



**Organisationsentwicklung zur
gesundheitsförderlichen
Kindertageseinrichtung**

Prof. Dr. Maïke Rönnau-Böse
Evangelische Hochschule Freiburg,
Zentrum für Kinder- und Jugendforschung



1) Ausgangslage

1a) Ausgangslage Kindergesundheit

- Der Großteil der Kinder wächst gesund auf, aber bei 20% der Kinder sind gesundheitliche Auffälligkeiten vorhanden
- Diese chronifizieren sich, wenn nicht gezielte pädagogische (und ggf. therapeutische) Maßnahmen eingeleitet werden
- Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben das 3,7fache Risiko für einen mittelmäßigen bis schlechten Gesundheitszustand
- Sozioökonomischer Status beeinflusst Teilhabemöglichkeit und geringere Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Angeboten

1b) Bedeutung der Kindertageseinrichtung

- Fast alle Kinder der 3-6 jährigen (93,6%) besuchen eine Kindertageseinrichtung, 32,7% der U3-jährigen (Statistisches Bundesamt, 2016), Kitas sind erste Sozialisationsinstanz
- Grundlagen für eine gelingende Lebensbewältigung u. gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen und Einstellungen werden in der Kindheit gelegt (Lernen am Modell)
- In Kitas werden Familien zu einem frühen Zeitpunkt erreicht und haben Zugang zur Bevölkerungsgruppen, die sonst kaum für Angebote der (Eltern)Bildung ansprechbar sind (vgl. Kliche et al., 2008)
- Kindertageseinrichtungen haben einen erheblichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Kinder und ihrer Familien



Bewegung

„Bewegung von Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert“

- **Aktuelle Empfehlungen:**
 - Kinder und Jugendliche sollen jeden Tag mindestens 60 Minuten körperliche Aktivitäten mit „moderater und hoher Intensität“ realisieren.
- **Realität:**
 - Von den 4-17jährigen kommen 15% dieser Empfehlung nach (Jungen 17%, Mädchen 13 %; (BMG, MoMo-Daten, Albrecht et al., 2016); Abnahme mit zunehmendem Alter

6

Ernährung

„Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert“

- 20% der Kinder haben zum Schuleintritt Übergewicht
- Ein Teil der Kinder nimmt zu wenig pflanzliche Lebensmittel und mit zunehmendem Alter zu viele fettreiche tierische Lebensmittel zu sich (vgl. ESKIMO Studie)

⇒ Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse schon im frühen Kindesalter

Aus: Nationales Gesundheitsziel, BMG 7

Lebenskompetenz (Psychosoziale Gesundheit)

„Die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen ist erhöht, Belastungen/Belastungssituationen sind reduziert“

„life skills“, die von der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) 1994 als Lebenskompetenzen definiert wurden

- Selbstwahrnehmung
- Empathie
- Kreatives Denken
- Kritisches Denken
- Fähigkeit, Entscheidung treffen zu können
- Problemlösefähigkeiten
- Effektive Kommunikationsfähigkeit
- Interpersonale Beziehungsfertigkeiten
- Gefühlsbewältigung
- Stressbewältigung

WHO 1994, übersetzt von Bühler/Heppekausen (2005)

8

Resilienz

- Seelische Stabilität/psychische Widerstandsfähigkeit, die den erfolgreichen Umgang mit Belastungen und schwierigen Lebenssituationen beinhaltet (vgl. z.B. Wustmann, 2004)
- „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006)
- Verfügbarkeit/Zugänglichkeit von Ressourcen

Schutzfaktor Beziehung

Wichtigster Schutzfaktor: **Beziehung**

⇒ „Resilience rest fundamentally on relationship“
(Luthar, 2006)

- eine unterstützende u. zugewandte Beziehung ist stabilster Prädiktor für eine resiliente Entwicklung (Luthar, 2006)
- Bedeutung kompensierender Beziehungen (Pianta et al., 2008, Bengel et al., 2009)

⇒ „Schlüsselpersonen als Türöffner für neue Perspektiven“
(Wustmann, 2011)

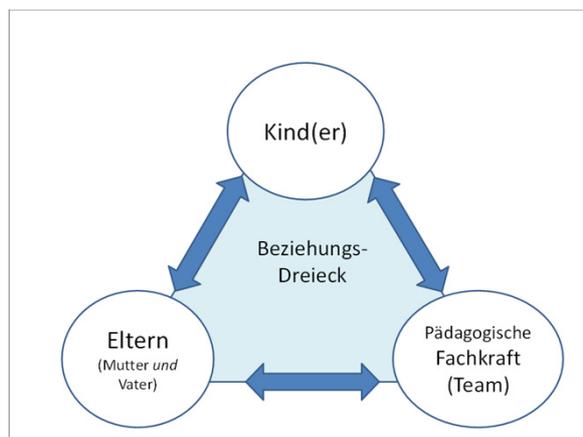
1c) Stand der Gesundheitsförderung in Kitas

- Aktivitäten der Gesundheitsförderung beziehen sich hauptsächlich auf die Kinder und weniger an die Eltern (50%) und MitarbeiterInnen (25%), kaum Berücksichtigung des Stadtteils (5%)
- Förderung der Lebenskompetenzen/Resilienz steht hinter den Aspekten der Ernährung und Bewegung zurück
- Insgesamt wenig settingorientierte Projekte und Aktivitäten
- 60% der Kitas vermitteln Eltern allgemeine gesundheitsbezogene Informationen

(vgl. Kliche et al., 2008, Geene et al., 2015)

2) Zusammenarbeit mit Eltern im Kontext Gesundheitsförderung

2) Beziehungsdreieck

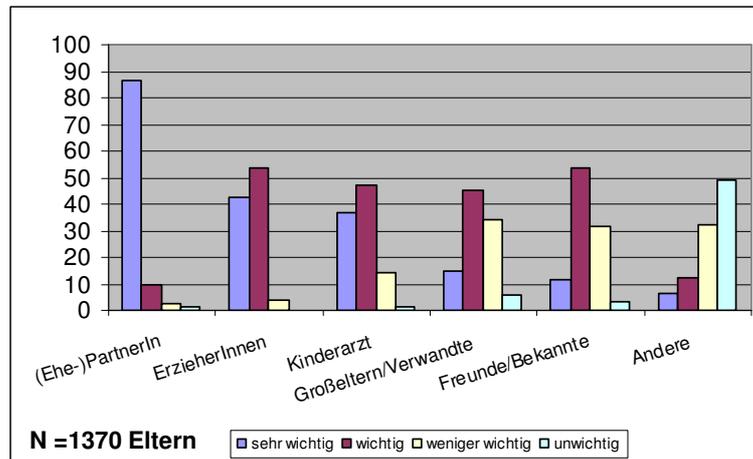


2) Erziehungspartnerschaft

- Familie und Kita bilden die wichtigsten Lebenswelten im frühen Kindesalter
- Eine grundsätzliche Übereinstimmung in Zielen und Werten wirkt sich positiv auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes aus
- die Lebenswelt Familie hat eher einen größeren Einfluss auf die Entwicklung des Kindes – insbesondere im jüngeren Alter
(vgl. dazu z.B. NICHD, 2006; Roßbach, 2006; Ahnert, 2010).
- Nachhaltige Wirkung von gesundheitsförderlichen Angeboten erst durch Zusammenarbeit mit Eltern u. Transfer in den Familienalltag

Ansprechperson für Erziehungsfragen

(aus: Fröhlich-Gildhoff et al., 2006)



2) Konfliktfelder

- Erzieherinnen, die beim Kind Auffälligkeiten feststellen, werden von Müttern häufig als inkompetent charakterisiert
- Diskrepanzen der Wahrnehmung sind weniger problematisch als der Umstand, dass die Erzieherin Schwierigkeiten beim Kind identifiziert (Fthenakis, Kalicki & Peitz, 2002)
- negative Bewertung des Kindes generell Belastung für die Eltern-Fachkraft-Beziehung

ABER:

- die Zufriedenheit der Mütter mit den pädagogischen Fachkräften wird von den Ressourcen der Mütter moderiert

2) Konfliktfelder

- Mütter, die zufrieden mit ihrer Mutterrolle sind und auf ein unterstützendes soziales Netzwerk zurückgreifen können, gehen besser mit der Situation um
- Mütter mit einem hohen Ressourcenpotential, die selber Probleme bei ihrem Kind sahen, bewerteten die ErzieherInnen sogar als kompetent und hilfreich (Peitz, 2004, S. 270)
- Soziale Netzwerke und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern müssen ausgebaut und gestärkt werden, um das Erleben von Erziehungskompetenz und die Zufriedenheit mit der Elternrolle zu verstärken – dies führt indirekt zu einer erhöhten Zufriedenheit mit den pädagogischen Fachkräften

2) Zusammenarbeit

- Paradigmenwechsel „weg von flächendeckenden Elterntrainings hin zu mehr individueller lebensweltbezogener Erziehungspartnerschaft“ (Tschöpe-Scheffler, 2014, S. 23)
- Elternbildung legt den Fokus auf das gemeinsame Entwickeln von Antworten auf individuelle Bedürfnisse und weniger auf ausgearbeitete allgemeine Kurse und Abläufe für alle Eltern
- Haltungsänderung: „weg vom Belehren, hin zur ressourcenstärkenden Begleitung“ (Tschöpe-Scheffler, 2014, S. 38)
- Partizipation und Empowerment

2) Ziele der Gesundheitsförderung der Eltern

- Stärkung familiärer Schutzfaktoren
- Stärkung der elterlichen Selbstwirksamkeit (Ermutigung)
- Stärkung der Erziehungskompetenzen
- Freude am Eltern-Sein
- Änderung der Perspektive
- Eltern als Modell für gelingende Bewältigung und Gesundheit
- eigene Bedürfnisse wahrnehmen

3) Handlungsfelder der GF in der Kita

3) Handlungsfelder der GF in der Kita

- Vier Handlungsfelder (Fachkräfte/Beschäftigte der Einrichtung, Kinder, Eltern, Umfeld)
- Gesundheit nicht Verantwortung des Einzelnen
- Etablierung von gesundheitsförderlichen Strukturen, Koppelung von Verhältnis- und Verhaltensprävention
- Ansetzen im Alltag und der Lebenswelt der Zielgruppen
- Settingansatz als zentrale Strategie, um Gesundheit nachhaltig zu verankern

Strategie: Multimodaler Setting-Ansatz



4) Fazit

Fazit

- Die Stärkung der Eltern ist eine dreifache Investition:
 - 1) Gesunde Eltern
 - 2) Nachhaltige Unterstützung der Gesundheit der Kinder
 - 3) Weniger Arbeit für die pädagogischen Fachkräfte
- Die Beziehung als Schlüssel
- Setting-Ansatz und Empowerment des Einzelnen

**„Every child [everyone] needs
somebody who is completely crazy
about him!“** (Bronfenbrenner, 1979)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

roennau-boese@eh-freiburg.de
www.zfkj.de