



Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen

*Wie sollen Kinder und Jugendliche in Stuttgart aufwachsen,
damit sie möglichst gesund sind, bleiben und werden?*

Inhalt

Zusammenfassung	3
Entwicklungsprozess	4
Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen nach Altersgruppen	6
Neugeborene und Säuglinge (0 – 12 Monate)	7
Kleinkinder (1 – 5 Jahre).....	8
Kinder (6 – 12 Jahre).....	9
Jugendliche (13 – 17 Jahre)	10
Fallbeispiele für die Praxis	11
Fallbeispiel I: Sozialarbeiterin Frau Mendez und Familie Ahmed aus einer Unterkunft für Geflüchtete in Stuttgart	11
Fallbeispiel II: Sozialarbeiter Herr Lang in einer Wohngruppe für Kinder in Stuttgart-Ost	12
Fallbeispiel III: Rektorin Frau Nowak und ihre Grundschule in Stuttgart-West	13
Fallbeispiel IV: Schulsozialarbeiter Herr Becker an einer Realschule in Stuttgart-Wangen	14
Fallbeispiel V: Lehrer Herr Roth am Gymnasium in Stuttgart-Degerloch.....	15
Fallbeispiel VI: Kinderärztin Dr. Nguyen und ihr Praxisteam in Stuttgart-Hallschlag.....	16
Fallbeispiel VII: Erzieherin Frau Kaya und ihre Kita in Stuttgart-Zazenhausen.....	17
Fallbeispiel VIII: Hauswirtschaftskraft Frau Rizzo in einer Kita in Stuttgart-Möhringen.....	18
Fallbeispiel IX: Stadtplanerin Frau Kluge und die Quartiersentwicklung in Stuttgart-Uhlbach	19
Fallbeispiel X: Handballtrainer Herr Schmidt und die E-Jugend-Mädchenmannschaft in Bad-Cannstatt.....	20
Fallbeispiel XI: Großmutter Frau Müller und ihre zwei Enkel aus Stuttgart-Mitte.....	21



Anhang und Vertiefung22

 Anhang I – Literaturverzeichnis22

 Anhang II – ausführliche Begründungen und Quellennachweise zu den Stuttgarter Zielen27

Ansprechpartner:
Gesundheitsamt
Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung
Michael Braun (Michael.Braun@stuttgart.de, Tel. 81343)

Stand: 29.09.2025



Zusammenfassung

Das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart (LHS) hat die "Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen" federführend entwickelt, um eine klare, positiv ausgerichtete Orientierung für die effektive Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu bieten. Diese Ziele sollen als einheitliche Planungsgrundlage für alle relevanten Institutionen dienen und eine bessere Abstimmung verschiedener Ansätze innerhalb der Stadt ermöglichen. Sie decken die Bereiche mentale Gesundheit, Bewegung, Ernährung und Prävention ab und sind auf verschiedene Altersgruppen zugeschnitten: Neugeborene und Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche.

Die Ziele sind so konzipiert, dass sie **positiv ausgerichtet, wirksam und allgemein verständlich** sind und die Frage beantworten: *„Wie sollen Stuttgarter Kinder und Jugendliche aufwachsen, damit sie möglichst gesund sind, bleiben und werden?“*.

Der Fokus liegt auf den entscheidenden und wirksamsten Aspekten, die den Kindern und Jugendlichen die besten Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung bieten. Die ausgewählten Ziele können daher nicht umfassend und abschließend sein, stattdessen sollen diese regelmäßig überprüft und ggf. angepasst werden.

Bei den "Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen" geht es auch darum, Optimierungsmöglichkeiten zu erkennen und aktiv anzugehen. Viele Stuttgarter Kinder und Jugendliche erreichen bereits zahlreiche der enthaltenen Ziele und steigern dadurch ihre Chancen auf ein gesundes Aufwachsen. Gleichzeitig gibt es Potenziale, die noch weiter ausgebaut werden können – sei es in der Förderung der mentalen Gesundheit, der Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten oder der Stärkung von Bewegungsaktivitäten. Die Ziele bieten die Möglichkeit, diese Potenziale durch einen ganzheitlichen Blick zu identifizieren und gezielt in konkrete Maßnahmen umzusetzen.

Das übergeordnete Ziel der Stadt Stuttgart sollte sein, dass jedes Kind und jede bzw. jeder Jugendliche die Ziele erreichen kann, unter Berücksichtigung seiner bzw. ihrer Möglichkeiten. Die Verantwortung dafür liegt nicht nur bei den Kindern und deren Angehörigen, sondern bei allen relevanten Akteuren in der Stadt, einschließlich Institutionen wie Schulen, Kitas und Vereine. Um die Zielerreichung zu gewährleisten, müssen Risikofaktoren aktiv verringert werden.

Dieser Ansatz in der Gesundheitsförderung unterscheidet sich von klassischen, umfassenden Konzepten und ist in seiner spezifischen Ausrichtung einzigartig auf Landes- oder Bundesebene.



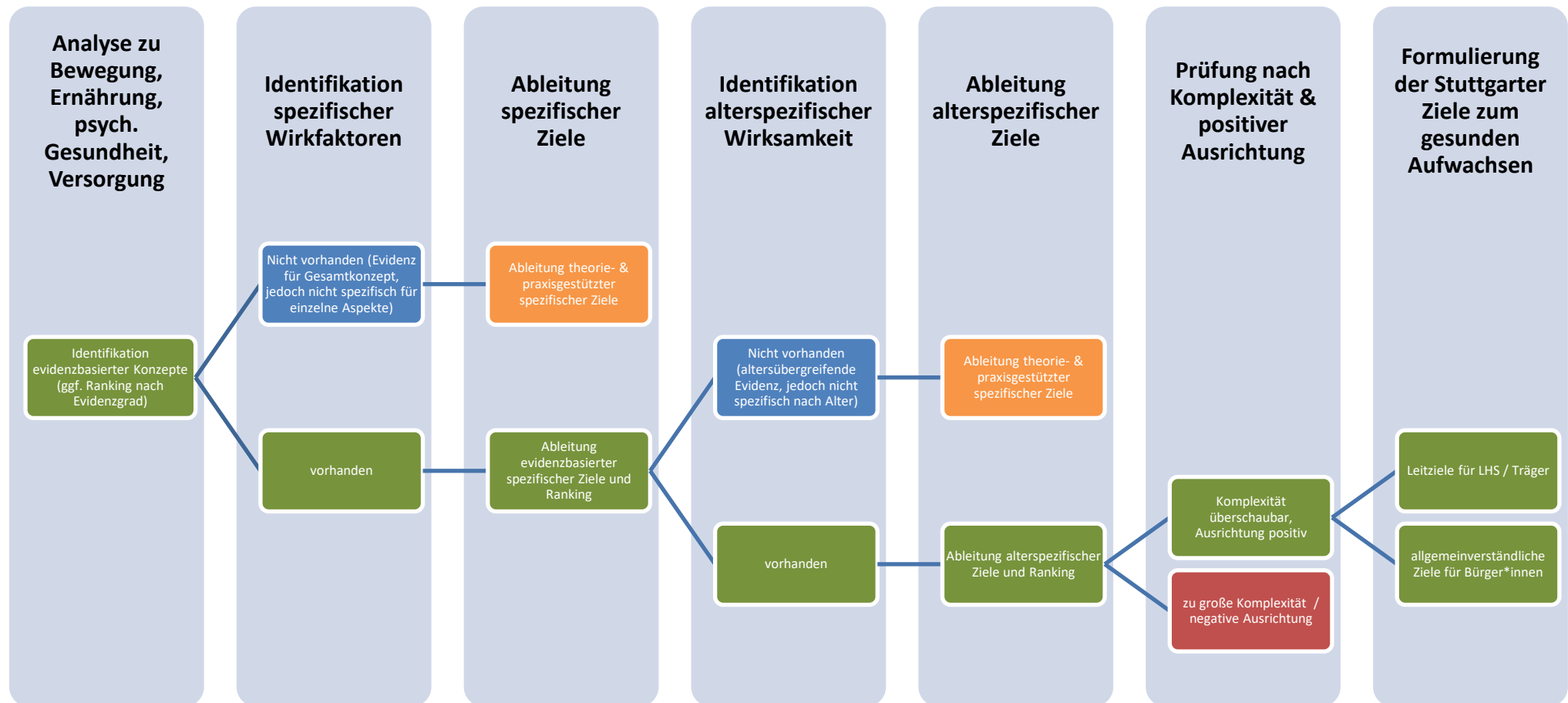
Entwicklungsprozess

Der Entwicklungsprozess der "Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen" umfasste mehrere Schritte:

- Erarbeitung einer ersten Version durch die Abteilung Gesundheitsförderung und Gesundheitsplanung, basierend auf evidenzbasierten Zielvorgaben
- Abstimmung mit Frau Bürgermeisterin Dr. Sußmann und dem Gesundheitsamt
- Weitere Abstimmung im Arbeitskreis "Gesund Aufwachsen" der kommunalen Gesundheitskonferenz
- Beschlussfassung durch den Beirat der kommunalen Gesundheitskonferenz: Der Beirat empfiehlt ein Bekenntnis der Landeshauptstadt Stuttgart zu den „Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen“ und eine Vorgabe der LHS, dass die Ziele verbindlich durch die Ämter und Institutionen der LHS umgesetzt werden.
- Vorstellung und Diskussion auf der Landesgesundheitskonferenz sowie Beteiligung von Kindern und Jugendlichen, u. a. im Jugendgemeinderat.



Prozess zur evidenzbasierten Ableitung und Formulierung der Ziele



- ➔ Zusätzlich zum „streng evidenzbasierten Vorgehen“ (grün) wird ein Expert*innengremium die Qualität der aus der bestehenden Evidenz abgeleiteten Ziele (orange) sicherstellen. Nach entsprechender Prüfung können somit auch Ziele aufgenommen werden, deren Wirksamkeit für Kinder und Jugendliche insgesamt nachgewiesen ist, bei welchen aber noch kein Wirksamkeitsnachweis für spezifische Altersgruppen vorliegt.

Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen nach Altersgruppen

Neugeborene und Säuglinge (0 – 12 Monate)

Was sind die wichtigsten Ziele, damit unsere **Neugeborenen und Säuglinge** in Stuttgart gesund aufwachsen können?

Mentale Gesundheit

- Neugeborene und Säuglinge **sollten zumindest eine verlässliche, wertschätzende (erwachsene) Bezugsperson haben**. Diese Bezugsperson ist für das Kind konstant verfügbar, vermittelt ihm Sicherheit, geht feinfühlig mit den Bedürfnissen des Kindes um und unterstützt wertschätzend dessen Fähigkeiten.
- Neugeborene und Säuglinge **sollten das Gefühl von Selbstwirksamkeit** entwickeln: Dies bedeutet, dass das Kind Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten hat und daran glaubt, dass das eigene Handeln zu Wirkungen führt und dadurch Ziele, auch durch die Überwindung von Hindernissen, erreicht werden können („der Glaube an sich selbst“).
- Säuglinge und Neugeborene sollten **genügend schlafen**: einschließlich Nickerchen **12 - 17 Stunden pro Tag**. Die Kinder **sollten vom ersten Tag an immer – auch tagsüber - auf dem Rücken schlafen**.

Bewegung

- Neugeborene und Säuglinge **sollten sich so viel wie möglich bewegen** und dafür **so wenig wie möglich am Bewegungsdrang gehindert** werden. Dabei sollten **sie mindestens 30 min. unter Beobachtung in wachem Zustand über den Tag verteilt in Bauchlage** sein.
- Vermeidbare **Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert** werden. Neben vermeidbarem (motorisiertem) Transport, z. B. in Babyschale, sollte **auf Bildschirmmedienkonsum verzichtet** werden.

Ernährung

- Neugeborene und Säuglinge sollten, wenn möglich, mindestens bis zum Beginn des 5. Monats **ausschließlich gestillt** werden. Wenn nicht oder nicht ausschließlich gestillt werden kann, sollte der Säugling **nach den gesetzlichen Regelungen hergestellte Muttermilchersatzprodukte** erhalten.
- Die **Beikost** sollte spätestens mit Beginn des 7. Monats eingeführt werden. Auch nach der Einführung von Beikost sollte nach Bedarf **weitergestillt** werden.

Prävention

- Die **Entwicklung in den ersten 12 Lebensmonaten sollte mit den sechs vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U1 - U6) durch den Kinderarzt begleitet werden**.
- Mit der Durchführung der **von der STIKO empfohlenen Impfungen** sollten die Neugeborenen bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.
- Ab dem Durchbruch des ersten Milchzahns sollten **die Zähne durch täglich zweimaliges Zähneputzen mit einer altersgerechten fluoridhaltigen Zahncreme** vor Karies geschützt und gesund erhalten werden.
- Ab dem Alter von 6 bis 9 Monaten **sollte die Zahngesundheit durch zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen begleitet werden**.
- **Säuglinge und Neugeborene sollten konsequent vor Hitze, praller Sonne sowie vor Kälte geschützt werden**. Ihre Thermoregulation ist noch nicht voll ausgereift und sie können sich weniger gut an extreme Temperaturen anpassen. Die Haut ist zudem empfindlicher gegenüber Sonneneinstrahlung.

Kleinkinder (1 – 5 Jahre)

Was sind die wichtigsten Ziele, damit unsere Kleinkinder in Stuttgart gesund aufwachsen können?

Mentale Gesundheit

- Jedes Kleinkind sollte zumindest **eine verlässliche, wertschätzende (erwachsene) Bezugsperson haben**. Diese Bezugsperson ist für das Kind konstant verfügbar, vermittelt ihm Sicherheit, geht feinfühlig mit den Bedürfnissen des Kindes um und unterstützt wertschätzend dessen Fähigkeiten.
- Jedes Kleinkind **sollte das Gefühl von Selbstwirksamkeit** entwickeln: Dies bedeutet, dass das Kind Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten hat und daran glaubt, dass das eigene Handeln zu Wirkungen führt und dadurch Ziele, auch durch die Überwindung von Hindernissen, erreicht werden können („der Glaube an sich selbst“).
- Jedes Kleinkind **sollte soziale Kompetenz entwickeln**. Dies beinhaltet die Fähigkeiten, sich empathisch in andere Menschen einzufühlen, adäquate Verhaltensweisen für soziale Situationen zu zeigen, sich selbst zu behaupten und Konflikte angemessen zu lösen.
- Jedes Kleinkind **sollte adäquat mit Stress umgehen können**. Diese sogenannte „aktive Bewältigungskompetenz“ bedeutet, dass als »stressig« erlebte Situationen aktiv und angemessen eingeschätzt, bewertet und reflektiert werden, um dann eigene Fähigkeiten in wirkungsvoller Weise zu aktivieren und umzusetzen, um die Stresssituation zu bewältigen.
- **Alle Kleinkinder sollten genügend schlafen**: einschließlich Nickerchen **10 - 14 Stunden pro Tag**.

Bewegung

- Die Kinder erfahren **Spaß und Bestätigung bei körperlicher Aktivität** und **lernen vielfältige Bewegungsformen kennen**.
- Kleinkinder sollten **täglich** über den Tag verteilt **mindestens 3 Stunden körperlich aktiv sein**. Dabei gilt: **je mehr, desto besser**.
- Die kindliche Bewegung sollte aus einer **Vielzahl körperlicher Aktivitäten bestehen**. Sie kann **unterschiedlich intensiv** sein und sollte mäßige bis starke körperliche Aktivitäten beinhalten. Ab 3 Jahren sollten täglich mindestens 60 Minuten mäßige bis starke körperliche Aktivität erreicht werden.
- Vermeidbare **Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert** werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Kindersitz, und inaktiv drinnen verbrachten Zeiten, soll **auf Bildschirmmedienkonsum verzichtet (im Alter von 1-2 Jahren) oder dieser so gering wie möglich gehalten werden (im Alter von 3-5 Jahren: maximal 30 Minuten an einzelnen Tagen, gemeinsam mit Erwachsenen)**.

Ernährung

- Kleinkinder sollten ihre Mahlzeiten in einem **regelmäßigen Rhythmus** einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam **mit anderen Familienmitgliedern** essen.
- Kleinkinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, **Wasser ist der ideale Durstlöscher**. Im Alter von ein bis drei Jahren sollten Kleinkinder rund 820 ml, im Alter von vier bis fünf Jahren rund 940 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.
- Kleinkinder sollten sich **ausgewogen und abwechslungsreich** ernähren und dabei **fünf Portionen Gemüse und Obst** am Tag essen.

Prävention

- Die Entwicklung vom zweiten bis zum fünften Lebensjahr sollte durch die vier **vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U7 - U9)** und durch die **Einschulungsuntersuchung** (15 bis 24 Monate vor der Einschulung) durch den Kinderarzt begleitet werden.
- Mit der **Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen** sollten die Kleinkinder bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.
- Durch **täglich zweimaliges Zähneputzen mit einer altersgerechten fluoridhaltigen Zahncreme** sollten die Zähne vor Karies geschützt und gesund erhalten werden.
- Die Zahngesundheit sollte durch **eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Jahr** und durch die **Teilnahme an Prophylaxemaßnahmen im Kindergarten** begleitet werden.
- **Kleinkinder sollten vor Hitze, praller Sonne sowie vor Kälte geschützt werden**. Ihre Thermoregulation ist noch nicht voll ausgereift und sie können sich weniger gut an extreme Temperaturen anpassen. Die Haut ist zudem empfindlicher gegenüber Sonneneinstrahlung als bei Erwachsenen.

Was sind die wichtigsten Ziele, damit unsere **Kinder** in Stuttgart gesund aufwachsen können?

Mentale
Gesundheit

- Jedes Kind sollte zumindest **eine verlässliche, wertschätzende (erwachsene) Bezugsperson haben**. Diese Bezugsperson ist für das Kind konstant verfügbar, vermittelt ihm Sicherheit, geht feinfühlig mit den Bedürfnissen des Kindes um und unterstützt wertschätzend dessen Fähigkeiten.
- Jedes Kind **sollte das Gefühl von Selbstwirksamkeit** entwickeln: Dies bedeutet, dass das Kind Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten hat und daran glaubt, dass das eigene Handeln zu Wirkungen führt und dadurch Ziele, auch durch die Überwindung von Hindernissen, erreicht werden können („der Glaube an sich selbst“).
- Jedes Kind **sollte soziale Kompetenz entwickeln**. Dies beinhaltet die Fähigkeiten, sich empathisch in andere Menschen einzufühlen, adäquate Verhaltensweisen für soziale Situationen zu zeigen, sich selbst zu behaupten und Konflikte angemessen zu lösen.
- Jedes **Kind sollte adäquat mit Stress umgehen können**. Dies bedeutet, dass als »stressig« erlebte Situationen aktiv und angemessen eingeschätzt, bewertet und reflektiert werden, um dann eigene Fähigkeiten in wirkungsvoller Weise zu aktivieren und umzusetzen, um die Stresssituation zu bewältigen.
- Alle Kinder **sollten genügend schlafen: 9 - 12 Stunden pro Tag**.

Bewegung

- Die Kinder entwickeln eine positive Haltung zur **körperlichen Aktivität** und **lernen vielfältige Sportarten kennen**.
- Jedes Kind sollte sich über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßig bis stark körperlich betätigen, meist im aeroben Bereich. Kräftige aerobe Aktivitäten sowie solche, die Muskeln und Knochen stärken, sollten an mindestens 3 Tagen pro Woche durchgeführt werden.
- Vermeidbare **Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert** werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Kindersitz, und inaktiv drinnen verbrachten Zeiten, soll **der Bildschirmmedienkonsum so gering wie möglich gehalten werden: im Alter von 6-8 Jahren maximal 45 Minuten an einzelnen Tagen (gemeinsam mit Erwachsenen) bzw. im Alter von 9-12 Jahren maximal 60 Minuten pro Tag**.

Ernährung

- Kinder sollten ihre Mahlzeiten in einem **regelmäßigen Rhythmus** einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich **gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern** essen.
- Kinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, **Wasser ist der ideale Durstlöcher**. Im Alter von sechs Jahren sollten Kinder rund 940 ml, im Alter von sieben bis neun Jahren rund 970 ml und im Alter von zehn bis zwölf Jahren rund 1170 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.
- Kinder sollten sich **ausgewogen und abwechslungsreich** ernähren und dabei **fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag** essen.

Prävention

- **Die Entwicklung** jedes Kindes **sollte mit den beiden vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U10 - U11) durch den Kinderarzt begleitet werden**.
- Mit der **Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen** sollten die Kinder bestmöglich von vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.
- Durch **täglich zweimaliges Zähneputzen mit einer altersgerechten fluoridhaltigen Zahncreme** sollten die Zähne wirksam vor Karies geschützt und gesund erhalten werden.
- Die Zahngesundheit sollte durch **zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr und durch die Teilnahme an Prophylaxemaßnahmen in der Schule** begleitet werden.
- **Kinder sollten vor den gesundheitlichen Risiken durch Hitze und Kälte geschützt werden**. Bei Aufenthalt in der Sonne sollten Sonnenschutzmaßnahmen getroffen werden.

Jugendliche (13 – 17 Jahre)

Was sind die wichtigsten Ziele, damit unsere Jugendlichen in Stuttgart gesund aufwachsen können?

Mentale Gesundheit

- Jede*r Jugendliche sollte zumindest **eine verlässliche, wertschätzende (erwachsene) Bezugsperson haben**. Diese Bezugsperson ist für die*den Jugendlichen konstant verfügbar, vermittelt ihr*ihm Sicherheit, geht feinfühlig mit den Bedürfnissen des*der Jugendlichen um und unterstützt wertschätzend deren*dessen Fähigkeiten.
- Jede*r Jugendliche **sollte das Gefühl von Selbstwirksamkeit** entwickeln. Dies bedeutet, dass die*der Jugendliche Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten hat und daran glaubt, dass das eigene Handeln zu Wirkungen führt und dadurch Ziele, auch durch die Überwindung von Hindernissen, erreicht werden können („der Glaube an sich selbst“).
- Jede*r Jugendliche **sollte soziale Kompetenz entwickeln**. Dies beinhaltet die Fähigkeiten, sich empathisch in andere Menschen einzufühlen, adäquate Verhaltensweisen für soziale Situationen zu zeigen, sich selbst zu behaupten und Konflikte angemessen zu lösen.
- Jede*r Jugendliche **sollte adäquat mit Stress umgehen können**. Dies bedeutet, dass als »stressig« erlebte Situationen aktiv und angemessen eingeschätzt, bewertet und reflektiert werden, um dann eigene Fähigkeiten in wirkungsvoller Weise zu aktivieren und umzusetzen, um die Stresssituation zu bewältigen.
- Jugendliche **sollten genügend schlafen: 8 - 10 Stunden pro Tag**.

Bewegung

- Die Jugendlichen festigen ihre persönliche Motivation zur **körperlichen Aktivität** und **vertiefen ausgewählte Sportarten**.
- Jugendliche sollten sich über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßig bis stark körperlich betätigen, meist im aeroben Bereich. Kräftige aerobe Aktivitäten sowie solche, die Muskeln und Knochen stärken, sollten an mindestens 3 Tagen pro Woche durchgeführt werden.
- Vermeidbare **Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden**. Dies betrifft insbesondere die **Reduktion des freizeithlichen Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum: maximal 120 Minuten / Tag**.

Ernährung

- Jugendliche sollten ihre Mahlzeiten in einem **regelmäßigen Rhythmus** einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich **gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern** essen.
- Jugendliche sollten ausreichend und regelmäßig trinken, **Wasser ist der ideale Durstlöscher**. Im Alter von dreizehn bis vierzehn Jahren sollten Jugendliche rund 1330 ml, im Alter von fünfzehn bis siebzehn Jahren rund 1530 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.
- Jugendliche sollten sich **ausgewogen und abwechslungsreich** ernähren und dabei **fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag essen**.

Prävention

- Die Entwicklung vom 13. bis zum 17. Lebensjahr sollte mit den beiden **empfohlenen J-Untersuchungen (J1 & J2)** durch den Kinderarzt begleitet werden.
- Mit der Durchführung der **von der STIKO empfohlenen Impfungen** sollten die Jugendlichen bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.
- Durch **täglich zweimaliges Zähneputzen mit einer altersgerechten fluoridhaltigen Zahncreme** sollten die Zähne wirksam vor Karies geschützt und gesund erhalten werden.
- Die Zahngesundheit sollte durch **zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr** begleitet werden.
- **Jugendliche sollten vor den gesundheitlichen Risiken durch Hitze und Kälte geschützt werden**. Bei Aufenthalt in der Sonne sollten Sonnenschutzmaßnahmen getroffen werden.

Fallbeispiele für die Anwendung der Stuttgarter Ziele

Wie könnten die Stuttgarter Ziele in verschiedenen Kontexten in der Praxis eingesetzt werden?

Fallbeispiel I: Sozialarbeiterin Frau Mendez und Familie Ahmed aus einer Unterkunft für Geflüchtete in Stuttgart

Familie Ahmed ist vor sechs Monaten nach Stuttgart geflohen und lebt nun in einer Unterkunft für Geflüchtete. Sie haben drei Kinder: Amira (8 Monate), Yusuf (4 Jahre) und Layla (9 Jahre). Die Sozialarbeiterin Frau Mendez betreut die Familie und nutzt die Stuttgarter Ziele, um die Gesundheit der Kinder zu fördern.

Mentale Gesundheit: Frau Mendez erkennt die Bedeutung verlässlicher Bezugspersonen für die Kinder. Sie beobachtet, dass die Eltern trotz der schwierigen Situation liebevoll und aufmerksam mit ihren Kindern umgehen. Sie bestärkt die Eltern in ihrem Verhalten und erklärt ihnen, wie wichtig ihre Rolle für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder ist. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Eltern-Kind-Bindung in der neuen Umgebung gestärkt werden?*
- *Gibt es Möglichkeiten, Paten oder Mentoren für die Kinder zu finden, die als zusätzliche Bezugspersonen fungieren können?*

Bewegung: Frau Mendez stellt fest, dass die Kinder in der Unterkunft wenig Bewegungsmöglichkeiten haben. Sie zeigt der Familie nahegelegene Spielplätze, den Bolzplatz sowie den Pumptrack. Für Amira und Yusuf organisiert sie ein Fahrrad. Sie organisiert eine Ehrenamtliche aus dem „Freundeskreis“, die Layla zum Volleyballtraining begleitet und sie informiert die Eltern darüber, dass die Mitgliedschaft im Sportverein über die Bonuscard und die Bewegungsgutscheine finanziert werden kann.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können sichere Bewegungsräume in und um die Unterkunft geschaffen werden?*
- *Welche lokalen Sportvereine könnten eingebunden werden, um den Kindern vielfältige Bewegungserfahrungen zu ermöglichen?*

Ernährung: Frau Mendez bemerkt, dass es für die Familie herausfordernd ist, sich mit der deutschen Ernährung und den hier üblichen Lebensmitteln vertraut zu machen. Sie organisiert Kochkurse für die Bewohner und Bewohnerinnen, in denen gemeinsam gesunde Mahlzeiten zubereitet werden, die sowohl kulturelle Vorlieben berücksichtigen als auch die hier verfügbaren Lebensmittel mit einbeziehen. Sie erklärt den Eltern die Bedeutung von regelmäßigen Mahlzeiten, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und dem Verzehr von fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Unterkunft eine ausgewogene Ernährung für alle Bewohner sicherstellen?*
- *Welche kulturell angepassten Ernährungsempfehlungen können gegeben werden?*

Prävention: Frau Mendez überprüft, ob die Kinder alle notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erhalten haben. Sie stellt fest, dass Layla und Yusuf noch nicht zahnärztlich untersucht wurden und organisiert einen Termin. Sie erklärt den Eltern die Bedeutung der regelmäßigen Zahnpflege und verteilt altersgerechte Zahnbürsten und Zahnpasta. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann der Zugang zu medizinischer Versorgung und Vorsorgeuntersuchungen für Flüchtlingskinder verbessert werden?*
- *Welche Präventionsmaßnahmen können direkt in der Unterkunft durchgeführt werden?*

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele kann Frau Mendez gezielt die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder in der Unterkunft fördern. Sie berücksichtigt dabei die besonderen Herausforderungen und passt ihre Interventionen entsprechend an. Die Ziele geben ihr einen Leitfaden für Ihre Arbeit im Bereich Gesundheitsförderung und helfen ihr, die wichtigsten Aspekte der kindlichen Gesundheit im Blick zu behalten.

Fallbeispiel II: Sozialarbeiter Herr Lang in einer Wohngruppe für Kinder in Stuttgart-Ost

Herr Lang arbeitet als Sozialarbeiter in einer Wohngruppe eines freien Trägers in Stuttgart-Ost. Die Wohngruppe bietet Platz für acht Kinder im Alter zwischen 6 und 13 Jahren, die aus unterschiedlichen Gründen vorübergehend oder dauerhaft nicht bei ihren Familien leben können. Durch die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen hat Herr Lang mit seinem Team die tägliche Arbeit noch gesundheitsfördernder ausgerichtet.

Mentale Gesundheit: In der Wohngruppe ist Herr Lang mit vielen Kindern konfrontiert, die belastende Erfahrungen gemacht haben. Die Stuttgarter Ziele haben ihn bestärkt, dem Bedürfnis nach stabilen Beziehungen konsequent Priorität einzuräumen. Jedes Kind hat eine feste Bezugsperson im Team, regelmäßige Gespräche und verlässliche Tagesstrukturen vermitteln Sicherheit. Mit Hilfe von Visualisierungen („Was tut mir gut?“) und Kinderrunden werden Gefühle benannt und Strategien zur Stressregulation gemeinsam entwickelt. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können feste Bezugspersonen in Wohngruppen nachhaltig etabliert und gestaltet werden?
- Welche partizipativen Methoden helfen Kindern, sich emotional auszudrücken und zu stabilisieren?

Bewegung: Herr Lang und den Kindern fiel bei der Reflexion mit den Stuttgarter Zielen auf, dass sie im Alltag oft zu wenig körperlich aktiv sind. Seither haben sie gemeinsam neue Routinen eingeführt: ein täglicher Spaziergang nach der Schule, Bewegungsspiele im Garten, regelmäßige Turnhallenzeiten am Wochenende. Gemeinsam mit den Kindern werden Sportangebote im Stadtteil erkundet – Herr Lang kooperiert dabei mit den Sportvereinen und stellt sicher, dass die Kinder dort Anschluss finden können. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann körperliche Aktivität in die Tagesstruktur von Wohngruppen integriert werden?
- Welche Kooperationen und Fördermöglichkeiten erleichtern Kindern den Zugang zu Bewegung?

Ernährung: In der Wohngruppe werden die Mahlzeiten gemeinsam geplant und zubereitet. Die Stuttgarter Ziele haben Herr Lang und das Team dazu motiviert, stärker auf Regelmäßigkeit, Ausgewogenheit und gemeinsame Esskultur zu achten. Kinder übernehmen Verantwortung bei der Auswahl, beim Kochen und beim Tischdienst. Wasser als Hauptgetränk und Obst als Snack gehörten bereits zum Alltag, darin wurde das Team durch die Ziele nochmals bestätigt. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann Essenszubereitung als gesundheitsfördernder und beziehungsstärkender Bestandteil im Alltag genutzt werden?
- Wie lassen sich Kinder aktiv an Entscheidungen zur Ernährung beteiligen?

Prävention: Durch die Auseinandersetzung mit den Zielen fühlt sich das Team in seiner Routine bestärkt, regelmäßig zu überprüfen, bei welchen Kindern oder Jugendlichen welche U-Untersuchung, Impfung oder Zahnvorsorge ansteht. Zahnpflege wird durch feste Rituale begleitet, bei Ausflügen wird auf Sonnenschutz geachtet. Gesundheitliche Themen werden regelmäßig kindgerecht aufgegriffen – z. B. in thematischen Gruppenabenden. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können Vorsorge und Zahngesundheit im Alltag von stationären Einrichtungen verbindlich verankert werden?
- Welche niedrigschwelligen Wege der Gesundheitsbildung eignen sich für Wohngruppensettings?

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele kann Herr Lang gezielt die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder in der Wohngruppe fördern. Er berücksichtigt dabei die besonderen Herausforderungen des Lebens in stationärer Betreuung und gestaltet gemeinsam mit dem Team und den Kindern gesundheitsförderliche Strukturen im Alltag. Die Ziele geben ihm einen klaren fachlichen Rahmen und unterstützen dabei, die zentralen Aspekte der kindlichen Entwicklung kontinuierlich im Blick zu behalten.

Fallbeispiel III: Rektorin Frau Nowak und ihre Grundschule in Stuttgart-West

Frau Nowak ist die Rektorin einer Grundschule in Stuttgart-West, deren Schülerinnen und Schüler aus verschiedenen sozialen und kulturellen Hintergründen stammen. Sie nutzt die Stuttgarter Ziele, um die Gesundheitsförderung an ihrer Schule zu stärken und eine ganzheitliche Entwicklung der Kinder zu unterstützen.

Mentale Gesundheit: Frau Nowak sensibilisiert die Lehrkräfte dafür, feinfühlig auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen und ihre sozialen Kompetenzen sowie ihr Selbstwirksamkeitsgefühl zu fördern. Sie regt das Kollegium dazu an, dass der Leistungsdruck so gering als möglich gehalten und gut gesteuert wird, indem bspw. auf genügend zeitlichen Abstand zwischen Klassenarbeiten geachtet wird. Frau Nowak prüft, ob und wie der Schulbeginn auf 8 Uhr verschoben werden kann. Sie bringt ein entsprechendes Konzept in die Schulkonferenz ein, da dadurch den Kindern mehr Schlaf ermöglicht werden kann.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können Lehrkräfte gezielt geschult werden, um die mentale Gesundheit der Kinder zu fördern?*
- *Welche Programme oder Projekte können eingeführt werden, um das Selbstbewusstsein und die sozialen Kompetenzen der Kinder zu stärken?*

Bewegung: Frau Nowak wirkt darauf hin, dass Sport abwechslungsreich und möglichst ohne Leistungsdruck angeboten wird. Sie stellt sicher, dass alle Kinder täglich mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sein können: Sie arbeitet mit lokalen Sportvereinen zusammen, um zusätzliche Bewegungsangebote wie Fußball, Hip-Hop oder Klettern im Rahmen des Ganztags anzubieten. Außerdem werden Pausen aktiv gestaltet, z. B. durch Spiele im Freien.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können das Schulgebäude und der Schulhof so gestaltet werden, dass noch mehr Bewegung ermöglicht und gefördert wird?*
- *Welche Kooperationen mit Sportvereinen oder Organisationen können geschlossen werden?*

Ernährung: Frau Nowak lässt einen Trinkbrunnen aufstellen und sie führt ein kostenloses Frühstück in Kooperation mit dem Verein „Frühstück für Kinder“ ein, um sicherzustellen, dass alle Kinder Zugang zu Wasser und Essen haben. Sie organisiert Workshops für Eltern und Kinder, in denen die Bedeutung von gesunder Ernährung vermittelt wird. In der Schulkantine wird auf eine ausgewogene Speisenauswahl mit viel Obst und Gemüse geachtet. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann sichergestellt werden, dass alle Kinder Zugang zu gesunden Mahlzeiten haben?*
- *Welche Bildungsangebote können Eltern und Kinder gemeinsam für eine bessere Ernährung nutzen?*

Prävention: Frau Nowak organisiert zahnärztliche Untersuchungen und Karies-Prophylaxe-Aktionen für ihre Schule, in welchen altersgerechte Zahnbürsten und Zahnpasta an die Schülerinnen und Schüler verteilt werden. Sie sensibilisiert Eltern für die Bedeutung von U-Untersuchungen sowie Impfungen. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Schule Eltern bei der Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen unterstützen?*
- *Welche weiteren präventiven Maßnahmen können direkt in der Schule umgesetzt werden (z. B. Sonnenschutz auf dem Pausenhof)?*

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele fördert Frau Nowak nicht nur die Gesundheit ihrer Schülerinnen und Schüler, sondern schafft auch eine Grundlage für deren langfristiges Wohlbefinden. Die Ziele bieten ihr eine klare Orientierung für Maßnahmen im Schulalltag und ermöglichen es ihr, gezielt auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen.

Fallbeispiel IV: Schulsozialarbeiter Herr Becker an einer Realschule in Stuttgart-Wangen

Herr Becker ist Schulsozialarbeiter an einer Realschule mit rund 400 Schüler*innen im Alter von 10 bis 17 Jahren. Durch die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen hat er neue Impulse erhalten, um Gesundheitsthemen gezielt in seine Arbeit zu integrieren.

Mentale Gesundheit: Herr Becker nutzt Pausen und den offenen Treff, um mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen. Besonders Jugendlichen mit wenig familiärem Rückhalt bietet er sich als verlässliche Bezugsperson an. Um Selbstwirksamkeit zu fördern, bindet er Jugendliche aktiv in schulische Projekte ein – etwa bei der Planung eines Sporttags oder der Gestaltung des Aufenthaltsraums. In Konfliktsituationen arbeitet er mit den Jugendlichen an selbst entwickelten Lösungsstrategien. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können Jugendliche gezielt dabei gestärkt werden, Verantwortung für sich selbst und ihre Umwelt zu übernehmen?
- Wie lässt sich im Schulalltag verlässlich Beziehungsarbeit gestalten – über Einzelfälle hinaus?

Bewegung: Herr Becker ist bewusst, wie viel Zeit viele Schüler*innen vor Bildschirmen verbringen und wie fern die Ziele für viele „seiner“ Jugendlichen scheinen. Die Stuttgarter Ziele motivieren ihn, mit den Jugendlichen direkt in den Dialog über deren Mediennutzung und Sitzzeiten zu gehen. Es zeigt sich, dass die Jugendliche ihre Nutzung selbst kritisch sehen, allerdings fehle es an passenden Alternativen. In Kooperation mit dem Jugendhaus beschließt er daher, vermehrt niedrigschwellige Bewegungsangebote zu machen. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können auch bewegungsferne Jugendliche zu mehr körperlicher Aktivität motiviert werden?
- Welche Kooperationspartner im Stadtteil können für regelmäßige Bewegungsangebote gewonnen werden?

Ernährung: Viele Jugendliche kommen ohne Frühstück zur Schule. Herr Becker initiiert gemeinsam mit Schüler*innen ein einfaches Pausenangebot mit Wasser, Brot, Joghurt und Obst. Er wirkt darauf hin, dass bei Schulveranstaltungen gesunde Verpflegungsstandards berücksichtigt werden und bringt Ernährungsthemen auch in schulische Gremien ein. Mit den Jugendlichen gestaltet er eine Challenge, bei welcher sie eine Woche ausschließlich Wasser oder Sprudel trinken und dabei thematisieren, was das für ihre Gesundheit bringt.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann Ernährung im Schulkontext alltagsnah und ohne erhobenen Zeigefinger thematisiert werden?
- Welche Beteiligungsmöglichkeiten bieten sich, damit Jugendliche eigene Essgewohnheiten reflektieren?

Prävention: Im Rahmen von Projekttagen informiert Herr Becker über Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Zahngesundheit. In Einzelgesprächen fragt er nach, inwiefern die Jugenduntersuchungen bekannt sind und klärt auf. Er erarbeitet ein Präventionscurriculum und ihm gelingt es, dass dieses in der Schulkonferenz beschlossen wird.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann Prävention jugendgerecht und selbstbestimmt vermittelt werden?
- Welche Kooperationen helfen, Gesundheitsangebote an der Schule zu etablieren?

Fazit: Durch die Orientierung an den Stuttgarter Zielen gelingt es Herrn Becker, Gesundheitsförderung systematisch in seine schulsozialarbeiterische Arbeit einzubinden. Dabei stärkt er nicht nur das Verhalten und die Kompetenzen der Jugendlichen, sondern wirkt aktiv auf gesundheitsförderliche Strukturen in der Schule hin. Die Ziele geben ihm eine fundierte fachliche Grundlage, um Beteiligung, Beziehung und gesundheitliche Chancengleichheit im Schulalltag nachhaltig zu fördern.

Fallbeispiel V: Lehrer Herr Roth am Gymnasium in Stuttgart-Degerloch

Herr Roth unterrichtet Mathematik und Englisch an einem Gymnasium in Stuttgart-Degerloch. Er begleitet eine 11. Klasse auf dem Weg zum Abitur. Im Schulalltag erlebt er immer wieder, wie groß der Leistungsdruck auf die Jugendlichen ist – insbesondere kurz vor Klausuren und Präsentationen. Die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen hat ihn ermutigt, die Gesundheit seiner Schüler*innen auch im Fachunterricht stärker in den Blick zu nehmen.

Mentale Gesundheit: Herr Roth achtet darauf, seine Schüler*innen wertschätzend zu begleiten und in Stresssituationen Unterstützung anzubieten. Er plant den Klausurkalender seiner Fächer in Absprache mit den Kolleg*innen und achtet auf eine ausgewogene Belastung. Im Unterricht spricht er offen über Prüfungssituationen, vermittelt Strategien zur Stressbewältigung und thematisiert Zeitmanagement. Schüler*innen, die besonders belastet wirken, vermittelt er aktiv an die Schulsozialarbeit oder das Beratungslehrteam. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann mentale Gesundheit auch im Fachunterricht gestärkt und entlastend begleitet werden?
- Welche Strategien helfen Jugendlichen, mit schulischem Stress und Druck umzugehen?

Bewegung: Herr Roth fällt auf, wie lange die Jugendlichen täglich sitzen – in der Schule, beim Lernen und in der Freizeit. Als kleine Unterbrechung baut er kurze Bewegungsimpulse in den Unterricht ein, z. B. durch „Steh- und Denkphasen“ oder kreative Gruppenarbeit im Stehen. In Einzelgesprächen regt er Schüler*innen an, Ausgleich durch Bewegung zu suchen. Er stellt im Klassenzimmer ein Plakat mit den Bewegungszielen aus den Stuttgarter Zielen auf und thematisiert diese z. B. bei Einstiegsgesprächen in Englisch („How do you move – and why?“).

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können Bewegungsimpulse auch im gymnasialen Fachunterricht Raum finden?
- Welche fächerübergreifenden Anlässe eignen sich zur Thematisierung gesunder Routinen?

Ernährung: Vor allem in Prüfungsphasen kommen Schüler*innen häufig ohne Frühstück in die Schule. Herr Roth nutzt Gesprächsanlässe in der Klasse, um auf Ernährung und Trinken hinzuweisen – etwa bei der Vorbereitung auf lange Klausuren oder mündliche Prüfungen. In Englisch wird das Thema „Food & Health“ im Unterricht aufgegriffen. Gemeinsam mit dem Klassenteam regt er an, eine kleine gesunde Snackstation für Projekttag einzuführen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann Ernährung im schulischen Kontext alltagsnah und fächerübergreifend behandelt werden?
- Welche Impulse motivieren Jugendliche, in Prüfungsphasen auf ihre Ernährung zu achten?

Prävention: Herr Roth vermittelt Wissen zu Gesundheitsthemen, wo es thematisch passt – etwa im Englischunterricht beim Thema „Mental health in adolescence“, hier weist er die Klasse auf die Möglichkeit der J1 und J2-Untersuchungen hin. Bei Klassenfahrten achtet er auf Sonnenschutz und ermutigt die Jugendlichen, Eigenverantwortung für ihr Wohlbefinden zu übernehmen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie können Prävention und Eigenverantwortung in der gymnasialen Oberstufe sinnvoll verknüpft werden?
- Welche Impulse fördern das Gesundheitsbewusstsein von Jugendlichen auch außerhalb des Unterrichts?

Fazit: Durch die Orientierung an den Stuttgarter Zielen gelingt es Herrn Roth, Gesundheit auch im Fachunterricht sichtbar zu machen. Er nutzt kleine, alltagsnahe Impulse, um Jugendliche für mentale Ausgeglichenheit, Bewegung, Ernährung und Prävention zu sensibilisieren. Dabei stärkt er nicht nur die individuelle Selbstverantwortung, sondern wirkt auch auf eine gesundheitsbewusste Lernkultur im Schulalltag hin.

Fallbeispiel VI: Kinderärztin Dr. Nguyen und ihr Praxisteam in Stuttgart-Hallschlag

Dr. Nguyen leitet mit ihrem Team eine Kinder- und Jugendarztpraxis in Stuttgart-Hallschlag. Viele der betreuten Familien bringen vielfältige soziale und kulturelle Hintergründe mit und sehen sich mit unterschiedlichen Herausforderungen im Alltag konfrontiert. Das Team nutzt die Stuttgarter Ziele, um Gesundheitsförderung verbindlich und alltagsnah in der Praxis zu verankern – vom Empfang über die Vorsorgeuntersuchung bis zur Begleitung von Jugendlichen.

Mentale Gesundheit: Das Team versteht sich als verlässlicher Ort für Kinder und begegnet Kindern und Eltern wertschätzend und aufmerksam. Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen wird gezielt die psychosoziale Situation thematisiert, z. B. durch Fragen nach Schlaf, Stress und Ressourcen. Im Wartezimmer werden Bilder von Kindern aufgehängt, die zeigen, was ihnen „guttut“. Den Eltern wird die Handreichung zu den Stuttgarter Zielen ausgegeben und darauf verwiesen, dass sie sich hieran orientieren können um die (mentale) Gesundheit ihrer Kinder bestmöglich zu fördern.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann mentale Gesundheit im Praxisalltag altersgerecht und strukturiert thematisiert werden?*
- *Wie kann die Eltern-Handreichung zur Vertiefung gesundheitsbezogener Gespräche genutzt werden?*

Bewegung: Das Praxisteam legt großen Wert darauf die Bewegung und die Mediennutzung der Kinder im Blick zu behalten, diese werden daher standardmäßig bei Vorsorgeuntersuchungen thematisiert. Im Wartebereich hängt das Team Plakate der Stuttgarter Ziele mit den Bewegungs- und Medienzielen für die verschiedenen Altersgruppen auf. Kindern mit Übergewicht empfiehlt Dr. Nguyen die kostenlosen Bewegungsangebote der Stadt und sie weist auf die Adipositasberatungsstelle hin.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie lassen sich Bewegung und Medienzeiten unkompliziert in die Anamnese integrieren?*
- *Welche lokalen Bewegungsangebote können empfohlen oder aufgehängt werden?*

Ernährung: In den Vorsorgeuntersuchungen fragt Dr. Nguyen gezielt nach Essrhythmen, Getränken und dem Obst- und Gemüseverzehr. MFA und Ärztin greifen Ernährungsthemen regelmäßig auf – unabhängig vom Körpergewicht.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann Ernährung ohne Stigmatisierung in Vorsorgegespräche integriert werden?*
- *Wie können Teammitglieder Ernährungsthemen niedrigschwellig ansprechen?*

*Prävention: Die Praxis führt ein strukturiertes Erinnerungssystem für Vorsorgeuntersuchungen ein, das automatisch Hinweise an Eltern verschickt. Impfungen werden regelmäßig im Team reflektiert – z. B. bei Rückfragen zur STIKO-Empfehlungen. Zahngesundheit wird bei Vorsorgen angesprochen, bei Bedarf wird an lokale Zahnärzt*innen weitervermittelt. Jugendliche werden zur Eigenverantwortung ermutigt, z. B. im Rahmen der J1.*

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können Vorsorge- und Impftermine strukturiert begleitet und dokumentiert werden?*
- *Wie lässt sich die Selbstverantwortung von Jugendlichen im Rahmen der Vorsorge stärken?*

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele gelingt es Dr. Nguyen und ihrem Praxisteam, Gesundheitsförderung als festen Bestandteil des Praxisalltags zu verankern. Die Ziele bieten dem gesamten Team eine klare Orientierung, um über die medizinische Versorgung hinaus zentrale Themen wie Bewegung, Ernährung, mentale Gesundheit und Prävention systematisch und lebensnah aufzugreifen. So kann die Praxis auch unter herausfordernden Bedingungen dazu beitragen, die gesundheitlichen Chancen der Kinder und Jugendlichen nachhaltig zu stärken.

Fallbeispiel VII: Erzieherin Frau Kaya und ihre Kita in Stuttgart-Zazenhausen

Frau Kaya ist Erzieherin in einer Kita in Stuttgart-Zazenhausen. Sie betreut eine altersgemischte Gruppe von zwei- bis sechsjährigen Kindern. Durch die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen haben sie und ihr Team neue Impulse erhalten, Gesundheitsförderung stärker in den Alltag zu integrieren.

Mentale Gesundheit: Frau Kaya wurde nochmals die große Bedeutung verlässlicher Bezugspersonen und sozialer Kompetenz bewusst. Sie achtet verstärkt darauf, dass jedes Kind eine feste Ansprechperson im Team hat und nutzt Rituale wie den täglichen „Gefühlkreis“, um emotionale Entwicklung zu fördern. Besonders im Blick hat sie angesichts der angespannten Personalsituation Kinder, die zuhause möglicherweise keine konstante und verlässliche Bezugsperson erleben.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann im Kita-Alltag jedes Kind eine stabile emotionale Beziehung erleben?*
- *Welche Materialien und Rituale eignen sich, um Selbstwirksamkeit altersgerecht zu fördern?*

Bewegung: Frau Kaya achtet darauf, dass alle Kinder täglich ausreichend Bewegung erhalten – auch bei schlechtem Wetter. Sie gestaltet den Gruppenraum regelmäßig als Bewegungslandschaft und motiviert Eltern und Kinder, zu Fuß oder mit dem Rad zur Kita zu kommen. Über Aushänge und Gespräche informiert sie über die Bewegungsziele.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie lässt sich regelmäßige Bewegung unabhängig vom Wetter im Kita-Alltag sichern?*
- *Wie können die Stuttgarter Ziele Eltern als Orientierung für Bewegung im Alltag dienen?*

Ernährung: Frau Kaya bereitet gemeinsam mit den Kindern regelmäßig kleine Mahlzeiten zu, thematisiert Lebensmittel spielerisch und gibt Tipps zur Vesperdosis nach Hause. Trinkrituale gehören fest zum Alltag. Mit den Vorschulkindern testet sie, wie oft die Kitaflasche gefüllt werden muss, um auf die empfohlenen 940 ml Wasser zu kommen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können Kinder durch Beteiligung an Mahlzeiten ein gesundes Essverhalten entwickeln?*
- *Welche Gesprächsanlässe bieten sich, um Eltern für gesunde Ernährung zu sensibilisieren?*

Prävention: Durch die Ziele wurde Frau Kaya für Vorsorgeuntersuchungen und Zahngesundheit sensibilisiert. Sie tauscht sich regelmäßig im Team aus und erinnert Eltern bei Entwicklungsgesprächen an Untersuchungen. Das tägliche Zähneputzen, das während der Corona-Pandemie ausgesetzt war, wurde wieder eingeführt.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

Wie kann das pädagogische Team Prävention als Teil der Bildungsarbeit etablieren?

Welche Kooperationen unterstützen die Kita bei der gesundheitlichen Vorsorge?

Fazit: Durch die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen hat Frau Kaya neue Impulse für ihre tägliche Arbeit in der Kita erhalten. Die Ziele helfen ihr, emotionale Sicherheit, Bewegung, gesunde Ernährung und Prävention systematisch in den Alltag zu integrieren. Sie ermöglichen es ihr, gemeinsam mit Kindern und Eltern kleine, aber wirksame Schritte zu mehr Gesundheitsförderung umzusetzen.

Fallbeispiel VIII: Hauswirtschaftskraft Frau Rizzo in einer Kita in Stuttgart-Möhringen

Frau Rizzo ist als Hauswirtschaftskraft in einer Kita in Stuttgart-Möhringen tätig. Sie bereitet täglich das Frühstück, die Zwischenmahlzeiten und das Mittagessen vor und hat regelmäßigen Kontakt zu den Kindern. Durch eine Teamfortbildung zu den Stuttgarter Zielen für ein gesundes Aufwachsen hat sie erkannt, wie sehr auch ihre Arbeit zur Gesundheitsförderung der Kinder beiträgt – und begonnen, bewusster gesundheitsförderliche Impulse zu setzen.

Mentale Gesundheit: Frau Rizzo begegnet den Kindern freundlich, spricht sie mit Namen an und lobt, wenn sie beim Decken oder Abräumen helfen. Sie achtet darauf, dass die Mahlzeiten in einer ruhigen, wertschätzenden Atmosphäre stattfinden. Seit der Fortbildung bezieht sie die Kinder häufiger mit ein – etwa beim Auswählen von Obstsorten oder beim Abschätzen von Mengen – und stärkt so ihre Selbstwirksamkeit. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Essenssituation als Moment der Beziehung und Wertschätzung gestaltet werden?*
- *Welche Beteiligungsmöglichkeiten stärken das Selbstwertgefühl der Kinder im Küchenalltag?*

Bewegung: Frau Rizzo achtet bei der Planung von Zwischenmahlzeiten darauf, dass sie Bewegungsangebote nicht behindern: Es gibt leichte, gut verträgliche Snacks und ausreichend Wasser für draußen – auch für die Kinder, die Ihre Trinkflasche vergessen haben. Sie spricht mit den pädagogischen Fachkräften ab, wann welche Mahlzeiten am besten in den Tagesrhythmus passen – insbesondere bei bewegungsreichen Tagen. Sie motiviert Kinder, bei kleineren Aufgaben mitzuhelfen, etwa beim Transport der Tablets. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Verpflegung so gestaltet werden, dass sie Bewegung unterstützt statt einschränkt?*
- *Welche kleinen Aufgaben können Kinder übernehmen, um sich körperlich zu betätigen?*

Ernährung: Frau Rizzo achtet auf eine ausgewogene, kindgerechte Ernährung mit frischen Zutaten. Die Stuttgarter Ziele haben sie darin bestärkt, auf regelmäßige Essenszeiten, viel Gemüse und Wasser als Hauptgetränk zu setzen. Sie platziert Obst und Gemüse sichtbar und appetitlich, macht Wasser durch bunte Karaffen attraktiver und vermeidet überzuckerte Produkte. In Absprache mit dem Team gestaltet sie einen "Wasser-Wochenplan", auf dem jedes Kind die persönliche Trinkmenge mit Symbolen markieren kann. Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Auswahl und Präsentation von Speisen Kinder zu gesunder Ernährung motivieren?*
- *Welche einfachen Routinen fördern ein regelmäßiges und ausreichendes Trinkverhalten?*

*Prävention: Bei sommerlicher Hitze achtet sie darauf, leichte Kost anzubieten und erinnert das Team an zusätzliche Trinkzeiten. In Absprache mit den Erzieher*innen thematisiert sie mit den Kindern die Auswirkungen von verschiedenen Lebensmitteln auf die Zähne.*

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann die Essenssituation genutzt werden um weitere Präventionsthemen anzusprechen?*
- *Wie kann die Verpflegung an besondere gesundheitliche Bedürfnisse angepasst werden?*

Fazit: Durch die Auseinandersetzung mit den Stuttgarter Zielen hat Frau Rizzo ihre Rolle neu reflektiert. Sie sieht sich als aktive Mitgestalterin gesunder Kindheit. Die Ziele helfen ihr, kleine Veränderungen im Alltag umzusetzen, die eine große Wirkung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Kinder entfalten – ganz besonders in den gemeinsamen Essensmomenten.

Fallbeispiel IX: Stadtplanerin Frau Kluge und die Quartiersentwicklung in Stuttgart-Uhlbach

Frau Kluge arbeitet als Stadtplanerin im Amt für Stadtplanung und Wohnen in Stuttgart. In ihrer Funktion ist sie für Stuttgart-Uhlbach verantwortlich. Sie nutzt die „Stuttgarter Ziele für ein gesundes Aufwachsen“, um städtebauliche Maßnahmen gezielt auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen auszurichten.

Mentale Gesundheit: Frau Kluge berücksichtigt bei der Planung die Bedeutung sicherer Orte für Begegnung, Spiel und Rückzug. Sie achtet darauf, dass öffentliche Plätze kinderfreundlich gestaltet sind, soziale Interaktion ermöglichen und Aufenthaltsqualität bieten – z. B. durch schattige Sitzgelegenheiten, Rückzugsräume und sichtbare Aufsichtsmöglichkeiten für Eltern.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können Spiel- und Begegnungsräume gestaltet werden, damit sie emotionale Sicherheit bieten?*
- *Wo können ruhige Zonen geschaffen werden, in denen Kinder Stress abbauen und zur Ruhe kommen?*

Bewegung: Ein zentrales Anliegen von Frau Kluge ist es, die alltägliche Bewegung von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Sie plant autofreie Spielstraßen, sichere Radwege und gut erreichbare Bewegungsräume wie Bolzplätze, Kletteranlagen und Bewegungsparcours.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie können Wege zur Schule oder in den Park bewegungsfreundlich und sicher gestaltet werden?*
- *Welche bewegungsfördernden Angebote lassen sich wohnortnah integrieren?*

Ernährung: Frau Kluge initiiert die Einrichtung eines urbanen Gemeinschaftsgartens, in dem Familien gemeinsam Gemüse anbauen können. Sie plant einen barrierefreien Wochenmarktbereich mit gesundem, regionalem Angebot.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Welche Versorgungsangebote fördern eine gesunde Ernährung im Quartier?*
- *Wie können Orte geschaffen werden, an denen Kinder aktiv mit Lebensmitteln in Kontakt kommen?*

Prävention: Bei der Gestaltung von Spiel- und Aufenthaltsflächen achtet Frau Kluge auf UV-Schutz, z. B. durch Begrünung und Verschattungen. Sie lässt die Bedarfe für die (kinder-)ärztliche Versorgung in die Flächennutzungsplanung und die daraus entwickelte städtebauliche Planung einfließen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Welche baulichen Maßnahmen fördern die gesundheitliche Prävention im öffentlichen Raum?*
- *Wie kann die Umwelt dazu beitragen, Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche zu verbessern?*

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele gelingt es Frau Kluge, die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen gezielt in städtebauliche Planungen einzubeziehen. Die Ziele unterstützen sie dabei, gesunde Entwicklungsbedingungen nicht nur als pädagogische oder familiäre Aufgabe zu begreifen, sondern auch als gestalterische Verantwortung der Stadtentwicklung. So schafft sie mit ihrem Planungsansatz lebensfreundliche Räume, die Bewegung, Begegnung, gesunde Ernährung und Prävention im Quartier sichtbar und erlebbar machen – und damit zu einem gesunden Aufwachsen vor Ort beitragen.

Fallbeispiel X: Handballtrainer Herr Schmidt und die E-Jugend-Mädchenmannschaft in Bad-Cannstatt

Herr Schmidt ist Handballtrainer einer E-Jugend-Mädchenmannschaft (9-10 Jahre) in Bad-Cannstatt. Er nutzt die Stuttgarter Ziele, um die Gesundheit und Entwicklung seiner Spielerinnen ganzheitlich zu fördern.

Mentale Gesundheit: Herr Schmidt legt großen Wert darauf, das Selbstwirksamkeitsgefühl und die sozialen Kompetenzen der Mädchen zu stärken. Er lobt ihre Fortschritte, ermutigt sie, neue Techniken auszuprobieren, und fördert Teamwork. Zudem lehrt er sie Techniken zur Stressbewältigung, besonders im Umgang mit Wettkampfsituationen. Ihm fällt auf, dass Yasmin immer wieder das Gespräch mit ihm zu persönlichen Fragen sucht. Er bietet sich ihr als Bezugsperson an: Sie könne sich gerne bei Sorgen auch an ihn wenden.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann er individuelles Feedback geben, das die Selbstwirksamkeit jedes Mädchens stärkt?
- Welche Teambuilding-Aktivitäten können die sozialen Kompetenzen fördern?

Bewegung: Herr Schmidt gestaltet die Trainingseinheiten so, dass die Mädchen Spaß an der Bewegung haben und vielfältige sportliche Erfahrungen sammeln. Er achtet darauf, dass jedes Training mindestens 60 Minuten mäßige bis starke körperliche Aktivität beinhaltet und integriert Übungen zur Kräftigung von Muskeln und Knochen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann er die Mädchen motivieren, auch außerhalb des Trainings körperlich aktiv zu sein?
- Welche ergänzenden Sportarten könnte er den Mädchen empfehlen?

Ernährung: Herr Schmidt spricht mit den Mädchen über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für ihre sportliche Leistungsfähigkeit. Er ermutigt sie, regelmäßig zu essen, ausreichend zu trinken (besonders während des Trainings, hier führt er mehrere Trinkpausen ein) und täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu sich zu nehmen.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann er die Eltern einbeziehen, um eine gesunde Ernährung der Mädchen zu unterstützen?
- Könnte er einen Ernährungsworkshop für die Mannschaft organisieren?

Prävention: Herr Schmidt erinnert die Eltern an die Wichtigkeit regelmäßiger ärztlicher Untersuchungen und Impfungen. Er achtet auf ausreichenden Sonnenschutz bei Outdoor-Aktivitäten.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- Wie kann er die Bedeutung von Prävention altersgerecht vermitteln?
- Welche Maßnahmen zum Sonnenschutz könnte der Verein einrichten?

Fazit: Durch die Anwendung der Stuttgarter Ziele gelingt es Herrn Schmidt, weit über das sportliche Training hinaus zur ganzheitlichen Entwicklung seiner Spielerinnen beizutragen. Er stärkt mentale Gesundheit, fördert Selbstwirksamkeit und vermittelt gesunde Alltagsroutinen – sowohl in Bewegung, Ernährung als auch Prävention. Die Stuttgarter Ziele geben ihm dabei eine klare fachliche Orientierung, wie er seine Rolle als Trainer auch für die Gesundheitsförderung der Mädchen nutzen kann.

Fallbeispiel XI: Großmutter Frau Müller und ihre zwei Enkel aus Stuttgart-Mitte

Frau Müller ist Großmutter von zwei Kindern (7 und 9 Jahre) aus Stuttgart-Mitte. Sie sorgt sich um deren Gesundheit, da der alleinerziehende Vater wenig Zeit für die Kinder hat. Sie nutzt die Stuttgarter Ziele als Leitfaden, um die Gesundheit ihrer Enkel zu fördern.

Mentale Gesundheit: Frau Müller bemüht sich, eine verlässliche und wertschätzende Bezugsperson für ihre Enkel zu sein. Sie verbringt regelmäßig Zeit mit ihnen, hört ihnen zu und unterstützt sie in ihren Interessen. Sie achtet darauf, dass die Kinder genügend Schlaf bekommen und hilft ihnen, Strategien zur Stressbewältigung zu entwickeln.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann sie die Bindung zwischen den Kindern und ihrem Vater trotz dessen Zeitmangels stärken?*
- *Welche Aktivitäten können das Selbstwertgefühl und die sozialen Kompetenzen der Kinder fördern?*

Bewegung: Frau Müller motiviert ihre Enkel, sich täglich mindestens 60 Minuten körperlich zu betätigen. Sie unternimmt aktive Ausflüge mit ihnen, wie Fahrradtouren oder Spaziergänge im Park. Sie achtet darauf, dass die Bildschirmzeit der Kinder auf maximal 60 Minuten pro Tag begrenzt ist.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Welche altersgerechten Sportangebote gibt es in der Nähe, die die Kinder nutzen könnten?*
- *Wie kann sie aktive Familienzeit am Wochenende mit dem Vater anregen?*

Ernährung: Frau Müller achtet darauf, dass ihre Enkel regelmäßige Mahlzeiten einnehmen. Wenn sie auf die Kinder aufpasst, bereitet sie gesunde Mahlzeiten zu und sorgt dafür, dass die Kinder ausreichend Wasser trinken. Sie motiviert ihre Enkel, täglich fünf Portionen Obst und Gemüse zu essen, indem sie diese appetitlich zubereitet und gemeinsam mit den Kindern isst.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann sie ihrem Sohn helfen, trotz Zeitmangel gesunde Mahlzeiten für die Kinder vorzubereiten?*
- *Welche einfachen, gesunden Rezepte könnte sie den Kindern beibringen?*

Prävention: Frau Müller erinnert ihren Sohn an die wichtigen U-Untersuchungen und Impftermine der Kinder. Sie achtet darauf, dass ihre Enkel zweimal täglich ihre Zähne putzen und regelmäßig zum Zahnarzt gehen. Bei gemeinsamen Aktivitäten im Freien sorgt sie für angemessenen Sonnenschutz.

Fragen und Handlungsmöglichkeiten:

- *Wie kann sie ihren Sohn bei der Organisation der Vorsorgeuntersuchungen unterstützen?*
- *Welche präventiven Routinen kann sie in den Alltag der Kinder einbauen, wenn sie auf sie aufpasst?*

Fazit: Die Stuttgarter Ziele unterstützen Frau Müller dabei, die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Enkel im Alltag aktiv zu fördern. Sie nutzt die Ziele als praxisnahe Orientierung für ihre Rolle als verlässliche Bezugsperson und gestaltet die gemeinsame Zeit gesundheitsbewusst und stärkend. Die Ziele helfen ihr, trotz der schwierigen Familiensituation gezielt Verantwortung zu übernehmen und kleine, wirksame Routinen für ein gesundes Aufwachsen im Alltag zu verankern.

Anhang und Vertiefung

Anhang I – Literaturverzeichnis

Mentale Gesundheit – Resilienz

Bengel J., Meinders-Lücking F. & Rottmann N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BZgA.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönna-Böse, Maike (2015). Was ist Resilienz und wie kann sie gefördert werden? Online verfügbar unter: https://izi.br.de/deutsch/publikation/televizion/31_2018_1/Froehlich-Gildhoff_Roennau-Boese-Resilienz.pdf

Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönna-Böse, Maike (2015). Resilienz. München: Reinhardt/UTB

Luthar, S.S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.). Developmental psychopathology. New York: Wiley & Sons. S. 739–795

Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development.

Tianqiang Hu, Dajun Zhang, Jinliang Wang (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. In: Personality and Individual Differences. Band 76.

Mentale Gesundheit – Schlaf

Bajanowski, T. and C.F. Poets (2004). Der plötzliche Säuglingstod. Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik. Deutsches Ärzteblatt 101(47): p. A 3185–3190.

Cheng,W., Rolls, E. T., Gong,W., Du,J., Zhang,J., Zhang,X., Li,F. and Feng,J. (2020) Sleep duration, brain structure, and psychiatric and cognitive problems in children. Molecular Psychiatry (2020)

Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C et al. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. Journal of Clinical Sleep Medicine 12(6):785

Schlaud, M., et al. (1999). Prevalence and determinants of prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. Am J Epidemiol, 150(1): p. 51-7.

Spruyt K (2019) A review of developmental consequences of poor sleep in childhood. Sleep Medicine 60:3-12

Matricciani L, Paquet C, Galland B et al. (2019). Children's sleep and health: a meta-review. Sleep Medicine Reviews 46:136-150

AAP, T.F.o.S.I.D.S. (2005), The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics.

Bewegung - Bewegungsempfehlungen

Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta

Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder unter 5 Jahren (WHO 2019) und Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren (WHO 2020) in:

Bundesministerium für Gesundheit (2022) Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html>

Brand, Ralf (2010): Sportpsychologie. Wiesbaden: VS Verlag

BZgA (2017). Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.

Bewegung – Reduzierung sedentäres Verhalten / Bildschirmmediengebrauch

Brack, Belinda (2021). Determinanten sedentärer Verhaltensweisen bei Kindern

Identifikation von Zusammenhängen und Risikogruppen. Dissertation. Universitätsklinikum Ulm. Online verfügbar unter: <https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/409439>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGKJ (2022). SK2-Leitlinie: Leitlinie zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in der Kindheit und Jugend. 1. Auflage 2022. AWMF-Register Nr. 027-075. Online verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075>

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGKJ (2024). Elternversion "Die wichtigsten Empfehlungen für den Umgang mit Smartphone, Computer, Spielkonsole und TV in der Familie". Online verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinder-heilkunde_und_Jugendmedizin/027-075eltern_S2k_Praevention-dysregulierten-Bildschirmmediengebrauchs-Kinder-Jugendliche_2024-11.pdf

Schrammel, Julia (2023). Weniger Sitzen im Kindes- und Jugendalter. Maßnahmen zur Reduzierung des zeitlichen Ausmaßes des sitzenden Lebensstils von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext. Online verfügbar unter: <https://kidoks.bsz-bw.de/files/4070/Masterarbeit.pdf>

Iannotti, R. J.; Janssen, I.; Haug, E. et al. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. International Journal of Public Health, 54(2), 191-198.

Ernährung – Ernährung in den ersten Lebensmonaten

Abou-Dakn M, Abou-Omar K, Alaze-Hagemann F (2024). Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen 2024. Teilaktualisierte Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Monatsschrift Kinderheilkunde. Online verfügbar unter: <https://www.ble-medienservice.de/3291-4-ernaehrung-und-bewegung-von-saeuglingen-und-stillenden-frauen.html>

Bundesweite Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben“ (2017). Online verfügbar unter: <https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/gesund-leben-in-der-still-zeit/handlungsempfehlungen/>

Nationale Stillkommission (2015). Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2015/12/nationale_stillkommission_weiterhin_4_bis_6_monate_aus-schliesslich_stillen-194091.html

Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021). Stillen - Die beste Ernährung in den ersten Lebensmonaten. Online verfügbar unter: <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/schwangerschaft-und-baby/stillen.html>, sowie „Nationale Strategie zur Stillförderung“

Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission. Online verfügbar unter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32016R0127>, Zusammenfassung unter <https://eur-lex.europa.eu/DE/legal-content/summary/infant-and-follow-on-formula-composition-and-information.html>

Ernährung – Gemüse- und Obstverzehr

Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (2012). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Gemüse und Obst in der Prävention chronischer Krankheiten.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2024). Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen

Mathilde Kersting, Hermann Kalhoff, Thomas Lücke (2017). Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimalen Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland, Forschungsdepartment Kinderernährung

WHO, FAO – World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.

Robert Koch-Institut (2020). AdiMon-Themenblatt Obst- und Gemüseverzehr

Ernährung – Getränkezufuhr

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2000). D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr

Manz, Wentz, Sichert-Hellert (2002). The most essential nutrient: defining the adequate intake of water. J Pediatr

Ernährung – Regelmäßiger Mahlzeitenrhythmus

Abou-Dakn M, Alexy U, Beyer K et al. (2022). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter – Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2024). Ernährungsbildung in der Familie

Forschungsdepartment Kinderernährung (2019). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen: Die Optimalen Mischkost

Konsensusgruppe Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche (2019). Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche

Prävention – Vorsorgeuntersuchungen

B. Lawrenz, (2020), Pädiatrie up2date, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland, Ausgabe 1. Online verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0892-5455.pdf>.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2025). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie), in der Fassung vom 18. Juni 2015, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/kinder>.

Krüger, K., Lapstich, A.-M., Reber K. C., Sehlen, S. Liersch, S. Krauth, C. (2022). Die Wirksamkeit der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 für Kinder und Jugendliche: Eine retrospektive Kohortenstudie. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. abrufbar unter: <https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2022/22dkvf272.shtml>

Weber, Peter; Jenni, Oskar (2012): Übersichtsarbeit Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen. Effektivität und Relevanz einzelner Früherkennungs- und Präventionsmaßnahmen. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(24): 431-5; DOI: 10.3238/arztebl.2012.0431. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/126599/Kinderaerztliche-Vorsorgeuntersuchungen>

Prävention – Impfungen

Robert Koch Institut (2023). Epidemiologisches Bulletin. Empfehlungen der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch.Institut 2023. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und public Health. abrufbar unter: <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10636/EB-4-2023-Deutsch.pdf>.

Robert Koch Institut (2025). Impfkalender. Online abrufbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Impfkalender/impfkalender-node.html>

Prävention – Zahnvorsorge – Kariesprophylaxe, zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen und Gruppenprophylaxe

Berg, B, Cremer, M., Flothkötter, M., Koletzko, B., Krämer, N. et al. (2021). Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Monatsschrift Kinderheilkunde 2021 · 169. Online verfügbar unter: <https://www.ble-medienservice.de/0250-1-empfehlung-zur-kariespraevention-im-saeuglings-und-fruehen-kindesalter.html>

DGZ, DGZMK (2025). Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen. Langfassung, Version 2.0. Online verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-021.html>

Splieth, C. H. (2019), Springer Medizin e.Medpedia Pädiatrie, abrufbar unter. https://www.springermedizin.de/emedpedia/paediatrie/zahnaerztliche-untersuchung-und-prophylaxe-bei-kindern-und-jugendlichen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54671-6_15.

Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit (2023), Gesunde Kinderzähne - Information für Eltern, abrufbar unter: <https://www.lagz-bw.de/wp-content/uploads/2023/10/Eltern-Botschaften-Brosch-23-09-d-web.pdf>

S2k-Leitlinie (Langversion) Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (2016), abrufbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/083-021I_S2k_Kariesprophylaxe_2017-03.pdf

Prävention – Hitzeschutz

Schoirer, J. Lehmann, H (2023). Klimawandel - Hitze – Kindergesundheit. Pflegezeitschrift 4/2023. Online verfügbar unter <https://www.springerpflege.de/klima/klimawandel-hitze-kindergesundheit/24635674>

Klima – Mensch – Gesundheit (2024), abrufbar unter <https://www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz/babys-und-kinder/>

KLUG eV (2020). Positionspapier abrufbar unter <https://www.klimawandel-gesundheit.de/aktiv-werden/unterschriftenkampagnen/positionspapier-kinder-vor-den-folgen-der-klimakrise-schuetzen/>

Rober Koch Institut (2023) Sachstandsbericht, abrufbar unter <https://edoc.rki.de/handle/176904/11262>

Prävention – Sonnenschutz

Paller et al. (2011), Pediatrics, abrufbar unter <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/128/1/92/30304/New-Insights-About-Infant-and-Toddler-Skin>

Saucedo et al. (2020), abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287920300752>

Görig et al. (2021). Das Gesundheitswesen, abrufbar unter <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-1732222>

BZgA, Kindergesundheit-Info (2022), abrufbar unter <https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/sonnenschutz/kinderhaut-schuetzen/>

Anhang II – ausführliche Begründungen und Quellennachweise zu den Stuttgarter Zielen

Hinweis: Die jeweils abgeleitete Zielformulierung für die Stuttgarter Ziele ist grün hinterlegt.

Mentale Gesundheit	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)	Quellen
Resilienz	In einer Meta-Analyse von 60 Studien wurde der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Resilienz untersucht. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass höhere Resilienz mit einer höheren psychischen Gesundheit einhergeht. Resilienz und psychische Gesundheit hingen dabei mit einer mittleren Effektstärke zusammen.	Tianqiang Hu, Dajun Zhang, Jinliang Wang: A meta-analysis of the trait resilience and mental health (2015). In: Personality and Individual Differences. Band 76.
Resilienz - Soziale Schutzfaktoren Soziale Unterstützung / Sichere Bindung zu Eltern oder Betreuungspersonen	<p>„Es besteht Einigkeit darüber, dass der wichtigste Schutzfaktor eine stabile, wertschätzende, emotional warme Beziehung zu einer (erwachsenen) Bezugsperson ist. In ihrer umfassenden Analyse der letzten 50 Jahre Resilienzforschung kommt Luthar zu dem Schluss: »Die erste große Botschaft ist: Resilienz beruht grundlegend auf Beziehungen« (Luthar, 2006, S. 780; Übers. d. Verf.). Dabei ist weniger entscheidend, zu wem diese Beziehung besteht, sondern wie diese Beziehung gestaltet ist, damit sie sich positiv auswirkt. Wichtige Elemente sind hier die konstante Verfügbarkeit, die Vermittlung von Sicherheit und der feinfühlig Umgang mit den Bedürfnissen des Kindes sowie eine wertschätzende Unterstützung seiner Fähigkeiten (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2015). Im besten Fall sind diese Beziehungspersonen die Eltern, aber gerade die Resilienzforschung hebt die Bedeutung von sogenannten kompensierenden Bezugspersonen hervor. Dies können Fürsorgepersonen aus dem erweiterten Familienkreis sein, aber auch pädagogische Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, Grundschulen oder in der Jugendhilfe (Bengel, Meinders-Lücking & Rottmann, 2009; Pianta, Stuhman & Hamre, 2007; Luthar, 2006).“¹</p> <p>Jedes Kind sollte zumindest eine verlässliche, wertschätzende (erwachsene) Bezugsperson haben. Diese Bezugsperson ist für das Kind konstant verfügbar, vermittelt ihm Sicherheit, geht feinfühlig mit den Bedürfnissen des Kindes um und unterstützt wertschätzend dessen Fähigkeiten.²</p> <p><i>Begründung:</i> „Einer sicheren Bindung sowie einer positiven Beziehung zu mindestens einer Elternperson wird konsistent eine schützende Wirkung zugemessen, was unter verschiedenen Risikobedingungen belegt ist.“ (Bengel, Meinders-Lücking, Rottmann 2009) Hinweis: Keine altersspezifische Evidenz, daher altersgruppenübergreifend.</p>	<p>¹Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maïke (2015). Was ist Resilienz und wie kann sie gefördert werden? Online verfügbar unter: https://izi.br.de/deutsch/publikation/tele-vizion/31_2018_1/Froehlich-Gildhoff_Roennau-Boese-Resilienz.pdf</p> <p>² Fröhlich-Gildhoff, Klaus & Rönnau-Böse, Maïke (2015). Resilienz. München: Reinhardt/UTB.</p> <p>Luthar, S.S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Hrsg.). Developmental psycho-pathology. New York: Wiley & Sons. S. 739–795</p>
Resilienz - Personale Schutzfaktoren Positive Selbstwahrnehmung	<p>Bei den personalen Schutzfaktoren haben sich sechs Faktoren als wirksam gezeigt:</p> <p>Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, Soziale Kompetenz, Problemlösefähigkeiten sowie aktive Bewältigungskompetenzen/ Umgang mit Stress.¹</p> <p>→ Ziele:</p> <p>1. Selbstwirksamkeit: Jedes Kind sollte das Gefühl von Selbstwirksamkeit entwickeln. Dies bedeutet, dass das Kind Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten hat und daran glaubt, dass das eigene Handeln zu Wirkungen führt und dadurch Ziele, auch durch die Überwindung von Hindernissen, erreicht werden können („der Glaube an sich selbst“).</p> <p>→ wird als Ziel übernommen</p>	<p>¹Rönnau-Böse, M., Fröhlich-Gildhoff, K., Bengel, J. & Lyssenko, L. (2022). Resilienz und Schutzfaktoren. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.</p> <p>Bengel J., Meinders-Lücking F. & Rottmann N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BZgA.</p>

2. Soziale Kompetenz: Jedes Kind sollte Soziale Kompetenz entwickeln. Dies beinhaltet die Fähigkeiten, sich empathisch in andere Menschen einzufühlen, adäquate Verhaltensweisen für soziale Situationen zu zeigen, sich selbst zu behaupten und Konflikte angemessen zu lösen.

→ Wird als Ziel übernommen, allerdings erst ab 1 Jahr (darunter unrealistisch)

3. Aktive Bewältigungskompetenz: Jedes Kind sollte adäquat mit Stress umgehen können. Die sogenannte „aktive Bewältigungskompetenz“ bedeutet, dass als »stressig« erlebte Situationen aktiv und angemessen eingeschätzt, bewertet und reflektiert werden, um dann eigene Fähigkeiten in wirkungsvoller Weise zu aktivieren und umzusetzen, um die Stresssituation zu bewältigen.

→ Wird als Ziel übernommen, allerdings erst ab 1 Jahr (darunter unrealistisch)

4. Selbstregulation: Jedes Kind sollte sich selbst regulieren können. Die Selbstregulation umfasst die Fähigkeit, eigene Gefühle und Spannungszustände herzustellen und aufrechtzuerhalten und deren Intensität und Dauer selbstständig zu beeinflussen bzw. zu kontrollieren.

→ Ziel wird vorerst zurückgestellt (es sollen max. 3 personale Ziele aufgenommen werden)

5. Selbst- und Fremdwahrnehmung: Jedes Kind sollte sich selbst und andere „richtig“ wahrnehmen können. Das beinhaltet eine ganzheitliche und adäquate Wahrnehmung der eigenen Emotionen und Gedanken sowie die Fähigkeit, sich in die Sicht- und Denkweisen anderer hineinzusetzen.

→ Ziel wird vorerst zurückgestellt (es sollen max. 3 personale Ziele aufgenommen werden)

6. Problemlösefähigkeiten: Jedes Kind sollte Problemlösefähigkeiten entwickeln. Hierunter wird die Fähigkeit verstanden, dass (komplexe) Probleme systematisch angegangen und analysiert und unter Rückgriff auf vorhandenes Wissen Lösungsmöglichkeiten und Lösungsstrategien abgewogen und angewandt werden.

→ Ziel wird vorerst zurückgestellt (es sollen max. 3 personale Ziele aufgenommen werden)

Hinweis: Keine altersspezifische Evidenz, daher altersgruppenübergreifend (insofern passend).

Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development.

Tianqiang Hu, Dajun Zhang, Jinliang Wang (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. In: Personality and Individual Differences. Band 76.

Schlaf

0-1	> 1 - 2	3 – 5	6 - 12	13 – 17
Neugeborene (0-3 Monate): 14-17 Stunden pro Tag, einschließlich Nickerchen. Säuglinge (4-12 Monate): 12-16 Stunden pro Tag, einschließlich Nickerchen. ¹	11-14 Stunden pro Tag, einschließlich Nickerchen. ¹	10-13 Stunden pro Tag, einschließlich Nickerchen ¹	9-12 Stunden pro Tag ¹	8 bis 10 Stunden pro Tag ¹
Das Baby sollte vom ersten Tag				

¹Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C et al. (2016). Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. Journal of Clinical Sleep Medicine 12(6):785

²Spruyt K (2019) A review of developmental consequences of poor sleep in childhood. Sleep Medicine 60:3-12

Matricciani L, Paquet C, Galland B et al. (2019). Children's sleep and health: a meta-review. Sleep Medicine Reviews 46:136-150

<p>an immer – auch tagsüber - auf dem Rücken schlafen.^{3,4,5}</p>					<p>³ AAP, T.F.o.S.I.D.S. (2005), The Changing Concept of Sudden Infant Death Syndrome: Diagnostic Coding Shifts, Controversies Regarding the Sleeping Environment, and New Variables to Consider in Reducing Risk. Pediatrics. ⁴ Schlaud, M., et al. (1999). Prevalence and determinants of prone sleeping position in infants: results from two cross-sectional studies on risk factors for SIDS in Germany. Am J Epidemiol, 150(1): p. 51-7. ⁵ Bajanowski, T. and C.F. Poets, Der plötzliche-Säuglingstod.Epidemiologie, Ätiologie, Pathophysiologie und Differenzialdiagnostik. Dtsch Arztebl, 2004. 101(47): p. A 3185–3190.</p>
<p>0-1 Jahre</p>	<p>> 1 – 5 Jahre</p>	<p>6 - 12 Jahre</p>	<p>13 - 17 Jahre</p>		
<p>Säuglinge und Neugeborene sollten genügend schlafen: einschließlich Nickerchen 12 - 17 Stunden pro Tag. Die Kinder sollten vom ersten Tag an immer – auch tagsüber - auf dem Rücken schlafen.</p>	<p>Alle Kleinkinder sollten genügend schlafen: einschließlich Nickerchen 10 - 14 Stunden pro Tag.</p>	<p>Alle Kinder sollten genügend schlafen: 9 - 12 Stunden pro Tag.</p>	<p>Jugendliche sollten genügend schlafen: 8 - 10 Stunden pro Tag.</p>		
<p>Begründung: „Ausreichend Schlaf ist wichtig für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen“¹, so stellten Studien u. a. fest, dass „Kinder, die eine kürzere Schlafdauer hatten, in Bereichen wie dem orbitofrontalen Kortex, dem präfrontalen und temporalen Kortex, dem Precuneus und dem Gyrus supramarginales ein vermindertes Hirnvolumen aufwiesen. Ein geringeres Hirnvolumen in diesen Bereichen wurde wiederum mit psychischen Problemen wie Depression, Angst, impulsivem Verhalten und schlechter kognitiver Leistung in Verbindung gebracht“².</p>					<p>¹ https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhalten/HTML_Themenblatt_Schlaf.html ² Cheng,W., Rolls, E. T., Gong,W., Du,J., Zhang,J., Zhang,X., Li,F. and Feng,J. (2020) Sleep duration, brain structure, and psychiatric and cognitive problems in children. Molecular Psychiatry (2020)</p>

Bewegung	Ziele (nach Alter, sofern möglich)				Quellen
Bewegungs- dauer und Häu- figkeit	0-1 Jahre Neugeborene und Säuglinge sollten mehrmals täglich auf verschiedene Weisen körperlich aktiv sein, insbesondere durch interaktives Spielen auf dem Boden; je mehr, desto besser. Für diejenigen, die noch nicht mobil sind, beinhaltet dies mindestens 30 min in Bauchlage über den Tag verteilt, während sie wach sind.	> 1 – 2 Jahre Kleinkinder im Alter von 1-2 Jahren sollten mindestens 180 min/Tag mit/in eine/r Vielzahl von körperlichen Aktivitäten mit beliebiger Intensität, einschließlich mäßiger bis starker körperlicher Aktivität, über den Tag verteilt, erreichen; je mehr, desto besser	> 3 - 4 Jahre Kleinkinder im Alter von 3-4 Jahren sollten mindestens 180 min/Tag mit/in eine/r Vielzahl von körperlichen Aktivitäten mit beliebiger Intensität, die mindestens 60 Minuten mäßige bis starke körperliche Aktivität, verteilt über den Tag umfasst, erreichen; je mehr, desto besser	> 5 – 17 Jahre Kinder und Jugendliche sollten sich über die ganze Woche hinweg durchschnittlich mindestens 60 Minuten pro Tag mäßig bis stark körperlich betätigen, meist im aeroben Bereich. Kräftige aerobe Aktivitäten sowie solche, die Muskeln und Knochen stärken, sollten an mindestens 3 Tagen pro Woche durchgeführt werden	Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder unter 5 Jahren (WHO 2019) und Bewegungsempfehlungen der WHO für Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren (WHO 2020) in: Bundesministerium für Gesundheit (2022) Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Online verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html
	<i>0 - 3 Jahre</i> Säuglinge und Kleinkinder sollten sich so viel wie möglich bewegen und so wenig wie möglich in ihrem natürlichen Bewegungsdrang gehindert werden; dabei ist auf sichere Umgebungsbedingungen zu achten.	<i>4-6 Jahre</i> Für Kindergartenkinder soll insgesamt eine Bewegungszeit von 180 Minuten / Tag und mehr erreicht werden, die aus angeleiteter und nicht-angeleiteter Bewegung bestehen kann.	<i>6 bis 11 Jahre</i> Kinder ab dem Grundschulalter sollen eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in moderater bis hoher Intensität erreichen. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, wie z. B. mindestens 12.000 Schritte / Tag, absolviert werden.	<i>12-18 Jahre</i> Jugendliche sollen eine tägliche Bewegungszeit von 90 Minuten und mehr in moderater bis hoher Intensität erreichen. 60 Minuten davon können durch Alltagsaktivitäten, wie z. B. mindestens 12.000 Schritte / Tag, absolviert werden.	
	Es werden die obenstehenden WHO-Empfehlungen übernommen, da bei den nationalen Empfehlungen bereits eine Erneuerung empfohlen wurde: „Die bestehenden nationalen und internationalen Empfehlungen für Kinder und Jugendliche sind unterschiedlich. Dies ergibt sich vornehmlich durch die verschiedenen Entstehungsjahre und die sich dynamisch verändernden zugrundeliegenden Evidenzen. Eine Erneuerung der nationalen Empfehlungen sollte in Deutschland in regelmäßigen Abständen (ca. alle 5 Jahre) durchgeführt werden.“ ¹				

Bewegung	Ziele (nach Alter, sofern möglich)				Quellen
	<p>Begründung: „Regelmäßige und ausreichende Bewegung gilt als zentraler Faktor bei der Prävention und Behandlung nichtübertragbarer Krankheiten wie Diabetes, Schlaganfällen, Brust- und Darmkrebs sowie kardiovaskulären und psychischen Erkrankungen (Rütten & Pfeifer 2017, WHO 2018, WHO 2020). Darüber hinaus kann Bewegung weitere positive Effekte auf gesamtgesellschaftlicher Ebene haben, z.B. in den Bereichen Luftqualität und Straßensicherheit, soziale Integration und gesellschaftliche Teilhabe (Salvo et al., 2021). Bewegung leistet einen wichtigen Beitrag zur Herz-Kreislauf-Gesundheit und zur Fitness des Bewegungsapparats von Kindern und Jugendlichen (Janssen & LeBlanc, 2010; Poitras et al., 2016) sowie für ein gesundes Körpergewicht (Poitras et al., 2016). Zudem unterstützt regelmäßige Bewegung die körperliche und geistige Entwicklung (Bidzan-Bluma & Lipowska 2018) sowie die schulische Leistungsfähigkeit (Barbosa et al., 2020). Nicht zuletzt prägt das Bewegungsverhalten in jungen Jahren die weitere Bewegungsbiographie im späteren Leben; Bewegungsförderung bei Kindern und Jugendlichen ist somit auch eine Investition in die künftige Gesundheit der Bevölkerung (Telema et al. 2014; Pongiglione et al. 2020).¹ Körperliche Aktivität hat positive Wirkungen auf das kardiovaskuläre und metabolische Risikoprofil, die motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die kognitive Leistungsfähigkeit, die muskuloskeletale Gesundheit sowie die Prävalenz von Übergewicht / Adipositas. Eine hohe Evidenz besteht für den Zusammenhang zwischen der muskulären Fitness als Ergebnis der körperlichen Aktivität und der Reduktion von (zentraler) Adipositas, kardiometabolischen Risikofaktoren wie z. B. Insulinresistenz, Blutdruck, Knochengesundheit sowie Selbstwertgefühl. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass das Ausmaß an körperlicher Aktivität im Vorschulalter die Bewegungszeit im Erwachsenenalter positiv beeinflusst.²</p>				<p>² BZgA (2017). <i>Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung.</i></p>
Motivation	<p>Freude und Spaß am Bewegen erhöhen die Motivation für weitere Aktivitäten („intrinsische Motivation“, „lebenslanger aktiver Lebensstil“). Vorbilder verstärken die Effekte (u.a. „extrinsische Motivation“). Positive Bewegungserfahrungen führen zu langfristigem Verhalten.</p>				<p>Bandura, Albert (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta Brand, Ralf (2010): Sportpsychologie. Wiesbaden: VS Verlag</p>
	0 - 1 Jahre	> 1 – 5 Jahre Die Kinder erfahren Spaß und Bestätigung bei körperlicher Aktivität und lernen vielfältige Bewegungsformen kennen.	6 - 12 Jahre Die Kinder entwickeln eine positive Haltung zur körperlichen Aktivität und lernen vielfältige Sportarten kennen.	13 – 17 Jahre Die Jugendlichen festigen ihre persönliche Motivation zur körperlichen Aktivität und vertiefen ausgewählte Sportarten.	<p>https://www.kindergesundheit-info.de/themen/entwicklung/alltagstipps/entwicklungsschritte/bewegungsfreude-unterstuetzen/</p>
Reduzierung von sedentärem Verhalten	0-1 Jahre Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben vermeidbarem (motorisiertem) Transport, z. B. in Babyschale, sollte auf Bildschirmmedienkonsum verzichtet werden.	> 1 – 5 Jahre Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Kindersitz, und inaktiv drinnen verbrachten Zeiten, soll auf Bildschirmmedienkonsum verzichtet (im Alter von 1-2 Jahren) oder dieser so gering wie	6 - 12 Jahre Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Neben (motorisiertem) Transport, z. B. in Kindersitz, und inaktiv drinnen verbrachten Zeiten, soll der Bildschirmmedienkonsum so gering wie möglich gehalten werden: im	13 - 17 Jahre Vermeidbare Sitzzeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden. Dies betrifft insbesondere die Reduktion des freizeithlichen Bildschirmmedienkonsums auf ein Minimum: maximal 120 Minuten / Tag.	<p>Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. DGKJ (2022). SK2-Leitlinie: Leitlinie zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in der Kindheit und Jugend. 1. Auflage 2022. AWMF-Register Nr. 027-075. Online verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075</p>

Bewegung	Ziele (nach Alter, sofern möglich)		Quellen		
		<p>möglich gehalten werden (im Alter von 3-5 Jahren: maximal 30 Minuten an einzelnen Tagen, gemeinsam mit Erwachsenen).</p>	<p>Alter von 6-8 Jahren maximal 45 Minuten an einzelnen Tagen (gemeinsam mit Erwachsenen) bzw. im Alter von 9-12 Jahren maximal 60 Minuten pro Tag.</p>		<p>https://register.awmf.org/assets/guidelines/027_D_Ges_fuer_Kinderheilkunde_und_Jugendmedizin/027-075eltern_S2k_Praevention-dysregulierten-Bildschirmmediengebrauchs-Kinder-Jugendliche_2024-11.pdf</p> <p>¹ Schrammel, Julia (2023). Weniger Sitzen im Kindes- und Jugendalter. Maßnahmen zur Reduzierung des zeitlichen Ausmaßes des sitzenden Lebensstils von Kindern und Jugendlichen im schulischen Kontext. Online verfügbar unter: https://kidoks.bsz-bw.de/files/4070/Masterarbeit.pdf</p> <p>² Brack, Belinda (2021). Determinanten sedentärer Verhaltensweisen bei Kindern Identifikation von Zusammenhängen und Risikogruppen. Dissertation. Universitätsklinikum Ulm. Online verfügbar unter: https://oparu.uni-ulm.de/xmlui/handle/123456789/409439</p> <p>³ Iannotti, R. J.; Janssen, I.; Haug, E. et al. (2009). Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. International Journal of Public Health, 54(2), 191-198.</p>
<p>Begründung: Studien belegen, dass selbst eingeschätzte psychologische und soziale Gesundheitsindikatoren wie das Selbstbild, wahrgenommener Gesundheitszustand und Lebensqualität positiv mit körperlicher Aktivität zusammenhängen, aber mit wenigen Ausnahmen negativ mit sedentärem Verhalten in Verbindung mit der Nutzung von Bildschirmmedien. Negative Gesundheitsindikatoren wie Gesundheitsbeschwerden und Tabakkonsum standen in negativem Zusammenhang mit körperlicher Aktivität, aber, mit Ausnahmen, positiv mit sedentärem Verhalten in Verbindung mit der Nutzung von Bildschirmmedien.¹ Eine Steigerung der körperlichen Aktivität könnte im Vergleich zur Reduktion der Bildschirmzeit der effektivere Ansatz für die Reduktion der Sitzdauer bei Kindern darstellen.²</p>					

Ernährung	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)	Quellen
Ernährung in den ersten Lebensmonaten	<p>Die beste Form der Ernährung für Neugeborene und Säuglinge in den ersten Lebensmonaten ist das ausschließliche Stillen (mind. bis Beginn des 5. Monats). Anschließend folgt die Einführung von Beikost (spät. mit Beginn des 7. Monats) mit Weiterstillen.^{1, 2, 3}</p> <p>Wenn Mütter aus individuellen Gründen nicht stillen können oder wollen, stehen als Alternative industriell hergestellte Muttermilchersatzprodukte zur Verfügung.³</p> <p>Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung dürfen nur in den Verkehr gebracht werden, wenn sie den Regelungen der Delegierten Verordnung (EU) 2016/127 entsprechen.⁴</p>	<p>¹ Abou-Dakn M, Abou-Omar K, Alaze-Hagemann F (2024). Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen 2024. Teilaktualisierte Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Monatschrift Kinderheilkunde. Online verfügbar unter: https://www.ble-medienservice.de/3291-4-ernaehrung-und-bewegung-von-saeuglingen-und-stillenden-frauen.html</p>
	0-1 Jahre	
	<p>Neugeborene und Säuglinge sollten, wenn möglich, mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich gestillt werden. Die Beikost sollte spätestens mit Beginn des 7. Monats eingeführt werden. Auch nach der Einführung von Beikost sollte nach Bedarf weitergestillt werden.</p> <p>Wenn nicht oder nicht ausschließlich gestillt werden kann, sollte der Säugling nach den gesetzlichen Regelungen hergestellte Muttermilchersatzprodukte erhalten.</p>	<p>² Bundesweite Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben“ (2017). Online verfügbar unter: https://www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/gesund-leben-in-der-stillzeit/handlungsempfehlungen/</p>
	<p>Begründung: Es ist wissenschaftlicher Konsens, dass Muttermilch die optimale Ernährung für Säuglinge ist und Stillen die Gesundheit von Mutter und Kind fördert.¹⁻³</p> <p>Die Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission ergänzt die Verordnung (EU) 609/2013 über Nahrung für spezifische Gruppen, die von der Europäischen Kommission die Annahme von Vorschriften für die Zusammensetzung und Kennzeichnung von Säuglingsanfangsnahrung* und Folgenahrung* verlangt, und das mittels eines delegierten Rechtsakts, und auf der Grundlage der jüngsten wissenschaftlichen Empfehlungen. Sie verbietet nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben für Säuglingsanfangsnahrung, um das Stillen zu fördern und zu schützen. Sie hilft den nationalen Behörden, den Markt für Säuglingsanfangsnahrung mithilfe zusätzlicher Meldevorschriften besser zu überwachen.⁴</p>	<p>³ Nationale Stillkommission (2015). Online verfügbar unter: https://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2015/12/nationale_stillkommission__weiterhin_4_bis_6_monate_ausschliesslich_stillen-194091.html</p> <p>⁴ Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2021). Stillen - Die beste Ernährung in den ersten Lebensmonaten. Online verfügbar unter: https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/schwangerschaft-und-baby/stillen.html, sowie „Nationale Strategie zur Stillförderung“</p> <p>⁵ Delegierte Verordnung (EU) 2016/127 der Kommission. Online verfügbar unter: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A32016R0127, Zusammenfassung unter https://eur-lex.europa.eu/DE/legal-content/summary/infant-and-follow-on-formula-composition-and-information.html</p>

Ernährung	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)	Quellen
Gemüse- und Obstverzehr	<p>Nach der Einführung der Familienkost geht die Säuglingsernährung nahtlos in die optimierte Mischkost für Kinder und Jugendliche über.</p>	<p>⁶ Mathilde Kersting, Hermann Kalhoff, Thomas Lücke (2017). Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: das Konzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland, Forschungsdepartment Kinderernährung</p>
<p>Zu einer ausgewogenen und abwechslungsreichen Ernährung gehören reichlich pflanzliche Lebensmittel, darunter mindestens fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag.^{5, 6}</p>		<p>⁷ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2024). Lebensmittelbezogene Ernährungsempfehlungen</p>
<p>> 1 - 5 Jahre</p>	<p>> 6 - 12 Jahre</p>	<p>> 13 – 17 Jahre</p>
<p>Kleinkinder sollten sich ausgewogen und abwechslungsreich ernähren und dabei fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag essen.</p>	<p>Kinder sollten sich ausgewogen und abwechslungsreich ernähren und dabei fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag essen.</p>	<p>Jugendliche sollten sich ausgewogen und abwechslungsreich ernähren und dabei fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag essen.</p>
<p>Begründung: Als wichtige Quelle für die Aufnahme von Vitaminen, Spurenelementen, sekundären Pflanzenstoffen und Ballaststoffen und in Anbetracht ihres relativ geringen Energiegehalts machen Obst und Gemüse einen wesentlichen Bestandteil einer ausgewogenen Ernährung aus. Aufgrund einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien wird einem hohen Obst- und Gemüsekonsum eine relevante Bedeutung hinsichtlich der Prävention verschiedener chronischer Krankheiten zugeschrieben.^{7,8}</p>		
<p>Die Ergebnisse der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS-Studie) des Robert Koch-Instituts (RKI) zeigen, dass lediglich 14 % der Kinder und Jugendlichen fünf Portionen Obst oder Gemüse am Tag essen.⁹</p>		
<p>⁸ Boeing H, Bechthold A, Bub A et al. (2012). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Gemüse und Obst in der Prävention chronischer Krankheiten.</p>		
<p>⁹ WHO, FAO – World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation.</p>		
<p>¹⁰ Robert Koch-Institut (2020). AdiMon-Themenblatt Obst- und Gemüseverzehr</p>		

Ernährung	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)	Quellen												
Getränkezufuhr	<p>„Wasser ist in allen Zellen und Körperflüssigkeiten und dient u. a. als Transport- und Lösungsmittel für Nährstoffe sowie der Regulation der Körpertemperatur. Der Körper scheidet ständig Flüssigkeit über die Nieren, den Darm, die Haut sowie über die Lunge durch das Atmen aus. Daher ist eine regelmäßige Wasserzufuhr lebensnotwendig. Ein Drittel der benötigten Wassermenge wird über die feste Nahrung – insbesondere Gemüse und Obst– gedeckt und mehr als die Hälfte über Getränke“.¹⁰</p> <p>Der beste Durstlöscher ist Wasser. Auch ungesüßte Kräuter- oder Früchtetees zählen zu den empfohlenen Getränken. Bei hohem Energieumsatz, Hitze, trockener kalter Luft, reichlichem Speisesalzverzehr und pathologischen Zuständen wie Fieber, Erbrechen und Durchfall besteht ein erhöhter Wasserbedarf.^{5,10}</p> <p>Richtwerte für die Wasserzufuhr:</p> <table border="0"> <tr> <td>1 - unter 4 Jahre:</td> <td>820 ml/Tag</td> </tr> <tr> <td>4 - unter 7 Jahre:</td> <td>940 ml/Tag</td> </tr> <tr> <td>7 - unter 10 Jahre:</td> <td>970 ml/Tag</td> </tr> <tr> <td>10 - unter 13 Jahre:</td> <td>1170 ml/Tag</td> </tr> <tr> <td>13 - unter 15 Jahre:</td> <td>1330 ml/Tag</td> </tr> <tr> <td>15 - unter 19 Jahre:</td> <td>1530 ml/Tag</td> </tr> </table>	1 - unter 4 Jahre:	820 ml/Tag	4 - unter 7 Jahre:	940 ml/Tag	7 - unter 10 Jahre:	970 ml/Tag	10 - unter 13 Jahre:	1170 ml/Tag	13 - unter 15 Jahre:	1330 ml/Tag	15 - unter 19 Jahre:	1530 ml/Tag	<p>¹⁰ Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährung (SGE) (2000). D-A-CH Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr</p> <p>¹¹ Manz,Wentz, Sichert-Hellert (2002). The most essential nutrient: defining the adequate intake of water. J Pediatr</p>
1 - unter 4 Jahre:	820 ml/Tag													
4 - unter 7 Jahre:	940 ml/Tag													
7 - unter 10 Jahre:	970 ml/Tag													
10 - unter 13 Jahre:	1170 ml/Tag													
13 - unter 15 Jahre:	1330 ml/Tag													
15 - unter 19 Jahre:	1530 ml/Tag													
	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="362 737 792 769">> 1 - 5 Jahre</td> <td data-bbox="801 737 1240 769">> 6 - 12 Jahre</td> <td data-bbox="1249 737 1697 769">> 13 – 17 Jahre</td> </tr> <tr> <td data-bbox="362 775 792 1136">Kleinkinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von ein bis drei Jahren sollten Kleinkinder rund 820 ml, im Alter von vier bis fünf Jahren rund 940 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.</td> <td data-bbox="801 775 1240 1136">Kinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von sechs Jahren sollten Kinder rund 940 ml, im Alter von sieben bis neun Jahren rund 970 ml und im Alter von zehn bis zwölf Jahren rund 1170 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.</td> <td data-bbox="1249 775 1697 1136">Jugendliche sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von dreizehn bis vierzehn Jahren sollten Jugendliche rund 1330 ml, im Alter von fünfzehn bis siebzehn Jahren rund 1530 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.</td> </tr> </table>	> 1 - 5 Jahre	> 6 - 12 Jahre	> 13 – 17 Jahre	Kleinkinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von ein bis drei Jahren sollten Kleinkinder rund 820 ml, im Alter von vier bis fünf Jahren rund 940 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.	Kinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von sechs Jahren sollten Kinder rund 940 ml, im Alter von sieben bis neun Jahren rund 970 ml und im Alter von zehn bis zwölf Jahren rund 1170 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.	Jugendliche sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von dreizehn bis vierzehn Jahren sollten Jugendliche rund 1330 ml, im Alter von fünfzehn bis siebzehn Jahren rund 1530 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.							
> 1 - 5 Jahre	> 6 - 12 Jahre	> 13 – 17 Jahre												
Kleinkinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von ein bis drei Jahren sollten Kleinkinder rund 820 ml, im Alter von vier bis fünf Jahren rund 940 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.	Kinder sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von sechs Jahren sollten Kinder rund 940 ml, im Alter von sieben bis neun Jahren rund 970 ml und im Alter von zehn bis zwölf Jahren rund 1170 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.	Jugendliche sollten ausreichend und regelmäßig trinken, Wasser ist der ideale Durstlöscher. Im Alter von dreizehn bis vierzehn Jahren sollten Jugendliche rund 1330 ml, im Alter von fünfzehn bis siebzehn Jahren rund 1530 ml Wasser am Tag durch Getränke aufnehmen - bei Hitze, Sport oder Krankheit steigt der Bedarf.												
	<p>Begründung: Wasser ist der wichtigste Nährstoff und das Lebensmittel, auf das am kürzesten verzichtet werden kann, ehe Mangelercheinungen auftreten.¹¹</p>													

Ernährung	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)	Quellen			
Regelmäßiger Mahlzeitenrhythmus	<p>Regelmäßige Mahlzeiten sind wichtig für Kinder. Sie liefern Nachschub an Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit und verhindern, dass die individuelle Leistungskurve zu stark absinkt. Ein fester Rhythmus besteht z. B. aus drei Hauptmahlzeiten und zwei kleineren Zwischenmahlzeiten, dazwischen sollte es essensfreie Zeiten geben. Wer unkontrolliert „snackt“, trifft meist eine ungünstige Lebensmittelauswahl und Essen wird immer mehr zur Nebentätigkeit. Durch Zeiten des Nichtessens haben Kinder darüber hinaus die Möglichkeit wahrzunehmen, ob sie Hunger haben oder satt sind. Eltern und andere Bezugspersonen können ein gesundheitsförderliches Essverhalten des Kindes fördern, indem sie beim gemeinsamen Essen als gute Beispiele vorangehen. Für eine genussvolle Mahlzeit ist die Atmosphäre genauso wichtig wie das eigentliche Essensangebot.^{12,13,14}</p>	<p>¹² Forschungsdepartment Kinderernährung (2019). Empfehlungen für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen: Die Optimierte Mischkost</p> <p>¹³ Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche (2019). Trainermanual Adipositas-Schulung für Kinder und Jugendliche</p>			
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="362 429 788 703"> <p>> 1 - 5 Jahre Kleinkinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p> </td> <td data-bbox="797 429 1245 703"> <p>> 6 - 12 Jahre Kinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p> </td> <td data-bbox="1254 429 1697 703"> <p>> 13 – 17 Jahre Jugendliche sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p> </td> </tr> </table>	<p>> 1 - 5 Jahre Kleinkinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>	<p>> 6 - 12 Jahre Kinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>	<p>> 13 – 17 Jahre Jugendliche sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>	<p>¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (2024). Ernährungsbildung in der Familie</p> <p>¹⁵ Abou-Dakn M, Alexy U, Beyer K et al. (2022). Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter – Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben</p>
<p>> 1 - 5 Jahre Kleinkinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>	<p>> 6 - 12 Jahre Kinder sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>	<p>> 13 – 17 Jahre Jugendliche sollten ihre Mahlzeiten in einem regelmäßigen Rhythmus einnehmen. Sie sollten an den Mahlzeiten der Familie teilnehmen und so oft wie möglich gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern essen.</p>			
	<p>Begründung: „Eine ausgewogene, altersgerechte und nachhaltige Ernährung fördert eine gesunde Entwicklung und das Wohlbefinden von Kindern. Entsprechende Verhaltensweisen früh zur Gewohnheit zu machen, kann das spätere Verhalten beeinflussen – und damit kurz-, mittel- und langfristig die Gesundheit fördern. Regelmäßige Mahlzeiten, die eindeutig begonnen und beendet werden, strukturieren den Tag. Gemeinsame Mahlzeiten dienen nicht nur der Nahrungsaufnahme, sondern sind gleichzeitig soziale Interaktionen und Lernerfahrungen für das Kind“.¹⁵</p>				

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)				Quellen
Medizinische Prävention Vorsorgeuntersuchungen	0-1 Jahre U-Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> U1 (unmittelbar nach der Geburt) U2 (3.-10. Lebens-tag) U3 (4.-5. Lebens-woche) U4 (3.-4. Lebens-monat) U5 (6.-7. Lebens-monat) U6 (10.-12- Lebens-monat) 	> 1 - 2 Jahre U-Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> U7 (21.-24. Lebens-monat) U7a (34.-36- Lebensmonat) 	> 3 - 5 Jahre U-Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> U8 (46.-48. Lebens-monat) U9 (60.-64. Lebens-monat) Einschulungsuntersuchung <ul style="list-style-type: none"> 15 bis 24 Monate vor der Einschulung 	> 6 - 12 Jahre U-Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> U10 (7.-8. Lebens-jahr) U11 (9.-10. Lebens-jahr) J-Untersuchung <ul style="list-style-type: none"> J1 (12.-14. Lebens-jahr) J2 (16.-17. Lebens-jahr) 	B. Lawrenz, (2020), Pädiatrie up2date, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland, Ausgabe 1 abrufbar unter: https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0892-5455.pdf . Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder- Richtlinie), in der Fassung vom 18. Juni 2015, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/ambulant/frueherkennung-krankheiten/kinder/ . 21. Deutscher Kongress für Versorgungsfor-schung (2022): Die Wirksamkeit der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 für Kinder und Jugendliche: Eine retrospektive Kohortenstudie, abrufbar unter: https://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2022/22dkvf272.shtml https://www.aerzteblatt.de/archiv/126599/Kinderaerztliche-Vorsorgeuntersuchungen
	0-1 Jahre Die Entwicklung in den ersten 12 Lebensmonaten sollte mit den sechs vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U1 - U6) durch den Kinderarzt begleitet werden.	> 1 - 5 Jahre Die Entwicklung vom zweiten bis zum fünften Lebensjahr sollte durch die vier vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U7 - U9) und durch die Einschulungsuntersuchung (15 bis 24 Monate vor der Einschulung) durch den Kinderarzt begleitet werden.	> 6 - 12 Jahre Die Entwicklung jedes Kindes sollte mit den beiden vorgeschriebenen U-Untersuchungen (U10 - U11) durch den Kinderarzt begleitet werden.	> 13 – 17 Jahre Die Entwicklung vom 13. bis zum 17. Lebensjahr sollte mit den beiden empfohlenen J-Untersuchungen (J1 & J2) durch den Kinderarzt begleitet werden.	

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)				Quellen
	Begründung: - Verhinderung des Auftretens bestimmter Gesundheitsstörungen (Rachitis, Unfälle, Übergewicht...) - Mögliche Gefahren für die Gesundheit frühzeitig abwenden zu können - Körperliche, geistige und psycho-soziale Entwicklung gewährleisten - Die Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchungen hat den stärksten Einfluss auf eine frühzeitige Diagnosestellung				
Impfungen	0-1 Jahre Impfungen <ul style="list-style-type: none"> • Rotaviren • Tetanus • Diphtherie • Pertussis • Hib-H influenzae Typ b • Poliomyelitis • Hepatitis B • Pneumokokken • Meningokokken B • Meningokokken C • Masern • Mumps • Röteln • Varizellen 	> 1 - 2 Jahre Impfungen (2. Grundimmunisierung) <ul style="list-style-type: none"> • Masern • Mumps • Röteln 	> 3 - 5 Jahre Impfungen (Auffrischimpfung) <ul style="list-style-type: none"> • Tetanus • Diphtherie • Pertussis 	> 6 - 12 Jahre Impfungen (Auffrischimpfung) <ul style="list-style-type: none"> • Tetanus • Diphtherie • Pertussis • Poliomyelitis Impfung (Grundimmunisierung) <ul style="list-style-type: none"> • Humane Papillomviren (HPV) 	Epidemiologisches Bulletin (2023), Robert Koch Institut, abrufbar unter: https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/10636/EB-4-2023-Deutsch.pdf . Impfkalender 2024 (2024), Robert Koch Institut, abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.pdf?blob=publicationFile
	0-1 Jahre Mit der Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen sollten die Neugeborenen bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.	> 1 - 5 Jahre Mit der Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen sollten die Kleinkinder bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.	> 6 - 12 Jahre Mit der Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen sollten die Kinder bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.	> 13 – 17 Jahre Mit der Durchführung der von der STIKO empfohlenen Impfungen sollten die Jugendlichen bestmöglich vor vermeidbaren Erkrankungen geschützt und das Immunsystem trainiert werden.	
	Begründung: Impfungen gehören zu den wichtigsten und wirksamsten medizinischen Maßnahmen, um Geimpfte vor einer bestimmten Krankheit zu schützen und Krankheitserreger regional zu eliminieren und schließlich weltweit auszurotten				

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)				Quellen
Zahnvorsorge – Zähneputzen	<p>0-1 Jahre</p> <p>Von der Geburt bis zum Zahndurchbruch sollen Säuglinge ein Supplement mit 400–500 I.E. Vitamin D und 0,25 mg Fluorid erhalten. Nach dem Zahndurchbruch wird das Kind behutsam und allmählich an das Zähneputzen herangeführt. Dabei soll entweder die Weiterführung der systemischen Fluoridanwendung (0,25 mg Fluorid und 400–500 I.E. Vitamin D) oder die Fluoridanwendung durch Zahnpasta mit 1000 ppm Fluorid (bis zu 2-mal täglich, jeweils bis zu 0,125 g, Reiskorngröße) gewählt werden; das Vitamin-D-Supplement wird bis zum zweiten erlebten Frühsummer weitergeführt.¹</p>	<p>> 1 - 2 Jahre</p> <p>12 bis unter 24 Monate: Ab 12 Monaten wird das 2-mal tägliche Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta (1000 ppm Fluorid) für alle Kinder empfohlen, zunächst mit einer geringen Zahnpastamenge (jeweils bis zu 0,125 g, Reiskorngröße). Um eine zu hohe Fluoridaufnahme zu vermeiden, ist eine korrekte Dosierung der Zahnpasta unerlässlich.¹</p>	<p>> 3 - 5 Jahre</p> <p>24 Monate bis 72 Monate: Die Zähne des Kindes sollen 2-mal täglich mit jeweils bis zu 0,25 g (erbsengroße Menge) Zahnpasta (mit 1000 ppm Fluorid) geputzt werden. Die Eltern putzen mit dem Kind die Zähne. Hinzu kommt das Zähneputzen in der Kita mit bis zu 0,25 g (erbsengroße Menge) Zahnpasta (mit 1000 ppm Fluorid). Die Zahnpasta soll von den Eltern (bzw. Betreuungspersonen in der Kita) in korrekt dosierter Menge aufgetragen werden, um eine zu hohe Aufnahme zuverlässig zu vermeiden¹</p>	<p>> 6 - 12 Jahre</p>	<p>DGZ, DGZMK (2025). Kariesprävention bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen. Langfassung, Version 2.0. Online verfügbar unter: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-021.html</p> <p>Kariesprävention im Säuglings- und frühen Kindesalter. Handlungsempfehlungen des bundesweiten Netzwerks Gesund ins Leben. Online verfügbar unter: https://www.ble-medienservice.de/0250-1-empfehlung-zur-kariespraevention-im-saeuglings-und-fruehen-kindesalter.html</p> <p>C. H. Splieth, (2019), Springer Medizin e.Medpedia Pädiatrie, abrufbar unter: https://www.springer-medizin.de/emedpedia/paediatric/zahnaerztliche-untersuchung-und-prophylaxe-bei-kindern-und-juendlichen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54671-6_15.</p> <p>Landesarbeitsgemeinschaft für Zahngesundheit (2023), Gesunde Kinderzähne - Information für Eltern, abrufbar unter: https://www.lagz-bw.de/wp-content/uploads/2023/10/Eltern-Botschaften-Brosch-23-09-d-web.pdf</p> <p>S2k-Leitlinie (Langversion) Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (2016), abrufbar unter: https://register.awmf.org/as-sets/guidelines/083-021I_S2k_Kariesprophylaxe_2017-03.pdf</p>
	<p>0-1 Jahre</p> <p>Ab dem Durchbruch des ersten Milchzahns: zweimal tägliches Zähneputzen mit altersgerechter fluoridhaltiger Zahnpasta</p>	<p>> 1 - 5 Jahre</p> <p>Zweimal tägliches Zähneputzen mit altersgerechter fluoridhaltiger Zahnpasta.</p>	<p>6 - 12 Jahre</p> <p>Zweimal tägliches Zähneputzen mit altersgerechter fluoridhaltiger Zahnpasta</p>	<p>13 – 17 Jahre</p> <p>Zweimal tägliches Zähneputzen mit altersgerechter fluoridhaltiger Zahnpasta</p>	<p>Weitere Informationen: https://www.stuttgart.de/leben/gesundheitsvorsorge/zahngesundheit.php</p> <p>Tipps für Eltern: https://www.stuttgart.de/medien/ibs/web-1-x-1-fuer-kinderzaehne-2022.pdf</p>

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)				Quellen
	<p>Begründung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reduktion der Kariesprävalenz bei 12-jährigen von durchschnittlich über 6 kariösen, gefüllten und wegen Karies extrahierten Zähnen auf derzeit weniger als 1 Zahn - Zweimal tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta reduziert das Kariesvorkommen - Insbesondere Patient*innen mit erhöhtem Kariesrisiko profitieren durch strukturierte Prophylaxemaßnahmen und können dadurch das Auftreten von Karies erheblich reduzieren - Die Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz im Haushalt kann die Gesunderhaltung von kariesgefährdeten Zähnen unterstützen <p>In der S2K-Leitlinie wird die Nutzung fluoridhaltiger Zahnpasten mit min. 1000 ppm Fluorid ab dem Schulalter als nachgewiesen wirksam benannt: „Die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta mit mindestens 1000 ppm Fluorid ist eine breitenwirksame und effektive kariespräventive Maßnahme, deren Wirksamkeit ab dem Schulalter nachgewiesen ist. Daher wird ab Durchbruch der bleibenden Zähne empfohlen, das Zähneputzen mit einer Zahnpasta durchzuführen, die einen Fluoridgehalt von mindestens 1000 ppm Fluorid enthält. Die Effektivität nimmt mit der Erhöhung der Zahnputzfrequenz von einmal auf zweimal täglich und mit zunehmender Fluoridkonzentration in der Zahnpasta zu“.</p>				<p>S2k-Leitlinie (Langversion) Kariesprophylaxe bei bleibenden Zähnen – grundlegende Empfehlungen (2016), abrufbar unter: https://register.awmf.org/as-sets/guidelines/083-0211_S2k_Kariesprophylaxe_2017-03.pdf</p>
Zahnvorsorge – zahnärztliche Früherkennungs- und Gruppenprophylaxe	<p>Die Aufklärung und Beratung zur Kariesprävention und zur korrekten Umsetzung der Empfehlungen sollen im Rahmen der pädiatrischen und zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sowie im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V erfolgen.</p>				<p>https://gesund.bund.de/gesundheitsuntersuchungen-kinder-jugendliche#zahnvorsorge</p>
	<p>0-1 Jahre</p> <p>Ab dem Alter von 6 - 9 Monaten sollte die Zahngesundheit durch zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen begleitet werden.</p>	<p>> 1 - 5 Jahre</p> <p>Die Zahngesundheit sollte durch eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung pro Jahr und durch die Teilnahme an Prophylaxemaßnahmen im Kindergarten begleitet werden.</p>	<p>> 6 - 12 Jahre</p> <p>Die Zahngesundheit sollte durch zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr und durch die Teilnahme an Prophylaxemaßnahmen in der Schule begleitet werden.</p>	<p>> 13 – 17 Jahre</p> <p>Die Zahngesundheit sollte durch zwei zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr begleitet werden.</p>	<p>https://gesund.bund.de/gesundheitsuntersuchungen-kinder-jugendliche#zahnvorsorge</p>

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)			Quellen
Hitzeschutz	0-1 Jahre	>1-4	> 4 - 18	<p>¹Schoirer, J., Lehmann, H (2023). Klimawandel - Hitze – Kindergesundheit. Pflegezeitschrift 4/2023. Online verfügbar unter https://www.springer-pflege.de/klima/klimawandel-hitze-kindergesundheit/24635674</p> <p>²Klima – Mensch – Gesundheit (2024), abrufbar unter https://www.klima-mensch-gesundheit.de/hitzeschutz/babys-und-kinder/</p> <p>³KLUG eV (2020). Positionspapier abrufbar unter https://www.klimawandel-gesundheit.de/aktiv-werden/unterschriftenkampagnen/positionspapier-kindervor-den-folgen-der-klimakrise-schuetzen/</p> <p>⁴RKI (2023) Sachstandsbericht, abrufbar unter https://edoc.rki.de/handle/176904/11262</p>
<p>Säuglinge sollten konsequent vor Hitze geschützt werden, da sie in ihrer Thermoregulation noch nicht voll ausgereift sind und sich weniger gut an Hitze anpassen können als Erwachsene (durch Kühlung des Kindes und/oder der Umgebung).</p> <p>Kleinkinder sollten konsequent vor Hitze geschützt werden, da sie in ihrer Thermoregulation noch nicht voll ausgereift sind und sich weniger gut an Hitze anpassen können als Erwachsene (durch Kühlung des Kindes und/oder der Umgebung).</p> <p>Begründung: Säuglinge und Kleinkinder sind in ihrer Thermoregulation noch nicht voll ausgereift und können sich weniger gut an Hitze anpassen als Erwachsene. Gründe hierfür sind im Vergleich zum Erwachsenen ein höheres Oberflächen-Massen-Verhältnis, ein höherer metabolischer Umsatz und Stoffwechsel, sowie eine geringere Schweißbildung. Des Weiteren sind Kinder körperlich aktiver und können auch die Gefahr von Hitze nicht adäquat einschätzen¹. Bei Säuglingen und Kleinkindern kann man durch das Befühlen der Haut unterhalb des Nackens und zwischen den Schulterblättern feststellen, ob es zu heiß ist. Die Haut sollte warm, aber nicht verschwitzt sein².</p> <p>Bei älteren Kinder hingegen ist die eigene Thermoregulation ausgereift. Ein altersspezifisches Risiko bezüglich hitzebedingten Beschwerden besteht nicht. Allerdings halten sich Kinder häufiger, länger und aktiver im Freien und in der Hitze auf und setzen sich so einem erhöhten Risiko aus. Bei chronisch kranken oder behinderten Kindern bestehen darüber hinaus noch weitere hitzebedingte Gesundheitsrisiken³. Der benötigte Hitzeschutz und die geeigneten Gegenmaßnahmen sind dieselben wie bei Erwachsenen⁴.</p>	<p>Säuglinge sollten konsequent vor Hitze geschützt werden, da sie in ihrer Thermoregulation noch nicht voll ausgereift sind und sich weniger gut an Hitze anpassen können als Erwachsene (durch Kühlung des Kindes und/oder der Umgebung).</p> <p>Kleinkinder sollten konsequent vor Hitze geschützt werden, da sie in ihrer Thermoregulation noch nicht voll ausgereift sind und sich weniger gut an Hitze anpassen können als Erwachsene (durch Kühlung des Kindes und/oder der Umgebung).</p>	<p>Kinder und Jugendliche werden durch eine Anpassung des Lebensstils (z.B. kein Sport in der Mittagshitze, genügend Trinken, etc.) während Hitzeperioden vor den gesundheitlichen Schäden von Hitze geschützt.</p>		
Sonnenschutz	0-1	>1-3	> 3 - 18	<p>Paller et al. (2011), Pediatrics, abrufbar unter https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/128/1/92/30304/New-Insights-About-Infant-and-Toddler-Skin</p> <p>Saucedo et al. (2020), abrufbar unter https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287920300752</p>
<p>Direkte Sonnenexposition konsequent vermeiden</p>	<p>Direkte Sonnenexposition konsequent vermeiden</p>	<p>Sonnenschutzmaßnahmen ergreifen und einhalten: Eincremen, Sonnenbrille, Kopfbedeckung, schulterbedeckende Kleidung und Meiden von Sonne</p>		

Weitere Ziele (Prävention/ Versorgung, Umwelt ...)	Empfehlungen (nach Alter, insofern möglich)				Quellen
	Begründung: <ul style="list-style-type: none"> - Unausgebildeter Eigenschutz der Haut in den ersten 2 - 3 Lebensjahren (Paller et al., Saucedo et al.) - Anhäufung der UV-bedingten Veränderungen in der Haut bereits ab dem erstem Sommer (Paller et al.) - Bis zum 18. - 20. Lebensjahr werden durchschnittlich bereits 40-50% der gesamten Sonnenexposition eines 60-Jährigen erreicht (Saucedo et al.) - Sonnenschutzmaßnahmen werden bei Kindern zu selten ergriffen (Sonnencreme 75%, Sonnenbrille 12%) -> Ein Fünftel der untersuchten Kinder hatte im Jahr 2020 einen Sonnenbrand 				Görig et al. (2021). Das Gesundheitswesen, abrufbar unter https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0041-1732222
	0-1 Jahre Säuglinge und Neugeborene sollten konsequent vor Hitze, praller Sonne sowie vor Kälte geschützt werden. Ihre Thermoregulation ist noch nicht voll ausgereift und sie können sich weniger gut an extreme Temperaturen anpassen. Die Haut ist zudem empfindlicher gegenüber Sonneneinstrahlung.	1 - 5 Jahre Kleinkinder sollten vor Hitze, praller Sonne sowie vor Kälte geschützt werden. Ihre Thermoregulation ist noch nicht voll ausgereift und sie können sich weniger gut an extreme Temperaturen anpassen. Die Haut ist zudem empfindlicher gegenüber Sonneneinstrahlung als bei Erwachsenen.	6 - 12 Jahre Kinder sollten vor den gesundheitlichen Risiken durch Hitze und Kälte geschützt werden. Bei Aufenthalt in der Sonne sollten Sonnenschutzmaßnahmen getroffen werden.	13 – 17 Jahre Jugendliche sollten vor den gesundheitlichen Risiken durch Hitze und Kälte geschützt werden. Bei Aufenthalt in der Sonne sollten Sonnenschutzmaßnahmen getroffen werden.	¹ BZgA, Kindergesundheit-Info (2022), abrufbar unter https://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/sonnenschutz/kinderhautschuetzen/