



Gesundheitsförderung an baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen

Aktuelle Situation, Barrieren und Potentiale

Hintergrund

Für eine gesunde kindliche Entwicklung nehmen Bewegung- und Ernährungsförderung einen bedeutenden Stellenwert ein [27]. Gesundheitsförderung bietet sich bereits im Kindergarten an, da dieser als zentrale Sozialisationsinstanz einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindergartenkindern hat [30]. Zudem bilden sich schon in diesen jungen Jahren gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen heraus, die häufig bis ins Erwachsenenalter beibehalten werden [21]. In der Kindheit geprägte gesundheitsbezogene Lebensgewohnheiten wie (Alltags-)Bewegung und Ernährung sind also langfristig für den Gesundheits- bzw. Krankheitsstatus mitbestimmend.

Defizite im aktuellen kindlichen Gesundheitsverhalten

In den letzten Jahrzehnten hat sich hinsichtlich der kindlichen Lebens- und Bewegungswelt ein zunehmender Wandel vollzogen, welcher geprägt ist von einer bewegungsarmen Freizeit- und Alltagsgestaltung. Es kann eine vermehrte Verbreitung und Nutzung von Bildschirmmedien, eine Abnahme von öffentlichen Spiel- und Bewegungsräumen, sowie einer Reduktion von aktiver Alltagsgestaltung (Rückgang aktiver Transport z. B. in den Kindergarten usw. [5, 12]) beobachtet werden. Eine Folge dieser Entwicklung ist u. a., dass sich jedes vierte bzw. jedes 8. Kind im Alter von 3–10 Jahren

nicht regelmäßig bzw. nie sportlich betätigt [16]. Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Bewegungsrichtlinie von mindestens 60 min moderater bis intensiver Aktivität pro Tag [28] wird von nur 15 % der Kinder zwischen 4 und 17 Jahren erreicht [13].

Diese verminderte Bewegungszeit geht oft mit einem Mangel an elementaren Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen einher, welcher sich negativ auf die motorische Entwicklung auswirken kann [7]. Dies bestätigen zahlreiche Studien, die sich mit der motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern gegenüber früheren Generation beschäftigen [24]. Eine bedeutsame Untersuchung fand beispielsweise einen signifikanten Leistungsrückgang in Bezug auf die motorischen Fähigkeiten von Kindern über einen Zeitraum von 30 Jahren, wobei sich dieser Rückgang in immer früherem Alter bemerkbar macht [24]. Bewegungsmangel wirkt sich allerdings nicht nur negativ auf die kindliche motorische Entwicklung aus [7], sondern begünstigt zudem Übergewicht und Adipositas, sowie weitere chronische Erkrankungen im Kindesalter [29]. In Deutschland sind schon in der Altersstufe der 3- bis 6-jährigen Kinder 6,2 % übergewichtig und 2,9 % adipös [15]. Der Anteil der Kinder, die als übergewichtig bzw. adipös gelten, steigt im Altersverlauf deutlich an [15], was zeigt, dass Kindheit und Jugend als sensible Phasen für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas angesehen werden können [9].

Kinder benötigen für ihre körperliche und geistige Entwicklung neben ausreichender Bewegung eine gesunde, ausgewogene Ernährung [2], ansonsten werden Begleit- und Folgeerkrankungen wie Übergewicht und Adipositas [17], Diabetes mellitus [26] oder Karies [1] begünstigt.

Jedoch erreichen nur 12,2 % bzw. 9,4 % der 3- bis 17-jährigen Mädchen bzw. Jungen die empfohlene Obst- und Gemüsemenge von 5 Portionen pro Tag [2] und schon im Alter von 3–6 Jahren konsumieren 14 % der Kinder mehrmals täglich gesüßte Erfrischungsgetränke wie Limonade, Cola, Eistee oder Malzbier [18]. Der Konsum dieser Getränke steigt mit zunehmendem Alter deutlich an [11, 19]. Nach Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und des Forschungsinstituts für Kinderernährung (FKE) sollten maximal 10 % der täglichen Energiemenge über Süßigkeiten, Knabberartikel und gesüßte Getränke aufgenommen werden. Mehr als 80 % aller Kinder überschreiten die empfohlenen Verzehrsgrenzen, viele nehmen mehr als das Doppelte der vorgegebenen Energiemenge von süßen und fettreichen Lebensmitteln auf [25].

Gesundheitsförderung im Kindergarten

Da in Baden-Württemberg 93,1 % der 3- bis 6-Jährigen einen Kindergarten [22] besuchen, können hier fast alle Kinder unabhängig ihres kulturellen oder sozioökonomischen Hintergrunds

Tab. 1 Begründungen weshalb Bedarf an Gesundheitsförderung gesehen wird ($n = 52$)

Häufigkeit (n [%])	Begründung
15 (28,8)	Keine Gesundheitsförderung durch die Eltern
12 (23,1)	Abnahme eines gesunden kindlichen Alltagsverhaltens
9 (17,3)	Grundsätzlicher Bedarf an Gesundheitsförderung bei Kindern
4 (7,7)	Hohe in der Kita verbrachte Zeit
3 (5,8)	Wichtigkeit des Themas
3 (5,8)	Hohe Krankheitsrate
2 (3,8)	Defizit bei Stadtkindern
1 (1,9)	Einforderung durch die Eltern
1 (1,9)	Migrationshintergrund
1 (1,9)	Ersatz für nicht vorhandenen Bewegungsraum

erreicht werden. Der baden-württembergische Orientierungsplan [20], welcher als anleitendes Rahmengerüst agiert und Impulse zur pädagogischen Begleitung kindlicher Entwicklung gibt [20], versucht Aspekte der Gesundheitsförderung in den Kindergartenalltag zu integrieren. So beinhaltet das Bildungs- und Entwicklungsfeld „Körper“ Ziele wie „erstes Verständnis für die Gesunderhaltung des eigenen Körpers“ [20] oder „Ausbau der konditionellen und koordinativen Fertigkeiten und Fähigkeiten“ [20]. Ebenso gibt es gesundheitsbezogene „Fragen als Denkanstöße“ [20] für die Erzieher¹. Eine konkrete Umsetzung des Themas Gesundheitsförderung im Kindergarten wird jedoch nicht gegeben. Der Einsatz von speziell für den Kindergarten entwickelten Gesundheitsförderprogrammen scheint daher notwendig und sinnvoll.

Mit der vorliegenden Befragung soll gezeigt werden, wie Gesundheitsförderung aktuell in baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen umgesetzt wird und welche Barrieren, aber auch welche Potentiale vorhanden sind. Dabei soll insbesondere über-

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

Tab. 2 Begründungen weshalb kein Bedarf an Gesundheitsförderung gesehen wird ($n = 48$)

Häufigkeit (n [%])	Begründung
29 (60,4)	Beachtung des Themas im Einrichtungsalldag
7 (14,6)	Aufgabe der Eltern
4 (8,3)	Große Menge anderer Aufgaben
1 (2,1)	Zu junges Alter der Kinder
1 (2,1)	Andere Schwerpunkte
1 (2,1)	Zeitmangel

prüft werden, ob Bedarf an Gesundheitsförderprogrammen erkannt wird und ob aktuelle gesundheitsbezogene Entwicklungen im Kindesalter wie die Abnahme von motorischen Fähigkeiten oder der Rückgang einer ausgewogenen kindlichen Ernährung schon von Erziehern wahrgenommen werden. Weiterhin soll dargestellt werden, welche Hinderungsgründe für die Umsetzung von Gesundheitsförderung auftreten und wie sich Einrichtungsleitungen ein ideales Gesundheitsförderprogramm wünschen würden. Zudem findet eine Dokumentation der bereits umgesetzten Gesundheitsförderprogramme in baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen statt. Die Ergebnisse dieser landesweiten Bestandsanalyse werden in dem vorliegenden Artikel vorgestellt.

Methodik

Von allen 8348 Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg wurden 100 Einrichtungen randomisiert ausgewählt. Mit den Einrichtungsleitungen ($n = 100$) der ausgewählten Kindertageseinrichtungen wurden im November 2017 strukturierte Telefoninterviews durchgeführt. Das Einverständnis zur Datenerhebung wurde von der jeweiligen Einrichtungsleitung zu Beginn des Interviews mündlich gegeben. Insgesamt konnten 100 strukturierte Interviews durchgeführt werden. Die Interviews wurden von qualifizierten Mitarbeitern durch Notizen bzw. eine Mitschrift dokumentiert. Die Datenauswertung erfolgte anhand des thematischen Kodierens [6] und der qualitativen Inhaltsanalyse nach

Mayring [18]. Die Kategorien wurden induktiv gebildet.

Die 19 Interviewfragen wurden von einem interdisziplinären Team aus Wissenschaftlern unter Zusammenarbeit mit einem pädagogischen Beirat aus Erziehern und Lehrern generiert. Zu Beginn des Interviews wurden formale Aspekte wie Einrichtungskonzept, Öffnungszeiten und Einrichtungsgröße erfasst. Die darauf folgenden Fragen gliederten sich inhaltlich in die Bereiche „Stellenwert und Bedarf von Gesundheitsförderung“, „wahrgenommene Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Lebenswelt und Entwicklung von Kindern“, „aktuell durchgeführte Gesundheitsförderprogramme“, „Hinderungsgründe für die Umsetzung von Gesundheitsförderung“ und „Wunschhalte von Gesundheitsförderung“.

Ergebnisse

Stichprobenmerkmale

Von den 100 randomisiert ausgewählten Einrichtungen wurden 100% telefonisch erreicht. Zwar mussten bei vielen Einrichtungen Anrufe zur Gesprächsterminvereinbarung unternommen werden, damit die Einrichtungsleitung Zeit für ein längeres Gespräch hatte, aber alle randomisiert ausgewählten Einrichtungsleitungen waren gesprächs- und auskunftsbereit. Die Kindertageseinrichtungen ($n = 100$) betreuten im Durchschnitt 48 ($48,42 \pm 26,39$) Kinder, davon hatten im Durchschnitt 20 ($20,31 \pm 22,19$) Kinder einen Migrationshintergrund. 31% der Kindertageseinrichtungen hatten nur vormittags geöffnet, 17% hatten verlängerte Öffnungszeiten und 52% der Einrichtungen waren Ganztagskindergärten. Die meistgenannten Einrichtungskonzepte waren der sog. Situationsansatz (12%) und das (teil)offene Konzept (17%); 3 Kindergärten betonten einen ausdrücklich bewegungsorientierten Schwerpunkt.

Stellenwert und Bedarf von Gesundheitsförderung

52% der Einrichtungen gaben an, in ihrer Einrichtung Bedarf an Gesund-

Präv Gesundheitsf <https://doi.org/10.1007/s11553-018-0647-0>
© Der/die Autor(en) 2018

O. Wartha · J. M. Steinacker · S. Kobel

Gesundheitsförderung an baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen. Aktuelle Situation, Barrieren und Potentiale

Zusammenfassung

Hintergrund. Im letzten Jahrzehnt kann eine deutliche, negative Entwicklung hinsichtlich des kindlichen Bewegungs- und Ernährungsverhaltens beobachtet werden. Programme zur Gesundheitsförderung bieten sich bereits im Kindergarten an, da diese zentrale Sozialisationsinstanz einen prägenden Einfluss auf das Gesundheitsverhalten von Kindern hat.

Fragestellung. Wie wird Gesundheitsförderung aktuell in baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen umgesetzt, welche Hinderungsgründe gibt es und welche Wunschinhalte für zukünftige Gesundheitsförderprogramme (GFP) werden genannt?

Methodik. Im Rahmen einer landesweiten Bestandsanalyse wurden von allen 8348 Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg 100 Einrichtungen randomisiert

ausgewählt. Mit den Einrichtungsleitungen ($n = 100$) wurden strukturierte Interviews mit 19 Fragen durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte anhand des thematischen Kodierens und der qualitativen Inhaltsanalyse.

Ergebnisse. 48 % der Einrichtungen sahen keinen Bedarf an Gesundheitsförderung. Konkrete GFP wurden in 28 der 100 Einrichtungen umgesetzt. 50 % der 28 Einrichtungen waren Einrichtungen, die zuvor keinen Bedarf an Gesundheitsförderung angaben. Von den 52 Einrichtungen, die angaben, Bedarf für Gesundheitsförderung zu sehen, führten 25 % ein Programm durch. Meistgenannte Hinderungsgründe waren „Bedarf an anderen (Förder-)Programmen“, „kein Bedarf an Gesundheitsförderung“ und organisatorisch-strukturelle Gründe wie Personal-, Geld- und Zeitmangel. Als Wunschinhalte für zukünftige GFP wurden eine „gute Umsetzbarkeit

im Kindergartenalltag“, „altersgerechte Inhalte“, „geringer Zeitaufwand“ und eine „Einbeziehung der Eltern“ genannt.

Diskussion. Es wird deutlich, dass eine breite Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden muss. Kindergartenleitungen, Trägern, Erziehern und Eltern muss die hohe gesundheitspolitische Relevanz für frühzeitige Gesundheitsförderung vermittelt werden. Es muss verdeutlicht werden, welche prägende (Vorbild-)Rolle Erzieher innehaben und dass bereits Programme zur Gesundheitsförderung existieren, welche den genannten Wunschinhalten entsprechen.

Schlüsselwörter

Prävention · Kinder · Intervention · Gesundheitsförderprogramm · Public Health

Health promotion at day care centers in Baden–Württemberg. Current situation, barriers, and potentials

Abstract

Background. Over the past decade, there has been a significant deterioration in the physical activity and dietary behaviour of children. As day care centers have a socially formative influence on the health behaviour of children, health promotion programmes that promote increased physical activity and positive dietary behaviour in young children have lent themselves to be implemented within these organisations.

Research question. How is health promotion currently being implemented in day care centers in Baden–Württemberg; what backgrounds exist and what are the desired outcomes for future health promotion programmes (HPP)?

Methods. As part of a state-wide status analysis, 100 day care centers were randomly selected from all 8348 day care centers in

Baden–Württemberg. Partially standardised interviews containing 19 questions were conducted with the day care centers' deputies ($N = 100$). Data analysis was based on thematic coding and qualitative content analysis.

Results. In all, 48% of the day care centers saw no requirement for health promotion. Concrete HPPs have been implemented in 28 of the 100 day care centers; 52% of these 28 day care centers did not previously indicate any need for health promotion. Of the 52 day care centers that did report a need for health promotion, 25% implemented a programme. The main barriers were reported as “demand for other (promotional) programmes”, “no necessity for health promotion” and organisational-structure reasons such as staff, money and time constraints. Desired wishes for future HPPs included “good practicability

in day care center life”, “age appropriate content”, “little time requirement” and “parental involvement”.

Discussion. It is apparent that wider promotional activity needs to be undertaken. Day care center leaders, sponsors, teachers and parents need to be provided with the required policy information and relevance for early health promotion. The instrumental role that teachers play needs to be highlighted as well as information that programmes for health promotion already exist which correspond to the previously desired outcomes.

Keywords

Prevention · Children · Intervention · Health promotion program · Public health

heitsförderung zu sehen, wohingegen 48 % der Einrichtungen keinen Bedarf sahen. Von den 52 Einrichtungen, die Bedarf an settingbasierter Gesundheitsförderung angaben, wurden als Gründe besonders die fehlende Gesundheitsförderung durch die Eltern (28,8 %) und

die Abnahme eines gesunden kindlichen Alltagsverhaltens (23,1 %) angegeben. Zudem wurde ein grundsätzlicher (Verbesserungs)bedarf an Gesundheitsförderung bei Kindern genannt (17,3 %; **Tab. 1**).

Die 48 Einrichtungen, die keinen Bedarf an Gesundheitsförderung sahen, begründeten dies damit, dass im Einrichtungsalltag schon ausreichend auf Gesundheitsförderung geachtet werde (60,4 %), Gesundheitsförderung Aufgabe der Eltern sei (14,6 %) und die Einrich-

Tab. 3 Hinderungsgründe der Einrichtungen, die kein Gesundheitsförderprogramm umsetzen ($n = 72$)

Häufigkeit (n [%])	Hinderungsgründe
16 (22,2)	Bedarf an anderweitigen (Förder-)Programmen
14 (19,4)	Kein Bedarf an Gesundheitsförderung
9 (12,5)	Zeitmangel
9 (12,5)	Zu großer Aufwand
7 (9,7)	Personalmangel
7 (9,7)	Verwendung eigener Konzepte
3 (4,2)	Geldmangel
3 (4,2)	Kein passendes Programm
2 (2,8)	Personalwechsel in der Leitung
1 (1,4)	Keine Vereinbarkeit mit offenem Konzept
1 (1,4)	Unerfüllbarkeit der Programmanforderungen
1 (1,4)	Fehlendes Elterneinverständnis
1 (1,4)	Zu junges Alter der Kinder

tungen schon genügend Aufgaben hätten (8,3%); alle weiteren Angaben sind in **Tab. 2** aufgeführt.

Wahrgenommene Veränderungen in der kindlichen Lebenswelt

Bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen in der gesundheitsbezogenen Lebenswelt und Entwicklung von Kindern sahen 18 % der Einrichtungsleitungen ($n = 100$) bei der Qualität des mitgegebenen Pausenbrots eine Verbesserung im Vergleich zu vor 10 Jahren. 32 % sahen eine Verschlechterung und 28 % konnten keine Veränderung beobachten. 22 % machten keine Angabe. Hinsichtlich der kindlichen Motorik gaben 4 % der Einrichtungsleitungen ($n = 100$) an, eine Verbesserung wahrzunehmen, 66 % nahmen eine Verschlechterung im Vergleich zu vor 10 Jahren wahr, 24 % stellten keine Veränderung fest und 6 % machten keine Angaben.

Tab. 4 Wunschinhalte von den Einrichtungen, die schon Gesundheitsförderprogramme umsetzen ($n = 28$)

Häufigkeit (n [%])	Wunschinhalte
10 (35,7)	Gute Umsetzbarkeit
4 (14,3)	Gute Integrierbarkeit
4 (14,3)	Einbeziehung der Eltern
4 (14,3)	Einrichtungsorientierung/ Individuelle Anpassung
3 (10,7)	Gute Materialien
3 (10,7)	Altersgerechte Inhalte
2 (7,1)	Themen „Bewegung“ und „Ernährung“
2 (7,1)	Erzieherbildungen
2 (7,1)	Praxisbezug
1 (3,6)	Nachhaltigkeit
1 (3,6)	3D-Materialien
1 (3,6)	Regelmäßige Programmumsetzung
1 (3,6)	Spielerische Umsetzung
1 (3,6)	Günstiges Programm
1 (3,6)	Umsetzung durch externe Fachkräfte

Aktuell durchgeführte Gesundheitsförderprogramme

Konkrete Gesundheitsförderprogramme wurden in 28 der 100 Einrichtungen umgesetzt. 50 % der 28 Einrichtungen waren Einrichtungen, die zuvor angaben, keinen Bedarf an Gesundheitsförderung zu sehen. Von den 48 Kindertageseinrichtungen, die angaben, keinen Bedarf an Gesundheitsförderung zu sehen, führten 29,2 % ein Programm durch. Von den 52 Kindertageseinrichtungen die angaben, Bedarf an Gesundheitsförderung zu sehen, führten 25 % ein Programm durch. An umgesetzten Programmen wurden genannt: Komm mit in das gesunde Boot ($n = 11$), Beki Bewusste Kinderernährung ($n = 9$), das Schulfruchtprogramm Baden-Württemberg ($n = 4$), Tiger Kids ($n = 2$), Jolinchen Kids ($n = 2$), Future4kids ($n = 1$) und BKK Entspannung ($n = 1$).

Hinderungsgründe für Gesundheitsförderung

Tab. 3 zeigt die Hinderungsgründe der Einrichtungen, die kein Gesund-

Tab. 5 Wunschinhalte von den Einrichtungen, die keine Gesundheitsförderprogramme umsetzen ($n = 72$)

Häufigkeit (n [%])	Wunschinhalte
12 (16,7)	Einbeziehung der Eltern
8 (11,1)	Gute Umsetzbarkeit
8 (11,1)	Altersgerechte Inhalte
7 (9,7)	Flexibles Programm
7 (9,7)	Gute Integrierbarkeit
5 (6,9)	Erzieherbildungen
5 (6,9)	Umsetzung durch externe Fachkräfte
5 (6,9)	Praxisbezug
5 (6,9)	Personalsparendes Programm
4 (5,6)	Für Krippen einsatzfähig
4 (5,6)	Themen „Bewegung“ und „Ernährung“
3 (4,2)	Einbeziehung der Kinder
2 (2,8)	Bedarfsorientiert
2 (2,8)	Bildungsplanorientiert
1 (1,4)	Abdeckung verschiedener Themenbereiche
1 (1,4)	Kurze Einheiten
1 (1,4)	Eigenständige Erarbeitung
1 (1,4)	Keine Materialien
1 (1,4)	Unterhaltsam, nicht belehrend
1 (1,4)	Vernetzung vor Ort
1 (1,4)	Geringer Zeitaufwand
1 (1,4)	Thema „Psychische Gesundheit“
1 (1,4)	Thema „Entspannung und Musik“

heitsförderprogramm umsetzen. Am häufigsten wurden „Bedarf an anderweitigen (Förder-)Programmen“ und „kein Bedarf an Gesundheitsförderung“ als Hinderungsgründe für Gesundheitsförderung genannt. Ansonsten wurden besonders organisatorisch-strukturelle Gründe wie „zu großer Aufwand“, „keine Zeit“, „Personalmangel“ ebenso wie „Geldmangel“ und „kein passendes Programm“ als Gründe aufgeführt.

Wunschinhalte von Gesundheitsförderung

Tab. 4 und **5** zeigen die Wunschinhalte von Einrichtungen, die schon Gesundheitsförderung umsetzen bzw. keine Gesundheitsförderung umsetzen. Beide Gruppen wünschen sich eine gute

Umsetzbarkeit, eine gute Integration in den Kindergartenalltag, ein altersgerechter, an den Entwicklungsstand des Kindes angepasster Inhalt und einen geringen Zeitaufwand für die programmumsetzenden Erzieher. Besonders die Einrichtungen, die bisher keine Gesundheitsförderung umsetzen, wünschen sich einen stärkeren Einbezug der Eltern.

Diskussion

Die in diesem Artikel vorgestellte Befragung von Einrichtungsleitungen von Kindertageseinrichtungen in ganz Baden-Württemberg zeigt die Einschätzung der aktuellen Situation der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Es können konkrete Hinderungsgründe identifiziert werden, aber (dadurch) auch Potentiale wahrgenommen werden, welche für die in der Einleitung dargestellte, dringend benötigte, flächendeckende Ausweitung von settingbasierter Gesundheitsförderung herangezogen werden können. Zudem dokumentiert die Befragung die aktuelle Umsetzung von strukturierten Gesundheitsförderprogrammen in baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen.

Nur knapp mehr als die Hälfte (52 %) aller Leitungen gab an, überhaupt einen Bedarf an Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsförderprogrammen in Kindertageseinrichtungen zu sehen, zeitgleich wurde jedoch häufig eine negative Veränderung in der gesundheitsbezogenen Lebenswelt und Entwicklung von Kindern wahrgenommen. So gab ein Drittel eine Verschlechterung in der Qualität des mitgebrachten Pausenbrots und zwei Drittel eine Verschlechterung der kindlichen Motorik an. Über die Entwicklung der Qualität des kindlichen Pausenbrots liegen keine Studien vor, jedoch wird allgemein von einer Verschlechterung der kindlichen Ernährung berichtet [2, 19, 25], welche vermutlich auch auf das Pausenbrot übertragen werden kann. Die von zwei Dritteln der Kindergartenleitungen bemerkte Verschlechterung der kindlichen Motorik kann durch verschiedene Untersuchungen bestätigt werden [3, 24].

In 14 der 48 Einrichtungen, die angeben, keinen Bedarf an Gesundheits-

förderung zu sehen, wurde dennoch ein Gesundheitsförderprogramm, welches jeweils namentlich genannt wurde, umgesetzt. Dies bedeutet, dass knapp ein Drittel der Einrichtungen, die keinen Bedarf an settingbasierter Gesundheitsförderung sahen, eine solche umsetzten, während im Gegenzug nur 25 % der Einrichtungen, die Bedarf an settingbasierter Gesundheitsförderung sahen, auch tatsächlich ein Gesundheitsförderprogramm durchführten. Gründe für diese Verteilung konnten weder in den gegebenen Interviewantworten der Einrichtungsleitungen noch in der Fachliteratur gefunden werden.

Hinderungsgründe sind neben den am häufigsten angegebenen Begründungen „Bedarf an anderen (Förder-)Programmen“ und „kein Bedarf an Gesundheitsförderung“ auch organisatorisch-strukturelle Gründe wie „zu großer Aufwand“, „keine Zeit“ und „Personalmangel“ ebenso wie „Geldmangel“ und „kein passendes Programm“. Ebenfalls gaben einige Einrichtungen an, „eigene Konzepte“ einzusetzen, bei welchen eine Wirksamkeit aber nicht als gesichert angenommen werden kann. Wissenschaftlich fundierte Langzeitstudien sind jedoch erforderlich, um Aussagen über eine gesundheitsbezogene Relevanz und Nachhaltigkeit von Programmen zur Gesundheitsförderung machen zu können [14, 23]. Des Weiteren sollte bzw. muss es ein Anliegen der Erziehungskräfte sein, evaluierte Programme zu verwenden, damit sich der Zeitaufwand, der mit einem solchen Einsatz zwangsläufig verbunden ist, lohnt. Ähnlich kritisch ist auch die meistgenannte Antwort auf die Frage, weshalb kein Bedarf an Gesundheitsförderung gesehen werde einzuschätzen. 60 % der Kindergärten begründen dies damit, dass „im Kindergartenalltag bereits darauf geachtet“ werde.

Der häufig angegebene Grund „Bedarf an anderen (Förder-)Programmen“ könnte bei einigen Einrichtungen mit der teilweise hohen Zahl von Kindern mit Migrationshintergrund zusammenhängen, welche möglicherweise zur Folge hat, dass weniger Ressourcen für Gesundheitsförderprogramme bleiben, da z. B. Programme zur Sprachförde-

rung und Integration Vorrang haben. Dabei kann gerade bei Gruppen mit einer hohen Anzahl von Kindern mit Migrationshintergrund eine universell präventiv angelegte Gesundheitsförderung sehr bedeutsam sein, da diese allen Kindern zugutekommen und Kinder mit Migrationshintergrund einer gesundheitsbezogenen Risikogruppe angehören, welche besonders von Gesundheitsförderprogrammen profitieren kann [8]. Der ebenfalls häufig genannte Grund „kein Bedarf an Gesundheitsförderung“ muss mit einer Bereitstellung von (Hintergrund)informationen für Erzieher und Eltern entkräftet werden, denn primärpräventive Gesundheitsförderprogramme sind für alle Kinder sinnvoll und hinsichtlich der (zu Beginn des Artikels vorgestellten) aktuell existierenden Defizite im kindlichen Gesundheitsverhalten dringend notwendig [25, 27].

Bei den Begründungen, weshalb Gesundheitsförderung nötig bzw. nicht nötig ist, nahmen zudem die Eltern eine Schlüsselrolle ein. So gaben 15 Leitungen der 52 Einrichtungen, die Bedarf an Gesundheitsförderung sahen an, dass die Eltern keine Gesundheitsförderung leisten und 12 Leitungen, dass Bewegungsmangel und schlechte Ernährung zu- bzw. ein gesundes (Alltags)verhalten abnimmt. Auf der anderen Seite begründeten die Einrichtungen, die keinen Bedarf an Gesundheitsförderung sahen, dieses damit, dass ihre Kinder gesunde Eltern haben, die schon genug machen würden. Der Gefahr, dass Eltern und Erzieher sich nicht gegenseitig die Verantwortung hinsichtlich Gesundheitsförderung zuschieben, muss aktiv entgegengewirkt werden, indem sich Erzieher und Eltern gegenseitig unterstützen und eng zusammenarbeiten [30]. Dies ist gerade im Kindergarten setting verhältnismäßig gut umsetzbar, da hier eine gute und regelmäßige Kontaktaufnahme zu den Eltern möglich ist [10, 30]. Eine solche Zusammenarbeit wird zudem vom Orientierungsplan explizit eingefordert [20], welcher eine „Erziehungspartnerschaft zwischen pädagogischen Fachkräften der Kindertageseinrichtung und Eltern“ [20] in den Fokus stellt. Des Weiteren wird die Elterneinbeziehung auch in der Literatur

als essentielles Merkmal von erfolgreichen Gesundheitsförderprogrammen genannt [27]. Hierfür ist jedoch ein ausreichendes theoretisches und praktisches Hintergrundwissen auf Seiten der Erzieher und Eltern Voraussetzung. Eltern, aber auch Erzieher nehmen eine wichtige Position im Leben eines Kindes ein und wirken fortwährend als Rollenvorbild. Kindergärten vermitteln nicht nur Wissen, sondern sind auch bezüglich des bereitgestellten Ernährungsangebots, des gelebten Tagesrhythmus und des Verhaltens der Peergroup eine bedeutende Einflussgröße auf das kindliche Gesundheitsverhalten [30]. Ein ausschließlich eindimensionaler Settingansatz ist deshalb nicht ausreichend, da Kinder in all ihren Lebensumwelten dieselbe Intervention bzw. eine gleichgerichtete Gesundheitsförderung erhalten müssen [4]. Eine aktive Einbeziehung der Eltern wurde von 14,3% der Leitungen von Kindergarteneinrichtungen, die schon Gesundheitsprogramme umsetzen und von einem Fünftel der Leitungen von Kindergarteneinrichtungen, die keine Gesundheitsprogramme umsetzen, für zukünftige Programme zur Gesundheitsförderung gewünscht.

Strukturelle Argumentationen, weswegen ein settingbasiertes Gesundheitsförderprogramm nicht umsetzbar ist, wie „zu großer Aufwand“, „keine Zeit“ und „Personalmangel“ ebenso wie „Geldmangel“ und „kein passendes Programm“ könnten durch Aufklärung und zielgerichtete Werbekampagnen von Programmen und zuständigen Institutionen etwas entkräftet und in manchen Fällen behoben werden, denn möglicherweise liegt eine Nicht-Umsetzung von Gesundheitsförderung nicht nur an den äußeren Umständen, sondern auch an der Priorisierung. Schließlich gibt es in Deutschland durchaus Programme, die sich am Orientierungsplan der Kindergärten anlehnen und kostenfrei sind, wodurch einige der genannten Argumentationen entkräftet werden können. Durch Anlehnung und punktuelle Vertiefung von Themen des Orientierungsplans werden die Erzieher durch Umsetzung eines Gesundheitsförderprogramms in ihrer alltäglichen Arbeit unterstützt, so dass die Argumente „Zeitmangel“ und

„zu großer Aufwand“ etwas entkräftet werden können: Gesundheitsförderung kann und sollte nicht als reine Zusatzaufgabe angesehen werden. Allgemein sollten die Werbewege und -strategien der Gesundheitsförderprogramme nochmals unter die Lupe genommen werden und die für die Zielgruppe relevanten Schlagworte bei der Verbreitung bzw. Entwicklung neuer Programme zur kindlichen Gesundheitsförderung verwendet werden.

Durch die genannten Wunschinhalte können neben Werbestrategien für bestehende Programme auch Inhalte und Umsetzungsideen für zukünftige Gesundheitsförderprogramme abgeleitet werden. Neben der schon erwähnten Elterneinbindung müssen sich die entwickelten Programme zur Gesundheitsförderung (verstärkt) an den bestehenden Orientierungsplan anlehnen [19]. So können die geforderten Punkte wie eine gute Umsetzbarkeit, eine gute Integration, altersgerechte, an den Entwicklungsstand des Kindes angepasste Inhalte und ein geringer Zeitaufwand für die programmumsetzenden Erzieher gesichert werden. Zudem sollte das Programm flexibel einsetzbar gestaltet sein. Erzieherbildungen werden gewünscht und sind gerade auch im Hinblick auf eine Langfristigkeit und Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung essentiell [27, 30].

Fazit für die Praxis

- **Zwei Drittel der Kindergärten in Baden-Württemberg setzen (noch) keine Programme zur Gesundheitsförderung ein, obwohl mehr als die Hälfte der Kindergartenleitungen Bedarf an Gesundheitsförderung sehen.**
- **Die Haupthinderungsgründe für die Umsetzung von Gesundheitsförderprogrammen wie „Bedarf an anderweitigen (Förder-)Programmen“, „kein Bedarf an Gesundheitsförderung“ und organisatorisch-strukturelle Gründe (zu großer Aufwand, Personal- und Geldmangel) müssen entkräftet bzw. gelöst werden.**
- **Erzieher wünschen sich Gesundheitsförderprogramme die flexibel**

einsetzbar und einfach integrierbar sind, an den Entwicklungsstatus des Kindes angepasste Inhalte aufweisen und einen geringen Zeitumfang umfassen.

Korrespondenzadresse



Dr. O. Wartha

Projektgruppe „Komm mit in das gesunde Boot“, Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin, Universitätsklinikum Ulm Frauensteige 6, Haus 58/33, 89075 Ulm, Deutschland
olivia.wartha@uni-ulm.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. O. Wartha, J.M. Steinacker und S. Kobel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. Armfield JM, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF et al (2013) Water fluoridation and the association of sugar-sweetened beverage consumption and dental caries in Australian children. *Am J Public Health* 103(3):494–500
2. Borrmann A, Mensink G (2015) Obst- und Gemüsekonsum von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 58:1005–1014
3. Bös K (2004) Motorische Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen. *Ernähr Umsch* 9:352–357
4. Drenowatz C, Wartha O, Fischbach N et al (2013) Intervention strategies for the promotion of physical activity in youth. *Dtsch Z Sportmed* 64:170–175
5. Ekelund U, Brage S, Froberg K et al (2006) TV viewing and physical activity are independently associated with metabolic risk in children: The European Youth Heart Study. *PLoS Med* 3(12):e488
6. Flick U (2010) Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt, Reinbek
7. Graf C, Manz K, Klein D, Ferrari N (2014) Bewegung bei Vorschulkindern. Empfehlungen und Wirklichkeit. In: Kriemler S, Lawrenz W, Schober PH et al (Hrsg) Körperliche Aktivität und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter:

- Grundlagen – Empfehlungen – Praxis. Marseille Verlag, München, S 87–93
8. Gualdi-Russo E, Zaccagni L, Manzon VS, Masotti S, Rinaldo N, Khyatti M (2014) Obesity and physical activity in children of immigrants. *Eur J Public Health* 24(Suppl 1):40–46
 9. Hartington JW, Nguyen VQ, Pauslon JF, Garland R, Pasquinelli L, Lewis D (2010) Identifying the “tipping point” age for overweight pediatric patients. *Clin Pediatr* 49(7):638–643
 10. Kaphingst KM, Story M (2009) Child care as an untapped setting for obesity prevention: State child care licensing regulations related to nutrition, physical activity, and media use for preschool-aged children in the United States. *Prev Chronic Dis* 6(1):A11
 11. Kersting M, Alexy U, Kroke A et al (2004) Kinderernährung in Deutschland. Ergebnisse der Donald Studie. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 47:213–218
 12. Kettner S, Wirt T, Fischbach N, Kobel S et al (2012) Handlungsbedarf zur Förderung körperlicher Aktivität im Kindesalter in Deutschland. *Dtsch Z Sportmed* 63:94–101
 13. Krug S, Jekauc D, Poethko-Müller C, Woll A, Schlaud M (2012) Zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 55:111–120
 14. Kula A, Wiedel C, Walter U (2016) Wirksamkeit kombinierter Interventionen zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 59:1432–1442
 15. Kurth BM, Schaffrath RA (2007) Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:736–743
 16. Lampert T, Mensink GBM, Romahn N, Woll A (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50:634–642
 17. Lanfer A, Hebestreit A, Ahrens W (2010) Einfluss der Ernährung und des Essverhaltens auf die Entwicklung der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 53(7):690–698
 18. Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, Kardoff E, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Rowohlt, Reinbek, S 468–476
 19. Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007) Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 50(5/6):609–623
 20. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg (2018) http://www.kindergaerten-bw.de/.Lde/Startseite/Fruehe+Bildung/Material_Orientierungsplan. Zugegriffen: 01.03.
 21. Singh AS, Mulder C, Twisk JWR, van Mechelen W, Chinapaw MJM (2008) Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obes Rev* 9:474–488
 22. Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2018) <https://www.statistik-bw.de>. Zugegriffen: 01.03.
 23. Steenbock B, Pischke CR, Schönbach J, Pöttgen S, Brand T (2015) Wie wirksam sind ernährungs- und bewegungsbezogene primärpräventive Interventionen im Setting Kita? Ein Review von Reviews. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 58:609–610
 24. Raczek J (2002) Entwicklungsveränderungen der motorischen Leistungsfähigkeit der Schuljugend in drei Jahrzehnten (1965–1995). *Sportwissenschaft* 32(2):201–216
 25. Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2008) *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. RKI, Berlin, S 100–104
 26. Romaguera D, Norat T, Wark PA et al (2013) Consumption of sweet beverages and type 2 diabetes incidence in European adults: Results from EPIC-InterAct. *Diabetologia* 56(7):1520–1530
 27. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ et al (2011) Interventions for preventing obesity in children (review). *Cochrane Database Syst Rev* 12:1–212
 28. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2018) http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/. Zugegriffen: 01.03.
 29. Zalesin KC, Franklin BA, Miller WM, Peterson ED, McCullough PA (2011) Impact of obesity on cardiovascular disease. *Med Clin (Barc)* 95(5):919–937
 30. Zimmer R (2002) Gesundheitsförderung im Kindergarten. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 45:964–969