

## Hessenweite Erhebung zur Sicherung und Entwicklung von Qualität

Befragung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas  
im Bereich Ernährung und Bewegung



Autorin: Carolin Becklas



## 1. Ausgangssituation

### 1.1 Zielsetzung des Projektes

2014 startete das Projekt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“. Ziel des Projektes ist es, die Qualitätssicherung stärker in der täglichen Praxis der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, sog. Settings zu verankern. Hintergrund ist der ausbaufähige Transfer von Qualitätssicherungsinstrumenten und ihre Umsetzung in der Praxis. Mithilfe qualitativer Verfahren fand eine bundesweite Erhebung statt, um Informationen über die Erfahrungen und Bedarfe der Akteur/innen in den Lebenswelten zu Qualitätsentwicklung und -sicherung zu erhalten.

In Hessen wurde hierfür eine explorative, quantitative Befragung im Setting Kita, Kinder- und Familienzentren durchgeführt, bei der es zum einen um die Erhebung der Anwendung von qualitätssichernden Verfahren, Routinen und Instrumenten ging und inwiefern Unterstützungsbedarf hierzu vorliegt. Zum anderen wurde der Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in den Einrichtungen abgefragt. Ergebnisse der hessischen Studie waren u.a., dass insbesondere Routinen als qualitätssichernde Maßnahme in den Kitas sowie Kinder- und Familienzentren eine hohe Relevanz und Anwendung finden.

In der Fortführung des Projektes ging es 2015 um die Vertiefung in das Thema „Entwicklung und Sicherung von Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten“. Mit der Fortführung stand für die BZgA das Thema Adipositasprävention in Kitas im Fokus. Ziel war es einen Austausch über Qualität der Adipositasprävention (als einen Aspekt der Gesundheitsförderung) innerhalb des Settings Kita zu fördern. Diese Überlegungen fügen sich in das Ziel der Nachhaltigkeitsstrategie Hessens den Anteil an Menschen mit Adipositas zu senken. Die HAGE hat in dem Zusammenhang die Ergebnisse der vorherigen Befragung aufgegriffen und die Fragestellung zu qualitätsgesicherter Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas mit einer weiteren Erhebung vertieft.

In der ersten Erhebung wurde bereits deutlich, dass die Themen Bewegung und Ernährung an erster bzw. zweiter Stelle von präventiven/gesundheitsfördernden Maßnahmen in den hessischen Kitas stehen. Handlungsbereiche der Adipositasprävention liegen genau in diesen Themenfeldern. In der Fortsetzung des Projektes „Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität“ war es das Ziel ein differenzierteres Bild über die Qualität von Prävention und Gesundheitsförderung in diesen Handlungsbereichen der Adipositasprävention im Setting Kita zu bekommen.

### 1.2 Fragestellungen und Methode

Aus der vorherigen Befragung ist bekannt, dass Qualitätssicherung in den Einrichtungen fest etabliert ist. Dies lässt jedoch noch keinen eindeutigen Schluss über die Qualität der präventiven, gesundheitsförderlichen Aktivitäten im Bereich Ernährung und Bewegung zu. Da der Fokus der ersten Befragung auf der Anwendung von Instrumenten, Verfahren und Routinen im Rahmen der Qualitätssicherung lag, geht die vorliegende Befragung vertiefend auf die Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention in den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung ein.

Dabei wird die Anwendung ausgewählter Qualitätskriterien der Planungs- und Konzeptqualität der Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Die Beachtung u.a. des Settingansatzes und der Partizipation der Zielgruppe bereits in der Planung sind als Prinzipien der Gesundheitsförderung von besonderem Interesse. Hintergrund sind die Empfehlungen der BZgA (2010) und des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA, 2014) zur Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Die Frage ist, inwiefern diese Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung im Setting Kita mit dem Fokus auf Aktivitäten bzw. Maßnahmen zur Bewegungsförderung und zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung umgesetzt werden.

Die Fragen sind daher:

- Sind die Aktivitäten in ein Gesamtkonzept integriert, welches die Verhältnisse berücksichtigt?
- Inwiefern wird der Bedarf für bestimmte Aktivitäten in den Einrichtungen unter Berücksichtigung der Zielgruppe für die Themen Ernährung und Bewegung erhoben?
- Werden Besonderheiten der Zielgruppe „Kinder“ berücksichtigt?
- Auf welcher Stufe der Partizipation sind die Zielgruppen „Kinder“ und „Eltern“ in die Aktivitäten zur Bewegungsförderung und Förderung einer ausgewogenen Ernährung eingebunden?
- Welche verhältnispräventiven Maßnahmen führen die Kitas in den Bereichen Ernährung und Bewegung durch?
- Welche verhaltenspräventiven Maßnahmen führen die Kitas in den Bereichen Ernährung und Bewegung durch?

Von Interesse sind Kitas sowie Kinder- und Familienzentren, die in den Themengebieten Bewegung und Ernährung aktiv sind.

Akteurinnen und Akteure im Setting Kita sowie Kinder- und Familienzentren wurden von Anfang Oktober bis Ende November 2015 mit einem teilstandardisierten schriftlichen Fragebogen auf postalischem Weg befragt. Der Fragebogen ist in der Form konstruiert, dass die Themengebiete Bewegungsförderung und Förderung einer ausgewogenen Ernährung jeweils extra abgefragt werden.

Die nicht repräsentative Stichprobe enthielt 487 Einrichtungen, die bereits in der vorherigen hessenweiten Erhebung zur Sicherung und Entwicklung von Qualität angeschrieben wurden. Anfang November 2015 fand eine Nacherfassung mithilfe eines Erinnerungsschreibens statt.

## 2. Ergebnisse

### 2.1 Stichprobenbeschreibung

Mit Abschluss der Erhebung waren 102 valide Fragebögen von 487 angeschriebenen Einrichtungen eingegangen, was einem Rücklauf von rund 21% entspricht. In 88,1% der Fälle hat die Geschäftsführung bzw. Leitung der befragten Einrichtung den Fragebogen ausgefüllt.

Mit der Möglichkeit der Mehrfachantworten, da es unter den Einrichtungen Mischformen gibt, ordnen sie sich überwiegend mit insgesamt 122 Nennungen 76,3% der Kita und 32,0% den Familienzentren zu. 94,1% der Einrichtungen sind ganztags geöffnet.

Rang	Einrichtung	Anzahl	Prozent
1	Kita	74	76,3%
2	Familienzentrum	31	32,0%
3	Mehrgenerationenhaus	8	8,2%
4	Verein/Verband	7	7,2%
5	Mütterzentrum	2	2,1%

## 2.2 Gesundheitsförderliche/Präventive Handlungsfelder der Einrichtungen

Zu der Frage in welchen 3 von insgesamt 8 Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung/ Prävention die Einrichtungen vorwiegend aktiv sind, wird das Ergebnis aus der ersten Studie bestätigt. Die Konzentration der Einrichtungen liegt auf den Themen Bewegungsförderung, Förderung einer aus-

gewogenen Ernährung sowie Förderung von Lebenskompetenz. Das Thema „Adipositas/Übergewicht“ wie in Abbildung 1 zu sehen, kreuzt lediglich eine Person an. Die Fokussierung auf die Themen Ernährung und Bewegung im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas entspricht zudem den Ergebnissen einer bundesweiten Studie (Kliche u.a., 2008, 112ff.)

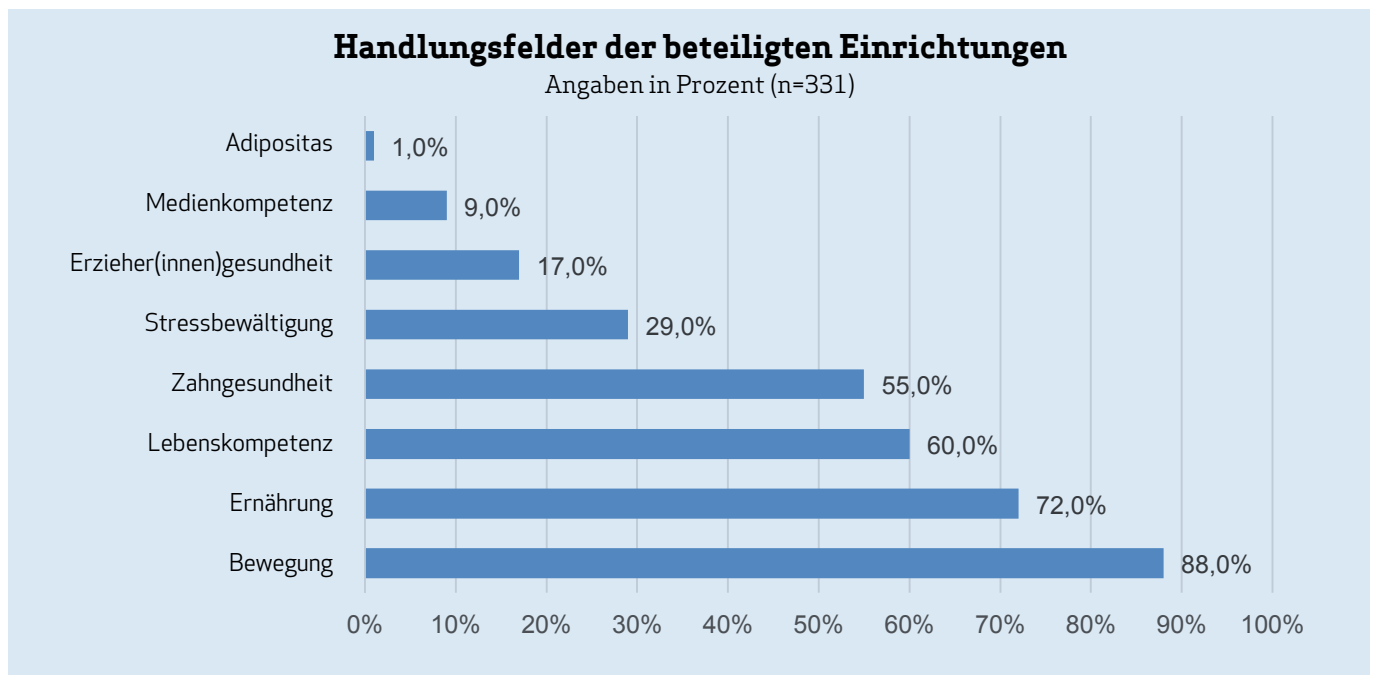


Abbildung 1: Relative Anzahl der Handlungsfelder in den Einrichtungen

Für die weitere Darstellung der Ergebnisse sind Einrichtungen von Interesse, die aktiv in der Bewegungsförderung und/oder in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung sind. Die Verteilung der für die Befragung relevanten Handlungsfelder in Abbildung 2, macht deutlich, dass mehr als

zwei Drittel der Einrichtungen Aktivitäten zur Bewegungsförderung und zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung durchführen (68,4%). Die wenigsten (7,4%) sind ausschließlich in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung aktiv.

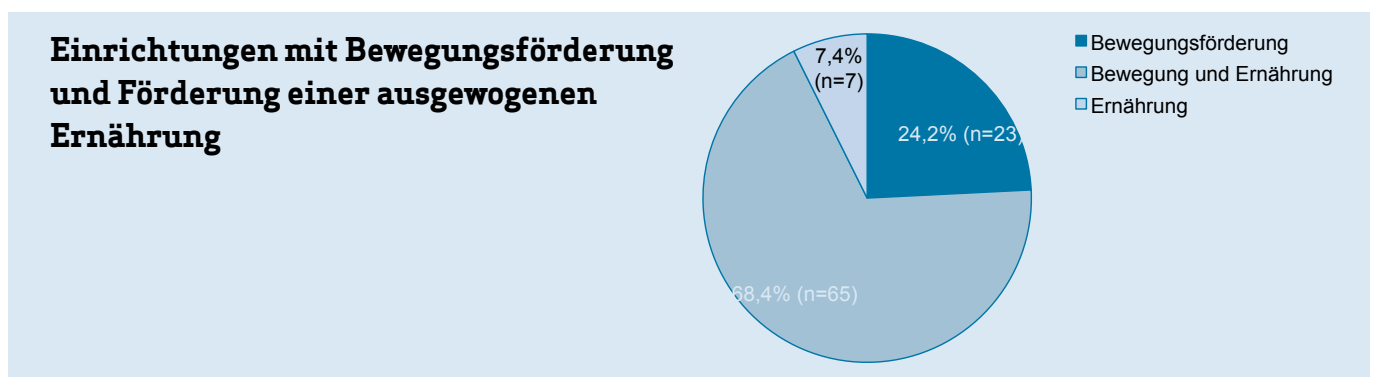


Abbildung 2: Relative Anzahl der Handlungsfelder Bewegung und Ernährung

Die weiteren Ergebnisdarstellungen beziehen sich ausschließlich auf die 95 Einrichtungen, die in der Bewegungsförderung und/oder in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung aktiv sind.

### 2.3 Hauptziele und Aktivitäten im Rahmen von Bewegungsförderung und Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Mit offenen Fragen konnten die beteiligten Einrichtungen ihre Hauptziele in den Bereichen Bewegung und Ernäh-

rung benennen sowie die Aktivitäten zum Erreichen dieser Hauptziele formulieren.

Im Bereich der Bewegungsförderung ist mit 33 Nennungen die Förderung der Fein- und Grobmotorik ein häufiges Ziel der Einrichtungen. Den Spaß an der Bewegung und die Wahrnehmungsfähigkeit in dem Handlungsfeld zu fördern, stehen an zweiter bzw. dritter Stelle. Die Stärkung des Teamgeistes wird von einer Einrichtung als Hauptziel genannt.

Um die Hauptziele wie die Fein- und Grobmotorik und den Spaß an der Bewegung zu erreichen, spielt die Bewegung

	Hauptziele	Nennungen
1.	Fein- und Grobmotorik	33
2.	Spaß an der Bewegung	17
3.	Wahrnehmungsfähigkeit	11
4.	Koordination	6
5.	Prävention von Krankheiten	5
6.	Stressbewältigung	5
7.	Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen	4
8.	Gleichgewicht/Balance	4
9.	Bewegungsförderung im Alltag	4
10.	Konzentration	3
11.	Psychische Gesundheit	3
12.	Ausdauer	2
13.	Ich- Sach- Sozialkompetenz	2
14	Teamgeist	1

Tabelle 1: Hauptziele Bewegungsförderung

in der Natur die wichtigste Rolle der befragten Einrichtungen. Aktivitäten wie Yoga und Bewegungsbaustellen folgen (Tab. 2) Eine bewusste Raumgestaltung wird lediglich einmal formuliert, wobei die Bewegungsbaustellen ähnlich interpretiert werden können.

Die Hauptziele im Handlungsfeld Ernährung (Tab. 3) sind die Stärkung des Bewusstseins bei den Kindern und die

Vermittlung von Wissen. Dass die Kinder die Vielfalt der Ernährung kennenlernen, formulieren 10 Einrichtungen als ihr Hauptziel im Bereich Ernährung. An vierter Stelle mit sieben Nennungen soll das Bewusstsein der Eltern gefördert werden. Die Geschmacksbildung sowie Umweltschutz und Nachhaltigkeit sehen jeweils eine Einrichtung als Hauptziel.

	<b>Aktivitäten</b>	<b>Nennungen</b>
1.	Bewegung draußen/ in der Natur	54
2.	Angeleitete oder freie Bewegungsangebote, z.B. Yoga oder Schwimmen	21
3.	Turntage/ -stunden; Bewegungsstunden	14
4.	Bewegungsbaustellen	8
5.	Kooperation mit Turn- und Sportvereinen/ Stadt zur Nutzung von Turnhalle, Sportplatz	6
6.	Elternberatung/ -hospitation	2
7.	Bewegungserziehung	2
8.	Netzwerkarbeit zur Verbesserung der Inhalte	1
9.	Bewusste Raumgestaltung	1

Tabelle 2: Aktivitäten zum Erreichen des Hauptziels (Bewegung)

	<b>Hauptziele</b>	<b>Nennungen</b>
1.	Bewusstsein bei Kindern	22
2.	Wissen vermitteln	14
3.	Vielfalt kennenlernen	10
4.	Bewusstsein bei Eltern	7
5.	Gesundheitsförderung	6
6.	Zahngesundheit	6
7.	Gesundheitsvorsorge	5
8.	Sensibilisierung der Kinder	5
9.	Einbeziehung der Eltern	5
10.	Spaß an der Zubereitung	3
11.	Sinneswahrnehmung	2
12.	Ausgewogene Ernährung	3
13.	Genuss	2
14.	Geschmacksbildung	1
15.	Umweltschutz und Nachhaltigkeit	1

Tabelle 3: Hauptziele Förderung einer ausgewogenen Ernährung

Die Aktivitäten zum Erreichen der Hauptziele sind zum Großteil mit einem gemeinsamen Frühstück in die Struktur des Kitaalltags eingebunden und weniger auf die Wissensvermittlung ausgerichtet. Viele der Antwortenden bieten ein frisch zubereitetes Essen an. 25 von 72 Einrichtungen, die im Bereich Ernährung aktiv sind, führen einen zuckerfreien Vormittag durch. Die Einbindung der Eltern für die

Erreichung der Hauptziele wird hier durch die Nennung des Elternabends bei 17 und die konkrete Benennung der elterlichen Einbeziehung von weiteren 12 Einrichtungen deutlich. Die Kooperation mit einem Zahnarzt wird sieben und die Kooperation mit einer Ernährungsberatung drei Mal in den zurückgesandten Fragebögen angegeben.

	Aktivitäten	Nennungen
1.	Gemeinsames Frühstück	37
2.	Frisch zubereitetes Essen	33
3.	Zuckerfreier Vormittag	25
4.	Elternabend	17
5.	Gemeinsame Zubereitung mit Kindern	17
6.	Eltern einbeziehen	12
7.	Zahnpflege	11
8.	Regionale Produkte	11
9.	Kochkurs	9
10.	Kooperation mit Zahnarzt	7
11.	Menüauswahl mit Kindern	7
12.	Projekte	6
13.	Schulung der Mitarbeiter	6
14.	Vorträge	5
15.	Gemeinsames Einkaufen	5
16.	Zusammenarbeit mit Caterer	5
17.	Eigener Anbau	4
18.	Kooperation mit Ernährungsberatung	3
19.	Motivation der Kinder	2
20.	Workshops	1

Tabelle 4: Aktivitäten zum Erreichen des Hauptziels (Ernährung)



## 2.4 Qualitätskriterien in der Planung von Gesundheitsförderung

### 2.4.1 Der Bedarf für die geplanten Veränderungen ist bestimmt

Die Bedarfsbestimmung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme, die auch die jeweilige Lebenswelt im Fokus hat, ist ein wesentliches Qualitätskriterium in der Planung. Hier können unterschiedliche Punkte berücksichtigt werden. Der allgemeine Bedarf kann zunächst in der Literatur bestimmt werden. Der Sachverhalt der Zielgruppe und deren Umwelt sollte bei der Bedarfsermittlung jedoch auch beachtet werden. Hier können beispielsweise Häufigkeiten oder die Verteilung bestimmter Verhaltensweisen der Zielgruppe und mögliche Entwicklungsfelder in der betreffenden Lebenswelt analysiert werden.

Im Bereich Ernährung und Bewegung mit der Zielgruppe Kinder in der Kita, geht es beispielsweise um deren Ernährungs- und Bewegungsverhalten, aber auch um die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten in der Lebenswelt Kita ein

gesundes Verhalten bei den Kindern zu begünstigen.

Die Antwortkategorien im Fragebogen reichen von persönlichem Problembewusstsein über die Verhaltensanalyse der Zielgruppe bis hin zur Berücksichtigung der Einrichtungssituation. Die Ergebnisse stellen sich auf einer fünfstelligen Skala von 1=immer bis 5=nie wie folgt dar:

Im Themenfeld der Bewegungsförderung wird der Bedarf von Aktivitäten durchschnittlich „fast immer“ (1,6) mit der Situation in der Einrichtung bestimmt. Hier besteht der größte Unterschied zum Handlungsfeld Ernährung.

Im Handlungsfeld Ernährung wird der Bedarf vornehmlich mit dem persönlichen Problembewusstsein bestimmt (1,7). Im Vergleich der beiden Handlungsfelder wird der Bedarf im Durchschnitt mit den Mittelwerten von 2,7 und 2,4 am wenigsten mit der Fachliteratur bestimmt. Die Analyse des Verhaltens der Kinder wird in beiden Handlungsfeldern mit einem Mittelwert von 2,1 gleich „oft“ zur Bedarfsermittlung von Aktivitäten angewandt.

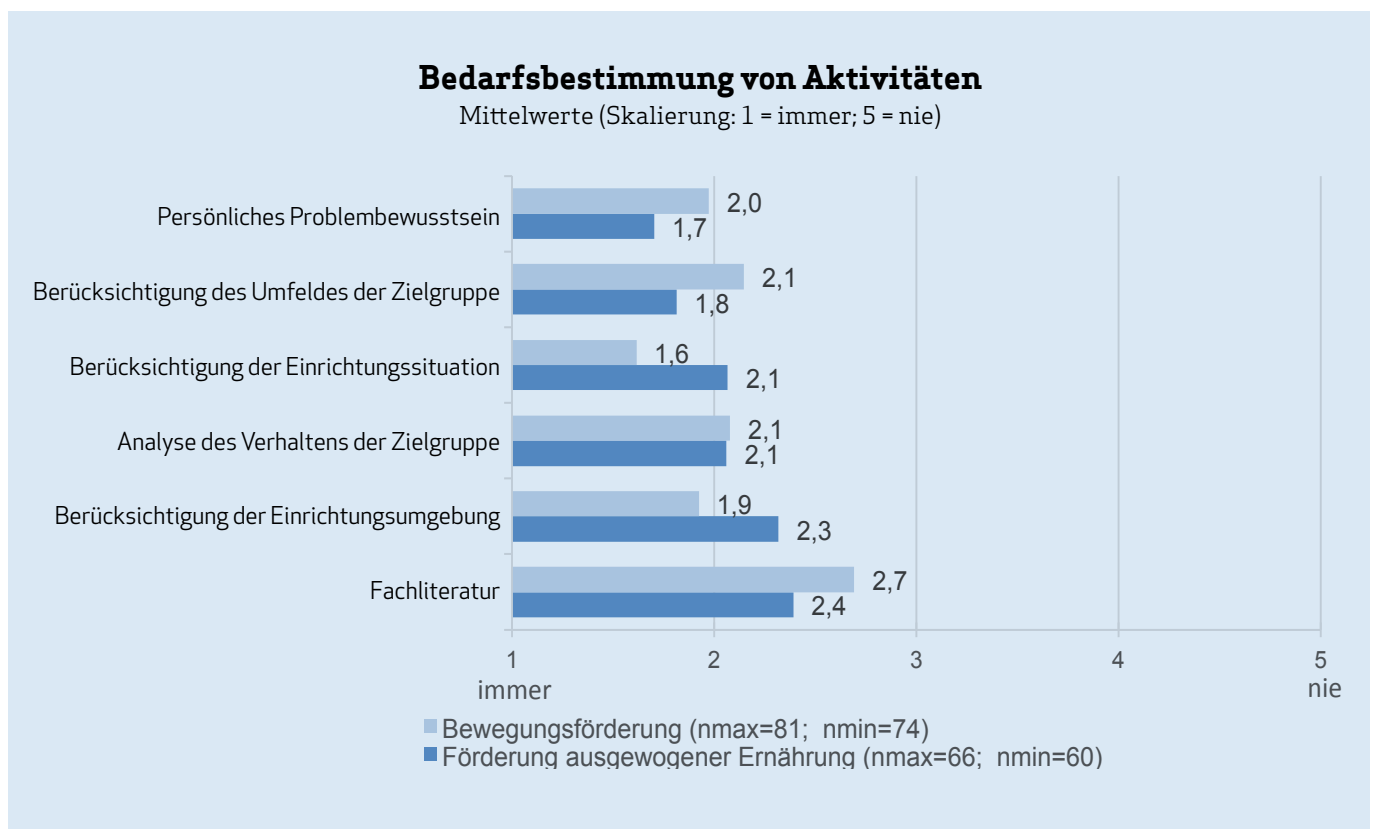


Abbildung 3: Bedarfsbestimmung von Aktivitäten in den Handlungsfeldern Bewegung und Ernährung

**2.4.2 Besonderheiten der Zielgruppe werden berücksichtigt**

Damit die Aktivitäten in der Gesundheitsförderung größtmöglichen Nutzen haben, müssen die Besonderheiten der Zielgruppe bereits in der Planung berücksichtigt werden. Hiermit sind Merkmale gemeint, die eine Zielgruppe näher beschreiben und letztendlich einen Einfluss auf die Ausgestaltung einer gesundheitsförderlichen Maßnahme und somit auf deren Erfolg haben können. Beispiele sind hierfür das Alter, Geschlecht, der gesundheitliche Zustand, personale und soziale Ressourcen einer Zielgruppe. Inwiefern dies bei den befragten Einrichtungen erfolgt und welche Merkmale hier im Fokus stehen, wird in der kommenden Abbildung sichtbar.

In der Planung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten fließen durchschnittlich „manchmal“ mädchen- und jungen-

spezifische Anliegen ein. Mit einem Mittelwert von 2,7 noch eher in der Bewegungsförderung als in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung (3,2). Ebenso werden im Durchschnitt „manchmal“ kulturelle Hintergründe bei der Planung von bewegungsförderlichen Maßnahmen berücksichtigt (2,7). Der kulturelle Hintergrund beeinflusst oftmals Einstellungen zu gesundheitsbezogenen Aspekten wie Bewegung und die Bewertung des Körperbildes. Das gleiche gilt für die Ernährung – hier werden mit einem Mittelwert von 2,0 „oft“ kulturelle Merkmale der Zielgruppe bedacht.

Das Alter wird in den Einrichtungen bei der Planung von bewegungsförderlichen Maßnahmen im Vergleich zum Themenfeld Ernährung „immer“ (1,3) berücksichtigt. Die Ressourcen und die Gesundheit der Zielgruppe werden im Durchschnitt „oft“ (1,9) in beiden Handlungsfeldern berücksichtigt.

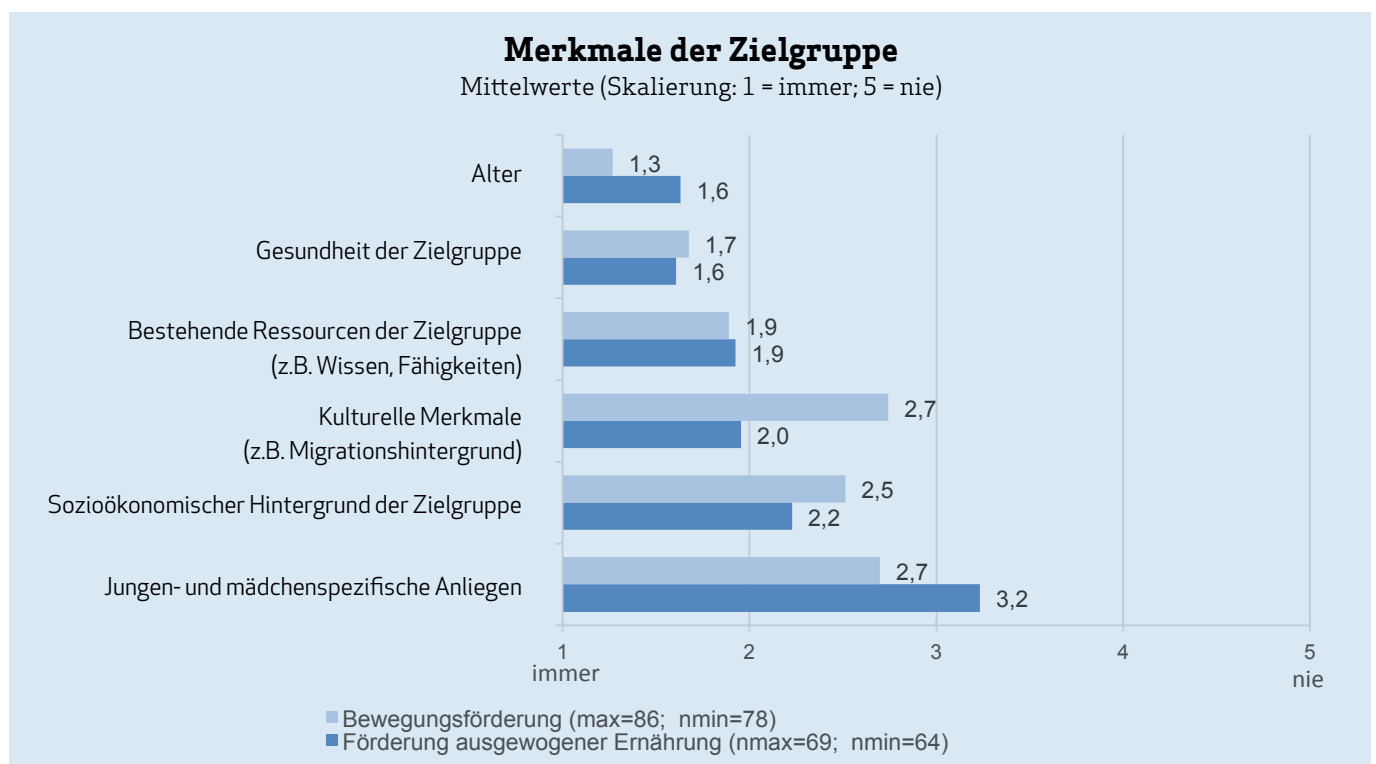


Abbildung 4: Berücksichtigung von Besonderheiten der Zielgruppe in der Planung

**2.4.3 Die Zielgruppe wird in die Planung eingebunden – Kinder**

Die Wirksamkeit einer gesundheitsförderlichen Maßnahme ist abhängig von der Einbeziehung der Zielgruppe. Selbst in der frühkindlichen Bildung konnten eher positive

Effekte über eine hohe Selbst- und Mitbestimmung von Kindern erzielt werden. Für die graduelle Darstellung der Einbeziehung ist das Stufenmodell zur Partizipation hilfreich. Es beschreibt auf der untersten Stufe die „Nicht-Partizipation“, sollte die Zielgruppe lediglich instrumentalisiert und ange-

wiesen werden. Die Vorstufe zur Partizipation beschreibt eine Einbindung der Zielgruppe über Information und Berücksichtigung ihrer Sichtweise. Vollständige Partizipation ist mit einem Mitspracherecht der Zielgruppe und der teilwei-

sen Übertragung von Entscheidungskompetenz. Kann die Zielgruppe im Rahmen der Maßnahme selbstorganisierend handeln, geht diese über die Partizipation hinaus.

In den befragten Einrichtungen erfolgt „oft“ die direkte

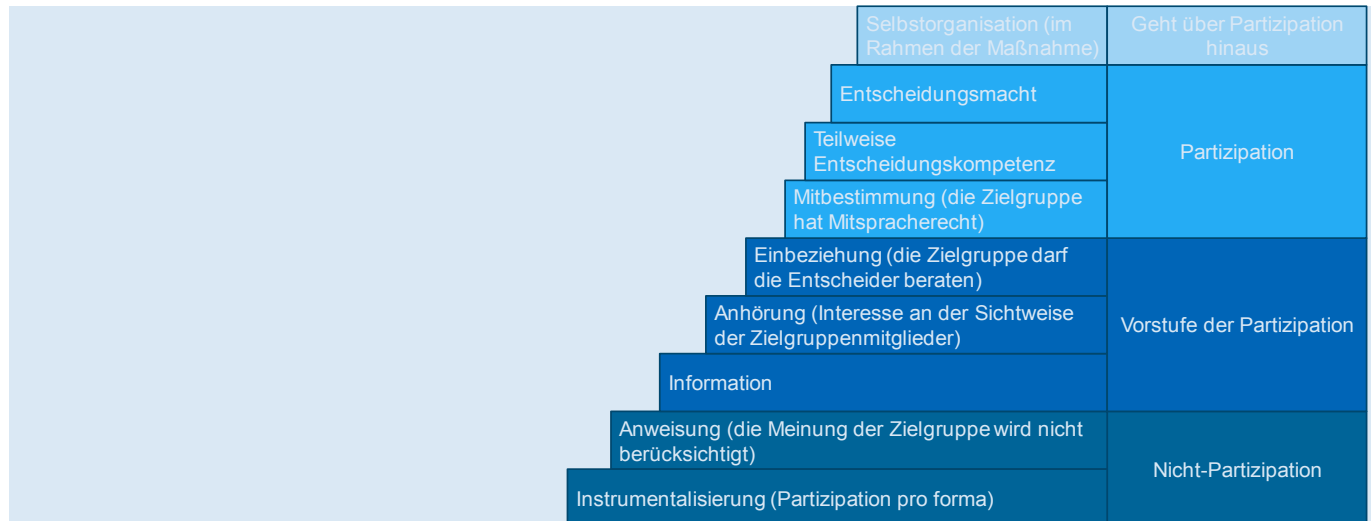


Abbildung 5: Partizipationsstufen (vgl. Wright, v. Unger, 2007; BZgA, 2010)

Einbindung der Kinder in die Planung bewegungsförderlicher Maßnahmen, ähnlich zu den Aktivitäten zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung. Die Kinder werden fast „immer“ über die Planungen im Handlungsfeld Bewegungsförderung informiert und dürfen ihre Vorstellungen, Wünsche und Kritik „oft“ einbringen. Ebenso werden die Kinder laut der

Befragten bei richtungsweisenden Entscheidungen in den Handlungsfeldern eingebunden.

In der Schlussfolgerung kann die Einbeziehung der Zielgruppe Kinder auf der Vorstufe der Partizipation als auch auf der Stufe der Partizipation bei den befragten Einrichtungen angesiedelt werden.

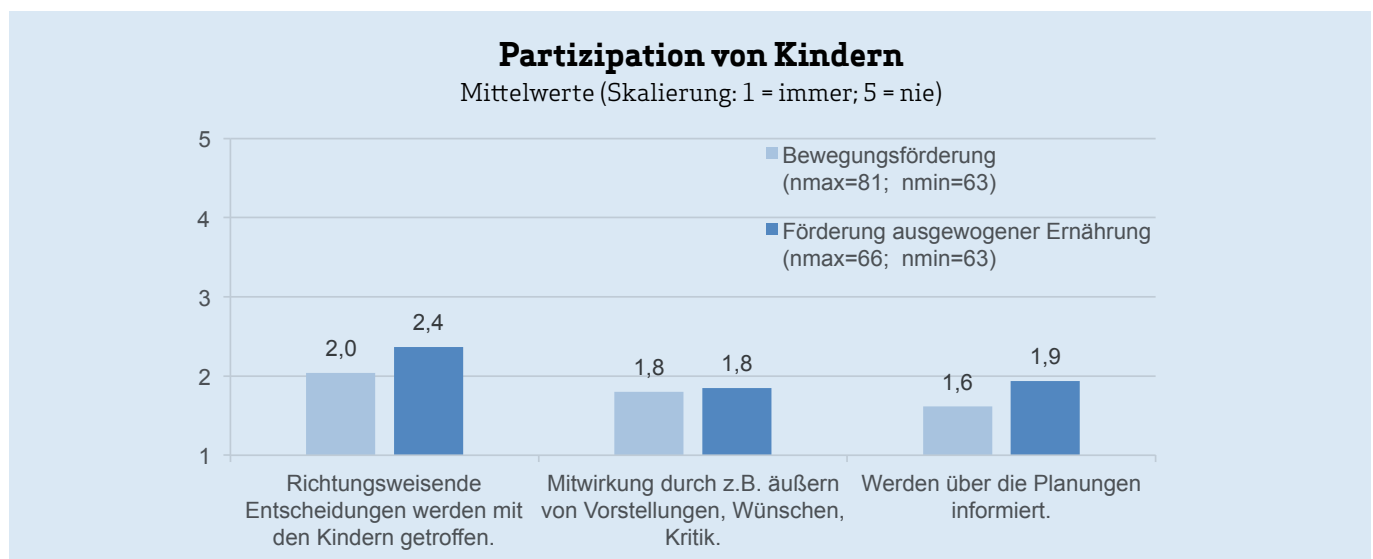


Abbildung 6: Partizipation von Kindern in der Planung von Aktivitäten

**2.4.4 Die Zielgruppe wird in die Planung eingebunden – Eltern**

Veränderungen können häufig nur gelingen, wenn sie gemeinsam getragen werden. Hier ist es besonders wichtig ein gemeinsames Verständnis zu dem jeweiligen Themenbereich zu entwickeln. Gerade zu den Themen Ernährung und Bewegung gibt es unterschiedliche Vorstellungen und mögliche Herangehensweisen, die auch stigmatisierend für Mitglieder der Zielgruppe sein können. Daher ist es wichtig zum einen innerhalb der Einrichtung ein gemeinsames Verständnis zu den gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu entwickeln. Gleichzeitig sollten an diesem Punkt auch die Eltern mitberücksichtigt werden. Sie spielen in der Lebenswelt Kita eine wichtige Rolle (vgl. BZgA, 2010).

71% der Einrichtungen, die in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung aktiv sind, entwickeln hierzu ein gemeinsames Verständnis mit den Eltern „immer“ bzw. „oft“. Im Bereich der Bewegungsförderung sind es rund 60% der Einrichtungen. Dass die Eltern nie in die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses zum jeweiligen Thema eingebunden werden, ist nicht der Fall.

Äquivalent zu den Fragen zur Einbeziehung der Kinder wurde die Partizipation von Eltern in den Planungen gesundheitsförderlicher Maßnahmen erhoben (Abb. 8). Die

Möglichkeit einer aktiven Mitgestaltung in der Planung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen wird von den Einrichtungen „immer“ in beiden Handlungsfeldern bereitgestellt. Diese Angaben sind kongruent zu den Ergebnissen, dass die Eltern lediglich „oft“ bzw. „manchmal“ über die Aktivitäten informiert werden. Ein gemeinsames Verständnis zum Thema wird im Durchschnitt „oft“ entwickelt. Ebenso werden die Sichtweisen bzw. Erwartungen der Eltern „oft“ in den Planungen beachtet.

Über den Grad der Partizipation von Eltern können zudem Aussagen mithilfe der angewandten Methoden von den betreffenden Einrichtungen gemacht werden (Abb. 9). Die häufigste Methode, Eltern mit ein zu beziehen, geschieht über den sogenannten Elternbrief bzw. Flyer. Hier, wie auch bei fast allen anderen Methoden, gibt es keine Unterschiede zwischen den Handlungsfeldern Ernährung und Bewegung. Sowohl Tür- und Angelgespräche mit den Eltern, terminierte Elterngespräche als auch Elternabende werden durchschnittlich „oft“ durchgeführt, um die Eltern einzubeziehen. Eine Elternbefragung, die auch zusätzliche Ressourcen bindet, findet mit einem Mittelwert von 3,1 in beiden Handlungsfeldern „manchmal“ statt. Aufführungen der Kinder, die eher einen Informationscharakter haben und keine aktive Einbeziehung der Eltern bedeutet, werden im Durchschnitt

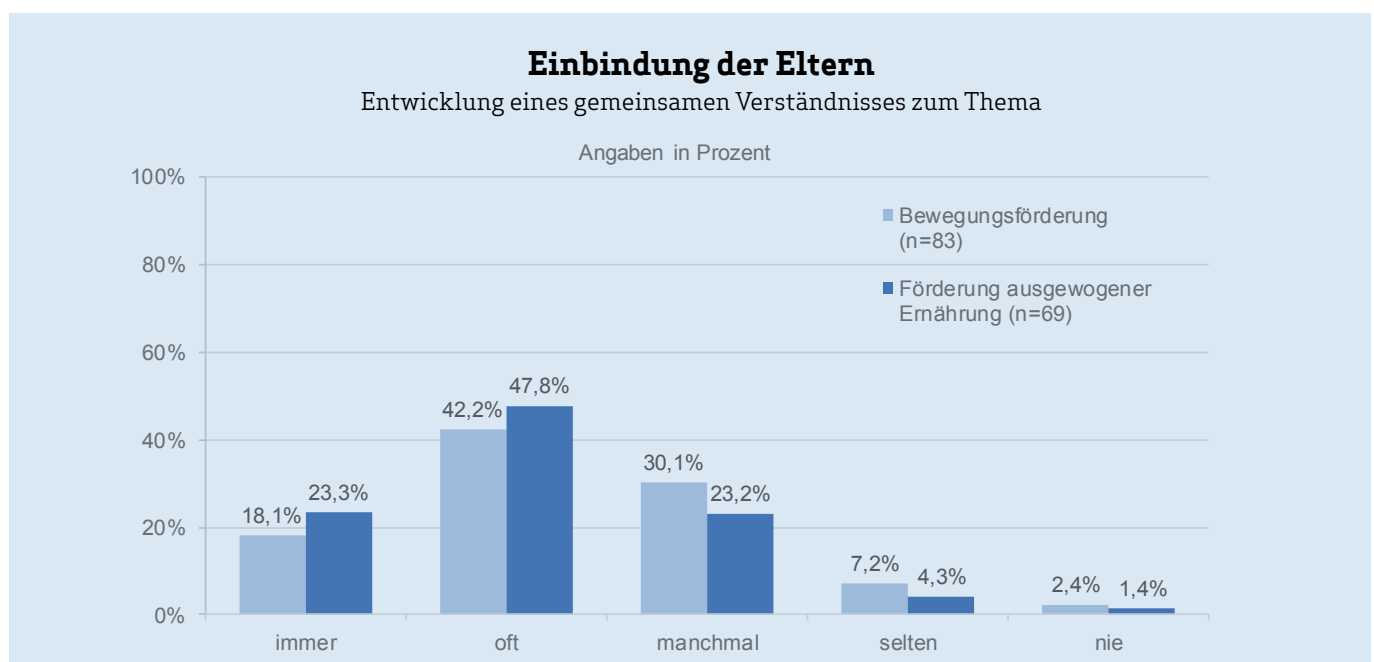


Abbildung 7: Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses mit den Eltern

„manchmal“ (3,0) bzw. „selten“ (3,7) von den Einrichtungen als Methode angewandt. Ebenso werden die fremdsprachigen Angebote durchschnittlich „selten“ als Methode genutzt

(3,9; 4,0). Lediglich 13 von 84 antwortenden Einrichtungen bieten dies „immer“ oder „oft“ an.

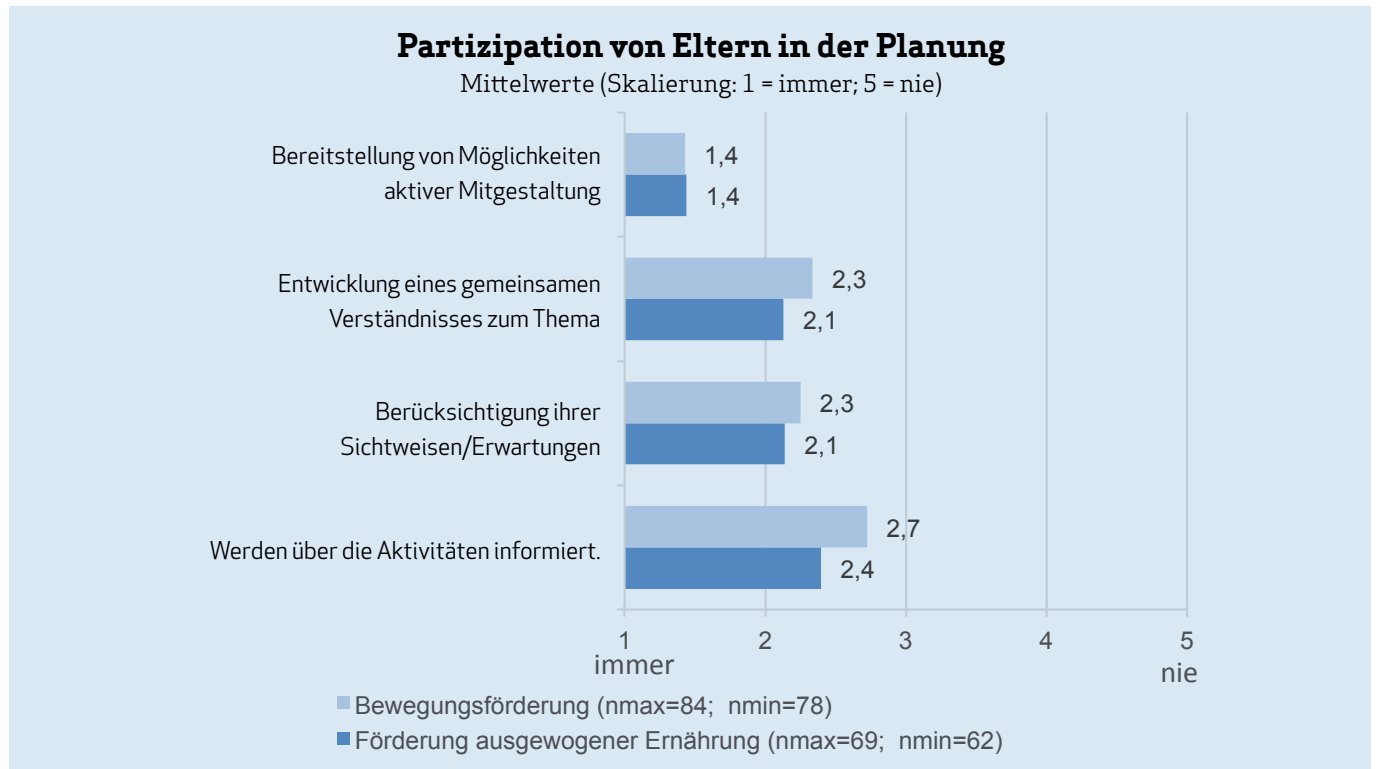


Abbildung 8: Partizipation von Eltern

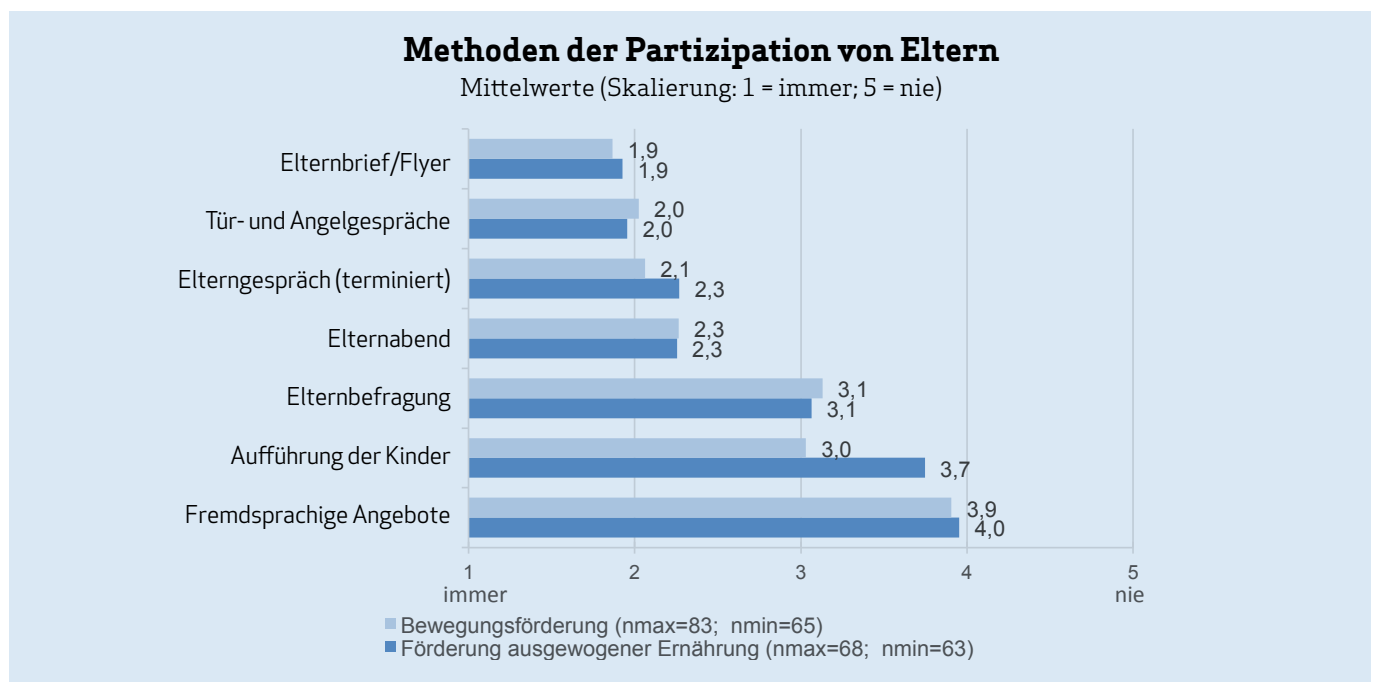


Abbildung 9: Methoden der Partizipation von Eltern

Nennungen, die durch ein Feld für „Sonstige Methoden“ im Fragebogen ermöglicht wurde, wurden einzelne Methoden

im Bereich Bewegung benannt. Beim Thema Ernährung fielen die Anmerkungen ausführlicher aus (s. Tabelle 5).

<b>Bewegung: Mit welchen Methoden werden Eltern eingebunden?</b>		<b>Nennungen</b>
1.	Informationsmaterial	3
2.	Feste	2
3.	Aktionen „eigenes Ausprobieren“	2
4.	Gottesdienste	1
5.	Hospitationen	1
6.	Elternbeirat	1
<b>Ernährung: Mit welchen Methoden werden Eltern eingebunden?</b>		<b>Nennungen</b>
1.	Eltern beim Essen einbeziehen	13
2.	Elternabend	9
3.	Elternbriefe	5
4.	Elternbefragung	5
5.	Elterngesprächen	5
6.	Elternbeirat	4
7.	Aktionstage	3
8.	Feste	2
9.	Speisepläne werden ausgehängt	1
10.	Eltern kochen Mittags für Kinder	1

Tabelle 5: Sonstige Methoden der Einbindung von Eltern

## 2.5 Konzeptqualität

Für eine hohe Konzeptqualität einer gesundheitsförderlichen Intervention sind verhältnisbezogene Maßnahmen wichtig. Die Konzentration auf ausschließlich verhaltensbezogene Maßnahmen ist im Gegenzug nicht „der Schlüssel zum Erfolg“, da das räumliche und soziale Umfeld Anreize oder Barrieren für die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Verhalten der Zielgruppe bedeuten kann.

Betrachtet man in Abbildung 10 die erfragten verhältnisbezogenen Maßnahmen zur Bewegungsförderung, steht

die Qualifikation der Mitarbeiter/innen mit knapp 80% an erster Stelle. Die Vernetzung mit Akteurinnen und Akteuren, die für das betreffende Handlungsfeld relevant sind, wird bei rund 70% der Befragten angekreuzt. Über 60% verankern zudem ihre Aktivitäten zur Bewegungsförderung in strukturelle Gegebenheiten. Je aufwendiger die Maßnahmen allerdings werden und nicht im originären Aufgabenfeld liegen, desto weniger werden diese Maßnahmen durchgeführt. Die Verbesserung der Umgebungsbedingungen wird von rund 36% durchgeführt. Die konzeptionelle Arbeit steht im Vergleich zu den anderen Maßnahmen eher im Hintergrund der

Bewegungsförderung. Die Entwicklung eines Bewegungskonzeptes gibt lediglich knapp ein Drittel der Befragten an.

Im Durchschnitt werden 3,4 verhältnisbezogene Maßnahmen von den befragten 88 Einrichtungen im Handlungsfeld Bewegungsförderung durchgeführt.

Im Handlungsfeld Ernährung werden von 72 betreffenden Einrichtungen ebenfalls durchschnittlich 3,4 der 6 abge-

fragten verhältnisbezogenen Maßnahmen durchgeführt (s. Abbildung 11). Mit rund 80% der Befragten führen die Einrichtungen auch hier die Qualifizierungen von Mitarbeiter/innen am häufigsten durch. Der Trend ist in beiden Handlungsfeldern ähnlich. Auch die Verankerung der Aktivitäten in strukturelle Gegebenheiten und Veränderung der Abläufe bzw. Organisation in der Einrichtung stehen an dritter bzw.

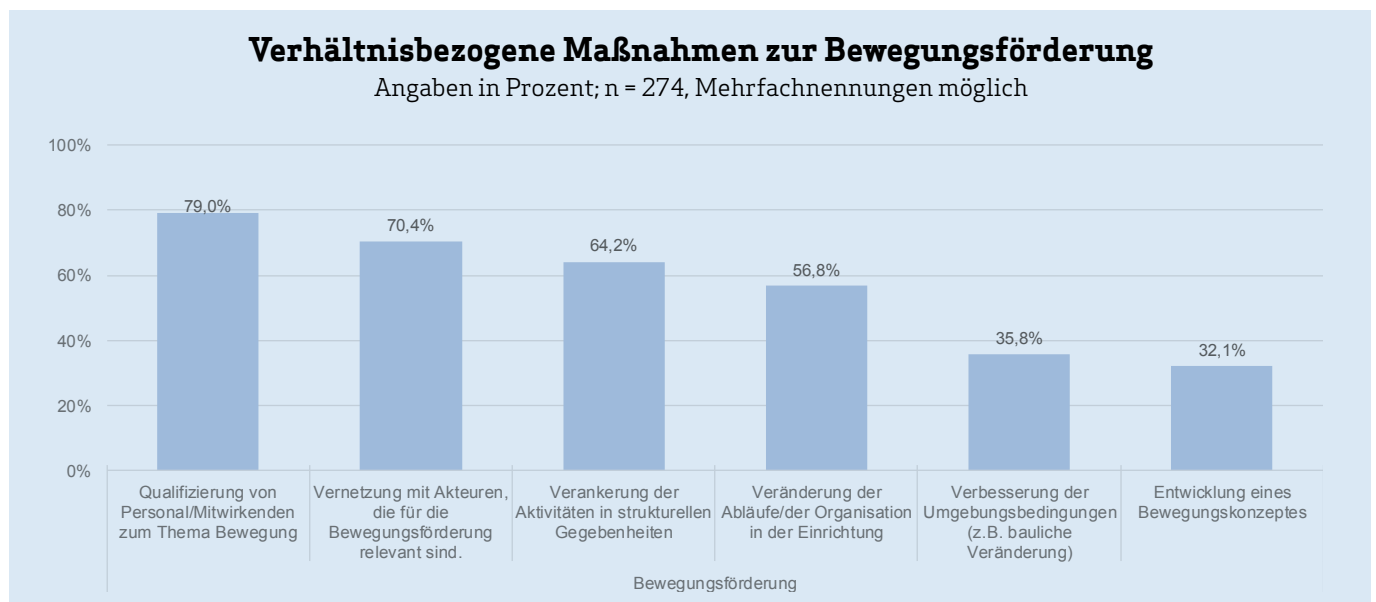


Abbildung 10: Verhältnisbezogene Maßnahmen zur Bewegungsförderung

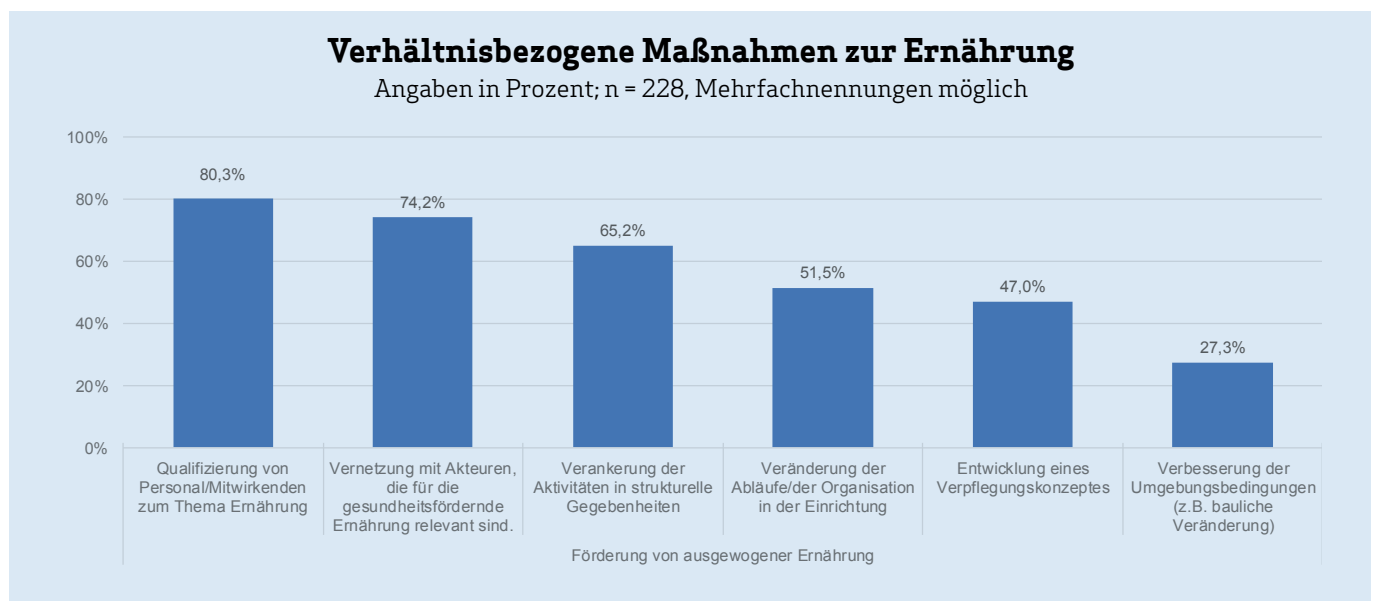


Abbildung 11: Verhältnisbezogene Maßnahmen zur Ernährung

vierter Stelle. Die Veränderung der Abläufe bzw. Organisation in der Einrichtung findet mit knapp 57% im Handlungsfeld Bewegungsförderung häufiger statt als im Handlungsfeld Ernährung (51,5%).

Im Vergleich zum Handlungsfeld Bewegungsförderung und der Entwicklung eines Bewegungskonzeptes, geben 47% Einrichtungen, die sich aktiv für eine ausgewogene Ernährung einsetzen, die Entwicklung eines Versorgungskonzeptes an.

Die verhaltensbezogenen Maßnahmen sollen ein präventives Verhalten begünstigen, indem sie sich im Gegensatz zu

den verhältnisbezogenen Maßnahmen auf das Individuum beziehen. In der Bewegungsförderung wird die Vermittlung von praktischen Fertigkeiten mit 81% am häufigsten angewandt, gefolgt von der Vermittlung von Informationen und der Förderung von Handlungs-, Entscheidungs- und Selbstwahrnehmungskompetenzen. Diese Tendenz ist ebenfalls in der Förderung einer ausgewogenen Ernährung zu beobachten. Alle drei Maßnahmen werden hier jedoch prozentual etwas häufiger durchgeführt.

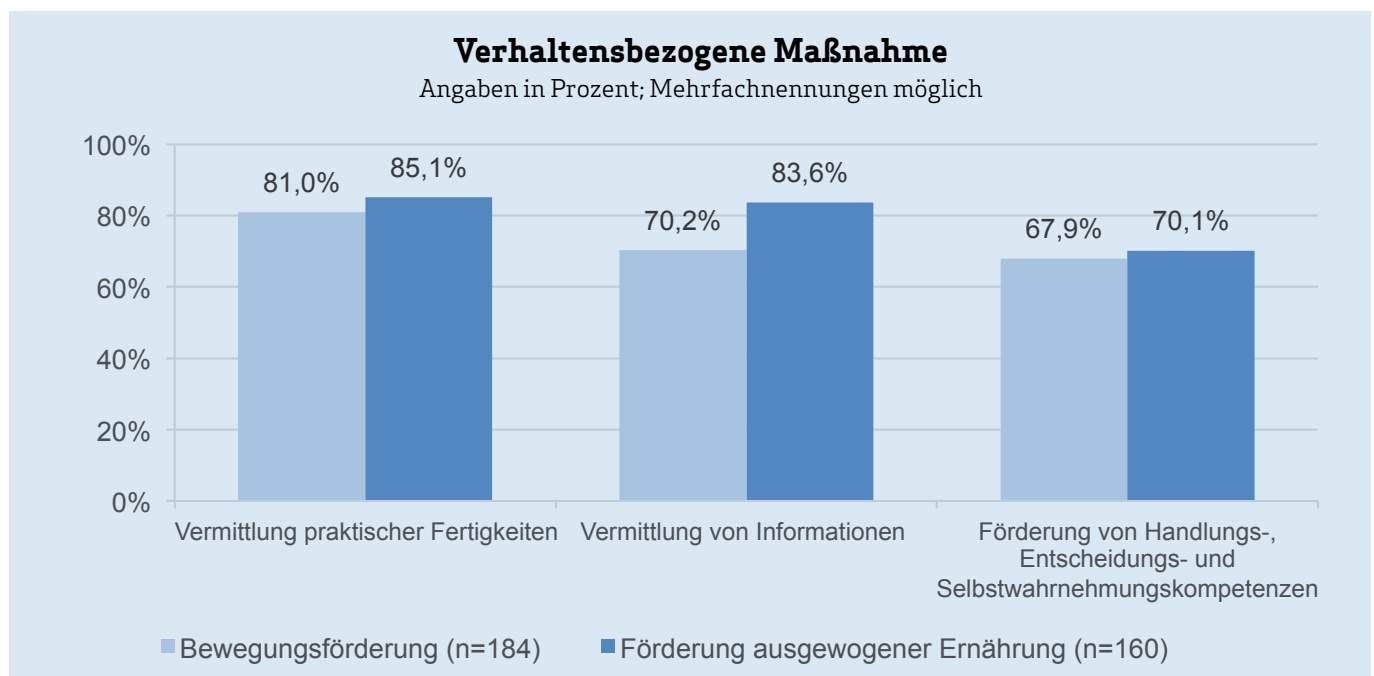


Abbildung 12: Verhaltensbezogene Maßnahmen

## 2.6 Einschätzung des Erfolgs und Unterstützungsbedarf

Wie auch an den vorherigen Ergebnissen erkennbar, wird viel im Rahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita und Familienzentren geleistet. Bei der Frage, wie die betreffenden Einrichtungen im Handlungsfeld Ernährung und Bewegung den Erfolg ihrer eigenen Aktivitäten einschätzen, ist die Bewertung eher verhalten. Zwar schätzen mit 55% über die Hälfte der Befragten den Erfolg „sehr hoch“ oder „hoch“ ein, 44% bewerten den Erfolg jedoch in der Mitte (Abbildung 13).

Rund 39% der Einrichtungen schätzen den Unterstützungsbedarf bei der qualitätsgesicherten Gesundheitsför-

derung/Prävention „sehr hoch“ oder „hoch“ ein. Die Hälfte schätzt ihn mit „mittel“ und fast 10% mit „gering“ ein (Abbildung 14).

Die Ergebnisse der qualitativen Nachfrage, worin der Unterstützungsbedarf besteht, wird in Tabelle 6 deutlich. Mehr Fortbildungen sind die häufigsten Nennungen der Befragten, gefolgt von dem Bedarf mehr Personal zur Verfügung zu haben. Eine bessere finanzielle Ausstattung schließt sich den vorherigen Themen an. Fasst man jedoch den Unterstützungsbedarf an Kooperation mit Ärzten und Fachleuten zusammen, ist die Kooperation ein wichtiger Aspekt im Rahmen der genannten Bedarfe.



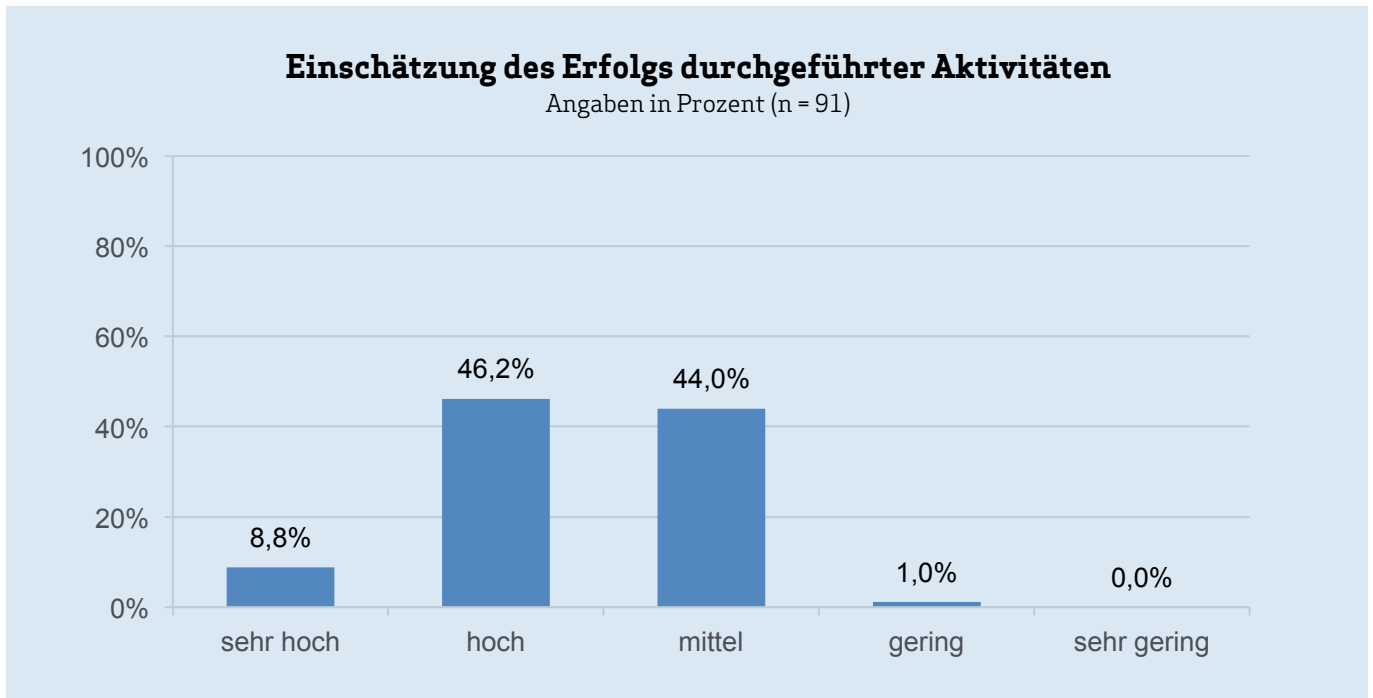


Abbildung 13: Einschätzung des Erfolgs durchgeführter Maßnahmen

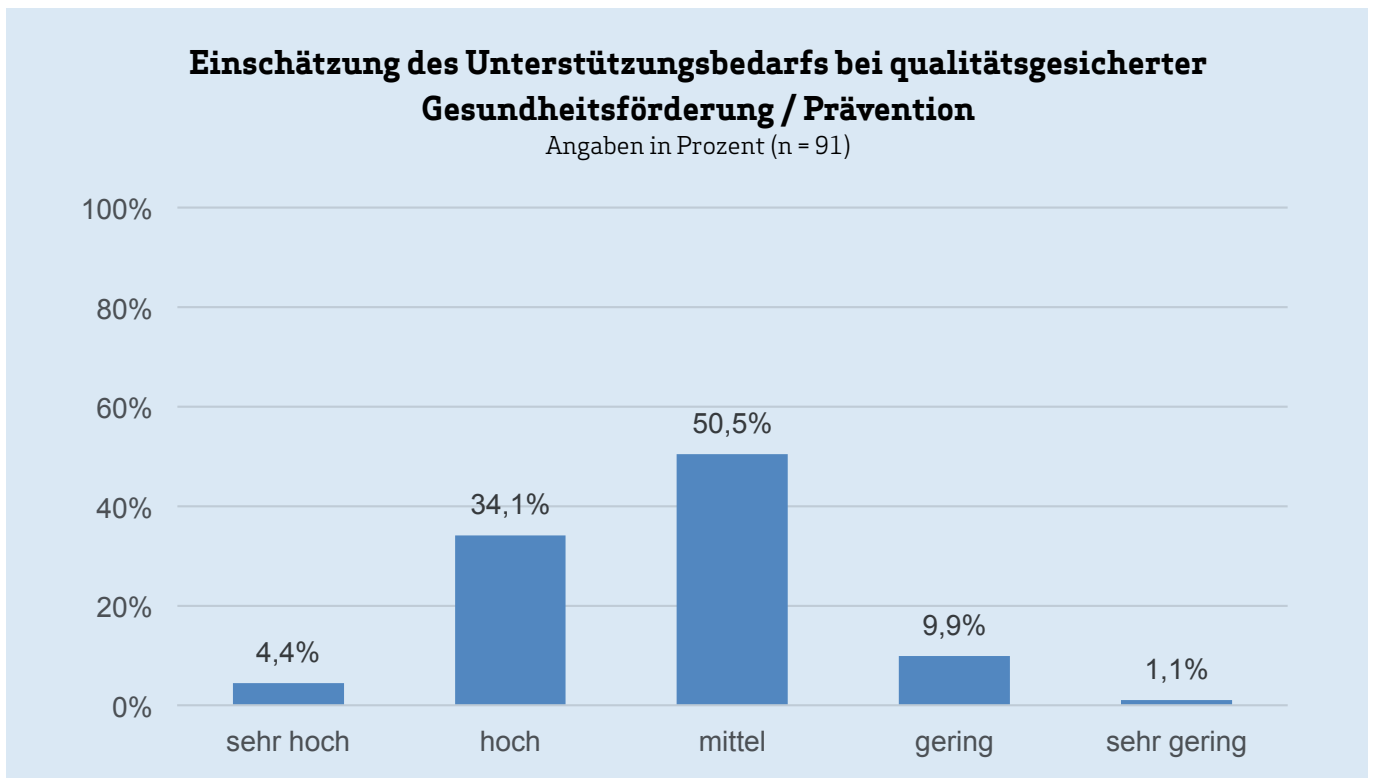


Abbildung 14: Unterstützungsbedarf bei qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung/ Prävention

	Falls Unterstützungsbedarf vorhanden, worin besteht dieser?	Nennungen
1.	Mehr Fortbildungen	13
2.	Mehr Personal	11
3.	Bessere Finanzierung	10
4.	Kooperation mit Ärzten	9
5.	Kooperation mit Fachleuten vor Ort	9
6.	Gute Elterninfos (an Familien mit Migrationshintergrund)	8
7.	Eltern aktiv einbeziehen	4
8.	Mehr Fachkräfte in der Küche	3
9.	Mehr Zeit	3
10.	Beratung	3
11.	Ernährungsberatung für Elternabend	2
12.	Qualifizierte Hauswirtschaftskräfte	2
13.	Mehr Material	2

Tabelle 6: Unterstützungsbedarf bei qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung/ Prävention

### 3 Fazit

Ausgehend von den Fragestellungen der Erhebung wird mit den Ergebnissen der Befragung im Setting Kita, Kinder- und Familienzentren zum einen deutlich, dass die an der Befragung teilnehmenden Einrichtungen für die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung stark sensibilisiert sind. Zum anderen werden Unterschiede im Umgang mit den beiden Handlungsbereichen und somit in der Umsetzung der untersuchten Qualitätskriterien deutlich.

Die partizipative Vorgehensweise ist sowohl bei den Kindern als auch bei den Eltern beim Übergang der Vorstufe hin zur Partizipation angesiedelt. Jedoch ist die aktive Einbeziehung der Eltern im Bereich Ernährung etwas ausführlicher in den Methoden angegeben.

Das Thema Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen spielt eine zentrale Rolle sowohl in den Aktivitäten der Verhältnisprävention als auch in

den Bedarfen der Einrichtungen. Im Vergleich hierzu stehen die strukturellen und organisationalen Grundlagen sowie die Entwicklung eines Konzeptes zur Gesundheitsförderung in den Handlungsbereichen Ernährung und Bewegung im Hintergrund.

Der größte Unterstützungsbedarf, der von einigen Einrichtungen schriftlich formuliert wurde, liegt in der Kooperation mit Fachleuten vor Ort und in der Verstärkung des Personals.

Aus den Ergebnissen lässt sich vermuten, dass gesundheitsförderliche Aktivitäten eher aus dem Problembewusstsein von Personen in den Einrichtungen und die konzeptionelle Arbeit im Sinne der Gesundheitsförderung intuitiv passiert. Verbunden mit dem formulierten Unterstützungsbedarf wird deutlich, dass die Einrichtungen Programme benötigen, die ein ganzheitliches, integriertes Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Prävention zur Verfügung stellen.

## 4 Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010): Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Band 13. Köln: BZgA

HAGE – Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e.V. (2015): Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Qualitätsinstrument zur Qualitätsentwicklung für Projekte, Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Hessen. Frankfurt am Main

Kliche u.a. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim und München: Juventa Verlag

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2014): Vermeidung von Übergewicht in Nordrhein-Westfalen. Planungshilfe für die qualitätsgesicherte Umsetzung präventiver Maßnahmen. Düsseldorf: MGEPA

Wright, Block, von Unger (2007): Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung. Ein Modell zur Beurteilung von Beteiligung. Info\_Dienst für Gesundheitsförderung, 7(3), 4-5

## Impressum

Hessenweite Erhebung zur Sicherung und Entwicklung von Qualität – Befragung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas im Bereich Ernährung und Bewegung, 2016

### Herausgeber:

HAGE –  
Hessische Arbeitsgemeinschaft  
für Gesundheitsförderung e.V.  
Wildunger Straße 6/6a · 60487 Frankfurt am Main  
Tel. 069/713 76 78-0 · Fax 069/713 76 78-11  
info@hage.de · www.hage.de

### Redaktion:

Carolin Becklas · Dieter Schulenberg

### V.i.S.d.P.:

Dieter Schulenberg, Geschäftsführer der HAGE e.V.

### Layout und Herstellung:

Berthold Druck GmbH

### Titelfoto:

© Stephanie Hofschlaeger – pixelio.de

