



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer.nat.)

Verfasserin / Verfasser: Provin Karin
Studienrichtung /Studienzweig (lt. Studienblatt): A474
Betreuerin / Betreuer: Univ. Prof. Dr. Rudolf Schoberberger

Wien, im März 2010

**Die Gesundheit ist zwar nicht alles,
aber ohne
Gesundheit ist alles nichts.**

Arthur Schopenhauer

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich einigen Personen meinen Dank aussprechen, die durch ihre Unterstützung zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen haben.

Bei Herrn Univ. Prof. Dr. Rudolf Schoberberger möchte ich mich für die fachliche Betreuung bedanken und dass er mir ermöglicht hat selbstständig dieses Thema zu wählen und zu bearbeiten.

Des Weiteren danke ich dem Institut für Ernährungswissenschaften, dass die Formalitäten rund um die Übernahme des Themas so zügig abgehandelt wurden.

Ich danke meinen Eltern, die mir durch ihre fortwährende Unterstützung das Studium und diese Arbeit ermöglicht und sie mit Interesse verfolgt haben.

Nicht zuletzt danke ich all meinen Freunden und meinem Freund Markus, die mir durch Anregungen, Gedankenanstöße, ihrem Wissen oder ihrer zur Verfügung gestellten Zeit, geholfen haben diese Arbeit zu verfassen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass die vorliegende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst wurde. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet. Die wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen aus den benutzten Quellen wurden als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner Prüfungskommission vorgelegt oder veröffentlicht.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Aufbau und zentrale Fragestellungen dieser Arbeit	3
2	Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health.....	5
2.1	Gesundheit.....	5
2.2	Public Health	7
2.3	Prävention.....	9
2.4	Gesundheitsförderung	12
3	Gesundheits- und Ernährungsstatus im Kindesalter	21
3.1	Der Gesundheitsstatus von Kindern	21
3.2	Ernährungsstaus von Vorschulkindern in Österreich.....	22
3.3	Prävention der Adipositas im Kindesalter	25
3.4	Die Entstehung des kindlichen Essverhaltens.....	27
3.5	Ernährungsvorlieben von Kindern	30
3.6	Esskultur	31
4	Der Kindergarten als Ort der Gesundheitsförderung	33
4.1	Der Kindergarten als erste Bildungsinstitution.....	33
4.2	Die Verankerung des Themas Gesundheit in Gesetzen und Bildungsplänen	35
4.3	Aufgaben und Handlungsfelder im Setting Kindergarten	38
4.4	Gesundheitsziele im Kindergarten	39
4.5	Leitaspekte der Gesundheitsförderung im Kindergarten	42
4.6	Die Verpflegung in Kindergärten.....	46
4.7	Gesundheitsbildung/Ernährungserziehung/Ernährungsbildung.....	49
5	Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsinterventionen im Kindergarten	61
5.1	Methoden zur Beurteilung der Qualität.....	61

6	Wie muss ein Programm zur Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung im Kindergarten konzipiert sein, damit es eine nachhaltige Wirkung hat?	72
6.1	Raster zur Beurteilung von Projekten zur Gesundheitsförderung.....	74
7	Wie müssen Medien zum Einsatz in der Ernährungsbildung konzipiert sein, um eine erfolgreiche Umsetzung der Inhalte zu gewährleisten?	76
7.1	Analysekriterien	76
7.2	Raster zur Beurteilung von Medien der Ernährungserziehung	78
8	Gesundheitsförderungsinterventionen in Österreich- Ein Einblick in den derzeitigen Stand	79
8.1	Programme	79
8.2	Modellprojekt der Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten	88
8.3	Nationaler Aktionsplan Ernährung	88
8.4	Aus- und Fortbildung von KindergartenpädagogInnen	89
8.5	Medien zum Thema Gesunde Ernährung bei Kindern	92
8.6	Die Situation in Deutschland	96
9	Schlussbetrachtung und Ausblick	97
9.1	Ausblick.....	100
10	Zusammenfassung	102
11	Summary	103
12	Literaturverzeichnis	104
13	Anhang	120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Determinanten für Gesundheit (nach Whitehead & Dahlgren, 1991) Darstellung. Fonds gesundes Österreich	6
Abbildung 2: Aid- Ernährungspyramide. Darstellung Aid. 2009	23
Abbildung 3: Innere und äußere Bedingungen der Gesundheitsförderung. Quelle: MIX M., 2002, S.84	43
Abbildung 4: Phasen präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen und Ansätze für ein Qualitätsmanagement. Quelle: WALTER U. et.al, 2001, S.26	62
Abbildung 5: Maximas Ernährungspyramide; Darstellung aks.....	79
Abbildung 6: LOGO. Genuss- und Bewegungs-Entdecker. Gesunde Kinder für die Zukunft	82
Abbildung 7: Kasperltheater zum Thema Gesundheit	85
Abbildung 8: Handpuppen. Der kluge Rabe und das kleine Gespenst.....	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Prävention versus Gesundheitsförderung. Quelle: ELMADFA I., 2004, S.220	19
Tabelle 2: HAG, 2009, S.28; Quelle: A. Maasberg, Gesund in alle Lebenslagen, 2004	39
Tabelle 3: Kriterienraster für die Beurteilung von gesundheitsfördernden Projekten im Kindergarten	75
Tabelle 4: Kriterienraster für die Beurteilung von Medien zur Ernährungsbildung	78
Tabelle 5: Analyseergebnisse des Maxima Programmes	81
Tabelle 6: Analyseergebnisse des Genuss- und Bewegungsentdecker Programmes....	84
Tabelle 7: Ergebnisse der Medienanalyse	95

Anhang

Tabelle 8: Analyse des „Maxima“ Projektes.....	Anhang A - 4
Tabelle 9: Analyse des Programmes „Genuss- und Bewegungsentdecker“
.....	Anhang B - 3
Tabelle 10: Analyse des Handbuches zur Biobox	Anhang C - 3

Tabelle 11: Analyse der Maxima Arbeitsmappe	Anhang C - 5
Tabelle 12: Analyse der PeP-Mappe	Anhang C - 7

1 Einleitung

Studien belegen die enorme Wichtigkeit der frühen Lebensphasen für die Ausbildung gesundheitsfördernder Ressourcen.

Der Kindergarten als erste Bildungsinstitution spielt hier eine wesentliche Rolle.

Es wird hier nicht nur auf den Gesundheitsstatus der Kinder positiv Einfluss genommen, sondern es werden darüber hinaus auch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen erlernt. [KLICHE T., 2008, S.14]

Der Kindergarten bietet sich als Ort der Gesundheitsförderung an, weil hier alle Kinder in einem frühen Alter erreicht werden und darüber hinaus auch die Familien mit einbezogen werden können.

Der Kindergarten kann auch als Schlüsselsetting der Gesundheitsförderung bezeichnet werden. [ALTGELD und KOLIP, 2004, S. 46]

Kindergärten ermöglichen die Ausbildung von Schutzfaktoren indem Kinder in ihrer Persönlichkeit und ihrem Selbstwertgefühl gestärkt werden und ihre individuellen Ressourcen gefördert werden.

Darüber hinaus wird den Kindern ein Umfeld angeboten in dem sie lernen und sich entwickeln können und die Eltern werden unterstützt bzw. entlastet. [HAG, 2009, S.26]

In den Industrieländern sind in den letzten Jahren neue gesundheitliche Herausforderungen entstanden.

Durch die demographischen Veränderungen, die Zunahme der Lebenserwartung und die Abnahme der Kinderanzahl und Kindersterblichkeit, kam es zu neuen Anforderungen an das medizinische System.

Auch die Krankheitsspektren haben sich verändert.

So findet man heute statt der Infektionskrankheiten vorwiegend chronisch degenerative Erkrankungen, sogenannte „Non communicable diseases“ (NCDs).

Diese lebensstilassozierten Erkrankungen sind nicht heilbar im klassischen Sinn.

Sie führen oftmals zu Einschränkungen der Lebensqualität und sind mit hohen öko-

nomischen Belastungen für das Gesundheitswesen verbunden. [GERBER U. und STÜNZNER W.,1999, S.17ff]

Auch die gesundheitlichen Belastungen der Kinder nehmen zu.

Adipositas, Diabetes mellitus Typ 2, und Koronare Herzkrankheiten erfordern andere und neue Behandlungskonzepte.

Das klinisch-medizinische Modell ist nicht ausreichend für die Erklärung psychosozialer Entstehungsbedingungen. Chronische Erkrankungen weisen meist nicht abgrenzbare Ursachen auf und entstehen durch ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Die alleinige Ausrichtung auf die Kuration schränkt die Lösungsmöglichkeiten ein. [GERBER U. und STÜNZNER W.,1999, S.20ff]

So hat sich in den letzten Jahren das öffentlich Interesse zunehmend von der Krankheits- zur Gesundheitsseite hin verlagert. [MÜLLER, 2005, S.33]

Die NCDs sind heute, weltweit gesehen, endemisch und angesichts dessen sind bevölkerungsweite Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung notwendig. [MÜLLER und TRAUTWEIN, 2005, S.15]

Laut des ersten österreichischen Adipositasbericht sind 10% der Vorschulkinder beiderlei Geschlechts (3 bis 6 Jahre) in Österreich übergewichtig. Adipös sind 6 % der Burschen und 3 % der Mädchen. [RATHMANNER T.et al., 2006, zitiert nach ELMADFA et al, 2003]

In Europa sind etwa 3,5 Millionen der unter Fünfjährigen adipös. [RATHMANNER T. et al., 2006, S.86, zitiert nach IOTF, 2000]

Nicht nur bei Erwachsenen, auch bei Kindern wird die Adipositas von schwerwiegenden Komorbiditäten begleitet. Hypertonie, Dyslipoproteinämie, Fettleber, Insulinresistenz und gestörte Glucosetoleranz, Gefäßveränderungen, respiratorische Dysfunktion, Gelenksprobleme und psychische Probleme zählen zu diesen Begleiterscheinungen. [RATHMANNER T. et al., 2006, S.189]

Es müssen Maßnahmen ergriffen werden um dem Trend zu immer mehr übergewichtigen Kindern entgegenzuwirken. [RATHMANNER T. et al., 2006, S.191]

Durch die kürzlich vorgenommenen Änderungen im Bereich des Kindergartens (Gra-

tis-Kindergarten, verpflichtendes Kindergartenjahr) gewinnt der Kindergarten als Setting noch mehr an Bedeutung. Es können hier in einem frühen Alter nahezu alle Kinder und ihre Familien aus allen sozialen Schichten über längere Zeit, erreicht werden und so Gesundheitskompetenzen aufgebaut werden.

Familien sind oftmals auch überfordert Wissen und Können im Umgang mit Essen und Trinken zu vermitteln und hier müssen die Institutionen mit nachhaltigen Konzepten die Verantwortung übernehmen. Das Essenlernen, Motivation, Gewohnheiten und Einsichten müssen im Kindesalter erfolgen, will man der Inzidenz der Adipositas senken.

Kindergärten und Schulen sind häufig die einzigen Orte wo Kinder aus sozial schwachen Familien, die Möglichkeit erhalten ein gesundes Essverhalten zu entwickeln.

[HEINDL I., 2005, S.139]

1.1 Aufbau und zentrale Fragestellungen dieser Arbeit

In dieser Arbeit soll die Thematik Gesundheitsförderung im Kindergarten beleuchtet werden. Methodisch gesehen bedient sich die Autorin dieser Diplomarbeit der Literatur- und Internetrecherche.

Mit dieser Diplomarbeit soll der aktuelle Wissensstand zur Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten zusammengefasst und dargelegt werden, **warum Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter von großer Bedeutung ist und warum sich das Setting Kindergarten besonders für eine Implementierung von Programmen eignet.**

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen: **„Wie muss ein Programm zur Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung im Kindergarten konzipiert sein, damit es eine nachhaltige Wirkung hat?“**

Darüber hinaus soll ein **Einblick in die Situation in Österreich** gegeben und analysiert werden, ob sich die theoretischen Prinzipien und Konzepte in den Programmen wiederfinden, wie sich die Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für die PädagogInnen ge-

stalten und welche unterstützenden Materialien/Medien in Österreich, für die pädagogische Arbeit, erhältlich sind.

Nach diesen einleitenden Worten werden im zweiten Kapitel zunächst die Grundlagen der Gesundheitsförderung vorgestellt und anschließend im Kapitel 3 der Gesundheits- und Ernährungsstatus von Kindern im Vorschulalter dargestellt und die Wichtigkeit von einem frühen Einsetzen von Präventionsmaßnahmen dargelegt.

Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich damit wie die Gesundheitsförderung im Kindergarten ablaufen kann bzw. soll.

Die Qualitätssicherungsverfahren die sich für eine Anwendung in der Gesundheitsförderung im Kindergarten eignen, werden in Kapitel 5 kurz zusammengefasst und in Kapitel 6 und 7 werden die Beurteilungskriterien für Programme und Medien, auf Grundlage der theoretischen Ausführungen der vorangegangenen Kapitel, definiert. Kapitel 8 bietet einen Einblick in die momentane Situation in Österreich und die Darstellung der Analyseergebnisse.

In der Schlussbetrachtung werden anschließend die oben ausgeführten Fragen und Ansätze überprüft.

2 Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Begriffe und Schlagwörter der Gesundheitsförderung, Prävention und Public Health definiert und näher erläutert. Sie werden in den folgenden Kapiteln immer wieder erwähnt und bedürfen einer Erklärung, da sie die Grundlage dieser Diplomarbeit bilden.

Die Gegenüberstellung von Prävention und Gesundheitsförderung bilden dann den Abschluss des zweiten Kapitels.

2.1 Gesundheit

2.1.1 Definition Gesundheit

Die Definition der WHO besagt, dass Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens ist. Gesundheit ist weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. [WHO]

Gesundheit ist ein grundlegendes Anliegen für jeden Menschen und auch für jede Gesellschaft. Ein hohes Maß an Gesundheit hat Auswirkungen auf die Gesellschaft, sie beeinflusst die Altersstruktur und auch die Kosten im Gesundheitswesen. [MÜLLER, 2005, S.22]

Die folgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Faktoren, die sich auf die Gesundheit des Einzelnen auswirken.

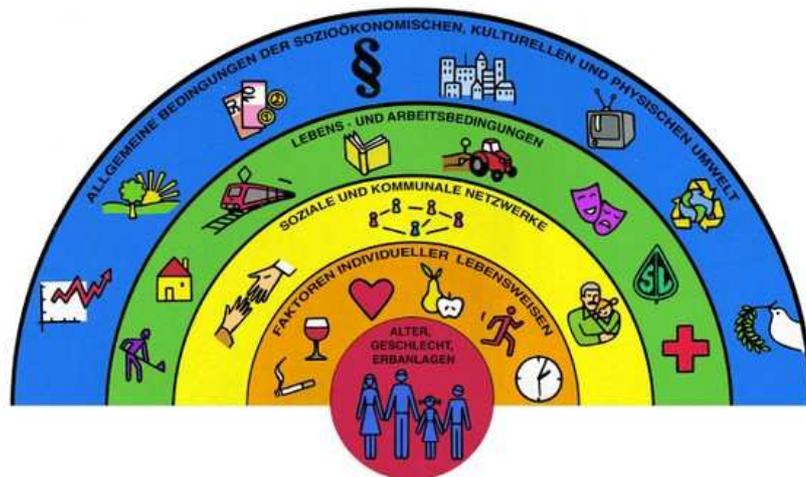


Abbildung 1: Determinanten für Gesundheit (nach Whitehead & Dahlgren, 1991) Darstellung. Fonds gesundes Österreich

2.1.2 Gesundheitswesen und Gesundheitssystem

Für die Planung, Bereitstellung, Durchführung und Finanzierung von Einrichtungen, Maßnahmen und Programmen sind die Gesundheitssysteme zuständig.

Sie beinhalten die Bereiche der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege.

Die Gesellschaften geben einen beachtlichen Teil des Bruttosozialprodukts für das Gesundheitswesen aus. [MÜLLER, 2005, S.30f]

Im Jahre 2007 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich laut „System of Health Accounts“ rund 27.453 Mio. Euro. Davon entfielen 26.125 Mio. Euro auf die laufenden Gesundheitsausgaben; ca. 1.328 Mio. Euro wurde für Investitionen im Gesundheitsbereich ausgegeben. Durchschnittlich sind die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2007 jährlich um 5,3% gestiegen. [STATISTIK AUSTRIA, 2009]

Durch die Adipositas und die damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen sowie die Arbeitsausfälle, entstehen für das Gesundheitssystem direkte, indirekte und intangible Kosten.

Die Kosten die durch die Adipositas verursacht werden, betragen Schätzungen nach etwa 1 bis 5 % der gesamten Gesundheitskosten. Durch den Rückgang der Prävalenz um 1 %, könnten Kosten in Höhe von 751,4 Millionen Euro eingespart werden.

[RATHMANNER T. et al., 2006, S.203f]

Die Gesundheitssysteme der meisten westlichen Länder sind auf die Kuration und Therapie von Krankheiten ausgerichtet. Prävention und Gesundheitsförderung spielen eine untergeordnete Rolle. So werden in diesem Bereich auch nur geringe finanzielle Mittel eingesetzt. [HURRELMANN K.et al., 2004, S.14]

2.2 Public Health

2.2.1 Definition Public Health

Public Health ist ein englischer Begriff und kann als „Bevölkerungsmedizin“ oder auch als „öffentliche Gesundheit“ übersetzt werden. [MÜLLER, 2005, S.34]

Die WHO definiert Public Health als “Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Lebensverlängerung, der Unterstützung der psychischen und physischen Wohlbefindens durch gemeindebezogene Maßnahmen”.

Ein Public Health-Problem ist durch folgende Merkmale charakterisiert:

- eine hohe Prävalenz
- eine zunehmende Verbreitung
- eine hohe Morbidität
- eine hohe Mortalität
- hohe Kosten
- soziale Auswirkungen
- wenige Therapiemöglichkeiten
- eine Möglichkeit der Prävention ist vorhanden oder zu mindestens wahrscheinlich
- öffentliche Aufmerksamkeit [MÜLLER, 2005, S.35f]

Legt man diese Merkmale auf die Adipositas um, so wird man feststellen, dass diese Erkrankung alle Punkte erfüllt und somit ein typisches Public Health-Problem ist.

[MÜLLER, 2005, S.35f]

Maßnahmen von Public Health zielen auf den individuellen Lebensstil ab. Sie müssen aber auch ökonomische und politische Maßnahmen (Lebensmittelangebote und Um-

welt) miteinbeziehen, um den Konsum von Lebensmitteln zu senken oder die Menschen zu mehr körperlicher Aktivität anzuregen und so die Adipositas- Epidemie zu beeinflussen. Experten aus den Bereichen Ernährung, Sport, Gesundheit, Gesellschaft und Politik müssen gemeinsam Lösungen entwickeln. [MÜLLER, 2005, S.288ff]

Initiativen zeigen sich als besonders effizient, wenn sie umfassende, nachhaltige und multidisziplinäre Ansätze verfolgen und die Gesamtbevölkerung fokussieren. Die ausgewählten Maßnahmen sollten sich an Individuen, Gemeinden, Gesellschaft und Umwelt richten. [EURODIET, 2000, S.8f]

Um einen breiten Effekt zu erzielen, ist die Schaffung einer sogenannten Win-win-Situation notwendig. Der Anreiz das eigene Verhalten zu ändern, ist oft sehr schwach ausgeprägt angesichts der Tatsache, dass der zukünftige Gesundheitszustand in weiter Ferne liegt und so muss durch Steuerungselemente dazu beigetragen werden, diesen zu erhöhen. [WALTER U. et al., 2003, S.201]

2.2.2 Adipositas - Ein Public Health-Problem unserer Zeit

In den Industrienationen stellen Übergewicht und Adipositas das Hauptgesundheitsproblem dar. In allen Altersgruppen und Regionen ist ein kontinuierlicher Anstieg der Prävalenz zu beobachten.

Durch die Komorbiditäten der Adipositas kommt es zu hohen Kosten für das gesamte Gesundheitswesen.

Die Folgen der Adipositas können aber auch psychischer Natur sein. So treten Essstörungen, Angstzustände, vermindertes Selbstwertgefühl oder Depressionen oft bei adipösen Menschen auf. Die Lebensqualität ist eingeschränkt.

Die Entstehung der Adipositas ist multifaktoriell. Neben genetischen Einflussfaktoren tragen aber vor allem eine unausgewogene kalorienreichen Ernährung und Bewegungsmangel, als Lebensstilfaktoren, zur Entstehung bei. An der positiver Modifikation dieser Risikofaktoren können die Maßnahmen von Public Health ansetzen. Wichtig ist, dass die Strategien bevölkerungsweit und umfassend ausgerichtet sind. [RATHMANNER T. et al., 2006, S.10ff]

Die Förderung eines ausgeglichenen Bewegungs- Ernährungs- und Freizeitverhaltens sowie die Vermittlung eines positiven Körperbildes, werden als Ansatzpunkte in der Adipositasprävention genannt. Da sich Lebensweisen im Kindesalter stabilisieren wird eine Prävention im jungen Alter angestrebt. [ICKS A. und RATHMANN W.. 2004, S.175]

Studien ergeben, dass Frauen und Männer die in ihrer Jugend und dem jungen Erwachsenenalter übergewichtig sind, später mit sozialen und ökonomischen Konsequenzen zu rechnen haben. So waren diese Personen seltener verheiratet und hatten ein geringeres Haushaltseinkommen. [GORTMAKER S.L. et al., 1993]

Die Wahrscheinlichkeit für Kinder die bereits übergewichtig sind, als Erwachsene auch übergewichtig zu sein, liegt bei 80 %.

Aus diesen Gründen kommt der Prävention im frühen Kindesalter eine bedeutsame Rolle zu. [WIDHALM, 2003, S.10]

2.3 Prävention

2.3.1 Definition Prävention

Prävention (praevenire = lat. für zuvorkommen, verhüten) umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen, die eine gesundheitliche Schädigung verhindern oder sie weniger wahrscheinlich machen und verzögern.

Nach dem Zeitpunkt unterscheidet man 3 Arten der Prävention:

Primärprävention setzt ein, bevor eine Krankheit eintritt und zielt auf die Vermeidung von Risiken und Ursachen hin.

Die Sekundärprävention umfasst Maßnahmen zur Früherkennung einer Krankheit.

Die Tertiärprävention richtet sich an kranke Menschen. Sie setzt erst nach Ausbruch der Krankheit ein und versucht den Verlauf derselben positiv zu beeinflussen.

[MÜLLER, 2005, S. 124]

2.3.2 Verhaltensprävention vs. Verhältnisprävention

Diese Unterscheidung kann man aufgrund der Zielgröße machen.

Verhaltensprävention zielt sich auf eine Veränderung des gesundheitsgefährdenden Verhaltens (Rauchen, übermäßig Essen, zu wenig körperliche Aktivität, etc.) eines Individuums ab.

Verhältnispräventive Maßnahmen sind auf die Veränderung der Umwelt in der ein Individuum lebt, ausgerichtet. Im Mittelpunkt steht hier die Veränderung gesundheitsschädigender Bedingungen (z.B.: verbesserte Gemeinschaftsverpflegung, Kontrolle von Lebensmitteln). [GERBER U. und STÜNZNER W.,1999, S.29f]

Wir leben in sozialen, politischen und ökonomischen Verhältnissen, die gesundheitsfördernde und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen unterstützen, verstärken, aber auch behindern. [MÜLLER, 2005, S. 186f]

Prävention geht davon aus, dass sich das individuelle Verhalten der Menschen durch Information verändern lässt, vergisst dabei aber darauf, dass die gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen Teil eines Lebensstils sind und daher auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verändert werden müssen.

[GERBER U. und STÜNZNER W.,1999, S.30f]

Primärpräventive Leistungen müssen also eine strukturelle Prävention und eine Gruppen- und/oder Individuenzentrierte Prävention miteinander vereinbaren. Gesetzliche und organisatorische Maßnahmen auf der einen Seite und Gesundheitserziehung, Aufklärung und Beratung auf der anderen Seite bilden das Gesamtpaket. [SIEGRIST J.,2003, S.150]

Die Verhaltensprävention mittels Ernährungsberatung alleine zeigt nur geringe Wirkung auf eine Änderung des Essverhaltens. Es ist die Aufgabe der gesellschaftlichen Institutionen und der Politik, die Chancen der Verhältnisprävention wahrzunehmen, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken. [PUDEL V., 2004, S.119]

2.3.3 Wirksamkeit von präventiven Strategien

Die in Deutschland und Norwegen durchgeführten großen Präventionsstudien zeigen in ihren Ergebnissen messbare Erfolge innerhalb überschaubarer Zeiträume. So konnte zum Beispiel eine Senkung der Risikofaktoren, der Morbidität und Mortalität erreicht werden. [MÜLLER, 2005, S.132]

Wesentlich anzumerken ist, dass diese Studien ihre Schwerpunkte weg von einer Verhaltensänderung hin zu gemeindeorientierten Strukturen verlagerten. Durch die Einbindung von Privatsektor und Politik konnten die positiven Ergebnisse erzielt werden. [KICHBUSCH, 2003, S.182]

2.3.4 Ökonomische Aspekte

Präventionsmaßnahmen müssen, um ihre Durchführung zu rechtfertigen, auf ihre Realisierbarkeit, Wirksamkeit und ihren ökonomischen Nutzen überprüft werden. Als Outcome-Variable wird so z.B. das Ernährungsverhalten oder der Ernährungszustand vor und nach der Intervention verglichen.

Bei einer ökonomischen Evaluation spielen auch die Kosten, im Bezug auf die Wirksamkeit, eine wesentliche Rolle. Eine Maßnahme wird als kosteneffektiv bezeichnet, wenn die Kosten den Nutzen nicht übersteigen.

Prävention und Gesundheitsförderung sollen die Gesundheit in der Gesellschaft verbessern, sie müssen allerdings nicht unbedingt kostensenkend sein. Es ist ausreichend wenn die Kosten den Nutzen nicht übersteigen.

Wesentlicher Bestandteil jedes Interventionsprogrammes ist die Evaluation. Als Evaluation bezeichnet man die Überprüfung und Bewertung der Umsetzung einer Interventionsmaßnahme. Ohne ihr sollte keine Maßnahme durchgeführt werden. [PUST, 2005, S.266ff]

Wichtige Kenntnisse über Stärken und Schwächen eines Projektes werden durch die Evaluation gewonnen. Effizienz und Effektivität können dadurch verbessert werden. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.9]

In Österreich wurden unabhängige Finanzierungsformen und Infrastruktur geschaffen, die eine komplementäre Präventionsstruktur darstellen.

Diese Stiftungen oder Fonds werden durch einen gewissen Anteil am Steueraufkommen oder Pro-Kopf-Aufwendungen finanziert. [BRÖßKAMP- STONE U., 2003, S.251]

2.4 Gesundheitsförderung

2.4.1 Definition Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. [WHO, Ottawa- Charter , 1986]

Der Ansatz der Gesundheitsförderung orientiert sich an der Gesamtbevölkerung und weist eine ganzheitliche Sichtweise auf. Er zielt darauf ab, die allgemeinen Ressourcen zu stärken. [SIEGRIST J.,2003, S151]

Die Gesundheitsförderung wird auch als die dritte Public Health-Revolution bezeichnet. Widmete man sich vor einigen Jahren noch hauptsächlich der Bekämpfung von Infektionskrankheiten und Risikofaktoren, so steht heute die Förderung der individuellen Ressourcen im Vordergrund. [KICKBUSCH, 2003, S.183]

In der Ottawa- Charter werden fünf Handlungsbereiche genannt, die für die Gesundheitsförderung wesentlich sind:

- **Aufbau einer gesundheitsfördernden Politik**
Die Entscheidungsträger übernehmen Verantwortung für Gesundheit und sind sich über die Konsequenzen ihrer Entscheidungen, Gesundheit betreffend, bewusst.
- **Schaffung unterstützender Lebensräume**
Im Kindergarten, der Schule, am Arbeitsplatz werden Lebenswelten geschaffen, die die Gesundheit fördern.
- **Stärkung gemeinschaftlichen Handelns**
Hier spielen Empowerment und Partizipation eine große Rolle. Die Menschen sollen ihre Kompetenzen und ihr Selbstbestimmungsrecht bezüglich ihrer Gesundheit stärken. Sie sollen am gesamten Prozess teilhaben und mitbestimmen.
- **Entwicklung persönlicher Kompetenzen**
Die Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von sozialen und persönlichen Fertig- und Fähigkeiten. Die Menschen sollen lernen mit den chronischen Krankheiten und Verletzungen, die sie im Laufe ihres Lebens antreffen, umzugehen.
- **Neuorientierung des Gesundheitssystems**
Die Rolle des Gesundheitssystems muss sich in Richtung Gesundheitsförderung bewegen. [WORLD HEALTH ORGANISATION, 2006]

2.4.2 Partizipation und Empowerment

Partizipation und Empowerment sind wesentliche Schlüsselemente der Gesundheitsförderung.

Partizipation will aus Betroffenen Beteiligte machen und ihnen das Teilhaben ermöglichen. Die Menschen sollen die Bedingungen für eine gesundheitsförderliche Lebenswelt selbst schaffen und ein hohes Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit erlangen. [GERBER U. und STÜNZNER W.,1999, S.33]

Partizipation wird erreicht durch die Förderung der persönlichen Kompetenzen, der Eigeninitiative, der Lernbereitschaft, Gruppenfähigkeit, des Verantwortungsgefühls

und durch die Aktivierung von Wünschen und Bedürfnissen. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.15f]

Unter Empowerment versteht man die Befähigung von Individuen oder Gruppen zu mehr Selbstbestimmung. [SIEGRIST J.,2003, S.151]

Empowerment bedeutet auch die Befähigung von Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Menschen werden zu lebenslangem Lernen befähigt und sind in der Lage mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen. [GESUNDHEIT BERLIN e.V. 2004, S.8f]

2.4.3 Strategien der Gesundheitsförderung

Eine Strategie ist ein längerfristiger Plan (Aktionsplan) zur Erreichung eines Ziels, der versucht äußere Faktoren und Reaktionen zu berücksichtigen und das weitere Vorgehen darauf abzustimmen.

Für die Umsetzung des Aktionsplans werden unterschiedliche Methoden eingesetzt und verschiedene Handlungsebenen (= Setting) miteinbezogen.

Die Strategien der Gesundheitsförderung sind auf unterschiedliche Gruppen ausgerichtet und reichen vom Individuum bis hin zur Gesamtbevölkerung. Sie können breit angelegt sein oder auch einen engen Fokus aufweisen. Die Strategien wirken sich auf das Verhalten und oder die Verhältnisse in einem Setting aus und haben als oberstes Ziel die Verbesserung der Gesundheit. [MÜLLER, 2005, S.177ff]

2.4.4 Ansätze und Methoden der Gesundheitsförderung

Einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung reichen nicht aus, um eine grundsätzliche Änderung des Lebensstils zu erreichen. Um Erfolg zu haben, muss man die Synergien der verschiedenen Maßnahmen nutzen. [MÜLLER, 2008, S.227]

Beachtet man folgende Prinzipien, kann die Wirkung der Maßnahmen gesteigert werden:

- Integration in eine bestehende kommunale Infrastruktur
- Mehrebenen Interventionsmodelle, die personale, strukturelle und interpersonelle Elemente kombinieren

- Ermöglichung von Partizipation und Förderung von Kapazitätsaufbau in der Gesellschaft
- Orientierung an den gesundheitsbezogenen Bedürfnissen der Zielgruppe
[ALTMAN D.G., 1995, S.229]

Die folgenden Maßnahmen sollen sich ergänzen:

- Information
- Gesetzesinitiativen
- steuerliche Maßnahmen
- Befähigung zum lebenslangen Lernen
- organisatorisch-strukturelle Voraussetzungen
- gesundheitsgerechte Gestaltung politischer Entscheidungen
- Unterstützung von Gemeinden und Nachbarschaft
- Selbsthilfe und soziale Unterstützung
- finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen
- Verbesserung sozialer Kompetenzen
- bessere Koordination zwischen Gesundheitssektoren und anderen sozialen, politischen und ökonomischen Kräften
- öffentlicher Gesundheitsschutz [MÜLLER M.J, S.38]

Menschen die besten Chancen auf ein gesundes und aktives Leben zu geben, ist das oberste Ziel einer Gesundheitspolitik. Dazu müssen die unterschiedlichen Sektoren eng zusammen arbeiten. Die entwickelten Strategien sollten auf dem Prinzip der Gleichheit beruhen und gegebenenfalls bestehende Ungleichheiten bekämpfen.
[MÜLLER, 2005, S.165]

Zusammenfassend kann man sagen, dass die eingesetzten Strategien partizipativ, intersektoral, multi- professionell und entwicklungs- und lernorientiert, ausgerichtet sind. [BRÖBKAMP-STONE U., 2003, S.244]

Häufig werden in der Gesundheitsförderung und Prävention folgende Methoden verwendet:

- Audio- visuelle Hilfen wie CDs, Poster und Filme
Sie haben die Vorteile nur wenig Zeit und einen geringen personellen Aufwand zu benötigen, erreichen aber auch nur eine bestimmte Zahl an Individuen.
- kognitive Verhaltensänderungen
Sie bedeuten einen hohen Aufwand und benötigen kompetente Fachkräfte und motivierte Zielgruppen.
- Organisation kommunaler Aktionen
Diese Methode wird nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ eingesetzt und ist sehr zeitaufwendig.
- Erziehungsprogramme im Fernsehen
Darunter versteht man strukturell und didaktische konzipierte Programme, die Wissen und Kompetenz der Betroffenen verbessern können. Die Effektivität dieser Maßnahme ist allerdings nicht gesichert.
- Individuelle Beratung
Eine sehr aufwändige Maßnahme die sich auf einzelne Personen bezieht und auf eine Verbesserung im Umgang mit Problemen ausgerichtet ist.
- Vorlesung und Diskussion
Eine praktisch leicht durchführbare Methode die der Informationsübermittlung und Meinungsbildung dient.
- Massenmedien wie TV, Radio, Zeitung,....
Massenmedien haben den Vorteil, wie auch der Name schon sagt, viele Menschen zu erreichen. Die Methode ist meist kostengünstig und zielt auf eine Erweiterung des Wissens und auf die Verstärkung positiven gesundheitsrelevanten Verhaltensmustern ab. Auch hier ist die Wirksamkeit nicht belegt.
- Organisatorische Entwicklung
Diese Maßnahme umfasst unter anderem die Bildung von Expertenteams und die Bewältigung von Konflikten und ist sehr zeit- und personalaufwendig.

- Diskussionen mit Peer-Groups
Diskussionen mit Peer-Groups erfordern eine hohe Interaktion mit allen Beteiligten und zielen auf eine verbesserte Motivation ab.
- Programmiertes Lernen
Mittels dieser Methode können komplexe Themen der Gesundheit ohne Experten vermittelt werden. Die Maßnahme ist allerdings sozial selektiv und hat eine begrenzte Flexibilität.
- Spiele und Simulation
Gesundheitsinformationen können vermittelt werden. Angewendet wird die Methode bei komplexen Gesundheitsproblemen sowie bei Krankheiten.
[MÜLLER, 2005, S.189ff]

2.4.5 Settings in der Gesundheitsförderung

Die WHO definiert Settings als „the place or social context in which people engage in daily activities in which environmental, organizational and personal factors interact to affect health and wellbeing“. [WORLD HEALTH ORGANISATION, 1998, S.19]

Ein Setting wird als anerkanntes soziales System beschrieben, das einen Einfluss auf die Gesundheit hat, wobei die Bedingungen der Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können.

Der Setting-Ansatz stellt die Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar und wurde erstmals 1986 explizit in der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung erwähnt. Settings werden als Orte bezeichnet, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens der Menschen konstruiert wird. Es sollen nicht länger nur Individuen und ihr Verhalten zum Ziel von Interventionen gemacht werden, sondern auch die sozialen Systeme und Organisationen, in denen sie tätig sind. [HALKOW A. und ENGELMANN F., 2008, S.77ff]

Der Setting-Ansatz erreicht alle Personen eines sozialen Ortes. Er ist nicht auf die Mittelschichtangehörigen ausgerichtet und ist somit geeignet, die Chancengleichheit in der Gesundheit zu fördern. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.11]

Essentiell beim Setting Ansatz ist, das Setting nicht nur als Basis für Programme zu nützen, sondern Veränderungen in der Organisationsstruktur des Settings anzustreben (z.B. Verbesserung der Essenssituation im Kindergarten). Jedes Setting trägt Gesundheitspotential in sich, das durch verschiedene Maßnahmen auch verstärkt werden kann. [KICKBUSCH, 2003, S.187]

Für die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings bedarf es der Schlüsselemente der Gesundheitsförderung: Partizipation und Empowerment. Die NutzerInnen sind im Sinne der Nachhaltigkeit dazu aufgefordert, selbst mitzubestimmen und mitzugestalten. [ROSENBROCK R., 2005, S.63]

2.4.6 Gesundheitsförderung in Österreich

In Österreich wurde 1998 das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) vom Nationalrat beschlossen. Der Fonds Gesundes Österreich ist mit der Durchführung der Maßnahmen beauftragt.

Die Zielsetzungen des Gesetzes sind die Förderung, Verbesserung und Erhaltung von Gesundheit in der Gesamtbevölkerung sowie Information über vermeidbare Krankheiten und über beeinflussende Faktoren. Diese Ziele sollen durch folgende Strategien erreicht werden:

- Maßnahmen sollen mit bereits bestehenden Maßnahmen abgestimmt werden.
- Die Fortbildung von in der Gesundheitsförderung Tätigen soll unterstützt werden.
- Unter Einbindung bereits bestehender Strukturen soll ein System der Gesundheitsförderung aufgebaut werden.
- Wissenschaftliche Programme sollen durchgeführt werden um eine Weiterentwicklung in unterschiedlichen Bereichen (Evaluation, Qualitätssicherung etc.) zu erzielen.

- Es müssen kontextnahe, bevölkerungsnah und zielgruppenspezifische Programme entwickelt werden. [INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN, 2003, S.296]

2.4.7 Prävention versus Gesundheitsförderung

Die wesentlichen Unterschiede zwischen Prävention und Gesundheitsförderung werden in folgender Tabelle dargestellt:

Prävention	Gesundheitsförderung
Gesundheit ist die objektive Abwesenheit von Krankheitssymptomen.	Gesundheit ist ein vielseitiges Konzept des Wohlbefindens.
Die Strategien sind auf Risikogruppen in der Bevölkerung ausgerichtet.	Die Strategien haben die Gesamtbevölkerung und Umwelt als Zielgruppe.
Der Ansatzpunkt der Maßnahmen ist die Minimierung eines bestehenden Risikos.	Der Ansatzpunkt der Maßnahmen ist die Optimierung bestehender Ressourcen.
Die Maßnahmen sind stets Expertenabhängig.	Die Maßnahmen befähigen Laien und Betroffene zur Selbsthilfe.
Es gibt spezifische Einflüsse (Ätiologie und Pathogenese).	Es gibt allgemeine Einflüsse (Salutogenese).
Das Ziel ist weniger Krankheit.	Das Ziel ist mehr Gesundheit.

Tabelle 1: Prävention versus Gesundheitsförderung. Quelle: ELMADFA I., 2004, S.220

Die beiden Modelle unterscheiden sich grundlegend in ihren Annahmen. Während das pathogenetische (pathos = griech.: Leid, Schmerz) Modell Gesundheit und Krankheit trennt, geht das salutogenetische (salus = lat.: Heil, Wohlergehen) Konzept von einem kontinuierlichen Übergang von Gesundheit in Krankheit aus. [MÜLLER, 2005, S.126]

Aaron Antonovsky (1923 - 1994) war Medizinsoziologe und beschäftigte sich zu Lebzeiten mit der Frage, wie der Mensch trotz der ihn umgebenden Gesundheitsrisiken gesund bleiben kann und nicht zwangsläufig krank werden muss. Nach Antonovskys Auffassung steht die Entstehung von Gesundheit, nicht im Gegensatz zum Modell der Pathogenese. Beide Faktoren sind nach Antonovskys mit dem Leben fest verknüpfte Zustände. Die völlige Gesundheit oder Krankheit sind nach Antonovsky extreme Aus-

prägungen. Es gibt Kräfte die den Menschen in die eine oder in die andere Richtung drängen, aber niemand befindet sich jemals von der Geburt bis zum Tod an einem dieser Extrempole. [LORENZ, 2008, S.50ff, zitiert nach ANTONOVSKY 1979, 1988]

Die salutogenetische Sicht konzentriert sich auf die Frage, welche Faktoren einem helfen das Leben zu bewältigen, und wendet sich ab von der negativ besetzten Sicht über Stressoren.

Man spricht auch von einer gesundheitsorientierten im Gegensatz zur krankheitsorientierten Perspektive. [LORENZ, 2008, S.53f]

Die Prävention ist auf die Verhütung von Krankheiten und auf den Abbau von Risikofaktoren ausgerichtet. Die Gesundheitsförderung versucht die Ressourcen des Menschen zu stärken und betrifft über das Gesundheitswesen hinaus auch andere Politikbereiche. [BUNDESÄRZTEKAMMER, 2008]

Prävention und Gesundheitsförderung sind bevölkerungsorientierte Ansätze zur Verhütung von Krankheiten und zur Erhaltung von Gesundheit.

In der Theorie lassen sich die beiden Ansätze gut gegeneinander abgrenzen, in der Praxis trifft man aber oftmals auf ein Nebeneinander von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen innerhalb einer Intervention. [GERBER U. und STÜNZNER W., 1999, S.29ff]

Prävention und Gesundheitsförderung kann man als sich ergänzende Interventionsformen ansehen. Je nach Ausgangslage kann einmal die eine und einmal die andere Form zur eingesetzt werden. [HURRELMANN K. et al., 2004, S.14]

3 Gesundheits- und Ernährungsstatus im Kindesalter

In diesem Kapitel wird zunächst der Gesundheits- und Ernährungsstatus von Kindern erläutert und dargelegt, warum es wichtig ist bereits im frühen Alter mit der Prävention anzusetzen.

Anschließend wird kurz auf die Ernährungsvorlieben und die Entstehung des kindlichen Essverhaltens eingegangen, da dieses Wissen notwendig ist, um zu verstehen, wie Kinder lernen und wie die Ernährungsbildung in diesem Alter aussehen muss.

3.1 Der Gesundheitsstatus von Kindern

Kinder und auch Jugendliche sind eine vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe, aber auch hier treten in den letzten Jahren immer mehr gesundheitliche Probleme auf.

Ähnlich wie bei anderen Bevölkerungsgruppen sind auch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen eine Abnahme der Infektionskrankheiten und eine Zunahme der chronisch-degenerativen Krankheiten, zu beobachten. [PALENTIEN C., 2003, S.636]

Hörstörungen, Sehstörungen, Defizite in der motorischen Entwicklung, Verhaltensauffälligkeit sowie Koordinations- und Konzentrationsstörungen wurden von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, als die zentralen Gesundheitsprobleme im Kindesalter beschrieben. [POTT E., 2002, S.22]

Psychische Auffälligkeiten und psychosomatische Beeinträchtigungen, zu denen auch Störungen des Essverhaltens gezählt werden, gewinnen immer mehr an Bedeutung. Vor allem die Adipositas mit ihrer steigenden Prävalenzrate, stellt ein bedeutendes Problem unserer Zeit dar und das eben auch schon im Kindesalter. [PALENTIEN C., 2003, S.636]

Auch soziale Benachteiligung wirkt sich negativ auf den gesundheitlichen Status von Kindern aus. So wiesen Kinder aus sozial schwachen Gruppen früh einsetzende, überdurchschnittliche Belastungen auf.

Studien aus Deutschland zeigen, dass Kinder von Sozialhilfeempfängern bei der Ein-

schulungsuntersuchung etwa 40 – 50 % häufiger grobmotorische Störungen und Adipositas aufwiesen. [KLICHE T., 2008, S. 17 nach MEYER-NÜRNBERGER, 2002]

Unerwünschtheit, Vernachlässigung des Kindes bzw. zu wenig Beschäftigung, Gewalt in der Familie und eine eventuelle psychische Erkrankung der Bezugsperson, diese Faktoren wirken sich nachteilig auf die Gesundheit von Kindern aus.

Gesundheitsfördernde Angebote werden von sozial benachteiligten Familien häufig nicht gut angenommen, weshalb die Gesundheitsförderung in Settings von großer Bedeutung für diese Zielgruppe ist. [KLICHE T. et al., 2005, S.3f]

Viele Probleme, die bereits im Kindesalter feststellbar sind, manifestieren sich im Erwachsenenalter in Form einer chronischen Erkrankung. Die Frage nach geeigneten Präventionsansätzen ist hier also essentiell.

Neben dem bekannten Modell der Risikofaktoren rückt das Modell der Schutzfaktoren, welches von Antonovsky entwickelt wurde, in den Mittelpunkt. Die Frage lautet hier: „Was erhält den Menschen gesund?“ und dabei spielen familiäre, psychische, personale und soziale Faktoren eine Rolle.

In der heutigen Zeit finden Kinder häufig nicht mehr genügend Bewegungs- und Spielräume vor und der Medienkonsum hat stark zugenommen. Trotzdem gibt es Kinder, die trotz schwieriger Bedingungen (z.B. Armut) zu gesunden, erfolgreichen Erwachsenen heranwachsen. Die emotionale Bindung an einen Elternteil sowie die Einbindung in soziale Netzwerke sind dafür von großer Bedeutung. Kinder müssen in ihrer Lebenskompetenz gestärkt werden, damit sie eigenverantwortliche, kompetente, konfliktfähige und erlebnisfähige Erwachsene werden können. [POTT E. et al., 2009, S. 293f]

3.2 Ernährungsstaus von Vorschulkindern in Österreich

Ein zufriedenstellender Ernährungszustand ist bei Kindern von großer Bedeutung. Da die Kinder im Wachstum sind, führt jegliche über einen längeren Zeitraum durchgeführte Fehlernährung zu Leistungsabfall, physiologischen Störungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die fehlerhaften Ernährungsgewohnheiten werden in der

Kindheit grundgelegt und können sich dann im Erwachsenenalter in den typischen Zivilisationskrankheiten äußern. [INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN, 2003, S.17]

Am Forschungsinstitut für Kinderernährung wurde ein Konzept für die Ernährung von Kindern und Jugendlichen entwickelt, genannt OPTIMIX (Abkürzung für „optimale Mischkost“). Durch die an diesem Konzept orientierte Ernährung werden sowohl die Referenzwerte für die Nährstoff- und Energiezufuhr erreicht, als auch der präventive Auftrag erfüllt. [ALEXY U.et al., 2008, S.168]

Die Empfehlungen beinhalten eine abwechslungsreiche Lebensmittelauswahl, ballaststoffreiche Getreideprodukte, täglich frisches Obst und Gemüse und gleichen den Richtlinien für Erwachsene in den meisten Punkten. Ausnahme bilden der hohe Flüssigkeitsbedarf im Kindesalter sowie die niedrigen Glykogenreserven, wodurch die Zwischenmahlzeiten an Bedeutung gewinnen, um die Leistungsfähigkeit der Kinder aufrecht zu erhalten. [HESEKER H., 2005, S.96]

Die folgende Abbildung zeigt die Aid- Ernährungspyramide, die veranschaulicht wie sich ein idealer Speiseplan zusammensetzt.



Abbildung 2: Aid- Ernährungspyramide. Darstellung Aid. 2009

Im österreichischen Ernährungsbericht 2003 wird erstmals die Ernährungssituation von 3 bis 6-jährigen Kindern beschrieben. Es wurden dazu ein 3-Tage-Wiegeprotokoll und eine Fragebogenerhebung an 151 Kindern durchgeführt. Großteils zeigt sich ein zufriedenstellendes Bild. Es gibt allerdings auch einige Nährstoffe, bei denen noch Verbesserungsbedarf besteht.

Die Hauptnährstoffe stehen in guter Relation zueinander. Kohlenhydrate werden zu 54 %, Eiweiß zu 13 % und Fette zu 33 % aufgenommen.

Die Lebensmittelauswahl aus den drei Gruppen ist aber ungünstig. Das Fettsäuremuster entspricht nicht den wünschenswerten Vorgaben. Es werden zu viele gesättigte Fette und zu wenig mehrfachungesättigte Fette aufgenommen. Bei den Kohlenhydraten werden zu viel Zucker und zu wenig Ballaststoffe aufgenommen.

Auch bei den Mikronährstoffen gibt es einige Problemfälle. So liegen die Vitamine D und Folsäure sowie Jod und Calcium unter den Empfehlungen der D-A-CH-Referenzwerte.

Die berechneten Verzehrsmengen wurden mit wünschenswerten Verzehrsmengen der optimierten Mischkost verglichen. Das Ergebnis sieht folgendermaßen aus:

- Fisch, Getreideprodukte und Gemüse werden zu wenig oft gegessen.
- Und auch Getränke und Milchprodukte sollten in ihrer Aufnahme gesteigert werden.
- Der Verzehr von Mehlspeisen und Süßigkeiten ist hingegen einzuschränken.

[INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN, 2003, S.17ff]

Ein ähnliches Bild liefert der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey der 2003-2005 in Deutschland vom Robert Koch Institut durchgeführt wurde. Es wurden Daten über den Gesundheitszustand von etwa 17.000 Kindern und Jugendlichen mittels Fragebögen und Food Frequency-Questionnaire erhoben. Die Ergebnisse zeigen wie in Österreich einen zu hohen Konsum von Süßigkeiten, Fleisch und Wurst und einen zu geringen Konsum von Fisch sowie Obst und Gemüse. [MENSINK G.B.M.et al., 2007]

Der Fragebogen des Instituts für Ernährungswissenschaften war an die Kinder gerichtet und versuchte, Lebensmittelpräferenzen bzw. Ernährungseinstellungen zu ermitteln. Befragt zur Frühstückssituation gaben 75 % der Kinder an, regelmäßig zu frühstücken. Nudeln und Nudelgerichte zählen zu den Favoriten, wenn es um die Leibspeise geht. Aber auch Mehlspeisen und Fleischgerichte sind sehr beliebt. Obst und Gemüse werden nur von 2% der Kinder als Lieblingspeise angegeben, wobei sich Obst einer höheren Beliebtheit erfreut als Gemüse.

Allgemein kann man sagen, dass keine ausgeprägten Aversionen gegen bestimmte Lebensmittel bestehen. Man kann die Kinder von Klein an, an eine ausgewogene, gesunde Ernährung gewöhnen. Kinder sind in diesem Alter noch sehr flexibel und können durch Vorbilder, wie den Eltern oder den KindergartenpädagogInnen, in ihrem Ernährungsverhalten beeinflusst werden. [INSTITUT FÜR ERNÄHRUNGSWISSENSCHAFTEN, 2003, S.26f]

3.3 Prävention der Adipositas im Kindesalter

Es bedarf besonderer Strategien um der Adipositas-Epidemie entgegenzuwirken.

Durch die Stärkung der Ernährungskompetenzen der Kinder kann Einfluss auf die Prävalenz von Übergewicht genommen werden. [RATHMANNER T. et al., 2006, S.257]

Laut des ersten österreichischen Adipositasbericht sind 10 % der Vorschulkinder (3 bis 6 Jahre) beiderlei Geschlechts in Österreich übergewichtig. Als adipös kann man 6 % der Burschen und 3 % der Mädchen bezeichnen. [RATHMANNER T. et al., 2006, zitiert nach ELMADFA et al., 2003]

Interventionsprogramme sollten aus den folgenden Gründen schon im Kindesalter ansetzen:

- Interventionen sind am erfolgreichsten im frühen Alter und bei kurzer Dauer der Adipositas.
- Verhaltensänderungen sind in diesem Alter leichter durchzuführen und die Kinder befinden sich noch im Wachstum.

- Die Behandlung der Adipositas und ihrer Begleiterkrankungen sind meist nicht sehr erfolgreich und mit hohen Kosten verbunden.
- Adipöse Kinder werden mit hoher Wahrscheinlichkeit adipöse Erwachsene.
- Die Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit stehen in engem Zusammenhang mit dem Gewicht der Kinder. [WIDHALM K. et al., 2006, S.191]

In den ersten Lebensjahren werden prägende Lernerfahrungen bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gemacht. Vor allem die Geschmacksbildung und die Ernährungsgewohnheiten werden im frühen Alter grundgelegt.

Schädigende Einflüsse in der Kindheit können die Basis für spätere Krankheiten legen. [SIEGRIST J., 2003, S.141]

In den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter werden folgende Ziele der Prävention dargestellt:

- Es muss eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, die alle Lebensbereiche berücksichtigt, geschaffen werden.
- Gesundheitsfördernde Settings (Schule, Kindergarten, Gemeinde, etc.) müssen aufgebaut werden.
- Die gesundheitsrelevanten Ressourcen der Bevölkerung müssen gestärkt werden.
- Es muss ein Problembewusstsein für die Adipositas als chronische Krankheit mit unzähligen Folgeerkrankungen geschaffen werden. [WABITSCH M. und KUNZE D., 2008, S.74]

Gesundheitsförderung und Primärprävention versuchen die Entstehung von Adipositas in der Bevölkerung zu verhindern. Es werden dazu unter anderem folgende Maßnahmen eingesetzt:

- Schaffung von Settings der Gesundheitsförderung
- Die Möglichkeiten, körperlich aktiv zu sein werden verbessert
- Gesundheitserziehung in Kindergärten und Schulen, die der Wissensvermittlung und Verhaltensschulung dient [WABITSCH M. und KUNZE D., 2008, S.75]

Studien aus Deutschland, Schweden und den Niederlanden zeigen, dass Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund häufiger ungünstige Lebensmittel verzehren als Kinder ohne solchen. [BAU A.-M. et al. 2005, S.57]

Negative gesundheitliche Auswirkungen lassen sich im Bereich von Übergewicht, Mundgesundheitsverhalten, der subjektiven Gesundheit und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen erkennen. Ursachen dafür sind neben Sprachproblemen auch Informationsdefizite und ein Wandel der Lebensgewohnheiten in eine gesundheitsschädigende Richtung. Migrantensensible Prävention muss niedrigschwellig, begleitend und partizipativ ausgerichtet sein. Programme, die sich an Kinder richten, müssen auch die Eltern miteinbeziehen.

[SCHENK L. und RAZUM O., 2009, S.270f]

Der Anteil von Kindern mit nicht deutscher Muttersprache ist in einigen Kindergärten sehr hoch. Darauf muss in Programmen der Gesundheitsförderung Rücksicht genommen werden, um diese Bevölkerungsgruppe ebenfalls erreichen zu können.

Präventionsmaßnahmen zeigen zurzeit oftmals nicht die gewünschte Wirkung. Nur in einer von etlichen Studien, die im Cochrane-Review verglichen wurden, konnten in der Interventionsgruppe Verbesserungen erzielt werden. Es gilt daher, effektive Strategien zur Bekämpfung des Public Health-Problems Adipositas zu generieren.

In Kindergärten und Schulen müssen permanente Programme implementiert werden um die Entstehung des Übergewichts vorab zu verhindern. [WIDHALM und FUSSE-NEGGER, 2006, S.27f]

3.4 Die Entstehung des kindlichen Essverhaltens

Das Essverhalten wird von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. So spielen das Angebot an Lebensmitteln, die kulturellen Bedingungen, die familiären Gewohnheiten und das Wissen über Ernährung eine Rolle und prägen das kindliche Essverhalten von Geburt an. [HESEKER H., 2005, S.100]

Die Ernährungsrealität gibt laut Pudel und Westenhöfer den Rahmen vor, in dem sich das Essverhalten entwickelt und sie sind mit Sicherheit heute komplexer als in den

letzten Jahrhunderten.

Ähnlich wie beim Spracherwerb, wo eine Sprachkompetenz zum Erlernen einer Sprache vorhanden ist, diese aber nicht auf eine Sprache (z.B. Deutsch) festgelegt ist, gibt es eine Kompetenz zum Erwerben des Essverhaltens, sie ist aber ebenfalls noch nicht ausgebildet und muss sich erst entwickeln. [PUDEL V. und WESTENHÖFER J., 1998, S. 37f]

Schon während der Schwangerschaft wird das Neugeborene durch die Lebensmittelauswahl der Mutter mitgeprägt. Über die Nabelschnur werden bereits Geschmackseindrücke gemacht und das Kind wird diesen bekannten Geschmäckern gegenüber auch nach der Geburt aufgeschlossen sein.

Durch die Muttermilch werden ebenfalls Geschmacksstoffe in niedrigen Konzentrationen von der Mutter an das Kind weitergegeben und so lässt sich vielleicht auch die geringere Neophobie (Ablehnung neuer Lebensmittel) gestillter Kinder erklären.

[ELLROTT T., 2007, S.167f]

Säuglinge haben eine angeborene Präferenz für den Süßgeschmack sowie eine Aversion gegen sauren und bitteren Geschmack.

Kleinkinder im Alter von 1 bis 4 Jahren lehnen neue Lebensmittel generell ab (Neophobie), was durch ein wiederholtes Anbieten allerdings reduziert werden kann. Prinzipiell ist es möglich, Kleinkinder an jeden Geschmack zu gewöhnen, das Präferieren einer Geschmacksrichtung beruht auf Lernerfahrungen.

Die kindlichen Vorlieben in der Ernährung werden durch die Eltern und Familie beeinflusst und auch beschränkt. Ab dem Vorschulalter orientieren sich Kinder oftmals an Vorbildern, die sowohl Gleichaltrige (Peer groups), aber auch Erwachsene wie die Kindergartenpädagogin, sein können.

Ein Verbot von bestimmten Lebensmitteln (z.B. Süßigkeiten) ist nicht sehr sinnvoll, weil diese dann den Reiz des Verbotenen haben und wenn sie dann verfügbar sind, in großen Mengen aufgenommen werden.

Untersuchungen weisen darauf hin, dass das in der Kindheit erlernte Essverhalten

oftmals ein Leben lang beibehalten wird und nur in sensiblen Phasen (Krankheit, Schwangerschaft) kann es zu Abweichungen kommen. [WINKLER G., 2005, S.176f]

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) verglich die Nahrungsmittelpräferenzen von Müttern und Kindern miteinander und kam zu interessanten Ergebnissen: Bei der Ablehnung für Lebensmittel lassen sich viel stärkere Ähnlichkeiten finden. Lehnen Mütter Äpfel ab, so besteht eine Wahrscheinlichkeit von 60 %, dass die Kinder ebenfalls keine Äpfel mögen.

Im umgekehrten Fall, wenn die Mutter Äpfel mag, liegt die Wahrscheinlichkeit, dass auch das Kind gerne Äpfel isst, bei nur 10 %. [PUDEL V. und WESTENHÖFER J., 1998, S.42; zitiert nach DGE, 1984, S.125]

Durch den Geschmacksinn werden die Speichel- und Magensaftabsonderung angeregt und somit der Verdauungsprozess eingeleitet. Darüber hinaus dient der Geschmackssinn der Prüfung der Nahrung und der Unterscheidung ähnlich aussehender Lebensmittel. Mit zunehmendem Alter und durch die Einnahme von bestimmten Substanzen (Kaffee, Drogen, etc.) nimmt die Leistungsfähigkeit des Geschmacksinnes ab. [ZIMMER R., 2005, S.149f]

Bestehende Vorlieben sind schwer zu verändern, weil sie in den ersten Jahren in einer Phase der unreflektierten Nahrungsaufnahme herausgebildet wurden. Aus diesem Grund ist es wichtig schon im Vorschulalter mit der Ernährungsbildung anzusetzen. [HEINDL I., 2003, S.36]

Die Sinnesbildung nimmt einen wesentlichen Stellenwert ein und bildet die Grundlage jeder weiteren Bildung. Es ist falsch, anzunehmen, dass unsere Sinne automatisch funktionieren. Sie müssen geschult werden und das im besten Fall im Kindesalter. [HEINDL I., 2003, S. 188]

So geht es darum, dass die Geschmacksnerven auf ihre Differenzierungsfähigkeit hin getestet werden. Dazu kann man eine Speise geringfügig geschmacklich verändern und von den Kindern diese Veränderung dann herausfinden lassen. [ZIMMER R., 2005, S.152]

Kinder haben Spaß am Einsatz aller ihrer Sinne, man kann sie auch als sinnesreiche Wesen bezeichnen. Diese Sinne bedürfen aber einer Schulung und einer Anregung, um zu funktionieren. Sie müssen benützt werden und brauchen Training, sonst stumpfen sie ab. Sie müssen im Alltag eingesetzt werden um die sinnliche Wahrnehmungsfähigkeit auszubilden.

Dazu muss Kindern die Möglichkeit gegeben werden, sich mit Dingen konkret auseinanderzusetzen, um aus ihrem Tun innere Bilder aufbauen zu können. Kinder wollen ihre Umwelt mit allen Sinnen erfahren und sie wollen dabei vor allem selbsttätig sein. Vielfältige Sinneserfahrungen bilden die Grundlage jeglichen Lernens im Kindesalter und sind deshalb von enormer Wichtigkeit. [ZIMMER R. 2005, S.9ff]

Was ein Kind selbst fühlt, riecht, schmeckt, hört oder sieht bleibt im Gedächtnis und beeinflusst dann in weiterer Folge das Handeln. Essen und Trinken sind im Alltag allgegenwärtig und bieten dadurch Anknüpfungspunkte für neue Erkenntnisse.

[CRAMM D., 2005, S. 14]

In der Ernährungserziehung braucht es anschauungsgebundene Konzepte, um Kindern Ernährungsfragen kindgemäß zu erklären. So ist z.B. Energiedichte kein Begriff mit dem Kinder etwas anfangen. [PUDEL V. und WESTENHÖFER J., 1998, S.44]

3.5 Ernährungsvorlieben von Kindern

Kinder haben, ebenso wie Erwachsene, Präferenzen und Aversionen gegenüber bestimmten Lebensmitteln. Im jungen Alter haben Kinder noch einen begrenzten Erfahrungsschatz, was Speisen und Getränke angeht, und umso wichtiger ist es, sie in diesem Alter Erfahrungen machen zu lassen, um die kindliche Neugierde zu wecken und den Horizont zu erweitern.

Die Vorliebe von Kindern für Süßes wurde bereits oben erläutert. Es gibt aber auch noch andere typische Verhaltensweisen und Präferenzen:

- Neben Süßem mögen Kinder auch Würziges (umami). Sie haben eine Vorliebe für Streichwurst, Aufschnitt und Laugengebäck.

- Kinder verlangen oft täglich nach derselben Speise. Speisen, die Kinder kennen mögen sie und diese werden dann immer wieder verlangt. In der Ernährungspsychologie spricht man hier vom „mere exposure effect“. Im Kindergarten kann die Gruppendynamik ausgenutzt werden, dem Kind auch Unbekanntes schmackhaft zu machen.
- Kinder mögen spielerische Berührungsreize im Mund, ihr Geschmackssinn ist empfindlicher als der von Erwachsenen und sie wollen beim Essen etwas geboten bekommen. Das Mundgefühl von Lebensmitteln ist für Kinder wichtig (z.B. knusprige Oberflächen, usw.), weil dadurch der Geschmack um eine Dimension ergänzt wird.
- Kinder mögen Miniaturausgaben von Speisen. Kleine Äpfel, Cocktailtomaten oder Mini-Eis sind sehr beliebt.
- Kinder spielen mit dem Essen. Spiel ist für Kinder eine Methode, Dinge zu begreifen.
- Kinder interessieren sich für gesunde Ernährung und ab einem bestimmten Alter kennen sie auch einfache Zusammenhänge zwischen Ernährung und Gesundheit. Ähnlich wie bei Erwachsenen hat die allerdings wenig bis keinen Einfluss auf die tatsächliche Nahrungsaufnahme. [CRAMM D., 2005, S. 9ff]

3.6 Esskultur

Unter Esskultur versteht man alles was mit Essen verbunden und vom Menschen hergestellt oder entwickelt wurde. Das umfasst Lebensmittel, Geräte aber auch immaterielle Dinge wie Gedanken und Gefühle. [METHFESSEL B., 2006, S.1]

In den letzten Jahrzehnten ging der Wandel der Gesellschaft auch mit einem Wandel der Esskultur einher.

So zeichnen sich klar folgende Tendenzen ab:

- Die Bereitschaft zum Selberkochen in den Haushalten ist zurückgegangen und damit einhergehend auch die Fähig- und Fertigkeiten des Kochens.
- Die Angebotsvielfalt hat zugenommen.

- Wir sind heute Konsumenten und keine Produzenten. Wir essen Lebensmittel die wir nicht selbst erzeugt haben und deren Herkunft für uns nicht klar ersichtlich ist. Das führt auch zu einer Verunsicherung hinsichtlich der Qualität.
- Man muss heute keine Speisen selbst zubereiten. Durch die Zunahme an Convenience-Produkten ist das nicht mehr notwendig.
- In vielen Haushalten gibt es keine fixen Essenszeiten oder ein gemeinsames Essen. Der Außer-Haus-Verzehr ist angestiegen.
- Die Möglichkeiten geschmacklicher Vielfalt sind durch Fertiggerichte und verpackte, verarbeitete Ware verringert worden.
- Funktionelle Lebensmittel sind bedeutend geworden, weil die Konsumenten verunsichert sind ob sie mit genügend Nährstoffen versorgt sind.
- Über die Nahrung erfolgt eine Identitätssuche. Vor allem Kinder und Jugendliche sind dafür besonders anfällig. [HEINDL I. 2003, S.47ff]

Durch den zunehmenden Rückgang der familiären Esskultur werden Kindern viele wichtige Erfahrungen vorenthalten. Es gibt keine Zeit für gemeinsames Kochen, Backen, Zubereiten oder Experimentieren. [CRAMM D., 2005, S.14]

Im Kindergarten kann Kindern die Möglichkeit gegeben werden selbst tätig zu werden und sich spielerisch dem Thema Ernährung anzunähern.

4 Der Kindergarten als Ort der Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel wird näher auf das Setting Kindergarten eingegangen und der aktuelle Forschungsstand zur Gesundheitsförderung, die in diesem Bereich stattfindet, dargelegt.

Zunächst wird erläutert aus welchen Gründen der Kindergarten ein geeignetes Setting für Gesundheitsförderung darstellt und wie sich die momentane Verpflegungssituation zeigt.

Anschließend wird auf das Thema der Ernährungserziehung eingegangen und aufgezeigt wie sich Gesundheitsförderung bzw. im speziellen Ernährungserziehung und -bildung, im Kindergarten implementieren lässt und im welchem Spannungsfeld die Programme stehen.

4.1 Der Kindergarten als erste Bildungsinstitution

Bildungseinrichtungen, zu denen der Kindergarten als erste Bildungsinstitution zählt, sind ein zentraler Bestandteil der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen. Es können Kinder aller sozialen Schichten erreicht werden und Gesundheit und gesundheitsbewusstes Verhalten können sowohl direkt durch Projekte und Programme, aber auch indirekt im Tagesablauf zum Thema gemacht werden.

[PALENTIEN C., 2003, S.641]

Im Setting Kindergarten befinden sich die Kinder in einem natürlichen Umfeld. Hier kann die Bedeutung des Essens und Trinkens hervorgehoben werden. Kinder haben die Möglichkeit unbekannte Lebensmittel auszuprobieren, Koch- und Essrituale auszuleben und auch Lebensmittelpräferenzen zu verändern.

[RATHMANNER T. et al., 2006, S.257]

In den Kindergärten werden die Kinder zum ersten Mal und über längere Zeiträume hinweg in ihrer Entwicklung intensiv begleitet. Man hat darüber hinaus aber auch die Möglichkeit, die Eltern und das weitere soziale Umfeld, zu erreichen. [BZgA, 2007, S. 31]

Kindergärten weisen einen großen Handlungsspielraum auf, weil der Leistungsdruck noch keine große Rolle spielt. Die situative Ausgangslage des Kindes kann berücksichtigt und auf die individuellen Bedürfnisse kann eingegangen werden. [ALTGELD T. und KOLIP P., 2004, S.46]

Studien zeigen, dass Programme der Gesundheitsförderung erfolgreich ablaufen wenn:

- sie an den Erfahrungen und Erlebnissen der Kinder ansetzen,
- sie den Lebensstil der Kinder, der durch kulturelle Einflüsse geprägt wird, miteinbeziehen,
- und sie die gegebenen Rahmenbedingungen berücksichtigen. [PALENTIEN C., 2003, S.641]

Der Kindergarten hat familienergänzende Bedeutung, es findet in ihm ein wesentlicher Teil kindlicher Sozialisation statt. Die KindergartenpädagogInnen begleiten Kinder in zentralen Entwicklungsphasen und sind als Multiplikatoren tätig. Gesundheitsfördernde Aspekte können von ihnen in die Arbeit eingebaut werden.

Durch das verpflichtende Kindergartenjahr und den Gratis-Kindergarten können in Zukunft Kinder aus allen sozialen Schichten erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund gewinnt der Kindergarten als gesundheitsförderndes Setting nochmals an Bedeutung. [POTT E., 2002, S.25]

Unterschiedslos können alle Kinder einer Gruppe angesprochen werden und auch die Eltern werden informiert und dazu aufgefordert, die Aktivitäten zu unterstützen. Auf diesem Weg kann soziale Benachteiligung minimiert werden. [LUBER E., 2002, S. 137]

Die Eltern spielen im Leben des Kindes eine wesentliche Rolle. Die Familien bestimmen den Lebensstil der Kinder und haben eine Vorbildfunktion. Interventionen im jungen Alter sollten die Eltern miteinbeziehen, dann erweisen sie sich als wirksamer und nachhaltiger. [KLICHE T., 2003, S.21]

Kindergärten sind neben Schulen und dem Zuhause die Orte, an denen sich Kinder am häufigsten aufhalten. Im Kindergarten findet Bildung, Erziehung und Betreuung statt

und es können nachteilige familiäre Lebenslagen ausgeglichen werden. Eltern können niedrigschwellig in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden. [HORSTKOTTE E. und ZIMMERMANN E., 2009, S.39]

Idealziele für die Verwirklichung von Gesundheitsförderung im Kindergarten lauten wie folgt:

- Kinder zu gesundem Essen motivieren,
- Kindern viel Bewegungsraum bieten,
- die Gesundheit der Kinder,
- den Blick auf das ganze Kind richten,
- die Gesundheitsförderung im frühen Alter anlegen,
- den Kindern Raum für Erfahrung und Gestaltung geben,
- die Kinder im individuellen Entwicklungsprozess unterstützen
- und Raum für Erfahrungen und Gestaltung lassen. [MIX E., 2002, S.88]

Zusammenfassend kann man sagen, dass der Kindergarten für die Gesundheitsförderung ein geeignetes Setting darstellt.

Es werden folgende Aspekte erfüllt:

- Der Kindergarten erreicht nahezu die gesamte Bevölkerung der jeweiligen Altersstufe.
- Die Maßnahmen können frühzeitig ansetzen.
- Es besteht die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit einer Profession.
- Beziehungen zu anderen Settings lassen sich aufbauen. [RITTNER V., 2002, S.149]

4.2 Die Verankerung des Themas Gesundheit in Gesetzen und Bildungsplänen

Die Kindergärten in Österreich unterliegen landesspezifischen gesetzlichen Regelungen. Für Wien liegen ein Kindertagesheimgesetz und eine Kindertagesheimverordnung.

nung vor. Darin sind Ausstattung, Raumgrößen, Höchstzahl von Kindern und die Aufgaben der Kindertagesheime festgelegt, die folgendermaßen definiert werden:

§ 1. Kindertagesheime haben die Aufgabe, in Ergänzung zur Familie nach gesicherten Kenntnissen und Methoden der Pädagogik die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit jedes Kindes und seine Fähigkeit zum Leben in der Gemeinschaft zu fördern und es in der Entwicklung seiner körperlichen, seelischen und geistigen Kräfte zu unterstützen. Das Bildungskonzept ist auf die Integration von Kindern unterschiedlicher kultureller und sozialer Herkunft sowie auf ihre individuelle physische und psychische Eigenart abgestimmt. Lernen erfolgt in einer für das Kind ganzheitlichen und spielerischen Art und Weise unter Vermeidung von starren Zeitstrukturen und vorgegebenen Unterrichtseinheiten. Entsprechende Rahmenbedingungen wie ein kindgemäßes Raumangebot sowie entwicklungsadäquates Spiel- und Beschäftigungsmaterial sollen Kinder zu kreativem Tätigsein anregen. In Kindertagesheimen sollen die Kinder durch einen partnerschaftlich demokratischen Führungsstil unabhängig von geschlechtsabhängigen Rollenfixierungen auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten und selbstverantworteten Leben in der Gemeinschaft begleitet werden. [WIENER KINDERTAGESHEIMGESETZ, 2003, § 1]

Gesundheitsförderung findet keine explizite Erwähnung und muss von den einzelnen Kindergärten selbstständig in das pädagogische Konzept integriert und im Alltag umgesetzt, werden. Damit ist das Thema Gesundheitsförderung von der Eigeninitiative und dem persönlichen Interesse der PädagogInnen abhängig.

Im Herbst 2009 wurde der erste Bildungsplan auf Bundesebene veröffentlicht. Darin sind unter anderem die Prinzipien für Bildungsprozesse im Elementarbereich definiert, die nun dargestellt werden:

- Ganzheitlichkeit und Lernen mit allen Sinnen: Beim Lernprozess sind Körper und Psyche beteiligt, es findet eine Orientierung an der Gesamtpersönlichkeit des Kindes statt.
- Individualisierung: Jedes Kind ist einzigartig und wird von dort abgeholt wo es momentan steht.

- Differenzierung: Das Kind hat die Möglichkeit, aus einem breiten Angebot bezüglich der Bildungsangebote bzw. der Ausstattung zu wählen.
- Inklusion: Alle Menschen werden mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen gesehen und es wird auf diese individuell eingegangen.
- Sachrichtigkeit: Bei der Wissensvermittlung sind entwicklungsgemäße Aufbereitung sowie richtige Inhalte essentiell.
- Diversität: wird als Ressource angesehen. Durch die Begegnung mit Verschiedenartigkeit bildet sie die Grundlage für Aufgeschlossenheit.
- Geschlechtssensibilität: Mädchen und Buben sollen unabhängig von ihrem Geschlecht unterstützt werden, individuelle Potenziale zu entfalten.
- Transparenz: Die Komplexität der pädagogischen Arbeit soll für Eltern und Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- Bildungspartnerschaft: zwischen Familien und Kindergarten sollen zum Aufbau einer förderlichen Umgebung für das Kind angestrebt werden
- Lebensweltorientierung: Bildungsprozesse sollen an bestehende Erfahrungen und Erlebnisse anknüpfen. So haben Kinder die Möglichkeit, Bekanntes mit Neuem in Verbindung zu setzen.
- Empowerment: bedeutet „Ermächtigung“ und versucht das autonome Handeln der Menschen zu bestärken
- Partizipation: Kindern soll ermöglicht werden, etwas mitzugestalten oder zu bestimmen. So wird die Grundlage für eine aktive Teilnahme an gesellschaftlichen Prozessen gelegt. [ÄMTER DER LANDESREGIERUNGEN, 2009, S.3f]

Diese Prinzipien beinhalten einige wesentliche Aspekte, die auch in der Gesundheitsförderung von großer Bedeutung sind. Empowerment, Partizipation und die Orientierung an Lebenswelten sind Schlüsselprinzipien der Gesundheitsförderung. Ihnen wird ein wichtiger Stellenwert in Bildungsprozessen eingeräumt.

Bewegung und Gesundheit stellt einen der insgesamt sechs Bildungsbereiche dar.

Eine positive Grundeinstellung zum eigenen Körper und das Wissen über präventive Maßnahmen zur Gesunderhaltung unterstützen Kinder dabei, selbstbestimmt Verant-

wortung für ihren Körper und ihr Wohlbefinden zu übernehmen. Präventive Maßnahmen betreffen beispielsweise eine grundsätzliche Stärkung der Persönlichkeit, Gespräche zur Aufklärung oder Information über Krankheiten oder Risiken und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen im Alltag. [ÄMTER DER LANDESREGIERUNGEN, 2009, S. 17]

4.3 Aufgaben und Handlungsfelder im Setting Kindergarten

Es ergibt sich eine Vielzahl an Handlungsoptionen, was eine ganzheitliche Betrachtung des Settings Kindergarten zulässt. [HAG, 2009, S.28]

Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen Handlungsebenen, Aufgaben und Ziele sowie mögliche Handlungsfelder auf.

Handlungsebene	Aufgaben und Ziele	Mögliche Handlungsfelder
Ebene des Individuums/ der Person	<ul style="list-style-type: none"> • die Stärkung der Persönlichkeit • die Erweiterung der Handlungskompetenz • das Suchen, Erproben und Ermöglichen eines gesunden Lebensstils 	<ul style="list-style-type: none"> • die Förderung gesundheitlicher Kompetenzen, Qualität von Ernährung, Körperpflege, Bewegung und Kleidung sowie Schutz vor Verletzungen und Erkrankungen
Ebene der Gruppen	<ul style="list-style-type: none"> • die Schaffung von Arbeitsgemeinschaften und anderen Kooperationsformen • Entwicklungsprozesse des Teams • die Befähigung, eigene Interessen zu verwirklichen 	<ul style="list-style-type: none"> • die Bereitschaft zur Arbeit im Team • Gruppendruck und Widersprüche aushalten lernen • Bewältigungsstrategien für Konflikte kennen lernen • Problemlösung • Beteiligung von Eltern und Kinder an Planungen

Handlungsebene	Aufgaben und Ziele	Mögliche Handlungsfelder
Ebene der Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung eines gesunden Kindergarten-Profiles • Gestaltung der Einrichtung durch Organisationsentwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Instandhaltung der Räume, Qualität der Luft- und Lichtverhältnisse, Schutz vor Schadstoffen, angemessene Ausstattung und erwachsenengerechtes Mobiliar • die Selbstorganisation stärken, die eigenen Arbeit und der Arbeitsalltag sollen verstärkt reflektiert werden
Ebene der Lebenswelt/ Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für Kindergärten durch Öffnung, Vernetzung und Entwicklung von Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Suchen und Pflegen der Kommunikation und Kooperation • die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Ressourcen des Stadtteils nutzen
Ebene der Gesellschaft und Politik	<ul style="list-style-type: none"> • die Gesundheitsförderung und Kindergärten in den Blickwinkel der Politik bringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eintreten für eine verstärkte Gesundheitsförderung in Kindergärten • Lobbyarbeit für PädagogInnen, Kinder und Eltern • Gesundheitsschutz und Ausbildung von PädagogInnen verstärken

Tabelle 2: HAG, 2009, S.28; Quelle: A. Maasberg, Gesund in alle Lebenslagen, 2004

4.4 Gesundheitsziele im Kindergarten

In den Programmierschriften der WHO gibt es bisher keine Verankerung des Kindergartens als gesundheitsförderndes Setting. Deutschland nimmt eine Vorreiterrolle

ein, da hier auf nationaler Ebene bereits Gesundheitsziele entwickelt wurden. [ALT-GELD und KOLIP, 2004, S.46]

Gesundheitsziele bilden die Handlungsgrundlage für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Sie wurden erstmals 1978 auf der Alma Ata-Konferenz der WHO formuliert und betreffen folgende Bereiche:

- Für eine bessere Gesundheit
- Gesundheitsförderliche Lebensweisen
- Gesunde Umwelt
- Bedarfsgerechte Versorgung
- Entwicklungsstrategien- Gesundheit für alle [MÜLLER, 2005, S.277ff]

Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“, wird in Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung formuliert. Umgelegt auf das Setting Kindergarten sehen die Teilziele im Ernährungsbereich so aus:

- Die Verantwortung für gesunde Ernährung wird, im Lebensraum Kindergarten, von allen Beteiligten angenommen.
- Für schwer erreichbare Kinder und deren Familien werden geeignete Zugangswege entwickelt.
- Das Wissen und die Motivation zu ausgewogener Ernährung sind erhöht.
- Es werden positive Erfahrungen mit gesunder Ernährung gemacht und die Genussfähigkeit in Bezug auf das Essen wird verstärkt.
- Es wird auch auf die Verhältnisse Einfluss genommen und so z.B. die Zahl der Verführer reduziert. [MÜLLER, 2005, S.277ff]

Maßnahmen, die getroffen werden können, sind eine Verbesserung der Gemeinschaftsverpflegung, Aus-, Fort- und Weiterbildung für KindergartenpädagogInnen und das Selberkochen von Speisen durch die Kinder.

So kann das Ziel, ein gesundes Ernährungsverhalten von Kindern, gefördert und die Überernährung reduziert werden. [MÜLLER, 2005, S.277ff]

Prävention und Gesundheitsförderung durch und in Kindergärten erreicht dann eine gute Wirksamkeit, wenn folgende Maßnahmen getroffen werden:

- Die Handlungsmöglichkeiten der Kindergärten werden erweitert. Zurzeit sind die Arbeitsformen pädagogisch-intern ausgerichtet. Der Einsatz von strukturierten Programmen und die Einbeziehung der Umgebung werden noch nicht umgesetzt. Eltern sollen vermehrt in die Arbeit miteinbezogen werden, um ihre Erziehungskompetenzen zu steigern. Dafür bedarf es einer Schulung der MitarbeiterInnen sowie eine Berücksichtigung in der Arbeitsplatzbeschreibung.

Die PädagogInnen sollten Programme des aktuellen Forschungsstandes kennen, um Gesundheitsbelastungen effizient entgegenwirken zu können. Die Programme sollten leicht zu übernehmen sein und hohe Wirkungsaussichten haben.

Es werden durch Qualitätsanalysen mittels Qualitätssicherungsverfahren (z.B. QIP) Vorbildprogramme bestimmt, die dann für die Arbeit im Kindergarten als Hilfe herangezogen werden können.

- Es werden Fortbildungen angeboten.
PädagogInnen können in der Gesundheitsförderung eine wesentliche Position einnehmen. Dadurch lastet allerdings auch große Verantwortung auf ihren Schultern und die Aus- und Fortbildung müssen so modifiziert werden, dass die PädagogInnen diesen neuen Aufgaben gewachsen sind. Es besteht Qualifizierungsbedarf, um eine nachhaltige Wirkung erzielen zu können. Zu diesem Zweck sind auch fachlich versierte Multiplikatoren wichtig, da sie den Kindergärten als Ansprechpartner zur Verfügung stehen können.
- Fachmaterialien und Informationen werden verbreitet.
Spielanleitungen, Listen von kostengünstigem Material oder Zusammenfassungen von Fortbildungsinhalten werden als praktische Umsetzungshilfen, verteilt. Die Vernetzung via Internet ist hierbei empfehlenswert.
- Kindergartenleitungen und MitarbeiterInnen werden motiviert und unterstützt.

Um zu vermeiden, dass die neuen Aufgaben als zusätzliche Belastung erlebt werden, müssen förderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. So wirkt sich eine gesundheitsfördernde Umgestaltung des Arbeitsplatzes positiv auf die Motivation aus. Außerdem muss die Mehrarbeit entweder finanziell entlohnt oder durch externe Kräfte getragen werden.

- Förderliche Rahmenbedingungen werden geschaffen.
Größere Einrichtungen weisen einen größeren Spielraum zur Unterstützung von Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten, auf. Sie haben auf der anderen Seite aber auch den größten Bedarf an Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen. Unterstützungsangebote (Supervision, Coaching, etc.) sind hier notwendig.
- Innovationen werden durch die Träger unterstützt. [KLICHE T., 2008, S.211]
- Das Handlungsspektrum der Kindergärten kann durch eine Vernetzung mit Einrichtungen und/oder Experten gesteigert werden.
- In manchen Wohngebieten besteht ein erhöhter Bedarf an gesundheitsfördernden Aktivitäten aufgrund der großen gesundheitlichen Belastungen der Kinder und ihrer Familien. Darauf muss reagiert und mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.
- Der Miteinbezug der Familien sollte in der Konzeption und Durchführung von Programmen bedacht werden. Niedrigschwellige Angebote, die Familien miteinbeziehen, können auf lange Sicht die Gesundheit der Kinder verbessern. [KLICHE T. et al., 2009, S. 257f]

Die Etablierung einer gesundheitsfördernden Ernährung ist eines der Ziele, welches die DGE erreichen will. Es sollen Verhältnisse geschaffen werden, die es allen Kindern ermöglichen sich gesundheitsförderlich zu ernähren und ein selbstbestimmtes positives Gesundheits- und Ernährungsverhalten, aufzubauen. [DGE, 2007, S.3]

4.5 Leitaspekte der Gesundheitsförderung im Kindergarten

Gesundheitsfördernde Maßnahmen zeigen sich als besonders chancenreich, wenn sie bereits im frühen Alter einsetzen. Durch eine frühzeitige Prävention kann am ehesten

eine Prägung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erreicht werden.
Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollten:

- unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Kinder erfolgen,
- an spezifische Entwicklungsphasen anknüpfen,
- Geschlechterdifferenzen berücksichtigen,
- eine Zusammenarbeit mit Eltern, Kindergartenpädagogen und Vereinen, Ärzten, etc. anstreben,
- ein besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte Familien richten,
- Ansätze der Kompetenzförderung miteinbeziehen
- und umfassende und ganzheitliche Strategien verfolgen. [POTT E., 2002, S.23ff]

Die folgende Abbildung stellt die Bedingungen die auf die Gesundheitsförderung im Kindergarten wirken, schematisch dar. [MIX M., 2002, S.83f]

Schematische Darstellung der inneren und äußeren Bedingungen einer Gesundheitsförderung im Kindergarten

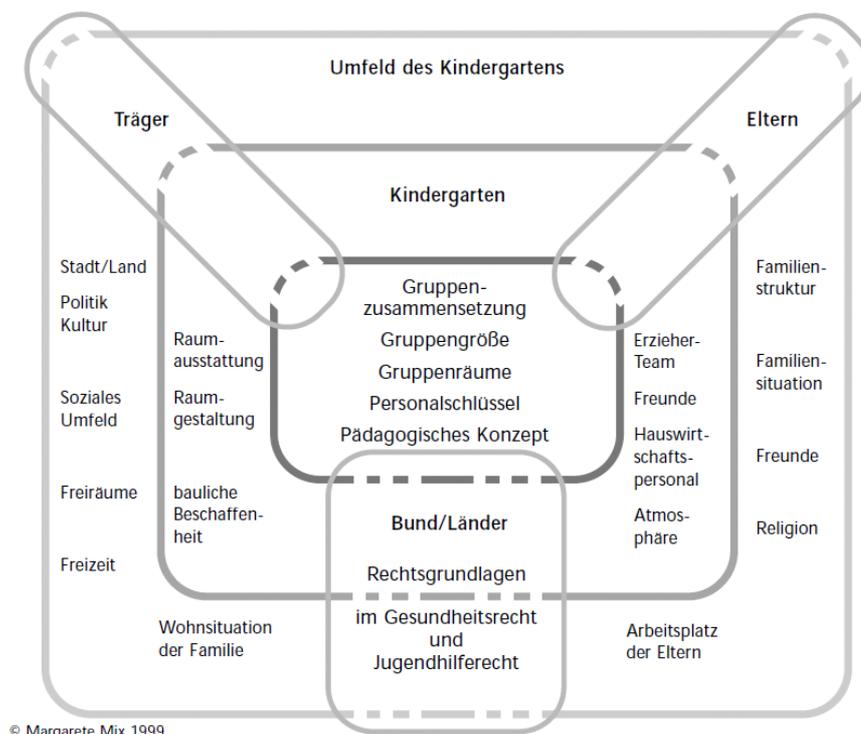


Abbildung 3: Innere und äußere Bedingungen der Gesundheitsförderung. Quelle: MIX M., 2002, S.84

Gesundheitsförderung im Kindergarten ist von diesen inneren und äußeren Bedingungen abhängig und in der Qualität beeinflussbar. Träger, Eltern, Bund/Länder, das Umfeld des Kindergartens, der Kindergarten und die Gruppe, in der das Kind ist, nehmen Einfluss auf die pädagogische und auch gesundheitsfördernde Arbeit. [MIX M., 2002, S.83f]

Kinder lernen in unterschiedlichen Settings verschiedene Lebensstile kennen. Durch eine frühe Bildung im Kindergarten, haben Kindern die Möglichkeit eine ausgewogene Ernährung zu erlernen, um im späteren Leben in der adipogenen Umwelt, Verführungen selbstbewusst begegnen zu können. Die Bildung die man den Kindern in der frühen Kindheit nicht zukommen lässt, kommen der Gesellschaft später teuer zu stehen. [HEINDL I., 2005, S.25]

Analysen der WHO ergaben, dass ungünstige Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter, die spätere Manifestation ernährungsbedingter Erkrankungen wahrscheinlich mit verursachen. [BAU A.-M. et al., 2005, S.52]

Es müssen im Kindergarten Ernährungs- und Gestaltungskonzepte entwickelt werden, die sowohl organisatorische als auch ästhetische und ernährungspräventive Aspekte berücksichtigen. [HEINDL I., 2003, S.191]

Auch die gesundheitliche Situation der KindergartenpädagogInnen sollte in diesem Zusammenhang erwähnt werden.

Sie haben einen sehr vielseitigen und anspruchsvollen Beruf und sind dabei auch oftmals Stressoren ausgesetzt. Lärm, mangelhafte Betreuungsschlüssel sowie körperliche Belastungen und Zeitdruck führen oftmals zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Befragungen zufolge treten bei KindergartenpädagogInnen häufig Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen auf, sowie Erkältungen und Probleme mit der Stimme. Auch Kopfschmerzen und leichte Ermüdbarkeit sind häufig anzutreffen.

Die Unterstützung der Mitarbeiter sollte deshalb auf jeden Fall mit eingeplant werden. [KLICHE T., 2003, S.23]

Eine bundesweite Untersuchung in Deutschlands Kindergärten ergab, dass die Ar-

beitszufriedenheit der MitarbeiterInnen, trotz schwieriger Bedingungen im positiven Bereich angesiedelt ist. Geringe Zufriedenheit zeigt sich beim Einkommen. [KLICHE T., 2008, S.193]

Der Gesundheit der MitarbeiterInnen muss in der Gesundheitsförderung in Kindergärten ein hoher Stellenwert eingerechnet werden. Durch die Reduktion der Belastungen kann eine Verbesserung der Gesundheit erreicht werden. Denn nur eine gesunde Kindergartenpädagogin, die gesund lebt, kann ihre positive Vorbildfunktion erfüllen. [KLICHE T. et al., 2005, S.4]

Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen können Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden. So können Schulungen zur Stressbewältigung, Stimm- und Entspannungstrainings im Sinne der Verhaltensprävention eingesetzt werden. Verhältnisbezogene Maßnahmen wären zum Beispiel eine Verkleinerung der Kinderanzahl pro Gruppe, Umbauten um den Lärm zu reduzieren, die Anschaffung erwachsenengerechter Möbel sowie regelmäßig stattfindende Gesundheitszirkel. [KHAN A., 2007. S.50f]

Um die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung zu gewährleisten sollten verschiedene Settings (Kindergarten, Schule, Familie, Gemeinde) miteinbezogen werden. Dadurch wird gewährleistet, dass auf alle Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung eingewirkt werden kann und positive gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen geprägt werden können. [SCHNABEL P.-E., 2004, S.282]

Der Kindergarten ist im Gegensatz zu Schulen oder Krankenhäusern kein hoch strukturiertes Setting. Interventionen in diesem Bereich sind deshalb schwer steuerbar. Partizipation, Empowerment, Nachhaltigkeit und die Vernetzung aller Akteure sind unter anderem notwendig um Interventionen erfolgreich zu machen. Die Arbeit nach dem Setting-Ansatz bedeutet einen hohen organisatorischen und konzeptionellen Aufwand. [GEENE R. et al., 2009, S.51f]

Eine Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung im Kindergarten ist auch durch folgende Faktoren erschwert:

- Die Träger haben unterschiedliche Qualitätskonzepte und weisen eine zersplitterte Struktur auf
- Verfügbare Erkenntnisse werden nur mangelhaft genutzt bzw. die Aus- und Fortbildung der KindergartenpädagogInnen müsste verbessert werden
- „Good Practice“ Programme sind schwer zugänglich
- In sozialen Brennpunkten treten Problem auf [KLICHE T. et al., 2005, S.9]

Die Situation die hier für Deutschland beschrieben wird, zeigt sich auch ähnlich in Österreich.

4.6 Die Verpflegung in Kindergärten

In Deutschland wurden durch die DGE im Rahmen des Projektes des Projektes „FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“ Standards für die Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten entwickelt.

Auf der Grundlage der Standards soll ein vollwertiges und gesundheitsförderndes Speisenangebot geplant und umgesetzt werden. Ziel ist es, die Qualität der Verpflegung gewährleisten zu können.

Es befinden sich Checklisten in diesen Unterlagen, die den Verantwortlichen ermöglichen den Speiseplan einschätzen und bewerten zu können. Anhand ausgewählter Kriterien wird die Ist-Situation mit der Soll-Situation verglichen und gegebenenfalls werden Optimierungsmaßnahmen eingeleitet. [DGE, 2009, S.5ff]

In Deutschland wurden in einer Studie die Kriterien für die langfristige Qualität von Schulverpflegung, erhoben. Diese Ergebnisse lassen sich auch auf die Situation in Kindergärten umlegen. Die Ergebnisse lauten wie folgt:

- Das Speisenangebot sollte sich an den Essgewohnheiten der Kinder orientieren, aber auch abwechslungsreich sein. Die Speisen sollten sowohl geschmacklich als auch optisch ansprechend sein.

- Im Essbereich sollte eine familiäre Atmosphäre vorherrschen, damit sich die Kinder wohl fühlen.
- Bauliche und zeitliche Rahmenbedingungen sollten stimmig sein.
- Die Kommunikation über die Verpflegung sollte positiv sein. Wenn es Etwas zu beanstanden gibt, sollte das fachlich fundiert erfolgen.
- Konkurrierende Angebote sollten reduziert oder ganz abgeschafft werden.

[WINKLER und DEUMERT, 2007]

In Österreich wurde in Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) und der österreichischen Gesellschaft für Ernährung (ÖGE) ein Gütesiegel für nährstoffoptimierte Qualität in der Gemeinschaftsverpflegung entwickelt. Dieses Siegel kann seit dem Jahr 2007 von Unternehmen erworben werden, die die Kriterien einer gesundheitsfördernden Ernährung erfüllen. [ÖGE, 2009]

Die Kindergärten der Stadt Wien werden vom Caterer Kulinarik versorgt, welcher sich in der Vorbereitungsphase auf das ÖGE Gütesiegel befindet.

In den städtischen Kinderbetreuungseinrichtungen werden täglich 30.000 Menüs verpeist. Der Anteil an biologisch erzeugten Lebensmitteln liegt bei über 50 %, die Speisen werden nach altersgerechten Grundsätzen entwickelt und es wird dafür Sorge getragen, dass den Speisen ihre wertvollen Inhaltsstoffe erhalten bleiben. [WIENER KINDERGÄRTEN, o.J.]

Am Institut für Ernährungswissenschaften wurde eine Diplomarbeit verfasst, die sich mit der Verpflegungssituation in Wiener Kindergärten beschäftigt hat. Der Titel der Diplomarbeit lautet: „Die Rolle des Kindergartens in der Prävention von Übergewicht und Adipositas“ und nachfolgend werden die wesentlichen Erkenntnisse dargestellt. [Vgl. für Nachfolgendes: PASSLER, 2008, S.16off]

Im Rahmen der Diplomarbeit wurde eine Erhebung an 21 Kindergärten in Wien durchgeführt. Um die Verpflegungssituation erfassen zu können, wurden die Wochenspeisepläne eines Monats ausgewertet und mit den Empfehlungen des Forschungsinstitutes für Kinderernährung in Dortmund verglichen.

Nach Auswertung der Speisepläne konnte ein deutlicher Verbesserungsbedarf festgestellt werden.

So sollen beim Mittagessen mehr Gemüse und Salate, Fisch und Vollkorngerichte aufgenommen werden sowie weniger fettreiche und süße Hauptspeisen. Das momentane Speisenangebot entspricht eher einer traditionellen Erwachsenenküche.

Bei den Zwischenmahlzeiten sollten mehr Getreideflocken und Vollkornbrot und weniger Kekse, Süßigkeiten und Streichfett angeboten werden. Das Frischobst und Rohkostangebot deckt sich mit den Empfehlungen.

In fast 80 % der Kindergärten entscheidet die Leitung darüber, was gegessen wird und das kommt in zwei Drittel der Häuser als Regeneration und bei einem Drittel als Warmverpflegung auf den Tisch. Beim Mittagessen haben die Kinder also nicht die Möglichkeit, beim Kochen oder Zubereiten mitzuhelfen und den Prozess von Anfang bis Ende mitzuerleben.

Von den befragten Leiterinnen haben 86 % Interesse an Weiterbildungen zum Thema Ernährung und 95 % finden, dass PädagogInnen und BetreuerInnen in Bezug auf das Thema nicht fachlich genug ausgebildet werden.

Alle Kindergartenleitungen wären bereit, den Schwerpunkt Gesundheitsförderung durch Ernährung im Kindergarten durchzuführen. Es müssten allerdings einige Voraussetzungen erfüllt werden:

Eine ernährungswissenschaftliche Betreuung müsste gegeben sein. Die Themen müssten kindgerecht aufbereitet werden und regelmäßige Elternschulungen müssten angeboten werden. Auch die Evaluierung und die Förderung durch die Gemeinde sind wesentliche Determinanten.

Als positive Einflussfaktoren aufs Ernährungsverhalten wurde folgendes genannt:

- kindgerechtes Speisenangebot
- lustvoller Zugang zum Essen
- Zeit beim Essen
- zum Probieren ermutigen, aber nicht zum Aufessen zwingen
- Rituale und Tischsitten durchführen und leben
- Vorbild der Bezugspersonen

- Beteiligung der Kinder an häuslichen Aktivitäten (Tisch decken, abräumen, Tischdekoration,.....)
- Projekte zum Thema Ernährung (Kräuter pflanzen,...)

Der Großteil der KindergartenleiterInnen ist sich der Teilverantwortung für gesundheitsfördernde Bedingungen zu sorgen, bewusst. Die Möglichkeiten, in diesem Setting Programme umzusetzen, sind noch nicht ausgeschöpft.

So würden fast 60 % der Leitungen die Unterstützung und regelmäßige Besuche einer Ernährungsexpertin begrüßen. Bis jetzt wurden allerdings in keinem der 21 Kindergärten, mit 1.567 betreuten Kindern, größere Interventionen durchgeführt.

4.7 Gesundheitsbildung/Ernährungserziehung/Ernährungsbildung

4.7.1 Definitionen

Unter Ernährungserziehung versteht man Lernerfahrungen, die dazu beitragen, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen freiwillig übernommen werden. Ernährungserziehung zielt darauf ab, die Kompetenz der Kinder auf positive Weise zu beeinflussen und ihnen ernährungsbezogenes Wissen und Motivation zu vermitteln.

[WIKLER G., 2005, S.179]

Es werden Regeln zur Vermeidung von Risikofaktoren aufgestellt, um vor Krankheiten zu schützen. Die Grundannahme ist, dass man durch Information und daraus gewonnenem Wissen zu entsprechendem Handeln befähigen kann. [HEINDL I., 2003, S.30]

Pudel und Westenhöfer verstehen unter Ernährungserziehung alle pädagogischen Maßnahmen die das Essverhalten entsprechend der sozio-kulturellen Normen, der familiären Traditionen und der gegebenenfalls vorhandenen Empfehlungen der Ernährungsaufklärung, prägen. Die Ernährungserziehung richtet sich an Kinder bis zum Beginn des Jugendalters.

Ziel der Ernährungserziehung ist es, ein ungünstiges Ernährungsverhalten zu stabilisieren und ungünstige Verhaltensweisen zu vermeiden. Die Methoden, derer sich die Ernährungserziehung bedient, sind die Vorbildwirkung, Lob und Tadel, argumentative Begründungen und Trainings sowie die Einführung von sogenannten Moden.

Die Ernährungserziehung ist neben der Ernährungsaufklärung, -information, -beratung und -therapie, eine der Maßnahmen in denen die Ernährungsproblematik behandelt wird. [PUDEL V. und WESTENHÖFER J., 1998, S.253f]

Ernährungsbildung zielt darauf ab eine gesunde Lebensführung aufzubauen und eine ausgewogene Ernährungsweise zu erlernen. [HEINDL I., 2003, S.32]

Die Ernährungserziehung ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitserziehung. Sie findet vorwiegend in der Familie statt, aber ist auch in außerfamiliären Institutionen anzutreffen (z.B. im Kindergarten oder in der Schule). [DIETRICH S., 2005, S.589]

Auch der Begriff der Gesundheitsbildung soll an dieser Stelle näher beleuchtet werden. Unter Gesundheitsbildung versteht man nicht nur die Wissensvermittlung, sondern darüber hinaus auch eine Stärkung der Kompetenzen und des Selbstbewusstseins, um die eigene Gesundheit verbessern zu können. Der Begriff der Gesundheitsbildung wurde im Laufe der Zeit durch den Begriff der Gesundheitsförderung abgelöst. [NUTBEAM D., 1998, S.5]

4.7.2 Implementierung im Kindergarten

Essen geschieht immer öfters nebenbei, ohne Wahrnehmung des Geschmacks. Es werden oft Fertigprodukte mit Einheitsgeschmack verzehrt und die Lebensmittel werden mit einer Vielzahl an Geschmacksverstärkern versetzt. Dadurch fällt es immer schwerer, kleine Unterschiede zu „erschmecken“.

Im Kindergarten können Kinder Geschmacksexperimente erleben und dadurch ihre Erfahrungen erweitern. Wichtig ist es, die Kinder wiederholt zum probieren aufzufordern, da sich Geschmäcker ja bekanntlich ändern und was vor einem halben Jahr noch abgelehnt wurde, kann dann auf große Begeisterung stoßen. [CRAMM D., 2005, S. 27f]

Kinder durchlaufen verschiedene Entwicklungsstufen und diese müssen bei der Konzeption von Programmen berücksichtigt werden. Ein Konzept für alle Altersstufen ist nicht ausreichend, weil man so den kognitiven, psychischen und sozialen Anforderungen nicht gerecht werden würde.

Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren (wie sie in einer Kindergartengruppe anzutreffen sind) befinden sich in der Phase des anschaulichen Denkens. Nicht direkt beobachtbare Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge können Kinder z.B. erst ab dem 10. Lebensjahr erfassen. Für Vorschulkinder ist der Begriff „gesund“ zu abstrakt und sie können daher auch nicht verstehen, dass eine gesunde Ernährung für ihr Leben von großer Bedeutung ist.

Eine altersadäquate Ernährungserziehung sollte deshalb so aussehen:

- Verwendung von einfachen logischen Beziehungen
- Einfache, beständige Regeln
- Anpassung der Wirklichkeit an die Interessen der Kinder
- Kinder möglichst selbsttätig sein lassen (dadurch kann ein intrinsisch motiviertes Verhalten entstehen, weil die Kinder sich als fähig wahrnehmen)
- Rituale (gemeinsames Essen) zur Orientierung
- Lebensmittel sollen nicht als Erziehungsmittel eingesetzt werden, sie sind dafür ungeeignet, weil dadurch ein negatives Essverhalten entstehen kann (Essen aus Frust und bei Belastungen)
- Eltern miteinbeziehen
- Positives Vorbild der Eltern und der PädagogInnen, AssistentInnen
- Konsequenz in der Umsetzung
- Speisen selbst zubereiten
- Motive die eine bedeutende Rolle spielen: Lob, Zuwendung, Anerkennung und soziale Integration [DIETRICH S., 2005, S.591f]

Kinder sollen fit gemacht werden für einen sinnvollen, Umgang mit Lebensmitteln und als Konsumenten. Die folgenden Bereiche spielen eine Rolle:

- Sinne: Beim Thema essen und Trinken sind alle fünf Sinne gefordert, nur dadurch ist ein ganzheitliches Lernen möglich.
- Geschmackskompetenzen werden aufgebaut, durch bewusstes kosten und vergleichen (Geschmacks-KIM).

- Lebensmittel verändern sich. Diesen interessanten Prozess können Kinder miterleben (z.B. Gemüse wird weich beim Kochen).
- Beim Zubereiten von Speisen wird die Motorik gefördert.
- Gemeinsames Kochen oder Backen fördert die Sozialkompetenz. Jeder trägt seinen Teil dazu bei, dass am Ende ein gemeinsames Ganzes entsteht.
- Regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten strukturieren den Tag und machen ihn für Kinder überschaubarer. Darüber hinaus werden Kommunikation und Wir-Gefühl gestärkt.
- Lebensmittel können bis zu ihrem Ursprung verfolgt werden und Kinder lernen so den Wert von Lebensmitteln zu schätzen.
- Die sprachliche Förderung und Wortschatzerweiterung ist ebenfalls ein Punkt, der herauszuheben ist.
- Naturwissenschaftliche Zusammenhänge werden beim Wiegen, Zählen und Messen veranschaulicht und nachvollziehbar. [CRAMM D., 2005, S.14f]

4.7.3 Methoden der Ernährungsbildung

Für die Schule lassen sich folgende Empfehlungen ableiten, die sich mit kleinen Modifikationen aber auch im Kindergarten anwenden lassen:

- Wertschätzung für den eigenen Körper/die Gesundheit wecken
- Zusammenhänge einer ausgewogenen Ernährung darlegen und vermitteln
- Freude und Spaß am Essen fördern
- Schulung eines verantwortungsvollen und bewussten Umgangs mit Lebensmitteln
- Beim gemeinsamen Essen kommunikative sowie kulturell-ästhetische Erfahrungen ermöglichen
- Für das alltägliche Handeln Entscheidungshilfen anbieten [HEINDL I., 2003, S.71]

Das Lernen im Kindergarten unterscheidet sich von schulischen Lernformen. Lernen ist hier spielerisch und ganzheitlich ausgerichtet. Es soll die Gesamtheit der kindlichen

Lebensäußerungen erfasst werden und die Lernprozesse müssen auf kindgemäße Art organisiert werden. [ELLERMANN W., 2007, S.14f]

Die KindergartenpädagogInnen richten sich in ihrer Arbeit nach didaktischen Prinzipien. Diese Prinzipien lauten wie folgt:

- Das Prinzip der Anschauung:
Kindergartenkinder sind auf sinnliche Erfahrungen angewiesen, um später abstrakt denken zu können. Gegenstände müssen direkt erfahrbar gemacht werden, um mit Vorstellungen verknüpft zu werden.
- Das Prinzip der Aktivität:
Kinder lernen durch Tun. Dinge müssen ausprobiert und bespielt werden, mit ihnen wird experimentiert.
- Das Prinzip der Übung/Wiederholung:
Kinder wiederholen eine Handlung solange, bis sie das Gefühl haben genügend Sicherheit erworben zu haben. Diesem Bedürfnis nach Wiederholung ist in der pädagogischen Arbeit natürlich entgegenzukommen und Übungssequenzen sollen bewusst eingebaut werden.
- Das Prinzip der Teilschritte:
Komplexe Aufgaben werden in Teilschritte zerlegt, um erfolgreich bewältigt zu werden.
- Prinzip der Variabilität:
Die Angebote die gesetzt werden sollten abwechslungsreich sein und das Interesse an der Bewältigung von unterschiedlichen Varianten muss beim Kind geweckt werden.
- Das Prinzip der Lebensnähe:
Inhalte, die die Kindergartenpädagogin/der Kindergartenpädagoge vermitteln will, sollten im engen Zusammenhang mit Fragen, Interessen oder Problemen der Kinder stehen. Die Pädagogin/der Pädagoge plant die Vorhaben deshalb vom Nahen zum Fernen, vom Bekannten zum Unbekannten, vom Leichten

zum Schweren und vom Konkreten zum Abstrakten. [ELLERMANN W., 2007, S.33ff]

4.7.4 Themen der Ernährungsbildung im Kindergarten

Das Europäische Kerncurriculum wurde aus dem Leitfaden „Healthy eating for young people“, welcher von Experten EU-weit entwickelt wurde, adaptiert.

Es wurden 7 Themenfelder entwickelt, die Inhalte und Lernziele der Ernährungsbildung abdecken.

Die einzelnen Themenfelder wurden für unterschiedliche Altersgruppen genau aufgeschlüsselt. Nachfolgend werden die Themenfelder für die 4 bis 7-jährigen aufgelistet, da sich hier das Alter mit dem von Kindergartenkindern überschneidet.

Themenfeld 1: Essen und emotionale Entwicklung

- Geschmack, Geruch, Geräusche, Aussehen und Gefühl unterschiedlicher Lebensmittel identifizieren und erkennen
- Die eigenen Vorlieben kennen sich der Vorlieben anderer bewusst sein
- Bereit sein, andere Lebensmittel zu probieren
- Akzeptieren, dass verschiedene Menschen unterschiedliche Größe und Körperform haben
- Fähig sein, eine Mahlzeit mit anderen zu teilen und an der Essenzubereitung teilnehmen
- Fähig sein, zwischen Alternativen zu wählen
- selbstständig essen können

Themenfeld 2: Essgewohnheiten und soziale/ kulturelle Einflüsse, Essstile, Ernährungsweisen und Essen in sozialer Gemeinschaft

- eigene Essgewohnheiten und die anderer beschreiben können
- die Zeiten bestimmen, zu denen gegessen oder getrunken wird
- verstehen, dass unterschiedliche soziale Umgebung unterschiedliche Verhaltensweisen erfordert

- zwischen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten unterscheiden können
- zwischen alltäglichem Essen und Essen zu besonderen Anlässen unterscheiden können
- einen Zusammenhang zwischen festlichen Anlässen und besonderem Essen erkennen können

Themenfeld 3: Ernährung und persönliche Gesundheit

- Notwendig von Nahrung für Wachstum und Gesundheit erkennen
- Nahrungsmittel, die für Wachstum und Gesundheit wichtig sind, erkennen
- Lebensmittel verschiedenen Gruppen zuordnen können
- Wissen, dass man Lebensmittel gut kauen muss zur besseren Verdauung
- Wissen, dass Zähneputzen wichtig für die Gesundheit des Mundraumes ist und den Zusammenhang mit der Nahrungsmittelaufnahme erkennen
- Die Bedeutung des Frühstücks erkennen

Themenfeld 4: Erzeugung, Verarbeitung und Verteilung von Nahrung - Prozesse verstehen

- Wissen, dass alle Lebensmittel pflanzlichen oder tierischen Ursprungs sind
- Wissen, dass man manche Lebensmittel zubereiten muss, bevor man sie essen kann
- Wissen, dass Lebensmittel aus Rohstoffen bestehen
- Verstehen, dass Firmen viele Nahrungsmittel erzeugen
- Verstehen, dass Lebensmittel an einem Ort produziert werden und dann ins Geschäft zum Verkauf kommen

Themenfeld 5: Konsument, Lebensmittel, Märkte

- Bestimmte Geschäfte (Bäcker, Fleischer, etc.) erkennen können

Themenfeld 6: Lagerung und Konservierung von Lebensmitteln

- Erkennen, dass Nahrungsmittel verderben können, wenn sie nicht haltbar gemacht werden

Themenfeld 7: Technik der Lebensmittelzubereitung, Umgang mit Lebensmitteln, Kochtechniken

- Verstehen, dass man vor den Mahlzeiten oder zubereiten von Nahrungsmitteln die Hände waschen soll
- Verstehen, dass man Obst und Gemüse vor dem Verzehr waschen muss
- Mithilfe beim Tisch decken
- Bei der Auswahl der Speise Geruch, Geschmack, Farbe und Konsistenz wahrnehmen
- Spaß an der Zubereitung von einfachen Speisen haben
- Verstehen, dass die Küche ein Arbeitsplatz ist, wo Vorsicht geboten ist (scharfe Messer, Herdplatte, etc.) [DIXEY R. et al., S.67ff]

Die Themenfelder können als Anregung für LehrerInnen und auch KindergartenpädagogInnen gesehen werden. Die Auswahl von altersrelevanten Themen kann anhand der oben aufgelisteten Lernziele besser getroffen werden. [HEINDL, 2003, S.91f]

Ernährungsbildungsprogramme sollten sich immer am Kind orientieren und in den kindlichen Tagesablauf integriert werden können. Es müssen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombiniert werden um einen idealen Effekt erzielen zu können. Das Programm sollte multidisziplinär und nachhaltig aufgebaut sein.

Studien zeigen, dass durch Programme zur Ernährungsbildung das Ernährungswissen verbessert werden kann. Eine veränderte Einstellung bzw. Verhaltensänderung ist allerdings nur schwach vorhanden und eher bei langfristig ausgelegten Studien zu beobachten.

Eltern oder andere Bezugspersonen spielen eine wesentliche Rolle und müssen miteinbezogen werden. Der Erfolg von Programmen kann durch das Mitwirken von Eltern oder Bezugspersonen gesteigert werden. [WAGNER et.al., 2005b]

Um die Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln zu minimieren ist die Subjektorientierung ein möglicher Weg. Der handelnde Mensch wird hier in den Mittelpunkt gestellt und es wird am subjektiven Vorverständnis des Lernenden angeknüpft. Die Fragestellungen der Kinder stehen hier im Mittelpunkt. Es wird versucht, biographisch orientiert vorzugehen, um das individuelle Essverhalten zu reflektieren. Dieses Modell lässt sich allerdings erst bei älteren Kindern bzw. Jugendlichen wirklich sinnvoll einsetzen. [BARTSCH S., 2008]

4.7.5 Der Situationsansatz

Der Situationsansatz wurde in den 70er Jahren entwickelt und ist ein sozialpädagogisches Konzept, welches vielfach in die Bildungsarbeit in Kindergärten eingeflossen ist und Parallelen mit der Gesundheitsförderung aufweist. [GEENE R. et al., 2009, S.61]

Ein Grundsatz des Situationsansatzes lautet, dass die pädagogische Arbeit sich an sozialen und kulturellen Lebenssituationen orientiert. Die Bedürfnisse und Interessen der Kinder werden in den Mittelpunkt gestellt und sie haben so die Möglichkeit, Selbst-, Sach- und Sozialkompetenzen zu erwerben.

Den Kindern wird durch eine anregungsreiche Umgebung (im und außerhalb des Kindergartens), die Möglichkeit gegeben wahrzunehmen und sich auszudrücken.

Die Partizipation im Alltag ist ebenfalls ein Grundsatz des Situationsansatzes. Die Selbstständigkeit der Kinder wird gefördert, alles, was die Kinder selbst tun können, wird ihnen auch zugetraut.

Es werden Beziehungen zum Umfeld (Vereinen, Orten, Personen) aufgebaut, um aktiv an der Gestaltung des Gemeinwesens mitwirken zu können. [INTERNATIONALE AKADEMIE, o.J.]

Gesundheit soll nicht isoliert als Thema abgehandelt werden, sondern soll in die Lebenswelt des Kindergartens einfließen.

Der Situationsansatz ist ganzheitlich und auf Lebenskompetenz und Wohlbefinden ausgerichtet. Hier zeigen sich die Parallelen zum salutogenetischen Ansatz der Gesundheitsförderung deutlich. [SCHNEIDER K., 2002, S.29]

4.7.6 Projekte

Projekte stellen einen weiteren möglichen Weg dar, um die Ziele der Gesundheitsförderung zu erreichen. Projekte sind auf bestimmte Ziele ausgerichtet und zeitlich, räumlich und finanziell begrenzt. Maßnahmen umfassen im Gegensatz dazu zeitlich unbegrenzte Vorhaben. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.13ff]

Bei Projekten der Gesundheitsförderung, spielen Aktivierung und Partizipation eine große Rolle. Die Betroffenen sollen in den Prozess miteinbezogen werden. Mit den folgenden Elementen kann ein hoher Vernetzungsgrad erreicht werden:

- Fortbildungsveranstaltungen für KindergartenpädagogInnen
- Durchführung von Elterninformationsveranstaltungen
- Praxisdemonstrationen (wie lässt dich die Theorie spielerisch umsetzen)
- Evaluation des Verlaufs des Projektes [RITTNER V., 2002, S. 15off]

Zur Gestaltung der Projekte kann man für eine Durchführung im Kindergarten, auf unterschiedliche Modelle zurückgreifen:

- Gesundheitswochen:
Eine bis mehrere Wochen lang, wird ein gesundheitsrelevantes Thema im Kindergarten behandelt. Es werden altersgerechte Angebote für die Kinder gesetzt und es finden Informationsveranstaltungen für PädagogInnen und Eltern statt.
- Angebote für Eltern und Kinder:
Um die Eltern vermehrt in die Gesundheitsförderung mit einzubeziehen und eine Auswirkung auf das familiäre Umfeld zu erreichen, werden gemeinsame Aktivitäten (Aktionsnachmittag, Eltern-Kind Gesundheitstag) angeboten.
- Gesundheitssonntag außerhalb des Kindergartens:
In einer Sporthalle oder einem Jugendfreizeitzentrum wird ein Tag außerhalb des Kindergartens geplant. Es besteht hier die Möglichkeit die ganze Familie mit einzubeziehen. [ZIMMERMANN H., 2009, S.35ff]

Die Themen sollen niedrigschwellig und alltagstauglich sein, sie sollen Spaß machen, spielerisch aufbereitet werden und gemeinsame Eltern-Kind-Aktivitäten fördern.

[ZIMMERMANN H., 2009, S.40]

4.7.7 „Früh übt sich“

Im Juni 2000 fand eine Expertentagung mit dem Thema „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten statt.

Im Rahmen der Tagung fanden Workshops statt, in denen die Teilnehmer Perspektiven und Empfehlungen für die Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung im Kindergarten, entwickelten.

Die wesentlichen Erkenntnisse kurz dargestellt lauten wie folgt:

- **Allgemeine Leitlinien:**
Von zentraler Bedeutung ist die Vermittlung altersgerechter Lernkompetenzen, die Unterstützung von Sozialkompetenz und die Förderung von Körpergefühl und Spaß an der Bewegung.
- **Persönliche Aspekte:**
KindergartenpädagogInnen sollten ihre Vorbildfunktion hinsichtlich gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen wahrnehmen und bei der Umsetzung unterstützt werden. Darüber hinaus sollte ein struktureller Rahmen für Gesundheitsförderung bestehen, damit die Maßnahmen kontinuierlich umgesetzt werden können.
- **Kooperation und Vernetzung:**
Partnerschaften spielen in der Gesundheitsförderung eine große Rolle. So sollen eine Zusammenarbeit mit Eltern aber auch anderen Institutionen angestrebt werden. Die Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig und erfolgreich umgesetzte Projekte sollten transparent gemacht werden.
- **Information und Kommunikation:**
Netzwerke sollten aufgebaut werden um einen Austausch zu gewährleisten. Eine Projektbörse könnte eingerichtet werden.

- Kompetenz und Qualifizierungsbedarf:
Die KindergartenpädagogInnen sollten in ihrem Kompetenzprofil gestärkt werden. Fortbildungen sollten Gesundheitsförderung ganzheitlich, in Theorie und Praxis, vermitteln.
- Markttransparenz und Qualitätssicherung:
Die Transparenz von Angeboten und Medien ist zu verbessern. Qualitätsstandards für Programme, Medien und Fortbildungen müssen entwickelt und die Arbeit muss dokumentiert und evaluiert werden. [BZgA, 2002]

4.7.8 Themen der Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung umfasst mehr als die klassischen Themenfelder Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Auch Themen wie psychosoziale Gesundheit, Vorsorge und Früherkennung, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Impfen und Infektionskrankheiten können diesem Themenkomplex zugeordnet werden. [SABO P., 2002, S.70]

Die Förderung der Lebenskompetenz ist ebenfalls dem Bereich der Gesundheitsförderung zuzuschreiben. Unter Lebenskompetenz versteht man die Fähigkeit von Personen, erworbene Fertigkeiten zum richtigen Zeitpunkt einzusetzen. Lebenskompetenz bedeutet, dass man in der Lage ist, durchdachte Entscheidungen zu treffen, sich selbst kennt und mag und Beziehungen führen kann, Probleme erfolgreich gelöst werden und Gefühle und Stress bewältigt werden können. Kinder sollen die Möglichkeit bekommen Schutzfaktoren auszubilden, um später unter Risikobedingungen diese aktivieren zu können und kein persönlichkeitszerstörendes Verhalten zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen die Förderung des Selbstwertgefühls, der richtige Umgang mit Aggressionen oder auch die Fähigkeit unter Gruppendruck „Nein“ sagen zu können.

Nur ein lebenskompetenter Mensch wird sich in allen Lebenssituationen gesundheitsförderlich verhalten. [WOLFRAM et al., 2008]

5 Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsinterventionen im Kindergarten

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Methoden bzw. Systeme vorgestellt, die die Beurteilung von gesundheitsfördernden Interventionen ermöglichen.

5.1 Methoden zur Beurteilung der Qualität

Momentan gibt es kein einheitliches Konzept, nach dem eine Qualitätsüberprüfung vorgenommen werden könnte. Es haben sich unterschiedliche Verfahren des Qualitätsmanagements entwickelt, die nebeneinander existieren.

Durch die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung und das damit verbundene Angebot an gesundheitsfördernden Programmen oder Projekten, bedarf es einer Festlegung von Kriterien um die Qualität gewährleisten zu können. [GESUNDHEIT BERLIN e.V. 2004, S.1]

Die Ziele (z.B. Steigerung des Selbstwertgefühls) die in der Gesundheitsförderung erreicht werden sollen, sind oftmals schwer zu messen. Die klassischen Methoden von Wirkungsnachweisen (RCTs) sind in der Gesundheitsförderung, welche lebensweltorientiert arbeitet, oft nicht geeignet um die Wirksamkeit nachzuweisen. [GOLD C. et al., 2009, S. 91]

Durch ein geeignetes Qualitätsmanagement soll eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschaffen werden und letztendlich die gesundheitliche Ergebnisqualität erreicht werden. [WALTER U., 2001, S.24]

Die nachfolgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Phasen gesundheitsfördernder Interventionen sowie Ansatzpunkte für ein Qualitätsmanagement.

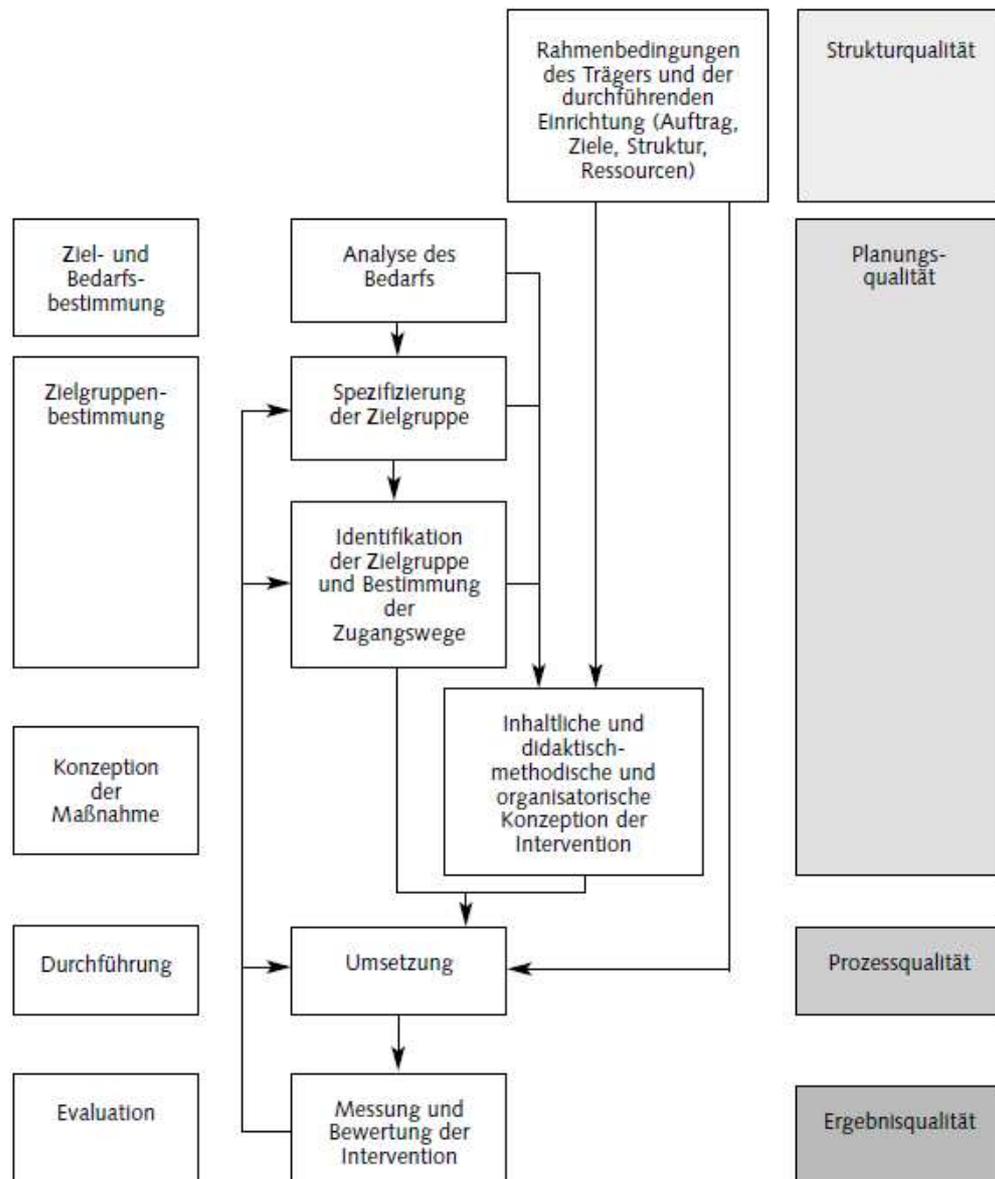


Abbildung 4: Phasen präventiver und gesundheitsfördernder Interventionen und Ansätze für ein Qualitätsmanagement. Quelle: WALTER U. et.al, 2001, S.26

Es braucht geeignete Systeme der Qualitätsentwicklung, die es zu initiieren und zu verankern gilt. Nur so kann das gesundheitsfördernde Potential der Kindergärten gesichert werden. [GEENE R. et al., 2009, S.60]

Nachfolgend werden Modelle beschrieben, die eine sehr umfassende Qualitätsbeurteilung ermöglichen. Sie weisen teilweise Übereinstimmungen auf, zum Teil sind aber auch sehr differenzierte Blickwinkel vorhanden.

5.1.1 Models of Good Practice

Ein Arbeitskreis der BZgA hat Kriterien für sogenannte Models of Good Practice von gesundheitsfördernden Angeboten bei sozial Benachteiligten, entwickelt.

Als Good Practice werden Projekte bezeichnet, die mit den Prinzipien der Gesundheitsförderung übereinstimmen und die geeignet sind die Ziele der Gesundheitsförderung zu erreichen.

Durch die Bewertung der Programme kann ein Überblick über die Vielzahl von Angeboten gegeben und die Qualität verbessert werden. [GESUNDHEIT BERLIN e.V.2004, S.1ff]

Die folgenden Kriterien sollen zur Bewertung eines Programms herangezogen werden:

1. Konzeption: Aus der Konzeption geht ein klarer Zusammenhang zu Prävention und/oder Gesundheitsförderung hervor. Es liegt eine darauf basierende Zielformulierung vor und die Reduzierung der sozialen Ungleichheit wird angestrebt.
2. Zielgruppe: Die Zielgruppe ist genau festgelegt und umfasst sozial benachteiligte Menschen.
3. Innovation und Nachhaltigkeit: Das Projekt weist einen innovativen Charakter auf, es bietet z.B. neue Problemlösungen an. Die Nachhaltigkeit spielt hinsichtlich Angebotsstruktur und Wirkung in der Zielgruppe eine wesentliche Rolle. Nachhaltig ist ein Projekt, wenn sich selbsttragende Strukturen entwickeln oder die Wirkung auch nach Ablauf der Projektzeit anhält.
4. Multiplikatorenkonzept: Multiplikatoren werden in die Arbeit eingebunden. Multiplikatoren sind Personen oder Gruppen, die auf Prävention oder Gesundheitsförderung hinarbeiten.

5. Arbeitsweise: Das Projekt ist niedrighschwellig angelegt. Das bedeutet die Projektverantwortlichen suchen die Zielgruppe in ihrer Lebenswelt auf und warten nicht bis sich jemand an sie wendet.
6. Partizipation: Die Zielgruppe hat einen hohen Grad an Möglichkeiten sich einzubringen.
7. Empowerment: Aufbauend auf den Ressourcen der Zielgruppe erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung.
8. Setting-Ansatz: Die Aktivitäten orientieren sich am Setting Ansatz der WHO. Es sind Maßnahmen enthalten, die sowohl auf Verhältnis als auch auf Verhaltensänderung abzielen.
9. Integriertes Handlungskonzept: Es findet eine fachübergreifende Zusammenarbeit statt. Das Konzept wird gemeinsam mit anderen Akteuren im lokalen Umfeld umgesetzt.
10. Qualitätsmanagement: Die Qualität des Programmes wird immer wieder überprüft und gegebenenfalls verbessert.
11. Dokumentation und Evaluation: Evaluation und Dokumentation dienen der Qualitätsentwicklung des Programmes.
12. Kosten-Nutzen-Relation: Kosten und Nutzen stehen in einem angemessenen Verhältnis.
13. Begründung für Good-Practice: Eine Begründung für die Aufnahme in die Liste der Good-Practice-Modelle wird vom Projekt selbst gegeben. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.2ff]

Ein Good-Practice-Projekt muss nicht allen oben genannten Kriterien entsprechen. Punkt 1 und 2 bilden den Mindeststandard. Darüber hinaus sollen noch drei weitere Punkte erfüllt werden. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.6]

5.1.2 Quint Essenz

Die Gesundheitsförderung Schweiz hat für eine Reflexion der Qualität von Projekten Kriterien erstellt. Programme können dadurch bewertet und gegebenenfalls auch

verbessert bzw. können Stärken festgestellt werden.

Es gibt 6 Gruppen:

- 1. Die Konzepte der Gesundheitsförderung worunter die Chancengleichheit, Salutogenese und Empowerment, der Settingansatz und die Partizipation fallen.
- 2. Die Projektbegründung mittels Bedarfsnachweis, Bedürfnisse der Zielgruppe, Einbettung, Rahmenbedingungen und Lernen.
- Das 3. Kriterium die Projektplanung wird aufgeschlüsselt in Zielsetzung, Vorgehensweise, Etappierung und Ressourcen.
- 4. Projektorganisation: Projektstruktur, Qualifikation, Vernetzung.
- Kriterium 5 ist die Projektsteuerung. Controlling, Evaluation, Dokumentation, Kommunikation und Motivation werden hier bewertet.
- Das letzte Kriterium Ergebnisse und Wirkungen umfasst Zielerreichung, Nachhaltigkeit und Valorisierung.

Die vorliegende Liste ist sowohl komplex als auch anspruchsvoll.

Die Bewertung findet mittels einer Skala statt (-- bis++) und ermöglicht die Bildung eines Durchschnittswertes bzw. auch das Erkennen von Stärken und Schwächen.

[QUINT ESSENZ, 2007]

5.1.3 QIP

QIP bedeutet Qualität in der Prävention und ist ein wissenschaftlich geprüftes Informationssystem, mit dessen Hilfe Maßnahmen der Gesundheitsförderung verbessert werden können.

Es wird ein Fragebogen von einer mit dem Programm vertrauten Person ausgefüllt und dieser anschließend an drei Experten weitergeleitet, welche 7 Hauptdimensionen und 21 Teildimensionen begutachten. Die Ergebnisse werden in eine Datenbank eingegeben und Vergleichswerte werden berechnet. Jede Einrichtung, die ihr Programm hier überprüfen lässt, erhält abschließend ein Qualitätsprofil in dem Stärken, Schwä-

chen und Verbesserungsempfehlungen aufgelistet werden.

Die 7 Dimensionen lauten wie folgt:

- Konzeptqualität:
 - Bedarfsbezug: Gibt es eine Ausrichtung auf Gesundheits- und Versorgungsziele?
 - Zielgruppenbestimmung: Gibt es Kriterien für die Auswahl?
 - Zielgruppenverständnis: Ist ein Verständnis für die Besonderheiten der Zielgruppe und ihres Feldes gegeben?
 - Zielsetzung: Sind die Ziele konkret und realisierbar?
 - Präventiver Ansatz: Ist die Maßnahme durchdacht und umfassend angelegt?
- Planungsqualität:
 - Einbettung und Abstimmung des Projektes: Werden Angebote anderer Akteure berücksichtigt bzw. werden Aktivitäten mit bestehenden Angeboten vernetzt?
 - Eignung im Arbeitsfeld: Ist die Maßnahme an die Bedingungen die in diesem Setting vorherrschen angepasst?
- Mitwirkende:
 - Personal und Qualifikation: Sind die verfügbaren Qualifikationen und das vorhandene Personal ausreichend für die Erfüllung der Aufgaben?
 - Kooperation: Ist die Zusammenarbeit aller Experten gut strukturiert?
- Verbreitung und Vermittlung:
 - Streuung des Angebots bei den Zielgruppen: Sind diese geeignet, das Angebot bei den Zielgruppen bekannt zu machen?
 - Arbeitsmethoden: Baut das Programm auf mehreren Ebenen auf und ist es für Zielgruppen geeignet?
 - Vermittlung des Angebots: Sind die verwendeten Medien geeignet?
 - Weiterführende Schritte: Hat das Programm nachhaltige Auswirkungen, befähigt es die Teilnehmer in Zukunft Probleme selbst zu lösen?

- Verlaufsgestaltung:
 - Lenkung der Aktivität: werden Teilschritte geplant, erfasst und als Grundlage für Verbesserungen herangezogen?
 - Erfolgreicher Verlauf durch die Bearbeitung von Schwierigkeiten: Werden Probleme bearbeitet und Lösungen entwickelt?
 - Prüfung der externen Leistungen: Findet eine Qualitätsüberprüfung statt?
- Evaluation:
 - Gesamtbild der Effekte: Werden die Wirkungen selbstkritisch und zusammenhängend eingeschätzt?
 - Erfassung der Akzeptanz und Bekanntheit: Wie gut werden die Verbreitung und Nutzung erfasst?
 - Erfassung der Wirkungen: Wie grundlegend sind die Wirkungen der Aktivität geprüft?
 - Vorliegen eines Wirkungsnachweises: geht aus den Unterlagen hervor, dass die Maßnahme gesundheitsförderlich wirkt?
 - Erfassung der Nutzer: Sind Größe und Zusammensetzung der Zielgruppe, die tatsächlich erreicht wurde, bekannt?
- Qualitätsentwicklung: Werden die Erfahrungen mit dem Programm durchdacht und weitergegeben? Werden Verbesserungsvorschläge entwickelt?
[KLICHE T., 2007, S.49f]

QIP wird auch für Programme der Gesundheitsförderung, die im Setting Kindergarten stattfinden, eingesetzt. Das System leistet einen Beitrag zur Ausgestaltung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kindergärten. Mittels QIP wird ein Vergleich ermöglicht und die Qualität kann kontinuierlich verbessert werden.

Zum Einsatz kam das System 2005 in Deutschland, bei einer bundesweiten Untersuchung in 634 Kitas. Ausgewählte Projekte wurden anschließend mit QIP vertieft untersucht. Es sollten differenzierte Beispiele präventiver Versorgungsqualität ermittelt werden. [KLICHE T., 2008, S.11ff]

Das Fazit dieser Analyse lautet wie folgt:

Prävention wirkt.

Präventive Aktivitäten sowie Ausstattung hatten einen signifikanten Einfluss auf die Kindergesundheit. Es bestehen allerdings bei allen Trägern noch Ausbaumöglichkeiten. Viele Projekte weisen im Moment noch großes Verbesserungspotential auf.

Insbesondere der Einbindung der Eltern sollte ein höherer Stellenwert zugeschrieben werden. [KLICHE T., 2008, S.157]

Viele Gesundheitsthemen wie Bewegungsförderung, Zahnprophylaxe, Sprachförderung und Ernährungserziehung werden den Kindern bereits vermittelt.

Im Mittelpunkt dieser präventiven Aktivitäten stehen zurzeit die Kinder. Aber auch die MitarbeiterInnen sollten an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen können (z.B. Qualitätszirkel) und die Zielgruppe Eltern muss auch noch mehr in den Mittelpunkt gerückt werden.

Die gesundheitsfördernden Aktivitäten sollten sich auch mehr mit anderen Akteuren vernetzen, um eine Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Im Moment läuft der Großteil kindergartenintern ab. Qualitätssicherungsverfahren die speziell für die Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt wurden, werden in den befragten Kindergärten noch gar nicht eingesetzt.

Größere Kindergärten führen mehr Projekte in größerer Häufigkeit durch und ziehen öfter externe Experten heran, die Arbeitszufriedenheit ist aber in kleineren Häusern eher gegeben. [KLICHE T., 2009, S.193ff]

5.1.4 FGÖ

Auch der Fonds gesundes Österreich hat eine Liste mit Qualitätskriterien für Gesundheitsförderungsprojekte erstellt, die man im Internet

(http://info.projektguide.fgoe.org/fileadmin/redakteure/downloads/Leitfaden_AntragstellerInnenFoerdernehmerInnen.pdf) einsehen kann. Die Liste soll AntragstellerInnen helfen, bei Einbezug und Bedenken aller Kriterien, mit ihrem Projekt Erfolg zu haben.

Sie ist sehr umfangreich, beinhaltet im Wesentlichen aber die gleichen Kriterien wie

die oben schon dargestellten Modelle, weshalb jetzt nicht näher darauf eingegangen werden soll.

5.1.5 Regeln für Gesundheitsförderungsprogramme

Für die Ernährungserziehung in Schulen wurden Empfehlungen aus Übersichtsarbeiten abgeleitet, die mit kleinen Abwandlungen auch für die Ernährungsbildung im Kindergarten gelten können. Die Regeln lauten wie folgt:

1. Die Programme basieren auf einem anerkannten Wirkmodell, das bedeutet, sie sind theoriegeleitet und möglicherweise wird dadurch die Planung der einzelnen Schritte besser durchdacht.
2. Die Ziele, die verfolgt werden, sind realistisch, klar definiert sowie nachweisbar und beschreibbar. Sie beziehen sich auf aktuelle Probleme und sind durch Daten belegt.
3. Die Programme sind so ausgerichtet, dass sie von selbst laufen, ohne Input von außen (Selbstläufer). Die Motivation von Multiplikatoren spielt hier eine wesentliche Rolle.
4. Die Programme sind so angelegt, dass sie über eine große Reichweite verfügen und langfristig eingesetzt werden. Die Botschaften werden durch unterschiedliche Methoden vermittelt und durch die oftmalige Wiederholung verstärkt.
5. Die Programme laufen nach dem Prinzip der Ganzheitlichkeit ab. Es werden auch andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen (Bewegung) miteinbezogen und forciert.
6. Die Programme sind dem Alter und Entwicklungsstand der Kinder angepasst. Es werden Aspekte herausgenommen, an die die Kinder mit ihrem Wissen anknüpfen können bzw. jene Bereiche gewählt die sie direkt betreffen. Das Miteinbeziehen der Eltern trägt auch wesentlich zum Erfolg bei.
7. Das soziale Umfeld und die kulturspezifischen Besonderheiten werden berücksichtigt. Die Interessen aller Betroffenen im Setting werden abgeklärt.

8. Die Programme sind stark am Verhältnis orientiert. Es wird nicht nur auf das Verhalten Einfluss genommen, sondern auch dafür gesorgt, dass sich die Lebensumwelt (Verhältnis) positiv ändert. So kann im Kindergarten z.B. die Mittagsverpflegung überdacht und besprochen werden.
9. Erfolgreiche Programme weisen einen hohen Vernetzungsgrad auf. Kooperationen und Partnerschaften sollen angestrebt werden.
10. Es findet eine Evaluierung statt, wobei die Ergebnisse zur Verbesserung des Programmes beitragen sollen. [WINKLER G., 2005, S.179ff]

5.1.6 Früh übt sich - Qualitätsmerkmale

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat für die Durchführung einer Marktrecherche Qualitätskriterien festgelegt, um Modellprojekte der Gesundheitsförderung im Kindergarten herausfiltern zu können.

Als Grobkriterien wurden die Kooperation und Vernetzung, Dokumentation und Evaluation, der Zielgruppenbezug und ein themenübergreifender Ansatz festgelegt.

Die daraus abgeleiteten Kriterien lauten, wie folgt:

- Eine theoretische Begründung des Projektes ist gegeben:
das Projekt weist einen salutogenetischen Ansatz auf, Gesundheitsrelevanz ist gegeben und ein Gesundheitsverständnis vorhanden; der Setting Ansatz ist vorhanden; das Projekt ist an den Bedürfnissen der Kinder orientiert;
- Das Projekt hat sich inhaltlich und strukturell bewährt:
es liegen Ergebnisse vor; das Projekt weist Kontinuität auf; es wurden Weiterentwicklungen vorgenommen und Rahmenbedingungen verändert;
- Die Übertragbarkeit des Projektes ist gegeben:
Das Projekt ist praktikabel und umsetzbar; es liegen Fortbildungskonzeptionen und Materialien vor; die finanziellen Rahmenbedingungen lassen eine Übertragung zu und es ist eventuell auch schon eine Übertragung vorgenommen worden;
- Evaluation und Dokumentation:
werden intern oder extern durchgeführt;

- Institutionelle Vernetzung wird durchgeführt:
es wurde Kontakt mit Partnern angestrebt; ein kommunales Netzwerk wurde gebildet;
- Die Eltern werden miteinbezogen:
Eltern können als Mediatoren zum Projekt beitragen; es liegen schichtübergreifende Zugangswege vor; Angebote finden kontinuierlich statt und weisen eine gute Qualität auf; [BZgA, 2002, S.196]

5.1.7 Aktionsprojekt - Mental Health Europe - Qualitätskriterien

Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Sekundärprävention psychischer Probleme sind erklärte Ziele der Mental Health Europe Organisation. Die frühe Kindheit hat einen entscheidenden Einfluss auf die psychische Verfassung im späteren Leben. Im Kindergarten können und sollen deshalb gesundheitsfördernde Strategien umgesetzt werden.

Im Rahmen des Aktionsprojektes sollte ein Erfahrungsaustausch stattfinden und ein Netzwerk gebildet werden. Es wurden auch praxisorientierte Qualitätskriterien entwickelt, die wie folgt lauten:

- Das Projekt sollte austauschbar sein (unter Berücksichtigung der jeweiligen soziokulturellen Gegebenheiten eines Landes).
- Das Projekt sollte genau und umfassend beschrieben werden.
- Das Projekt sollte durchführbar, kostengünstig und nicht zu komplex sein, sowie mit lokalen Ressourcen arbeiten.
- Es muss klare Richtlinien für Nachahmer geben.
- Das Projekt sollte extern evaluiert werden.
- Das Projekt sollte an der Zielgruppe orientiert sein (bezüglich Alter, psychischer Gesundheit etc.) und klare Ziele verfolgen.
- Projekte sollten einen Mehrebenen Ansatz verfolgen. [MENTAL HEALTH EUROPE, 1999, S.7ff]

6 Wie muss ein Programm zur Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung im Kindergarten konzipiert sein, damit es eine nachhaltige Wirkung hat?

In den beiden vorangegangenen Kapiteln wurden Kriterien und Bedingungen vorgestellt, die für das Gelingen der Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung von Bedeutung sind. Es sollen jetzt, die für die Autorin der Diplomarbeit wichtigsten Bedingungen für ein erfolgreiches Programm zur Gesundheitsförderung im Kindergarten zusammengefasst und mit einigen Anmerkungen ergänzt werden.

In einem weiteren Schritt werden die Kriterien in einen Raster eingefügt werden, der die Analyse von Programmen ermöglicht.

Konzepte können mit diesem simplen Raster analysiert und Stärken und Schwächen festgestellt werden.

Ein erfolgreiches Projekt zur Gesundheitsförderung durch Ernährungserziehung im Kindergarten...

... basiert auf der Grundlage der didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Anschauung, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und dem Prinzip der Lebensnähe. Das Lernen im Kindergarten unterscheidet sich vom schulischen Lernen. Lernprozesse müssen kindgerecht gestaltet werden. [ELLERMANN W., 2007, S.14ff]

... verfolgt klar definierte Ziele, welche auch nachweisbar sowie realistisch sind. Sie beziehen sich auf aktuelle Problembereiche und sind durch wissenschaftliche Daten (Ernährungsbericht, Gesundheitsdaten, etc.) belegt. [WINKLER G., 2005, S.179ff]

... bezieht alle Sinne mit ein. Vielfältige Sinneserfahrungen bilden die Grundlage jeglichen Lernens im Kindesalter und sind deshalb von enormer Wichtigkeit. Sinne müssen benützt werden und brauchen Training, sonst stumpfen sie ab. Sie müssen im Alltag eingesetzt werden um die sinnliche Wahrnehmungsfähigkeit auszubilden. [ZIMMER R. 2005, S.9ff]

... ist ganzheitlich ausgerichtet.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wie Bewegung, Entspannung sollen in das Programm miteinbezogen werden. [WINKLER G., 2005, S.179ff]

... bezieht die Eltern mit ein. Da die Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren noch nicht selbst über das Angebot an Lebensmittel entscheiden können, ist es wichtig, die Eltern als Partner für eine ausgewogene, gesundheitsfördernde Ernährung zu gewinnen. [BZgA, 2002, S.196]

Sie können im Rahmen von Elternabenden informiert werden sollen aber zusätzlich auch in die pädagogische Arbeit miteinbezogen werden (z.B. gemeinsamer Kochvormittag, Sinnstationen, Bewegungstag, gemeinsamer Ausflug, etc.).

... bezieht die KindergartenpädagogInnen mit ein. Es werden Fort- und Weiterbildungen angeboten um die PädagogInnen über den neuesten Stand zu informieren bzw. ihnen praktische Anregungen für ihre Arbeit zu geben.

... läuft über Multiplikatoren. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.2ff]

Es werden Experten für dieses Projekt eingeschult, die als Ansprechpartner für die Kindergärten fungieren und die immer wieder neuen Input liefern. Sie sind für die Weitergabe und Verbreitung der Informationen zuständig. Der Vorteil ist, dass nicht die ganze Verantwortung auf den Schultern der PädagogInnen lastet, die durch die heutigen Arbeitsbedingungen oftmals schon überbelastet sind. Elternabende und auch kurze „Einheiten“ mit den Kindern werden von diesen Fachexperten gestaltet.

... beinhaltet Medien für eine Umsetzung in der pädagogischen Arbeit. [WINKLER G., 2005, S.179ff] Arbeitsmappen, in denen Informationen zusammengefasst werden und Tipps, Spiel-, Bastel-, Bewegungs- und Rezeptvorschläge gegeben werden, erleichtern den PädagogInnen die Arbeit. Die Medien, die in der Arbeit mit den Kindern eingesetzt werden, müssen sich am Entwicklungsstand und den Interessen der Zielgruppe orientieren.

... ist übertragbar. Das Projekt ist umsetzbar, beinhaltet Fortbildungskonzeptionen und Materialien und die finanziellen Rahmenbedingungen lassen eine Übertragung zu. [BZgA, 2002, S.196]

... ist niedrigschwellig angelegt. Das Projekt wird in der Lebenswelt der Verantwortlichen durchgeführt. [GESUNDHEIT BERLIN e.V., 2004, S.2ff]

Es werden auch Personen mit Migrationshintergrund bei der Konzeption berücksichtigt und Infomaterial und Elternabende auch in anderen Sprachen angeboten.

... strebt Vernetzungen an. Das Projekt soll nachhaltig sein, langfristig ausgelegt und über eine große Reichweite verfügen. Vernetzungen und das Miteinbeziehen von unterschiedlichen Stellen, tragen dazu bei. [WINKLER G., 2005, S.179ff]

... ist verhaltens- und verhältnisorientiert. Primärpräventive Leistungen müssen eine strukturelle Prävention und eine individuenzentrierte Prävention miteinander vereinbaren. [SIEGRIST J., 2003, S.150]

... bedient sich der Dokumentation und Evaluierung. Im Sinne der Qualitätsentwicklung werden Ergebnisse in die Arbeit miteinbezogen, Verbesserungsvorschläge gemacht und berücksichtigt. [KLICHE T., 2007, S.49f]

6.1 Raster zur Beurteilung von Projekten zur Gesundheitsförderung

Das nachfolgende Raster bündelt die unterschiedlichen Bedingungen, die für das Gelingen einer gesundheitsfördernden Projektes von Bedeutung sind. Im Anhang wird es dann für die Analyse der dort beschriebenen Programme herangezogen.

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Kommentar
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt	
Die Basis bilden die didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und das Prinzip der Lebensnähe.				
Es werden klar definierte Ziele verfolgt.				
Das Projekt bezieht alle Sinne mit ein.				
Das Projekt ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit ein.				
Die Eltern werden in das Projekt mit einbezogen.				
Die KindergartenpädagogInnen werden in das Projekt mit einbezogen.				
Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab.				
Das Projekt arbeitet mit unterschiedlichen Medien, die zur praktischen Umsetzung herangezogen werden können.				
Das Projekt ist übertragbar.				
Das Projekt ist niedrigschwellig angelegt.				
Das Projekt strebt Vernetzungen an.				
Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert.				
Das Projekt bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.				

Tabelle 3: Kriterienraster für die Beurteilung von gesundheitsfördernden Projekten im Kindergarten

7 Wie müssen Medien zum Einsatz in der Ernährungsbildung konzipiert sein, um eine erfolgreiche Umsetzung der Inhalte zu gewährleisten?

In der Praxis stoßen KindergartenpädagogInnen bei der Recherche zum Thema Gesundheit und Ernährung auf eine Vielzahl von unterschiedlichen Medien. Um eine Auswahl oder Einschätzung zu erleichtern werden nachfolgend Kriterien definiert, die eine Analyse der unterschiedlichen Literatur ermöglichen.

Zu Beginn steht eine formale Einordnung aufgrund folgender Aspekte:

- Titel
- Autor
- Verlag
- Preis
- Bezugsquelle
- Gesamtseitenanzahl

Die nachfolgenden Analyse Kriterien beruhen auf den „Kriterien zur Bewertung von Medien zur Bewegungsförderung im Kindergarten“ [BzgA, 2002, S.181] und wurden für den Einsatz im Rahmen dieser Diplomarbeit modifiziert.

7.1 Analyse Kriterien

1. Werden gesundheitserzieherische Aspekte thematisiert?
Wird auf die präventive Wirkung von Ernährungsbildung eingegangen? Werden die Gefahren der heutigen Lebenssituation von Kindern aufgezeigt?
Wird auf die Bedeutung von Wahrnehmung, Sinnes- und Geschmacksbildung eingegangen?
2. Werden auch andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Bewegung, Entspannung, etc.), im Sinne der Ganzheitlichkeit miteinbezogen?
3. Werden die Inhalte verständlich vermittelt und wird ein Bezug zur Praxis hergestellt?

4. Fehlen Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen werden?
5. Weisen die Inhalte einen wissenschaftlichen Hintergrund auf?
6. Wird bei den praktischen Anregungen der Faktor der Motivation (Spaß, Freude) berücksichtigt?
7. Lassen die Anregungen auch eigene Ideen der PädagogInnen zu? Fördern sie die Kreativität? Lassen sie sich modifizieren und dem Entwicklungsstand anpassen?
8. Sind die praktischen Beispiele im Kindergarten kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar? Oder werden materielle oder räumliche Voraussetzungen für eine Realisierung benötigt?
9. Erhalten die KindergartenpädagogInnen Begründungen, warum bestimmte Spielvorschläge oder Übungen wichtig und sinnvoll sind?
10. Gestaltung und Layout:
Ist der Text übersichtlich gestaltet und gut strukturiert? Werden wichtige Passagen hervorgehoben und sind Illustrationen vorhanden, welche die praktische Umsetzung erleichtern?
11. Sind die praktischen Beispiele am Alter und den Interessen der Kinder orientiert?
12. Ist das Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar (Gestaltung eines Elternabends, Elterninformationen, etc.)

Die Kriterien werden für die Analyse der Medien in einem Raster gebündelt, um einen Überblick geben zu können.

7.2 Raster zur Beurteilung von Medien der Ernährungserziehung

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Kommentar
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt	
Thematisierung gesundheits- erzieherischer Aspekte				
Miteinbeziehung anderer gesund- heitsrelevanter Verhaltensweisen				
verständliche Inhalte				
Fehlende Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen wer- den				
wissenschaftlicher Hintergrund der Inhalte				
Faktor der Motivation				
Eigene Ideen der PädagogInnen				
Beispiele kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen um- setzbar				
Begründungen für Spielvorschläge				
Gestaltung und Layout				
an Alter und Interessen der Kinder orientiert				
Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar				

Tabelle 4: Kriterienraster für die Beurteilung von Medien zur Ernährungsbildung

8 Gesundheitsförderungsinterventionen in Österreich- Ein Einblick in den derzeitigen Stand

In diesem Teil der Diplomarbeit wird ein Überblick über den derzeitigen Stand von gesundheitsfördernden Programmen die sich mit dem Thema Ernährungserziehung als einem Teilbereich der Gesundheitserziehung beschäftigen und im Kindergarten durchgeführt werden, gegeben.

Anschließend wird dargelegt, wie es um die Aus- und Weiterbildung von KindergartenpädagogInnen in Bezug auf Gesundheitsförderung durch Ernährungserziehung bestellt ist und welche Medien für eine Umsetzung in der pädagogischen Arbeit zur Verfügung stehen.

8.1 Programme

Im Folgenden werden 2 Programme vorgestellt und es wird der Frage nachgegangen, ob sich die in Kapitel 6 definierten Kriterien, in den Projekten wiederfinden.

8.1.1 Maxima: ein Gesundheitsförderungsprojekt für Kindergartenkinder

Das Projekt wurde vom Arbeitskreis für Sozialmedizin (AKS) initiiert und nach einer Pilotphase im Februar 2003 in Vorarlberger Kindergärten gestartet.

In der Anfangsphase wurde es mit Mitteln des Fonds gesundes Österreich sowie des Fonds gesundes Vorarlberg gefördert und durchgeführt.

Seit September 2005 wird es von der Vorarlberger Landesregierung unterstützt.

Maxima ist eine schlaue kleine Maus, die den Kindern eine gesunde, ausgewogene Ernährung näher bringen soll. Dafür wurden auch eigens Materialien, wie die Ernährungspyramide rechts im Bild, gestaltet.

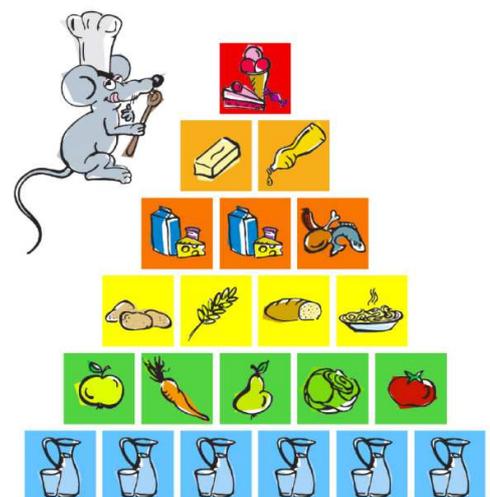


Abbildung 5: Maximas Ernährungspyramide; Darstellung aks

Ziel des Projektes ist es, Kindern auf spielerische Art einen lustvollen Umgang mit Lebensmitteln zu vermitteln und der Entstehung von Essstörungen vorzubeugen.

Die Maxima Angebote sind sehr vielfältig und umfassen folgende Maßnahmen:

- ErnährungsberaterInnen: für das Projekt wurden DiätassistentInnen und ernährungsmedizinische BeraterInnen gewonnen, die für die Abhaltung der Elternabende und Gesundheitsseminare eingesetzt wurden.
- Informationsveranstaltungen für KindergartenpädagogInnen: KindergärtnerInnen werden in Seminaren über eine gesunde Kinderernährung informiert und auch die Auszubildenden der Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik arbeiten mit den Maxima Unterlagen.
- Maxima Mappe: wurde für die KindergartenpädagogInnen entwickelt und enthält Anregungen wie man das Thema Ernährung spielerisch umsetzen kann. Auch ein umfassender Rezeptteil ist enthalten.
- Elternseminare und Kinderworkshops
- Diverse Zusatzmaterialien bzw. Medien: Sammelpässe, Medaillien, Sammelpunkte, Poster, Broschüren, Ernährungsspiele und Ernährungspyramide
- Information und Beratung: durch die aks Ernährungskoordinationsstelle [STÖCKLER A., 2005, S.4f]

Ergebnisse: Von 230 Kindergärten beteiligten sich 130 an dem Projekt und auch überregional stieß das Programm auf Interesse.

Die Evaluierung mittels Telefonumfrage an die LeiterInnen zeigte, dass das Projekt zur Bewusstseinsbildung beigetragen hat. So konnte bei den Zwischenmahlzeiten ein eindeutiger Trend Richtung Obst, Gemüse, Joghurt und belegte Brote festgestellt werden. Rückläufig zeigte sich der Verzehr von Milchschnitten, Fruchtzwergen und anderen sogenannten Kinderlebensmitteln. KindergärtnerInnen wiesen auch Eltern häufiger daraufhin (48 % 2005, im Gegensatz zu Projektbeginn 2003: 9 %) keine Milchschnitten für das Gabelfrühstück mitzugeben. Auch bei den Eltern gab es

positive Auswirkungen. Sie hielten sich öfter an die von den KindergartenpädagogInnen ausgesprochenen Empfehlungen. [STÖCKLER A., 2005, 12f]

8.1.2 Analyseergebnisse des Maxima Programmes

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebniss der Analyse im Überblick. Die ausführliche Analyse befindet sich im Anhang.

Kriterium	Kriterium erfüllt?		
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt
Die Basis bilden die didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und das Prinzip der Lebensnähe.	X		
Es werden klar definierte Ziele verfolgt.		X	
Das Projekt bezieht alle Sinne mit ein.		X	
Das Projekt ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit ein.			X
Die Eltern werden in das Projekt mit einbezogen.	X		
Die KindergartenpädagogInnen werden in das Projekt mit einbezogen.	X		
Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab.	X		
Das Projekt arbeitet mit unterschiedlichen Medien, die zur praktischen Umsetzung herangezogen werden können.	X		
Das Projekt ist übertragbar.	X		
Das Projekt ist niedrigschwellig angelegt.	X		
Das Projekt strebt Vernetzungen an.		X	
Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert.			X
Das Projekt bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.		X	

Tabelle 5: Analyseergebnisse des Maxima Programmes

Die Analyse des Programmes anhand der ausgewählten Kriterien zeichnet ein positives Bild der Initiative. Von 13 Kriterien wurden mehr als die Hälfte als „Voll erfüllt“ beurteilt. Positiv hervorzuheben ist, dass sowohl Eltern, als auch PädagogInnen und Kinder in das Programm miteinbezogen werden und durch die Ausbildung von Multiplikatoren die Nachhaltigkeit gegeben ist. Die beiden Schwachstellen des Projektes sind die fehlende Verhältnisorientierung sowie die starke Fokussierung auf die Ernährungserziehung und Vernachlässigung anderer gesundheitsfördernder Verhaltensweisen. Der Fokus wird hier ausschließlich auf eine Veränderung des Ernährungsverhaltens gerichtet.

8.1.3 Genuss- und Bewegungsentdecker - Gesunde Kinder für eine starke Zukunft

In Oberösterreichs Kindergärten läuft seit November 2009 das Projekt „Genuss- und Bewegungsentdecker - Gesunde Kinder für eine starke Zukunft“.

Das LOGO der Initiative ist auf der rechten Seite abgebildet.



Abbildung 6: LOGO. Genuss- und Bewegungsentdecker. Gesunde Kinder für die Zukunft

Das Projekt ist eine Kooperation des Netzwerkes Gesunde Gemeinde der Direktion

Soziales und Gesundheit mit der Direktion Bildung & Gesellschaft und dem Fonds Gesundes Österreich und wird bis Dezember 2012 fortgeführt.

Das Programm versucht mittels eines systematischen Ansatzes, Kindern die Vielfalt an Lebensmitteln näher zu bringen und Bewegung in den Alltag einzubauen.

Der Kindergarten wird als erfolgsversprechendes Setting beschrieben, weil Kinder in diesem Alter gut zu motivieren sind und gesundheitsfördernde Ansätze, die mit wiederkehrenden spielerischen Elementen arbeiten und Erfahrungen in den Alltag des Kindergartens integriert werden, mehr Nachhaltigkeit versprechen. Darüber hinaus können alle sozialen Schichten erreicht werden und Eltern und Bezugspersonen können leicht aktiv mit einbezogen werden. [AMT DER OBERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG, o.J.]

Die vier Säulen des Projektes sind die Arbeit mit den Kindern, den KindergartenpädagogInnen, den Eltern sowie den Vertretern der Gemeinschaftsverpflegungsbetriebe.

Für das Gelingen des Projektes müssen alle 4 Zielgruppen vereint werden.

Ziel der Initiative ist, die Förderung der kindlichen Gesundheit durch Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Der Maßnahmenkatalog, der in diesem Projekt Anwendung findet ist sehr umfangreich:

- Für Kinder werden die Module Ernährungserziehung mit Schwerpunkt Genusschule und Bewegungsförderung angeboten. Strukturelle Änderungen im Kindergartenalltag, wo mittels einer Ist/Soll Analyse festgestellt wird, in welchen Bereichen noch Verbesserungen durchzuführen sind und wo der Kindergarten den Anforderungen des Projektes entspricht, umfassen das Modul 1 für Kinder.
- KindergartenpädagogInnen und HelferInnen wird Basiswissen und Anregungen zur Kinderernährung und Bewegungs-, Spiel- und Sporterziehung angeboten. Ein weiteres Modul mit dem Titel „Hilfe und Unterstützung während der Umsetzung“ soll die Unterstützung gewährleisten.
- Für die Eltern wurden ebenfalls drei Module konzipiert. Sie erhalten Basiswissen zur Ernährung, regelmäßige Informationen mittels Foldern oder auch über die Homepage und darüber hinaus sollen sie auch in die Arbeit im Kindergarten miteinbezogen werden, z.B. in Form von Eltern-Kind Kochnachmittagen.
- Die vierte Zielgruppe, das soziale Umfeld des Kindergartens, soll durch 5 Module abgedeckt werden: Modifizierte Gemeinschaftsverpflegung (Betriebe erfahren, wie sie ihr Essensangebot vollwertiger gestalten können), Optimierung von Bewegungsangeboten und -strukturen, die gesunde Jause als fixes Angebot, Schulungen der KindergartenpädagogInnen und Themenschwerpunkte und Ausflüge. [ebd.]

Die Evaluierung des Projektes wird von der Abteilung für Gesundheitssystemforschung der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz, durchgeführt. [ebd.]

Das Projekt hat auch eine eigene Homepage, auf der man viele wichtige Informationen zum Projekthintergrund, aber auch Termine, Fotos, Tipps, Rezepte, etc. lesen kann. Sie ist unter http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3EE84C7E-984A862B/hs.xsl/5612_DEU_HTML.htm (Datum Zugriff: 26.1.2010) abrufbar.

8.1.4 Analyseergebnisse des „Genuss- und Bewegungsentdecker“ Programmes

Die folgende Tabelle zeigt das Ergebnis der Analyse im Überblick. Die ausführliche Analyse befindet sich im Anhang.

Kriterium	Kriterium erfüllt?		
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt
Die Basis bilden die didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und das Prinzip der Lebensnähe.		X	
Es werden klar definierte Ziele verfolgt.	X		
Das Projekt bezieht alle Sinne mit ein.			X
Das Projekt ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit ein.	X		
Die Eltern werden in das Projekt mit einbezogen.	X		
Die KindergartenpädagogInnen werden in das Projekt mit einbezogen.	X		
Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab.		X	
Das Projekt arbeitet mit unterschiedlichen Medien, die zur praktischen Umsetzung herangezogen werden können.	X		
Das Projekt ist übertragbar.		X	
Das Projekt ist niedrigschwellig angelegt.	X		
Das Projekt strebt Vernetzungen an.		X	
Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert.	X		
Das Projekt bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.	X		

Tabelle 6: Analyseergebnisse des Genuss- und Bewegungsentdecker Programmes

Auch diese Initiative schneidet bei der Analyse gut ab.

Von den 13 Kriterien wurden 8 „voll erfüllt“. Im Vergleich zum Maxima Programm sind hier die Kriterien Verhaltens- und Verhältnisorientierung sowie der Einbezug anderer gesundheitsfördernder Verhaltensweisen erfüllt. Die einzige Schwachstelle ist der fehlende Mit-Einbezug der Sinne, wobei gesagt werden muss, dass das Programm erst seit Herbst 2009 läuft und im Laufe des Projektes professionelle Medien gestaltet werden, die in die Analyse noch nicht miteinbezogen wurden. Eine Analyse nach Beendigung des Projektes kann deshalb möglicherweise sogar noch bessere Resultate erzielen.

8.1.5 Weitere Initiativen

Es gibt natürlich unzählige kleinere Initiativen, die im Folgenden kurz aufzählt werden, um ein möglichst vollständiges Bild der Situation in Österreich zu liefern:

- Kaspertheater zum Thema Gesundheit

Das Zentrum für Gesundheitsförderung der Kinderfreunde Steiermark bietet für die 3 bis 6-jährigen ein Kasperltheater (siehe Abbildung 7) zu unterschiedlichen gesundheitsfördernden Themen (Ernährung, Bewegung, Wohlbefinden) an.



Abbildung 7: Kasperltheater zum Thema Gesundheit

Das Motto des Projektes lautet „Von klein auf gesund groß werden“ und zielt auf eine

Verankerung gesundheitsförderlicher Lebensweisen im jungen Alter. Auch für KindergärtnerInnen und Eltern gibt es Zusatzangebote (Infoveranstaltungen, Fachexperten, etc.). [ZENTRUM FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG, 2003]

- Gesunde Jause im Kindergarten

Die regelmäßige gesunde Jause wird sehr häufig in Kindergärten durchgeführt. Sie ist einfach zu organisieren und gut durchführbar. Salzburgs Kindergärten haben sich zum Thema der gesunden Jause einige Aktivitäten einfallen lassen,

die man auf der Homepage des Arbeitskreis für Vorsorgemedizin nachlesen kann und die hier stellvertretend für viele ähnliche Initiativen erwähnt werden sollen. [ARBEITSKREIS VORSORGEMEDIZIN SALZBURG, o.J.]

- Ernährungscloowns

Dieses Programm kann von Kindergärten gebucht werden und beinhaltet eine Clownshow bzw. ein Impulstheater und eine kreative Jausenwerkstätte. Angeboten wird die Show von einem Ernährungsclohn und seinem Freund Schlaufix. Das Programm will die Sinne aktivieren, die Lust, das Wahrnehmen und das Geschmackserlebnis fördern. Um die Kinder erreichen zu können steigt Schlaufix in die magisch- animistische Welt der Kinder ein und vermittelt hauptsächlich auf der nonverbalen Ebene. [SCHLAUFIX, o.J.]

- Der kluge Rabe und das kleine Gespenst

Mittels Handpuppen (siehe Abbildung 8) wird die Ernährungsgeschichte vom Raben und seinem Freund dem Gespenst erzählt.

Anschließend ordnen die Kinder

Lebensmittel ihrer gesundheitlichen

Wertigkeit nach. Kinder sollen auf

spielerische Weise Ernährungswissen vermittelt bekommen und sie sollen zum

selbstständigen Denken und Entscheiden animiert werden. [AMT DER

KÄRNTNER LANDESREGIERUNG, o.J., S.20]



Abbildung 8: Handpuppen. Der kluge Rabe und das kleine Gespenst

Bei den Recherchen für diese Arbeit waren das „Maxima“ Projekt und die „Genuss- und Bewegungsentdecker“, die einzigen komplexeren Projekte, welche eine wissenschaftliche Orientierung aufweisen, die bislang in Österreich durchgeführt wurden. Auch zwei Diplomarbeiten die an der Universität Wien verfasst wurden und die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung im Kindergarten beschäftigt haben, zeigen ein ähnliches Bild.

Aus dem Bericht von Passler in der Zeitschrift Ernährung/nutrition, die im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine Erhebung an 21 Wiener Kindergärten durchgeführt hat, geht hervor, dass in keinem der Kindergärten zum damaligen Erhebungszeitpunkt eine größere Intervention im Ernährungsbereich statt gefunden hat. Die Mitarbeit von Ernährungsfachkräften würde allerdings begrüßt werden und alle befragten Kindergartenleitungen wären bereit, gesundheitsfördernde Konzepte mit dem Schwerpunkt Ernährung durchzuführen. Projekte zu Ernährungsthemen beruhen auf Eigeninitiative der PädagogInnen und werden unterschiedlich häufig durchgeführt. [PASSLER D., 2008, S.165]

Auch eine andere Untersuchung an ebenfalls 21 Wiener Kindergärten zeigt die gleiche Situation. In 31% der Privatk Kindergärten und in 9% der städtischen Kindergärten hat eine Ernährungsfachkraft mit den Kindern gearbeitet. Wobei man hier anmerken muss, dass hier MitarbeiterInnen des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA) im Rahmen der Zahngesundheitsvorsorge auch über eine gesunde Ernährung aufklärten und in einigen Fällen Ernährungscloowns die Kinder spielerisch informierten. Ein längerfristiges Angebot von Fachkräften, welches sich 70 % der Kindergartenleitungen wünschen würden, wird nicht angeboten. Auch bei dieser Untersuchung gaben 90% der LeiterInnen an, dass Ernährungsthemen regelmäßig methodisch und didaktisch von den KindergartenpädagogInnen aufbereitet werden. [WINKELHOFER K., 2008, S.79f]

Gesundheitsförderung umfasst mehr als ein positives Ernährungsverhalten zu erlernen, was in dieser Arbeit klar dargestellt wurde. Im Idealfall wird eine Kombination unterschiedlicher gesundheitsfördernder Maßnahmen durchgeführt.

Bei den Recherchen ist auffällig geworden, dass in Österreich die meisten Programme, die bisher durchgeführt wurden, auf die Änderung eines Parameters (Ernährungsverhalten, Bewegungsverhalten, Stressreduktion) abzielen. Vereinzelt, wie bei den Genuss- und Bewegungsentdeckern, werden auch zwei Parameter mit einbezogen, Gesundheitsförderung begreift sich aber als ganzheitlicher Ansatz. Diese Sichtweise muss noch mehr forciert werden.

8.2 Modellprojekt der Gesundheitsförderung im Setting Kindergarten

Auch der Fonds gesundes Österreich (FGÖ) hat erkannt, dass es im Bereich der Gesundheitsförderung im Kindergarten noch keine Vorzeigeprojekte gibt und hat eine Ausschreibung veröffentlicht, in der es um die Durchführung eines solchen Modellprojektes geht.

Die Ausschreibung kann man unter <http://fgoe.org/der-fonds/infos/ausschreibung-durchfuhrung-eines-modellprojektes-im-setting-kindergarten> (Stand 6.1.2010) nachlesen.

Der Kindergarten wird als ideales Umfeld für den frühzeitigen Einsatz einer gesundheitsfördernden Maßnahme beschrieben. Das zu entwickelnde Projekt soll sich an den Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung, die vom FGÖ veröffentlicht wurden, orientieren. Außerdem soll das Modellprojekt auf vorhandenen Erfahrungen des deutschsprachigen Raumes aufbauen. [FGÖ, 2009]

Das Vorhaben soll im Zeitraum 1. Jänner 2010 bis 31. Dezember 2012 umgesetzt werden und soll im Wirkungsbereich Stadt und Land Anwendung finden. [FONDS GESUNDES ÖSTERREICH, 2005]

8.3 Nationaler Aktionsplan Ernährung

Vor wenigen Tagen wurde der Konsultationsentwurf des nationalen Aktionsplans Ernährung vorgestellt, welcher vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in enger Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Ernährung & Prävention der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) konzipiert wurde. Die Vision des Plans lautet: Mehr Gesundheit und Lebensqualität der österreichischen Bevölkerung durch Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und durch Schaffung von Strukturen. Ende 2010 wird der Aktionsplan veröffentlicht, der bis 2020 das genannte Ziel durch einen ausgearbeiteten Maßnahmenkatalog erreichen soll.

Unter den Maßnahmen zur Ernährungsbildung wird auch eine Weiterentwicklung von integrativen Konzepten für den Vorschul- und Kindergartenbereich nach dem Modell der gesundheitsfördernden Schulen, vorgeschlagen. [BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2010]

8.4 Aus- und Fortbildung von KindergartenpädagogInnen

8.4.1 Ausbildung

Die Ausbildung für KindergartenpädagogInnen findet an den Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik (BAKIP) statt.

Die Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik haben gemäß § 94 unter Bedachtnahme auf § 2 des Schulorganisationsgesetzes die Aufgabe, den Schülerinnen und Schülern eine fundierte Allgemeinbildung und jene Haltungen und Fähigkeiten zu vermitteln, die für eine professionelle pädagogische Arbeit im Berufsfeld Kindergarten und Hort bei Absolvierung der zusätzlichen Ausbildung zur Erzieherin/zum Erzieher an Horten (Hortpädagogik) erforderlich sind und sie zugleich zur Universitätsreife zu führen.[BGBl. II, 2004, S.1]

KindergartenpädagogInnen können über die Themen und Inhalte ihrer pädagogischen Arbeit selbst entscheiden. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, sie in Fragen der Gesundheitsförderung auf ihre Aufgabe vorzubereiten und ihnen wesentliche Erkenntnisse mitzugeben, um eine gesundheitsfördernde Lebenswelt im Kindergarten realisieren zu können.

Im Lehrplan der BAKIP ist Gesundheitserziehung als ein Unterrichtsprinzip bzw. eine Erziehungs- und Bildungsaufgabe festgehalten, die fächerübergreifend zu bewältigen ist. Bis vor wenigen Jahren war Gesundheitslehre im Lehrplan von Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik mit einer Wochenstunde in der 5. Klasse vorgesehen. Lehrstoff war neben dem Umgang mit körperlich belasteten Kindern, Unfallverhütung und Kenntnisse über die Bedeutung einzelner Organsysteme für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit, auch die Gesunderhaltung des menschlichen Körpers sowie eine gesunde Lebensführung. Bewegungserziehung, Zahnhygiene und Hygiene fanden dabei eine Erwähnung, während die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung nicht explizit formuliert wurde. Es wurde aber sehr wohl darauf hingewiesen, dass den Schülern die Zusammenhänge zwischen nicht entsprechender Lebensführung und daraus resultierender Schädigung der Gesundheit, vermittelt werden soll.

Hauswirtschaftlich, gesundheitlicher Bereich ist in der 1. Klasse mit 2 Stunden vorgesehen, wird im Lehrplan allerdings nicht näher definiert. [BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG WISSENSCHAFT UND KULTUR, 2003, S.72f]

Aus der Erfahrung der Autorin der Diplomarbeit geht es in diesem Fach vor allem darum zu lernen, wie man Mahlzeiten zubereitet.

Im Jahr 2004 wurde eine Änderung der Verordnung über den Lehrplan der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik vorgenommen. Die wesentlichen, auf Gesundheit bezogenen Neuerungen werden nachfolgend vorgestellt:

In den allgemeinen Bildungszielen ist festgehalten, über welche allgemeinen und speziellen Berufsbezogene Kompetenzen die AbsolventInnen verfügen sollen. Unter anderem wird hier das Gesundheitsmanagements im Sinne der Vorsorge und Erziehung zu einer gesunden Lebensführung erwähnt. Gesundheitserziehung wird im Rahmen einer ganzheitlichen Bildung als Unterrichtsprinzip, in den allgemeinen didaktischen Grundsätzen, festgehalten. [BUNDESGESETZBLATT II, 2004, S.2f]

Im Rahmen des Unterrichtsfaches Biologie und Umweltkunde (einschließlich Gesundheit und Ernährung) sollen die SchülerInnen ein Gesundheitsbewusstsein entwickeln und Gesundheitsanliegen im zukünftigen Berufsfeld effizient wahrnehmen können. [ebda, S.50]

Der Lehrstoff im Unterrichtsfach Bewegungserziehung sieht unter anderem eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Gesundheitsförderung durch Bewegung“ vor. [ebda, S.72]

Auch der Ernährungserziehung wird in der Ergänzung des Lehrplans, ein größerer Stellenwert zugeschrieben.

Das Seminar Ernährung mit praktischen Übungen wird in der ersten und zweiten Klasse, mit je einer Stunde, abgehalten. Es wurde als Ergänzung zum Biologie und Umweltkunde-Unterricht, eingeführt.

Im Seminar geht es darum, die SchülerInnen zu einem bewussten Ernährungsverhalten hinzuführen. Die zukünftigen KindergärtnerInnen sollen ernährungswirtschaftlich-gesundheitliche Erkenntnisse vor allem in Hinblick auf die Erfordernisse im Beruf the-

oretisch und praktisch umsetzen können.

Lehrstoff der ersten Klasse sind die Bestandteile der Nahrung, gesunde Ernährung, Essverhalten und praktische Übungen zur gesunden Ernährung. In der zweiten Klasse widmet man sich den Themen Gemeinschaftsverpflegung, Tischkultur, Hygiene und Abfallwirtschaft. Im zweiten Schuljahr werden auch berufsbezogene praktische Übungen durchgeführt, die die SchülerInnen befähigen, das Thema gesunde Ernährung auch in ihrer späteren Arbeit im Kindergarten, durchzuführen. [BGBl. II, 2004, S.76]

Die Bedeutung einer gesundheitsfördernden Lebensweise wurde offensichtlich schon wahrgenommen und hat in den modifizierten Lehrplänen Einzug genommen.

Es wäre anzudenken, ein Unterrichtsfach „Gesundheitsförderung“ einzuführen, welches alle Komponenten einer gesundheitsförderlichen Lebensweise (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Stress und Aggressionen, Zahnhygiene usw.) beinhaltet. Es sollen sowohl die Kompetenzen der SchülerInnen ihre persönliche Gesundheit zu erhalten bzw. zu fördern gestärkt und auch Praxisanleitungen vermittelt werden.

8.4.2 Fortbildungsmaßnahmen

Da im Bereich der Gesundheitsförderung immer wieder neue Erkenntnisse publiziert werden bedarf es Fort- und Weiterbildungen, um die PädagogInnen auf dem neuesten Stand zu halten, das vorhandene Wissen aufzufrischen bzw. neue Anregungen zu geben. Nachfolgend werden einige der Fortbildungsmöglichkeiten kurz vorgestellt.

8.4.3 Akademie für Ernährung und Lebensmittelqualität

Die Ernährungsakademie ist eine einjährige Fortbildungsinitiative der Stadt Wien, des Instituts für Ernährungswissenschaften und der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung, die sich an KindergartenpädagogInnen und VolksschullehrerInnen richtet. Ziel ist es, den PädagogInnen Wissen zu vermitteln, ihre Kompetenzen zu unterstützen und die Umsetzung in die Praxis zu erleichtern. Der Lehrgang findet seit 2005 statt und wird begleitend evaluiert. Die Inhalte werden in 5 Modulen vermittelt und mittels einer Abschlussprüfung überprüft.

Weitere Informationen können der Homepage der Österreichischen Gesellschaft für Ernährung unter <http://www.oege.at/> (Datum Zugriff: 4.2.2010) entnommen werden.

Kärnten bietet die Fortbildung seit dem Jahr 2008/09 in Kärntner Kindergärten an und laut des Österreichischen Ernährungsberichts haben Niederösterreich und Oberösterreich ebenfalls Interesse an der Akademie bekundet. [ELMADFA et al, 2009, S. 359]

8.4.4 Abenteuer Essgeschichten- Spiele in der Ernährungsbildung

Diese Fortbildung wird vom Institut für Freizeitpädagogik seit einigen Semestern regelmäßig angeboten. Eine Ernährungswissenschaftlerin gibt in 3 Stunden einen kurzen fachlichen Input zum Thema Kinderernährung und zeigt den Teilnehmern anschließend, wie sich das Thema Ernährung und Trinken spielerisch und lustbetont umsetzen lässt. Information und Anmeldung findet man unter:

<http://www.ifp.at/bildungsprogramm>.

8.5 Medien zum Thema Gesunde Ernährung bei Kindern

Wie unter Punkt 8.1 beschrieben, gibt es in Österreich noch wenige Programme, die nach wissenschaftlich orientierten Ansätzen erstellt wurden und von Ernährungswissenschaftlern oder anderen Ernährungsfachkräften durchgeführt werden.

In der Arbeit im Kindergarten stößt man aber immer wieder auf unterschiedliche Projekte zum Thema Ernährung, die von den KindergärtnerInnen selbst entwickelt wurden. Im Folgenden werden einige der Medien, die den PädagogInnen für die Projektplanung zur Verfügung stehen, vorgestellt und anhand des in Kapitel 7 erstellten Kriterienrasters analysiert.

8.5.1 Die Auswahl der Medien

Für die Analyse wurden drei unterschiedliche Medien herangezogen, die einen guten Querschnitt durch Österreich bilden.

Die BIOBOX wurde vom Magistrat der Stadt Wien herausgegeben und vertritt den Osten Österreichs. Maximas gesunde Kindi Jause wird im Rahmen des Maxima-Programmes an KindergartenpädagogInnen in Vorarlberg ausgeteilt. Das dritte Medi-

um ist die PeP-Mappe „Mir geht’s gut - Gesundheit und Ernährung“. Die PeP-Mappen finden in der Praxis oft Anwendung, weil sie unterschiedliche Bildungsangebote zu einem Thema (Projekt) anbieten und sind in KindergartenpädagogInnen-Kreisen ein beliebtes Medium für die Planung.

8.5.1.1 BIOBOX

- Autor/Herausgeber: Magistrat der Stadt Wien, Ökokauf Wien- Ausschuss Öffentlichkeitsarbeit, 2004
- Preis: wurde gratis an alle städtischen und privaten Kindergärten ausgeliefert
- Bezugsquelle: Gemeindegarten der Stadt Wien
- Gesamtseitenanzahl: 104
- Inhalt:
Die BioBox enthält verschiedene Kartenspiele (z.B. Memory), eine Tierstimmen-CD und ein Handbuch. Das Handbuch besteht aus einem Informationsteil und Spielanleitungen. Ein Jahreszeitenkalender und Kopiervorlagen (Ausmalbilder) sollen Kinder für saisonale Lebensmittel sensibilisieren. Des Weiteren ist ein sehr umfassender Rezeptteil enthalten, Literaturtipps sowie Ausflugsziele in Wien.

8.5.1.2 Maximas gesunde Kindi Jause- Arbeitsmappe für PädagogInnen

- Autor/Herausgeber: Arbeitskreis für Vorsorge- und Sozialmedizin (aks)
- Preis: 20.-
- Bezugsquelle: aks
- Gesamtseitenanzahl: 102
- Inhalt:
Teil 1 beinhaltet einführende, allgemeine Infos zum Maxima Vorsorgeprojekt und gibt Hinweise auf die richtige Handhabung. In Teil 2, der sich „Mit Maxima durchs Kindergartenjahr“ nennt, werden abwechselnd Informationen und Anregungen zum Spielen, Malen, Basteln, Singen oder Geschichten erzählen ge-

geben, passend zu den Jahreszeiten. Teil 3 umfasst einen sehr ausführlichen Rezeptteil.

8.5.1.3 PeP: Mir geht's gut - Gesundheit und Ernährung

- Autor/Herausgeber: Sommerfeld, S., Wensky, G.
- Preis: 15.-
- Verlag/Jahr: Herder, 2007
- Gesamtseitenanzahl: 78
- Inhalt:

In dieser Projektmappe dreht sich alles um die Themen Ernährung und Gesundheit. Nach einer kurzen Einführung werden den PädagogInnen für die jeweiligen Altersgruppen (3 bis 5, 5 bis 7, ab 8 Jahre) passende Aktionsvorschläge gemacht. Ein Serviceteil, welcher weitere Medienvorschläge enthält, bildet den Abschluss der Mappe.

8.5.2 Die Darstellung der Analyseergebnisse

Die folgende Tabelle stellt die Resultate der Analyse als Übersicht dar. Die vollständige Analyse findet sich im Anhang.

Kriterium	BIOBOX			Maxima- Mappe			PeP-Mappe		
	Voll erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	Voll erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	Voll erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt
Gesundheits-erzieherische Aspekte		X			X		X		
Gesundheits-relevante Verhaltensweisen		X				X	X		
verständliche Inhalte	X			X			X		
Fehlende Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen werden		X			X			X	
Wissenschaftlich-er Hintergrund der Inhalte	X			X				X	
Faktor der Motivation	X			X			X		
Eigene Ideen der PädagogInnen	X				X		X		
Beispiele kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar	X			X			X		
Begründungen für Spielvorschläge		X		X				X	
Gestaltung und Layout		X		X			X		
an Alter und Interessen der Kinder orientiert	X			X			X		
Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar			X	X			X		

Tabelle 7: Ergebnisse der Medienanalyse

Insgesamt wurden 12 Kriterien bewertet. Die PeP-Mappe hat mit 9-mal „Voll erfüllt“, und keinem Kreuz bei „Nicht erfüllt“, vor der Maxima-Mappe (8-mal) und dem Handbuch zur Spielbox (6-mal), bei dieser Analyse, am besten abgeschnitten. Die beiden anderen Medien liegen aber sehr knapp dahinter und weisen auch nur jeweils ein Kri-

terium als „Nicht erfüllt“ auf.

„Gesundheitsfördernde Verhaltensweisen miteinbeziehen“, müsste in der Maxima Arbeitsmappe genauer ausgeführt werden. Im Handbuch zur Biobox müsste die Elternarbeit konkreter dargestellt werden.

Die Analyse zeigt, dass alle drei Medien gut als Grundlage für die Planung der PädagogInnen herangezogen werden können.

8.6 Die Situation in Deutschland

In Deutschland wurde 2005 eine Erhebung durchgeführt, welche vorhandene Präventionsprogramme mit dem Ziel einer Bestandsaufnahme untersucht hat.

Von insgesamt 50 Programmen, die erhoben wurden, beinhalteten nur 11 Inputs zum Thema Ernährung UND Bewegung und nur eine geringe Anzahl der Interventionen wies eine qualifizierte Evaluation auf. Die Maßnahmen waren sehr unterschiedlich und reichten von Projektwochen, einzelnen Projekttagen bis hin zu Seminaren, welche für Eltern und LehrerInnen angeboten wurden.

Das Fazit dieser Erhebung lautet, dass es nicht notwendig ist, laufend neue Projekte zu entwickeln. Sinnvoller ist es, die bestehenden wissenschaftlich evaluierten und erfolgreichen Programme zu vernetzen und für alle durchführbar zu machen. Im Sinne der Nachhaltigkeit sollten bewährte Programme auch anderen Kindergärten zugänglich gemacht werden. [WAGNER et al., 2005a]

9 Schlussbetrachtung und Ausblick

Im Folgenden sollen die in der Einleitung dargestellten Fragestellungen beantwortet werden.

„Warum ist die Gesundheitsförderung im frühen Kindesalter von großer Bedeutung und warum eignet sich das Setting Kindergarten besonders für eine Implementierung von Programmen?“

Kinder und auch Jugendliche sind eine vergleichsweise gesunde Bevölkerungsgruppe, aber auch hier treten in den letzten Jahren immer mehr gesundheitliche Probleme auf. [PALENTIEN C., 2003, S.636]

10 % der Vorschulkinder (3 bis 6 Jahre) beiderlei Geschlechts in Österreich sind übergewichtig. [RATHMANNER T. et al., 2006, zitiert nach ELMADFA et al, 2003]

Diesen negativen Trends muss entgegengewirkt werden.

Der Kindergarten eignet sich als Setting zur Gesundheitsförderung aus folgenden Gründen:

Er erreicht nahezu die gesamte Bevölkerung der jeweiligen Altersgruppe und Kinder aller sozialen Schichten. [RITTNER V., 2002, S.149]

Interventionen können frühzeitig beginnen und sind dadurch auch am erfolgreichsten. [WIDHALM K. et al., 2006, S.191]

Kindergärten weisen einen großen Handlungsspielraum auf, weil der Leistungsdruck noch keine große Rolle spielt. Die situative Ausgangslage des Kindes kann berücksichtigt und auf die individuellen Bedürfnisse kann eingegangen werden. [ALTGELD T. und KOLIP P., 2004, S.46]

In den ersten Lebensjahren werden prägende Lernerfahrungen bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen gemacht. Vor allem die Geschmacksbildung und die Ernährungsgewohnheiten werden im frühen Alter grundgelegt.

Schädigende Einflüsse in der Kindheit können die Basis für spätere Krankheiten legen. [SIEGRIST J., 2003, S.141]

Durch die erst kürzlich vorgenommenen Änderungen im Kindergartenwesen (Gratis-Kindergarten und verpflichtender Besuch ab 5 Jahren) kommt es auch zu einer steigenden Betreuungsrate sowie einer längeren Betreuungsdauer.

Vor diesem Hintergrund gewinnt der Kindergarten als gesundheitsförderndes Setting nochmals an Bedeutung. [POTT E., 2002, S.25]

In den gesetzlichen Regelungen für Kindergärten gibt es noch keine explizite Erwähnung des Themas Gesundheit, Ernährungsbildung oder Gesundheitsförderung. Im Bildungsplan wird einigen Prinzipien der Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert in Bildungsprozessen zugeschrieben und „Gesundheit und Bewegung“ wird als ein Bildungsbereich definiert. Hier wurde also schon ein erster Schritt in die richtige Richtung gemacht.

„Wie muss ein Programm zur Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung im Kindergarten konzipiert sein, damit es eine nachhaltige Wirkung hat?“

Ernährungsbildungsprogramme sollten sich immer am Kind orientieren und in den kindlichen Tagesablauf integriert werden können. Es müssen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen kombiniert werden um einen idealen Effekt erzielen zu können. Die Programme sollten multidisziplinär und nachhaltig aufgebaut sein. Eltern oder andere Bezugspersonen spielen eine wesentliche Rolle und müssen mit einbezogen werden. Der Erfolg von Programmen kann durch das Mitwirken der Eltern gesteigert werden. [WAGNER et.al., 2005b]

Durch eine frühe Bildung im Kindergarten, haben Kindern die Möglichkeit, eine ausgewogene Ernährung zu erlernen, um im späteren Leben in der adipogenen Umwelt Verführungen selbstbewusst begegnen zu können. Die Bildung, die man den Kindern in der frühen Kindheit nicht zukommen lässt, kommen der Gesellschaft später teuer zu stehen. [HEINDL I., 2005, S.25]

Durch die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsförderung und das damit verbundene Angebot an gesundheitsfördernden Programmen oder Projekten, bedarf es ei-

ner Festlegung von Kriterien, um die Qualität gewährleisten zu können. [GESUNDHEIT BERLIN e.V.2004, S.1]

Folgende Kriterien wurden, aufgrund der vorangegangenen theoretischen Ausführungen, definiert:

Ein erfolgreiches Projekt zur Gesundheitsförderung durch Ernährungserziehung im Kindergarten:

... basiert auf der Grundlage der didaktischen Prinzipien.

... verfolgt klar definierte Ziele.

... bezieht alle Sinne mit ein.

... ist ganzheitlich ausgerichtet.

... bezieht die Eltern mit ein.

... bezieht die KindergartenpädagogInnen mit ein.

... läuft über Multiplikatoren.

... beinhaltet Medien für eine Umsetzung in der pädagogischen Arbeit.

... ist übertragbar.

... ist niedrigschwellig angelegt.

... strebt Vernetzungen an.

... ist Verhaltens- und verhältnisorientiert.

... bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.

„Wie zeigt sich die Situation in Österreich?“

Die Analyse der österreichischen Situation bildet den Abschluss dieser Diplomarbeit. Es wurden zwei Programme vorgestellt, die mittels definierter Analyse Kriterien bewertet wurden.

Die Ergebnisse zeigen sich ganz erfreulich. Es sind gute Ansätze für eine Umsetzung des Themas „Gesundheitsförderung durch Ernährungsbildung“ vorhanden.

Es gibt allerdings in Österreich noch kein Modellprojekt für Gesundheitsförderung im Kindergarten und auch nicht viele Programme, die wissenschaftlich ausgerichtet sind. Die Implementierung von gesundheitsfördernden Aktivitäten, hängt momentan noch

zu sehr von der Eigeninitiative der PädagogInnen ab.

Im nationalen Aktionsplan Ernährung ist daher auch vorgesehen, dass die Gesundheitsförderung den Stellenwert bekommt, der ihr zusteht. Es sollen in den nächsten Jahren Konzepte entwickelt werden, die speziell auf den Vorschulbereich zugeschnitten sind.

Die Durchsicht der Lehrpläne der BAKIP hat ergeben, dass die Ernährungserziehung bereits Einzug in dieselben genommen hat und dem Thema „Gesundheitsförderung“ auch hier eine größere Bedeutung beigemessen wird.

Die Bewertung von Medien zur Ernährungserziehung, die aufzeigen sollte, mit welchen unterschiedlichen Materialien PädagogInnen in der Praxis konfrontiert werden, lieferte positive Ergebnisse. Alle drei Medien sind für den Einsatz im Kindergarten geeignet.

9.1 Ausblick

Es wurden schon einige Schritte in die richtige Richtung gemacht, es bedarf aber in den nächsten Jahren noch einer Weiterentwicklung der unterschiedlichen Initiativen, wobei der Qualitätssicherung ein besonderer Stellenwert zugeordnet werden sollte. Der ganzheitliche Ansatz der Gesundheitsförderung muss noch mehr in den Mittelpunkt gestellt werden.

Bei der Ausbildung der zukünftigen PädagogInnen sollte der Stellenwert der Gesundheitsförderung erhöht werden. Dies könnte durch die Einführung eines Unterrichtsfaches, welches alle Komponenten einer gesundheitsfördernden Lebensweise vermittelt, erreicht werden.

Die PädagogInnen in der Praxis sollten die Möglichkeit erhalten, sich an eine Institution wenden zu können, die Unterstützung anbietet. Die Initiative „Kindergesundbewegen“ bietet zum Beispiel für Kindergärten und Volksschulen Praxisstunden an. Auf Anfrage kommen Experten in den Kindergarten, die sich die Gegebenheiten ansehen und Tipps für eine Umsetzung von Bewegungseinheiten geben. Ähnlich könnte man eine Initiative gestalten, die mehr als nur einen Aspekt (Bewegung) einer gesundheits-

fördernden Lebensweise beinhaltet.

Von großer Bedeutung ist auch die Ausgabe von bzw. der Verweis auf Medien die, als praktikabel bewertet wurden und von den PädagogInnen in ihrer Arbeit eingesetzt werden können.

Gesundheitsförderung sollte in Form eines nationalen Zieles definiert werden, ähnlich wie das in Deutschland bereits geschehen ist.

Umgesetzte Initiativen müssen vernetzt und evaluiert werden, um zu verhindern, dass eine Vielzahl an Maßnahmen nebeneinander existiert und um ein Voneinander-Lernen zu ermöglichen.

10 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung im Kindergarten.

Es wird ausgeführt, warum die Förderung der kindlichen Gesundheit von großer Bedeutung ist und warum das Setting Kindergarten für das Erlernen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen prädestiniert ist. In weiterer Folge wird die Ernährungsbildung, als eine von vielen gesundheitsfördernden Maßnahmen herausgegriffen und die Implementierung derselben in den Kindergartenalltag, dargestellt.

Ziel dieser Arbeit war es, aus den theoretischen Abhandlungen Kriterien zu definieren, die für den Erfolg eines gesundheitsfördernden Programmes durch Ernährungsbildung, maßgeblich sind. Die Kriterien wurden dann in einem Raster gebündelt und zur Analyse von zwei Programmen herangezogen.

Da viele Projekte auf Eigeninitiative der KindergartenpädagogInnen beruhen, wurden auch Kriterien für eine Medienanalyse entwickelt.

Die Ergebnisse der Programm-Analyse zeigen sich durchwegs positiv. Die bewerteten Projekte konnten die meisten Kriterien erfüllen und zeigen gute Ansätze.

Ähnlich zeigen sich die Analyseergebnisse der Medien, die von den PädagogInnen in der Praxis zur Planungshilfe eingesetzt werden.

Die Momentaufnahme zeigt, dass der Kindergarten als gesundheitsförderndes Setting noch stärker in den Mittelpunkt gestellt werden muss.

Es sind noch nicht viele wissenschaftlich ausgerichtete Initiativen in Österreich anzutreffen. Die Maßnahmen die durchgeführt werden, werden von Einzelaspekten (Ernährung, Bewegung, Zahnhygiene, etc.) dominiert.

Der Fokus muss weg von den einzelnen Teilbereichen der Gesundheit hin zum ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung gelenkt werden.

11 Summary

The present diploma thesis occupied with the topic health promotion in kindergarten.

It defines why it is necessary to deliver the health of children and why the setting kindergarten is predestined to learn health promoting attitudes. In succession it explains nutrition education and its implementation in the daily routine of kindergarten.

Creation of taste and food patterns is applied in early childhood. In Kindergarten can exert influence on the impression of health promoting attitudes and if so, prevent later appearing diseases.

To establish criteria out of the theoretic critiques was the aim of this diploma thesis. These criteria's are concentrated in a raster and consulted for the analysis of two interventions. Many of the projects are realized on the kindergarten Teachers own initiative; therefore criteria's for the Media analysis are generated.

The analysis of the interventions devoted positive results. The evaluated projects could achieve most of the criteria and indicate good approaches. A similar result shows the analysis of the Media.

The Kindergarten as a health promoting setting has to center.

The snap-shot illustrates that the Health- Topic is seen to separate in different topics like nutrition, motion, dental hygiene and so on. The focus has to adjust on the integrated approach of the health promotion.

12 Literaturverzeichnis

ALEXU U., CLAUSEN K., KERSTING M. Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimalen Mischkost. Internet: URL:

[http://www.ernaehrungs-](http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf_2008/03_08/EU03_168_177.qxd.pdf)

[umschau.de/media/pdf/pdf_2008/03_08/EU03_168_177.qxd.pdf](http://www.ernaehrungs-umschau.de/media/pdf/pdf_2008/03_08/EU03_168_177.qxd.pdf) 2008. Datum Zugriff:

10.8.2009

ALTGELD T., KOLIP P. Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (Hurrelmann, Klotz, Haisch Hsg.), Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle, 2004, 41-51

ALTMAN D.G. Strategies for Community Health Intervention: Promises, Paradoxes, Pitfalls. Psychosomatic Medicine, Vol. 57, Issue 3 226-233. Internet: URL:

<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/reprint/57/3/226> 1995. Datum Zugriff:

9.6.2009

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG. Projektpaket zur Ernährungserziehung. Der kluge Rabe und das kleine Gespenst. Internet: URL:

http://olga.pixelpoint.at/media/PPM_3DAK_gesundheitsland/~Mo/25.3dak.pdf Datum

Zugriff: 25.1.2010

AMT DER OBERÖSTERREICHISCHEN LANDESREGIERUNG. Internet: URL:

[http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3EE84C7E-](http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3EE84C7E-984A862B/hs.xsl/gb_DEU_HTML.htm)

[984A862B/hs.xsl/gb_DEU_HTML.htm](http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-3EE84C7E-984A862B/hs.xsl/gb_DEU_HTML.htm) Datum Zugriff: 26.1.2010

ÄMTER DER LANDESREGIERUNGEN der österreichischen Bundesländer, Magistrat der Stadt Wien, Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Bundesländerübergreifender Bildungsrahmenplan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich . 2009. Internet: URL:

<http://www.bmukk.gv.at/medienpool/18698/bildungsrahmenplan.pdf> Datum Zugriff:

1.12.2009

ARBEITSKREIS VORSORGE MEDIZIN SALZBURG. Internet: URL:

<http://www.avos.at/start.htm?gesundetipps/kindergarten.htm> o.J. Datum Zugriff:

19.1.2010

BARTSCH S. Subjektorientierung in der Ernährungs- und Gesundheitsbildung. Ernährung 2008; 2:100-106

BAU A.-M., BORDE T., GOTHE R.M. Ernährungsverhalten von 3-6 jährigen Kindern verschiedener Ethnien. Ergebnisse einer Kitastudie in Berlin. In: In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. (Helmut Heseke Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 52-58

BEER S. Das EiS-Projekt. Anstoß für die Reform der Ernährungs- und Verbraucherbildung. In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. Helmut Heseke (Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 126-131

BRÖßKAMP- STONE U., Institutionen, Systeme und Strukturen in der Gesundheitsförderung und Prävention. Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. Hsg.), Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 243-254

BUNDESÄRZTEKAMMER. Gesundheitsförderung und Prävention. Internet: URL:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.117.1501> 11.9.2008, Datum Zugriff: 20.5.2009

BUNDESGESETZBLATT II. Anlage. Lehrplan der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik. Internet: URL:

http://www.abc.berufsbildendeschulen.at/upload/655_lp_bakip_anl.pdf Datum Zugriff: 22.12.2009

Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Lehrplan der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (5-jährige Langform). 2003. Internet: URL:

http://www.bmukk.gv.at/medienpool/10413/LP_BAKIP.pdf Datum Zugriff: 13.12.2009

BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. NAP.e- Nationaler Aktionsplan Ernährung. Entwurf. Internet: URL:

http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/5/0/3/CH0525/CMS1264667132176/nape_final_26_01.pdf Datum Zugriff: 2.2.2010

BZgA. Aspekte der Qualitätssicherung. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 196

BZgA. Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Internet: URL:

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=82d3b6af049f68db33ba0c4df30b5fo2> 2007. Datum Zugriff: 16.6.2009

Cramm D. IV. Mit allen Sinnen. . In: Kindergarten heute. So geht's- Radieschen, Apfel, Knusperkeks- Ernährungserziehung im Kindergarten, Verlag Herder, Freiburg, 26-31

CRAMM D., I. Grundlagen einer gesunden Ernährung. In: Kindergarten heute. So geht's- Radieschen, Apfel, Knusperkeks- Ernährungserziehung im Kindergarten, Verlag Herder, Freiburg, 4-12

CRAMM D., II. Die Rolle des Kindergartens. In: Kindergarten heute. So geht's- Radieschen, Apfel, Knusperkeks- Ernährungserziehung im Kindergarten, Verlag Herder, Freiburg, 14-21

DGE. Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kindertageseinrichtungen. Internet:

URL: http://www.fitkid-aktion.de/upload/pdf/Qualitätsstandards/091015_QS_Kita.pdf

Datum Zugriff: 4.11.2009

DGE. Stellungnahme. Ernährung und Bewegung. Internet: URL:

http://www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse/a10/anhoerungen/a10_46/16_10_438-E.pdf Datum Zugriff: 26.10.2009

DIETRICH S. Ernährungserziehung bei Kindern und Jugendlichen. In: Ernährungsmedizin. (Widhalm K.; Hsg.), 2.Auflage 2005, Verlagshaus der Ärzte, 589- 597

DIXEY R., HEINDL. I., LOUREIRO I., PEREZ-RODRIGO C., SNEL J., WARNING P. Healthy Eating for young people in Europe. A school based nutrition education guide. Internet: <http://www.euro.who.int/document/e69846.pdf> Datum Zugriff: 8.12.2009

ELLERMANN W., Bildungsarbeit im Kindergarten erfolgreich planen. Sozialpädagogische Praxis Band 5. Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & KG, Berlin, Düsseldorf, Mannheim, 2007

ELLROTT T., Wie Kinder essen lernen. In: Ernährung 4. Springer Gesundheits- und Pharmazieverlag 2007, 2007, 1:167-173

ELMADFA I. Ernährungslehre. Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2004; 220

ELMADFA I., FREISING H., NOWAK V., HOFSTÄDTER D. et.al. Ernährungsbildung in Österreich. In: Österreichischer Ernährungsbericht 2008. 1.Auflage, Wien, März 2009. 354-362

ELMADFA I., FREISLING H., KÖNIG J., Österreichischer Ernährungsbericht. Internet: URL: http://www.praevention.at/upload/documentbox/oesterr_ernaehrungsbericht_2003.pdf 2003. Datum Zugriff: 23.6.2009

EURODIET. Core Report. Nutrition & Diet for Healthy Lifestyles in Europe. Science & Policy Implications. Internet: URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/report01_en.pdf 2000. Datum Zugriff: 9.6.2009

FONDS GESUNDES ÖSTERREICH. Ausschreibung: Durchführung eines Modellprojektes im Setting Kindergarten. Internet: URL: <http://fgoe.org/der-fonds/infos/ausschreibung-durchfuhrung-eines-modellprojektes-im-setting-kindergarten> 2005. Datum Zugriffs: 6.1.2010

GEENE R., MÖLLMANN A., WLODASCH I., Gesunde Schule, gesunde Kita, gesunder Stadtteil- Der Setting- Ansatz der Gesundheitsförderung. In: Kinderarmut und Kindergesundheit. (Geene R., Gold C.; Hsg.), Verlag Hans Huber, Hograf AG, Bern, 2009, 47-69

GERBER U., STÜNZNER W. Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In: Gesundheitswissenschaften (Hurrelmann K. Hsg.), Springer Verlag, 1999, 9-64

GESUNDHEIT BERLIN e.V. Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“ erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA des bundesweiten Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Internet: URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=fbegccofdcoa2c3236d8bc4bdc8f3fe4> 2004. Datum Zugriff: 16.6.2009

GOLD C., KILIAN H., LEHMANN F., Entwicklungen in der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung- Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Kinderarmut und Kindergesundheit. (Geene R., Gold C.; Hsg.), Verlag Hans Huber, Hograf AG, Bern, 2009, 87-95

GORTMAKER S.L., MUST A., PERRIN J.M., SOBOL A.M., DIETZ W.H. Social and Economic Consequences of Overweight in Adolescence and Young Adulthood. Internet: URL: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/329/14/1008> 1993. Datum Zugriff: 2.6.2009

HACKAUF H. Gesundheitsbezogene Prävention für Jugendliche in der EU. In: Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen, Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen. (Hackauf H., Jungbauer- Gans M. Hsg.), VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2008, 169-193

HACKAUF H., WINZEN G. Information and communication network concerning health-related prevention projects for young people in the European Union. Final Re-

port. Internet: URL: <http://www.dji.de/gesundnet/Endbericht.pdf> 2004. Datum Zugriff: 16.6.2009

HALKOW A., ENGELMANN F. Gesundheit durch soziale Systeme- welchen Beitrag leistet der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. In: Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten- Band 3 (Göpel E., Gesundheitsakademie e.V. Hsg.), Mabuse- Verlag, Frankfurt am Main, 2008; 77-101

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG). Kitas fit für die Zukunft. Gesundheitsförderung im Setting Kita. Von der Idee zur Umsetzung. Ein Leitfaden. Internet: URL: http://www.hag-gesundheit.de/documents/kita_bro_271.pdf
Datum Zugriff: 26.10.2009

HEINDL I. Ästhetisch-kulturelle Ernährungsbildung. In: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. (Heindl Ines Hsg.), Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn, 2003, 185-194

HEINDL I. Begriffserklärung zwischen Essen und Ernährung, Bildung und Gesundheit. In: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. (Heindl Ines Hsg.), Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn, 2003, 29-33

HEINDL I. Das Kerncurriculum- Konsequenzen für die Aus, Fort- und Weiterbildung- Beispiele. In: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. (Heindl Ines Hsg.), Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn, 2003, 91-183

HEINDL I. Ernährung, Gesundheit und institutionelle Verantwortung- eine Bildungsoffensive. In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. (Helmut Hesecker Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 139-147

HEINDL I. Gesundheit und soziale Zugehörigkeit. Probleme der Vermittlung in Bildung und Beratung. In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. (Helmut Hesecker Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 24-28

HEINDL I. Methoden der Gesundheitsbildung im Themenfeld Ernährung. In: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. (Heindl Ines Hsg.), Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn, 2003, 71-79

HEINDL I. Wie essen und trinken junge Leute in Europa. In: Studienbuch Ernährungsbildung. Ein europäisches Konzept zur schulischen Gesundheitsförderung. (Heindl Ines Hsg.), Verlag Julius Klinkhardt. Bad Heilbrunn, 2003, 35-58

HESEKER H. Gesundheitsfördernde Ernährung in der Schule. In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. (Helmut Hesecker Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 96-101

HORSTKOTT E., ZIMMERMANN E., Starke Kinder- Starke Eltern: Risiko und Resilienz in der Gesundheitsförderung. In: Kinderarmut und Kindergesundheit. (Geene R., Gold C. Hsg.), Verlag Hans Huber, Hograf AG, Bern, 2009, 35-43

HURRELMANN K., KLOTZ T., HAISCH J. Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (Hurrelmann, Klotz, Haisch Hsg.), Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle, 2004, 11-19

ICKS A., RATHMANN W. Prävention von Diabetes und Adipositas. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (Hurrelmann, Klotz, Haisch Hsg.), Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle, 2004, 169-178

INTERNATIONALE AKADEMIE an der Freien Universität Berlin. Internet: URL: http://www.ina-fu.org/ista/content/pdf/konzeptionelle_grundsuetze.pdf o.J. Datum Zugriff: 18.10.2009, 1-5

KHAN A. Erschöpft und arbeitsfreudig? Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen. In: Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita! Gesundheit von Erzieherinnen und Erziehern fördern – Zusammenarbeit mit Eltern stärken. (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für

Gesundheitsförderung; Hsg.). Internet: URL: http://www.hag-gesundheit.de/documents/pdfb2709_204.pdf Datum Zugriff: 26.10.2009, 40-52

KICKBUSCH I. Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheitsförderung. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. Hsg.), Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 181-188

KLICHE T. Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse der bundesweiten Pilotstudie. Internet: URL: <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Bericht%20Experten%20Kita.pdf> Datum Zugriff: 22.11.2009

KLICHE T. Welche Faktoren beeinflussen die Kindergesundheit in Kitas? In: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 147-158

KLICHE T., Folgerungen für eine verbesserte Prävention durch Kitas. In: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 210-220

KLICHE T., Gesamtbild: Die wichtigsten Befunde der Bestandsaufnahme. In: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 192-199

KLICHE T., GESELL S., NYENHUIS N. Gesundheitliche Brennpunkte und Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung in deutschen Kindertageseinrichtungen – Ergebnisse einer Bestands- und Bedarfserhebung. 2005. Internet: URL: <http://www.soal.de/images/stories/pdf/05-11-24gesundheitsfoerderungundpraeventioninkitas.pdf> Datum Zugriff: 25.10.2009, 1-15

KLICHE T., Prävention in Kitas- warum und wie? Der Forschungsstand. In: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 14-31

KLICHE T., Qualitätsorientierte Versorgungsforschung: Kontext des Projektes. In: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa Verlag, Weinheim und München, 2008, 11-13

KLICHE T., TÖPPICH J., KOCH-GROMUS U., Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. (Bitzer E., Walter, U., Linger H., Schwartz F.-W.; Hsg.). Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2009, 252-259

LORENZ R.-F. Der systemische Charakter salutogenetischer Beziehungsgestaltung. In: Systemische Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten- Band 3 (Göpel E., Gesundheitsakademie e.V. Hsg.), Mabuse- Verlag, Frankfurt am Main, 2008; 50-76

LUBER E. Kinderarmut in Deutschland- Aspekte der Gesundheitsförderung. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 135-138

MENSINK G.B.M., KLEISER C., RICHTER A. Was essen Kinder und Jugendliche in Deutschland? Ausgewählte Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Ernährung. 2007; 1:204-212

MENTAL HEALTH ORGANISATION. Mental Health Promotion for Children up to 6 Years. Directory of Projects in the European Union. Internet: URL: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1997/cancer/fp_promotion_1997_frep_b4_en.pdf 1999. Datum Zugriff: 21.6.2009

METHFESSEL B. Esskultur und familiale Alltagskultur. Internet: URL: http://www.familienhandbuch.de/cms/Ernaehrung_Esskultur.pdf 2006. Datum Zugriff: 9.1.2010

MIX M. Kindergartenalltag und Implementation von Gesundheitsförderung. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 83-92

MÜLLER M.J. Gesundheitsziele und Politik- Auf dem Weg in eine gesunde Gesellschaft? In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 277-294

MÜLLER M.J. Maßnahmen zur Prävention am Beispiel „Rauchen“. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 220-230

MÜLLER M.J. Prävention ernährungsabhängiger Erkrankungen. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. Müller M.J., Trautwein E.A. (Hrsg.) Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 155-167

MÜLLER M.J. Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 124-133

MÜLLER M.J. Public Health und Public Health Nutrition. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 18-39

MÜLLER M.J. Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 177-192

MÜLLER M.J., TRAUTWEIN E.A. Einführung. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 13-17

NUTBEAM D. Health promotion glossary. Health Promotion International. Oxford University Press. Internet: URL:

<http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/4/349.pdf> Datum Zugriff: 8.11.2009

ÖGE. ÖGE-Gütesiegel für nährstoffoptimierte Speisenqualität in der Gemeinschaftsverpflegung. Internet: URL: <http://www.oege.at/php/current/content.php?c=2124>

Datum Zugriff: 4.11.2009

PALENTIEN C., Einzelne Bevölkerungsgruppen. Kinder und Jugendliche. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. Hsg.), Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 636-642

PASSLER D. Die Rolle von Kindergärten in der Prävention von Übergewicht und Adipositas. The role of kindergartens in prevention of overweight and obesity. Ernährung/nutrition. 2008; Volume 32: 160-166

POTT E. Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und Entwicklung von Interventionsstrategien. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 22-28

POTT E., MARSEN-STORZ G., LEHMANN F. Kinder stark machen- Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen. In: Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. (Bitzer E., Walter, U., Linger H., Schwartz F.-W.;Hsg.). Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2009, 292-302

PUDEL V. Prävention von Ernährungsstörungen. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (Hurrelmann, Klotz, Haisch Hsg.), Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle, 2004, 111-120

PUDEL V., WESTENHÖFER J. Ernährungspsychologie- Eine Einführung. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2. Auflage, 1998

PUST S. Ökonomische Aspekte von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Gesundheit und Ernährung- Public Health nutrition. (Müller M.J., Trautwein E.A.; Hsg.), Verlag Eugen Ulmer Stuttgart, 2005; 266-276

QUINT-ESSENZ. Qualitätsentwicklung in Prävention und Gesundheitsförderung. Internet: URL: http://www.quint-essenz.ch/de/files/Qualitaetskriterien_50.pdf Datum Zugriff: 8.11.2009

RATHMANNER T., MEIDLINGER B., BARITSCH C., LAWRENCE K., DORNER T., KUNZE M. Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Internet: URL: http://www.adipositas-austria.org/pdf/3031_AMZ_Adipositas_3108_final.pdf August 2006. Datum Zugriff: 2.6.2009

RITTNER V. Gesundheitsförderung im Vorschulbereich- Möglichkeiten kommunaler Zusammenarbeit. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15. Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 142-161

ROSENBROCK R. Public Health – Politische Anforderungen zur Überwindung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bei Kindern und Jugendlichen. Internet: URL: <http://www.eundc.de/pdf/32012.pdf> Datum Zugriff: 25.10.2009, 59-68

SABO P. Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung in den Fortbildungsangeboten für Erzieherinnen und Erzieher. Zur Situation der Fortbildung zur Gesundheitsförderung/ Gesundheitserziehung für ErzieherInnen in Deutschland. In: „Früh übt

sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 67-77

SCHENK L., RAZUM O. Migration und soziale Benachteiligung- Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung. In: Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. (Bitzer E., Walter, U., Linger H., Schwartz F.-W.; Hsg.). Springer Verlag, Berlin Heidelberg 2009, 268-274

SCHLAUFIX. Internet: URL: <http://www.schlaufix.at/> o.J. Datum Zugriff: 25.1.2010

SCHNABEL P.-E. Gesundheitsförderung in Familien und Schulen. In: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. (Hurrelmann, Klotz, Haisch Hsg.), Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle, 2004, 281-291

SCHNEIDER K. Konzepte der Frühpädagogik. In: „Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis 15.Juni 2000 in Bad Honnef. (BZgA Hsg.), Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 16, 2002, 28-32

SIEGRIST J. Machen wir uns selbst krank? Gesundheitsverhalten- psychosoziale Aspekte. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. Hsg.), Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 139-151

STATISTIK AUSTRIA. Gesundheitsausgaben in Österreich. Internet: URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben/index.html 12.3.2009. Datum Zugriff: 24.5.2009

STÖCKLER A. Projekt "kids food"/"Maxima". Abschlussbericht. Internet: URL: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/geoerderte-projekte/FgoeProject_204710/492237 Datum Zugriff: 6.1.2010

WABITSCH M., KUNZE D. Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Leitlinien. Internet: URL: <http://www.adipositas-gesellschaft.de/daten/Leitlinie-AGA-S2-2008.pdf> Datum Zugriff: 25.10.2009, 74-80

WAGNER N., MEUSEL D., HÖGER C., KIRCH W. Health promotion in kindergarten children: an assessment of evaluated projects in Germany. J Public Health 2005a; 13:291-295

WAGNER N., MEUSEL D., KIRCH W. Nutrition education for children-results and perspectives. J Publih Health 2005b; 13:102-110

WALTER U., SCHWARTZ F.W., HOEPNER-STAMOS F. Zielorientiertes Qualitätsmanagement und aktuelle Entwicklungen in Gesundheitsförderung und Prävention. In: Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention.(BZgA; Hsg.). 2001. Internet: URL: <http://www.bzga.de/pdf.php?id=0aa2756c507151d8a9fe02330f567b12> Datum Zugriff: 8.12.2009

WALTER, U., SCHWARTZ F.W., ROBRA B.-P., SCHMIDT T. In: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. (Schwartz F.W., Badura B., Busse R., Leidl R., Raspe H., Siegrist J., Walter U. Hsg.), Urban und Fischer, München, Jena, 2003, 189-214

WIDHALM K. Update Adipositasforschung. AKE Report. 2003; 13: 10

WIDHALM K., DIETRICH S., PHILIPP K., Besonderheiten hinsichtlich verschiedener Personengruppen. Kinder und Jugendliche. In: Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene. Internet: URL: http://www.adipositas-austria.org/pdf/3031_AMZ_Adipositas_3108_final.pdf August 2006. Datum Zugriff: 2.6.2009, 179-196

WIDHALM K., FUSSENEGGER D., Prävention Übergewicht/Adipositas bei Kindern. Eine frühzeitige Modifikation des Lebensstils als Präventionsmaßnahme hat absolute Priorität. Journal für Ernährungsmedizin 2006; 8:27-29

WIENER KINDERGÄRTEN. Bio-Offensive - Gesunde Ernährung für jedes Kind - Wiener Kindergärten (MA 10). Internet: URL: <http://www.wien.gv.at/bildung/kindergarten/abteilung/bio-offensive.html> Datum Zugriff: 4.11.2009

WIENER KINDERTAGESHEIMGESETZ. Landesgesetzblatt LGBl 17/2003 [CELEX-Nrn.: 392L0051 und 301L0019] Internet: URL: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2003/html/lg2003017.htm> Datum Zugriff: 1.12.2009

WINKELHOFER K. Gesundheitsförderung im Kindergarten- eine Untersuchung an Wiener Kindergärten unter Berücksichtigung des Berufsbildes der School Nurse. Diplomarbeit, 2008

WINKLER G. 10 Regeln für Programme zur Ernährungserziehung in der Schule. . In: Neue Aspekte der Ernährungsbildung. (Helmut Hesecker Hsg.), Umschau Zeitschriftenverlag. Frankfurt am Main, 2005, 176-186

WINKLER G., DEUMERT R. Schulverpflegung. Was macht sie langfristig attraktiv? Ernährung 2007; 1:307-313

WKTHVO LGBl 2003/29. Internet: URL: <http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/rechtvorschriften/pdf/s2600100.pdf> Datum Zugriff: 1.12.2009

WOLFRAM N., HÖGER C., KIRCH W. Lebenskompetenzförderung im Kindergartenalter. In: Prävention und Versorgungsforschung. (Kirch, Badura, Pfaff Hsg.). Springer Verlag, Heidelberg; 2008, 329-339

WORLD HEALTH ORGANISATION. Health Promotion Glossary. Internet: URL: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> 1998. Datum Zugriff: 11.2.2010

WORLD HEALTH ORGANISATION. Hildebrandt, Kickbusch. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Internet: URL:

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German

1.4.2006, Datum Zugriff: 21.5.2009

ZENTRUM FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG. Internet: URL:

<http://www.kinderfreunde.at/data/stmkadmin/Kasperl-Folder%28380KB%29.pdf> Da-

tum Zugriff: 19.1.2010

ZIMMER R. Handbuch der Sinneswahrnehmung. Grundlagen einer ganzheitlichen Erziehung. Herder Verlag. Freiburg, Basel, Wien, 2005

ZIMMERMANN H. Gesund sein- gesund bleiben. Alltagstaugliche Konzepte für Kita und Eltern. In: Kindergarten heute. Fachzeitschrift für Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern, Verlag Herder, Freiburg, 9/2009, 34-4

13 Anhang

Anhang A: Maxima Analyse

Anhang B: Genussforscher Analyse

Anhang C: Medien Analyse

Anhang A: Maxima Analyse

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Bewertung des Maxima Programms anhand der Arbeitsmappe für PädagogInnen und des Konzepts ¹
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt	
Die Basis bilden die didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und das Prinzip der Lebensnähe.	X			Die Inhalte wurden mit KindergartenpädagogInnen erarbeitet und sind deshalb auch auf die in der pädagogischen Arbeit wichtigen Prinzipien ausgerichtet. Die Spielvorschläge ermöglichen Aktivität der Kinder. Der Aufbau der Mappe richtet sich nach den Jahreszeiten, hier findet sich also das Prinzip der Lebensnähe wieder. Die Angebote die in der Arbeitsmappe für die PädagogInnen enthalten sind, sind so gestaltet, dass sie für die Kinder anschaulich sind, es werden also keine abstrakten Infos vermittelt. Die Beispiele können je nach Entwicklungsstand der Kinder abgeändert und auch in Teilschritte gesplittet werden.
Es werden klar definierte Ziele verfolgt.		X		Die Ziele die für das Programm definiert werden sind folgende: 1. Kinder sollen auf spielerische Art und Weise einen lustvollen Umgang mit natürlichen, gesunden Nahrungsmitteln erlernen. 2. Dadurch soll Essstörungen und Gewichtsproblemen vorgebeugt werden. Diese beiden Ziele sind sehr allgemein formuliert. Ziel 1 ist realistisch. Die Arbeitsmappe die PädagogInnen für ihre Arbeit einsetzen sollen, ist auf einen spielerischen

¹ http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_204710/492237

			Zugang ausgerichtet. Bei Ziel 2 ist ein Nachweis auf die Gesundheit zumindest langfristig nicht belegbar. Zur Belegung der Ausgangssituation werden Daten des aks herangezogen und dargestellt. Der Bezug zu aktuellen Problembereichen ist gegeben.
Das Projekt bezieht alle Sinne mit ein.		X	Thematisiert wird die Bedeutung der Sinneswahrnehmung und Schulung der kindlichen Sinne nicht. Im Praxisteil finden sich allerdings Angebote welche die unterschiedlichen Sinne mit einbeziehen. (z.B.: „Supernase“, „Begreifen“, „Ich höre was... etc.)
Das Projekt ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen mit ein.		X	Das Programm fokussiert stark auf die Ernährungserziehung. Andere gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden nicht thematisiert und sind auch nicht im Praxisteil, als Anregungen enthalten.
Die Eltern werden in das Projekt miteinbezogen.		X	Die Eltern werden in das Programm mit einbezogen. Es gibt die Möglichkeit eine Ernährungsberaterin für einen Elternabend in den Kindergarten einzuladen, darüber hinaus wird im Vorwort betont, dass die Elternarbeit von großer Bedeutung ist und im Praxisteil wird bei der Gestaltung des Grillfestes erwähnt, die Eltern einzuladen und die vorbereiteten Speisen (aus dem rezeptteil zu präsentieren). Werden die Rezeptvorschläge der Maxima Mappe zuhause (Eltern bekommen Rezeptkarten) umgesetzt, bekommen die Kinderein Sammelkleber, das sie in ihre Sammelposter einkleben dürfen.
Die KindergartenpädagogInnen werden in das Projekt miteinbezogen.		X	Das Projekt läuft zu einem Großteil auch über die PädagogInnen ab. Es werden zwar auch Ernährungsfachkräfte eingesetzt, die PädagogInnen können das Thema, mittels der Arbeitsmappe als Unterstützung, immer wieder in ihre Arbeit einfließen lassen. Es wird auch ein Ernährungsseminar angeboten, um die PädagogInnen über die richtige Kinderernährung zu informieren.
Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab.			Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab. Es wurden 12 Ernährungsmedizinische Beraterinnen und diplomierte Diätassistentinnen gewonnen, welche für die Abhaltung

	X		der Elternabende und Gesundheitsseminare für die Kinder, zuständig sind. Eine genaue Auflistung der Damen sowie Kontaktdaten sind in der Arbeitsmappe für die PädagogInnen enthalten. Durch das Multiplikatoren-Konzept, sind die KindergärtnerInnen nicht ganz auf sich alleine gestellt und können sich bei etwaigen Fragen an die Expertinnen wenden.
Das Projekt arbeitet mit unterschiedlichen Medien, die zur praktischen Umsetzung herangezogen werden können.	X		Zur praktischen Umsetzung können unterschiedliche Medien herangezogen werden. Die Arbeitsmappe dient als Grundlage für die PädagogInnen. Die Kinder erhalten ein Sammelposter, Sammelkleber, ein Geschenk, Kleber für die Jausendose und 10 Rezeptkarten (die die Eltern dann befolgen sollen). Des Weiteren gibt es einen Spielkoffer der Bücher, Kassetten und themenbezogenen Spiele enthält und für drei Wochen angefordert werden kann. Das Programm findet man auch auf einer Homepage wieder. Dort kann man sich auch das neueste Rezept downloaden sowie die Ernährungspyramide und Tipps anschauen.
Das Projekt ist übertragbar.	X		Das Projekt ist übertragbar. Es wurde in der Pilotphase erfolgreich umgesetzt und wird seit einigen Jahren von der Vorarlberger Landesregierung unterstützt. Das Maxima Programm beinhaltet unterschiedliche Medien. Die Fortbildung der KindergärtnerInnen könnte noch ausgeweitet werden.
Das Projekt ist niedrighschwellig angelegt.	X		Das Projekt wird in der Lebenswelt der betroffenen durchgeführt (im Setting Kindergarten). Informationen und Rezepte wurden auch in türkischer Sprache verfasst und somit konnten auch Personen mit türkischem Migrationshintergrund erreicht werden.
Das Projekt strebt Vernetzungen an.		X	Im Praxisteil findet man vereinzelt Anmerkungen zum Thema Vernetzungen (Bäckerbesuch, Besuch eines Museums). Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit wurden Radio, Zeitung und Fernsehen mit einbezogen, um das Projekt bekannt zu machen.
Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert.			X Das Projekt ist stark Verhaltensorientiert. Das Setting Kindergarten, die Struktur, wird nicht ins Programm mit einbezogen.

<p>Das Projekt bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.</p>		<p>X</p>	<p>Das Projekt wurde in Form von zwei Telefonumfragen (2003 und 2005) mittels halbstrukturiertem Fragebogen evaluiert. Für die zwei Befragungen wurden nicht am Projekt beteiligte, unabhängige Interviewerinnen herangezogen. Inwiefern Ergebnisse in die Arbeit eingeflossen sind, geht aus den Unterlagen nicht deutlich hervor. Auf mangelnde Teilnahme von Kindern mit Migrationshintergrund, wurde insofern reagiert, als dass Informationsmaterial und Rezepte in türkischer Sprache entwickelt wurden.</p>
--	--	----------	--

Tabelle 8: Analyse des „Maxima“ Projektes

Anhang B: Genussforscher Analyse

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Bewertung des Projektes „Genuss- und Bewegungsforscher“ anhand des Konzeptes ²
	Voll erfüllt	Zum Teil erfüllt	Nicht erfüllt	
Die Basis bilden die didaktischen Prinzipien der Anschauung, Aktivität, Wiederholung, Teilschritte, Variabilität und das Prinzip der Lebensnähe.		X		Aus den Angaben die auf der Homepage gemacht werden, geht nicht eindeutig hervor, ob die didaktischen Prinzipien bei der Konzeption, berücksichtigt wurden. Den KindergartenpädagogInnen sollen in Fortbildungen theoretisch fundierte, spielerische Bewegungs- und Spielangebote zur kindgemäßen und ganzheitlichen Erziehung, vermittelt werden, was auf einen Bezug auf die didaktischen Prinzipien schießen lässt.
Es werden klar definierte Ziele verfolgt.	X			Das übergeordnete Ziel: „Förderung der Gesundheit von Kindern“ soll durch unterschiedliche Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention erreicht werden. Die Ziele sind klar definiert, nachweisbar und realistisch.
Das Projekt bezieht alle Sinne mit ein.			X	Das Mit Einbeziehen der Sinne wird nicht thematisiert.
Das Projekt ist ganzheitlich ausgerichtet und bezieht andere gesundheitsförderliche Verhal-	X			Neben der Ernährungserziehung beinhaltet das Projekt als zweite Säule, die Förderung der Bewegung. Für die PädagogInnen werden Fachfortbildung zur Bewe-

² http://www.gesundegemeinde.ooe.gv.at/xchg/SID-E28BD570-97C6F7DE/hs.xsl/gb_DEU_HTML.htm
http://www.ipg.uni-linz.ac.at/fr_kindergarten.htm

tensweisen mit ein.			gungs- Spiel- und Sporterziehung angeboten. Es wird eine Bestandaufnahme und wenn notwendig Optimierung vorhandener Bewegungsstrukturen vorgenommen. Bei Kindern werden durch ganzheitliche Bewegungserfahrungen die Motivation und der Spaß für die Bewegung gesteigert.
Die Eltern werden in das Projekt mit einbezogen.	X		Eltern und/oder Bezugspersonen bilden eine der vier Zielgruppen des Projektes, die für das Gelingen des Projektes entscheidend sind. Es wird im Rahmen von Modulen Basiswissen vermittelt. Auf der Homepage können die Eltern unter einem eigenen Link Ernährungs- und Bewegungstipps sowie Rezepte des Monats, nachlesen. Mittels Elternbriefen werden sie über aktuelle Aktivitäten informiert und der Praxisbezug soll über Eltern/Kind-Bewegungsnachmittage und Eltern-Kind-Kochabenteuer, hergestellt werden.
Die KindergartenpädagogInnen werden in das Projekt mit einbezogen.	X		KindergartenpädagogInnen wird Basiswissen im Bereich von Bewegung und Ernährung vermittelt. Sie erhalten neue Impulse und Anregungen im Rahmen der Fachfortbildung - Bewegungs- Spiel- und Sporterziehung. Coaching, Supervision und ein erstellter Leitfaden helfen und unterstützen die PädagogInnen bei der Umsetzung des Projekts. Auch für die PädagogInnen gibt es einen eigenen Bereich auf der Homepage von wo sie sich Unterlagen zu den Schulungen, ausgearbeitete Bewegungseinheiten, Tipps für den Kindergartenalltag und Informationen herunterladen können.
Das Projekt läuft über Multiplikatoren ab.		X	Durch das Angebot des Coachings und der Supervision werden die PädagogInnen unterstützt. Ob dafür Multiplikatoren eingesetzt werden, kann man der Projektbeschreibung nicht entnehmen.

Das Projekt arbeitet mit unterschiedlichen Medien, die zur praktischen Umsetzung herangezogen werden können.	X		Es werden auf der Homepage Schulungsunterlagen und ausgearbeitete Bewegungseinheiten angeboten. Der Leitfaden soll die PädagogInnen bei der Umsetzung unterstützen. Rezepte, Lieder, mal- und Bastelunterlagen können ebenfalls von der Homepage herunter geladen werden. Es werden professionell gestaltete Materialien zur Verfügung gestellt.
Das Projekt ist übertragbar.		X	Das Projekt läuft seit Herbst 2009 und ist momentan noch in der Pilotphase. Die Übertragbarkeit kann erst nach der Evaluierung bewertet werden. Fortbildungskonzeptionen und unterschiedliche Medien sind in der momentanen Konzeption enthalten.
Das Projekt ist niedrighschwellig angelegt.	X		Das Projekt arbeitet unabhängig vom sozialen Status und nicht nur mit einer Risikogruppe, sondern mit allen Kindern einer Kindergartengruppe und deren sozialen Umfeld. Das Projekt wird in der Lebenswelt der Zielgruppe durchgeführt.
Das Projekt strebt Vernetzungen an.		X	KindergartenpädagogInnen haben im Rahmen des Projektes Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch. Etwaige andere Vernetzungen werden nicht erwähnt.
Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert.	X		Das Projekt ist Verhaltens- und Verhältnisorientiert. Schon in der Zielsetzung sind diese beiden Begriffe beschrieben. Die Schaffung notwendiger gesundheitsfördernder Strukturen im Kindergarten sowie im Bereich Gemeinschaftsverpflegung spielt eine ebenso große Rolle wie die Verhaltensprävention von Kindern, Eltern und PädagogInnen.
Das Projekt bedient sich der Dokumentation und Evaluierung.	X		Die Programm-Evaluation wird von der Johannes Kepler Universität durchgeführt. Es wird primär eine Wirksamkeitsanalyse durchgeführt. Das Ziel ist es, mit Hilfe von Indikatoren zu messen, wie weit unter vorgegebenen Strukturen und vorhandenen Ressourcen mittels geplanter Interventionen bestimmte definierte Ziele erreicht werden können. Es sollen dadurch Informationen gewonnen werden, die für eine Modifizierung herangezogen werden können.

Tabelle 9: Analyse des Programmes „Genuss- und Bewegungsentdecker“

Anhang C: Medien Analyse

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Bewertung des Mediums „BIOBOX“
	Voll Erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	
Thematisierung gesundheitserzieherischer Aspekte		X		In der Einleitung wird auf die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung, von Kindheit an, hingewiesen. Auch die Bedeutung der Wahrnehmung und unserer Sinne wird kurz thematisiert und im Anregungsteil wird dem Thema „Essen mit allen Sinnen“ ein Kapitel gewidmet. Die Gefahren der heutigen Lebenssituation, für Kinder wird erwähnt („Als Folge von Ernährungsfehlern haben viele Schulkinder an Übergewicht zu leiden“), könnte allerdings noch ausführlicher abgehandelt werden.
Miteinbeziehung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen		X		Einige der Spielanregungen beinhalten Bewegungsimpulse. Und auch die Ausflugsziele (z.B. Landgut Wien Cobenzl), welche vorgeschlagen werden, können bzw. müssen mit einer Wanderung verknüpft werden und sorgen somit für Naturbegegnung und Bewegung. Entspannungsübungen oder Vorschläge für andere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sind keine enthalten.
verständliche Inhalte	X			Die Spielvorschläge werden immer unterteilt in Thema, Einkaufsliste (falls notwendig) und Spielidee und sind somit einfach in die Praxis umzusetzen. Die PädagogInnen werden genau angeleitet wie sie das Thema mit den Kindern bearbeiten können.

Fehlende Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen werden		X		Die Biobox hat natürlich einen Fokus auf Biologische Lebensmittel. Es werden aber auch Spiele zur Sinneswahrnehmung vorgestellt. Es könnte im Einleitungsteil noch mehr auf die Kinderernährung eingegangen werden. Positiv anzumerken ist die Erwähnung der Kinderlebensmittel, die als nicht wertvoll für Kinder beschrieben werden.
wissenschaftlicher Hintergrund der Inhalte	X			Erarbeitet wurde das Handbuch zur Biobox unter anderem von Ernährungswissenschaftlern und Biologinnen und die Inhalte stimmen mit dem wissenschaftlichen Forschungsstand überein. Für die Erprobung der Spielmaterialien wurden PädagogInnen herangezogen, die Spiele wurden also vorab von Kindern getestet.
Faktor der Motivation	X			Die Spielanregungen versuchen immer Wissen spielerisch zu vermitteln. Das Memory, die Tierstimmen CD und auch die Spielideen im Handbuch haben somit einen hohen Motivationsfaktor für Kinder.
Eigene Ideen der PädagogInnen	X			In den Spielanregungen wird auch Platz für Ideen der PädagogInnen gelassen. So wird bei der Anleitung zu "Das Auge isst mit" nicht genau definiert, welche Lebensmittel die Pädagogin hier kaufen soll und auch bei anderen Spielen kann sich die Pädagogin selbst einbringen.
Beispiele kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar	X			Spiele sind in der Box enthalten. Die meisten Spiele sind auch mit im Kindergarten vorhandenen Materialien umsetzbar. Teilweise sind sehr viele unterschiedliche Lebensmittel zu kaufen, es wird hier aber auf kleine Mengen hingewiesen, um Verluste zu vermeiden. Es wird versucht möglichst kostensparend Anregungen zu geben z.B.; Verwendung von Papier und Post ist statt Klettband und Stofftüchern, die eventuell nicht vorhanden wären).
Begründungen für Spielvorschläge		X		Die Begründungen für die einzelnen Spielvorschläge könnten noch präziser sein. Teilweise wird formuliert wozu das Spiel dienen soll, bei manchen

				Spiele kommt das aber nicht eindeutig heraus.
Gestaltung und Layout		X		Positiv hervorzuheben ist, dass der Druck auf ökologischem Druckpapier erfolgte. Die Schrift ist angenehm und gut zu lesen (schwarze Schrift auf weißem Hintergrund). Das Handbuch an sich ist allerdings nicht sehr ansprechend. Es fehlen Bilder, Fotos und Farben. Die Gliederung der Spielideen erfolgt immer nach dem gleichen Schema und ist sehr übersichtlich. Ein Inhaltsverzeichnis ermöglicht eine schnelle Orientierung.
an Alter und Interessen der Kinder orientiert		X		Es gibt vereinzelt Spielvorschläge für ältere oder jüngere Kinder bzw. verschiedene Spielvarianten werden vorgeschlagen. Die Pädagogin kann sich also die passenden Anregungen für ihre Gruppe herausnehmen. Die Spiele sind an den Interessen der Kinder orientiert und bieten eine breite Palette an unterschiedlichen Aktivitäten die von Bastel, Malen, Plastilin herstellen, Bewegungsimpulse bis hin zu Ratespielen, Memory und Kochen/Zubereiten gehen.
Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar			X	Es wird zwar erwähnt, dass die Biobox auch für Eltern und Großeltern zur Bewusstseinsbildung herangezogen werden kann. Auf die Bedeutung der Eltern in der Prägung des Ernährungsverhaltens oder die Wichtigkeit der Miteinbeziehung wird aber nicht konkret eingegangen.

Tabelle 10: Analyse des Handbuches zur Biobox

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Bewertung des Mediums „Maximas gesunde Kindi Jause“- Arbeitsmappe für KindergartenpädagogInnen
	Voll Erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	
Thematisierung gesundheitserzieherischer Aspekte		X		Es wird in der Einleitung beschrieben wie sich die Situation der Kinder heute darstellt und warum mit der Gesundheitserziehung früh begonnen werden muss. Die Bedeutung der Sinneswahrnehmung wird nicht thematisiert.
Miteinbeziehung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen			X	Auf weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen wird weder im „Theorieteil“ noch in den Angebotsanregungen näher eingegangen. Die Arbeitsmappe für PädagogInnen fokussiert auf die Ernährungserziehung.
verständliche Inhalte	X			Die Inhalte sind gut verständlich und durch Liedertexte oder Fotos von Bastelarbeiten anschaulich aufgearbeitet. Durch kleine Symbole am Rand ist auch leicht erkennbar um was für eine Art von Aktivität (Basteltipp, Kochen, Lied, Malen, Geschichte oder Spiel) es sich handelt. Der Aufbau den Jahreszeiten entsprechend ist auch sehr gelungen. So finden sich vom Herbst bis zum Sommer passende Angebote zu jeder Jahreszeit. Für PädagogInnen erleichtert diese Strukturierung die Arbeit.
Fehlende Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen werden		X		Der Theorieteil könnte noch etwas ausgebaut werden. Wobei anzumerken ist, dass die Arbeitsmappe ja nur einen Teil des Maxima Programmes darstellt und die PädagogInnen auch Fortbildungen besuchen, wo Theorie zur Kinderernährung vermittelt wird.

wissenschaftlicher Hintergrund der Inhalte	X		Die Arbeitsmappe wurde von einer Ernährungswissenschaftlerin des aks unter Mitwirkung von PädagogInnen und einer Kindergarteninspektorin konzipiert und entspricht dem wissenschaftlichen Forschungsstand.
Faktor der Motivation	X		Die Anregungen im „Praxisteil“ sind kindgerecht. Es wird ein spielerischer Zugang zur Ernährung geschaffen.
Eigene Ideen der PädagogInnen		X	Der Anhang in der Arbeitsmappe lässt Platz für eigene Ideen der PädagogInnen. Die Anregungen für Spiele, etc. sind allerdings schon sehr genau, oft durch Fotos unterlegt und regen nicht wirklich zum Einbringen eigener Ideen an.
Beispiele kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar	X		Die Beispiele sind unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar. Es werden keine räumlichen und nur geringe finanzielle Mittel benötigt.
Begründungen für Spielvorschläge	X		Die einzelnen Kapitel im Praxisteil sind so aufgebaut, dass immer zu Beginn erklärt wird warum die Behandlung dieses Themas wichtig ist. Die Beispiele dienen dann zur spielerischen Umsetzung.
Gestaltung und Layout	X		Gestaltung und Layout sind sehr gut. Die Mappe hat ansprechende Farben. Es sind viele Fotos und Abbildungen enthalten, wichtige Passagen (Maximas Tipps) werden farblich abgehoben und die Schrift ist gut zu lesen. Das Inhaltsverzeichnis erleichtert eine Orientierung und die Symbole an den Seitenrändern erhöhen die Übersichtlichkeit.
an Alter und Interessen der Kinder orientiert	X		Die Mappe wurde unter Mitwirkung von PädagogInnen entwickelt, die ja die KleinkindexpertInnen sind und die Anregungen sind somit am Alter und Interessen der Kinder orientiert.
Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar	X		Das Medium ist indirekt für die Elternarbeit einsetzbar, als es dazu auffordert eine Elternveranstaltung durchzuführen und dazu eine Ernährungsberaterin des Maxima Programmes einzuladen.

Tabelle 11: Analyse der Maxima Arbeitsmappe

Kriterium	Kriterium erfüllt?			Bewertung des Mediums „PeP: Mir geht’s gut- Gesundheit und Ernährung“- Projektmappe
	Voll Erfüllt	Teilweise erfüllt	Nicht erfüllt	
Thematisierung gesundheitserzieherischer Aspekte	X			Es werden die negativen Konsequenzen eines schlechten Ernährungsverhaltens angesprochen und warum mit der Gesundheitsförderung im Kleinkindalter begonnen werden muss. Der Stellenwert der Sinnesbildung wird ebenfalls beschrieben.
Miteinbeziehung anderer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen	X			Sowohl in der Einleitung als auch im Anregungsteil wird die Bewegung als wichtiger Faktor für die Erhaltung der Gesundheit, benannt und Beispiel für eine Umsetzung gegeben. Gesundheitsförderung wird von den Autoren so beschrieben: „Gesundheitsförderung bedeutet darüber hinaus auch, dass Sie positive Lebensbedingungen schaffen. Auch die Zahngesundheit wird thematisiert.
verständliche Inhalte	X			Die Inhalte sind verständlich dargestellt. Es wird angeführt welche Materialien benötigt werden und wie die Beispiele durchgeführt werden sollen, bzw. welche Fragen gestellt werden sollen.
Fehlende Inhalte bzw. könnten Informationen weggelassen werden		X		Die Mappe versucht durch die Aktionen verschiedene Bereiche (Natur, Lebenswelt, Technik; ästhetisch-kreative Bildung; sprachliche Bildung; Wahrnehmung und Bewegung und sozial-emotionale Bildung) abzudecken. Für PädagogInnen stellt diese Aufschlüsselung sicher eine Erleichterung dar. Es fehlen allgemeine Informationen zur Kinderernährung.
wissenschaftlicher Hintergrund der Inhalte		X		Die Mappe wurde von zwei deutschen ErzieherInnen erarbeitet. Der Zugang zum Thema Ernährung und Gesundheit ist daher eher pädagogisch, didaktisch und nicht wissenschaftlich bzw. nicht ernährungswissenschaftlich.
Faktor der Motivation	X			Die Anregungen zielen auf eine möglichst hohe Beteiligung der Kinder ab. Die Beispiele

			sind kindgemäß. Die Umsetzung macht Kindern Spaß.
Eigene Ideen der PädagogInnen	X		Ideen der PädagogInnen werden zugelassen, da einige Beispiele sehr offen formuliert werden und auch immer wieder zwischenzeitlich Informationen geschrieben stehen, die die Kindergärtnerin dazu anregen, sich selbst etwas einfallen zu lassen.
Beispiele kostengünstig und unter einfachen Voraussetzungen umsetzbar	X		Es braucht weder aufwändige finanzielle noch materielle Mittel zur Umsetzung. Es wird auch darauf hingewiesen, die für Angebote verwendeten Lebensmittel später zu verarbeiten.
Begründungen für Spielvorschläge		X	Es werden bei den meisten Angeboten Begründungen angeführt. Die Angebote sind auch alle den unterschiedlichen Bildungsbereichen zugeordnet. Die Übersichtlichkeit könnte allerdings noch verbessert werden, damit auf einen Blick klar ist, warum diese Übung sinnvoll ist.
Gestaltung und Layout		X	Gestaltung und Layout sind sehr ansprechend. Das Inhaltsverzeichnis und die Übersicht über die Bildungsbereiche ermöglichen eine gute Orientierung. Die Ausgliederung in drei Altersgruppen erleichtert ebenfalls die Arbeit für die PädagogInnen. Die Schrift ist gut zu lesen und die Schriftgröße und -art sind angenehm. Bilder lockern auf und Tipps werden farblich abgehoben.
an Alter und Interessen der Kinder orientiert	X		Die PeP Mappe wurde von zwei ErzieherInnen entwickelt und sie ist daher auch sehr gut an den Interessen der Kinder orientiert und gibt auch Tipps zum Einstieg ins Thema, was sehr positiv zu beurteilen ist.
Medium auch für die Elternarbeit einsetzbar	X		Es werden konkrete Tipps gegeben wie die Eltern miteinbezogen werden können.

Tabelle 12: Analyse der PeP-Mappe

LEBENS LAUF

Angaben zur Person

Karin Provin
geboren am 15.3.1984
in Wien, Österreich

Seuttergasse 20/21
1130 Wien
0680/317 17 82
karinprovin@hotmail.com

Ausbildung

seit 2003	Studium an der Universität Wien, Studienrichtung: Ernährungswissenschaften Schwerpunkte: Psychologie der Ernährung und Ernährungsökonomie
1998-2003	Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Wien 21
1994-1998	Bundesgymnasium, Bundesrealgymnasium und wirtschaftskundliches Bundesrealgymnasium in Wien 15
1990-1994	Volksschule in Wien 14

Berufliche Tätigkeiten

August 2001	Pfarrkindertagesheim Baumgarten (Praktikum)
Juli/August 2004, 2005, Juli 2006, Juli/August 2007 und August 2008	Kindergartenpädagogin in einem Kinderfreunde Kindergarten in Wien 16
August 2006	Ferenspielbetreuung im Rahmen eines Praktikums für den Verein Gesundheitsförderung Österreich
April/Mai 2008	Praktikum im Rahmen eines präventiv- medizinischen Projektes in Wiener Schulen
Juli 2008	Praktikum für ein Projekt des Wiener Hilfswerks in Pa Deng, Thailand
September 2005- Juni 2009	Lernhilfe in einem Hort der Wiener Kinderfreunde, in Wien 16 (geringfügig Beschäftigt)
Juli 2009	Betreuerin des starke Freunde Urlaubs in Mariazell
seit September 2006	Sporttrainerin von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen im Verein Gesundheitsförderung Österreich
seit August 2009	Kindergartenpädagogin der Gemeinde Wien

Interessen, Fähigkeiten, Sonstiges

Sprachen: Englisch
private Interessen: Lesen, Musik, Laufen, Volleyball, Wintersport

Wien, im April 2010