeben; ich hätt's nich für möglich gehalten aber .hh >also es sollte schon wichtig sein<; ich ich
08 bin auch (.) es war ja auch in der diskussion (1.0) sollte's ein reines unterrichtsfach werden die
09 frage stand und steht ja immer mal wieder im raum,

*Abb. 7: Stellenwert des Themas Ernährung (Auszug aus Interview_02; A = Interviewende, B = Interviewte*r; Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

Gleichzeitig berichteten die Befragten, dass zwar ein Bewusstsein über die Wichtigkeit, den eigentlichen Stellenwert der Ernährung und deren Wechselwirkung, insbesondere das Thema Bewegung betreffend bestand, dass die Ernährungsthematik jedoch keine Priorität an den Grundschulen hatte (**Abb.8**).

01 **B:** (1.0) ich glaub das is bei allen ziemlich gleich dass es irgendwann mal ganz sehr thema is im laufe
02 eines schuljahres für die kinder, .h und dann läuft es; (.) so normal mit (.) begleitend; dass man
03 eben mal dann kurz was thematisiert, was man augenscheinlich sieht was schlecht is .h u:nd ähm
04 (.) >es is sicherlich< verankert in den rahmenplänen aller vier jahrgangsstufen, (.) und dann wird
05 es abgearbeitet; näh, aber das (.) so ne (.) als herzensangelegenheit (.) hat es (keine priorität) .h
06 näh muss man einfach so sagen;

*Abb. 8: Ernährung als „Nebenthema“ (Auszug aus Interview_02; B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

4.1.1.5. Mittagsverpflegung und Möglichkeiten der Essensversorgung

Alle drei befragten Grundschulen bezogen ihre Mittagsverpflegung von externen Essenanbietern. Unterschiede bestanden jedoch z.B. in der Gestaltung des Mittagsangebotes. Zwei der befragten Schulleiter*innen gaben an, dass für die Kinder nur ein Essen angeboten wurde, an der dritten Grundschule wurden zwei Mittagessen zur Wahl gestellt. Eine der Schulen wurde von einem ortsansässigen, regionalen Caterer frisch bekocht, an den anderen beiden Grundschulen wurde die Mittagsverpflegung von Großanbietern zubereitet. Zwei Schulleiter*innen waren dabei nicht der Meinung, dass MV, aufgrund der betriebenen Landwirtschaft, einen Standortvorteil bzgl. der Regionalität von Lebensmitteln hat.

Die Mittagsmahlzeit wurde entweder im Hort, der schuleigenen oder externen Mensa eingenommen. Die Aussagen zur Qualität des Mittagessens waren heterogen. Nur eine Schulleiterin gab an, dass es noch keine Beschwerden hierzu gab und sie die Mittagsverpflegung sehr positiv bewerten würde. An einer weiteren Grundschule wurde zwar auf vegane Ernährung und einen möglichen Migrationshintergrund Rücksicht genommen, jedoch wurde die Qualität des Essens, bzgl. ausgewogener Mahlzeitengestaltung, als schlecht betitelt. Die dritte Schulleiterin nahm einerseits an, dass der Caterer auf die Zubereitung von Kinderverpflegung spezialisiert war, andererseits wurde vom Speisenanbieter an dieser Grundschule keine Rücksicht bspw. auf einen möglichen Migrationshintergrund genommen.

An zwei Grundschulen gab es keinen Schulkiosk. An der dritten Schule hatten die Kinder die Möglichkeit sich Snacks und Alternativen zum angebotenen Mittagessen zu kaufen. Das Angebot umfasste dabei Süßigkeiten, Chips, Milchreis und Wiener.

4.1.1.6. Herausforderungen und Ressourcen

Als Herausforderungen wurden vor allem die Themen Finanzierung, zeitliche, räumliche und personelle Gegebenheiten genannt (**Vgl. Anhang Abb. 6-9**).

Als weitere Herausforderung wurden die unterschiedlichen Sichtweisen, Einstellungen und Vorkenntnisse der Eltern bzgl. Ernährung sowie das Bewusstsein über den eigenen Stellenwert in der Entwicklung von Essverhalten, der Einstellung gegenüber Ernährung und der damit einhergehenden Gesundheit ihrer Kinder angesehen. Laut Aussagen der Schulleiter*innen war es diesbezüglich schwierig, die Wissenspanne zwischen den Kindern zu überwinden. Eine Befragte gab an, dass für die Schulen eine große Herausforderung darin bestehe, den Folgen ungesunder Ernährung entgegenzuwirken und gleichzeitig den Grad der „Einmischung“ von Seiten der Schule richtig einzuschätzen und sich entsprechend zu positionieren (**Abb. 9**).

01 **B:** und wenn ich jetzt (.) an gesundes schulfrühstück denke teilweise dann eben auch durchaus auch
02 kritik, ich möchte mich bitte nicht so doll einmischen; man muss natürlich vorsichtig sein, das ist
03 nicht die mehrheit der eltern; aber es gibt immer mal welche die sich dann (1.0) .h bevormundet
04 fühlen oder oder weiß ich nich vielleicht fühlen sie sich auch getroffen, das kann man jetzt im raum
05 mal stehen lassen;

Abb. 9: Grad der Einmischung (Auszug aus Interview_01; B = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Die Grundschulen hatten ebenfalls Probleme damit, externe Partner für Projekte zu finden, wodurch die Lehrkräfte zusätzlich belastet wurden und die Problematik des Personalmangels weiter strapaziert wurde (Vgl. Anhang Abb. 9 und 10).

Damit einhergehend konnten Projekte nicht mit allen Klassen umgesetzt und das Thema Ernährung nur kurz fokussiert werden, was sich wiederum in den unter 4.1.1.3. beschriebenen Aussagen zur Nachhaltigkeit und zum erzielten Lerneffekt bei den Kindern widerspiegelte (**Abb. 10**).

01 **B:** .hh das ganze ist aber dann immer bezogen auf eine maximal zwei klassen von insgesamt
02 vierzehn klassen also der einfluss mhmmm näh,

*Abb. 10: Problemfaktor Begrenztheit der Teilnahme (Auszug aus Interview_01, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

Die Ressourcen deckten sich mit den von den Schulleiter*innen beschriebenen Herausforderungen und konnten in finanzielle Unterstützung, räumliche Ausstattung und personelle Ressourcen unterschieden werden.

Die Schulleitungen gaben als zukünftige personelle Unterstützung folgende Personengruppen an: Schulsozialarbeiter*innen, Eltern sowie die Zusammenarbeit mit externen, festen Ansprechpartner*innen und Expert*innen, z.B. von Krankenkassen. Auch die Förderung der Thematik Ernährung im Rahmen von AG's, als Unterrichtsfach oder der fächerübergreifenden Etablierung wurde als Ressource betrachtet (**Abb. 11**).

01 **B:** [...] (.) es war ja auch in der diskussion (1.0) sollte's [die Ernährung] ein reines unterrichtsfach
02 werden die frage stand und steht ja immer mal wieder im raum,
03 [...]we:iß ich nich ob das tatsächlich notwendig is VIELLEICHT (.) VIELLEICHT ja; (0.5) über eine
04 bestimmte zeit; ob es dann über vier jahre sein muss weiß ich nich; aber vielleicht .h muss es in
05 klasse zwei mal (.) ein fach sein und dann nochmal in klasse fünf, [...]j:a vielleicht so ja=hresweise
06 dass es ma:l pflicht is (1.0) weil man kann ja auch den stundensatz für die kinder nich unendlich
07 erhöhen näh,
08 [...] .hh aber es kann ja auch im wechsel sein; n halbes jahr ernährungs äh (.) lehre und das
09 andere halbe jahr darstellendes spiel ode:r (0.5) näh, irgendwie sowas
10 **A:** ja, ja,
11 **B:** so ne modelle wären auch interessant sag mal zu entwickeln;

*Abb. 11: Ressource Ernährungsbildung (Auszug aus Interview_02; A = Interviewende, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

4.1.2. Bedarfsanalyse Ernährungsbildung und gesunde Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV

4.1.2.1. Ernährungsbildung

Die Schulleiter*innen wünschten sich vor allem externe Unterstützung in Projekten. Angeführt wurden hier bspw. Ernährungsfachkräfte. Wünschenswert diesbezüglich war für die Grundschulen auch der Aufbau eines entsprechenden Netzwerkes (**Abb. 12**).

Abb. 12: Wunsch nach Netzwerken (Auszug aus Interview_02, B = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Bzgl. der Ernährungsbildung stellten die Interviewten Anforderungen zum einen an die Durchführenden, zum anderen an die Projekte selbst. Die Projektleitenden sollten entsprechende pädagogische und fachliche Kompetenzen aufweisen, die ernährungsassoziierten Projekte auf das Setting Grundschule bzw. die Zielgruppe Grundschüler abgestimmt sein und theoretische Inhalte praktisch relevant umgesetzt werden. Wünschenswert war für die Interviewpartner*innen zudem die Kontinuität des Themas Ernährung im Schulalltag (**Abb. 13 und 14**).

*Abb. 13: Wunsch eines Theorie-Praxis-Bezug (Auszug aus Interview_03; A = Interviewende, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

01 **B:** [...] das is dann wirklich so .h die [Projektleiter] kommen (0.5) dann is es heute thema, (1.5) und
02 dann geh'n die wieder;
03 **A:** ja;
04 **B:** und ich mag das gar nich; (.) ich bin so für durchgängiges so (1.0)

Abb. 14: Wunsch nach Kontinuität (Auszug aus Interview_02; A = Interviewende, B = Interviewte*); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Außerdem wurde sich diesbezüglich finanzielle Unterstützung sowie eine gute räumliche und sachliche Ausstattung gewünscht (**Abb. 15**).

01 **B:** mir geht dann immer noch durch den kopf; wenn ich an essen wenn ich an ernährung denke; dann
02 assoziiere ich sofort küche.
03 **A:** mhmm
04 **B:** u.nd ä:h (0.5) und das ist (0.5) in schule nicht gegeben. in grundschule nicht gegeben;
05 **A:** mhmm
06 **B:** ähm ich empfinde einfach es müsste mit (1.0) auch die räumlichkeit einer küche eines herstellens
07 eines lagerns von essen [geben]
08 [...] aber am allerwichtigsten finde ich so wie es eine sporthalle ständig gibt; müsste es dann in
09 diese richtung auch (.) küche geben;

Abb. 15: Wunsch finanzieller Unterstützung (Auszug Interview_01; A = Interviewende, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

4.1.2.2. Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen

Bzgl. der Mittagsverpflegung stellten die befragten Schulleiter*innen die Anforderung einer ausgewogenen und kindgerechte Mahlzeitengestaltung (**Abb. 16**). Als wünschenswert wurde auch die ästhetische Gestaltung des Essenraumes angeführt.

- 01 **A:** also was meinen sie könnte man noch verbessern an der mittagsverpflegung? [...]
02 **B:** [...] an frische, (0.5) und gemüse und salatanteil könnte was gemacht werden
03 **A:** mhmm, wie sieht's so: beim thema fleisch aus, oder fleisch fisch?
04 **B:** (1.0) da sind die eigentlich bemüht; aber es ist dann eben oft fisch wo die (.) ja ich sag jetzt mal zu
05 40 prozent aus panade besteht oft .h näh,
06 **A:** mhmm-
07 **B:** h ja oder dann ist es so n fischragout was die kinder natürlich auch nich gerne essen (.) also so
08 dass es kinder anspricht das is schwierig; (.) wird sehr viel essen weggeworfen;

*Abb. 16: Anforderungen Mittagsverpflegung (Auszug aus Interview_02; A = Interviewende , B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

4.1.2.3. Chancen

Im Abgleich mit dem unter 4.1.1.4 beschriebenen Stellenwert der Thematik Ernährung, wurde das Setting Grundschule und der dortigen Etablierung ernährungsassozierter Projekte und der Ernährungsbildung von allen drei Schulleiter*innen als Chance für die Verbesserung der Gesundheit von Kindern angesehen (**Vgl. Anhang Abb. 11-13**).

Die Thematisierung im Rahmen der Schule wurde auch dahingehend als Chance betrachtet, sozioökonomische Hürden zu überwinden und jedem Kind den Zugang zu Wissen rund um das Thema gesunde Ernährung zu ermöglichen. Vor allem das regelmäßige Aufgreifen des Themas Ernährung wurde als sinnvoll erachtet.

Damit eine Regelmäßigkeit möglich wird, müssten, laut den Schulleiter*innen, personelle und finanzielle Probleme gelöst werden. Eine Befragte führte hierfür Ernährungsfachkräfte als Chance auf.

4.2. Ergebnisse des Teil B: Online-Umfrage

4.2.1. Bestandsanalyse

4.2.1.1. Probandenflow

Abb. 17 zeigt den Probandenflow sowie die In- und Exklusion der Online-Fragebögen. Von den 327 Grundschulen, an die der Link zur Online-Befragung ging, nahmen insgesamt 79 Schulleiter*innen teil. Nachdem unvollständige (Beantwortung von weniger als 75 % der Fragen) bzw. fehlerhafte Fragebögen von der Analyse exkludiert wurden, verblieben noch 70 Proband*innen.

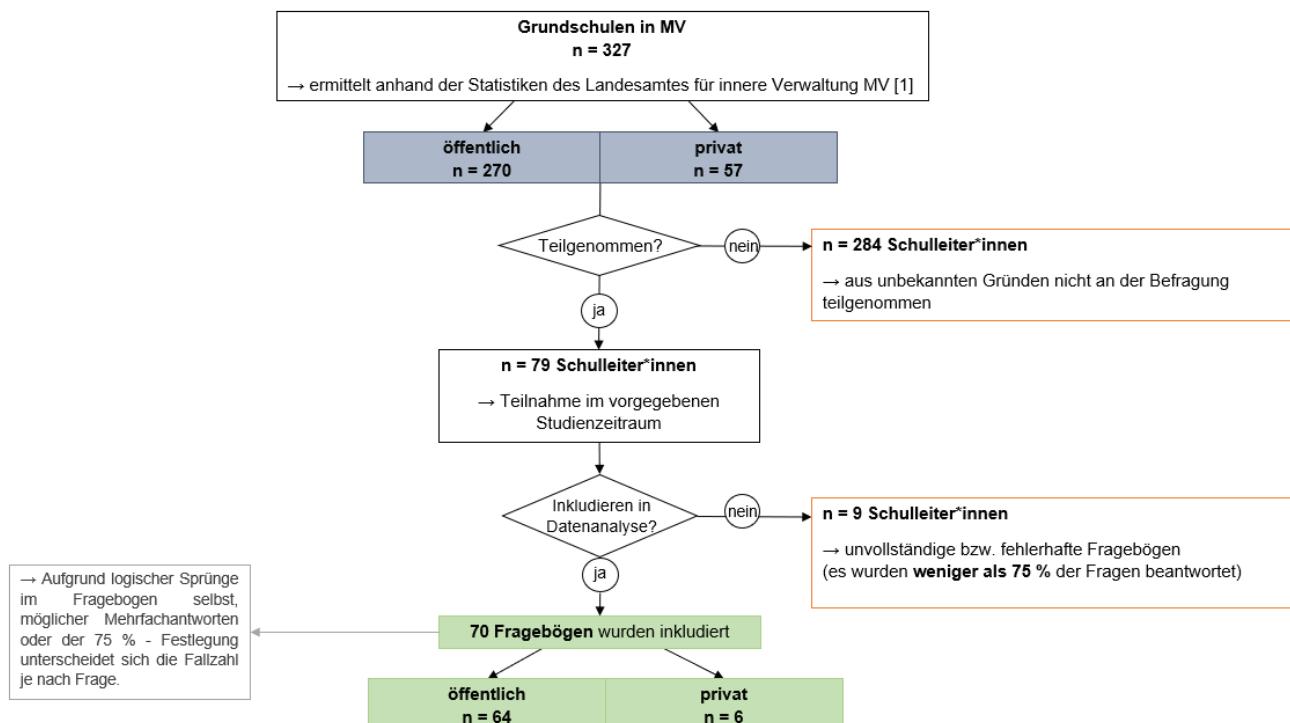


Abb. 17: Probandenflow sowie In- und Exklusion der Online-Fragebögen

4.2.1.1. Grundcharakteristika

Insgesamt nahmen 79 Schulleiter*innen der Grundschulen in MV an der Online-Befragung teil. Final wurden 70 Schulen inkludiert, die mindestens 75% des Fragebogens ausgefüllt hatten (siehe 3.2.). Zum Großteil handelte es sich um öffentlich geführte und finanzierte Grundschulen (91,4 %, n = 64), siehe **Tabelle 1**. Die Mehrheit der Grundschulen (55,7 %, n = 39) ließ sich im ländlichen Raum in einer Gemeinde mit weniger als 5.000 Einwohnern verorten [65]. In 41,4 % (n = 29) der Grundschulen waren mindestens die Hälfte der Kinder täglich auf einen Schulbus angewiesen. Mit 65,7 % (n = 46) betreute der Großteil der Grundschulen in MV zwischen eine bis zehn Klassen insgesamt. Weitere Informationen können der nachfolgenden **Tabelle 1** entnommen werden.

Tabelle 1: Grundcharakteristika der befragten Grundschulen in MV 2022 (n = 70)

		Gesamt % (n)
Trägerschaft	öffentlich	91,4 (64)
	privat	8,6 (6)
Einwohnerzahl ¹	< 1.000	25,7 (18)
	ab 1.000 bis < 5.000	30,0 (21)
	ab 5.000 bis < 10.000	14,3 (10)
	ab 10.000 bis < 20.000	5,7 (4)
	ab 20.000 bis < 50.000	7,1 (5)
	ab 50.000	17,1 (12)
Ganztagschule	Ja	59,7 (37)
	Nein	40,3 (25)
Anteil der „Buskinder“ ²	< 50 %	58,6 (41)
	50 - 75 %	20,0 (14)
	> 75 %	21,4 (15)
Anzahl betreuter Klassen	1 - 5	28,6 (20)
	6 - 10	37,1 (26)
	11 - 15	22,9 (16)
	16 - 20	11,4 (8)
Anzahl Schulsozialarbeiter*innen ³	0	35,7 (25)
	0 bis < 1	4,3 (3)
	1	52,9 (37)
	> 1	7,1 (5)

¹ bezogen auf den Standort der Grundschule, ² Kinder, die mit dem Bus aus dem Umland zur Schule kommen,

³ die Berechnung stützt sich auf die zur Verfügung stehende Wochenarbeitszeit

4.2.1.2. Pädagogische und gesundheitsfördernde Schwerpunktthemen

Informationen zu pädagogischen Konzepten können dem **Anhang, Tabelle 6** sowie **Abb. 14** entnommen werden.

Das Thema gesunde Ernährung spielte für den Großteil der befragten Schulleiter*innen in MV eine zentrale Rolle im Schulalltag. Insgesamt 62,3 % (n = 43) der Befragten gaben an, dass Ernährung einen relevanten Baustein im pädagogischen Konzept der Grundschule darstellt. Nur die Themen Sozialkompetenz (85,5 %, n = 59) und Bewegung (73,9 %, n = 51) wurden noch häufiger genannt (**Abb. 18, Vgl. Anhang Tabelle 7**).

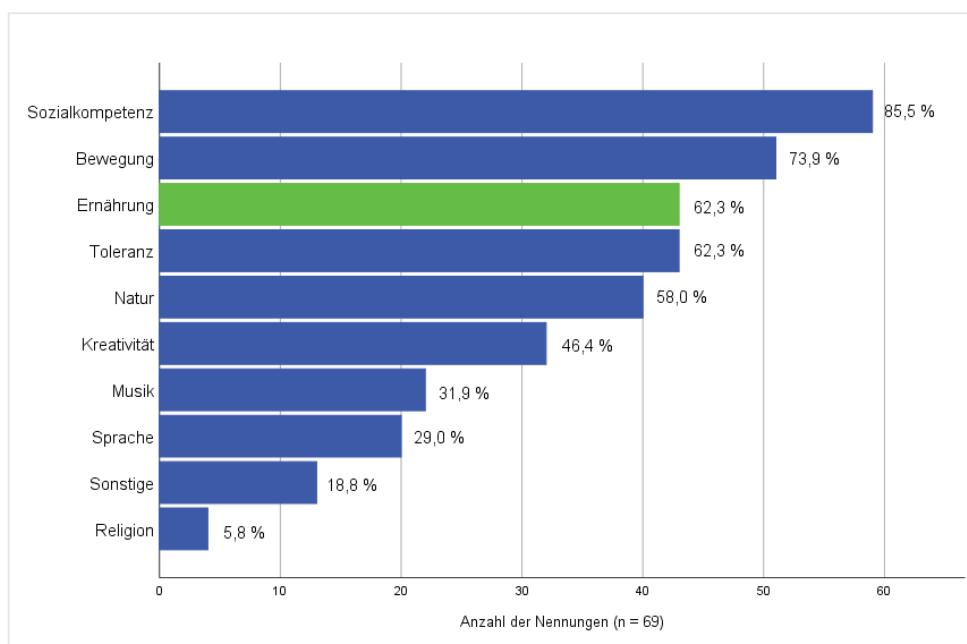


Abb. 18: Pädagogische Schwerpunktthemen an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Auch unter gesundheitsfördernden Aspekten wird die gesunde Ernährung von fast allen Schulleiter*innen (85,1 %, n = 57) als Schwerpunktthema angesehen und ist fest im Schulprogramm verankert. Nur die Thematik Bewegung wird mit 82,1 % (n = 55) ähnlich hoch im Stellenwert angesehen (**Vgl. Anhang: Tabelle 8, Abb. 15**).

4.2.1.3. Ernährungsbildung

Bzgl. des zeitlichen Anteils, den die Ernährungsbildung gegenüber anderen Schulentwicklungsthemen im Schulentwicklungsprogramm einnimmt, sieht der Status quo an Grundschulen in MV nicht überall gleich aus. Zwar stimmen über die Hälfte der Schulleiter*innen (56,5 %, n = 39) überein, dass das Thema Ernährung in etwa gleich viel Zeit wie andere Themen an ihrer Grundschule einnimmt. Gleichzeitig geben aber 40,6 % (n = 28)

der Schulleiter*innen an, dass an ihrer Grundschule hierfür weniger Zeit einkalkuliert wird als für andere Thematiken (**Vgl. Anhang Tabelle 9**).



An 87,1 % (n = 61) der rekrutierten Grundschulen werden regelmäßig Projekte zum Thema gesunde Ernährung durchgeführt (**Vgl. Anhang: Tabelle 10, Abb. 16**). Gründe dafür, dass ernährungsassoziierte Projekte nicht regelmäßig stattgefunden haben, sind in **Abb. 19** visualisiert (**Vgl. Anhang Tabelle 11**).

Abb. 19: Gründe für das Nichtstattfinden ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 10)

Mit 85,3 % (n = 52) gab der Großteil der Schulleiter*innen an, dass solche Projekte im Durchschnitt einmal (44,3 %, n = 27) oder zwei bis drei Mal pro Schuljahr (41,0 %, n = 25) durchgeführt wurden. Acht der Befragten gaben an, dass Ernährungsprojekte häufiger als drei Mal im Schuljahr stattfinden (**Vgl. Anhang: Tabelle 12, Abb. 17**).

Zumeist sind Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ in Form eines Projekttages an den Grundschulen etabliert, das geben 73,8 % (n = 45) der Schulleiter*innen an. Knapp die Hälfte der Befragten (47,5 %, n = 29) gab jedoch auch an, langfristige Projekte, über das ganze Schuljahr hinweg durchzuführen. Projektwochen sind mit 24,6 % bei weniger als einem Drittel der befragten Grundschulen in MV vertreten (**Vgl. Anhang: Tabelle 13, Abb. 18**)

In **Abb. 20** dargestellt sind die Projekte zum Thema gesunde Ernährung, die an Grundschulen in MV bereits durchgeführt wurden. Der Großteil der Schulen bot Ernährungsbildung in Form von schuleigenen Projekten (73,8 %, n = 45) oder in Form eines gesunden Frühstücks (70,5 %, n = 43) an (**Vgl. Anhang Tabelle 14**).

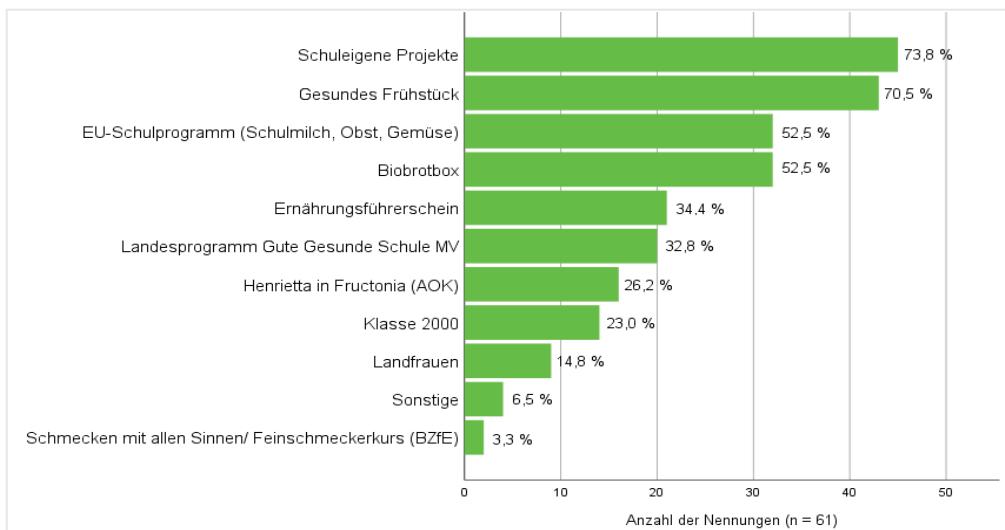


Abb. 20: Bisher durchgeführte ernährungsassoziierte Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61)

Das Programm „Schmecken mit allen Sinnen“ der BZfE wurde lediglich von 3,3 % (n = 2) der Schulleiter*innen als bisher durchgeführt angegeben (**Vgl. Anhang Tabelle 14**). Themen bisheriger schuleigener Projekte können dem **Anhang Tabelle 15** und **Abb. 19** entnommen werden.

Weniger als die Hälfte der Schulleiter*innen (44,6 %, n = 25) gab an, dabei auf eine Qualifizierung der Unterrichtenden in Richtung Ernährung zu achten (**Vgl. Anhang: Tabelle 16, Abb. 20**).

(Fast) alle Schulleiter*innen berichteten, dass die Organisation (98,4 %, n = 60) und Projektleitung (100,0 %, n = 61) ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV von Lehrkräften übernommen wurde. Nur knapp ein Drittel der Grundschulen bezog Schulsozialarbeiter*innen in die Organisation (29,5 %, n = 18) oder Projektleitung (32,8 %, n = 20) mit ein. Ernährungsfachkräfte wurden von 23,0 % (n = 14) der Befragten als organisierende Instanz, von knapp einem Dritteln (29,5 %, n = 18) als Projektleitung genannt. Verbraucherzentralen waren lediglich von einem/ einer Schulleiter*in (1,6 %) als Organisator*in, von 3,3 % (n = 2) als Projektleitung hinzugezogen worden (**Abb. 21; Vgl. Anhang: Tabellen 17 und 18, Abb. 21**).

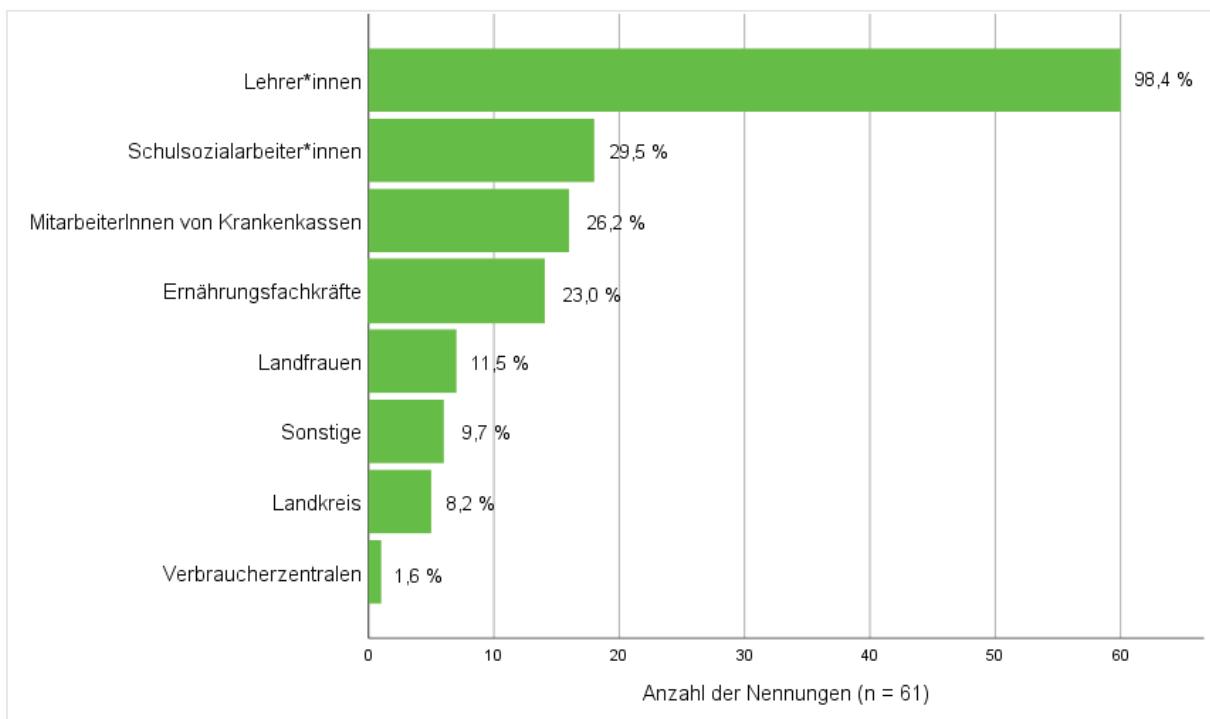


Abb. 21: Organisator*innen ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61); unter Ernährungsfachkräfte zählen Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.

Fast alle Schulleiter*innen (92,2 %, n = 59) gaben an, dass theoretische ernährungsbezogene Inhalte aus dem Sachkundeunterricht (Rahmenplan MV [54]) an ihrer Grundschule praktisch mit den Kindern umgesetzt wurden (**Vgl. Anhang: Tabelle 19, Abb. 22**). Wie die Angaben zur praktischen Umsetzung ausfielen, wird nachfolgend, in **Abb. 22**, veranschaulicht (**Vgl. Anhang Tabelle 20**).



Abb. 22: Umsetzung des Theorie-Praxis-Bezuges ernährungsbezogener Inhalte aus dem Sachkundeunterricht an Grundschulen in MV (n = 61); von oben nach unten in folgende induktiv gebildete Kategorien aus Freitextfrage unterteilt: nach Projektart, nach Praxisanteil, nach regelmäßiger (z.T. täglicher) Integration in den Alltag/ Unterricht

Durchgeführte Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ wurden vom Großteil der Kinder (83,3 %, n = 50) „gut“ bis „sehr gut“ angenommen (**Vgl. Anhang: Tabelle 21, Abb. 23**). Es wurde zudem gefragt, ob die Eltern an bisherigen ernährungsassoziierten Projekten partizipiert wurden. Hier antwortete der Großteil der Schulleiter*innen (78,4 %, n = 40) mit „ja“ (**Vgl. Anhang: Tabelle 22, Abb. 24**). Inwiefern die Eltern partizipierten, wird in **Abb. 23** visualisiert (**Vgl. Anhang Tabelle 23**).



Abb. 23: Art und Weise der Partizipation der Eltern an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (n = 51); offene Frage, es wurden induktiv Kategorien gebildet

Im Rahmen von (Schul-) Projekten stellte sich gleichzeitig die Frage nach der Finanzierung. Hinsichtlich ernährungsassozierter Projekte nannten 57,6 % (n = 34) den Schulförderverein als Finanzierungsquelle, gefolgt vom Schulträger mit 50,8 % (n = 30). EU-Mittel (35,6 %, n = 21) wurden häufiger genannt als die Finanzierung durch das Land MV (27,1 %, n = 16;

Abb. 24; Vgl. Anhang Tabelle 24).

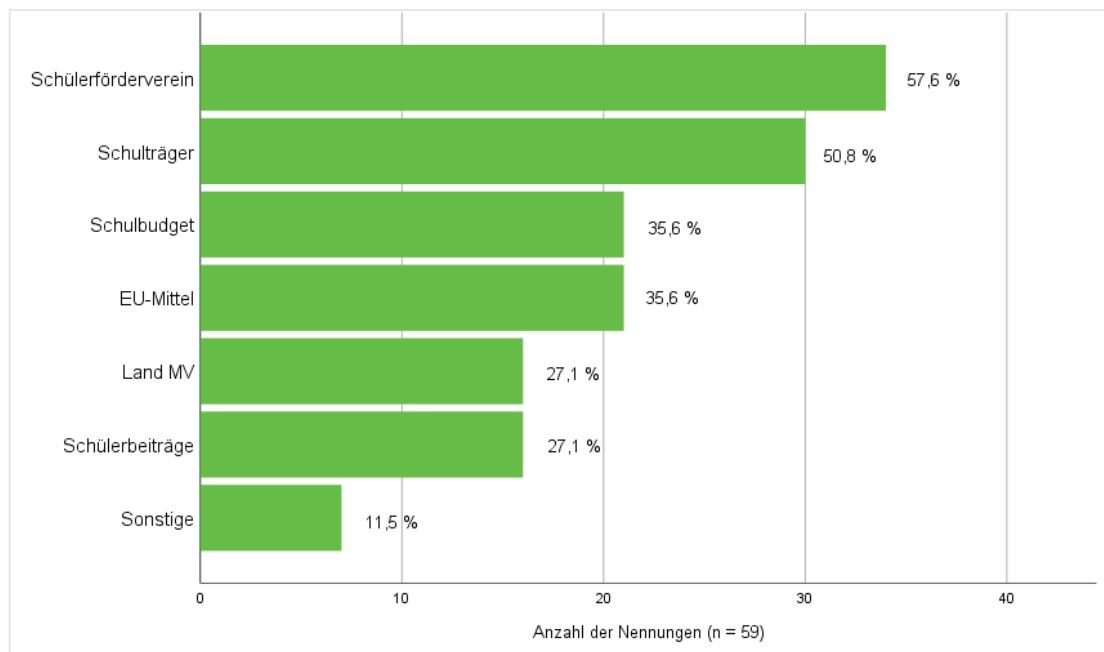


Abb. 24: Finanzierung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 59)

4.2.1.4. Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen

Insgesamt 85,9 % (n = 55) der Grundschulen in MV gaben an, dass eine Mittagspause vorhanden war (**Vgl. Anhang Tabelle 25, Abb. 25**). Diese war am häufigsten zwischen 20-30 Minuten (73,1 %, n = 38) lang (**Tabelle 2, Vgl. Anhang Abb. 26**).

Tabelle 2: Dauer der Mittagspause an Grundschulen in MV (n = 52)*

	% (n)
15 min	1,9 (1)
20 min bis 25 min	38,5 (20)
30 min	34,6 (18)
> 30 min bis 45 min	19,2 (10)
> 45 min bis 60 min	5,8 (3)
Gesamt	100,0 (52)

* offene Frage, es wurden induktiv Kategorien gebildet

Die Schulleitungen bewerteten mit 39,6 % (n = 21) die Pause als zu kurz; 60,4 % (n = 32) der Schulleitungen schätzten die Länge der Mittagspause als genau richtig ein (**Vgl. Anhang: Tabelle 26, Abb. 27**).

An fast allen Grundschulen in MV (92,9 %, n = 65) wurde täglich eine warme Mittagsmahlzeit angeboten, nur an 7,1 % (n = 5) der Schulen gab es gar keine Mittagsverpflegung (**Vgl. Anhang: Tabelle 27, Abb. 28**).

Betrachtet man die Speisenanbieter an Grundschulen in MV wurden regionale Caterer (56,9 %, n = 37) und Großanbieter (32,3 %, n = 21) am häufigsten genannt. Weitere Informationen können der nachfolgenden **Tabelle 3** entnommen werden (**Vgl. Anhang Abb. 29**).

Tabelle 3: Speisenanbieter an Grundschulen in MV (n = 65)

	% (n)
regionaler Caterer (<i>Umkreis von 30 km</i>)	56,9 (37)
Großanbieter	32,3 (21)
Sonstige	6,2 (4)
- Kita (eigene Zubereitungsküche)	3,2 (1)
- Hort (eigene Zubereitungsküche)	1,5 (1)
- externe Zubereitung (Cook and Chill)	1,5 (1)
eigene Zubereitungsküche in der Schule	3,1 (2)
Gaststätte	1,5 (1)
Weiß nicht	0,0 (0)
Gesamt	100,0 (65)

Über die Hälfte der Schulleiter*innen an Grundschulen in MV (58,4 %, n = 38) gaben an, dass ihr Zulieferer bzw. Produzent eine Spezialisierung für Kinderverpflegung aufwies (**Abb. 25**, links oben; **Vgl. Anhang Tabelle 28**). Der DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen war 58,6 % (n = 34) der Schulleiter*innen bekannt (**Abb. 25**, Mitte unten, **Vgl. Anhang Tabelle 29**). Insgesamt 28,1 % (n = 18) der Schulen gaben an, von einem DGE-zertifizierten Speisenanbieter beliefert zu werden (**Abb. 25**, rechts oben, **Vgl. Anhang Tabelle 30**). Insgesamt 59,4 % (n = 38) der Befragten wusste allerdings gar nicht, ob eine DGE-Zertifizierung beim Speisenanbieter vorhanden ist (**Abb. 25**, rechts oben; **Vgl. Anhang Tabelle 30**).

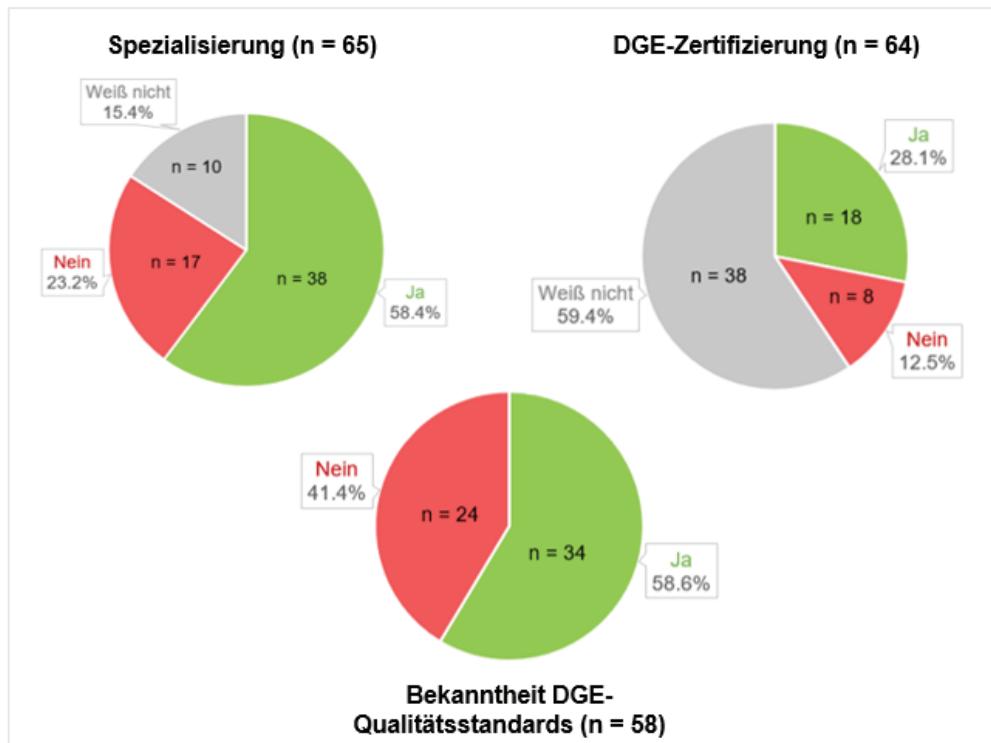


Abb. 25: Spezialisierung auf die Zubereitung von Kinderverpflegung (links oben; n = 65), Bekanntheit des „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen“ (Mitte unten; n = 58), Zertifizierung nach „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen“ (rechts oben; n = 64)

Insgesamt gaben 36,9 % (n = 24) der Grundschulen an, Lebensmittel in Bio-Qualität „meist bis immer“ (9,2 %, n = 6) oder zumindest „selten bis manchmal“ (27,7 %, n = 18) anzubieten. In 35,4% (n = 23) der Schulen war dies nicht der Fall (**Vgl. Anhang: Tabelle 31, Abb. 30**).

Meist (64,6 %, n = 40) wurde die Mittagsmahlzeit in der schuleigenen Mensa eingenommen (**Vgl. Anhang: Tabelle 32, Abb. 31**). Dabei wurde die Lautstärke währenddessen von 57,9 % (n = 37) der Schulleiter*innen als zum Teil laut, zum Teil leise („teils/ teils“) eingeschätzt. Für 26,5 % (n = 17) der Befragten bestand die Tendenz in Richtung „laut“ bis „sehr laut“ (**Vgl. Anhang: Tabelle 33, Abb. 32**). Bzgl. Hektik wurde die Einnahme der Mittagsmahlzeit jedoch als eher „ruhig“ (33,4 %, n = 21) oder „teils/ teils“ (54,0 %, n = 34) und weniger als „hektisch“ bis „sehr hektisch“ (11,6 %, n = 8) eingeschätzt (**Vgl. Anhang: Tabelle 34, Abb. 33**).

Als Möglichkeiten, sich Snacks in der Schule (neben der Mensa) oder im näheren Umfeld der Schule zu kaufen, wurden vor allem der Supermarkt (36,9 %, n = 24), die Bäckerei (29,2 %, n = 19) oder der Imbissstand (15,4 %, n = 10) benannt. An 50,8 % (n = 33) der Grundschulen bestand allerdings gar keine Möglichkeit für die Kinder sich außerhalb der Schule Snacks zu kaufen (**Tabelle 4, Vgl. Anhang Abb. 34**).

Tabelle 4: Möglichkeit des Einkaufens von Snacks innerhalb der Schule (außer der Mensa) oder im näheren Umfeld (ca. 300 m) der Grundschulen in MV (n = 65)

	% (n)*
Es gibt keine weiteren Möglichkeiten.	50,8 (33)
Supermarkt	36,9 (24)
Bäckerei	29,2 (19)
Imbiss	15,4 (10)
Cafeteria/ Schulkiosk	9,2 (6)
Sonstige	7,7 (5)
- Tankstelle	1,5 (1)
- Tägliches Frühstück durch Tafel organisiert	1,5 (1)
- Schülerfirma	1,5 (1)
- Lieferservice	1,5 (1)
- Pausenversorgung	1,5 (1)
Kiosk	3,1 (2)

* Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 65)

Neben der Mittagsmahlzeit wurden im Rahmen des Lebensmittel- und Snackangebots am häufigsten Schulmilch (37, 3 %, n = 22), Obst (35,6 %, n = 21) und kostenlos angebotenes Wasser (23,7 %, n = 14) angeführt. (Hoch-) verarbeitete Lebensmittel, bspw. Süßigkeiten/ süßes Gebäck (11,9 %, n = 7), gesüßte Getränke (8,5 %, n = 5) oder herzhafte Knabbereien (0,7 %, n = 1) wurden seltener von den Schulleiter*innen benannt (**Tabelle 5, Vgl. Anhang Abb. 35**).

Tabelle 5: Lebensmittel- und Snackangebot innerhalb von Grundschulen in MV (z.B. in Mensa, Cafeteria, Schulkiosk; n = 59)

	% (n)*
Die Kinder haben keine Möglichkeit sich selbst etwas zu kaufen.	55,9 (33)
Schulmilch	37,3 (22)
Obst	35,6 (21)
Wasser, kostenlos (z.B. Wasserspender, Filteranlage Leitungswasser)	23,7 (14)
Nachtisch (Joghurt, Pudding, Eis)	16,9 (10)
belegte Brötchen	13,6 (8)
Salat, Gemüse	13,6 (8)
Süßigkeiten/ süßes Gebäck	11,9 (7)
gesüßte Getränke (purer Saft oder Softdrinks)	8,5 (5)
Sonstige	8,5 (5)
- Pizza	1,7 (1)
- Bockwurst	1,7 (1)
- kleine warme Snacks	1,7 (1)
- Schulmilch/ Obst gratis 1x/ Woche	1,7 (1)
- Pausenverpflegung Schülerfirma	1,7 (1)
Wasser, kostenpflichtig	6,8 (4)
Saftschorlen	5,1 (3)
herzhafte Knabbereien	0,7 (1)

* Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 59)

4.2.2. Bedarfsanalyse

4.2.2.1. Ernährungsbildung

Der Bedarf der Kinder an ernährungsassoziierten Projekten und der Schaffung einer gesunden Schulumgebung an Grundschulen in MV wurde von 59,4 % (n = 41) der Schulleiter*innen als „hoch“ bis „sehr hoch“ eingeschätzt. Weitere 39,2 % (n = 27) schätzten den Bedarf als „mittel“ ein (**Vgl. Anhang Tabelle 35**).

Der zukünftige Bedarf wurde von 84,3 % (n = 59) im Vergleich zum Bedarf von vor zehn Jahren als „höher“ eingeschätzt. Als geringer wurde der zukünftige Bedarf an Ernährungsbildung von keiner/ keinem Schulleiter*in eingeschätzt. Ebenfalls gaben 15,7 % (n = 11) der Befragten an, dass sie den Bedarf als unverändert einschätzten (**Vgl. Anhang: Tabelle 36, Abb. 36**).

Die Nachhaltigkeit bzw. der Effekt, der durch bisherige Projekte an Grundschulen in MV bei den Grundschüler*innen erzielt worden war, wurde vom Großteil der Schulleiter*innen (60,9 %, n = 42) als „mittel“ eingeschätzt (**Vgl. Anhang: Tabelle 37, Abb. 37**).

Zur Stärkung der Ernährungskompetenzen von Grundschüler*innen bzw. Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV wurden an erster Stelle, von 91,3 % (n = 63) der Schulleiter*innen, die Eltern als Ressource genannt. Über die Hälfte der Befragten sah auch in Ernährungsfachkräften (75,4 %, n = 52), Lehrer*innen (71,0 %, n = 49) und Mitarbeiter*innen von Krankenkassen (56,5 %, n = 39) eine mögliche Unterstützung zur Stärkung der Ernährungskompetenzen und Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV. Weitere Informationen können **Abb. 26** entnommen werden (**Vgl. Anhang Tabelle 38**).

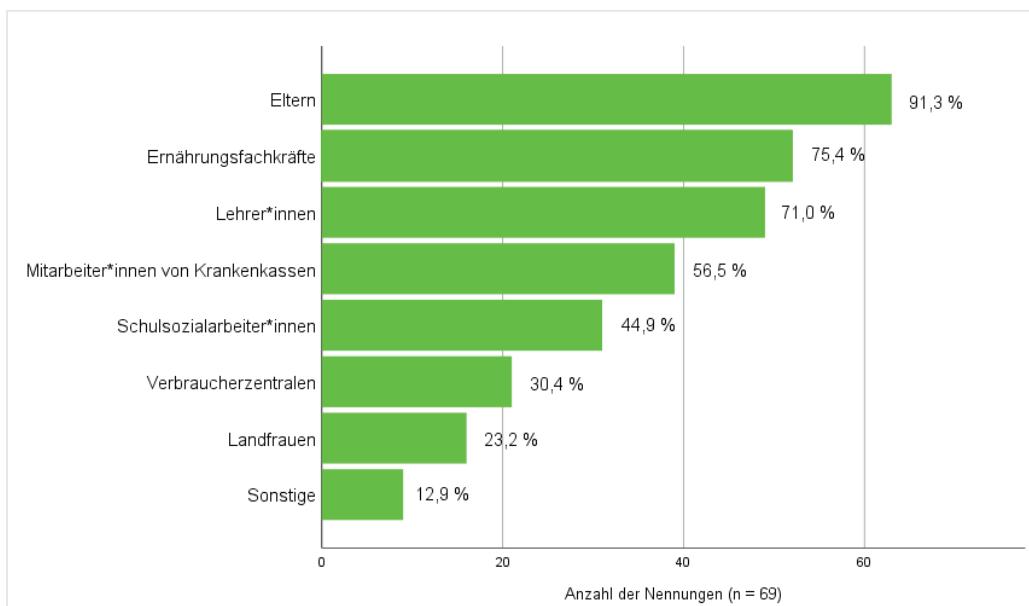


Abb. 26: personelle Ressourcen zur Stärkung der Ernährungskompetenzen bzw. Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen von Grundschüler*innen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Die meisten Schulleiter*innen an Grundschulen in MV waren der Meinung, dass Ernährungsbildung ab Klassenstufe eins (88,4 %, n = 61) etabliert werden sollte (**Vgl. Anhang Tabelle 39**).

Fast alle Schulleiter*innen (97,1 %, n = 67) wünschten sich für zukünftige, ernährungsassoziierte Projekte an Grundschulen in MV die Finanzierung auf Landesebene. Insgesamt 53,6 % (n = 37) der Befragten waren der Meinung, dass hierfür EU-Mittel bereitgestellt werden sollten. Der Schulträger wurde von 42,0 % (n = 29) als Finanzierungsquelle benannt (**Vgl. Anhang: Tabelle 40, Abb. 38**).

Die größten Probleme und Herausforderungen bzgl. der Etablierung ernährungsbildender Maßnahmen an Grundschulen in MV wurden in der Finanzierung (75,4 %, n = 52), in zeitlichen Ressourcen (62,3 %, n = 43), räumlichen Gegebenheiten (46,4 %, n = 32) und der Verfügbarkeit von Fachkräften (43,5 %, n = 30) gesehen (**Vgl. Anhang: Tabelle 41, Abb. 39**).

Gleichzeitig ergab sich die Frage nach den Anforderungen, die an die Ernährungsbildung gestellt werden sollten. Dabei war es 92,8 % (n = 64) der Schulleiter*innen wichtig, dass die Inhalte kindgerecht gestaltet und an die Klassenstufe angepasst werden sollten. Insgesamt 87,0 % (n = 60) der Befragten sahen die Verbindung von Theorie und Praxis als wichtig an. Mehr als die Hälfte der Schulleiter*innen stellte außerdem die pädagogische und fachliche Kompetenz (jeweils 69,6 %, n = 48) als Anforderung an die Ernährungsbildung (**Vgl. Anhang Tabelle 42, Abb. 40**).

4.2.2.2. Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen

Es wurden zahlreiche Verbesserungswünsche zur Schaffung einer angenehmeren Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit geäußert. Diese werden in der nachfolgenden **Abbildung 27** aufgezeigt (**Vgl. Anhang: Tabellen 43 und 44**).



Abb. 27: Verbesserungswünsche zur Schaffung einer angenehmeren Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV; von oben nach unten in folgende induktiv gebildete Kategorien aus Freitextfrage unterteilt: nach räumlichen Gegebenheiten, nach zeitlichen und personellen Gegebenheiten, nach Mittagsangebot; * am häufigsten genannt

Bei der Frage nach Wünschen und Erwartungen, um die Ernährungsumgebung an den Grundschulen in MV noch gesünder zu gestalten, wurde vor allem die finanzielle Unterstützung und Förderung genannt. Auch die Gestaltung optisch ansprechender Räumlichkeiten sollte zukünftig Themenschwerpunkt sein. Genauereres kann der folgenden **Abbildung 28** entnommen werden (Vgl. Anhang Tabelle 45).

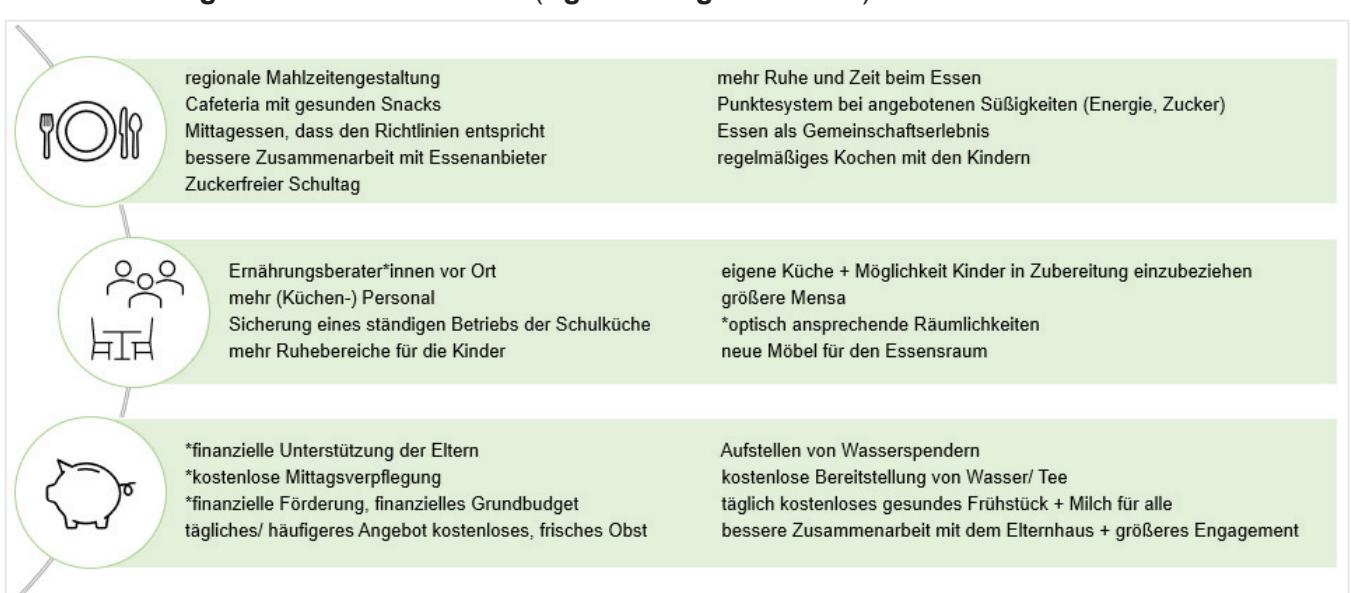


Abb. 28: Wünsche und Erwartungen zur Schaffung gesünderer Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV; von oben nach unten in folgende induktiv gebildete Kategorien aus Freitextfrage unterteilt: nach Gestaltung der Mittagsmahlzeit, nach personellen und zeitlichen Gegebenheiten, nach finanziellen Gegebenheiten und Unterstützung; * am häufigsten genannt

4.3. Auswertung Teil C: Pilotprojekt

4.3.1. Konzept des gesundheitsförderlichen Pilotprojekts zur Ernährungsbildung an Grundschulen in MV

Auf Basis des sich aus den Ergebnissen in Teil A ergebenden Bestands und Bedarfs, wurde ein gesundheitsförderliches, ernährungsassoziiertes Konzept für Klassenstufe eins entwickelt und an zwei ausgewählten Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte umgesetzt. Die Grobplanung der einzelnen Unterrichtseinheiten kann der nachfolgenden **Tabelle 6** entnommen werden.

Tabelle 6: Grobplanung der einzelnen Einheiten (E) des Pilotprojektes an ausgewählten Grundschulen in MV

Grobziele	Theorieeinheiten	praktische Einheit
Schaffung einer Vertrauensebene	Herstellung einer positiven Berater - Klienten - Beziehung zur Erhöhung der Compliance (hier auf PGH bezogen)	
Übermittlung relevanter ernährungsbezogener Inhalte in der Lebenswelt Grundschule	E1: Obst und Gemüse (5 am Tag) E2: Getränke (versteckter Zucker, Durstlöscher) E3: Herkunft von Lebensmitteln (Wo wächst was? Wo kommt die Milch her? etc.) E4: Hunger, Appetit, Sättigung	E5: Zubereitung eines gesunden Frühstücks (Grundschule 1), Apfelmus kochen (Grundschule 2)
Erstellung und Verwendung von Kindgerechtem Material	Gestaltung für Kinder ansprechender Arbeitsblätter und Bereitstellung kindgerechter Arbeitsmaterialien (z.B. BZgA); „mitlernendes“ Kuscheltier als Maskottchen des Projekts	Arbeitsblatt mit Rezepten
Umsetzung von Methodenkompetenz	<u>Methoden, u.a.:</u> Arbeitsblättern, Kurzvideos, Gruppenarbeiten, Challenges (Bankrätschen), schneiden und kleben (motorische Fähigkeiten), Stempelkarten, 5 am Tag Karte, Belohnung (positive Verstärkung)	Anwendung Koch- und Küchentechnischer Fertigkeiten (schneiden, kochen, zubereiten, aufräumen etc.)
Verknüpfen von Theorie und Praxis	<u>Anwendung theoretischer Inhalte durch unterschiedliche Unterrichtsmethoden, z.B.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Abzählen von Zuckerwürfeln herkömmlicher Getränke von Kindern <u>Anleitung zur Selbstreflexion, z.B.:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Was ist mein Lieblingsobst? - Helfe ich zu Hause beim Kochen? - Was trinke ich? usw. 	Anwendung theoretischer Inhalte in finaler praktischer Einheit
Partizipation unmittelbarer Akteure in der Lebenswelt Grundschule	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung des Projektes im Elternabend (eine Grundschule) - Arbeitsaufträge für zu Hause, z.B. Karte 5 am Tag zum Abhaken - Klassenleiterinnen waren anwesend 	Rezepte für zu Hause

Kleine Impressionen können dem **Anhang 12 (S.126 ff.)** entnommen werden.

4.3.2. Ergebnisevaluation – Selbsteinschätzung und Fazit

Die detaillierte Selbstreflexion ist dem **Anhang 11 (S.122 ff.)** zu entnehmen. Zusammengefasst konnte laut Einschätzung der Projektdurchführenden das primäre Ziel des Pilotprojektes, Erfahrungen für Folgeprojekte zu sammeln, erreicht werden. Insbesondere das Kennenlernen der Zielgruppe Erstklässler*innen, ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten betreffend, war zielführend für die Optimierung des ernährungsassoziierten, gesundheitsfördernden Konzeptes im Setting Grundschule. Nochmals deutlich wurde, dass die theoretische Konzipierung zwar eine wichtige Vorarbeit darstellte, aber gleichzeitig eine flexible Umsetzung erforderlich war, um individuell auf Situationen und unterschiedliche Charaktere, Lerntypen etc. reagieren zu können. Jede Klasse und jedes Kind war unterschiedlich. Die Studiendurchführende stellte wiederum fest, dass die Wissensspanne und die Vorkenntnisse, die vom Elternhaus „mitgegeben“ wurden von Kind zu Kind variierten und, dass die Grundschule, als Lebenswelt, im Rahmen der Gesundheitsförderung eine große Ressource und Handlungsebene dahingehend darstellte. Dabei waren insbesondere methodisches Feingefühl, pädagogisches Mitdenken und Empathie gefragt.

*4.3.3 Prozessevaluation – Klassenleiter*innenfeedback*

Im Rahmen der Prozessevaluation und im Sinne der Weiterentwicklung sowie Optimierung des von der Studiendurchführenden entwickelten ernährungsassoziierten Konzeptes, wurden die Klassenleiter*innen der jeweiligen Grundschulklasse um ihr Feedback gebeten

4.3.3.1. Pädagogische, methodische und didaktische Gestaltung der Projekteinheiten

Die beiden Klassenleiter*innen stimmten vollkommen zu, dass die Projekteinheiten gut strukturiert waren und die Kompetenz der Projektdurchführenden gegeben war. Der kindgerechten, passenden Auswahl bzw. Gestaltung und Vermittlung der Inhalte, der Methodik und der Materialien wurde ebenfalls vollkommen zugestimmt.

4.3.3.2. Nachhaltigkeit des Projekts

Bzgl. des Lerneffekts, der bei den Kindern erzielt werden konnte, stellten beide Klassenleiter*innen fest, dass sich die Grundschüler*innen viele Inhalte der fünf Projekteinheiten gemerkt hatten und später abrufen konnten. Entsprechend wurde der

Lerneffekt als sehr gut beurteilt. Eine/r der beiden Klassenleiter*innen formulierte hierzu wie folgt:

„Die Kinder haben ihr Wissen über Obst- und Gemüsesorten weitestgehend vervollkommenet [...]. Sie achten bewusster auf den Inhalt ihrer Brotdose[n] und fordern sich zusätzliches Gemüse ein. [...] Auch als einige Wochen später die zahnärztliche Assistentin zum Zähneputzen erschien, fiel auf, dass die Kinder auf dem Gebiet der gesunden Ernährung gut aufgestellt sind.“ (Zitat Klassenleiter*innenfeedback)

Eine/r der beiden Klassenleiter*innen gab außerdem an, dass ein Feedback von den Eltern der Erstklässler*innen abgegeben wurde, hierzu folgendes Zitat:

„[...] Eltern haben mir berichtet, dass die Kinder jetzt auch gern beim Einkauf helfen und viel aus dem Obst- und Gemüseangebot einpacken.“ (Zitat Klassenleiter*innenfeedback)

Demnach konnte teilweise eine Partizipation des Elternhauses, durch die Thematisierung gesunder Ernährung in der Grundschule, erreicht werden.

Beide Klassenleiter*innen gaben an, dass sie eine Weiterführung des Projekts als sinnvoll erachteten und es weiterempfehlen würden. Begründet wurde dies mit der derzeitigen Übergewichts- und Adipositasproblematik bei Grundsächer*innen in MV. Hierzu folgendes Zitat:

„Die vielen übergewichtigen Kinder müssen dringend in der Schule erfahren, was sie bei der Ernährung verbessern können.“ (Zitat Klassenleiter*innenfeedback)

Auch der Praxisbezug, der mit einem längerfristigen ernährungsassoziierten Projekt verbunden war, wurde als Grund für die Empfehlung aufgeführt.

4.3.3.3. Allgemeines Klassenleiter*innenfeedback

Besonders gut bewertet wurde das Material, hierzu folgendes Zitat:

„[...] die toll aufbereiteten Arbeitsblätter für die Hand der Kinder“ (Zitat Klassenleiter*innenfeedback)

Auch der hergestellte Praxisbezug innerhalb des Projekts, bspw. im Rahmen der Zubereitung eines gemeinsamen Frühstückes zur Anwendung aller gelernter Inhalte, wurde positiv hervorgehoben.

Ressourcen lagen in der Arbeit mit der Stimme (Lautstärke) oder im Timing bestimmter Aufgabenstellungen im Klassengefüge:

„[Die] Kinder mussten etwas lange warten, wenn an der Tafel gearbeitet wurde und jeder drankommen sollte.“ (Zitat Klassenleiter*innenfeedback)

5. Diskussion

Die Ergebnisse des (überwiegend) quantitativen Teil B des Studienprojekts zeigen, dass eine Diskrepanz zwischen dem Bestand und Bedarf an Ernährungsbildung und gesunden Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV besteht. Das Thema Ernährung ist bei 62,3 % (n = 43) der befragten Grundschulen in MV fest als pädagogisches, bei 85,1 % (n = 57) fest als gesundheitsförderliches Schwerpunktthema im Schulprogramm verankert. An 87,1 % (n = 61) der Schulen werden regelmäßig Projekte, dann i.d.R. ein Mal (n = 27) oder zwei bis drei Mal (n = 25) im Schuljahr, zum Thema gesunde Ernährung durchgeführt. Gleichzeitig wird der Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen im Setting Grundschule und im Bereich Ernährung von 59,4 % der befragten Schulleiter*innen (n = 41) als (sehr) hoch eingeschätzt, mit der Tendenz zu einem zukünftig noch höheren Bedarf (84,3 %, n = 59). Jedoch bestehen große finanzielle (75,4 %, n = 52), zeitliche (62,3 %, n = 43), räumliche (46,4 %, n = 32) sowie partizipative und personelle (43,5 %, n = 30) Probleme, die der Etablierung ernährungsassozierter PGF-Maßnahmen im Weg stehen. Damit einher geht das PH-Ziel gesamtgesellschaftlicher Gesundheit bzw. die Erzielung eines nachhaltigen Gesundheitseffektes bei Kindern, der im Rahmen bisheriger Projekte vom Großteil der Befragten (60,9 %, n = 42) lediglich als „mittel“ eingeschätzt wurde.

5.1. DGE-Qualitätsstandard als Verhältnispräventive Maßnahme – Umsetzung im Vergleich von Theorie und Praxis

Laut der hiesigen Online-Befragung der Schulleiter*innen von Grundschulen in MV (2022) kannten 58,6 % der Befragten den DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen. Im Jahr 2018 gaben in einer Umfrage der DGE-Vernetzungsstelle hingegen nur 29,0 %¹ der Schulleiter*innen an, diesen zu kennen. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass der DGE-Qualitätsstandard an Bekanntheitsgrad dazugewonnen hat (+ 29,6 %¹), was positiv zu verzeichnen ist und auf gesundheitspolitische Maßnahmen der Vernetzungsstellen Kita- und Schulverpflegung zurückzuführen sein könnte. Insgesamt sind, laut hiesiger Umfrage, 28,1 % der Speisenanbieter an Grundschulen in MV nach DGE zertifiziert (2022). Im Rahmen der DGE-Befragung gaben im Gegensatz dazu zwar 43 % (n = 82)¹ der befragten Schulen in MV an, dass sie den DGE-Qualitätsstandard umsetzen, jedoch sind nur 7 % (n = 13)¹ auch danach zertifiziert. Auch hier lässt sich also im Vergleich zur Befragung der DGE-Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung MV von 2018 eine Zunahme an DGE-Zertifizierungen verzeichnen (+ 21,1 %)¹.

Dennoch stuft der Food-Epi den Umsetzungsgrad der Qualitätsstandards für die Verpflegung in Bildungseinrichtungen in Deutschland, im internationalen Vergleich, als niedrig ein [48, 66].

Der Food-Epi zieht als internationale Beispiele die erfolgreiche, verpflichtende Umsetzung von Qualitätsstandards innerhalb der Schulverpflegung u.a. in den Ländern Frankreich, Großbritannien, Ungarn oder den USA heran [48, 66]. In der US-amerikanischen Schulverpflegung ist bspw. das National School Lunch Program (NSLP) als staatliches Ernährungsprogramm verankert [67]. In Deutschland ist im Gegensatz dazu eine verpflichtende Umsetzung nur in Berlin und im Saarland vorzufinden [48, 66]. Und obwohl diese verpflichtenden Regelungen in den beiden Bundesländern vorliegen, bestehen auch hier Diskrepanzen in der Umsetzung, eine flächendeckende Einhaltung gibt es demnach nicht [48, 66]. Da in Deutschland jedoch immer mehr Kinder eine Ganztagschule besuchen – im Schuljahr 2020/2021 waren es 3.446.211 Millionen Schüler*innen [68] - kann der Politik eine große Verantwortung zugesprochen werden, was die Gewährleistung einer gesundheitsförderlichen Schulverpflegung angeht. Da Essgewohnheiten vor allem im Kindesalter langfristig geprägt werden [13], ist die Notwendigkeit der PGF geboten. Auch Ergebnisse eines Delphi-Verfahrens bestätigten, dass ein gesundes Verpflegungsangebot und vor allem die Verknüpfung mit Ernährungsbildung einen positiven Effekt auf das informelle Lernen von Kindern hat [69]. Werden im Setting Grundschule gezielt Maßnahmen diesbezüglich umgesetzt, begünstigt dies das Erlernen von gesundheitsassoziierten Verhaltens- und Essmustern im Sinne eines lebenslangen Lernprozesses [...]. Jedoch kamen die befragten Expert*innen zu dem Schluss, dass insbesondere in der Partizipation und den angebotenen Unterstützungsangeboten u.a. für Grundschulen Ressourcen liegen [69]

Mit der Umsetzung des DGE-Qualitätsstandard wäre gleichzeitig eine soziale Chancengleichheit bzgl. des Zugangs zu PGF-Maßnahmen und im Speziellen einer gesundheitsfördernden Ernährung, unabhängig vom SES, gewährleistet [39]. Auch das kann als gesundheitspolitische Aufgabe verstanden werden.

Betrachtet man die Kosten, die mit der Umsetzung der DGE-Qualitätsstandards auf die Essensversorger, die Schulen und letztlich die Schüler*innen und Eltern zukommen würden, dann bedeutet eine gesundheitsfördernde Mittagsverpflegung keine enorme Kostensteigerung [70]. Laut der Studie zu Kosten- und Preisstrukturen in der Schulverpflegung (KuPS) wäre eine flächendeckende Etablierung der DGE-Qualitätsstandards nur vier Cent teurer, als die bisherige, durchschnittliche Mittagsmahlzeit [70]. Dennoch wird eine kostenlose Mittagsverpflegung am häufigsten bei der Frage nach Wünschen und Erwartungen an die Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen genannt. Laut Philipsborn et al. soll eine qualitativ hochwertige, gebührenfreie Schul- und Kitaverpflegung aber erst durch die Umsetzung verbindlicher Qualitätsstandards (DGE) über Steuern finanziert werden [48, 66].

Wie die DGE selbst schreibt, stellt der Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen gleichzeitig eine „Chance für mehr Gesundheit und Nachhaltigkeit“ dar [39]. Diese Chance

sehen auch die befragten Schulleiter*innen an Grundschulen in MV (**Vgl. Anhang Abb. 11**). Hier wünschte sich der Großteil eine Mittagsverpflegung, die den Qualitätsstandards entspricht (**Vgl. Abb. 28**). Eine flächendeckende Umsetzung, vor allem in Hinblick auf das PH-Problem ÜGA, wird mit auch im Food-Epi mit oberster Handlungspriorität eingestuft [48, 66] und muss zukünftig weiter fokussiert werden.

* Angaben zur Schulleiter*innenumfrage 2018 beziehen sich auf einen Vortrag der DGE Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung MV. Dieser wurde der Studiendurchführenden von Frau Meike Halbrügge zur Verfügung gestellt, ist jedoch nicht publiziert.

5.2. Ernährungsbildung als Verhaltenspräventive Maßnahme – Verstetigung im Vergleich von Theorie und Praxis

Obwohl der Stellenwert von primärer PGF zahlreich belegt ist und auch von der Gesundheitspolitik als hoch eingestuft wird, besteht eine Diskrepanz in der Verstetigung solcher Maßnahmen. Im Rahmen des HiAP-Ansatzes wird – begründet - vor allem die PGF in der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen fokussiert [32, 34]. Hier greift der gesetzlich festgelegte Lebensweltansatz (§ 20a SGB V [27]). Da Kinder auf die Familie als primäre Lebenswelt angewiesen sind, gleichzeitig aber immer mehr Schüler*innen eine Ganztagschule besuchen [68] und demnach mindestens sieben Zeitstunden Beschulung bzw. Betreuung erfahren [71], stellt die (Grund-) Schule eine (fast) ebenso relevante Lebenswelt dar. PGF-Maßnahmen dort anzusetzen ist die logische Schlussfolgerung, da so aktiv und positiv in den Entwicklungsprozess der Kinder eingegriffen werden kann [13].

Auch die niedrige Gesundheitskompetenz in Deutschland, vor allem in jüngeren Altersgruppen, ist ein Indiz für eine aktive Gegensteuerung [44]. Dieser Zustand deckt sich ebenfalls mit internationalen Daten, in denen Kinder zwischen zehn bis zwölf Jahren eine mittlere bis geringe Gesundheitskompetenz aufweisen [45]. In der Theorie sollen durch PGF-Maßnahmen Gesundheitsrisiken gesenkt und Ressourcen und Potentiale gefördert werden [42]. Gesundheitskompetenz kann aber nur dann entwickelt werden, wenn der Bevölkerung (bzw. hier: den Kindern) auch eine Möglichkeit für Empowerment geboten wird [28]. Die Förderung und damit Priorisierung von PGF ist in Deutschland sogar gesetzlich verankert (§ 20a SGB V [27]). Doch werden diese, auf dem Papier stehenden, Theorien und Gesetze auch umgesetzt?

Im Rahmen der hiesigen Umfrage geben 87,1 % (n = 61) der Befragten an, dass ernährungsassoziierte, gesundheitsförderliche Projekte durchgeführt wurden. Obwohl die Krankenkassen damit beauftragt sind, die PGF und damit einhergehend die Entwicklung von Maßnahmen zu fördern, gaben jedoch 73,8 % (n = 45) der Schulleiter*innen an, dass Projekte

vor allem in schuleigener Form und meist von Lehrer*innen (100,0 % bei Mehrfachnennung, n = 61; siehe **Abb. 26**) durchgeführt wurden (Umfrage 2022). Projekte der Krankenkassen (hier aufgeführt das AOK-Projekt Henrietta in Fructonia) wurden hierbei nur von 26,2 % (n = 16) der Befragten angegeben. Doch woran liegt das?

Eine Interviewte berichtete, dass die Netzwerke zwischen Schule und Krankenkassen/ Projektleiter*innen fehlen. Die gesetzliche Grundlage für die Etablierung und Verfestigung von Maßnahmen der PGF sind in Deutschland geschaffen. Die Diskrepanz besteht allerdings in der „Brücke“ zwischen der Theorie (u.a. Gesetzestexte, Leitfäden) und dem Ankommen in der Lebenswelt Grundschule. Ein weiteres, damit einhergehendes, Problem konnte in den personellen Gegebenheiten aufgedeckt werden. Laut Interviewaussagen haben die Grundschulen Probleme solche Praxispartner, zur Ausbildung von Netzwerken, überhaupt erst zu finden. Der Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schulen (§ 2 Abs 3 Schulgesetz MV [72]) beschreibt zwar, dass Schule die Kinder dazu befähigen soll in allen Lebensbereichen verantwortungsvoll zu handeln. Jedoch kann, vor allem in Hinblick auf den Lehrer*innenmangel in Deutschland, nicht von den (Grund-) Schulen verlangt werden, eine vollumfängliche PGF zu leisten, die nicht nur das Thema Ernährung umfasst. An dieser Stelle soll nochmals der § 20 SGB V hervorgehoben werden, der die GKV zur Förderung von Leistungen der PGF gesetzlich verpflichtet [27].

Von einer Verfestigung ernährungsbildender Projekte an Grundschulen, nicht nur in MV, ist Deutschland noch weit entfernt. Hierfür muss, nachdem die theoretischen Ansichten klar und der Stellenwert erkannt ist, vor allem das Netzwerken zukünftig ausgebaut werden. Bisher werden mit entsprechenden Leitfäden zwar Impulse gesetzt, die flächendeckende Umsetzung dieser scheint allerdings noch zu dauern.

5.3. Stärken und Limitationen

Zu den Stärken dieses Studienprojekts gehört das Mixed-Methods-Studiendesign, das eine umfangreiche Erfassung von Daten ermöglichte. Die drei aufeinander aufbauenden Projektteile reichen dabei von der Theoretischen Betrachtung und Erfassung des Gesundheitsproblems bis hin zur praktischen Umsetzung. Limitierend wirkt in dem Zusammenhang das Vorziehen des Teil C vor den Teil B, aufgrund von zeitlichen Rahmenbedingungen im Hinblick auf die offizielle Genehmigung für die Online-Befragung durch das Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV. Obwohl es sich bei der Online-Befragung um keinen validierten Fragebogen handelte, wurde diese, wie vorgenannt, offiziell genehmigt, was sich auf die Teilnehmerzahl (n = 70) positiv ausgewirkt haben könnte. Wiederum haben nur 6,8 % (n = 6) der Schulleiter*innen von Grundschulen in privater

Trägerschaft an der Umfrage teilgenommen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass private Träger weniger von staatlichen Zuschüssen zum Ausbau ihrer Leistungen angewiesen sind. Im Umkehrschluss könnte in der staatlichen Finanzierung und Bezuschussung der Grund für die hohe Teilnahme von Schulleiter*innen von Grundschulen in öffentlicher Trägerschaft liegen. Die Kooperation mit dem Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung kann durch weitere Kooperationen mit der DGE-Vernetzungsstelle und dem IQ M-V ergänzt werden und verfolgt damit den HiAP-Ansatz zur Planung, Umsetzung und Evaluierung evidenzbasierter, nachhaltiger PGF-Maßnahmen. Die Fallzahl von 70 Proband*innen kann außerdem als Stärke des Teil B aufgeführt werden, sie trägt zur Stärkung der Aussagekraft der Studie bei.

Die Ergebnisse dieses Projektes bieten einen Anhaltspunkt für die Verbesserung der gegenwärtigen Situation in Hinblick auf die ÜGA-Problematik von Kindern und Jugendlichen und kann Ausgangspunkt für weiterführende Untersuchungen und PGF-Projekte darstellen.

6. Schlussfolgerung

Ziel dieser Arbeit war es, den gegenwärtigen Bestand und Bedarf an Ernährungsbildung sowie Maßnahmen zur Schaffung gesunderer Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV, im Sinne der PGF, zu erfassen. Festgestellt werden konnte, dass ernährungsassoziierte Projekte zwar stattfinden, jedoch großer Optimierungsbedarf besteht. Problematiken bestehen weniger in der internen Organisation oder an einem fehlenden Interesse, sondern vielmehr in strukturellen Umgebungsbedingungen (personell, finanziell, zeitlich), die bzgl. der Planung, Organisation, Umsetzung und Etablierung gezielter Maßnahmen essenziell sind.

Es kann konkludiert werden, dass eine nähere Zusammenarbeit zwischen allen Bereichen der Lebenswelt Grundschule notwendig wird, um eine Veränderung im Gesundheitsgeschehen von Kindern und den derzeitigen Entwicklungen, vor allem hinsichtlich ÜGA, zu bewirken. Ohne einen, nicht nur theoretischen, sondern auch „gelebten“ partizipativen Ansatz aller Strukturen auf bundes-, landes-, kommunaler-, schulischer- und privathaushaltlicher Ebene wird sich der gegenwärtige Bestand nicht im Sinne des erfassten Bedarfs verbessern.

Die Vielschichtigkeit der Ursachen und Folgen von ÜGA stellen momentan ein großes Problem in der Gesundheitspolitik dar. Daraus ergeben sich jedoch gleichzeitig multifaktorielle Zugangswege sowie Chancen zur Unterbrechung dieses Teufelskreises und der gezielten Gegensteuerung der sog. „Adipositas-Epidemie“ im Kindes- und Jugendalter. PGF-Maßnahmen können einen entscheidenden Beitrag zur Entlastung des Gesundheitssystems beisteuern und müssen zukünftig einen höheren Stellenwert erlangen. Deutschland liegt im internationalen Vergleich deutlich zurück, was die Umsetzung solcher Maßnahmen betrifft.

Die im Rahmen dieser Arbeit erfassten Bestände und Bedarfe hinsichtlich ernährungsbildender Maßnahmen sowie der Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV können Datengrundlage für Folgeprojekte zur Optimierung des Status quo an Grundschulen (in MV) darstellen. Zur vollumfassenden Darstellung des Bedarfs benötigt es weiterer Übersichtsarbeiten, die z.B. die bisherigen Projekte in Deutschland und international sowie deren Effekt und Bedingungen darstellt. Ein weiterer partizipativer Ansatz zur ergänzenden Bestandsanalyse könnte die Durchführung qualitativer Interviews mit Abgeordneten der Politik sowie den Eltern, ggf. auch Schüler*innen sein.

Interessant wäre auch eine stärkere Beteiligung von Ernährungsfachkräften an PGF-Maßnahmen an Grundschulen. Diese Berufsgruppe könnte das Bindeglied zwischen Theorie und praktischer Umsetzung sein.

Es besteht weiterer Forschungs- aber vor allem auch Handlungsbedarf.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Schienkiewitz A, Brettschneider AK, Damerow S, Schaffrath Rosario A. Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(1). DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-005.2
- [2] Hoffmann SW, Ulrich R., Simon P. Refined Analysis of the Critical Age Ranges of Childhood Overweight: Implications for Primary Prevention. *Obesity* 2012; 20/10: p.2151-2154. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2012.172>
- [3] Moß A, Wabitsch M, Kromeyer-Hauschild K, Reinehr T., Kurth BM. Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschulkindern. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch- Gesundheitsschutz* 2007; 50:1424–1431. doi: 10.1007/s00103-007-0370-z
- [4] Scheer D. Medigreif. Das Projekt Netzwerk-Adipositas [Internet]. 25.01.2021 [letzter Zugriff: 12.09.2022]. URL: <https://adipositas-netzwerk-mv.de/broschuere/>
- [5] Hartmann AS, Hilbert A. Psychosoziale Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter und Strategien zu deren Behandlung. *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56:532–538. doi: 10.1007/s00103-012-1637-6
- [6] RKI. Das Robert Koch-Institut [Internet]. 06.05.2020 [letzter Zugriff: 24.06.2023]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html
- [7] M-Pohl. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS 19) of M-POHL. 2021 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20Short%20Summary.pdf>
- [8] Lehmann F, Varnaccia G, Zeiher J, Lange C, Jordan S. Einflussfaktoren der Adipositas im Schulalter – Eine systematische Literaturrecherche im Rahmen des Adipositasmonitorings. *GBE JoHM*. 07.05.2020; 5(S2): doi: 10.25646/6728
- [9] WHO Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022 [Internet]. 2022 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
- [10] BZgA (Hrsg.). Hurrelmann K, Richter M. Determinanten der Gesundheit [Internet]. 15.06.2022 [letzter Zugriff 20.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- [11] Sohn SY et al. Prevalence of problematic smartphone usage and associated mental health outcomes amongst children and young people: a systematic review, meta-analysis and

GRADE of the evidence. BMC Psychiatry 19, 356 (2019). doi: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2350-x>

[12] Patalay P, Gage SH. Changes in millennial adolescent mental health and health-related behaviours over 10 years: a population cohort comparison study. Int J Epidemiol. 2019; 48 (5). doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyz006>.

[13] Ellrott T. Psychologie der Ernährung – Psychological Aspects of Nutrition. Aktuel Ernährungsmed 2012; 37:155-167

[14] RKI. Das AdiMon IndikatorenSystem. Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Überblick [Internet]. 2018 [letzter Zugriff: 23.06.2023]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/AdiMon_Infobroschuere.pdf?blob=publicationFile

[15] Koenen M, Hill MA, Cohen P, Sowers JR. Obesity, Adipose Tissue and Vascular Dysfunction. Circ Res 02.04.2021 ;128(7):951-968. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.121.318093.

[16] Smith JD, Fu E, Kobayashi MA. Prevention and Management of Childhood Obesity and Its Psychological and Health Comorbidities. Annu Rev Clin Psychol. 07.05.2020;16:351-378.

[17] OECD. Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention [Internet]. 2019 [letzter Zugriff: 13.06.2023]. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Heavy-burden-of-obesity-Policy-Brief-2019.pdf>

[18] Gerlinger T. Der Public Health-Gedanke in der Gesundheitspolitik. Public Health Forum 2018; 26(3): 198-200

[19] WHO European Region (Hrsg.). WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Report on the fifth round of data collection 2018-2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

[20] Statistisches Bundesamt. 23211-002: Gestorbene: Deutschland, Jahre, Todesursachen, Geschlecht [Internet]. 2023 [letzter Zugriff: 20.06.2023], URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23211-0002&bypass=true&levelindex=0&levelid=1690348414216#abreadcrumb>

[21] Statistisches Bundesamt. 23631-0001: Krankheitskosten, Krankheitskosten je Einwohner: Deutschland, Jahre, Krankheitsdiagnosen (ICD-10) [Internet]. 2023. [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23631-0001&bypass=true&levelindex=0&levelid=1690348506158#abreadcrumb>

[22] Koppelin F. Utb. Public Health – Ansätze, Theorien, Strukturen. 2022. 1. Auflage

- [23] Hurrelmann K, Richter M, Klotz T, Stock S (Hrsg.). Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung – Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. 5. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag; 2018
- [24] BZgA (Hrsg.). Franzkowiak, P. Prävention und Krankheitsprävention [Internet]. 14.03.2022 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
- [25] De Bock F, Geene R, Hoffmann W, Stang A. Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health (Hrsg.). Vorrang für Verhältnisprävention [Internet]. 12.12.2017 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: <https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/08/Vorrang-fuer-Verhaeltnispraevention.pdf>
- [26] BZgA (Hrsg.). Hartung S, Rosenbrock R. Settingansatz–Lebensweltansatz [Internet]. 22.06.2022 [letzter Zugriff: 25.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0>
- [27] Bundesministerium der Justiz Bundesamt Justig (Hrsg.). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung § 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung [Internet]. [letzter Zugriff: 26.06.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_20.html
- [28] BZgA (Hrsg.). Brandes S, Stark W. Empowerment/Befähigung [Internet]. 08.03.2021 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i010-2.0>
- [29] Hartung S, Wihoiszky P. Partizipation – Ein Schlüsselkonzept für Public Health?. Public Health Forum 2022; 30(1): 15-17
- [30] RKI. Das RKI als nationales Public-Health-Institut. Übersichtsartikel. Ziele, Aufgaben und Handlungsfelder von Public Health [Internet]. 2016 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaeumsbuch.html
- [31] BZgA (Hrsg.). Hartung S, Rosenbrock R. Public Health Action Cycle [Internet]. 06.01.2022 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0>
- [32] Zöllner H. WHO (EURO): Von Health for all bis HiAP. Public Health Forum 2020; 28(3): 163-165
- [33] BZgA (Hrsg.). Hartung S, Dieterich A, Rosenbrock R. Gesundheitspolitik [Internet]. 17.04.2020 [letzter Zugriff: 20.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i058-2.0>
- [34] Geene R. Health in All Polices – Ansätze, Beispiele und Perspektiven. Public Health Forum 2020; 28(3): 159-162
- [35] Walter U. Der lange Weg zum Präventionsgesetz – Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Public Health Forum 2018; 26(3):201-204

- [36] GKV-Spitzenverband (Hrsg.). Leitfaden Prävention [Internet]. Version März 2023 [letzter Zugriff: 26.06.2023]. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Pravention_Akt_03-2023_barrierefrei.pdf
- [37] Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (Hrsg.). Zweiter Präventionsbericht nach [Internet]. Version Juni 2023 [letzter Zugriff: 25.06.2023]. URL: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/zweiter_npk_praeventionsbericht_kurzfassung_barrierefrei.pdf
- [38] Deutscher Bundestag DIP Dokumentations- und Informationssystem für Parlamentsmaterialien [Hrsg.]. Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PrävG) [Internet]. 25.07.2015 [letzter Zugriff: 25.06.2023]. URL: <https://dip.bundestag.de/vorgang/.../64388>
- [39] IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung (Hrsg.). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen [Internet]. 5. Auflage, 1. Korrigierter Nachdruck 2022 [letzter Zugriff: 30.06.2023]. URL: https://www.schuleplusessen.de/fileadmin/user_upload/medien/DGE-QST/DGE_Qualitaetsstandard_Schule.pdf
- [40] Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). Ausgewogene Schulverpflegung nach Qualitätsstandards [Internet]. 25.08.2022 [letzter Zugriff: 30.06.2023]. URL: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/kita-und-schule/qualitaetsstandards-schulverpflegung.html>
- [41] BZgA (Hrsg.). Leitfaden Qualitätskriterien für Planung, Umsetzung und Bewertung von gesundheitsfördernden Maßnahmen mit dem Fokus auf Bewegung, Ernährung und Umgang mit Stress [Internet]. 1. Auflage. Mai 2012 [letzter Zugriff: 30.06.2023]. URL: https://queb.eu/res/Leitfaden_QS_BZgA.pdf
- [42] BZgA (Hrsg.). Abel T, Bruhin E, Sommerhalder K, Jordan S. Health Literacy / Gesundheitskompetenz [Internet]. 30.06.2018 [letzter Zugriff: 30.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i065-2.0>
- [43] Messer M, Dadaczynski K, Orkan O. Gesundheitskompetenz in Deutschland – Ein Überblick. Public Health Forum 2022; 30(2): 61-64
- [44] Universität Bielefeld Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (Hrsg.). Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020 [Internet]. 2020 [letzter Zugriff: 29.06.2023]. doi: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>.

- [45] Ahmadpour M, Omidvar N, Doustmohammadian A, Rahimiforoushani A, Shakibazadeh E. Children Food and Nutrition Literacy - a New Challenge in Daily Health and Life, the New Solution: Using Intervention Mapping Model Through a Mixed Methods Protocol. J Med Life Apr-Jun 2020; 13(2):175-182. doi: 10.25122/jml-2019-0025.
- [46] Kirchhoff S, Schulenkorf T, Orkan O. Organisationale Gesundheitskompetenz im Schulsetting. Public Health Forum 2022; 30(2): 108-111
- [47] Thomas-Eapen N. Childhood Obesity. Prim Care Sep 2021; 48(3):505-515. doi: 10.1016/j.pop.2021.04.002.
- [48] Policy Evaluation Network (Hrsg.). von Philipsborn P, Geffert K, Klinger C, Hebestreit A, Stratil J, Rehfuss E. Politik für eine gesunde Ernährung: Ausgangslage und Reformvorschläge. Der Food Environment Policy Index (Food-EPI) Ergebnisbericht für Deutschland [Internet]. Oktober 2021 [letzter Zugriff: 02.07.2023]. URL: https://www.jpi-pen.eu/images/reports/Food-EPI_Ergebnisbericht_V11.pdf
- [49] Landesamt für innere Verwaltung Statistisches Amt. Allgemeinbildende Schulen – Grundschule [Internet]. 2023 [letzter Zugriff: 25.02.2023]. URL: <https://www.laiw-mv.de/Statistik/Zahlen-und-Fakten/Gesellschaft-&-Staat/Bildung-und-Kultur/Allgemeinbildende-Schulen/>
- [50] Menon V, Muraleedharan A. Internet-based surveys: relevance, methodological considerations and troubleshooting strategies. Gen Psychiatr 01.08.2020; 33(5):e100264. doi: 10.1136/gpsych-2020-100264.
- [51] Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
- [52] Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung: eine Anleitung zu qualitativem Denken. 7. Auflage. Weinheim Basel: Beltz; 2023: 122-125
- [53] Pelz R. Der Fragebogen - Ein Arbeitsbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2014
- [54] Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Rahmenplan Gesundheitserziehung [Internet]. 2004 [letzter Zugriff: 12.09.2022]. URL: https://www.bildung-mv.de/export/sites/bildungsserver/downloads/unterricht/rahmenplaene_allgemeinbildende_schulen/fachuebergreifend/rp-gesundheitserziehung.pdf
- [55] Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD). Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP). 1. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2015

- [56] Dorsch Lexikon der Psychologie. Rogers, Carl Ransom. 23.06.2016. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/rogers-carl-ransom#search=f316f97bb6d6efba9b26201fe64ce00c&offset=0>
- [57] Dorsch Lexikon der Psychologie. Gesprächspsychotherapie. 29.03.2021. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/gespraechspsychotherapie>
- [58] Klotter C. Einführung Ernährungspsychologie. 4. Auflage. München: Ernst Rheinhardt Verlag; 2020.
- [59] Zielinski J. Die Bedeutung von „Social Eating“ für die Gesundheit. e&m 4/2018; 33:170-173.
- [60] BioCon Valley® GmbH im Auftrag des Ministeriums für Wirtschaft, Infrastruktur, Tourismus und Arbeit MV. Masterplan Gesundheitswirtschaft Mecklenburg-Vorpommern 2023 [Internet]. 23.05.2022 [letzter Zugriff: 20.05.2023]. URL: <https://www.bioconvalley.org/fileadmin/masterplan-2030/120/>
- [61] Döring N, Bortz J. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften [E-Book]. 5. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2016
- [62] Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitative Forschende [E-Book]. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag; 2015
- [63] Schönefeld D. Arbeiten und Unterscheiden. Zur Praxis des Diversity-Managements. 1. Auflage Weinheim Basel: Beltz Verlag; 2017
- [64] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken [E-Book]. 13. Auflage. Weinheim: Beltz; 2022
- [65] Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen. Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland [Internet]. [letzter Zugriff: 29.04.2023]. URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html>
- [66] Policy Evaluation Network (Hrsg.). von Philipsborn P, Geffert K, Klinger C, Hebestreit A, Stratil J, Rehfuss E. Food Environment Policy Index (Food-Epi) Evidenzbericht für Deutschland [Internet]. URL: https://www.jpi-pen.eu/images/reports/Food-EPI_Germany_Evidence_Report.pdf
- [67] Goerg KA. US-amerikanische Schulverpflegung – Ein Portät. Ernahrungs Umschau März 2020; (3): M158-167.

[68] Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). Tecklenburg E, Arens-Azevedo U, Papenheim-Tockhorn H, Belke L, Klein S. Neue KMK-Statistik für Ganztagschulen 2020/2021 [Internet]. 06.10.2022 [letzter Zugriff: 10.07.2023]. URL: <https://www.ganztagschulen.org/SharedDocs/Kurzmeldungen/de/m-o/neue-kmk-statistik-2020-2021.html>

[69] Niederberger M, Nowitzki-Grimm, Werner L, Schleicher K, Lührmann P. Optimierung der Verpflegung in Kita und Grundschule. Präv Gesundheitsf. 2020; 17(4): 450-456.

[70] Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (Hrsg.). Studie zu Kosten- und Preisstrukturen in der Schulverpflegung KuPS Abschlussbericht [Internet]. [letzter Zugriff: 03.07.2023]. URL: <https://www.dge.de/fileadmin/dok/dge/projekte/KuPS-Studie-Abschlussbericht.pdf>

[71] Kultusministerkonferenz (Hrsg.). Ganztagschulen in Deutschland [Internet]. [letzter Zugriff: 03.07.2023]. URL: <https://www.kmk.org/themen/allgemeinbildende-schulen/bildungswege-und-abschluesse/ganztagschulen-in-deutschland.html>

[72] Mecklenburg-Vorpommern das Landesportal (Hrsg). Schulgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern § 2 Bildungs- und Erziehungsauftrag der Schule [Internet]. [letzter Zugriff: 03.07.2023]. URL: <https://www.landesrecht-mv.de/bsmv/document/jlr-SchulGMV2010V15P2/part/S>

[73] European Observatory on Health Systems and Policies. Public Health [Internet]. [letzter Zugriff: 20.06.2023]. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/themes/health-system-functions/public-health>

[74] Robert Koch-Institut. Public Health – Mehr Gesundheit für alle [Internet]. 30.12.2022 [letzter Zugriff: 20.06.023]. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/PH_node.html

[75] Jansen C, Buyken A, Depa J, Kroke A. Ernährung in der Schule – Zwischen administrativen Zuständigkeiten und strukturellen Rahmenbedingungen. Ernährungs Umschau 2020; 67(1): 18-25

[76] Dorsch Lexikon der Psychologie. Transtheoretisches Modell. 10.10.2022. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/transtheoretisches-modell>

[77] Dorsch Lexikon der Psychologie. Modellernen. 21.06.2016. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/modellernen#search=f94004f6b7542bed84a00da5dbc5f6a1&offset=0>

[78] Dorsch Lexikon der Psychologie. Konditionierung, operante. 22.11.2021. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/konditionierung-operante#search=f67175d38006131a9c6052efcdc41a38&offset=1>

[79] Dorsch Lexikon der Psychologie. Lernmotivation, intrinsische und extrinsische. 24.11.2021. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/lernmotivation-intrinsische-und-extrinsische>

[80] Bundesministerium der Justiz. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Diätassistentinnen und Diätassistenten (DiätAss-APrV) [Internet]. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/di_tass-aprv/BJNR208800994.html

[81] Hochschule Neubrandenburg. Anlage 2 zur Fachstudienordnung für den Bachelor-Studiengang Diätetik – Modulbeschreibungen [Internet]. [letzter Zugriff: 01.06.2023]. URL: https://www.hs-nb.de/storages/hs-neubrandenburg/studiengaenge-fachbereiche/_Pruefungs-Studien-Ordnungen/AL.DDA/2022/AL.DDA.2022 - MHB.pdf

8. Danksagung

Nach der Ausbildung zur Diätassistentin ist dies nun das nächste Kapitel, was zu Ende geht. Und ich kann sagen: Es war ein schönes! Verbunden mit seinen Höhen und Tiefen, die mich dennoch fachlich, persönlich und menschlich weiterentwickelt haben. An dieser Stelle möchte ich mich zunächst beim Team des Studiengangs Diätetik bedanken, für die vielen Möglichkeiten der Weiterbildung und die Ermöglichung des viermonatigen Praxissemesters in diese Art und Weise. Ich möchte mich herzlichst für die großartige Unterstützung der Projektleitung unter Frau Prof. Dr. Anna Flögel sowie der Projektbetreuung unter Herrn Michael Zeipelt bedanken, mit denen gemeinsam sich das Projekt, angefangen bei einer kleinen Idee im Mai letzten Jahres, zu dem entwickelt hat, was nun auf diesen Seiten niedergeschrieben ist. Ebenfalls gilt ein Dank den Grundschulen in MV, ohne deren Teilnahme und Kooperation ein solches Projekt gar nicht hätte stattfinden können. Außerdem danke ich Frau Meike Halbrügge (DGE-Vernetzungsstelle für Kita- und Schulverpflegung), die durch ihre Erfahrung zur Optimierung der Online-Befragung beitragen konnte. Danke an das Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV, ohne dessen Genehmigung die landesweite Befragung von Grundschulen nicht hätte stattfinden können. Und Danke an die Grundschüler*innen, die mir Stunde für Stunde ein Lächeln geschenkt, mich motiviert und mir nochmal mehr gezeigt haben, dass die Arbeit im Präventionsfeld Schule die Arbeit ist, die ich weiterverfolgen und in der ich mitwirken möchte. Ich möchte mich außerdem bei meiner Familie und bei meinen Freunden bedanken, die während der Erstellung dieser Arbeit alle meine Launen hingenommen, die Hochs und Tiefs begleitet und mir Rückhalt gegeben haben, als es nötig war.

Nun ist es Zeit, die nächste Seite aufzuschlagen und ein neues (berufliches) Kapitel zu beginnen: Ich freue mich darauf!

9. Anhang

Anhang 1: Zusatzkapitel zu Grundlagen und Relevanz von Public Health

Aufgrund der begrenzten Seitenanzahl, zugleich aber der Ansicht, dass die Grundlagen zum Verständnis der Thematik relevant sind, soll nachfolgendes Kapitel der Ergänzung des wissenschaftlichen Hintergrunds dienen.

Der Public Health Action-Cycle

Der Public Health Action-Cycle (PHAC) stellt ein Idealmodell mit vier Phasen dar, deren Definition vor allem der Qualitätsentwicklung und -sicherung dienen soll [10]. Er soll eine Orientierung in der Analyse (Phase 1), Planung (Phase 2), Umsetzung (Phase 3) und Evaluation (Phase 4) von gesundheitspolitischen, -fördernden, präventiven, intervenierenden Maßnahmen zur Optimierung und Herstellung eines Zustandes globaler Gesundheit, geben [10]. Innerhalb des Zyklus sollen Wechselwirkungen erschlossen und die Ergebnisse, der jeweiligen Phasen, in Beziehung zueinander gesetzt werden [10]. Die Phasen sind deshalb nicht scharf voneinander zu trennen und gehen ineinander über [10]. Der PHAC kann weniger als Prozess, mit einem definierten Anfang und Ende, verstanden werden, sondern vielmehr, wie sich bereits aus „Cycle“ ergibt, als Kreislauf, der, nach der Evaluation, wieder von vorne beginnt [10].

Tabelle 1: Fragestellungen zu den Phasen des Public Health Action-Cycle; eigene Darstellung in Anlehnung an [10]

Phase des PHAC		Fragestellungen
1	Problem-bestimmung	Welches gesundheitspolitische Problem besteht? Welche Bevölkerungsgruppen sind von diesem Problem betroffen/ bedroht? Kann die Gesundheitspolitik das Problem angehen und ggf. beheben?
2	Strategie-festlegung	Welche(s) Ziel(e) sollen zur Lösung des PH-Problems fokussiert werden? Welche Akteur*innen können dabei behilflich sein bzw. müssen partizipieren? Welche Strategien können wie festgelegt und umgesetzt werden?
3	Maßnahmen-umsetzung	Wie kann sichergestellt werden, dass die Maßnahmen umgesetzt werden können? Welche Umgebungsbedingungen müssen gewährleistet sein bzw. geschaffen werden?
4	Evaluation	Welchen Nutzen hat die Umsetzung der definierten Maßnahmen? Welcher Effekt kann dadurch, in Hinblick auf eine mögliche Lösung des PH-Problems, erreicht werden? Welche generellen Folgen hat die Umsetzung von Maßnahmen? Wie können Maßnahmen optimiert und ggf. etabliert werden?

Public Health und Public Health Nutrition

- in Ergänzung zu 2.2. -

Um sich der noch recht neuen Fachdisziplin Public Health Nutrition (PHN) anzunähern, soll zunächst eine Definition für Public Health (PH) erfolgen. Übersetzt man beide Begriffe, dann ergibt sich der Zusammenschluss von „Gesellschaft“ und „Gesundheit“. PH dient grundsätzlich der Verhinderung von Krankheiten, der Erhöhung der Lebenserwartung und der Förderung physischer und psychischer Gesundheit [22, 73]. Die Definition kann um den sozioökonomischen Aspekt bzgl. der Nutzung vorhandener Ressourcen sowie um weitere Dimensionen, die sich auf den sozialen, politischen und organisatorischen Einfluss auf die Gesundheit beziehen, ergänzt werden [22]. Charakteristisch ist der Anwendungsbezug, den PH nicht nur als Wissenschaft, sondern zugleich als Praxis verstehen lässt [1]. Dabei steht nicht das Individuum im Fokus gesundheitsfördernder Maßnahmen, sondern vielmehr die Gesellschaft oder einzelne Bevölkerungsgruppen [22, 58, 73, 74]. So sollen kollektive Gesundheitsproblematiken angegangen werden, indem Ansätze zur Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung und -bekämpfung erforscht, konzipiert und umgesetzt werden [3]. Da Übergewicht, Adipositas und damit assoziierte Folgeerkrankungen (Diabetes mellitus Typ 2, kardiovaskuläre Erkrankungen usw.) immer größer werdende Probleme, nicht nur für das Individuum, sondern insbesondere für das Gesundheitssystem darstellen, entwickelte sich eine Subkategorie, die die Ernährungswissenschaften mit den Inhalten von PH verknüpft. Der Bereich PHN spezifiziert damit die sich aus **Abb. 1** erschließenden Ziele von PH, setzt an diesen Kernbereichen, bezogen auf die Ernährungsthematik, an und dient der Generierung von PHN-Maßnahmen sowie der Stärkung des ÖGD [8, 9, 74].

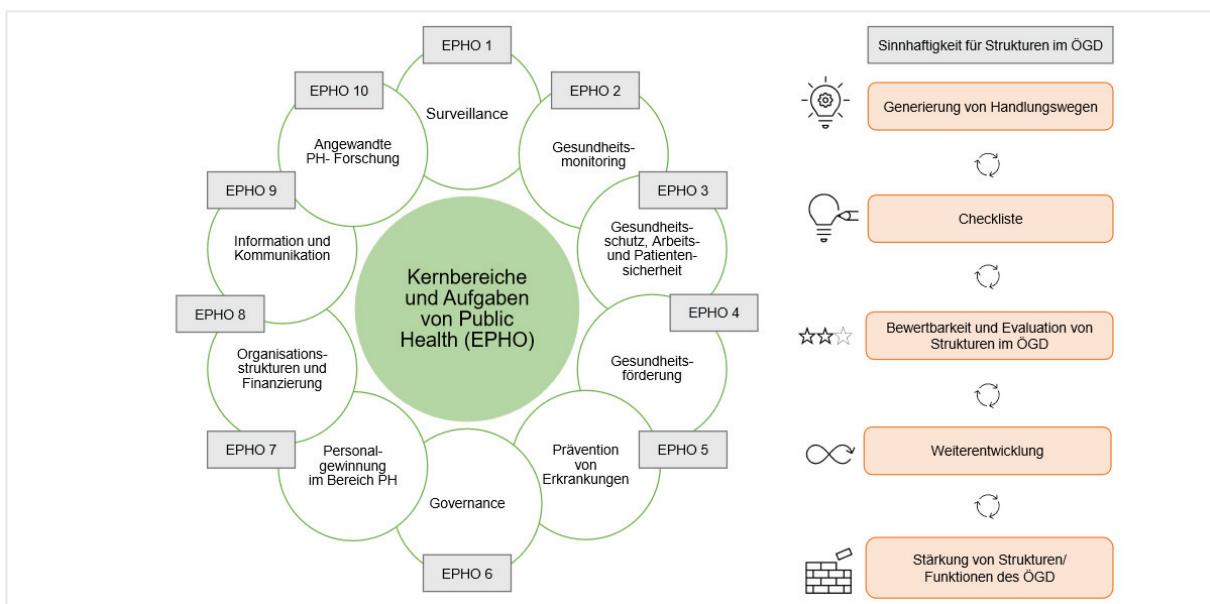


Abb. 1: Zehn Aufgaben und Kernbereiche von Public Health (PH); eigene Darstellung in Anlehnung an [8, 9, 74]; rechte Seite: Nutzen der von der WHO formulierten EPHO's in Bezug auf PH-Maßnahmen zur Stärkung des ÖGD; **EPHO** = Essential Public Health Operations; **ÖGD** = öffentlicher Gesundheitsdienst; **WHO** = Weltgesundheitsorganisation

Insbesondere die Adipositastherapie stellt das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung, wodurch die Notwendigkeit zur Verhinderung bzw. Eindämmung der Entwicklung von ÜGA geboten ist [23, 24]. Da festgestellt wurde, dass Individuumsbezogene Interventionen häufig wenig erfolgreich sind, muss das Problem globaler angegangen werden, indem entsprechende multidisziplinäre, - professionelle, bevölkerungsweite Maßnahmen ergriffen werden [22, 58]. Es wird in dem Zusammenhang auch von primärer Prävention ernährungsassozierter Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung gesprochen [58].

Klassifizierung von Prävention

- in Ergänzung zu 2.2. -

Bzgl. der Klassifizierung von Prävention muss man zunächst zwischen dem triadischen Struktur- und dem triadischen Spezifitätsmodell unterscheiden, die jedoch nicht gänzlich konträr, sondern vielmehr ergänzend zueinanderstehen [25, 31]. Ersteres stuft die Prävention, je nach Zeitpunkt einer Intervention, Ziel und Adressaten grob in primär, sekundär und tertiär ein [25, 31]. Primärprävention richtet sich an gesunde, symptomfreie Menschen. Hinsichtlich PH bzw. PHN wird, durch entsprechende Maßnahmen zur Senkung bzw. Beseitigung von Risikofaktoren, zur Erhöhung der sog. Health Literacy (Gesundheitskompetenz) oder Modifizierung von Umweltfaktoren, die Senkung der Inzidenzraten von Krankheiten innerhalb einer Population angestrebt [31]. Die Sekundärprävention bezieht sich nicht mehr nur auf die Eindämmung von Risikofaktoren, sondern befasst sich mit Akutpatient*innen, die bereits bestehende Symptome im Erststadium einer Erkrankung aufweisen [25, 31]. Im Rahmen dessen werden Maßnahmen der Früherkennung und Verhaltens- bzw. Lebensstilveränderungen empfohlen, mit dem PH-Ziel die Inzidenzen manifester und fortgeschritten Erkrankungen zu senken [25, 31]. Tertiärprävention richtet sich an Patient*innen, d.h. bereits erkrankte [25, 31]. Angestrebt wird die Senkung der Inzidenz in Hinblick auf bleibende Beeinträchtigungen (Chronifizierung, Rezidive, Folgeschäden) [31]. Oberstes Ziel ist demnach die (weitgehende) Wiederherstellung von Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (inkl. Rehabilitation nach SGB IX) [25].

In der US-amerikanischen Literatur definiert die WHO Prävention nicht nach dem Zeitpunkt der Intervention, sondern nach Spezifität und Maß der Gefährdung (Spezifitätsmodell) [31]. Nach Art des Zugangs wird nach universeller, selektiver und indizierter Prävention klassifiziert [31]. Maßnahmen der universellen Prävention richten sich dabei an die Gesamtbevölkerung oder große Bevölkerungsgruppen, wohingegen die selektive Prävention auf Teilpopulationen abzielt, bei denen Risikofaktoren vermutet oder mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten werden [31]. Bezogen auf die Adipositasproblematik konnte bspw. festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit für Kinder, deren Eltern übergewichtig oder adipös sind, selbst Gewichtsprobleme in dieser Hinsicht zu bekommen, deutlich erhöht ist [74]. Hier würde

demnach die selektive Prävention greifen. Die indizierte Prävention fokussiert, wie die Begrifflichkeit bereits verrät, Individuen bzw. Personengruppen mit gesicherten Risikofaktoren oder bereits manifesten Störungen [31]. Interventionen setzen hier, ähnlich wie bei der als tertiär beschriebenen Prävention, beim bereits Erkrankten an und sollen durch frühzeitige Behandlung die Wahrscheinlichkeit für Rezidive, Folgeschäden etc. senken [31].

Vergleicht man beide Modelle, dann können Parallelen erkannt werden. Das Spezifitätsmodell baut auf dem klassischen triadischen Strukturmodell auf, setzt jedoch andere Schwerpunkte und rückt, statt die reine zeitliche Betrachtung des Auftretens von Erkrankungen, die Zugangswege für die Prävention in den Fokus [31].

Der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes als gesundheitspolitische Maßnahme - in Ergänzung zu 2.3.1 -

Der GKV-Spitzenverband ist der einzige, auf Bundesebene vorgesehene und gesetzlich verankerte Verband der GKV's [36]. Im Sinne des § 20 SGB V hat der GKV-Spitzenverband einen Leitfaden erarbeitet, der verbindliche Handlungsfelder und Kriterien von PGF und entsprechenden Maßnahmen zusammenfasst, damit diese qualitätsorientierter werden [36]. Damit trägt er entscheidend zur Qualitätssicherung und -entwicklung von PGF-Maßnahmen bei: Es können nur die Maßnahmen finanziell gefördert und bezuschusst werden, die die hier festgesetzten Regelungen erfüllen [36]. Handlungsfelder und Kriterien trifft der GKV-Spitzenverband nicht allein, sondern unter Einbezug des unabhängigen Sachverständes in unterschiedlichen Wissenschaftsdisziplinen (u.a. betreffend PH, Medizin, Ernährung, Psychologie, Sozialwissenschaften) [36]. Zur Weiterentwicklung des Leitfadens tragen zudem verschiedene (politische) Institutionen, u.a. das RKI, die Gesellschaft für Public Health e.V. und Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), beratend bei [36].

Der GKV-Spitzenverband versteht PGF hierbei als multidimensionale Praxis, die vor allem zur gesundheitsförderlichen Ausrichtung von Lebensbereichen (Vgl. Lebenswelten) und Politikfeldern (Vgl. HiAP-Ansatz) beitragen soll [36]. Durch die Fokussierung auf verschiedene Lebenswelten und die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser können auch die Fähigkeiten (Ressourcen) des Individuums gestärkt werden, sodass Verhältnis- und Verhaltensprävention ineinander greifen. Um diese Wechselwirkung erreichen zu können, ist die Zusammenarbeit unterschiedlicher politischer Ressorts und verschiedener Akteure (Politik, Lebenswelt) erforderlich.

Der Leitfaden legt im Zusammenhang mit § 20a SGB V einen lebensweltbezogenen Gesundheitsförderungsprozess dar, der aus sechs Prozessschritten besteht [36]. Im Rahmen des ersten Schrittes, der Vorbereitungsphase, soll das Interesse an PGF innerhalb der

Lebenswelt und insbesondere bei den Verantwortlichen dieser geweckt werden [36]. Indem bspw. Krankenkassen an die Schulleiter*innen von Grundschulen herantreten, kann entschieden werden, ob PGF-Maßnahmen in der Lebenswelt von Grundschüler*innen stattfinden werden [36]. Daran schließt sich der zweite Schritt, die Nutzung/ der Aufbau von Strukturen an [36]. Die GKV bildet dabei, gemeinsam mit allen Akteuren des Settings (bezogen auf Ernährungsprävention: Schulträger, Essensversorger, Schulleiter*innen, Schüler*innen, Eltern usw.), eine partizipative Steuerungs- und Koordinationsinstanz [36]. Im dritten Schritt werden die Lebenswelt und die Zielgruppe hinsichtlich des Bedarfs an PGF, der Risiken und Potentiale analysiert [36]. Im Schritt vier wird die PGF-Maßnahme schließlich, auf Grundlage des Schrittes drei, geplant [36]. Es werden konkrete Ziele, Aufgaben und Verantwortliche (auch bzgl. der Finanzierung) festgelegt [36]. Daran schließt sich die Umsetzung der Maßnahme (Schritt fünf) sowie die Evaluation (Schritt sechs) an [36]. Der letzte Schritt ist, im Rahmen der Qualitätssicherung, gekennzeichnet durch eine ausführliche Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation der gesamten Maßnahme und setzt die regelmäßige Dokumentation von Zwischenständen ein [36]. Die Evaluation kann dann wiederum an der Analyse (Schritt drei) ansetzen, zur Modifikation des Maßnahmenplans und erneuten, verbesserten Umsetzung der PGF-Maßnahme führen [36].

Anhang 2: Anwendung des Public-Health-Action-Cycle (PHAC) auf die Determinanten der Prävention und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Public-Health-Nutrition

Ergänzende Informationen zu Abb. 2:

PH = Public Health, **PHAC** = Public Health Action Cycle, **PHN** = Public Health Nutrition, **PGF** = Prävention und Gesundheitsförderung, **EPHO** = Essential Public Health Operations, **HiAP** = Health in all polices, **BMEL** = Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, **BMBF** = Bundesministerium für Bildung und Forschung, **BMG** = Bundesministerium für Gesundheit, **GKV-SV** = Spaltenverband der gesetzlichen Krankenkassen, **NQZ** = Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule, **BZgA** = Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, **RKI** = Robert Koch-Institut, **SGB** = Sozialgesetzbuch, **PrävG** = Präventionsgesetz, **SchulG** = Schulgesetz, **IQ M-V** = Institut für Qualitätsentwicklung Mecklenburg-Vorpommern, **VNS** = Vernetzungsstelle, **GH** = Gesundheit, **ÖGD** = öffentlicher Gesundheitsdienst

Die nachfolgende **Abb. 2** zeigt die Anwendung des PHAC auf die Gesundheits- und Ernährungspolitik in Deutschland. Sie kann anhand des wissenschaftlichen Hintergrundes dieser Arbeit nachvollzogen werden.

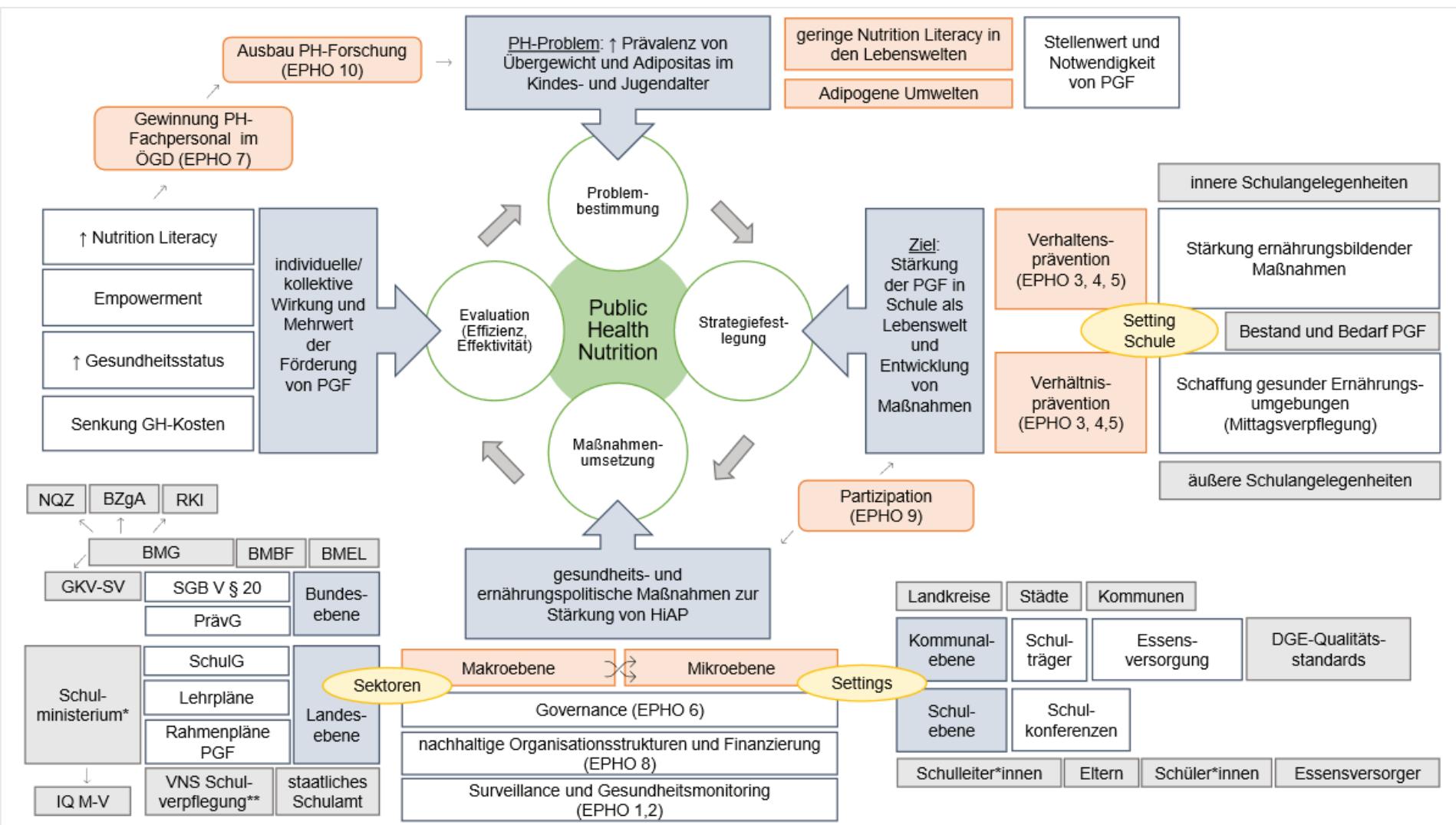


Abb. 2: Anwendung des PHAC unter Bezugnahme der Förderung von PGF-Maßnahmen der an (Grund-) Schulen in MV sowie Darstellung der Komplexität des HiAP-Ansatzes bzw. der Organisation von PHN in Deutschland und MV auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene; eigene Darstellung in Anlehnung an [75] sowie unter Anwendung der EPHO-Ziele von PH [30]; * Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung MV; ** DGE-Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung in MV; Die einzelnen Phasen des PHAC sind nicht trennscharf voneinander zu unterscheiden und gehen im Rahmen des Prozesses ineinander über [31]. Die Begriffe Lebenswelt und Setting sind gleichgesetzt zu betrachten.

Anhang 3: Leitfaden der qualitativen, halbstrukturierten Interviews (Teil A)

Forschungsfrage

Wie gestaltet sich die Umsetzung einer gesunden Schule und die Ernährungsbildung in Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern und welche Bedarfe ergeben sich hieraus?

Einstieg

- Begrüßung, Dank für die Zeit
- kurze Vorstellung: Name, Studiengang, Anliegen
- kurzer Umriss des Themas: Gesunde Schule und Ernährungsbildung = relevante Themen, rückt immer mehr in den Fokus, Adipositas-Problematik etc., Problem: Umsetzung
 - Wo stehen wir?
 - Welcher Bedarf besteht?
 - Ressourcen?
- kurze Beschreibung Interviewablauf + Dauer
- Datenschutzvereinbarung
 - Aufklärung + Einverständniserklärung Aufnahme des Interviews

Einstiegsfrage

- Haben Sie an Ihrer Schule bereits Erfahrungen mit Projekten im Rahmen einer gesunden Schule generell und spezifisch in der Ernährungsbildung?
 - Rückfrage: Wenn ja, welche?
- Welche Projekte aus anderen Grundschulen in MV sind Ihnen bekannt?

Fragenkomplex 1: Bestandsaufnahme

- Was macht „Ihre“ Grundschule zu einer „gesunden Schule“?
 - Was tut „Ihre“ Grundschule, um den Kindern ein gesundes Umfeld (in Hinblick Ernährung) zu bieten?
- Welche gesundheitsfördernden Maßnahmen im Bereich Ernährung wurden an „Ihrer“ Grundschule bereits durchgeführt?
 - Rückfragen:
 - Wie wurden diese organisiert/ an die Schule herangetragen? Von wem kam die Initiative?
 - Über welchen Zeitraum erstreckten sich diese?
 - Wer führte die Maßnahmen durch?
 - Ernährungsfachkräfte?

- Wie kamen diese bei den Schüler*innen an?
 - Wie nachhaltig (in Hinblick auf die Wirksamkeit/ Verhaltensprävention bei den Kindern) war die durchgeführte Maßnahme?
 - Welche Rückmeldungen haben Sie von Eltern in Hinblick auf den Bedarf an Ernährungsbildung bereits bekommen?
 - Relevantes Thema/ Anliegen?
- Wie ist die Mittagsverpflegung an Ihrer Schule organisiert (eigene Küche, Caterer)?
- Was könnte an der Mittagsverpflegung an Ihrer Schule in Bezug auf gesunde Ernährung verbessert werden?
- Welche weiteren Orte in der Schule oder im direkten Umfeld werden von den Schüler*innen zur Essensversorgung aufgesucht (z.B. Cafeteria, Schulkiosk, Bäckerei, Imbissbuden, Supermarkt, etc.)?

Fragenkomplex 2: Bedarfsanalyse

- Welche Vorstellungen/ Ideen/ Wünsche haben Sie hinsichtlich der (besseren) Etablierung des Themas Ernährung im Schulalltag?
- Was verstehen Sie unter einer gesunden Schule? Welche Ideen haben Sie zur Etablierung einer „gesunden Schule“?
- Was denken Sie, wie sind Grundschulen generell in Mecklenburg-Vorpommern aufgestellt, was das Thema gesunde Schule und Ernährungsbildung angeht?
- Was denken Sie, wo liegen Ressourcen zur besseren Gestaltung einer gesunden Lebenswelt in Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern?
- Denken Sie, dass Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern einen „Standort-Vorteil“ haben, bspw. in der Gestaltung der Mittagsversorgung der Kinder? Wie schätzen Sie wird das umgesetzt?
- Welchen Stellenwert sollte Ernährungsbildung an Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern Ihrer Meinung nach einnehmen?
- Wer könnte Ihrer Meinung nach den Part der Ernährungsbildung in Grundschulen übernehmen?
 - Rückfrage: Lehrer*innen? Zeit? Separate Stelle schaffen?
- An welcher Stelle müsste Ihrer Meinung nach „gedreht“ werden, damit die Ernährungsbildung dauerhaft in den Schulalltag der Kinder integriert wird?
- Welche Chancen sehen Sie in der Durchführung ernährungsbildender Maßnahmen in Grundschulen?
- Welche Herausforderungen sehen Sie in der Durchführung ernährungsbildender Maßnahmen in Grundschulen?

- Welche Anforderungen stellen Sie an die Ernährungsbildung?
- Welchen Zeitraum betrachten Sie als sinnvoll für eine nachhaltige Ernährungsbildung an Grundschulen?
- Ab welcher Klassenstufe betrachten Sie die Integration in den Lehrplan als sinnvoll?

Abschlussfrage(n)

- Welchen Mehrwert kann man mit gezielter Ernährungsbildung und Etablierung einer „gesunden Schule“ in Mecklenburg-Vorpommern schaffen?
- Was wünschen Sie sich für die Zukunft für Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern?

Rückblick

- Kurze Zusammenfassung des Gesagten
- Erneuter Dank für Zeit

Ausblick

- Interview = Basis für Fragebogenentwicklung zur Bedarfs- und Bestandsanalyse „Gesunde Schule und Ernährungsbildung“ an Grundschulen in MV
- Freiwilliges Angebot: anschließende Durchführung eines individuell angepassten „Pilotprojekts“ nach den Sommerferien 2022 (Schulstart 15.08.2022) an der jeweiligen Grundschule
- Verabschiedung

Anhang 4: Transkriptionskonventionen (Teil A)

Tabelle 2: Transkriptionskonventionen; eigene Darstellung nach [63]

Symbol	Beschreibung
(.)	Mikropause (weniger als 0.3 Sekunden)
(1.5)	Pause von ca. 1.5 Sekunden
ha ha ha	silbisches Lachen
na (h) ja	Lachpartikel beim Sprechen
.h	Einatmen
h.	Ausatmen
.	fallende Intonation
;	leicht fallende Intonation
?	steigende Intonation
,	leicht steigende Intonation
-	gleichbleibende Intonation
<u>betonung</u>	Unterstreichungen verweisen auf eine Betonung
LAUTstärke	höhere Lautstärke als andere Äußerungen
°leise°	geringere Lautstärke als andere Äußerungen
>schnell<	höhere Geschwindigkeit als andere Äußerungen
<langsam>	geringere Geschwindigkeit als andere Äußerungen
deh:nung	Dehnung der ersten Silbe
()	nicht verständliche Teile einer Äußerung
(unsicher)	unsichere Transkription
((Beschreibung.))	Beschreibung des Analytikers

Anhang 5: Beispiel für die zusammenfassender/ strukturierender qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Teil A)

Im nachfolgenden Beispiel ist jeweils ein Zitat aus den drei Interviews exemplarisch herausgegriffen. Es besteht keine Vollständigkeit zur Kategorie, mit der nachfolgenden Tabelle soll lediglich die Vorgehensweise beispielhaft dargelegt werden.

Zitat	Paraphrasierung (Z1)	Generalisierung (Z2)	Reduktion (Z3, Z4)
Interview_01 (S. 6 codiertes Interview)			K10: Herausforderungen
es wa:r sehr sehr anstrengend, .h ähm anstrengend weil die gegebenheiten in einer <u>schule</u> einfach nicht da sind; es fehlt die schulküche es fehlt .h der raum es fehlt das abwaschbecken, es fe:hlt auch ein bisschen an der stelle die hygiene, muss man einfach so sagen .h	Es ist anstrengend, da die Gegebenheiten an einer Schule nicht vorhanden sind. Es fehlt eine Schulküche, der Raum, das Abwaschbecken und die Hygiene.	- Gegebenheiten fehlen - weder Schulküche noch Raum, Waschbecken vorhanden - Hygiene fehlt	- räumliche Gegebenheiten - personelle Gegebenheiten - Hygiene
Interview_02 (S. 6 codiertes Interview)			
dass man äh (.) dass man räumlich äh; (.) an an an grenzen kommt. die dann einfach die möglichkeiten nich geben (.) also wir ham ja zum beispiel keine schulküche näh, wenn wir glück haben können wir uns drüber mal einchecken (.) .h die regionalschule hat ne küche- geht dann ma::l, wenn man's langfristig anmeldet dass die nich je:den tag auch die küche <u>voll</u> besetzt haben .hh aber das geht schon los näh, (.) so'n raum als (1.0) küchenraum; ä:hm (2.0) ja dann (.) dann hier die schulküche is ja vom externen träger, die sind hier auch zuständig; näh also da sind wir (.) da is auch	Man kommt räumlich an Grenzen, die Möglichkeiten, bspw. einer Schulküche, fehlen. Wenn wir Glück haben, können wir die Küche in der Regionalschule nebenan nutzen. Das geht aber nur, wenn es langfristig angemeldet wurde. Die Küche hier ist von einem externen Träger und für Kinder auch nicht nutzbar. Außerdem besteht nach wie vor die personelle Seite.	- räumliche Grenzen - Schulküche fehlt - Großküche nicht für Kinder praktikabel/nutzbar - Personalmangel	

nichts für kinder; (.) zu machen also (.) ja das sind eigentlich so (0.5) gre:nzen; genau also (.) NAJA und wie gesagt die personelle seite (.) bleibt			
Interview_03 (S. 4 f. codiertes Interview)			
mhm; das is unser problem. also wir (.) wir können ja jetzt erst seit kurzem auch diesen trakt hier nutzen seitdem die regionale schule auszogen is .hh es gibt ne küche unten a:ber; (.) mhm; so recht und schlecht .h und es wird so wie die gespräche jetzt mit der stadt sind in der nächsten zeit nichts gemacht werden (.) es steht noch die entscheidung aus ob <u>neu</u> gebaut wird. .h und so wird alles nur so n bisschen gestückelt und saniert .h ähm es besteht ne küche aber ebend mit sehr begrenzten möglichkeiten sag ich mal.	Das Problem ist, dass wir diesen Trakt erst nutzen können, seit die Regionalschule ausgezogen ist. Es gibt zwar unten eine Küche, die aber sehr begrenzte Möglichkeiten hat. Es steht noch die Entscheidung, ob neu gebaut oder nur teilsaniert wird. In Gesprächen mit der Stadt sieht es aber so aus, als würde in nächster Zeit nichts gemacht werden.	- vorhandene Küche hat nur begrenzte Möglichkeiten - Sanierungen o.Ä. momentan nicht in Aussicht	

Anhang 6: Ergebnisse zu den qualitativen Interviews (Teil A)

Ergänzungen zu 4.1.1.3. Nachhaltigkeit, Wirksamkeit und Feedback

01 **C:** dadurch dass der unterricht so in kreisen aufgebaut ist haben wir im nächsten schuljahr wieder
02 das thema wird es wieder aufkommen; und so °ist ja schule° die ganze zeit dass es ja immer
03 wieder kommt themen immer wieder kommen – äh aufgefrischt werden und dann erweitert
04 werden; und da wird man auch wieder .h viele kinder werden sich erinnern, und dann hat man das
05 auch wieder da
06 **B:** und da ist die nachhaltigkeit

Abb. 3: Lerneffekt durch Wiederholung (Auszug aus Interview_01; B, C = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

01 **A:** mhmm (.) ähm (.) ja welche rückmeldung kam denn von den eltern so in hinblick auf den bedarf an
02 ernährungsbildung oder (.) gesunde schule –
03 **B:** (1.5) also bei mir kommt keine rückmeldung;
04 ga:r nich weder bedarf noch nachfrage noch gar nichts äh und wenn dann is es eher so dass wenn
05 ich jetzt von mir persönlich ausgehe auch in den vergangenen jahren (1.0) dann sage ich eher
06 aktiv (0.5) welche gedankengänge gehen mir durch den kopf, warum gehen sie mir durch den
07 kopf, bekomme ein nicken, .h und ein in ordnung,

Abb. 4: Elternfeedback (Auszug aus Interview_01; A = Interviewende, B = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

01 **A:** °mhm,° und kam denn von den eltern irgendwie mal ne rückmeldung oder generell (.) äh ja (.) was
02 so den bedarf an solchen projekten oder maßnahmen angeht in richtung ernährung?
03 mhmm n:e nich unbedingt. eher noch in die richtung dass eltern äh gesagt haben äh (.) wieso
04 **B:** schreiben sie uns vor was in der brotdose zu sein hat? näh;

Abb. 5: negatives Elternfeedback (Auszug aus Interview_03; A = Interviewende, B = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Ergänzungen zu 4.1.1.6. Herausforderungen und Ressourcen

01 **B:** also es hapert ja an ganz vielem in in den schulen in me:cklenburg vorpommern es muss einfach
02 mal n bisschen geld (.) sag ich mal so ganz salopp locker gemacht werden um einfach auch die
03 schulen bei den ganzen aufträgen
04 **A:** ja-
05 **B:** die wir so haben zu unterstützen .h und da schließ ich die ernährung mit ein. auch das is ja n
06 großes thema in den nächsten jahren, °näh,°

Abb. 6: Problemfaktor Finanzierung (Auszug aus Interview_03; A = Interviewende, B = Interviewte*r);
Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

01 **B:** B: weil im alltag auch s::o viele andere sachen auf die lehrer einströmen die sie umzusetzen haben
02 .hh dass man das auch wirklich nur so ne=ben=bei machen kann.

Abb. 7: Problemfaktor Zeit (Auszug aus Interview_02; B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen
siehe Anhang 4

01 **B:** [...] es wa:r sehr sehr anstrengend, .h ähm anstrengend weil die gegebenheiten in einer schule
02 einfach nicht da sind; es fehlt die schulküche es fehlt .h der raum es fehlt das abwaschbecken, es
03 fe:hlt auch ein bisschen an der stelle die hygiene, muss man einfach so sagen

*Abb. 8: Problemfaktor räumliche Gegebenheiten (Auszug aus Interview_01; B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

01 **B:** [...] ich glaube einfach wenn man .h wenn man externe partner hätte das nich der lehrer immer
02 denkt puh jeden monat muss ich das jetz wieder buckeln; ä:hm (1.0) wenn da der katalog größer
03 wäre und man hätte regelmäßig partner; dann dann kann man das im rah:men des
04 sachunterrichtes in klassenstufe ä:h in jeder klassenstufe eigentlich gut abdecken und auch
05 nachhaltig arbeiten. ja;

*Abb. 9: Problemfaktor Personalmangel (Auszug aus Interview_02; B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

01 **B:** mhm. also an schule insgesamt bestehen ganz viele ressourcen (.) um was zu verbessern, .hh
02 bezüglich gesunder ernährung. (3.0) ja wenn man schulen unterstützen würde durch externe äh
03 (1.5) fachkräfte (.) oder auch bezüglich dessen dass man (.) dass man ein frühstücksangebot
04 macht näh? wenn da mehr unterstützung da wäre dann wäre auch mehr möglich noch (.) über
05 gesunde ernährung (1.0) zu reden oder auch zu praktizieren dann; gesunde ernährung dann zu
06 praktizieren mhm,

*Abb. 10: Problemfaktor fehlende personelle Unterstützung (Auszug aus Interview_03; B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

Ergänzungen zu 4.1.2.3. Chancen

01 **A:** mhm (0.5) ja welche chancen sehen sie denn ja darin wenn solche maßnahmen mehr etabliert
02 werden an den schulen –
03 **B:** gesundheit;
04 **C:** genau
05 **B:** sie haben am anfang so schön formuliert unsere kinder sind unbeweglich; nicht alle (.) vorsichtig;
06 werden immer (0.5) ja ich sag mal immer korplenter, immer kränker ja; und dem ist so; dem ist
07 wirklich so; wenn ähm man sieht's vielleicht nicht gleich unterm t-shirt äh aber wenn sie dann doch
08 mal im schwimmunterricht oder ähnliches sind, (0.5) sie haben doch alle einfach auch körperlich
09 zum teil ihre h. problemchen; und das sieht man in vielen dingen; ich bin jetzt sportlehrer sie sollen
10 laufen sie bleiben stehen und sagen (.) ich schwitze ich kann nich mehr ich will nicht mehr äh (0.5)
11 ja das ist die
12 **C:** nachhaltig für's ganze
13 **B:** für's ganze leben ja, und das geht dann weiter wenn ich an die ganze zahngesundheit denke da
14 grau:st es mir; wenn ich in den ein oder anderen mund gucke; es ist wirklich (.) °auffällig°; oder?

*Abb. 11: Gesundheitszuwachs durch ernährungsassoziierte Projekte und Ernährungsbildung (Auszug aus Interview_01; A = Interviewende, B, C = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4*

Abb. 12: Eindämmen Adipositasproblematik (Auszug aus Interview_02; A = Interviewende, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

01 **A:** mhm, (.) äh welchem mehrwert sehen sie denn darin wenn man das gezielt ähm durchführt?
02 B: für die kinder oder für die schule;
03 **B:** A:m:hm sowohl als auch; ((lacht))
04 B: ((lacht)) .h na mehrwert für die kinder is das man kann nich früh genug etwas darüber wissen
05 wie ich meinen körper gesund erhalte; (.) in diesen zeiten näh,
06 A: ja-
07 B: .h u::nd äh (0.5) na wie gesagt ich find es bringt auch der schule etwas wenn die kinder ebend
08 ähm gesund sind; (.) wenn sie stillsitzen können im unterricht .h näh, also (1.5) dann können sie
09 ja auch besser lernen-

Abb. 13: Gesunderhaltung durch ernährungsassoziierte Projekte und Ernährungsbildung (Auszug aus Interview 03; A = Interviewende, B = Interviewte*r); Transkriptionskonventionen siehe Anhang 4

Anhang 7: Genehmigung des Ministeriums für Bildung und Kindertagesförderung Mecklenburg-Vorpommern (Teil B)

Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung Mecklenburg-Vorpommern



Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung Mecklenburg-Vorpommern
D-19048 Schwerin

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Agrarwirtschaft und
Lebensmittelwissenschaften
z. Hd. Frau Prof. Dr. A. Flögel
Brodaer Straße 2
17033 Neubrandenburg

bearbeitet von: Maik Staffeld
Telefon: 0385 / 588-17238
AZ: VII-321-14000-2013/003-463
E-Mail: M.Staffeld@bm.mv-regierung.de

Schwerin, 21.11.2022

Wissenschaftliche Befragung an öffentlichen allgemeinbildenden Schulen zum Thema: „Ernährungsbildung und Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen – Eine Bestands- und Bedarfsanalyse für Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern“

Ihr Antrag vom 06.10.2022

Sehr geehrte Frau Prof. Dr. Flögel,

Ihre beantragte Untersuchung wird auf der Grundlage von § 71 SchulG M-V genehmigt.

Aufgrund der aktuellen Situation an den öffentlichen Schulen bezüglich der Maßnahmen der Landesregierung gegen die Corona-Ausbreitung in Mecklenburg-Vorpommern bitten wir Sie, sich vorab mit der Schulleitung zur Einhaltung der dort geltenden Hygienevorschriften und des Hygieneplanes in Verbindung zu setzen und diese abzustimmen. Für die Durchführung der Untersuchung werden aus schulrechtlicher Sicht folgende Auflagen erteilt:

- Der Termin der Untersuchung ist rechtzeitig (mindestens 14 Tage vorher) mit den Schulleiterinnen und Schulleitern der betreffenden Schulen abzustimmen. Die abschließende Entscheidung, ob die jeweilige Schule an der Untersuchung teilnimmt oder nicht, trifft die Schulleiterin/ der Schulleiter in eigener Zuständigkeit.

9700032319828

Hausanschrift:
Ministerium für Bildung und
Kindertagesförderung
Mecklenburg-Vorpommern
Werderstr. 124 · D-19055 Schwerin

Postanschrift:
Ministerium für Bildung und
Kindertagesförderung
Mecklenburg-Vorpommern
D-19048 Schwerin

Telefon: +49 385 588-0
Telefax: +49 385 588-17082
poststelle@bm.mv-regierung.de
www.bm.regierung-mv.de

Allgemeine Datenschutzhinweise: Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt mit dem Ministerium für Bildung und Kindertagesförderung Mecklenburg-Vorpommern ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten personenbezogenen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1 Buchstabe c und e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) der Europäischen Union in Verbindung mit § 4 Abs. 1 Landesdatenschutzgesetz (DSG M-V). Weitere Informationen erhalten Sie unter: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/bm/Ministerium/Datenschutzhinweise>.

2. Vor Beginn der Untersuchung sind die Teilnehmer darauf hinzuweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist sowie auf anonymer Basis verläuft. Auch besteht im Falle einer Teilnahme keine Verpflichtung, alle Fragen zu beantworten. Dies betrifft insbesondere die Fragen zur eigenen Person.
3. Video- und Audioaufzeichnungen von Personen finden keine Genehmigung.
4. Die Untersuchung darf nur außerhalb der Unterrichtszeit stattfinden.
5. Daten in pseudonymisierter Form dürfen lediglich im Ausnahmefall verarbeitet werden, wenn wissenschaftliche Gründe dies erfordern und der mit der Forschung befasste Personenkreis oder die empfangende Stelle oder Person keinen Zugriff auf die Zuordnungsfunktion hat. Zudem haben für eine pseudonymisierte Befragung die Teilnehmer bzw. bei nicht volljährigen Teilnehmern, deren Erziehungsberechtigten ihr gesondertes schriftliches Einverständnis zu erteilen. Nach Abschluss der Untersuchung sind die Listen mit der Zuordnungsfunktion zu vernichten.

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Landesdatenschutzgesetzes Mecklenburg-Vorpommern (DSG M-V) in der jeweils gültigen Fassung.

Dieses Schreiben bitte ich als Genehmigungsschreiben bei Ihrer Kontaktaufnahme mit den Schulen beizufügen. Abschließend weise ich darauf hin, dass diese Genehmigung nur an Schulen in öffentlicher Trägerschaft gilt. Schulen in privater Trägerschaft entscheiden über Ihr Forschungsvorgaben hingegen in eigener Zuständigkeit.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

gez. Julia Sanmann-Schöne

Anhang 8: Willkommensnachricht, Datenschutz (LimeSurvey) und Online-Fragebogen zur Schulleiter*innenbefragung von Grundschulen in MV (Teil B)



Sehr geehrte Schulleiter*innen,

das Thema Ernährungsprävention ist aktueller denn je, der Bedarf zum Teil erschreckend. Laut der vom Robert Koch-Institut durchgeföhrten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS II, 2014-2017) leiden 15,4 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren an Übergewicht oder Adipositas. Besonders hohe Prävalenzen sind in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) zu verzeichnen. Laut Adipositas Netzwerk M-V lag das Bundesland bereits im Jahr 2003 in Bezug auf die Prävalenz von Übergewicht (13,6 %) und Adipositas (6,4 %) bei Schulanfängern an der Spitze aller untersuchten Bundesländer. Die Folgen von Übergewicht und Adipositas für die Kinder sind vielschichtig: Neben körperlichen Beschwerden und einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck oder Typ-2-Diabetes kann das eigene Gewicht eine enorme psychische bzw. psychosoziale Belastung für betroffene Kinder darstellen. Stigmatisierung und Diskriminierung können die Entwicklung des eigenen Körpergefühls stark negativ beeinflussen und die Kinder bis ins Erwachsenenalter prägen. Doch was kann man dagegen tun?

Neben körperlicher Aktivität trägt eine gesunde, ausgewogene Ernährung entscheidend zu einer guten Gesundheit und normalen Gewichtsentwicklung - nicht nur von Kindern - bei. Unter diesem Aspekt und in Hinblick auf das Erreichen der im Masterplan Gesundheitswirtschaft M-V 2030 definierten Ziele, führt die Hochschule Neubrandenburg derzeit die ERNI-MV Studie durch. Im Rahmen der ERNI-MV Studie soll eine umfangreiche Bedarfs- und Bestandsanalyse ernährungsbezogener Projekte an Grundschulen im Bundesland M-V durchgeführt werden. Welche ernährungsbezogenen Projekte finden bereits an Grundschulen in M-V statt? Welche Herausforderungen bestehen? Und welche Erwartungen stellen Schulleitungen an die Ernährungsbildung und die Gestaltung einer „gesunden Ernährungsumgebung“ im Setting Grundschule?

Mit dem nachfolgenden Fragebogen möchten wir Sie als Schulleiter*in hierzu befragen. Diese Studie dient schlussendlich dazu Handlungsempfehlungen zu generieren, um ein zukünftiges gesundheitsförderliches Konzept mit Fokus Ernährung für Grundschulen in M-V zu entwickeln. Die Ergebnisse der Online-Umfrage werden dem Institut für Qualitätsentwicklung M-V des Ministeriums für Bildung und Kultertagesförderung M-V zur Verfügung gestellt.

Die Bearbeitungsdauer des Online-Fragebogens beträgt ca. 20 min. Für den Erfolg der Studie ist es wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten.

Wenn Sie mit der Erfassung, Verarbeitung und Auswertung Ihrer anonymen Daten und somit der Teilnahme an der Online-Befragung einverstanden sind, stimmen Sie der beigefügten Einwilligungserklärung zu.

Strukturelle Fragen zur Grundschule

1. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Grundschule?
 - öffentlich
 - privat

2. Wie viele Einwohner hat der Standort Ihrer Grundschule?
 - < 1.000
 - ab 1.000 bis < 5.000
 - ab 5.000 bis < 10.000
 - ab 10.000 bis < 20.000
 - ab 20.000 bis < 50.000
 - ab 50.000

3. Wie hoch ist der Anteil der „Buskinder“, die aus dem Umland zur Schule kommen?
 - < 50 %
 - ab 50 % bis 75 %
 - > 75 %

4. Handelt es sich bei Ihrer Grundschule um eine Ganztagschule?
 - Ja
 - Nein

5. Wie viele Klassen werden insgesamt derzeit an Ihrer Grundschule betreut?
 - Anzahl: _____

6. Verfügen Sie an Ihrer Grundschule über eine*n oder mehrere Schulsozialarbeiter*innen?
 - Ja
 - Anzahl: _____
 - Nein

7. Verfolgen Sie ein spezielles pädagogisches Konzept an Ihrer Grundschule?
 - Waldorf-Pädagogik
 - Montessori-Ansatz
 - Sonstige: _____

8. Welche pädagogischen Schwerpunkte sind in Ihrem Schulprogramm verankert? (*Mehrfachantwort möglich*)
 - Bewegung
 - Ernährung
 - Natur
 - Musik
 - Kreativität
 - Religion
 - Sprache
 - Toleranz
 - Sozialkompetenz
 - Sonstige: _____

9. Welche gesundheitsfördernden Schwerpunkte sind in Ihrem Schulkonzept verankert?

- (*Mehrfachantwort möglich*)
- Gesunde Ernährung
 - Gesunde Zähne
 - Bewegung
 - Entspannung(stechniken)
 - Lebenskompetenz
 - Suchtprävention
 - Sonstige: _____
-

Ernährungsbildung und ernährungsbezogene Schulprojekte

Bestandsaufnahme

10. Werden an Ihrer Grundschule regelmäßig Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ durchgeführt?

- Ja
 - Nein
 - Welche Gründe gibt es dafür? _____
- *weiter mit Frage 20*

11. Wie häufig werden solche Projekte an Ihrer Grundschule durchgeführt?

- seltener als 1x im Schuljahr
- 1x im Schuljahr
- 2-3x im Schuljahr
- häufiger als 3x im Schuljahr

12. Welche Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ wurden an Ihrer Grundschule bereits durchgeführt? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Klasse 2000
 - Landfrauen
 - Biobrotbox
 - Landesprogramm Gute Gesunde Schule MV
 - EU-Schulprogramm (Schulmilch, Obst, Gemüse)
 - Henrietta in Fructonia (AOK)
 - Ernährungsführerschein
 - Schmecken mit allen Sinnen/ Feinschmeckerkurs (BZfE)
 - Gesundes Frühstück
 - Schuleigene Projekte mit dem Thema: _____
 - Sonstige: _____
-

13. Über welchen Zeitraum erstreckten sich bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“? (*Mehrfachantwort möglich*)

- ein Projekttag
 - Projektwoche
 - Langfristige Projekte, über das ganze Schuljahr hinweg
 - Sonstige: _____
-

14. Von wem wurden bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ organisiert?

(*Mehrfachantwort möglich*)

- Lehrer*innen
 - Mitarbeiter*innen von Krankenkassen
 - Schulsozialarbeiter*innen
 - Ernährungsfachkräfte (Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)
 - Landfrauen
 - Verbraucherzentralen
 - Landkreis
 - Sonstige: _____
-

15. Durch wen wurden bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ durchgeführt?

(*Mehrfachantwort möglich*)

- Lehrer*innen
 - Mitarbeiter*innen von Krankenkassen
 - Schulsozialarbeiter*innen
 - Ernährungsfachkräfte (Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)
 - Landfrauen
 - Verbraucherzentralen
 - Sonstige: _____
-

16. Wurde bei den Unterrichtenden auf eine Qualifizierung in Richtung Ernährung geachtet?

- Ja
- Nein

17. Wurden die Eltern in bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ miteinbezogen/ daran beteiligt?

- Ja
 - Inwiefern? _____
- Nein

18. Wie wurden bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ finanziert?

(*Mehrfachantwort möglich*)

- Schulträger
 - Land MV
 - Schulbudget
 - Schülerbeiträge
 - EU-Mittel
 - Schulförderverein
 - Sonstige: _____
-

19. Wie wurden bisherige Projekte zum Thema „gesunde Ernährung“ von den Kindern angenommen?

1 2 3 4 5

sehr schlecht sehr gut

20. Werden theoretische ernährungsbezogene Inhalte aus dem Sachkundeunterricht (Rahmenplan MV) an Ihrer Grundschule praktisch mit den Kindern umgesetzt?

- Ja
 - Wenn ja, wie? _____
- Nein

21. Wie viel Zeit nimmt das Thema Ernährungsbildung im Schulentwicklungsprogramm Ihrer Grundschule im Vergleich zu anderen Schulentwicklungsthemen ein?

- Mehr Zeit als andere Themen
- In etwa gleich viel Zeit wie andere Themen
- Weniger Zeit als andere Themen

Bedarfsanalyse

22. Wie schätzen Sie den Bedarf der Kinder an Projekten zum Thema Ernährungsbildung und einer gesunden Schulumgebung (z.B. bzgl. Schulverpflegung, Ruhebereiche) an Grundschulen in MV ein?

1 2 3 4 5

sehr gering sehr hoch

23. Wie schätzen Sie den zukünftigen Bedarf der Kinder an Ernährungsbildung ein (im Vergleich zum Bedarf von vor 10 Jahren)?

- geringer
- unverändert
- höher

24. Wie schätzen Sie die Nachhaltigkeit bzw. die Wirkung bisher durchgeföhrter Projekte an Ihrer Grundschule ein?

1 2 3 4 5

sehr gering sehr hoch

25. Ab welcher Klassenstufe sollte man Ihrer Meinung nach die Ernährungsbildung an Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern etablieren?

- Klasse 1
- Klasse 2
- Klasse 3
- Klasse 4

26. Wer könnte Ihrer Meinung nach zur Stärkung der Ernährungskompetenzen bzw. Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen von Grundschüler*innen beitragen? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Lehrer*innen
- Mitarbeiter*innen von Krankenkassen
- Schulsozialarbeiter*innen
- Ernährungsfachkräfte (Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)
- Landfrauen
- Verbraucherzentralen
- Eltern
- Sonstige: _____

27. Wer sollte zukünftige Projekte zur Ernährungsbildung an Grundschulen finanzieren? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Schulträger
- Land MV
- EU-Mittel
- Schulförderverein
- Sonstige: _____

28. Wo sehen Sie Probleme und Herausforderungen in der Etablierung ernährungsbildender Maßnahmen an Grundschulen? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Finanzielle Unterstützung und Fördergelder
- Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten für Lehrkräfte
- Fachkräfte
- Zeit
- Räumliche Gegebenheiten
- Fehlendes Interesse
- Sonstige: _____

29. Welche Anforderungen stellen Sie an die Ernährungsbildung? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Pädagogische Kompetenz
- Fachliche Kompetenz
- Kindgerechte/ Grundsulgerechte Inhalte, angepasst an die Klassenstufe
- Theoretische Übermittlung von Inhalten
- Verbindung von Theorie und Praxis
- Sonstige: _____

Gesunde Ernährungsumgebungen

30. Wie häufig pro Woche wird eine warme Mittagsmahlzeit angeboten?

- täglich
- an 3 bis 4 Tagen
- an 1 bis 2 Tagen
- gar nicht → *weiter mit Frage 39*

31. Wer bereitet die Mittagsmahlzeit zu bzw. welcher Speisenanbieter liefert die Mittagsmahlzeit?

- eigene Zubereitungsküche in der Schule
- regionaler Caterer (Umkreis von 30 km)
- Großanbieter
- Gaststätte
- Weiß nicht
- Sonstige: _____

32. Ist der Speisenanbieter Ihrer Schule auf die Zubereitung von Kinderverpflegung spezialisiert?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

33. Bietet der Speisenanbieter Ihrer Schule Lebensmittel in Bio-Qualität an?

- Ja, meist bis immer
- Ja, selten bis manchmal
- Nein
- Weiß nicht

34. Kennen Sie den DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen?

- Ja
- Nein

35. Ist der Speisenanbieter Ihrer Schule nach DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen zertifiziert?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

36. Wo wird die Mittagsmahlzeit eingenommen?

- Schuleigene Mensa
- Externe Mensa
- Hort
- Sonstige: _____

37. Wie schätzen Sie die Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit ein?

a) Bezuglich Lautstärke

1 2 3 4 5

sehr leise



sehr laut

b) Bezuglich Hektik

1 2 3 4 5

ruhig und
entspannt



sehr hektisch

38. Haben Sie Verbesserungswünsche, um eine angenehmere Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit zu schaffen?

- Ja, und zwar: _____
- Nein

39. Wie lang ist die Mittagspause an Ihrer Schule?

- ____ Minuten
- nicht vorhanden → *weiter mit Frage 41*

40. Wie schätzen Sie die Länge der Mittagspause ein?

- genau richtig
- zu kurz
- zu lang

41. Gibt es (neben der Mensa) in der Schule oder im näheren Umfeld der Schule (ca. 300 m) weitere Möglichkeiten für die Kinder Mahlzeiten/ Snacks z.B. auf dem Schulweg zu kaufen? (*Mehrfachantwort möglich*)

- Cafeteria/ Schulkiosk
- Bäckerei
- Imbiss
- Kiosk
- Supermarkt
- Sonstige: _____
- Es gibt keine weiteren Möglichkeiten

42. Welche Lebensmittel werden außer dem warmen Mittagessen in der Schule (z.B. in Mensa, Cafeteria oder Schulkiosk) angeboten? (*Mehrfachantwort möglich*)

- belegte Brötchen
- Obst
- Salat, Gemüse
- Süßigkeiten, süßes Gebäck
- herzhafte Knabbereien
- Nachtisch (Joghurt, Pudding, Eis)
- gesüßte Getränke (purer Saft oder Softdrinks)
- Saftschorlen
- Wasser, kostenpflichtig
- Wasser, kostenlos (z.B. Wasserspender, Filteranlage Leitungswasser)
- Schulmilch
- Sonstige: _____
- Die Kinder haben keine Möglichkeit sich selbst etwas zu kaufen.

43. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie um die Ernährungsumgebung an Ihrer Schule noch gesünder zu gestalten (z.B. Mittagsmahlzeit, Süßigkeiten, Getränke)?

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Anhang 9: Tabellen in Ergänzung zum Methodikteil unter 3.4.3. (Teil C)

Ergänzung zu 3.4.3.1. Planung und Organisation

Tabelle 3: Fragestellungen zur Planung und Organisation

Definition der Zielgruppe	Welche Zielgruppe besteht und wie ist diese zu charakterisieren (Lebenswelt)? In welcher Klassenstufe bzw. welcher Klasse kann das Projekt gestartet werden? Wie viele Schüler*innen umfasst eine Klasse?
äußere Bedingungen (zeitlich, personell, räumlich, finanziell)	Welches Stundenkontingent steht (generell, wöchentlich, pro Klasse) zur Verfügung? In welcher Frequenz und Häufigkeit soll/ kann das Projekt stattfinden? Wer kann unterstützend und partizipativ mitwirken? Welche Räumlichkeiten, mit welcher Ausstattung stehen zur Verfügung und können entsprechend genutzt werden (Bsp.: Lehrküche)? Eignung? Stehen finanzielle Mittel zur Verfügung?
Zielsetzung	Welche(s) Hauptziel(e) sollen verfolgt werden? Welche Teilziele sollen verfolgt werden? Welcher Umfang der Maßnahme ist der Zielverfolgung dienlich?

Ergänzung zu 3.4.3.2. Konzepterstellung

Tabelle 4: Qualitätskriterien (QK) gemäß Leitfaden der BZgA [...]

Vgl. QK 10 A	niederschwellige Anlage der Maßnahme in der Lebenswelt Grundschule
Vgl. QK 10 B	Auswahl zielgruppengerechter Zugangswege und Vermittlungsmethoden (u.a. Methodenkompetenz statt reine Wissensvermittlung, Theorie-Praxis-Bezug)
Vgl. QK 11	Stärkung und Weiterentwicklung von Ressourcen/ Empowerment (Stärkung von Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, kritischem Denken, der Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, von ernährungsassoziierten Fähigkeiten/ Fertigkeiten)

Ergänzung zu 3.4.3.2. Konzepterstellung

Tabelle 5: Verhaltenspsychologische Modelle in Anwendung auf den Präventionsbereich

Modell	Erläuterungen und Zusammenhang zum Projekt
Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente [76]	Die Kinder befinden sich vor Beginn der Maßnahme im Stadium der <i>Precontemplation</i> (Stufe 1). Im Rahmen der Präventivmaßnahme sollen die Grundschüler*innen auf die Stufe der <i>Contemplation</i> (Stufe 2) gehoben, ggf. sogar auf eine Handlung (<i>Preparation</i> , Stufe 3) vorbereitet werden.
Modellernen (Sozialkognitive Lerntheorie) nach Albert Bandura [77]	Die Kinder benötigen etwas oder jemanden, mit dem sie sich identifizieren können, um Verhalten beobachten, imitieren und so neue Verhaltensdispositionen entwickeln zu können. Vorbilder können einzelne Personen (bspw. Eltern, Lehrer*innen, Diätassistent*in), eine Gruppe (bspw. Klassengefüge) oder auch nicht personale Instanzen sein. Als Beispiel für die geplante Maßnahme wird ein Kuscheltier (Handpuppe) aufgeführt, das die Maßnahme begleitet, von sich „erzählt“ und so spielerisch Wissen übermittelt.
Operante Konditionierung nach Thorndike [78]	Durch das Setzen eines bestimmten positiven oder negativen Reizes, erhöht oder reduziert sich die Wahrscheinlichkeit ein bestimmtes Verhalten zu zeigen. Im Rahmen des Verstärkungslernen soll besonders die positive Verstärkung/ Konsequenz hervorgehoben werden. Indem die Kinder eine Belohnung für das Aufzeigen einer Verhaltensweise (bspw. das Erreichen von „5 am Tag“) erhalten, besteht der Anreiz, das Verhalten selbst häufiger zu zeigen.
intrinsische und extrinsische Lernmotivation [79]	Das „Wollen von Lernen“ ist ausschlaggebend für die Entwicklung einer Bereitschaft zu lernen. Die Kinder sollen einerseits extrinsisch motiviert werden, hierzu trägt die Diätassistent*in und Studiendurchführende bei (siehe operante Konditionierung). Zugleich soll die intrinsische Motivation der Kinder hervorgebracht werden. Den Kindern muss spielerisch ein Sinn und Zweck verdeutlicht und positive Erlebnisse hervorgerufen werden, damit eine Motivation „von innen heraus“ und damit die Verhaltensänderung überhaupt möglich ist.

Anhang 10: Ergebnisse zur Online-Befragung von Schulleiter*innen an Grundschulen in MV (Teil B)

Ergänzungen zu 4.2.1 Bestandsanalyse – Pädagogische und gesundheitsfördernde Schwerpunktthemen

Tabelle 6: Pädagogische Konzepte an Grundschulen in MV (n = 49)

	% (n)
Sonstige (mit Spezifizierung)	57,2 (28)
- kein spezielles Konzept	8,2 (4)
- Jenaplan	6,1 (3)
- gesunde/ bewegte Schule	6,1 (3)
- Inklusive Bildung	4,1 (2)
- Förderschule	4,1 (2)
- kleine Grundschule auf dem Land	4,1 (2)
- Reformpädagogik	4,1 (2)
- Naturverbundenheit/ Nachhaltigkeit	4,1 (2)
- Jahrgangsübergreifendes Lernen	4,1 (2)
- Kneipp	4,1 (2)
- Integration KME*	2,0 (1)
- Systematisches Aggressionsmanagement	2,0 (1)
- musisch/ sportliche Grundorientierung	2,0 (1)
- schulinternes Konzept	2,0 (1)
Sonstige (ohne Spezifizierung)	40,8 (20)
Montessori-Ansatz	2,0 (1)
Waldorf-Pädagogik	0,0 (0)
Gesamt	100,0 (49)

* Sonderpädagogischer Förderbedarf körperliche und motorische Entwicklung (KME)



Abb. 14: Sonstige pädagogische Konzepte an Grundschulen in MV (n = 28)

Tabelle 7: Pädagogische Schwerpunktthemen an Grundschulen in MV (n = 69)

	% (n)*
Sozialkompetenz	85,5 (59)
Bewegung	73,9 (51)
Ernährung	62,3 (43)
Toleranz	62,3 (43)
Natur	58,0 (40)
Kreativität	46,4 (32)
Musik	31,9 (22)
Sprache	29,0 (20)
Sonstige	18,8 (13)
- Lese- und/ oder Medienkompetenz	5,8 (4)
- Nachhaltigkeit	2,9 (2)
- Kommunikationskompetenz	1,4 (1)
- berufliche-/ lebenspraktische Orientierungen	1,4 (1)
- individuelle Förderung, Inklusion	1,4 (1)
- Demokratieerziehung	1,4 (1)
- Sport und Bewegung	1,4 (1)
- Logisches Denken (MINT)	1,4 (1)
- keine Spezifizierung	1,4 (1)
Religion	5,8 (4)

* Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Tabelle 8: Gesundheitsfördernde Schwerpunktthemen an Grundschulen in MV (n = 67)

	% (n)*
Gesunde Ernährung	85,1 (57)
Bewegung	82,1 (55)
Gesunde Zähne	58,2 (39)
Lebenskompetenz	44,8 (30)
Entspannungstechniken	32,8 (22)
Suchtprävention	32,8 (22)
Sonstige	3,0 (2)
- Sozialkompetenz	1,5 (1)
- keine Spezifizierung	1,5 (1)

* Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 67)

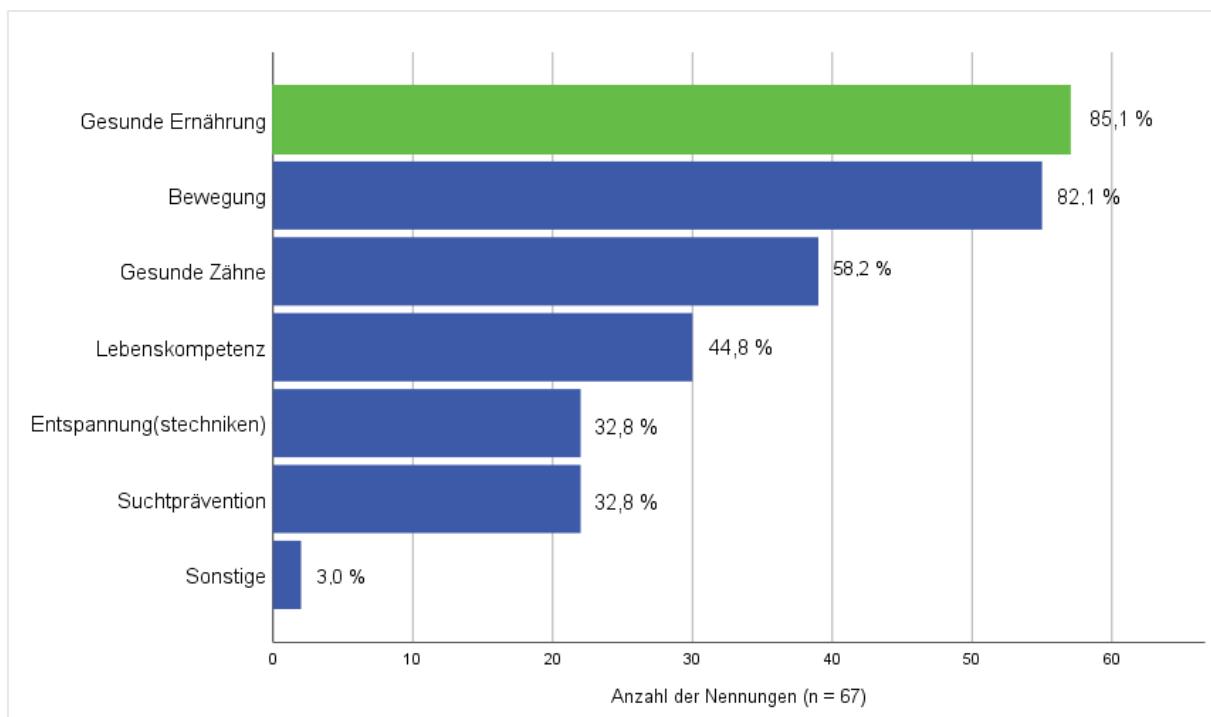


Abb. 15: Gesundheitsfördernde Schwerpunktthemen an Grundschulen in MV (n = 67)

Ergänzungen zu 4.2.1 Bestandsanalyse – Ernährungsbildung

Tabelle 9: Zeitumfang der Ernährungsbildung im Schulentwicklungsprogramm im Vergleich zu anderen Schulentwicklungsthemen an Grundschule in MV (n = 69)

	% (n)
mehr Zeit als andere Themen	2,9 (2)
in etwa gleich viel Zeit wie andere Themen	56,5 (39)
weniger Zeit als andere Themen	40,6 (28)
Gesamt	100,0 (69)

Tabelle 10: Durchführung ernährungssozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 70)

	% (n)
Ja	87,1 (61)
Nein	12,9 (9)
Gesamt	100 (70)

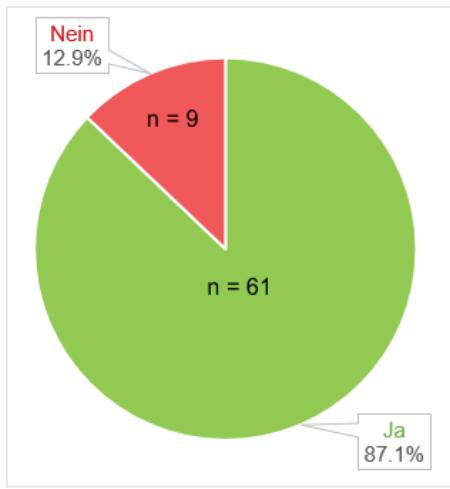


Abb. 16: Durchführung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV ($n = 70$)

Tabelle 11: Gründe für das Nichtstattfinden ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV ($n = 10$)

Antwortkategorie	Anzahl der Nennung (n)
Covid-19-Pandemie und Stundenausfall	4
Zeitmangel	1
fehlendes aktuelles Schulprogramm	1
mehrere Schulleiter*innenwechsel	1
keine Notwendigkeit der Thematik ersichtlich	1
individuelle Entscheidung der Lehrkräfte	1
Aufgabe der Eltern	1

Tabelle 12: Häufigkeit der Durchführung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV ($n = 61$)

	% (n)
seltener als 1x im Schuljahr	1,6 (1)
1x im Schuljahr	44,3 (27)
2-3x im Schuljahr	41,0 (25)
häufiger als 3x im Schuljahr	13,1 (8)
Gesamt	100 (61)

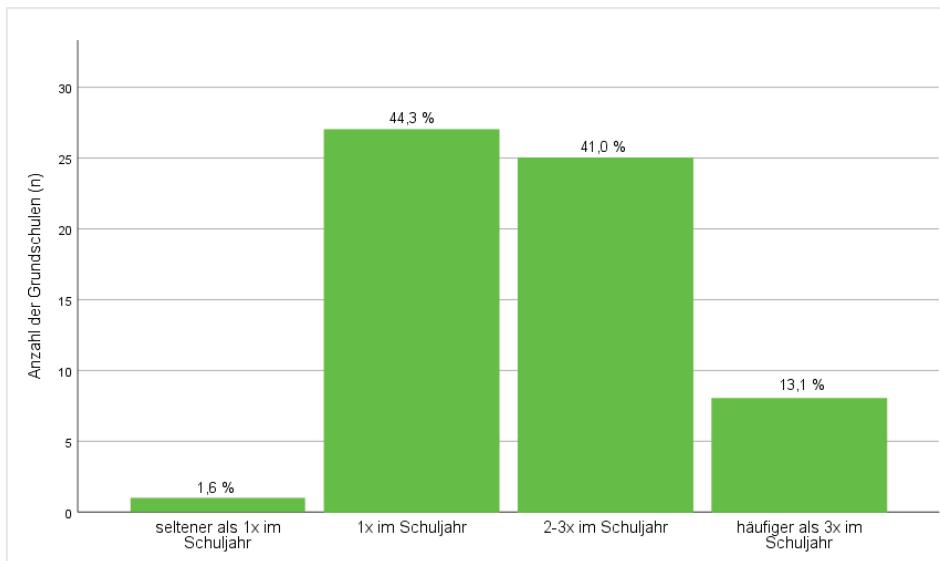


Abb. 17: Häufigkeit der Durchführung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV ($n = 61$)

Tabelle 13: Zeitraum bisheriger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV

	% (n)*
ein Projekttag	73,8 (45)
Projektwoche	24,6 (15)
langfristige Projekte, über das ganze Schuljahr hinweg	47,5 (29)
Sonstige	6,4 (4)
- Wöchentliche Verankerung	1,6 (1)
- 3 Tage	1,6 (1)
- 2 Tage	1,6 (1)
- unterschiedlich	1,6 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten ($n = 61$)

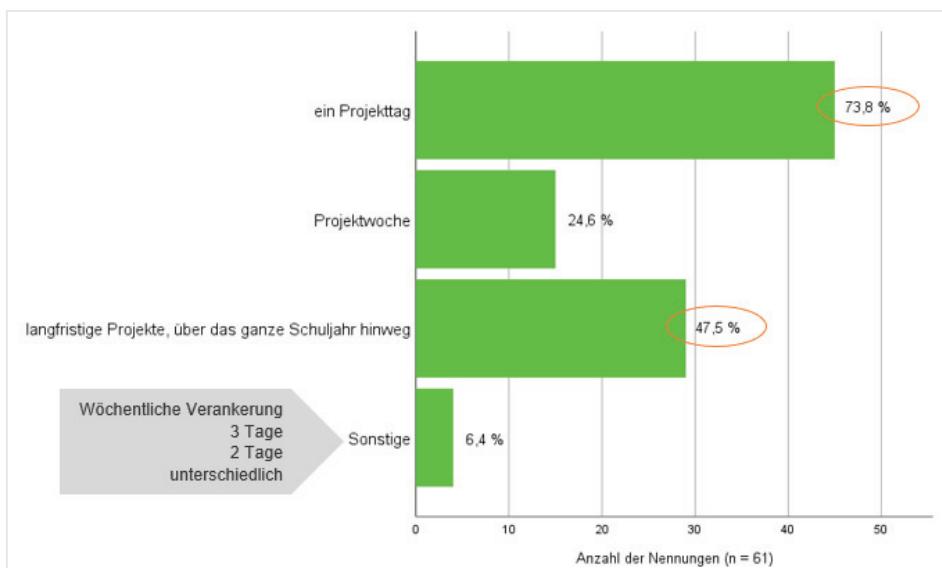


Abb. 18: Zeitraum bisheriger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich; die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten ($n = 61$)

Tabelle 14: Bisher durchgeführte ernährungsassoziierte Projekte an Grundschulen in MV (n = 61)

	% (n)*
Schuleigene Projekte	73,8 (45)
Gesundes Frühstück	70,5 (43)
EU-Schulprogramm (Schulmilch, Obst, Gemüse)	52,5 (32)
Biobrotbox	52,5 (32)
Ernährungsführerschein	34,4 (21)
Landesprogramm „Gute Gesunde Schule MV“	32,8 (20)
Henrietta in Fructonia (AOK)	26,2 (16)
Klasse 2000	23,0 (14)
Landfrauen	14,8 (9)
Sonstige	6,5 (4)
- Edeka: „Mehr bewegen – besser essen“	3,3 (2)
- Schülerfirma	1,6 (1)
- keine Spezifizierung	1,6 (1)
Schmecken mit allen Sinnen/ Feinschmeckerkurs (BZfE)	3,3 (2)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61)

*Tabelle 15: Themen schuleigener ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV
(n = 45)*

Kategorisierung nach ... Lebensmittelkategorie	Anzahl der Nennungen (n)*
<ul style="list-style-type: none"> - Kartoffelprodukte - Vom Korn zum Brot - Von der Rübe zum Zucker - Zucker in Lebensmitteln - Von der Kuh zur Milch - Obst, Der gesunde Apfel/ Apfelpunkt - Die Zwiebel – Ein Multitalent - Heimische Pflanzen und Früchte - Gesundes aus Gemüse - Ernährungssampel/ Ernährungspyramide - Lebensmittelkunde im Allgemeinen 	<ul style="list-style-type: none"> 1 2 1 3 1 4 1 1 3 3 1
<ul style="list-style-type: none"> - kochen und backen (u.a. als AG) <ul style="list-style-type: none"> → Kochen mit Produkten aus dem Bio-/ Schulgarten → Kochen mit gesunden Zutaten → Kochen verschiedener Länderrezepte → Gesunde Menügestaltung → Brotaufstriche - gesunde Brotzeit, gesunder Pausensnack - Erntedankfest - Esskultur - gesundes Frühstück (u.a. AOK) - gesunde Ernährung - Zuckerfreier Mittwoch - grünes Klassenzimmer - Besuch von Bauernhöfen/ regionalen Biobauern - Schulgartenunterricht (Anbau, Ernte, Verzehr) 	<ul style="list-style-type: none"> 14 3 1 1 12 14 1 2 3 8
<ul style="list-style-type: none"> - Zahngesundheit im Zusammenhang mit Ernährung - Sport und Bewegung im Zusammenhang mit Ernährung - Was essen wir da eigentlich? - Woher kommt unser Essen? - Reflexion der eigenen Ernährung - Mein Körper, Körperbewusstsein - gesund und fit - 5 Säulen der Gesundheit - Ernährung/ Bewegung und Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> 5 7 1 2 1 2 2 1 1
<ul style="list-style-type: none"> - fit durch alles Jahreszeiten - nachhaltige Ernährung, Lebensmittelverschwendungen 	<ul style="list-style-type: none"> 1 3

*Hervorgehobene Bereiche = Themen, die am häufigsten genannt wurden; *Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 45))*



Abb. 19: Themen schuleigener ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 45)

Tabelle 16: Vorhandensein einer Qualifizierung der Unterrichtenden in Richtung Ernährung (n = 56)

	% (n)
Ja	44,6 (25)
Nein	55,4 (31)
Gesamt	100,0 (56)

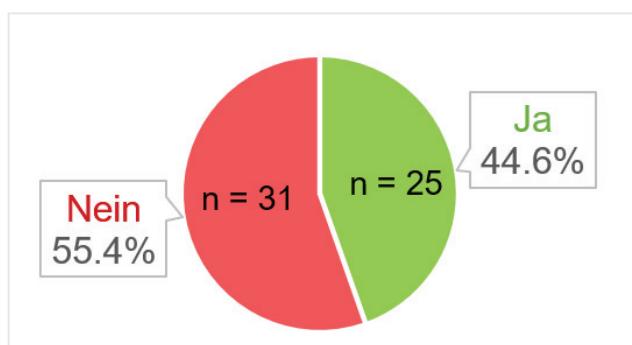


Abb. 20: Vorhandensein einer Qualifizierung der Unterrichtenden in Richtung Ernährung (n = 56)

*Tabelle 17: Organisator*innen ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 61)*

	% (n)*
Lehrer*innen	98,4 (60)
Schulsozialarbeiter*innen	29,5 (18)
Mitarbeiter*innen von Krankenkassen	26,2 (16)
Ernährungsfachkräfte <i>(Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)</i>	23,0 (14)
Landfrauen	11,5 (7)
Sonstige	9,7 (6)
- Edeka-Stiftung/ -Markt	3,3 (2)
- Eltern	1,6 (1)
- Essenanbieter der Schule	1,6 (1)
- Hausmeisterin	1,6 (1)
- Landschaftspflegeverband, Bauernverband	1,6 (1)
Landkreis	8,2 (5)
Verbraucherzentralen	1,6 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61)

Tabelle 18: Projektleitung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 61)

	% (n)*
Lehrer*innen	100,0 (61)
Schulsozialarbeiter*innen	32,8 (20)
Ernährungsfachkräfte <i>(Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)</i>	29,5 (18)
Mitarbeiter*innen von Krankenkassen	18,0 (11)
Landfrauen	14,8 (9)
Sonstige	8,1 (5)
- Eltern	3,3 (2)
- Edeka-Stiftung	1,6 (1)
- Essenanbieter der Schule	1,6 (1)
- Landschaftspflege-/ Bauernverband	1,6 (1)
Verbraucherzentralen	3,3 (2)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61)

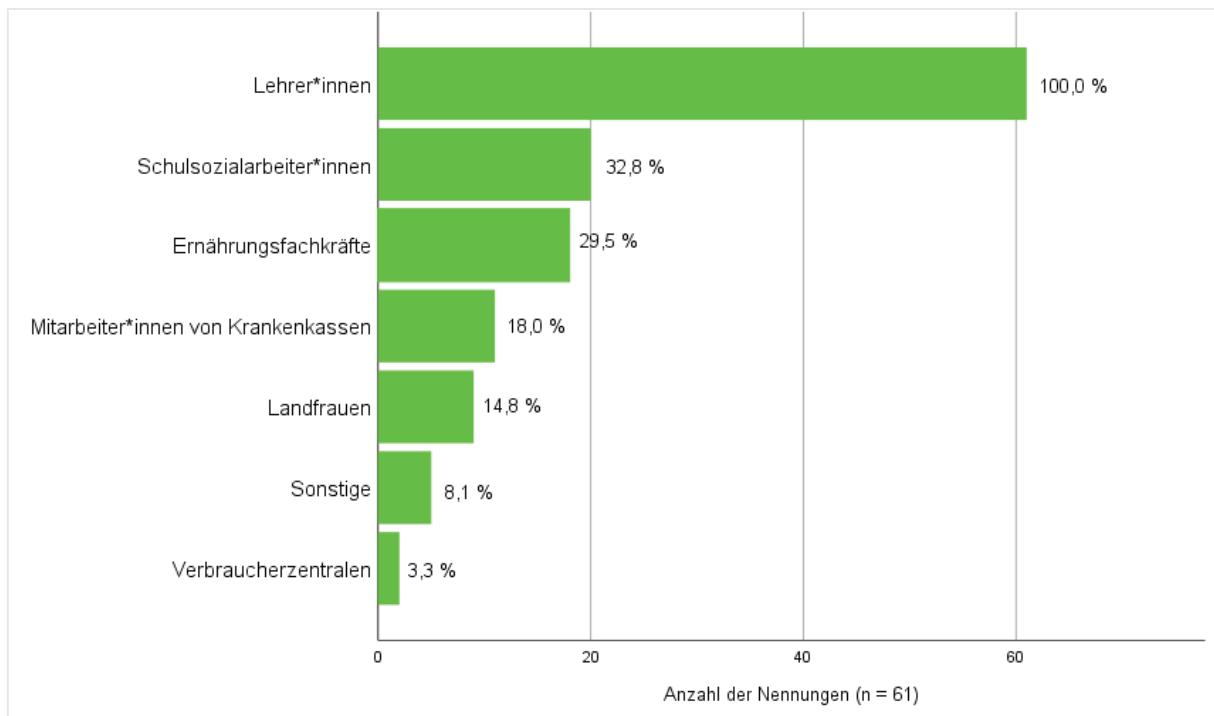


Abb. 21: Projektleitung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten ($n = 61$); unter Ernährungsfachkräfte zählen Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.

Tabelle 19: praktische Umsetzung theoretischer ernährungsbezogener Inhalte aus dem Sachkundeunterricht an Grundschulen in MV ($n = 64$)

	% (n)
Ja	92,2 (59)
Nein	7,8 (5)
Gesamt	100,0 (64)

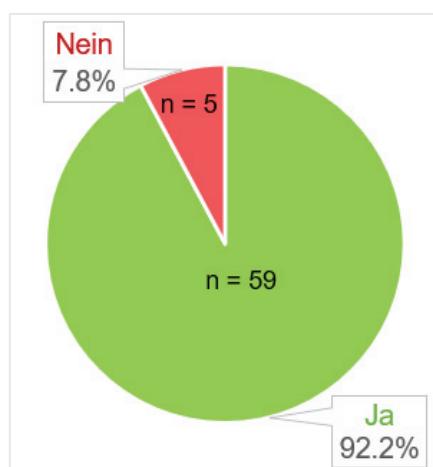


Abb. 22: praktische Umsetzung theoretischer Inhalte aus dem Sachkundeunterricht an Grundschulen in MV ($n = 64$)

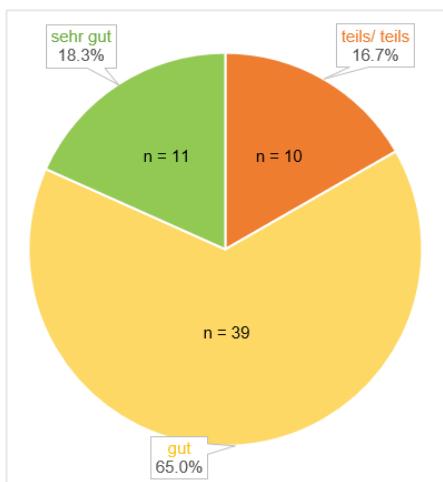
Tabelle 20: Umsetzung des Theorie-Praxis-Bezuges ernährungsbezogener Inhalte aus dem Sachkundeunterricht an Grundschulen in MV (n = 61)

Kategorisierung nach ...	Anzahl der Nennungen (n)*	Art der Umsetzung
Als fester Bestandteil von Projekten	25	<ul style="list-style-type: none"> - Klasse 2000 - EU-Schulprogramm - Bio-Brotboxaktion - Ernährungsführerschein - schulinterne Projekte und Ausflüge (Bauernhof bspw.) - Ernährungspyramide - Gesundes Frühstück (Klassenintern, von den Schüler*innen organisiert) - Gesundes Pausenbrot - Klassenübergreifende Projekte
Lehrküche und Schulgarten	20	<ul style="list-style-type: none"> - Kochkurse - gemeinsames Zubereiten - Brotbacktag - Tischkultur - selbstständiges Einkaufen - Schulgarten (Anbau, Verarbeitung, Verzehr)
Innerhalb des Unterrichts/ Schulalltags	21	<ul style="list-style-type: none"> - Essen als Bestandteil des Tages → Gespräche über das Thema Essen - (schulinterne) Wettbewerbe - Quizrunden - Forschungsteams (Q-Team) - Fächerübergreifendes Lernen - Theorie im Sachkundeunterricht wird je Thema praktisch abgerundet (Lebensmittelkunde, kochen, Ernährungstagebuch führen, ...) - Brotdosen-Check - Versuche/ Experimente im Sachkundeunterricht - Trinkpausen
Befragungen	1	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung Mittagsverpflegung
Ständige Verbesserung	2	<ul style="list-style-type: none"> - Feedbackbogen - Evaluation nach Projekten

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 61)

*Tabelle 21: Akzeptanz der Grundschüler*innen bzgl. bisheriger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 60)*

	% (n)
1 – sehr schlecht	0,0 (0)
2 – schlecht	0,0 (0)
3 – teils/ teils	16,7 (10)
4 – gut	65,0 (39)
5 – sehr gut	18,3 (11)
Gesamt	100,0 (60)



*Abb. 23: Akzeptanz der Grundschüler*innen bzgl. bisheriger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 60)*

Tabelle 22: Partizipation der Eltern an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (n = 51)

	% (n)
Ja	78,4 (40)
Nein	21,6 (11)
Gesamt	100,0 (51)

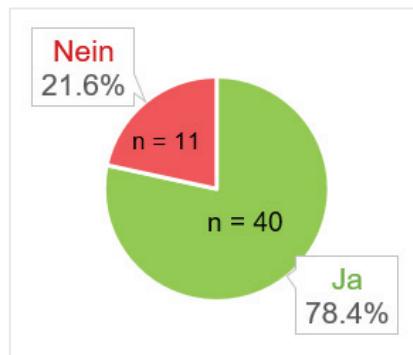


Abb. 24: Partizipation der Eltern an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (n = 51)

Tabelle 23: Art und Weise der Partizipation der Eltern an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (n = 51)

Kategorisierung nach ...	Anzahl der Nennungen (n)*	Unterkategorien
Aufsichtsperson/ Betreuer an/ bei	7	<ul style="list-style-type: none"> - Projekttagen - Kochaktionen - Exkursionen - Gruppenarbeiten - Ernährungsprojekten (Gesundes Frühstück, Ernährungsführerschein)
Planung, Organisation, Durchführung/ Unterstützung	33	<ul style="list-style-type: none"> - Projekte zum Thema Ernährung und/ oder Bewegung - Tag der offenen Tür - Feste - Gesundheitstag - Gemeinsames Kochen - Zuckerfreie Geschenke (Weltkindertag) - Tägliches gesundes Frühstück (von Zuhause) - Gestaltung (Frühstücks-) Buffet - Schulgarten
Schulung und Partizipation	14	<ul style="list-style-type: none"> - Elternvorträge - Elternversammlung, Elternabende - Infotage - Elterngespräche - Elternbriefe - Aufträge für zu Hause, die gemeinsam mit den Kindern erfüllt werden
Befragungen	2	<ul style="list-style-type: none"> - zum Mittagessen (Änderungsvorschläge)
Fachleute	4	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern als Experten, „Expertenwissen“ (bspw. Biobauern/ Landwirtschaft) - Kontaktherstellung zu außerschulischen Partnern

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 51)

Tabelle 24: Finanzierung ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 59)

	% (n)*
Schülerförderverein	57,6 (34)
Schulträger	50,8 (30)
Schulbudget	35,6 (21)
EU-Mittel	35,6 (21)
Land MV	27,1 (16)
Schülerbeiträge	27,1 (16)
Sonstige	11,9 (7)
- Kooperationspartner/ Sponsoren/ Spenden	6,8 (4)
- Eltern	1,7 (1)
- Kostenfrei	1,7 (1)
- keine Spezifizierung	1,7 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 59)

Ergänzungen zu 4.2.1 Bestandsanalyse – Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen

Tabelle 25: Vorhandensein einer Mittagspause an Grundschulen in MV (n = 64)

	% (n)
Ja	85,9 (55)
Nein	14,1 (9)
Gesamt	100,0 (64)

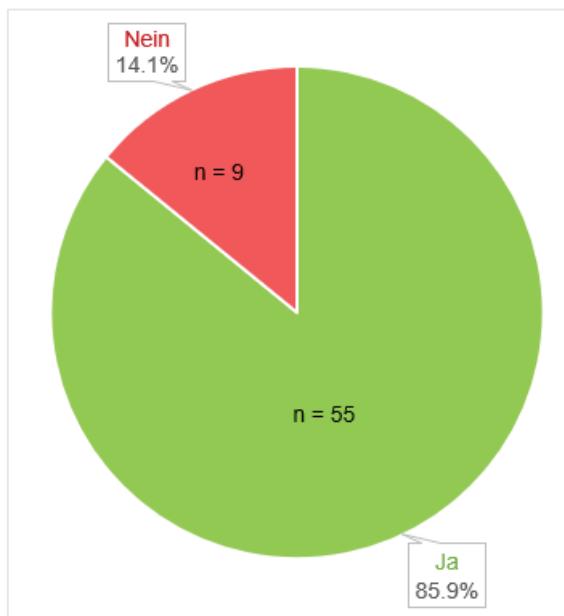


Abb. 25: Vorhandensein einer Mittagspause an Grundschulen in MV (n = 64)

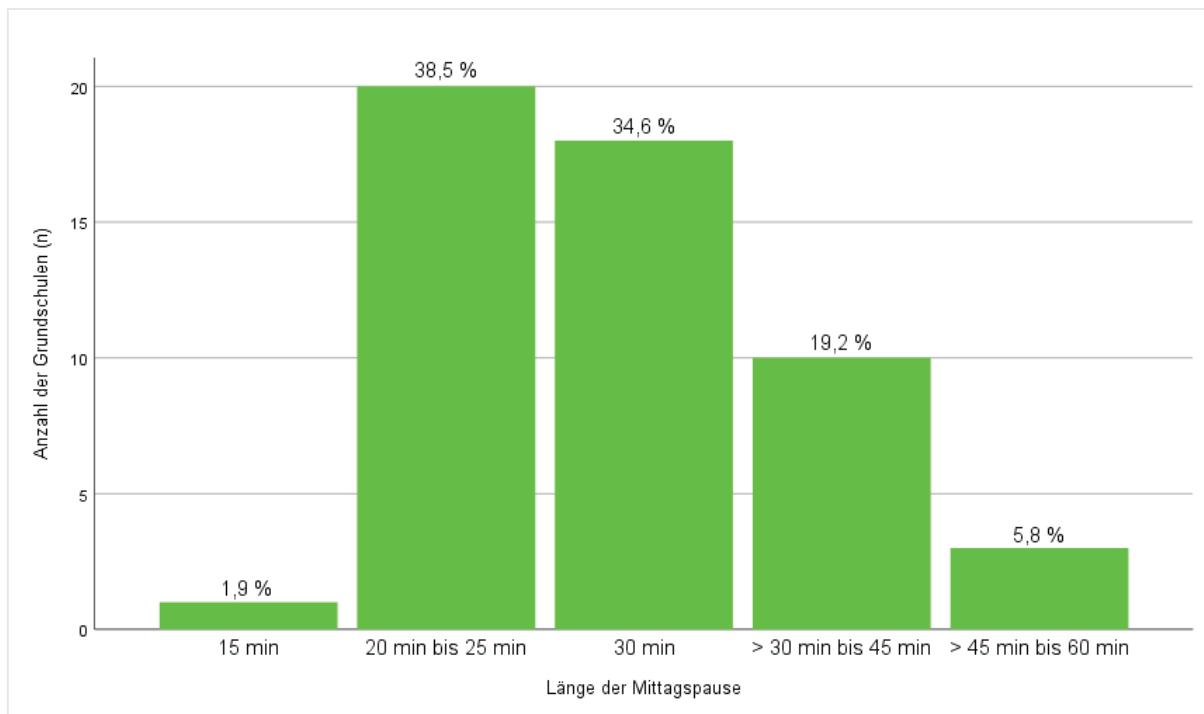


Abb. 26: Dauer der Mittagspause an Grundschulen in MV ($n = 52$)

Tabelle 26: Einschätzung der Länge der Mittagspause an Grundschulen in MV ($n = 53$)

	% (n)
genau richtig	60,4 (32)
zu kurz	39,6 (21)
zu lang	0,0 (0)
Gesamt	100,0 (53)

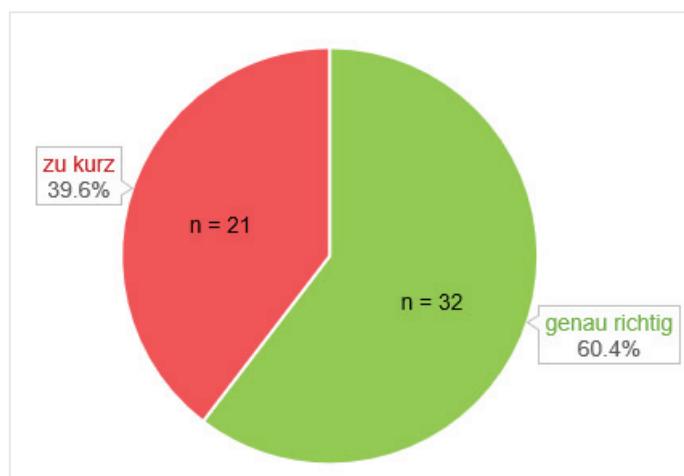


Abb. 27: Einschätzung der Länge der Mittagspause an Grundschulen in MV ($n = 53$)

Tabelle 27: Häufigkeit des Angebots einer warmen Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV (pro Woche; n = 70)

	% (n)
täglich	92,9 (65)
an 3-4 Tagen	0,0 (0)
an 1-2 Tagen	0,0 (0)
gar nicht	7,1 (5)
Gesamt	100,0 (70)

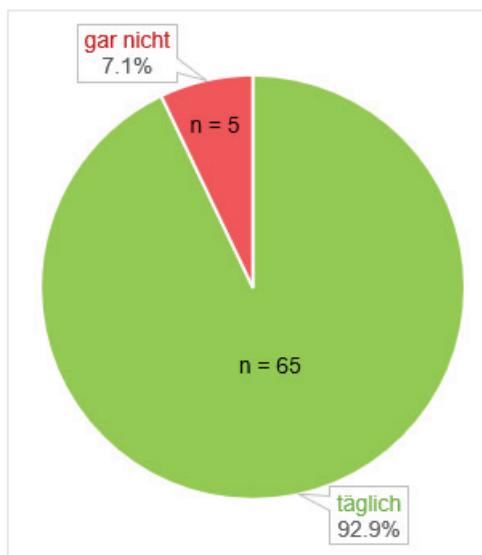


Abb. 28: Häufigkeit des Angebots einer warmen Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV (pro Woche; n = 70)

Tabelle 28: Spezialisierung des Speisenanbieters auf die Zubereitung von Kinderverpflegung an Grundschulen in MV (n = 65)

	% (n)
Ja	58,4 (38)
Nein	26,2 (17)
Weiß nicht	15,4 (10)
Gesamt	100,0 (65)

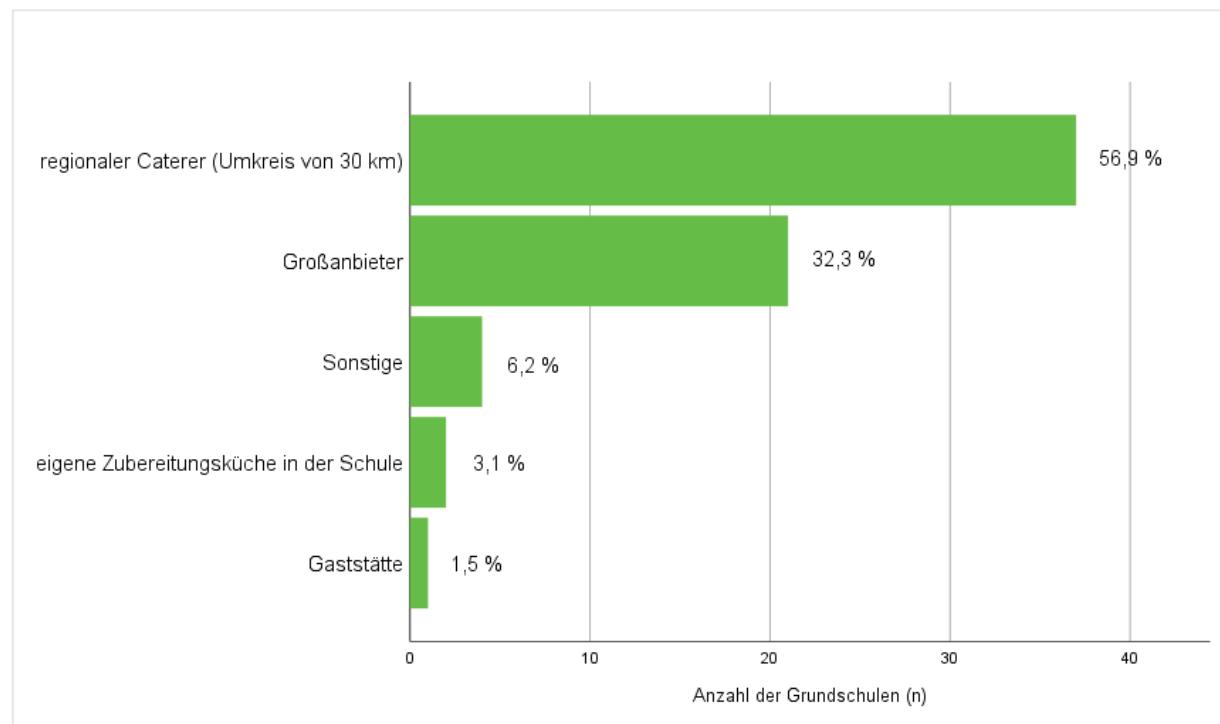


Abb. 29: Speisenanbieter an Grundschulen in MV (n = 65)

Tabelle 29: Bekanntheit des „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Schulen“ an Grundschulen in MV (n = 58)

	% (n)
Ja	58,6 (34)
Nein	41,4 (24)
Gesamt	100,0 (58)

Tabelle 30: Zertifizierung des Speisenanbieters an Grundschulen in MV nach „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Schulen“ (n = 64)

	% (n)
Ja	28,1 (18)
Nein	12,5 (8)
Weiß nicht	59,4 (38)
Gesamt	100,0 (64)

Tabelle 31: Angebot von Lebensmitteln in Bio-Qualität an Grundschulen in MV (n = 65)

	% (n)
Ja, meist bis immer	9,2 (6)
Ja, selten bis manchmal	27,7 (18)
Nein	35,4 (23)
Weiß nicht	27,7 (18)
Gesamt	100,0 (65)

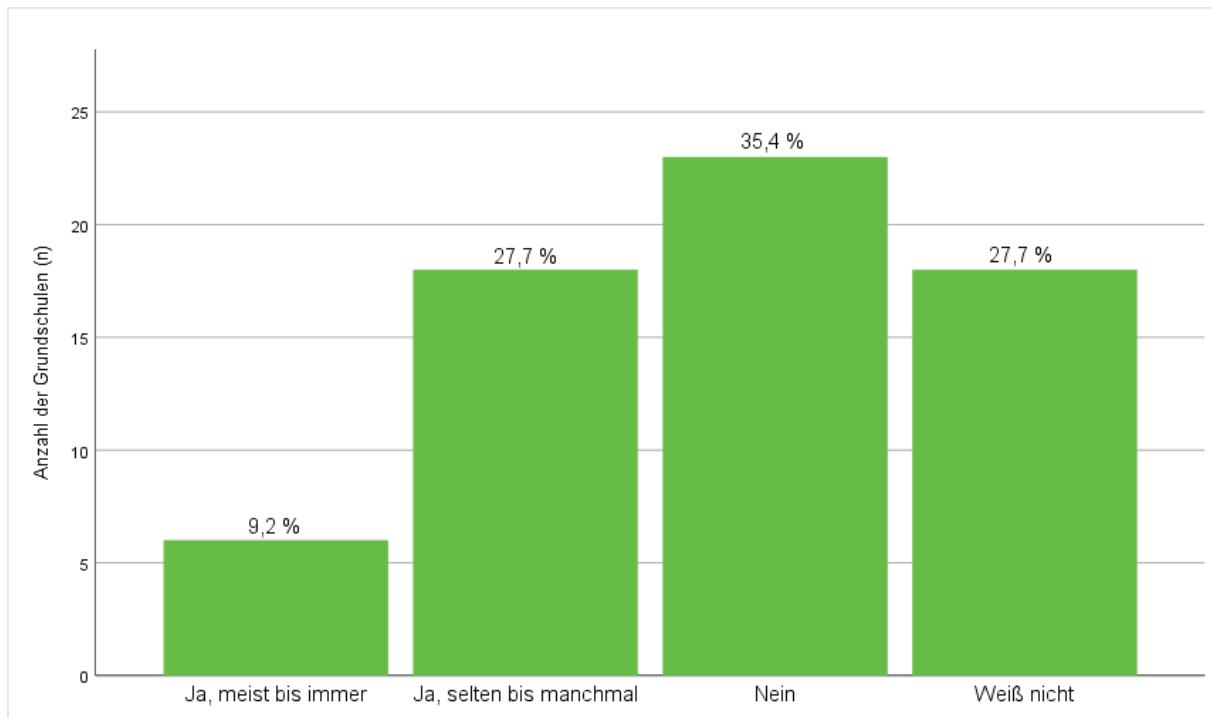


Abb. 30: Angebot von Lebensmitteln in Bio-Qualität an Grundschulen in MV ($n = 65$)

Tabelle 32: Ort der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV ($n = 62$)

	% (n)
Schuleigene Mensa	64,6 (40)
Sonstige	17,7 (11)
- Separater Speiseraum/ Klassenraum in der Schule	11,3 (7)
- Schulküche	3,2 (2)
- Aula	1,6 (1)
- Cafeteria	1,6 (1)
Hort	12,9 (8)
Externe Mensa	4,8 (3)
Gesamt	100,0 (62)

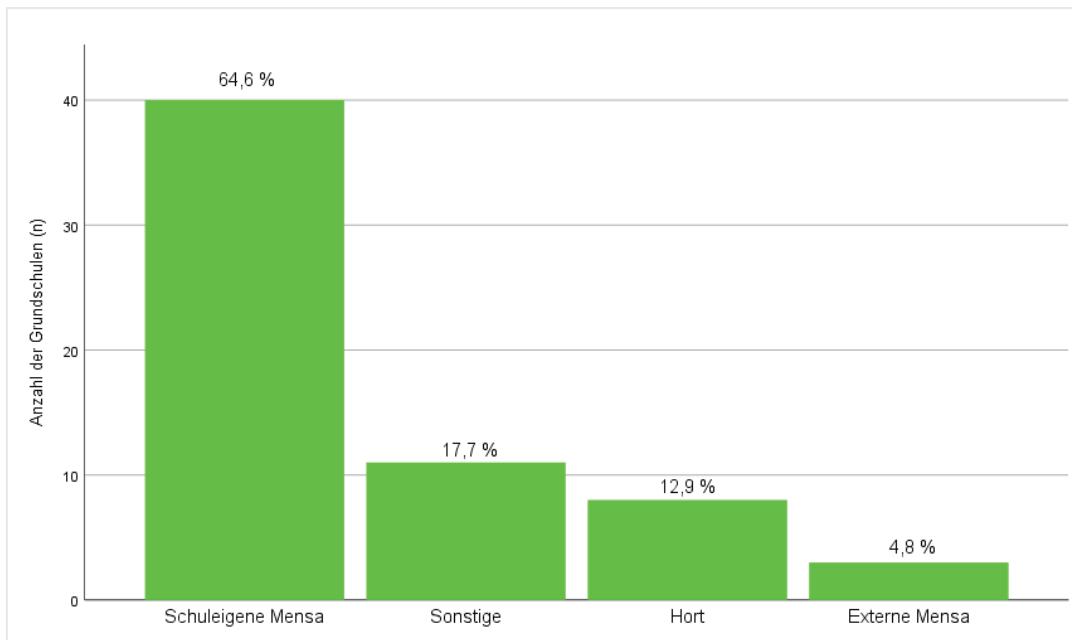


Abb. 31: Ort der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV ($n = 62$)

Tabelle 33: Einschätzung der Lautstärke während der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV ($n = 64$)

	% (n)
1 – sehr leise	0,0 (0)
2 – leise	15,6 (10)
3 – teils/ teils	57,9 (37)
4 – laut	23,4 (15)
5 – sehr laut	3,1 (2)
Gesamt	100,0 (64)

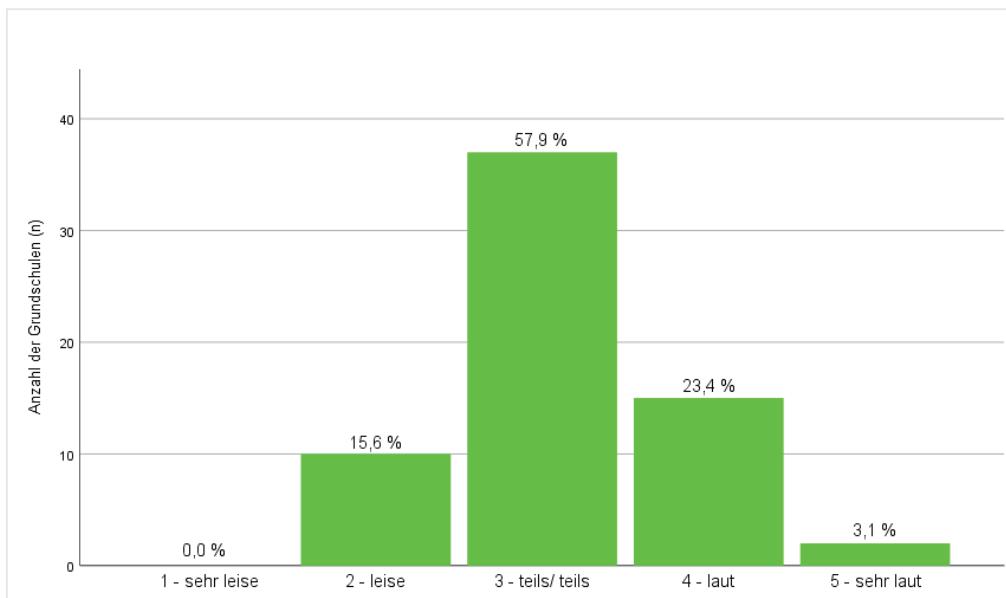


Abb. 32: Einschätzung der Lautstärke während der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV ($n = 64$)

Tabelle 34: Einschätzung bzgl. Hektik während der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV (n = 63)

	% (n)
1 – ruhig und entspannt	0,0 (0)
2 – ruhig	33,4 (21)
3 – teils/ teils	54,0 (34)
4 – hektisch	7,9 (5)
5 – sehr hektisch	4,7 (3)
Gesamt	100,0 (63)

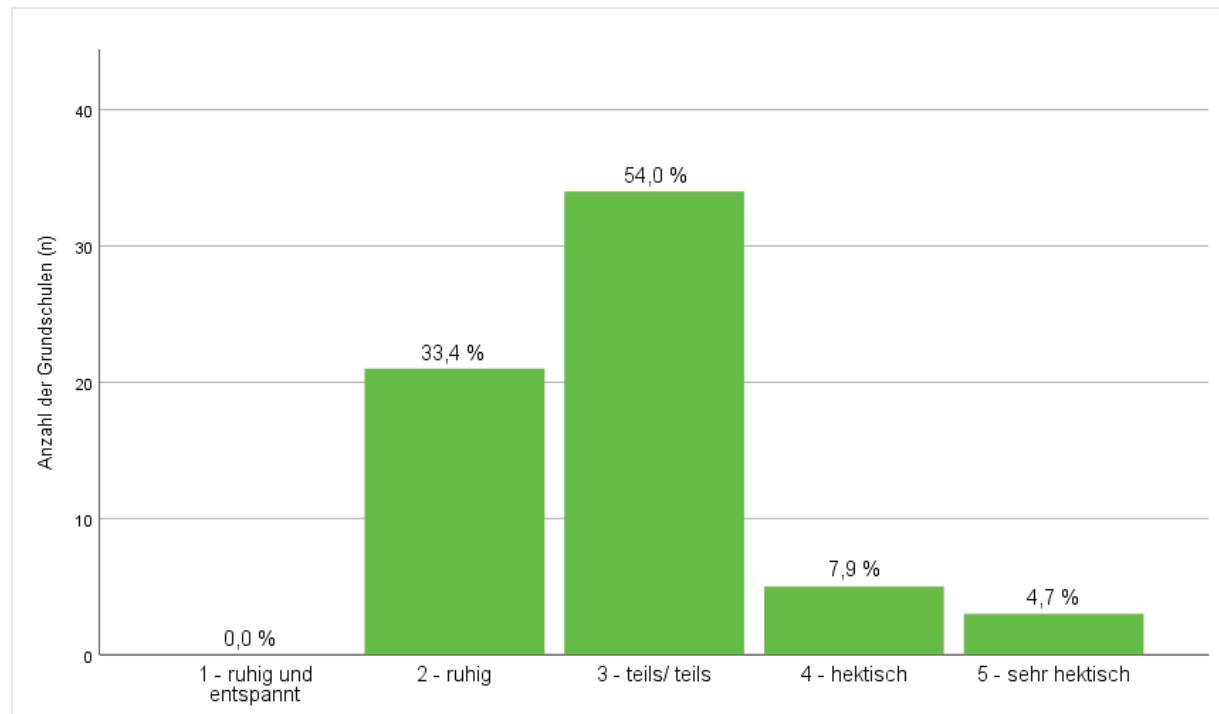


Abb. 33: Einschätzung bzgl. Hektik während der Einnahme der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV (n = 63)

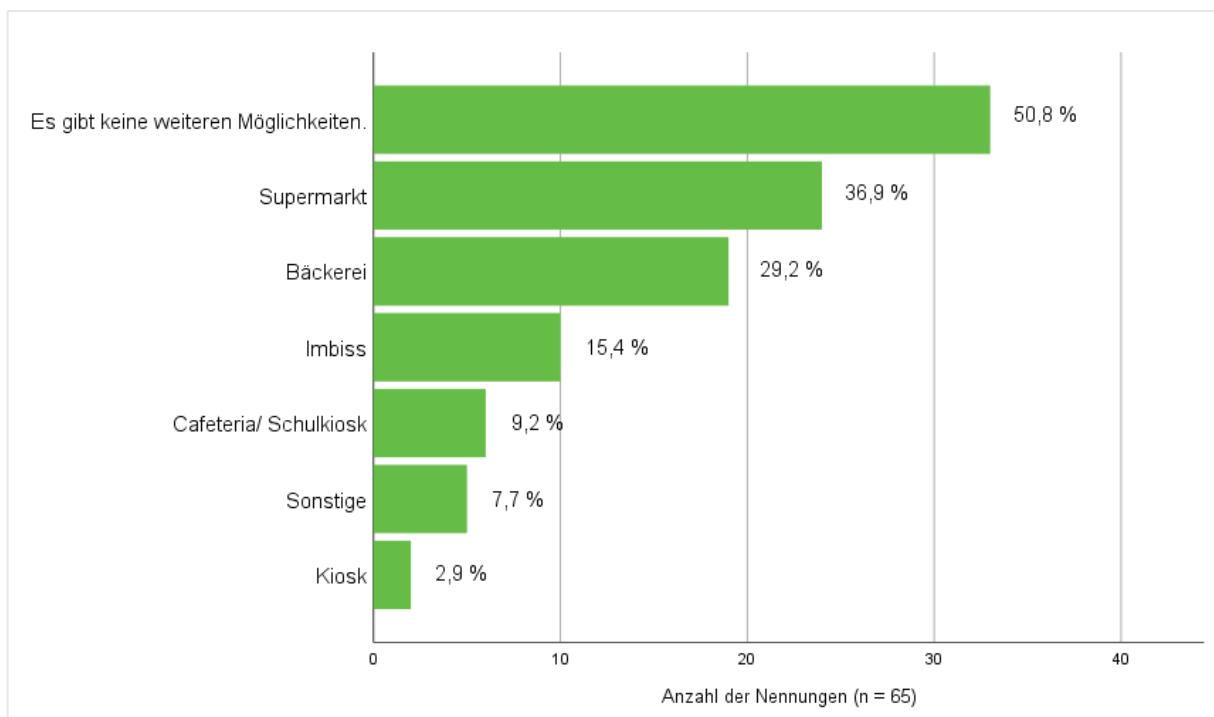


Abb. 34: Möglichkeit des Einkaufens von Snacks innerhalb der Schule (außer der Mensa) oder im näheren Umfeld (ca. 300 m) der Grundschulen in MV (n = 65)

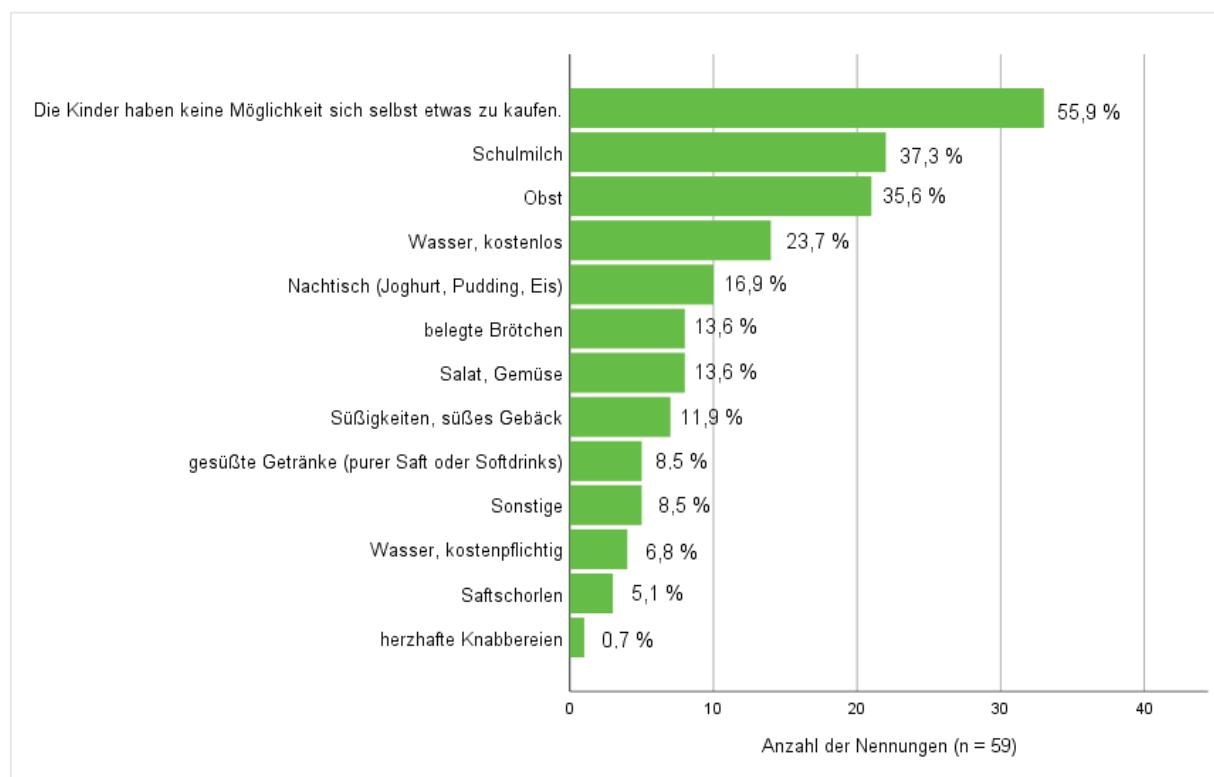


Abb. 35: Lebensmittel- und Snackangebot innerhalb von Grundschule in MV (z.B. Mensa, Cafeteria, Schulkiosk; n = 59)

Ergänzungen zu 4.2.2 Bedarfsanalyse – Ernährungsbildung

Tabelle 35: Einschätzung des Bedarfs der Grundschüler*innen an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV ($n = 69$)

	% (n)
1 – sehr gering	0,0 (0)
2 – gering	1,4 (1)
3 – mittel	39,2 (27)
4 – hoch	33,3 (23)
5 – sehr hoch	26,1 (18)
Gesamt	100,0 (69)

Tabelle 36: Einschätzung des zukünftigen Bedarfs der Grundschüler*innen an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (im Vergleich zum Bedarf von vor 10 Jahren; $n = 70$)

	% (n)
geringer	0,0 (0)
unverändert	15,7 (11)
höher	84,3 (59)
Gesamt	100,0 (70)

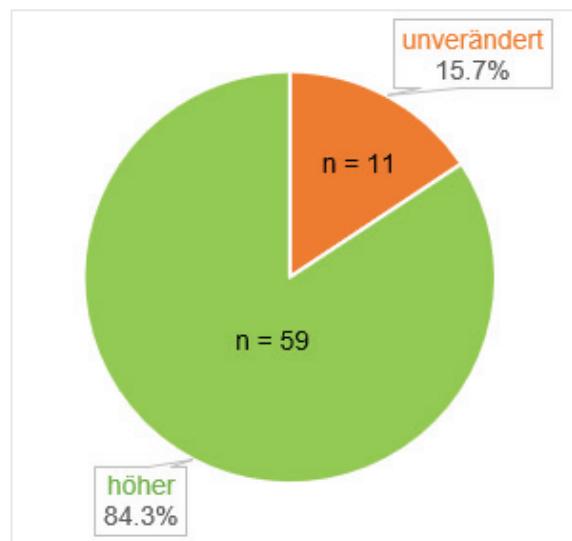
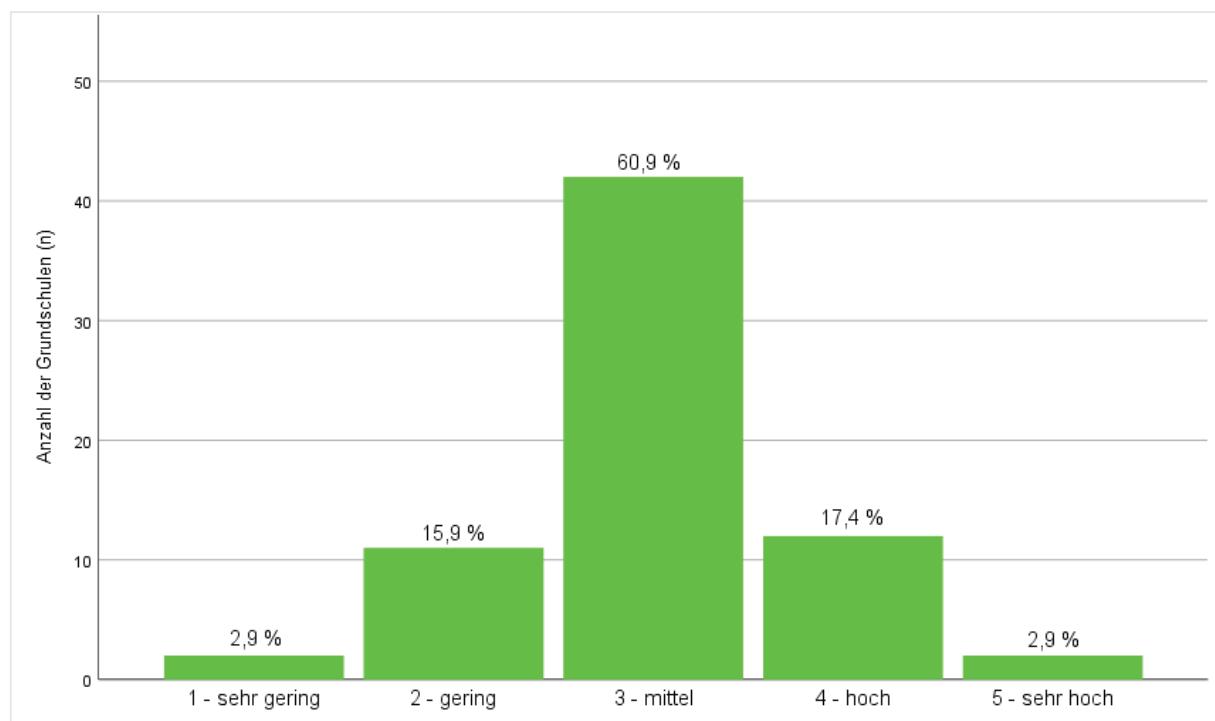


Abb. 36: Einschätzung des zukünftigen Bedarfs der Grundschüler*innen an ernährungsassoziierten Projekten an Grundschulen in MV (im Vergleich zum Bedarf von vor 10 Jahren; $n = 70$)

*Tabelle 37: Einschätzung des Effektes bisher durchgeföhrter Projekte bei Grundschüler*innen in MV (n = 69)*

	% (n)
1 – sehr gering	2,9 (2)
2 – gering	15,9 (11)
3 – mittel	60,9 (42)
4 – hoch	17,4 (12)
5 – sehr hoch	2,9 (2)
Gesamt	100,0 (69)



*Abb. 37: Einschätzung des Effektes bisher durchgeföhrter Projekte bei Grundschüler*innen in MV (n = 69)*

*Tabelle 38: personelle Ressourcen zur Stärkung der Ernährungskompetenzen bzw. Schaffung gesunder Ernährungsumgebungen von Grundschüler*innen in MV*

	% (n)*
Eltern	91,3 (63)
Ernährungsfachkräfte (Diätassistent*innen, Ökotropholog*innen, Ernährungsberater*innen o.Ä.)	75,4 (52)
Lehrer*innen	71,0 (49)
Mitarbeiter*innen von Krankenkassen	56,5 (39)
Schulsozialarbeiter*innen	44,9 (31)
Verbraucherzentralen	30,4 (21)
Landfrauen	23,2 (16)
Sonstige	13,0 (9)
- Essenanbieter/ Gastronomie	4,3 (3)
- keine Spezifizierung	2,9 (2)
- Ärzte	1,4 (1)
- Horterzieher	1,4 (1)
- Großeltern	1,4 (1)
- Schulträger	1,4 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Tabelle 39: Etablierung von Ernährungsbildung an Grundschulen in MV nach Klassenstufe (n = 69)

	% (n)
Klasse 1	88,4 (61)
Klasse 2	5,8 (4)
Klasse 3	5,8 (4)
Klasse 4	0,0 (0)
Gesamt	100,0 (69)

Tabelle 40: Finanziers zukünftiger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV (n = 69)

	% (n)*
Land MV	97,1 (67)
EU-Mittel	53,6 (37)
Schulträger	42,0 (29)
Schulförderverein	5,8 (4)
Sonstige	4,3 (3)
- Eltern	1,4 (1)
- Krankenkassen	1,4 (1)
- Kooperationspartner/ Sponsoren	1,4 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

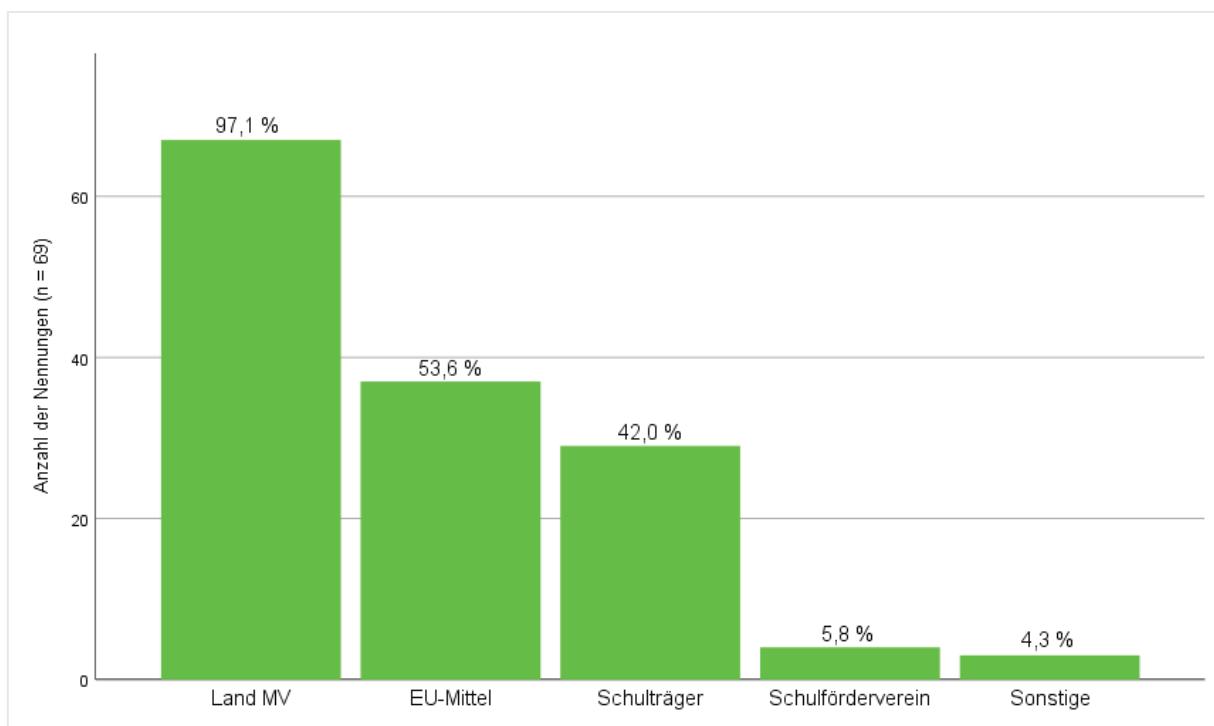


Abb. 38: Finanziers zukünftiger ernährungsassozierter Projekte an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Tabelle 41: Probleme und Herausforderungen in der Etablierung ernährungsbildender Maßnahmen an Grundschulen in MV (n = 69)

	% (n)*
finanzielle Unterstützung und Fördergelder	75,4 (52)
Zeit	62,3 (43)
räumliche Gegebenheiten	46,4 (32)
Fachkräfte	43,5 (30)
Angebot der Weiterbildungsmöglichkeiten für Lehrkräfte	21,7 (15)
fehlendes Interesse	13,0 (9)
Sonstige	5,8 (4)
- fehlendes Elterninteresse	2,9 (2)
- Bürokratie	1,4 (1)
- Umsetzung Theorie in Praxis (auch bzgl. Mittagsverpflegung)	1,4 (1)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

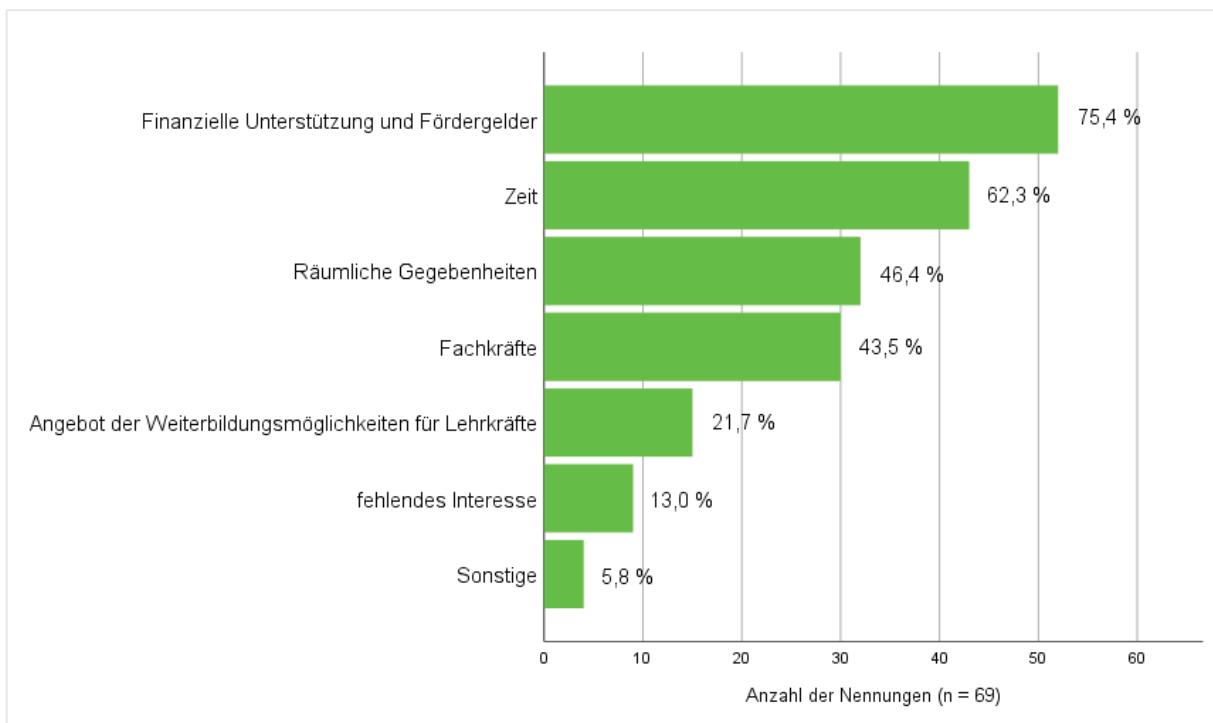


Abb. 39: Probleme und Herausforderungen in der Etablierung ernährungsbildender Maßnahmen an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

Tabelle 42: Anforderungen an die Ernährungsbildung an Grundschulen in MV (n = 69)

	% (n)*
Kindgerechte/ Grundschulgerechte Inhalte, angepasst an die Klassenstufe	92,8 (64)
Verbindung von Theorie und Praxis	87,0 (60)
pädagogische Kompetenz	69,6 (48)
fachliche Kompetenz	69,6 (48)
theoretische Übermittlung von Inhalten	20,3 (14)
Sonstige	2,9 (2)

*Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 69)

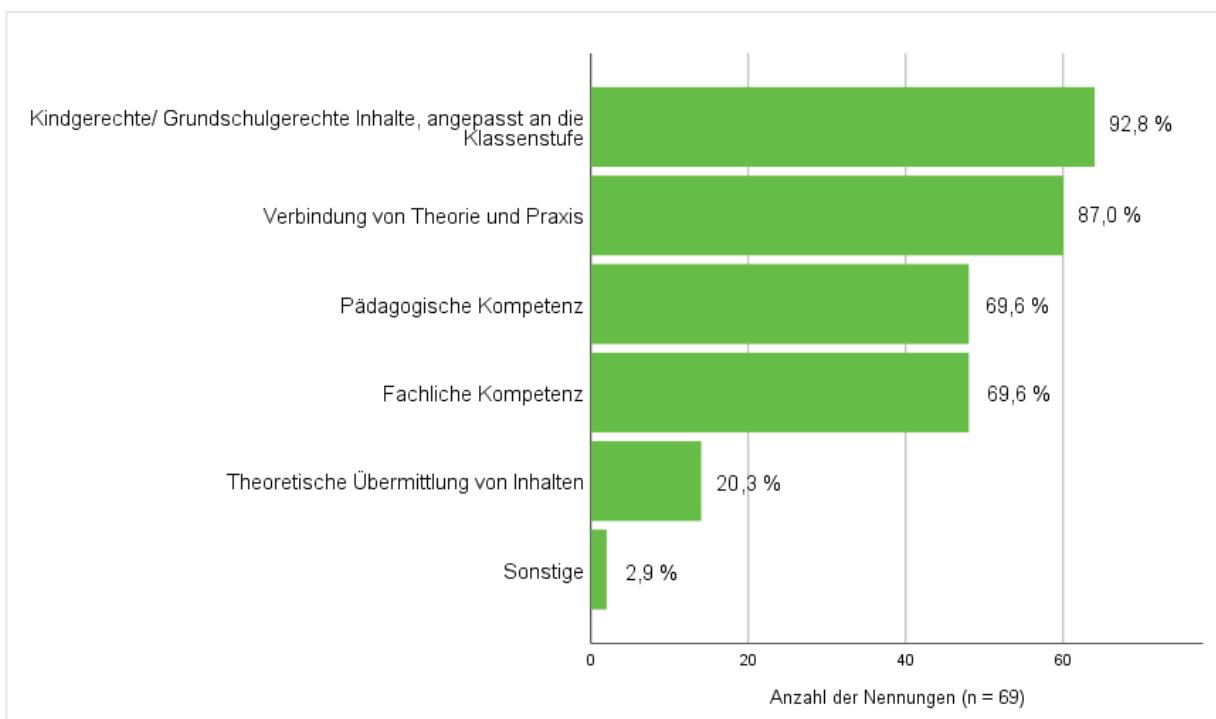


Abb. 40: Anforderungen an die Ernährungsbildung an Grundschulen in MV; es waren Mehrfachnennungen möglich, die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten ($n = 69$)

Ergänzungen zu 4.2.2 Bedarfsanalyse – Mittagsverpflegung und gesunde Ernährungsumgebungen

Tabelle 43: Vorhandensein von Verbesserungswünschen zur Schaffung einer angenehmeren Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV ($n = 58$)

	% (n)
Ja	53,4 (31)
Nein	46,6 (27)
Gesamt	100,0 (58)

Tabelle 44: Verbesserungsvorschläge zur Schaffung einer angenehmeren Atmosphäre während der Mittagsmahlzeit an Grundschulen in MV (n = 31)

Kategorisierung nach ...	Anzahl der Nennungen (n)*	
räumliche/ bauliche Gegebenheiten	22	<ul style="list-style-type: none"> - Schallschutz/ Akustikdecke - Bilder - Gastronomieküche, professionelle Spülvorrichtungen - Schuleigene Mensa - größere Räumlichkeiten - Optimierung der Ausgabestrecke - Renovierung Mensa/ Essensraum - der Zielgruppe entsprechende Gestaltung
Umgebungsbedingungen	19	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichend Zeit zum Essen, Verlängerung der Pausenzeiten („Buskinder“ müssen schneller essen, um den Bus pünktlich zu erreichen) - separate Mittagspausen für Schul- und Kitakinder bzw. für jeweilige Klasse/ Klassenstufe - mehr (Küchen-) Personal - mehr Aufsichtskräfte - gemeinsame Einnahme des Mittagsessens mit dem/ der Klassenleiter*in - Stellenwert Esskultur
Mittagsverpflegung	12	<ul style="list-style-type: none"> - Salatbuffet - Essenausgabe in Buffetform - Wasser und ungesüßter Tee zur kostenlosen Verfügung - Wahl zwischen verschiedenen Beilagen - Kindgerechtes Essen - bessere Essensanbieter - biozertifizierte Lebensmittel - größere Auswahl vegetarischer Gerichte - bei höherer Qualität und ausreichender Produktion einzelner Komponenten ist eine Preissteigerung in Ordnung - regelmäßige Evaluation durch den Essenanbieter

*Hervorgehobene Bereiche = Themen, die am häufigsten genannt wurden; *Es waren Mehrfachnennungen möglich. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl der Befragten (n = 31)*

Tabelle 45: Wünsche und Erwartungen zur Schaffung gesünderer Ernährungsumgebungen an Grundschulen in MV

Kategorisierung nach ...	
Mittagsverpflegung, Mensa/ Cafeteriabetrieb	<ul style="list-style-type: none"> - alle Kinder sollen eine warme Mahlzeit am Tag bekommen (finanzielle Unterstützung der Eltern) - Mittagessen nach den Richtlinien für eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung - bessere Zusammenarbeit mit dem Essenanbieter - mehr Ruhe und Zeit beim Einnehmen einer Mahlzeit - regionale Mahlzeitengestaltung - Cafeteria mit gesunden Snacks - Punktesystem bei angebotenen Süßigkeiten (Energiegehalt, Zuckergehalt) - Süßigkeiten, herzhafte Snacks, süße Getränke gegen gesunde Snacks (Obst, Trockenobst) ersetzen, um Übergewicht vorzubeugen - Essen als Gemeinschaftserlebnis
Personelle Gegebenheiten	<ul style="list-style-type: none"> - Ernährungsberater*innen vor Ort - mehr (Küchen-) Personal - Sicherung eines ständigen Betriebs der Schulküche (auch bei Personalausfall)
Räumliche Gegebenheiten	<ul style="list-style-type: none"> - mehr Ruhebereiche für die Kinder - eigene Küche mit der Option die Kinder in die Zubereitung einzubeziehen - optisch ansprechende Räumlichkeiten - Größere Mensa - neue Möbel für Essenraum
Finanzielle Gegebenheiten	<ul style="list-style-type: none"> - finanzielle Förderung, finanzielles Grundbudget - kostenlose Mittagsverpflegung für alle - kostenlose Bereitstellung von Wasser und Tee - Aufstellen von Wasserspendern, Bereitstellung von zuckerfreien Getränken, gegen geringen Aufpreis Mischen mit Säften - täglich kostenlos gesundes Frühstück und frisches Obst/ Milch für alle - häufiger das Angebot von kostenlosem Obst
Weiterführende Angebote	<ul style="list-style-type: none"> - 1-2x/ Woche in Frühstückspause Servierwagen mit kleinen Angeboten aus Cafeteria (Salate, gesunde Snacks, belegte Vollkornbrote, Getränke) - bessere Zusammenarbeit mit dem Elternhaus/ mehr Engagement der Eltern - mehr Sportunterricht - Projekttage zur gesunden Ernährung und Bewegungsangebote durch externe Fachkräfte - regelmäßiges Kochen mit den Schüler*innen - Süßigkeiten Zuhause lassen - keine süßen Getränke - Zuckerfreier Schultag

*Hervorgehobene Bereiche = Brennpunktthemen, die aus der Schulleiter*innenbefragung hervorgegangen sind
(Kategorien, die am häufigsten genannt wurden)*

Anhang 11: Detaillierte Selbstreflexion in Ergänzung zu 4.3.

Ergebnisevaluation – Eine Selbstreflexion der Studiendurchführenden

Zu Beginn soll sich nochmals das Hauptziel eines Pilotprojektes in Erinnerung gerufen werden. Sinn und Zweck der Pilotierung war die Erprobung des durch die Studiendurchführende entwickelten ernährungsassoziierten, gesundheitsförderlichen Konzepts sowie das Sammeln von Erfahrungen in diesem Zusammenhang, um anschließend Inhalt, Methodik, Material etc. zu optimieren und das „Grundgerüst“ weiterhin auf die Lebenswelt Grundschule bzw. die Zielgruppe der Erstklässler*innen hin anzupassen. Das Pilotprojekt im Rahmen des Gesamtprojekts ERNi-MV wurde entsprechend vor die eigentliche Etablierung eines längerfristigen, ernährungsassoziierten Projektes an Grundschulen in MV geschalten. Nachfolgend sollen die individuellen Eindrücke und Erfahrungen der Studiendurchführenden unter verschiedenen Gesichtspunkten und in Anlehnung an die unter Punkt 4.3.2. analysierten Klassenleiter*inneninterviews im Rahmen einer Selbstreflexion betrachtet werden.

Zeitpunkt der Pilotierung

Aufgrund des Zeitpunkts des Praxissemesters der Studiendurchführenden und den terminlichen Rahmenbedingungen in MV, die Sommerferien 2022 und die Einschulung der neuen ersten Klassen betreffend, wurde das Pilotprojekt zu Beginn des Schuljahres 2022/2023 durchgeführt (siehe 3.3.). Die Einschulung bedeutet für die Kinder einen großen Umschwung, verbunden mit Stress, Um- und Eingewöhnung. Die Grundschüler*innen müssen neue soziale Kontakte knüpfen, sich an einen neuen, (anders) geregelten Tagesablauf oder das „Stillsitzen“ gewöhnen. Der Zeitpunkt der Durchführung des Pilotprojekts muss in dieser Hinsicht differenziert und individuell betrachtet werden.

Ist es sinnvoll, ein ernährungsassoziiertes Projekt bereits zu Anfang des Schuljahres, kurz nach der Einschulung anzusetzen? Sind die Kinder möglicherweise überfordert? Liegt der pädagogische Schwerpunkt im ersten Schulhalbjahr einer ersten Klasse eventuell woanders? Mit diesen Fragen beschäftigte sich die Studiendurchführende vor der Konzepterstellung, während der Festlegung der Zielgruppe und ebenfalls im Rahmen der Evaluation. Rückblickend ist die Durchführung eines solchen Projektes zu Beginn des ersten Schuljahres möglich und umsetzbar, die Studiendurchführende vertritt ebenfalls die Einstellung, dass das Etablieren in Klassenstufe eins definitiv sinnvoll ist, allerdings würde sich die Studiendurchführende bei längerfristiger Etablierung für den Start des Projektes im zweiten Schulhalbjahr aussprechen. Die Grundschüler*innen beteiligten sich zwar rege am Projekt und freuten sich, laut Aussagen der Klassenleiter*innen und auch der Kinder selbst, auf den wöchentlichen Termin. Allerdings liegen, nach Meinung der Studiendurchführenden, die Schwerpunkte im ersten Schulhalbjahr woanders. Dieser Zeitraum sollte zunächst Platz für die Eingewöhnung in der neuen Umgebung, das Kennenlernen von Mitschüler*innen, das

Knüpfen von Freundschaften, die Gewöhnung an den neuen Alltag und die (Klassen-) Lehrer*innen bieten.

Pädagogische, methodische und didaktische Gestaltung der Projekteinheiten

Vor Beginn des Pilotprojektes stellte sich auch hier die Frage nach den Möglichkeiten und ggf. Limitationen bzgl. der Umsetzung in Klassenstufe eins, speziell im ersten Schulhalbjahr. Es musste davon ausgegangen werden, dass die Kinder noch nicht lesen und schreiben können bzw. beides erst noch erlernen müssen. Dies bedurfte gewisser methodischer Kompetenzen und (Vor-) Überlegungen der Studiendurchführenden. Entgegen der Befürchtung, dass die Arbeit dadurch erschwert werden würde, konnte die Studiendurchführende feststellen, dass die Verständigung und das Verstehen und Erfüllen von Aufgaben kaum ein Problem darstellten. Die Arbeitsblätter wurden kindgerecht gestaltet, die Aufgabenstellungen vorab erklärt, die Kinder konnten jederzeit nachfragen und auch die Klassenleiter*innen waren während der Projekteinheiten zur Unterstützung vor Ort. Die Problematik lag eher in der Aufmerksamkeitsspanne der Kinder. Hier musste die Studiendurchführende zum einen während des Projektzeitraumes, zum anderen auch zwischen den jeweiligen Klassen individualisieren. Vorab zurechtgelegte sog. „Schubladenprogramme“ (z.B. kurze Bewegungsübungen) sollten das Lernen auflockern und die Konzentration wieder erhöhen, was auch gut funktionierte. Im Rahmen des Pilotprojekts konnten diesbezüglich zwei Klassen in den direkten Vergleich gesetzt werden. Aufgrund organisatorischer Gegebenheiten an der jeweiligen Grundschule, fand das Projekt an einer Schule in Unterrichtsstunde eins und zwei, an der anderen in Stunde drei und vier statt. Auffällig war hier, dass die Aufmerksamkeit zu unterschiedlichen Tageszeiten bzw. in Abhängigkeit zum vorherigen Unterrichts-/ Tagesablauf variiert. Die Grundschüler*innen, die bereits zwei Unterrichtsstunden hinter sich hatten, waren tendenziell im Laufe einer Projekteinheit unaufmerksamer als diejenigen, die bereits in Unterrichtsstunde eins und zwei am Projekt teilnahmen. Die Ursache hierfür sieht die Studiendurchführende vor allem im Umschwung von Kita zu Grundschule und dem damit verbundenen neuen Alltag für die Kinder. Dies sollte in zukünftigen ernährungsassoziierten Projekten in der weiteren Planung und Gestaltung der Methodik berücksichtigt werden.

Im Rahmen der staatlich anerkannten Ausbildung zur Diätassistentin und des mit dieser Arbeit angestrebten Studienabschlusses (B. Sc. Diätetik), konnte die Studiendurchführende in den Berufsschulfächern „Einführung in die Ernährungspsychologie und die Ernährungssoziologie“ sowie „Diät- und Ernährungsberatung“ (DiätAss-APrV [80]) bzw. in den Modulen „Ernährungsbezogene Kommunikation“, „Theorie ernährungsbezogener Interventionen“ (Modulplan Studiengang Diätetik für Diätassistenten [81]) bereits theoretisches Basiswissen zur Planung, Durchführung und in gewisser Weise Pädagogik im Umgang mit verschiedenen

Personengruppen sammeln. Bei längerfristiger Etablierung und der Arbeit im Präventionsfeld Kinderernährung/ Gesundheitsförderung im Setting (Grund-) Schule ist es für die Studienführende aber gut denkbar, dass eine entsprechende Qualifikation im pädagogischen Bereich eine noch bessere Handlungsebene bieten und die Kompetenzen der Ernährungsfachkraft steigern kann. So kann gleichzeitig an Souveränität dazugewonnen und der Beruf des/ der Diätassistent*in mit dem des/ der Pädagog*in verknüpft werden. Das wird, im Sinne des lebenslangen Lernens, als persönliche Ressource betrachtet.

Nachhaltigkeit des Projekts

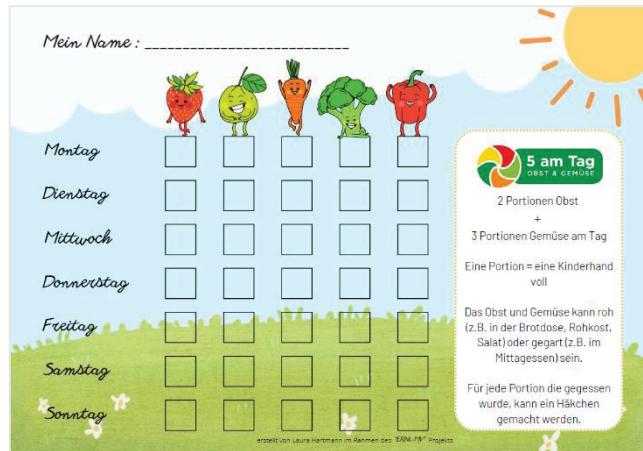
Rückblickend soll sich die Frage gestellt werden, welchen Lerneffekt das über einen Zeitraum von fünf Wochen durchgeführte ernährungsassoziierte Pilotprojekt bei den Kindern erzielen konnte.

In jeder Projekteinheit und vor Beginn eines neuen Themas, wurde eine Wiederholung mit den Kindern durchgeführt, bspw. in Form von kleinen Arbeitsblättern oder Bankrutschen. Der Studiendurchführenden war es wichtig, dass die Themen, die fokussiert wurden, nicht lediglich „abgehandelt“ werden, sondern, dass die Grundschüler*innen immer wieder damit konfrontiert werden. Das stellte sich als vorteilhaft heraus, da der Lerneffekt dadurch gesteigert werden konnte. Auffällig war, dass die Kinder Wissen besser verinnerlichen bzw. später praktisch anwenden können, wenn sie einen Bezug dazu erhalten. Insbesondere die Wiederholung unter Anwendung verschiedener Methoden und Medien zeigte hier einen hohen Effekt. Als Beispiel soll die Thematik Obst und Gemüse retrospektiv betrachtet werden:

Im Rahmen des Projekts sollten die Kinder u.a. lernen, welche Obst- und Gemüsesorten es gibt, wo diese wachsen und wie sie aussehen. Hierbei fanden verschiedene Methoden und Medien Anwendung, bspw. bekam jeder in der Klasse ein Bild und sollte es an der Tafel entweder dem Obst oder Gemüse zuordnen. Hiermit wurde die Basis geschaffen, um die Kinder im Anschluss dazu zu animieren, einen Bezug zu sich selbst herzustellen: *Was ist mein Lieblingsobst/-gemüse? Wo wächst das eigentlich? Und warum schmeckt mir das so gut?* Die nächste Stufe der Wiederholung bzw. der Anwendung war die Partizipation des Elternhauses. Die Kinder bekamen zur Anwendung der „5 am Tag“ - Kampagne eine Karte zum Abhaken der Portionen für zu Hause mit (Abb. 20). Obwohl nicht alle Kinder die Aufgabe erfüllten, erzählten andere wiederum voller Stolz, dass sie heute/ gestern/ vorgestern schon x Portionen gegessen hätten. Die Grundschüler*innen motivierten sich dahingehend gegenseitig und überprüften in

der Schule ihre Brotdosen hinsichtlich „5 am Tag“. Zum Ende des Projekts wurde das Wissen um Obst und Gemüse im Rahmen des gemeinsam in der Grundschule zubereiteten Frühstücks nochmals praktisch angewandt und damit abgerundet.

Abb. 41: Arbeitsauftrag für zu Hause, Karte zum Abhaken, „5 am Tag“, eigene Darstellung



Durch dieses Stufenmodell und das ständige Wiederholen konnten die Kinder, auch nach Aussagen der Klassenleiter*innen, noch Wochen später Wissen hierzu abrufen. Die Studiendurchführende selbst konnte am Ende der fünf Wochen auch einen guten Lerneffekt registrieren und führt diesen, wie dargelegt, vor allem auf die Methodenkompetenz und Varietät zurück. Auch das Einsetzen von Token (Sticker), hat die Kinder dazu animiert mitzumachen und ihren Ehrgeiz geweckt.

Hinsichtlich der Lage der Grundschule standen der ländliche Raum und die Stadt im direkten Vergleich. Für eine Erhebung von Daten von Kindern hätte eine offizielle Genehmigung des Ministeriums für Bildung und Kindertagesförderung MV eingeholt werden müssen, weshalb im Rahmen der Evaluation nur subjektive Eindrücke der Studiendurchführenden bzw. der Klassenleiter*innen geschildert werden können. Hinsichtlich des Vorwissens und des Interesses am Thema kann die Vermutung aufgestellt werden, dass die Kinder im ländlichen Raum ein homogeneres Klassengefüge darstellten als die Grundschüler*innen in der Stadt. Da das aber verschiedene Ursachen und Einflüsse haben kann, müsste der spezifische Lerneffekt in Folgeprojekten erfasst werden.

Anhang 12: Fotodokumentation des Pilotprojektes (Teil C)



Abb. 42: Zubereitung eines gesunden Frühstücks (Projekteinheit 5) an einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte; Quelle: eigene Aufnahme



Abb. 43: „Brotgesicht“ im Rahmen eines gesunden Frühstücks an einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte; Quelle: eigene Aufnahme



Abb. 44: „Brotosencheck“ 1 an einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte; Quelle: eigene Aufnahme



Abb. 45: „Brotosencheck“ 2 an einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte; Quelle: eigene Aufnahme



Abb. 46: „Brotboxencheck“ 3 an einer Grundschule im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte; Quelle: eigene Aufnahme

Da der Brotboxencheck nur an einer der am Pilotprojekt teilnehmenden Grundschulen im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte durchgeführt wurde, wurde er nicht in die Auswertung und Evaluation des Projektes miteinbezogen. Die Aufnahmen dienen der zusätzlichen Information zur Bestandsaufnahme. In Folgeprojekten oder zur weiterführenden Bestandsaufnahme kann ein gezielter „Brotboxencheck“ zielführend sein und, bei leitfadengestützter, reproduzierbarer (validierter) Durchführung und Auswertung, der Gewinnung von Daten bzgl. der Brotboxengestaltung von Grundschüler*innen dienen. Diese wiederum können sich bspw. im Rahmen der Partizipation des Elternhauses zunutze gemacht werden und zur gezielten Planung und Durchführung ernährungsbezogener PGF-Maßnahmen beitragen.

10. Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Laura Lisett Hartmann, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit mit dem Thema: „Ernährungsbildung und Gestaltung gesunder Ernährungsumgebungen - Eine Bestands- und Bedarfsanalyse für Grundschulen in Mecklenburg-Vorpommern“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum, Unterschrift