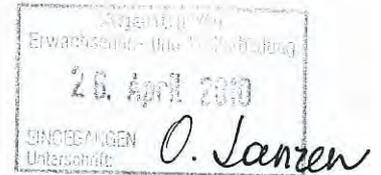


**Projektantrag im Rahmen der Schwerpunktsetzung des  
Niedersächsischen Instituts für Frühkindliche Bildung und  
Entwicklung**

**1. Titel und Antragsteller**



**Bewegungs- und Sozialverhalten von Kindern im Vorschulalter  
– Einflussfaktoren zur Stärkung der Gesundheitsressourcen im Kontext  
von Kindergarten und Familie**

**Antragssteller:**

**Prof. Dr. phil. Ulla Walter**

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: 0511/532-4455, Fax: -5347,  
Email: walter.ulla@mh-hannover.de

**Prof. Dr. phil. Rolf Werning**

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511/762-17375, Email: rolf.werning@ifs.phil.uni-hannover.de

**Dr. phil. Michael Urban**

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover,  
Tel.: 0511/762-17526, Email: michael.urban@ifs.phil.uni-hannover.de

## 2. Inhaltsverzeichnis mit Seitenzahlen

1. Titel und Antragsteller .....	1
2. Inhaltsverzeichnis mit Seitenzahlen .....	2
3. Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt.....	2
3.1. Kenndaten.....	2
3.1.1. Sprecher/in des Forschungsvorhabens / Ansprechpartner/in.....	2
3.1.2. Liste aller am Projekt beteiligten Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler.....	3
3.1.3. Förderzeitraum und Fördersumme .....	3
3.2. Forschungsprojekt.....	3
3.2.1. Zusammenfassung .....	3
3.2.2. Ausgangssituation und Genese des Projektes .....	4
3.2.3. Ziele des Forschungsprojektes .....	6
3.2.4. Theoretische Einordnung des Projekts und Bezug des Projekts zum Stand der Forschung und Hypothesen .....	6
3.2.4.1. Theoretische Einordnung des Projekts.....	6
3.2.4.2. Bezug des Projekts zum Stand der Forschung .....	9
3.2.4.3. Fragestellungen.....	16
3.2.4.4. Hypothesen .....	16
3.2.5. Eigene Vorarbeiten für dieses Projekt.....	17
3.2.6. Darstellung des Forschungsprogramms .....	18
3.2.6.1. Studiendesign.....	18
3.2.6.2. Erhebungsinstrumente .....	21
3.2.6.3. Datenanalyse .....	23
3.2.7. Kooperationspartner .....	24
3.3. Inhaltlich-strukturelle Einbindung des Forschungsprojektes in die Themensetzung der Ausschreibung.....	24
3.4. Arbeits- und Zeitplan .....	24
4. Beantragte Fördermittel .....	26
4.1. Personal .....	26
4.2. Sachmittel .....	26
4.3. Kostenkalkulation und Zeitplan .....	26
5. Anhang.....	27
6. Literatur.....	30

## 3. Allgemeine Angaben zum Forschungsprojekt

### 3.1. Kenndaten

#### 3.1.1. Sprecher/in des Forschungsvorhabens / Ansprechpartner/in

Prof. Dr. phil. Ulla Walter

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Tel.: 0511/532-4455, Fax: -5347, Email: [walter.ulla@mh-hannover.de](mailto:walter.ulla@mh-hannover.de), Homepage: <http://www.mh-hannover.de/spr.html>

Prof. Dr. phil. Rolf Werning

Leibniz Universität Hannover, Institut für Sonderpädagogik, Schlosswender Str. 1, 30159 Hannover, Tel.: 0511/762-17375, Email: [rolf.werning@ifs.phi.uni-hannover.de](mailto:rolf.werning@ifs.phi.uni-hannover.de)

**3.1.2. Liste aller am Projekt beteiligten Wissenschaftlerinnen / Wissenschaftler**

Name, Vorname, akad. Grad	Fachrichtung	Bezeichnung des Hochschulinstituts bzw. der außeruniversitären Einrichtung	Stelle soll aus Mitteln des Antrags finanziert werden
Ulla Walter, Prof. Dr. phil.	Public Health	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesund- heitssystemforschung	
Rolf Werning, Prof. Dr. phil.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonder- pädagogik	
Michael Urban, Dr. phil.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonder- pädagogik, Abteilung Pädagogik bei Lern- beeinträchtigung	
Elena Sterdt	Gesundheits- wissenschaften, Public Health	Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesund- heitssystemforschung	X
N.N.	Sonderpädagogik	Universität Hannover, Institut für Sonder- pädagogik	X

**3.1.3. Förderzeitraum und Fördersumme**

Förderzeitraum: Juli 2010 bis Juni 2012

Fördersumme: 199.888,77 €

**3.2. Forschungsprojekt****3.2.1. Zusammenfassung**

In dem Forschungsvorhaben soll auf Basis eines Mixed-Methods-Designs der Zusammenhang zwischen familienbezogenen Determinanten, systematischen Bewegungskonzepten in Kindergärten und Kindertagesstätten<sup>1</sup> und dem Bewegungsverhalten, den Gesundheitsressourcen sowie Peer-Interaktionen von Vorschulkindern untersucht werden. Dazu werden eine Bestandserhebung von (systematischen) Bewegungskonzepten und -angebotsstrukturen in Kindergärten in Niedersachsen (Vollerhebung) (Studienmodul I), eine Befragung von Kindern und Eltern in Kindergärten mit bzw. ohne systematischem Bewegungskonzept (Studienmodul II) sowie ethnographische Fallstudien mit Kindern (Studienmodul III) durchgeführt. Die drei Studienmodule sind wechselseitig aufeinander bezogen und ermöglichen es, die jeweiligen Forschungsergebnisse

<sup>1</sup> Für eine bessere Übersicht wird in den folgenden Ausführungen der Begriff „Kindergärten“ verwendet. Gemeint sind damit sowohl Kindergärten als auch Kindertagesstätten.

weiter zu detaillieren bzw. sie in einen umfassenderen Kontext zu stellen. Das gewählte Studiendesign unterstützt eine Absicherung der theoretischen Interpretation der Forschungsergebnisse.

### 3.2.2. Ausgangssituation und Genese des Projektes

In den letzten Jahren haben sich die Antragsteller aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Forschungsgegenstand beschäftigt. Ein aktuelles gemeinsames Projekt der Antragsteller wird derzeit vom nifbe gefördert: „Gesundheitsbildung und -förderung im Elementarbereich. Entwicklung von Körpergefühl, Gesundheitsvorstellungen und -theorien im Kontext von Kindergarten und Familie“ (ProjektleiterIn: Werning, Walter, Urban, Dierks; nifbe 2009-2011). Im Rahmen der Entwicklung dieses Forschungsprojektes konnte eine fruchtbare interdisziplinäre Kooperationsstruktur zwischen den Antragstellern der Medizinischen Hochschule Hannover und der Leibniz Universität Hannover entwickelt werden. Inhaltlich knüpft das hier beantragte Forschungsvorhaben an das gemeinsame Projekt an, fokussiert dabei aber eine neue und eigenständige Fragestellung und wählt mit einem primär quantitativen Forschungsdesign einen anderen, breiter gefassten methodischen Zugang. Interessiert im derzeit laufenden nifbe-Projekt insbesondere die Entstehung von Körpergefühlen und Gesundheitsvorstellungen, so soll im hier beantragten Forschungsvorhaben mit der Frage nach den Auswirkungen von systematischer Bewegungsförderung der institutionelle Kontext der Kindergärten ins Zentrum gerückt werden.

**Medizinische Hochschule Hannover.** Hervorzuheben sind mehrere Projekte, die sich mit Bildung und Gesundheit, sozialer Benachteiligung sowie der Erreichbarkeit von diversen Zielgruppen befassen. Hierzu zählen insbesondere fünf BMBF-geförderte Projekte. Das Projekt „fit für pisa“ – „Effektivität und Kosteneffektivität täglichen Schulsports in der Grundschule“ – (ProjektleiterIn: Walter, Röbl, Krauth, BMBF 2007-2010) untersucht die Nachhaltigkeit täglichen Schulsports sowie Effekte bei sozial benachteiligten Kindern. Bei der auf einem bundes- und landesweiten Modellprojekt aufbauenden Studie „Schulentwicklung durch Gesundheitsmanagement – Entwicklung einer Kennzahlentoolbox, Bewertung der Zielerreichung, der Wirksamkeit und der Kosten“ (ProjektleiterIn: Walter, Krauth; Förderer: BMBF 2009-2012) werden vor allem Schulen in sozialen Brennpunkten hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Organisation unterstützt und evaluiert. Das Projekt wird in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen sowie Kranken- und Unfallkassen durchgeführt.

Der Erreichbarkeit von Migranten über unterschiedliche Zugangswege (Komm-, Zugeh- Mischstruktur) und in unterschiedlichen Settings widmete sich das Projekt „Effektivität und Kosteneffektivität des Zugangsweges über muttersprachliche Präventionsberater zur Optimierung des Gesundheitsverhaltens von russisch- und türkischsprachigen Migranten“ (ProjektleiterIn: Walter, Machleidt, Krauth; BMBF 2005-2008), in dem zusätzlich in einer Einwohnermeldestichprobe das Informations- und Präventionsverhalten mittels zweisprachigen Fragebögen erhoben und mit einer deutschen Stichprobe verglichen wurde. Das Projekt gibt Hinweise auf eine migrantensensible Prävention bei Erwachsenen und die Erreichbarkeit einer als schwer zugänglich geltenden Zielgruppe. In einer Studie in Kooperation mit der AOK Niedersachsen wurden Konzepte aufsuchender Beratung bei Versicherten in den letzten Wochen der Schwangerschaft entwickelt, ebenso Programme zur Schulung von Eltern neurodermitiskrankter Kinder (ProjektleiterIn: Dierks, Buser, Walter 1998-2001). Die Analyse und Optimierung der Erreichbarkeit ist ebenfalls ein zentraler Aspekt des Projektes „Ältere gezielt erreichen – Effektivität und Kosteneffektivität von Zugangswegen am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“ (ProjektleiterIn: Walter, Hummers-Pradier, Krauth; BMBF 2008-2011). Hierbei wird u.a. eine zielgruppenorientierte, alters- und gendersensible Ansprache entwickelt, im Feld eingesetzt und evaluiert. Im

Rahmen der Studie „Gesundheits- und Alterskonzepte von Ärzten und Pflegekräften“ (ProjektleiterIn: Walter, Flick, Schwartz; BMGS 2001-2003) wurden episodische Interviews mit Professionellen im Gesundheitswesen – Hausärzten und ambulanten Pflegekräften – zur Erfassung ihrer subjektiven Konzepte von Gesundheit, Alter(n) und Prävention durchgeführt.

Das übergreifende „Kooperationsprojekt für nachhaltige Prävention und Präventionsforschung“ (ProjektleiterIn: Walter [MHH], Koch, Kliche [UKE], Pott, Nöcker [BZgA] 2009 - 2012) zielt darauf ab, Forschungsergebnisse des BMBF-Förderschwerpunkts Präventionsforschung aufzubereiten und zu disseminieren, Erkenntnisse über wirkungsvolle Prävention zusammenzuführen sowie Präventionsforschung zu vernetzen.

Das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (Projektleiterin: Walter) unterstützte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bei der wissenschaftlichen Erarbeitung der Handlungsempfehlungen zur Kindergesundheit (2008). Für die Bertelsmann Stiftung erstellten Walter und Liersch 2007 ein Gutachten zur „Gesundheit für Kinder und Jugendliche: Datenlage, Handlungsbedarf und Handlungsalternativen“. Die Antragsstellerin ist darüber hinaus Mitherausgeberin des Buches „Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung“ (Hrsg. Bitzer, Walter, Lingner, Schwartz, Springer: Berlin, Heidelberg 2009).

Im Rahmen zweier Weißbücher zur Prävention (Stress, Bewegung) (Projektleitung: Walter, Kaufmännische Krankenkasse 2005-2006, 2007-2008) erfolgte eine Darstellung der Einflussfaktoren (Risiko- und Schutzfaktoren), der Evidenz präventiver Interventionen sowie von Best-Practice-Beispielen. Berücksichtigt wurden jeweils verschiedene Lebensphasen und -bereiche. Aktuell befindet sich ein Weißbuch (2009-2010) zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Vorbereitung.

In den angeführten sowie weiteren Projekten kommen neben systematischen Literaturrecherchen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden (Fokusgruppen, Interviews) zum Einsatz.

**Leibniz Universität Hannover.** Neben den oben genannten Forschungsprojekten der Medizinischen Hochschule Hannover sowie dem Kooperationsprojekt „Gesundheitsbildung und -förderung im Elementarbereich“ ist auf die Forschungsschwerpunkte „Soziale Marginalisierung und erschwerte Bildungsprozesse“ sowie „Frühpädagogik und Transition in die Grundschule“ am Institut für Sonderpädagogik der Leibniz Universität Hannover hinzuweisen. Am Institut laufen derzeit verschiedene Forschungsprojekte, die unter anderem die große Schnittmenge der beiden Schwerpunktbereiche abbilden. Im Rahmen des niedersächsischen Forschungsverbundes „Frühkindliche Bildung und Entwicklung“ untersucht das vom niedersächsischen MWK geförderte Projekt „Lernerfahrungen im Übergang. Lern- und Entwicklungsprozesse sozial randständiger Kinder im Schnittfeld von Familie, Kindergarten und Schule“ (Projektleitung: Werning, Urban; 2008-2011) das Zusammenwirken der Konstrukte von Eltern, ErzieherInnen und Grundschullehrkräften über das Kind als Lernendes in Hinblick auf die Selbstkonzepte und die Lernentwicklung. Desweiteren wird im Projekt „Potenziale der Ganztagsförderschule (Lernen) zur Optimierung der Relation zwischen Familie und Schule unter besonderer Berücksichtigung von positiven Beeinflussungsmöglichkeiten elterlicher Erziehungskompetenzen zur Unterstützung schulischen Lernens“ (Projektleitung: Werning 2008-2010), gefördert vom BMBF, erforscht, welche Möglichkeiten die Schulform der Ganztagschule zur Anregung und Unterstützung familiärer Bildungsprozesse und zur schulischen Einbindung von bildungsfernen Eltern aufweist. Zugleich läuft am Institut für Sonderpädagogik ein Forschungsprojekt zur „Interessenentwicklung von Kindern aus soziokulturell benachteiligten Familien im Übergang vom Kindergarten zur Grundschule“ (Projektleitung: Werning 2009-2011), mit dem anwendungsbezogen untersucht wird, welche Möglichkeiten für die gezielte Förderung

bei der Entwicklung kindlichen Interesses identifizierbar sind und wie diese im Sinne einer Resilienzförderung genutzt werden können. Die Erfahrungen in diesen Projekten, gerade im Bereich der fortlaufenden Weiterentwicklung der methodischen Anteile, sind für das beantragte Forschungsprojekt im hohen Maße relevant. Insbesondere die geplanten teilnehmenden Beobachtungen im Rahmen vertiefender qualitativer Fallstudien können auf diese Vorarbeiten aufbauen.

Der Lehrbereich „Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen“ ist ferner an einem internationalen Forschungsnetzwerk „Research on minority groups in special education“ (Projektleitung: Artiles, Dyson, Kozleski, Person, Werning) beteiligt. In diesem Zusammenhang läuft eine international vergleichende Studie (Projektleitung: Löser, Werning) zum schulischen Umgang mit kultureller und sprachlicher Vielfalt in Kanada, Schweden und Deutschland sowie eine Studie „Comparative analysis of equity in inclusive education“ (Projektleitung: Artiles, Kozleski, Werning).

### **3.2.3 Ziele des Forschungsprojektes**

Ziel des Forschungsprojektes ist es, den Zusammenhang zwischen familienbezogenen Determinanten, systematischen Bewegungskonzepten in Kindergärten und dem Bewegungsverhalten, den Gesundheitsressourcen und Peer-Interaktionen von Vorschulkindern zu untersuchen. Es soll analysiert werden, inwieweit systematisch geförderte Bewegung in den Kindergärten neben familienbezogenen Aspekten das Bewegungsverhalten, die Gesundheitsressourcen und die Peer-Interaktion von Kindern im Vorschulbereich beeinflussen. Weiterhin soll ermittelt werden, welchen Einfluss die Eltern auf das Bewegungsverhalten der Kinder haben.

### **3.2.4 Theoretische Einordnung des Projekts und Bezug des Projekts zum Stand der Forschung und Hypothesen**

#### **3.2.4.1 Theoretische Einordnung des Projekts**

Die theoretische Grundlage des Projekts bilden ein sozial-ökologisches Modell (Bronfenbrenner, Lüscher 1981), das biopsychosoziale Modell von Gesundheit (WHO 1986) und die sozial-kognitive Theorie nach Bandura (1986).

#### **a. Sozial-ökologisches Modell**

Der Erfassung komplexer Interaktionen in verschiedenen Lebensräumen wurden in den vergangenen Jahren in der Gesundheitsförderung zunehmend soziale Modelle zugrunde gelegt (Booth et al. 2001; Stokols et al. 1996). Hierzu zählt das sozial-ökologische Modell von Bronfenbrenner (1993), das die Relation zwischen kindlichen Entwicklungsprozessen und beeinflussenden Umweltsystemen auf der Mikro-, Exo- und Makroebene beschreibt (Niederer et al. 2009) (vgl. Abb. 1). Der „psychobiologische Kern“ des Modells repräsentiert genetische, physiologische und sozial-kulturelle Aspekte/Einflüsse, die die Identität des Einzelnen prägen („individual child“). Zum Mikrosystem, der unmittelbaren Umwelt, mit der das Kind interagiert, gehören u.a. Eltern, Peers und Erzieher. Das Exosystem umfasst die Umwelt, mit der das Kind nicht ständig direkt in Kontakt ist. Hierzu zählen z.B. Nachbarschaft und Massenmedien, aber auch Konzepte von Schule/Kindergarten, die die Entwicklung des Kindes beeinflussen können. Die kindliche Entwicklung vollzieht sich demnach im Kontext unterschiedlicher Systeme. Probleme können auftreten, wenn diese Systeme nicht miteinander kompatibel und dadurch erlernte Verhaltensweisen und Erfahrungen nicht übertragbar sind. Für

Vorschulkinder sind die drei wesentlichen Systemelemente, die in Interventionen angezielt werden sollten, Familie, Erzieher und Peers (Niederer et al. 2009).

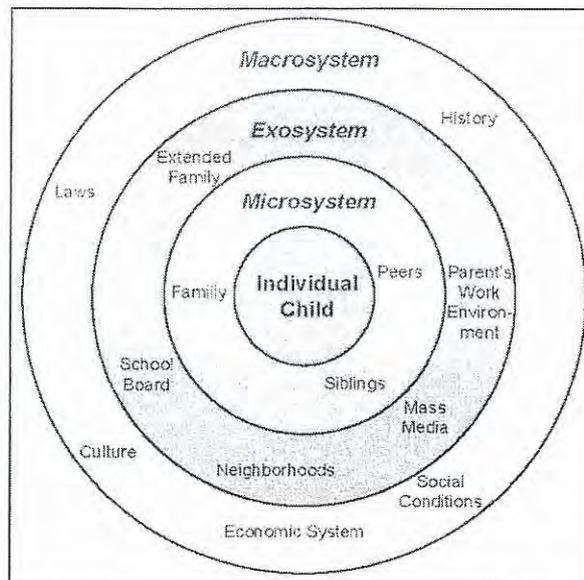


Abbildung 1: Sozial-ökologisches Modell (Niederer et al. 2009)

### b. Biopsychosoziales Modell von Gesundheit: Ressourcenförderung und Empowerment

Das durch die WHO (1986) propagierte biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit orientiert sich weniger an der Vermeidung von Risiken und Krankheit, sondern an einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung durch Stärkung psychischer, sozialer und körperlicher Ressourcen. Dieser Perspektivenwechsel wird durch Befunde der Forschung zu Resilienz und Widerstandsfähigkeit unterstützt, nach denen nicht allein Risiken, sondern insbesondere Ressourcen und Schutzfaktoren entscheidend für gesundheitliche Entwicklungen sind (Masten 2001). Auch seelisch, sozial und gesundheitlich stark belastete Kinder und Jugendliche können bei vorhandenen sozialen (z.B. eine gute Beziehungsqualität zu Peers) und persönlichen Ressourcen (z.B. Selbstsicherheit) günstige körperliche und psychosoziale Entwicklungen aufweisen. Ressourcenorientierte Gesundheitsförderung wird als Empowerment-Strategie verstanden, die Menschen befähigen soll, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, alltägliche Anforderungen zu bewältigen und mit gesundheitlichen Risiken fertig zu werden, so dass Wohlbefinden und Gesundheit profitieren (Jerusalem 2009). Ressourcenförderung beinhaltet sowohl die Stärkung

- individueller Ressourcen (z.B. emotionale, kognitive, soziale Kompetenzen) als auch
- systemischer Ressourcen (z.B. Familienzusammenhalt, Schulklima, Interaktions- und Kommunikationsprozesse).

Ressourcenstärkung in Kindheit und Jugend ist eine der wichtigsten Aufgaben psychologischer Gesundheitsförderung, damit sich protektive Lebensstile entwickeln können (Jerusalem 2007). Im Hinblick auf die Förderung eines möglichst breiten allgemeinen Kompetenzspektrums ist ein prototypisches Beispiel der Lebenskompetenzen-Ansatz für Kinder und Jugendliche im Rahmen schulischer Gesundheitsförderung (Jerusalem und Meixner 2009).

Neben der Stärkung individueller Ressourcen ist die Förderung systemischer Ressourcen von Bedeutung (Lengerke 2007; Jerusalem 2009). Systemische Ansätze der Ressourcenförderung versuchen, das Lebens-

umfeld durch ganzheitliche Berücksichtigung struktureller Gegebenheiten, kultureller Bedingungen, individueller Lebensstile und sozialer Kontexte einzubeziehen. Aus systemischer Sicht kann auch durch Elterntrainings versucht werden die häuslichen Erziehungsbedingungen für eine Ressourcenstärkung von Kindern möglichst günstig zu gestalten (Naumann et al. 2007).

### c. Sozial-kognitive Theorie

Eine zentrale theoretische Basis für erfolgreiche Interventionsprogramme zur Modifikation von Verhaltensweisen, wie z.B. der Förderung der körperlich-sportlichen Aktivität und des Sozialverhaltens, stellt die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1986) dar (Marcus und Forsyth 2009; Schwarzer 2004). Diese beinhaltet verschiedene Konstrukte zum Verständnis und zur Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens (Baranowski et al. 2002) (vgl. Tab. 1).

Tabelle 1: Wesentliche Konzepte der sozial-kognitiven Theorie und Schlussfolgerungen für Interventionen (aus: Baranowski et al. 2002)

Concept	Definition	Implications
Environment	Factors physically external to the person	Provide opportunities and social support
Situation	Person's perception of the environment	Correct misperceptions and promote healthful norms
Behavioral capability	Knowledge and skill to perform a given behavior	Promote mastery learning through skills training
Expectations	Anticipatory outcomes of a behavior	Model positive outcomes of healthful behavior
Expectancies	The values that the person places on a given outcome; incentives	Present outcomes of change that have functional meaning
Self-control	Personal regulation of goal-directed behavior or performance	Provide opportunities for decision making, self-monitoring, goal setting, problem solving, and self-reward
Observational learning	Behavioral acquisition that occurs by watching the actions and outcomes of others' behavior	Include credible role models of the targeted behavior
Reinforcements	Responses to a person's behavior that increase or decrease the likelihood of reoccurrence	Promote self-initiated rewards and incentives
Self-efficacy	The person's confidence in performing a particular behavior and in overcoming barriers to that behavior	Approach behavior change in small steps to ensure success; seek specificity about the change sought
Emotional coping responses	Strategies or tactics that are used by a person to deal with emotional stimuli	Provide training in problem solving and stress management; include opportunities to practice skills in emotionally arousing situations
Reciprocal determinism	The dynamic interaction of the person, behavior, and the environment in which the behavior is performed	Consider multiple avenues to behavioral change including environmental, skill, and personal change

Nach der sozial-kognitiven Theorie werden kognitive, motivationale, emotionale und aktionale Prozesse durch subjektive Überzeugungen gesteuert. Dabei spielen insbesondere die Handlungs-Ergebnis-Erwartung bzw. Konsequenzerwartung („outcome expectancies“) und die Selbstwirksamkeitserwartung bzw. Kompetenzüberzeugung („perceived self-efficacy“) eine wichtige Rolle, wobei die Selbstwirksamkeit im Mittelpunkt steht (Schwarzer 2004; Hohmann und Schwarzer 2009). Selbstwirksamkeitsüberzeugungen spielen als persönliche Ressourcen sowohl für die Absicht zu gesundheitsschützendem Verhalten als auch für die Verhaltensunterstützung eine zentrale Rolle (Bandura 2001). Selbstwirksamkeit ist eine Schlüsselressource

für die Selbst- und Verhaltensregulation und stellt einen der besten Prädiktoren für präventives Verhalten dar (Jerusalem 2009).

Ein wichtiger Kernpunkt der Theorie ist weiterhin das Konzept des Beobachtungslernens. Aus der Beobachtung von Modellen (z.B. Eltern, Erzieher, Peers) können sowohl Änderungen im Verhalten als auch kognitive und emotionale Veränderungen resultieren (Fuchs 1997).

### **3.2.4.2 Bezug des Projekts zum Stand der Forschung**

#### **a. Bewegung und Gesundheit**

Körperliche Aktivität ist aus Public Health-Perspektive einer der wichtigsten Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden (Lampert et al. 2007; Langness et al. 2005; Walter et al. 2005). Sportlicher Aktivität wird sowohl im medizinischen Risikofaktorenansatz als auch unter sozialisationstheoretischer Perspektive eine unterstützende Funktion zur Erhaltung der Gesundheit zugeschrieben (Sygusch et al. 2006).

Ein aktiver Lebensstil trägt dazu bei, eine Vielzahl chronischer Erkrankungen und Beschwerden, wie z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes mellitus Typ II, Darmkrebs, Osteoporose und Rückenschmerzen vorzubeugen sowie Mortalität und Morbidität zu reduzieren (Langness et al. 2005; Lampert et al. 2007). Untersuchungen deuten darauf hin, dass das in der Kindheit entwickelte Bewegungsverhalten sowie die erworbenen Bewegungsfähigkeiten im Erwachsenenalter fortbestehen (van der Horst et al. 2007; Lampert et al. 2007; Langness et al. 2005). Bereits im Kindesalter ist Bewegung daher bedeutsam für die Entwicklung eines gesundheitsrelevanten Lebensstils (Troost et al. 1999). Kinder und Jugendliche, die ein hohes Aktivitätslevel aufweisen, haben eine geringere Wahrscheinlichkeit Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Bluthochdruck, Übergewicht und Tabakkonsum auszubilden (Salmon et al. 2007; Lampert et al. 2007). Bereits bei Vier- bis Siebenjährigen bewirkt eine höhere physische Aktivität eine niedrigere Anzahl kardiovaskulärer Risikofaktoren wie BMI, Gesamtcholesterin, HDL/Gesamtcholesterin-Ratio, Trygliceride und systolischer Blutdruck (Sääkslahti et al. 2003). Die WIAD-AOK-DSB-Studie II zeigt einen Zusammenhang zwischen der Sportaktivität und der allgemeinen motorischen Fitness. Kinder und Jugendliche, die regelmäßig körperlich-sportlich aktiv sind, haben eine deutlich höhere sportmotorische Leistungsfähigkeit als unregelmäßig (höchstens ein Mal in der Woche) oder gar nicht aktive Kinder und Jugendliche. Besonders positive Effekte einer regelmäßigen körperlich-sportlichen Aktivität lassen sich hinsichtlich der Parameter Kraft, Koordination, Schnellkraft und Beweglichkeit feststellen (Klaes et al. 2003). Einen positiven Zusammenhang zwischen motorischen und kognitiven Leistungen zeigen erste Ergebnisse des deutschen CHILT-Projektes (Children's Health Interventional Trial) (Graf et al. 2003).

Neben positiven Effekten auf den Stoffwechsel, das Herz-Kreislauf- und Immunsystem sowie die motorische Entwicklung steht regelmäßige körperliche Aktivität in engem Zusammenhang mit einer verbesserten psychischen Gesundheit, wie z.B. einem höheren Selbstbewusstsein und einem geringeren Erleben von Ängstlichkeit und Stress. Darüber hinaus fördert ausreichende Bewegung die Persönlichkeitsentwicklung, das Erlernen sozialer Kompetenzen und ein positives Selbstbild (Graf et al. 2006; Lampert et al. 2007; van der Horst et al. 2007; Davison und Lawson 2006).

Bewegungsmangel dagegen erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von motorischen Defiziten, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie eines verminderten

Selbstwertgefühls (Oppen et al. 2007). Ein inaktiver Lebensstil ist bei Erwachsenen mit einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität und kardiovaskulären Risikofaktoren assoziiert. Weitere Folgen können Einschränkungen des Bewegungsapparates (z.B. Osteoporose), des Kreislaufsystems und des Immunsystems (z.B. Tumorerkrankungen) sein. Bei Kindern wird angenommen, dass langfristig ähnliche Folgeerscheinungen wie bei Erwachsenen resultieren. Folgen eingeschränkter Bewegungserfahrungen im Kindesalter sind motorische Unruhe, Ungeschick und Bewegungsunlust sowie emotionale Labilität, Konzentrations- und Antriebsstörungen (Graf et al. 2006). Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und körperlicher Inaktivität wurde vielfach nachgewiesen (Oppen et al. 2005; Bös et al. 2002). Adipositas ist ebenfalls stark mit chronischen Erkrankungen im Erwachsenenalter assoziiert, so dass jeder Effekt körperlicher Aktivität auf Übergewicht und Adipositas in der Jugend sowohl für den gegenwärtigen als auch den zukünftigen Gesundheitszustand bedeutsam ist (Sallis und Owen 1999). In der longitudinal ausgerichteten Kinder-Framingham-Studie wurden bei Kindern (vier bis elf Jahre), die im obersten Drittel bezüglich täglicher körperlicher Aktivität lagen, geringere Zunahmen im BMI gefunden (Sygusch et al. 2006). Studien zeigen einen konsistenten positiven Zusammenhang zwischen sitzenden Tätigkeiten und Adipositas (Sallis und Owen 1999). Marshall et al. (2004) konnten einen statistisch signifikanten, wenn auch kleinen, Zusammenhang zwischen Fernsehkonsum und Körperfett bei Kindern und Jugendlichen zwischen drei und 18 Jahren ermitteln. Ebenfalls zeigte sich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen Fernsehen und körperlicher Aktivität (ebenda). Gortsmaker et al. (1996, ähnlich Crespo et al. 2001) beobachteten eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Übergewicht und Fernsehkonsum. Andersen et al. (1998) haben ebenfalls ermittelt, dass körperliche Inaktivität, bedingt durch Freizeitbeschäftigungen wie Fernsehen und Computer, nachweislich in einem engen Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas steht. Ergebnisse der CHILT-Studie verdeutlichen, dass Kinder mit einem höheren Körpergewicht und BMI schlechtere Ergebnisse in der Gesamtkörperkoordination und Ausdauerleistungsfähigkeit hatten. Kinder, die sich vermehrt aktiv betätigen (im Verein und/oder regelmäßig außerhalb des Vereins) wiesen eine bessere Gesamtkörperkoordination auf (Graf 2005). Übergewichtige Kinder sind deutlich weniger körperlich aktiv als Normalgewichtige (Trost et al. 2001). Insgesamt zeigen sowohl quer- als auch längsschnittliche Beobachtungsstudien eine geringere Prävalenz von Adipositas bei körperlich sehr aktiven Jugendlichen als bei gering Aktiven (Strong et al. 2005).

Dem Kindesalter und der Vorpubertät kommt insbesondere bei der Entwicklung einer Adipositas über die Lebenszeit eine entscheidende Bedeutung zu (Gillman 2004; Anderson und Butcher 2006). Adipositas im Kindesalter ist ein bedeutender Prädiktor für adulte Adipositas (Whitaker et al. 1997). Ebenso hat auch in jungen Jahren etablierte körperliche Aktivität bzw. Inaktivität eine hohe Wahrscheinlichkeit von Persistenz im Lebensverlauf (Kelder et al. 1994).

Nationale und internationale Studien konstatieren eine Abnahme der alltäglichen Bewegung und der körperlichen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zur aktuellen Bewegungssituation in Deutschland weisen auf eine deutliche Reduktion der körperlichen Aktivität mit zunehmendem Alter. Erfüllen noch 36,7% der Vierjährigen die internationalen Bewegungsempfehlungen der WHO, sind es bei den Zehnjährigen nur noch 17,3% (Bös et al. 2007, Lampert et al. 2007). Eine britische Studie (Diguseppi und Roberts 1997) zeigt einen Rückgang (1985-1992) der per Fuß oder Fahrrad zurückgelegten Wege bei 0 bis 14-jährigen Kindern um 20% bzw. 26%. Nach einer jüngeren Studie sind Drei- bis Fünfjährige lediglich 20 bis 25 Min./Tag mäßig bis intensiv körperlich aktiv. 76% der Zeit verbringen sie mit einer sitzenden Tätigkeit (Reilly et al. 2004).

Umweltfaktoren wie eine dichte Bebauung oder eine schlechte Infrastruktur etc. sind assoziiert mit einem geringeren Anteil an Kindern, die Fahrrad fahren oder zu Fuß gehen. Konsistente Prädiktoren für körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen sind ein barrierefreier Zugang zu Sporteinrichtungen und Möglichkeiten, aktiv zu sein (sichere Fahrrad- und Fußwege, Spielplätze etc.) (Popkin et al. 2005).

#### **b. Korrelate und Determinanten körperlicher Aktivität im Kindesalter**

Angesichts der Datenlage zur Prävalenz körperlich-sportlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter stellt die Förderung der körperlichen Aktivität bei Kindern und Jugendlichen auch zukünftig eine wichtige Public Health-Aufgabe dar (Sallis et al. 2000; Lampert et al. 2007; Salmon et al. 2007; Langness et al. 2005). In den vergangenen Jahren wurde bereits eine Vielzahl von Interventionen entwickelt und evaluiert mit dem Ziel, das Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen positiv zu beeinflussen. Die überwiegende Mehrheit dieser Studien ergab jedoch nur moderate Ergebnisse (Baranowski et al. 1998). Nach Lubans et al. (2008) ist eine mögliche Ursache für die geringe Effektivität die bisher geringen Kenntnisse über Korrelate, die in einem engen Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten von Kindern und Jugendlichen stehen. Interventionen zur Förderung der körperlichen Aktivität werden häufig auf Grundlage von Theorien und Modellen des Gesundheitsverhaltens entwickelt (u.a. die sozial-kognitive Theorie, die Theorie des geplanten Verhaltens und das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung), nur wenige Studien haben mögliche Mediatoren effektiver Interventionen untersucht (Lubans et al. 2008). Um wirksame Interventionsprogramme für Kinder entwickeln zu können, ist es bedeutsam, Einflussfaktoren auf und Determinanten für die Ausübung körperlicher Aktivität zu kennen. Die Kenntnis über potentielle Korrelate von körperlich-sportlicher Aktivität kann dazu beitragen, den Anteil an Kindern, die den aktuellen Aktivitätsempfehlungen entsprechen, gezielt zu erhöhen (Sallis et al. 2000).

Insgesamt zeichnet sich ein komplexes Erklärungsmuster des Aktivitätsverhaltens ab. Die Ergebnisse verschiedener Studien und Reviews zu Korrelaten körperlicher Aktivität bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zeigen, dass das Bewegungsverhalten multidimensional ist und durch eine Vielzahl von biologischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst wird (Sallis et al. 2000; Biddle et al. 2007; Hinkley et al. 2008). Diese Ergebnisse unterstützen ebenfalls sozial-ökologische Verhaltensmodelle, die den Einfluss von personalen, sozialen und Umweltfaktoren auf ein Verhalten postulieren. Dies spricht für einen multidimensionalen und sozial-ökologischen Ansatz von Interventionen (Sallis et al. 1999). Wirksame Interventionen müssen alle für eine Verhaltensänderung bedeutsamen Faktoren mit einschließen, um nachhaltige Effekte auf die Verhaltensänderung erreichen zu können (Baranowski et al. 1998; Sallis et al. 1999). Ein Bewegungsverhalten kann nicht durch die Intervention an sich verändert werden, sondern durch die Veränderung von persönlichen, sozialen oder Umweltfaktoren – dies entspricht der Veränderung eines „Korrelats“. Diese Variablen werden auch Mediatoren bzw. Moderatoren für eine Verhaltensänderung genannt. Interventionen sind dann erfolgreich, wenn sie die zugrundeliegenden Schlüsselvariablen, die körperliche Aktivität beeinflussen, modifizieren (Biddle et al. 2007; Baranowski et al. 1998). Obwohl Korrelate nicht kausal zu interpretieren sind, sind sie sehr nützlich für die Theorie und Praxis von Interventionsprogrammen. Für die Praxis lassen sich Hypothesen hinsichtlich derjenigen Faktoren ableiten, die bei der Förderung körperlicher Aktivität berücksichtigt werden sollten. Für die Theorieentwicklung ermöglichen die Ergebnisse eine Theorieüberprüfung bzw. -ergänzung (Baumann et al. 2002). Ein umfassendes Verständnis zu Korrelaten körperlicher Aktivität bei Kindern und Jugendlichen ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung effektiver Interventionen, die einen aktiven Lebensstil fördern und körperliche

Inaktivität verhindern (van der Horst 2007; Davison und Lawson 2006; Trost et al. 2002; Langness et al. 2005).

Als Determinanten körperlicher Aktivität im Kindesalter erwiesen sich in systematischen Reviews u.a. der sozio-ökonomische Status, die körperliche Aktivität in der Familie, familiäre Unterstützung, Familienform, Erziehungsstil, sozial-emotionale Kompetenz sowie Struktur von Kindergarten und Schule (Gustafson und Rhodes 2006; Ferreira et al. 2006; Hinkley et al. 2008; Pugliese und Tinsley 2007; Sallis et al. 2000; van der Horst et al. 2007). Im Folgenden werden empirische Ergebnisse zu diesen Aspekten vorgestellt.

**Sozio-ökonomischer Status.** Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wird von den Einkommensverhältnissen der Eltern mehr bestimmt als von allen anderen Faktoren. Dies lässt sich bereits im Kindergartenalter nachweisen. So ist der Anteil Adipöser mit niedrigem Sozialstatus bei Drei- bis Sechsjährigen dreimal höher als bei Kindern mit hohem Sozialstatus (Kurth und Schaffrath Rosario 2007). Kinder aus Armutsbedingungen weisen eine geringere körperlich-sportliche Aktivität und ungünstigere Ernährungsmuster auf (Robert Koch-Institut et al. 2007; Kamtsiuris et al. 2007). Nach einem kürzlich erschienenen Review bestehen bereits in der Kindheit und Jugend Zusammenhänge zwischen dem sozio-ökonomischen Status (SES) und dem Ausmaß der körperlichen Aktivität sowie der Zusammensetzung der Ernährung, allerdings sind diese nicht so stabil wie im Erwachsenenalter (Hanson und Chen 2007). Ein französischer Survey zeigt bei Schülern eine Assoziation zwischen dem Bildungsgrad der Eltern und dem Lebensstil der Kinder (Bellisle et al. 2007).

Insgesamt ist der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und psychosozialen gesundheitlichen Belastungen (mit Ausnahme von Rauchen und Allergien) unübersehbar. Sowohl die Mundgesundheit als auch die geringe Teilnahme an sportlichen Aktivitäten und ein ungünstigeres Ernährungsverhalten sowie der überdurchschnittliche Fernsehkonsum belegen deutlich ein ungünstigeres Gesundheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien. Der sozio-ökonomische Status beeinflusst zudem die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen (U-Untersuchungen) (Klocke und Becker 2003).

**Familienform.** Bezüglich des Gesundheitsverhaltens und des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen und einzelnen Familienformen zeigen sich deutliche Unterschiede. Dabei schneiden Allein-Erziehende mit oder ohne neuen Partner deutlich schlechter ab als sog. vollständige Familien (Klocke und Becker 2003). Die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse wie Trennung und Scheidung der Eltern auf die Gesundheit der Kinder hängt vor allem von der Intensität der Belastung ab und weniger vom Ereignis selbst (Klocke und Becker 2003). Armut bedingt vor allem in Ein-Eltern-Familien den größten Anstieg gesundheitlicher Risiken. Das Armutsrisiko nimmt zwar mit zunehmender Kinderzahl zu, dennoch sind die gesundheitlichen Benachteiligungen durch Armutslagen bei Einzelkindern am größten (Klocke und Becker 2003; Walper 2009).

Nach dem Sachverständigenrat (2009) sind Interventionen, die in die real vorzufindende Lebensweise und Lebensumwelt eingebettet sind und somit die sozialen Bezüge sowie materiellen Voraussetzungen berücksichtigen, effektiver und nachhaltiger.

**Erziehungsstil.** Nach Picot und Willert (2006) unterliegen 7 % der Kinder und Jugendlichen einem sehr restriktiven, 10 % einem liberalen und 83 % einem moderaten Erziehungsstil. Über 70 % der Jugendlichen würden den Erziehungsstil ihrer Eltern übernehmen. Der Erziehungsstil beeinflusst – neben der Familien-

form und sozio-ökonomischen Faktoren – die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. So findet sich in Familien mit liberalem Erziehungsstil der höchste Anteil an Kindern mit gesundheitsriskanten Verhaltensweisen (Klocke und Becker 2003). Als besonders ressourcenförderlich hat sich demgegenüber ein autoritativer Erziehungsstil erwiesen, der durch emotionale Wärme bzw. Zuwendung (Unterstützung, Einfühlung, Verständnis der Eltern gegenüber dem Kind) und gleichzeitig klaren Anforderungen (hohe Erwartungen, Autonomie innerhalb klar gesetzter Grenzen) gekennzeichnet ist. Hierzu zählen auch positive Merkmale des Familienklimas, wie Erziehung mit Lob und Ermutigung, demokratische Kommunikationsstrukturen und Sensibilität. Solche häuslichen Bedingungen haben aus systemischer Perspektive günstige Auswirkungen auf die Entwicklung von Ressourcen, wie Selbstständigkeit, Selbstvertrauen und Kompetenzüberzeugung, die die Selbst- und Verhaltensregulation unterstützen (Jerusalem 2009; Walper 2006).

Ungünstige familiäre Interaktionen und Erziehungsmuster sowie psychische Probleme von Eltern sind wesentliche Determinanten der Ausbildung von Entwicklungsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern (Hahlweg und Heinrichs 2008). Personale, soziale und familiäre Ressourcen sind dagegen bei Kindern und Jugendlichen, die psychisch unauffällig sind, stärker ausgeprägt (Ravens-Sieberer et al. 2007). Dies unterstreicht die Notwendigkeit präventiver Interventionen, die auf eine Stärkung von Ressourcen fokussieren.

Kaminski et al. (2008) führten eine Meta-Analyse von 77 Studien mit Eltern von 0-7-jährigen Kindern durch. Zielgrößen waren elterliche Kompetenzen und Verhalten sowie kindseitiges Externalisierungsverhalten. Neben positiven Effekten im Vergleich zu den Kontrollgruppen wurden die für den Erfolg der Programme prädikativen Programmkomponenten identifiziert. Eine Meta-Analyse zu verhaltensbasierten Elterntrainings (Behavioral Parent Training) zur Verbesserung von antisozialem Verhalten der Kinder im vorschulischen und Grundschulalter, zeigt positive Verhaltensänderungen der Kinder in der Interventionsgruppe (Serketich; Dumas 1996). Ebenso fanden sich in einer Meta-Analyse zum Gordon-Eltern-Training (Parent Effectiveness Training) mit Eltern von zwei- bis zwölfjährigen Kindern, positive Effekte hinsichtlich elternseitiger Verhaltensänderungen und Verbesserung von Kommunikationsfertigkeiten, Eltern-Kind-Beziehung und kindlichem Selbstkonzept (Müller et al. 2001).

**Sozial-emotionale Kompetenz.** Sozial-emotionale Kompetenz bezeichnet zusammenfassend die Fertigkeiten, die für intakte soziale Interaktion notwendig sind. Nach Tröster und Reineke (2007) verfügen etwa 20 % der Kindergartenkinder nach Einschätzung der Erzieher nicht über eine altersgemäße sozial-emotionale Kompetenz. Kindergartenkinder, die hingegen bereits über eine altersangemessene sozial-emotionale Kompetenz verfügen, können sich später im Schulalltag besser anpassen und verzeichnen größere schulische Erfolge (Denham 2006). Zur Vorhersage der schulischen Entwicklung sind somit nicht nur die kognitiven Fähigkeiten einzubeziehen (Petermann und Wiedebusch 2008).

**Körperlich-sportliche Aktivität in der Familie.** Im Vorschulalter sind es vor allem die Eltern, die entscheidend zu einer geringeren oder höheren Ausprägung von Risiken für die weitere Entwicklung beitragen können. Dies gilt auch durch die Prägung von Verhaltensautomatismen, die für die spätere psychische und physische Entwicklung förderlich sind. Früh in der Familie erworbene Automatismen, z.B. im Bezug auf eine gesunde Bewegung und auf das Sozialverhalten, können auch in späteren kritischen Altersabschnitten eine protektive Wirkung entfalten (Lohaus und Klein-Heßling 2009). Nach Gustafson und Rhodes (2006) repräsentieren soziale Variablen einige der wichtigsten modifizierbaren Faktoren körperlicher Aktivität bei Kindern

und Jugendlichen. Möglicherweise ist das Sozialisierungsverhalten der Eltern von höchster Bedeutung. Die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1986) stellt die theoretische Basis dar, anhand derer die Eltern-Kind-Beziehung als ein Korrelat für körperliche Aktivität untersucht werden kann. Indes liegen spezifische Modelle für die körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen vor.

Welk (1999) entwickelte einen sozial-kognitiven Rahmen (framework) speziell für Kinder, während Taylor et al. (1994) ein Modell entwickelte, das einen Zusammenhang zwischen Verhalten und Kognitionen von Eltern und Kindern im Kontext der Umwelt annimmt. Vermutlich agieren Eltern jedoch nicht nur als Vorbild sondern auch als sog. „gate-keeper“ für körperliche Aktivität, indem sie z.B. Kinder zu Sportveranstaltungen fahren oder sie für Sportvereine anmelden. Van der Horst et al. (2007) untersuchen in einem Review zu Korrelaten körperlich-sportlicher Aktivität bei Kindern in der Kategorie soziale Variablen die körperliche Aktivität der Eltern sowie die elterliche Unterstützung. Es gibt Hinweise für einen positiven Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität der Eltern und körperlicher Aktivität von Jungen, jedoch nicht zu körperlicher Aktivität von Mädchen. Es finden sich ebenfalls positive Assoziationen zwischen der elterlichen Unterstützung und körperlicher Aktivität. Hinkley et al. (2008) zeigen in ihrem Review einen positiven Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität der Eltern bzw. der Interaktion zwischen Eltern und Kindern im Rahmen von sportlichen Aktivitäten. Sallis et al. (2000) ermittelten in der Altersgruppe der Jugendlichen, dass die Variablen elterliche Unterstützung, die direkte Hilfe von den Eltern und die Unterstützung durch nahestehende Personen einen konsistenten positiven Zusammenhang zur körperlichen Aktivität der Jugendlichen zeigen. Nach Gustafson und Rhodes (2006) ist die körperliche Aktivität der Eltern ein moderater Prädiktor für die körperliche Aktivität von Kindern. So haben Kinder aus Familien, in denen beide Elternteile körperlich aktiv sind, eine sechs Mal höhere Wahrscheinlichkeit körperlich aktiv zu sein, als Kinder aus Familien ohne körperlich aktive Eltern. Dieser Effekt war für Jungen stärker als für Mädchen. Die weit überwiegende Mehrzahl der Studien zeigt einen starken positiven Zusammenhang zwischen der elterlichen Unterstützung und der körperlichen Aktivität der Kinder. Danach kann die Unterstützung durch die Eltern direkt oder indirekt (z.B. über Selbstwirksamkeit) die körperliche Aktivität von Kindern beeinflussen. Dieser Effekt der elterlichen Unterstützung tritt stärker bei jüngeren Kindern hervor. Die drei wichtigsten Formen elterlicher Unterstützung sind:

- Ermutigung zu körperlicher Aktivität,
- Beteiligung an körperlicher Aktivität (z.B. gemeinsames Spielen oder Trainieren),
- Ermöglichung/Erleichterung von körperlicher Aktivität (z.B. der Transport des Kindes zu verschiedenen Übungs- oder Sportstätten und das Bereitstellen von Ausstattung/Zubehör, Zugang oder Möglichkeiten aktiv zu werden).

Die drei Variablen stehen in einem direkten positiven Zusammenhang mit dem Aktivitätslevel der Kinder. Indirekte Korrelationen zwischen der elterlichen Unterstützung und körperlicher Aktivität der Kinder wurden ebenfalls gefunden. Diese werden über psychosoziale Konstrukte vermittelt (Gustafson und Rhodes 2006). Die Unterstützung der Eltern und deren Vorbildfunktion als möglicher Erklärungsmechanismus für die Eltern-Kind-Beziehung im Rahmen körperlich-sportlicher Aktivitäten gelten als relativ gut belegt, es gibt aber auch andere mögliche Interpretationen. Besonders das Konzept der geteilten Aktivitäten wird als möglicher Mechanismus in der Eltern-Kind-Beziehung diskutiert (Gustafson und Rhodes 2006). Das Konzept der geteilten Aktivitäten beruht auf der Annahme, dass Eltern und Kinder das gleiche Lebensumfeld teilen und dementsprechend die meisten körperlichen Aktivitäten gemeinsam unternommen werden. Dieses Konzept unterstützt die familiären Ähnlichkeiten im Energieverbrauch und Bewegungsmustern (Moore et al. 1991).

**Kindergärten als systemische Gesundheitsressource.** Der Eintritt in den Kindergarten stellt einen bedeutenden Entwicklungsschritt dar. Im System Kindergarten können soziale Kompetenzen wie die Interaktion mit Gleichaltrigen erlernt sowie gesundheitsprotektive Verhaltensweisen eingeübt und stabilisiert werden (Lohaus und Klein-Heßling 2009).

Bei der Erziehung im Vorschulalter lassen sich durch die frühzeitige und kontinuierliche Anleitung, Verbesserung der motorischen Kompetenzen, Unterstützung und Einübung regelmäßiger gesundheits-schützender Handlungen, wie z.B. körperliche Bewegung, die Entwicklung von protektiven gesundheitlichen Handlungskompetenzen sowie Verhaltens- und Lebensstilen fördern. Gesundheitswirksame physische und psychosoziale Ressourcen können über den Körper und die Bewegung aufgebaut und unterstützt werden. Über spezielle Bewegungsangebote kann zur Bewältigung von Beschwerden oder zur Bearbeitung von Fehlentwicklungen beigetragen werden (Zimmer 2009). Gesundheitsförderung sollte als wesentlicher Bestandteil des Erziehungs- und Bildungsauftrages des Elementarbereichs deklariert werden und integrativer Bestandteil des pädagogischen Konzepts des Kindergartens sein. Dabei sollte die Mitarbeit und Beteiligung der Eltern intensiviert werden (Zimmer 2009; Zimmer 2004). Bewegungsbezogene Maßnahmen im Kindergarten zielten noch vor einigen Jahren insbesondere auf die Unfallprävention. Aktuell richten sich bewegungsbezogene Maßnahmen in Kindergärten vornehmlich auf die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich Übergewicht und Adipositas. Ziel auf der Verhaltensebene ist insbesondere eine Verbesserung der motorischen und kognitiven Leistungsfähigkeit über die Erhöhung der täglichen Bewegungszeit oder zusätzliche Bewegungsangebote. Auf der Verhältnisebene sind wichtige Themen u.a. die Weiterbildung der ErzieherInnen, die Bereitstellung von Materialien und geeigneten Bewegungsräumen sowie Elternarbeit (Oppert und Wagner 2009). Systematische Bewegungsangebote im Kindergarten können dazu beitragen, dass Kinder ihren Alltag aktiver gestalten und ein Übermaß an sitzenden Tätigkeiten vermeiden. Darüber hinaus kann eine systematische Bewegungsförderung die Freude an der Bewegung erhöhen und das Auftreten von Risikofaktoren wie Bewegungsmangel reduzieren (Zimmer 2009; Snethen et al. 2006).

Den Einfluss von Strukturen institutionalisierter Einrichtungen wie Kindergärten auf das Bewegungsverhalten von Vorschulkindern haben bislang nur wenige Studien untersucht (Hinkley et al. 2008). In Deutschland wurden von 2005 bis 2006 erstmals 643 Kindergärten (Nettostichprobe) zu präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen befragt (Kliche et al. 2008). In fast allen Kindergärten stellt Bewegung mit 97% die häufigste Aktion dar, jedoch ist für lediglich 27% Bewegung ein grundlegendes Arbeitskonzept. Aus der Studie geht nicht hervor, inwiefern es sich bei den Bewegungsmaßnahmen um systematische, d.h. in einem regelmäßigen Turnus stattfindende und einen definierten Zeitumfang umfassende Bewegungsförderung handelt oder um Maßnahmen, die nur vereinzelt und ohne systematisches Konzept stattfinden. An 32 Kindergärten erfolgte eine vertiefende Analyse der präventiven Versorgungsqualität anhand des Qualitätssystem QIP (Qualität in der Prävention). Danach bestehen deutliche Potentiale zur Optimierung. In keiner Qualitätsdimension erreichten die untersuchten Aktivitäten den Bereich wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung. Der Schwerpunkt liegt auf individuell pädagogischen Ansätzen, für komplexe Ansätze unter Einbezug der Familie und des Wohnumfeldes fehlen den Kindergärten meist die Voraussetzungen (Kliche et al. 2008).

### 3.2.4.3 Fragestellungen

Vor diesem theoretischen Hintergrund und den vorliegenden empirischen Erkenntnissen liegen dem Forschungsprojekt folgende Fragestellungen zugrunde:

#### *Kindergärten als systemische Gesundheitsressource*

- Über welche Maßnahmen und in welchem Umfang führen Kindergärten (systematische) Bewegungsförderung durch?
- Welche Bewegungsaktivitäten werden initiiert und welche Bewegungsspiele werden in den Kindergärten gespielt?
- Über welche Maßnahmen und in welchem Umfang fördern Kindergärten soziale Peer-Interaktionen?
- Wie gestaltet sich im Rahmen von Bewegung und Bewegungsspielen das Interaktionsverhalten innerhalb der Peer Group?
- Inwieweit fördern (systematische) Bewegungskonzepte in Kindergärten das Bewegungsverhalten sowie soziale, emotionale und kognitive Kompetenzen von Kindern?
- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen (systematischer) Bewegungsförderung in Kindergärten und der Gesundheit von Kindern?
- Inwieweit profitieren Kinder mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status von (systematischen) Bewegungskonzepten und sozialen Interaktionen im Kindergarten?
- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen (systematischer) Bewegungsförderung und der Erzieher-Kind-Beziehung?
- Lassen sich in den Kindergärten Auswirkungen einer vorhandenen oder fehlenden Bewegungsförderung auf das Bewegungsverhalten, die Interaktionsabläufe und die pädagogischen Handlungsformen beobachten?
- Sind Auswirkungen einer (systematischen) Bewegungsförderung auf Verhaltensformen, wie Aggressivität oder Rückgezogenheit, auf die Interaktionsbeziehungen oder auf die soziale Integration einzelner Kinder zu erkennen?

#### *Sozialisierungsverhalten von Eltern und Bewegungsverhalten von Kindern im Vorschulbereich*

- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Sozialisierungsverhalten von Eltern (sportbezogenes Vorbildverhalten, sportbezogenes Unterstützungsverhalten, Erziehungsstil, Familienzusammenhalt) und dem körperlich-sportlichen Aktivitätsniveau der Kinder?
- Inwieweit besteht ein Zusammenhang zwischen der Familienform und dem Bewegungsverhalten der Kinder?
- Inwieweit bestehen Zusammenhänge zwischen der Kommunikation und der emotionalen Kompetenz in Familien sowie der Qualität der Elternbeziehung und dem Bewegungsverhalten von Kindern?

### 3.2.4.4 Hypothesen

Folgende Hypothesen sollen geprüft werden:

1. Kinder in Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept bewegen sich häufiger als Kinder in Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept.

2. Kinder in Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept weisen stärker ausgeprägte soziale, emotionale und kognitive Kompetenzen auf als Kinder in Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept.
3. Die soziale Interaktion zwischen Kindern ist in Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept besser als in Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept.
4. Sozial benachteiligte Kinder in Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept weisen stärker ausgeprägte soziale und Bewegungskompetenzen auf als sozial benachteiligte Kindern in Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept.
5. Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Sozialisierungsverhalten der Eltern (sportbezogenes Vorbildverhalten, sportbezogenes Unterstützungsverhalten, Erziehungsstil, Familienzusammenhalt) und dem körperlich-sportlichen Aktivitätsniveau der Kinder.

### 3.2.5 Eigene Vorarbeiten für dieses Projekt

**Prof. Dr. Ulla Walter** weist Erfahrungen in der Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen in der Prävention und Gesundheitsförderung auf. Leitung von Projekten u.a. zur Evidenzbasierung, Konzeption und Evaluation (Effektivität, Effizienz) von Präventionsprogrammen von Krankenkassen, zu Qualitätsmanagement, Zugangswegen, Gesundheits- und Alterskonzepten von Hausärzten und Pflegekräften, Einstellungen von Professionellen zur Prävention/Gesundheitsförderung, Auswahl evidenzbasierter effektiver und wirtschaftlicher Maßnahmen für Bonusmodelle, Verfahren zur Steigerung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. Die Projekte befassen sich mit verschiedenen Themenfeldern (u.a. Herz-Kreislauf, Rückenbeschwerden, Neurodermitis, Belastungen durch Stress, täglicher Schulsport, Gesund alt werden), Zielgruppen (u.a. Schwangere, Kinder, Erwerbstätige, Ältere, Migranten, Professionelle) und ihrer Erreichbarkeit.

Die Antragstellerin ist seit 2004 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), seit 2006 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. und seit 2008 Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Sektion Niedersachsen. 2007 wurde sie in die Kommission des sechsten Altenberichts der Bundesregierung berufen.

**Prof. Dr. Rolf Werning** hat sich spezifisch mit Bildungs- und Entwicklungsprozessen sozial randständiger Kinder und Jugendlicher auseinandergesetzt. Dazu zählt die Leitung von Projekten zur Planungskompetenz von sozial randständigen Kindern und Jugendlichen, zur Internetnutzung von Schülerinnen und Schülern mit Lernbeeinträchtigungen, zur integrativen Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne sonderpädagogischen Förderbedarf, zur Untersuchung von Ganztagsförderschulen, zu Lern- und Entwicklungsprozessen im Übergangsbereich vorschulischer zu schulischer Bildung und zur Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund. Ferner hat er sich besonders mit systemisch-konstruktivistischen Theoriekonzepten für den erziehungswissenschaftlichen Bereich beschäftigt. Der Antragsteller war Mitglied der Expertenkommission „Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern in Nordrhein-Westfalen“, ist Mitherausgeber der Zeitschrift „Lernchancen“ und Mitglied des internationalen Forschungsnetzwerkes „Research on minority groups in special education“.

**Dr. Michael Urban** hat neben der Beteiligung an den unter Werning aufgeführten Forschungsprojekten für das hier beantragte Forschungsprojekt relevante Vorarbeiten aus der Mitarbeit im Forschungsschwerpunkt „Beratung in der schulischen Erziehungshilfe“ (Leitung: Prof. Dr. Helmut Reiser) am Institut für Sonderpäda-

gogik der Leibniz Universität Hannover vor sowie aus der wissenschaftlichen Begleitung des niedersächsischen Schulversuchs „Zur präventiven und integrativen sonderpädagogischen Förderung im Schwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung - Optimierung der sonderpädagogischen Unterstützung zur Erziehungshilfe in allgemein bildenden Schulen“. In diesen Forschungs- und Begleitforschungsprojekten stand die Frage nach der Relation und Vernetzung von Bildungsinstitutionen und Familien zentral. Insofern hier familiäre Problemlagen, u.a. auch sozioökonomischer Art, in ihrer Auswirkung auf die Möglichkeiten des Kindes zur Partizipation am Bildungsprozessen untersucht wurden, liegen hier Vorerfahrungen und Forschungsergebnisse vor, an die mit dem aktuellen Forschungsvorhaben angeknüpft werden kann. Darüber hinaus liegt eine Studie im Bereich der systemtheoretischen Grundlagen vor.

### 3.2.6 Darstellung des Forschungsprogramms

#### 3.2.6.1 Studiendesign

Das Forschungsvorhaben basiert auf einem Mixed-Methods-Design (Tashakkori, Teddlie 2000, vgl. auch Flick 2004) mit einer Dominanz im Bereich der quantitativen Verfahren. Vor dem Hintergrund der dargestellten Ausgangssituation wird angenommen, dass systematisch geförderte Bewegung in Kindergärten ein Korrelat körperlich-sportlicher Aktivität ist, zu positiven Effekten beim Bewegungsverhalten, den Gesundheitsressourcen, der Peer-Interaktion führt sowie zu einer Verbesserung der motorischen Kompetenzen von Vorschulkindern beiträgt. Ziel des Forschungsprojektes ist es, den Zusammenhang zwischen familienbezogenen Determinanten, systematischen Bewegungskonzepten in Kindergärten und dem Bewegungsverhalten, den Gesundheitsressourcen und Peer-Interaktionen von Vorschulkindern zu untersuchen und zu beschreiben.

Zunächst erfolgt eine Bestandserhebung von (systematischen) Bewegungskonzepten und -angebotsstrukturen in Kindergärten in Niedersachsen (Vollerhebung) (Studienmodul I). Auf Grundlage dieser Bestandserhebung erfolgt in Studienmodul II die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen systematischen Bewegungskonzepten in Kindergärten und dem Bewegungsverhalten, den Gesundheitsressourcen und Peer-Interaktionen von Vorschulkindern. Daneben werden familiäre Einflüsse auf das Bewegungsverhalten der Kinder untersucht. In Studienmodul III werden anhand von Fallstudien mit Kindern die konkreten Bewegungsaktivitäten und deren soziale Kontextualisierung in den Interaktionsformen und den Angebotsstrukturen der Kindergärten sowie Peer-Interaktionen fokussiert. Die drei Module sind wechselseitig aufeinander bezogen und ermöglichen es, die jeweiligen Forschungsergebnisse weiter zu detaillieren bzw. sie in einen umfassenderen Kontext zu stellen. Diese Form der Methodentriangulation unterstützt – in Anlehnung an das Konzept einer perspektivischen Triangulation (Flick 2004) – eine Absicherung der theoretischen Interpretation der Forschungsergebnisse. Abbildung 2 veranschaulicht das Studiendesign.

**Studienmodul I: Bestandserhebung in Kindergärten in Niedersachsen.** In Studienmodul I wird mittels der Kombination aus Online- und schriftlicher Befragung eine Bestandserhebung in den Kindergärten in Niedersachsen (N=4.114) durchgeführt (Vollerhebung). Ziel ist es, (1) Daten zu Art und Umfang von (systematischen) Bewegungskonzepten und -angebotsstrukturen sowie der sozialen Interaktion in Kindergärten in Niedersachsen zu gewinnen. Die Daten bilden weiterhin (2) die Grundlage für die Identifikation von Kindergärten mit bzw. ohne systematischem Bewegungskonzept, die die Basis für die Studienmodule II und III darstellen. Der Fragebogen richtet sich an die Kindergartenleitung, die jedoch auch MitarbeiterInnen in das

Ausfüllen einbeziehen können. In dem Fragebogen werden Daten zu Struktur, sozialer Lage, gesundheitspädagogischem Arbeitskonzept, Konzept und (systematischen) Angeboten im Bereich Bewegung, zu sozialer Interaktion, Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Qualitätssicherung erhoben.

Die Befragung der Kindergärten erfolgt als Onlinebefragung in Kombination mit einer (nachgeschalteten) schriftlichen Befragung. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsbildung und -förderung im Elementarbereich“ zeigte sich, dass die Mehrzahl der Kindergärten im Großraum Hannover über einen Zugang zum Internet verfügt. Ein Großteil dieser Kindergärten beteiligte sich an der Onlinebefragung. Eine zusätzliche schriftliche Befragung in den Kindergärten, die sich an der Onlinebefragung nicht beteiligten bzw. die über keinen Internetzugang verfügten, führte zu einer Erhöhung des Rücklaufs auf insgesamt 50%.

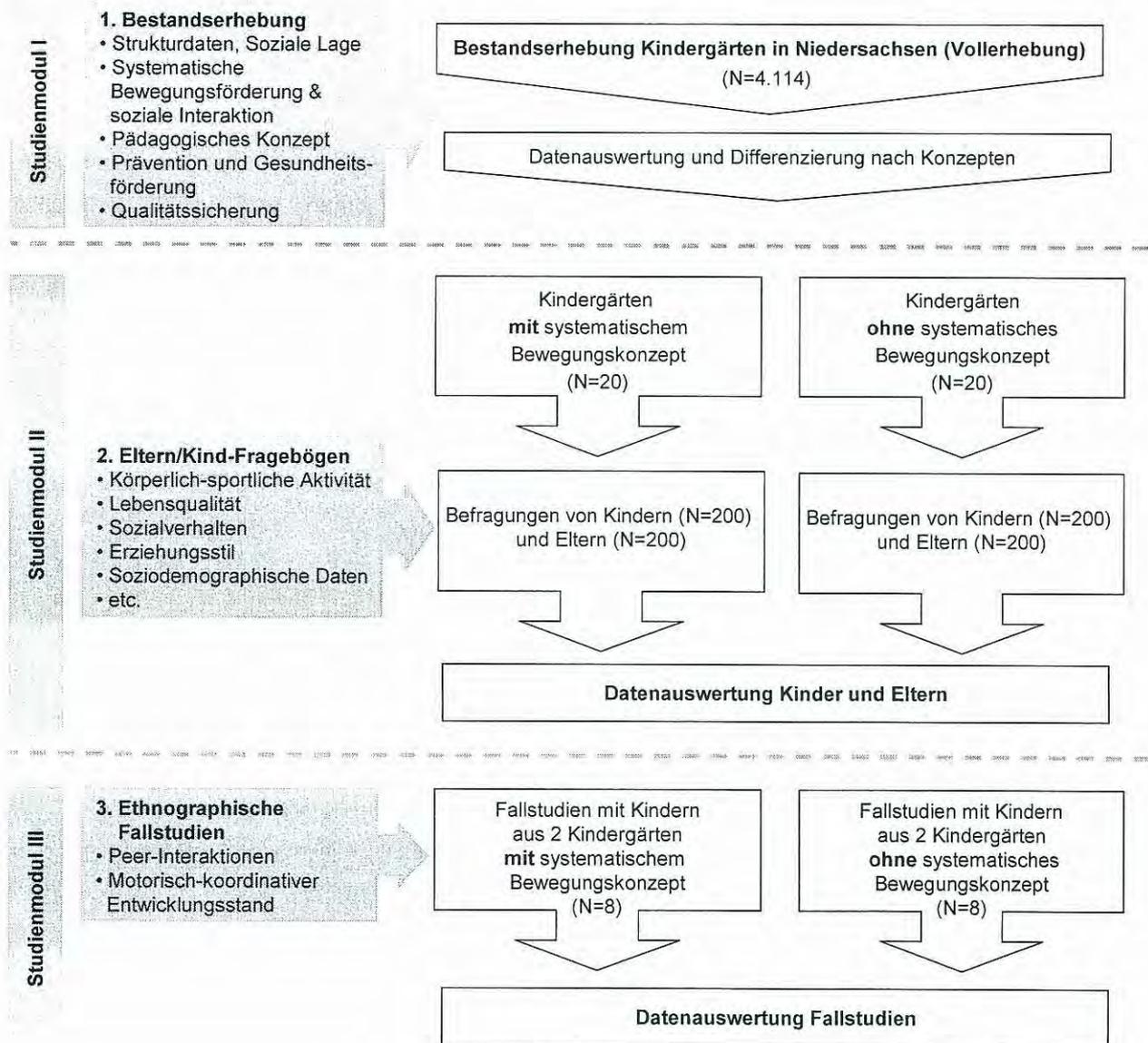


Abbildung 2: Studiendesign

**Studienmodul II: Befragung von Kindern und Eltern.** Ziel ist es zu explorieren, inwieweit die in den Kindergärten durchgeführte systematische Bewegungsförderung neben familienbezogenen Aspekten das Bewegungsverhalten, die Gesundheitsressourcen und die Peer-Interaktion von Kindern im Vorschulbereich beeinflusst. Weiterhin soll ermittelt werden, welchen Einfluss die Eltern auf das Bewegungsverhalten der

Kinder haben. Dazu werden anhand der Ergebnisse der Bestandserhebung (Studienmodul I) Kindergärten in die beiden Gruppen „Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept“ (Gruppe 1) bzw. „Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept“ (Gruppe 2) differenziert. Die Datenerhebung erfolgt bei per Zufallsverfahren ausgewählten Kindern und jeweils einem Elternteil.

**Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept (Gruppe 1)** müssen folgende Kriterien erfüllen (in Anlehnung an Qualitätszirkel Bewegungskindergarten 2006):

- systematisches Bewegungskonzept vorhanden
- systematische Bewegungsangebote für alle Kinder im wöchentlichen Turnus und in einem Umfang von mindestens 120 Minuten pro Woche
- Umsetzung systematischer Bewegungsförderung seit mindestens 2 Jahren
- bewegungsfreundliche Einrichtung (z.B. Bewegungsraum, situative Bewegungsgelegenheiten)
- Qualifikation mindestens einer/s Erzieherin/s im Bereich Bewegung

**Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept (Gruppe 2)** müssen folgende Kriterien erfüllen:

- kein systematisches Bewegungskonzept vorhanden
- keine systematischen Bewegungsangebote vorhanden
- keine Qualifikation der ErzieherInnen im Bereich Bewegung

Um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten und potentielle Störfaktoren auszuschließen, erfolgt die Auswahl der Kindergärten für Gruppe 1 geschichtet nach Größe, sozialer Lage, Region und pädagogischem Konzept; ausgeschlossen werden Kindergärten mit speziellen pädagogischen Konzepten, wie z.B. Waldkindergärten, Montessori oder Waldorf. Die Auswahl der Kindergärten für Gruppe 2 erfolgt über ein Matching zu den Kindergärten in Gruppe 1.

Die Kinder werden per Zufallsverfahren ausgewählt und müssen folgenden Einschlusskriterien genügen:

- Alter: 5 bis 6 Jahre
- Besuch des Kindergartens seit mindestens zwei Jahren
- ausreichende Deutschkenntnisse bei Kindern und Eltern
- Teilnahme der Eltern obligatorisch
- schriftliche Einverständniserklärung der Eltern

Die Datenerhebung der Eltern erfolgt im Kindergarten mittels standardisiertem Fragebogen, die Kinder werden im Kindergarten persönlich durch Mitarbeiter der wissenschaftlichen Institutionen befragt.

**Fallzahlplanung.** Beim Vergleich der Gruppen „Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept“ und „Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept“ (Faktor 1) unter Berücksichtigung von Geschlecht (Faktor 2) und sozioökonomischem Status (niedrig/hoch, Faktor 3) kommt ein 2x2x2-faktorielles Design zur Anwendung. Mit einer Fallzahl von  $n=17$  pro Zelle sind bei diesem Design Effekte mittlerer Größe nachzuweisen. Es ergibt sich somit eine erforderliche Fallzahl von je  $n=68$  Kindern für die beiden Gruppen und eine Gesamtfallzahl von  $n=136$  Kindern (8 Zellen mal 17 Personen). Um grobe Verteilungsunterschiede relevanter Faktoren (z.B. Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund<sup>2</sup>) auszuschließen und um eventuell gesonderte Analysen zu Untergruppen durchführen zu können, wird ein Oversampling durchgeführt, d.h. es wird eine größere Anzahl von Personen als statistisch erforderlich in die Untersuchung einbe-

<sup>2</sup> Nach den Angaben des Niedersächsischen Landesamtes für Statistik (2008) liegt der Anteil der Kinder mit mindestens einseitigem Migrationshintergrund in den Kindergärten und Kindertagesstätten zwischen 10% und 39%.

zogen. Daneben sollen Kindergarten bezogene Einflussgrößen berücksichtigt werden. Daher werden pro Gruppe in 20 Kindergärten Daten von jeweils 10 Kindern sowie jeweils einem Elternteil erhoben. Pro Gruppe werden somit N=200 Kinder und N=200 Elternteile und insgesamt N=400 Kinder und N=400 Elternteile einbezogen. Sollte aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien der Kinder nicht die angestrebte Stichprobengröße von N=200 pro Gruppe erreicht werden, erfolgt eine Aufstockung der Kindergärten aus den Ergebnissen der Bestandserhebung (Studienmodul I).

**Studienmodul III: Kindbezogene ethnographische Fallstudien.** Das qualitative Studienmodul besteht aus ethnographischen Fallstudien in jeweils zwei Kindergärten mit systematischem Bewegungskonzept sowie zwei Kindergärten ohne systematisches Bewegungskonzept. In den Fallstudien werden insgesamt 16 auf der Basis einer Überprüfung des motorischen Entwicklungsstandes ausgewählte Kinder teilnehmend beobachtet. Dabei liegt der Fokus der Beobachtungen auf den konkreten Bewegungsaktivitäten und deren sozialer Kontextualisierung in den Interaktionsformen und den Angebotsstrukturen der Kindergärten sowie bei einer differenzierten Analyse der Peer-Interaktionen.

Aus den beiden für Studienmodul II ausgewählten Gruppen werden jeweils zwei Kindergärten ohne erkennbare spezifische pädagogische Aktivitäten im Bereich der Bewegung und mit besonders stark umgesetztem Bewegungskonzept für vertiefende ethnographische Fallstudien ausgesucht. In diesen vier Kindergärten wird bei jeweils 10 per Zufallsverfahren ausgewählten Kindern zusätzlich der Motorik- und Koordinationstest MOT 4-6 (Zimmer und Volkamer 1987) eingesetzt, um den Stand der motorischen Entwicklung zu überprüfen. Für die 16 ethnographischen Fallstudien sollen dann in jeder der vier Einrichtungen das Mädchen und der Junge mit den höchsten sowie das Mädchen und der Junge mit den niedrigsten Testwerten gewonnen werden. Das Einverständnis der Eltern für die Fallstudien wird schriftlich eingeholt; das Einverständnis der Kinder wird Form eines informed consent geprüft. Bei fehlender Teilnahmebereitschaft wird auf die Kinder mit nächstliegenden Testwerten ausgewichen.

### 3.2.6.2 Erhebungsinstrumente

**Studienmodul I: Bestandserhebung in Kindergärten in Niedersachsen.** Für die Bestandserhebung der Kindergärten in Niedersachsen wird ein Fragebogen entwickelt, der die Struktur und soziale Lage, gesundheitspädagogische Arbeitskonzepte, (systematische) Bewegungsangebote, die Umsetzung und Gestaltung der (systematischen) Bewegungsangebote, soziale Interaktion, Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Qualitätssicherung der Kindergärten erfasst. Das entwickelte Erhebungsinstrument wird einem Pretest unterzogen.

**Studienmodul II: Befragung von Kindern und Eltern.** Folgende Parameter werden von den Kindern – zum Teil über die persönliche Befragung der Kinder selbst, zum Teil über die schriftliche Befragung der Eltern – erhoben:

- Art und Ausmaß der körperlich-sportlichen Aktivität im Alltag
- Sozialverhalten (Elternversion des SDQ<sup>3</sup>)
- Sozial-emotionale Kompetenz (Elternversion des SDQ)

3 Bei dem Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) handelt es sich um ein von Goodman (1997) entwickeltes Instrument zur Erfassung von Verhaltensstärken und -auffälligkeiten (prosoziales Verhalten und Problemverhalten) bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16 Jahren (Koglin et al. 2007). In dem vorliegenden Forschungsprojekt wird der Eltern-SDQ eingesetzt. Die 25 Items des SDQ fragen nach Stärken und Schwächen und lassen sich vier „Problem“-Subskalen (Emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen) und der Skala „Prosoziales Verhalten“ zuordnen.

- Lebensqualität (Kiddy-Kindl R)
- Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit (KHV-VK<sup>4</sup>)
- Medienkonsum
- Biometrische Daten (Größe, Gewicht)
- Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes
- Soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, Nationalität, Migrationshintergrund)

Als elternbezogene Determinanten werden folgende Parameter erhoben:

- Körperlich-sportliche Aktivitäten in der Familie
- Unterstützung der Kinder durch die Eltern
- Einstellung der Eltern zu körperlich-sportlicher Aktivität
- Erziehungsstil
- Medienkonsum
- Gesundheitsstatus
- Familienform
- Soziodemographische Daten

Zur Datenerhebung werden weitgehend standardisierte, validierte Instrumente eingesetzt. Eine mögliche Basis stellen z.B. die Fragen im Kinder- und Jugendsurvey des RKI dar ([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de)). Die Verhaltensänderungen während der zweijährigen Besuchszeit des Kindergartens werden mittels retrospektiver Fragen eruiert.

**Studienmodul III: Kindbezogene ethnographische Fallstudien.** Um im qualitativen Forschungsmodul zu einem exemplarisch vertieften Verständnis der Auswirkungen von systematischer Bewegungsförderung auf das konkrete Bewegungsverhalten, die Interaktionsprozesse und die Peerbeziehungen in Kindergärten zu kommen, werden ethnographische Fallstudien durchgeführt. Diese Fallstudien basieren im Wesentlichen auf Teilnehmenden Beobachtungen in Form von thematisch vorstrukturierten, fokussierten Beobachtungen, die durch ethnographische Interviews mit den Kindern selbst, den ErzieherInnen sowie den Eltern ergänzt werden. Im Anschluss an Cloos (2006) und Hirschauer (2002) kann davon ausgegangen werden, dass eine solche Form der ethnographischen Fallstudie dazu in der Lage ist, sowohl die Dimension der nicht-reflexiven, praktischen und routinisierten Prozesse in den Kindergärten als auch die Dimension der sprachlich artikulierten Deutungsmuster und Erklärungsfiguren der verschiedenen Akteure im Feld in die qualitative Teilstudie einzubeziehen. Insbesondere für die körperbezogenen Dimensionen der Bewegungsformen und der Interaktionen in den Peergroups stellen Teilnehmende Beobachtungen eine besonders gut geeignete Form der Erhebung dar (Cloos et al. 2007). In jedem Kindergarten sind dreiwöchige Feldaufenthalte geplant, an denen neben der für die Durchführung des qualitativen Teilmoduls verantwortlichen wissenschaftlichen MitarbeiterIn eine zweite Person (möglichst eine MitarbeiterIn, die die quantitativen Module durchführt, ggf. aber auch eine studentische Hilfskraft) teilnimmt. Es ist beabsichtigt dieses Beobachtungsteam gemischtgeschlechtlich zusammenzusetzen, um genderspezifische Dimensionen in den ethnographischen Fallstudien mit den Mädchen und Jungen besser reflektieren zu können. Mit Ausnahme der videographischen Aufzeichnung einzelner ausgewählter Szenen in der letzten Phase des Feldaufenthalte sind keine Audio- oder Vi-

4 Das Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder (KHV-VK) (Deimann, Kastner-Koller 2007; Ettrich, Ettrich 2005) ist ein kindgemäßes Sortierverfahren, das die Parameter Fehler (Sorgfaltsleistung) und Zeit (Arbeitstempo) erfasst. Es ermöglicht Aussagen zum Niveau konzentrativer Fähigkeiten. Die Aufgabe der Kinder besteht im Sortieren von 44 Karten mit gegenständlichen Abbildungen nach bestimmten Merkmalen.

deodokumentationen im Feld vorgesehen, stattdessen erfolgt eine reflexive Verdichtung der Beobachtungen in Form einer tägliche Anfertigung von Beobachtungsprotokollen. Vor dem Hintergrund, dass bislang noch keine befriedigenden Transkriptionssysteme für eine Verschriftlichung nonverbalen Verhaltens gefunden wurden (Breidenstein 2002), setzt das hier geplante Forschungsvorgehen auf die interpretativ-erschließende Kompetenz der teilnehmenden BeobachterInnen (vgl. hierzu Sanger und Kroth 1998 und allgemein zum ethnographischen Forschungsstil Hammersley und Atkinson 1995).

### 3.2.6.3 Datenanalyse

**Studienmodul I: Bestandserhebung in Kindergärten in Niedersachsen.** In Rahmen des hier beantragten Forschungsprojekts fließen in die Gesamtauswertung die Ergebnisse unterschiedlicher Analysemethoden ein. Die Auswertung der Bestandserhebung (Studienmodul I) erfolgt deskriptiv unter Anwendung datenanalytischer Standards (Lienert und Raatz 1994; Bortz und Döring 2002; Bühner 2006).

**Studienmodul II: Befragung von Kindern und Eltern.** Die Datenauswertung erfolgt zunächst deskriptiv. Zur Prüfung der Hypothesen kommen multivariate Verfahren zum Einsatz. Je nach Skalenart der abhängigen Variablen wird die mehrfaktorielle Varianzanalyse oder die logistische Regression angewendet (Bortz 1999). Bei den Analysen werden das Geschlecht der Kinder und der sozioökonomische Status der Familie als Einflussfaktoren berücksichtigt, der Migrationshintergrund geht als Kovariate in die Analysen ein. Für die Prüfung des Zusammenhangs zwischen der systematischen Bewegungsförderung im Kindergarten sowie elternbezogener Determinanten und dem Bewegungsverhalten der Kinder werden stratifizierte Analysen durchgeführt. Die statistischen Analysen erfolgen mit den Programmen SPSS und SAS für Windows.

Die Untersuchung von Kausalitäten ist mit dem Design einer Querschnittsstudie nicht möglich. Zur Interpretation der Effekte werden daher die Ergebnisse mit den Daten des für Deutschland repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) in Beziehung gesetzt.

**Studienmodul III: Kindbezogene ethnographische Fallstudien.** Die Auswertungsprozesse in den ethnographischen Fallstudien lassen sich in zwei Phasen gliedern. In Anlehnung an die Unterscheidung von hermeneutischem Feld I und hermeneutischem Feld II von Volmerg, Senghaas-Knobloch und Leithäuser (1986) sind die konsekutiv fortgeschriebenen Beobachtungsprotokolle während der Phase der Teilnehmenden Beobachtungen zu unterscheiden von der vertieften Auswertung nach Abschluss der Feldphase. Schon die Beobachtungsprotokolle stellen interpretative Schritte dar, die den Auswertungsprozess einleiten; sie sind jedoch noch unmittelbar mit der Situation des Feldaufenthaltes und den darin ablaufenden Prozessen einer sozialen Ko-Konstruktion verwoben. Erst nach Abschluss der Beobachtung wird es leichter, eine distanziertere und reflexive Haltung in der Auswertung der Beobachtungsdaten einzunehmen, die eine Beobachtung zweiter Ordnung im Sinne einer Analyse der Verstrickung der BeobachterIn in die Feldsituation und die Konstitution der Beobachtungsprotokolle als dem Primärmaterial für die weiteren Auswertungsschritte umfasst. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle erfolgt in Anlehnung an die Kodiervverfahren der Grounded Theory Methodologie (Strauss und Corbin 1996) und schließt detaillierte Datenanalysen in Form von Zeile-für-Zeile-, Satz-für-Satz-Analysen (Strauss 1994) ausgewählter, besonders problematischer und besonders aussagekräftiger Passagen der Beobachtungsprotokolle ein. Die Auswertung erfolgt primär durch die für das qualitative Forschungsmodul zuständige wissenschaftliche MitarbeiterIn, bleibt aber kontinuierlich an einen Gruppeninterpretationsprozess rückgebunden. Als Settings für diese qualitätssichernde Dimension des Auswertungsprozesses sind wöchentliche Interpretationssitzungen mit der zweiten BeobachterIn, mo-

natliche Interpretationssitzungen mit der gesamten Forschungsgruppe sowie zwei Forschungswerkstätten mit externen ForschungssupervisorInnen vorgesehen. Die erste Forschungswerkstatt ist dabei für den zweiten Monat nach Abschluss der Feldphase geplant. Sie dient insbesondere der Supervision der Auswertungsprozesse und der Perspektivenerweiterung durch die Einbindung eines ethnographisch erfahrenen Forschers (eine Zusage von Peter Cloos liegt vor, vgl. 3.2.7). Der zweiten Forschungswerkstatt im April 2012 soll die Funktion einer abschließenden Reflexion des Forschungsprozesses im qualitativen Modul und die Diskussion der Relation dieser Forschungsergebnisse und der Ergebnisse der beiden quantitativen Module zukommen. Sie dient insbesondere zur Vorbereitung der abschließenden Integration der Forschungsergebnisse und es ist beabsichtigt, hier eine mit Triangulationsprozessen erfahrene ForscherIn hinzuzuziehen.

### **3.2.7. Kooperationspartner**

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Prof. h. c. Dr. Elisabeth Pott (Direktorin), Ostmerheimer Str. 220, 51109 Köln
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Thomas Kliche, Dipl.-Pol., Dipl.-Psych., Martinistr. 52, 20246 Hamburg
- Stiftung Universität Hildesheim, Institut für Erziehungswissenschaft, Prof. Dr. Peter Cloos, Marienburger Platz 22, 31141 Hildesheim
- Leibniz Universität Hannover, Institut für Sportwissenschaft, Prof. Dr. Alfred Effenberg, Am Moritzwinkel 6, 30167 Hannover

Die Kooperationspartner werden zunächst eingebunden bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente. So wird z.B. für die Bestandserhebung der von der BZgA gemeinsam mit dem UKE entwickelte Fragebogen für eine deutschlandweite Erhebung zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindergärten sowie die damit verbundene vorliegende Expertise mit genutzt. Vom Institut für Sportwissenschaft der Leibniz Universität Hannover werden Untersuchungen zum motorisch-koordinativen Entwicklungsstand der in die Fallstudien aufgenommen Kinder in den 4 ausgewählten Kindergärten durchgeführt und differenziert analysiert. Die Stiftung Universität Hildesheim wird, personal in Form von Prof. Dr. Peter Cloos, zur Reflexion des ethnographischen Forschungsprozesses in der qualitativen Teilstudie hinzugezogen. Darüber hinaus werden die Ergebnisse mit den Kooperationspartnern diskutiert.

### **3.3. Inhaltlich-strukturelle Einbindung des Forschungsprojektes in die Themensetzung der Ausschreibung**

Die Ausschreibung des Niedersächsischen Ministeriums für Wissenschaft und Kultur beschreibt als Ziel, dass die Projekte die körperlichen, personalen und sozialen Ressourcen, die zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern beitragen, hinsichtlich ihrer Wirkung und Interaktion untersuchen. Das hier beantragte Projekt wird unter Einbeziehung von Kindern, Eltern sowie auch den Erziehern den Fragen nachgehen und Einflussfaktoren analysieren.

### **3.4. Arbeits- und Zeitplan**

Die Durchführung des Forschungsprojektes ist für den Zeitraum vom 1. Juli 2010 bis zum 30. Juni 2012 vorgesehen.

Tätigkeiten	Monate	2010						2011												2012									
		3. Quartal			4. Quartal			1. Quartal			2. Quartal			3. Quartal			4. Quartal			1. Quartal		2. Quartal							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				
Entwicklung der Fragebögen Bestandserhebung		■	■	■																									
Pretest Fragebögen Bestandserhebung				■																									
Organisation der Bestandserhebung		■	■	■	■																								
Kita - Bestandserhebung					■	■	■																						
Datenauswertung Bestandserhebung								■	■	■	■																		
Entwicklung der Kinder- und Elternfragebögen								■	■	■																			
Pretest Fragebögen										■																			
Organisation der Datenerhebung										■	■																		
Datenerhebung Kinder und Eltern										■	■	■	■																
Dateneingabe Kinder und Eltern														■	■	■													
Datenauswertung Kinder und Eltern															■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Organisation der Fallstudien										■																			
Datenerhebung Motorik										■																			
Teilnehmende Beobachtung										■	■	■	■																
Auswertung der Beobachtungsprotokolle														■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Forschungswerkstatt I														■															
Forschungswerkstatt II																							■						
Integration der quantitativen und qualitativen Ergebnisse																							■	■					
Abschlussbericht																							■	■					
Publikationen																							■	■	■				
Monate		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24				

## 5. Anhang

### 5.1. Kurzbiographien der beteiligten leitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

#### Prof. Dr. phil. Ulla Walter

- 1979 - 1986 Studium Lehramt Sekundarstufe II für Biologie, Geographie an der Universität Oldenburg, Erwerb der Lehrbefähigung für das Gymnasium für die Fächer Biologie und Geographie (2. Staatsexamen)
- 1991 Promotion zum Dr. phil. an der Universität Oldenburg im Fachbereich Pädagogik
- 2001 Habilitation an der Medizinischen Hochschule Hannover, Venia legendi in Public Health
- 1987 - 1992 wiss. Mitarbeiterin an der Universität Bremen
- 1992 - 2004 wiss. Mitarbeiterin an der Med. Hochschule Hannover
- Seit 2004 Stiftungsprofessur für Prävention und Rehabilitation in der System- und Versorgungsforschung, Medizinische Hochschule Hannover
- Seit 2009 Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

#### Publikationen:

- Bitzer E, Walter U, Schwartz FW (Hrsg.) (2009). *Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung*. Springer: Heidelberg.
- Walter U, Liersch S, Krauth K, Henze V, Röbl M (2008). *Tägliche Bewegung in der Schule: Das Praxisprojekt „fit für pisa“*. In: KKH, Medizinische Hochschule Hannover (Walter) (Hrsg.). *Weißbuch Prävention 2007/2008. BEWEGlich? Ursachen, Risikofaktoren und Ansätze der Prävention*. Springer: Heidelberg
- Walter U, Salman R, Krauth C, Machleidt W (2007). *Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen*. *Psychiatrische Praxis* 34: 349-353.
- Walter U, Lux R (2006). *Prävention – Brauchen wir unterschiedliche Strategien bei Frauen und Männern?* In: Regitz-Zagrosek V, Fuchs J (Hrsg.). *Geschlechterforschung in der Medizin*. Peter Lang: Frankfurt, 35-48.
- Walter U, Kramer S, Röbl M (2005). *Körperliche (In)Aktivität in Kindheit und Jugend*. *Dtsch Med Wochenschr* 130 (50): 10-12.

#### Prof. Dr. Rolf Werning

- I und II Staatsexamen für Sonderpädagogik (Universität Dortmund)
- Diplom in Erziehungswissenschaft (Universität Dortmund)
- Promotion in Erziehungswissenschaft (Universität Dortmund)
- Lehrer für Sonderpädagogik in Hagen (Westfalen)
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Pädagogik, Universität Bielefeld

- Ruf auf eine Professur für Lernbehindertenpädagogik an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Ruf auf eine Professur für Integrative Pädagogik und Didaktik an der Universität zu Köln
- Seit 1997 Professor für Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen an der Leibniz Universität Hannover
- Gastprofessur an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt (Österreich), Institut für Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung

Publikationen:

- Werning, R. (2003). Entwicklung von Planungskompetenzen in den Lebenswelten moderner und sozial randständiger Kinder. In P. Gehrman, B. Hüwe (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche in erschwerten Lernsituationen (7-37)*. Suttgart: Kohlhammer.
- Werning, R./Lütje-Klose, B. (2006): Einführung in die Pädagogik bei Lernbeeinträchtigungen. München, Basel: UTB.
- Werning, R. (2007): Das systemisch-konstruktivistische Paradigma. In: Walter, J. / Wember, F.B. (Hrsg.): *Sonderpädagogik des Lernens. Handbuch Sonderpädagogik Bd.2*, Göttingen u.a., S. 128-142.
- Werning, R.; Löser, J., Urban, M. (2008). Cultural and social diversity. An analysis of minority groups in German schools. *J Spec Education*, 42, 1, S.: 47-54.
- Werning, R. / Reiser, H. (2008): Sonderpädagogische Förderung. In: Cortina, K.S. / Baumert, J. / Leschinsky, A. / Mayer, K.U. / Trommer, L. (Hrsg.): *Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Strukturen und Entwicklungen im Überblick*. Reinbek bei Hamburg, S. 505-539.

Dr. Michael Urban

05/1998: Diplom im Studiengang Sozialwissenschaften, Universität Hannover

05/2008: Promotion zum Dr. phil. an der Philosophischen Fakultät der Leibniz Universität Hannover (Note: „ausgezeichnet“)

seit 09/1998: wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sonderpädagogik in den Abteilungen Pädagogik bei Verhaltensstörungen und Pädagogik bei Beeinträchtigungen des Lernens.

Publikationen:

- Urban, M. (2010). Beratungsdienste der schulischen Erziehungshilfe als Ausdifferenzierung reflexiver Strukturen im Schulsystem, erscheint in Seitter, W./Göhlich, M./Weber, S. (Hrsg.) *Beratung und Organisation*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (im Druck).
- Urban, M. (2009). Form, System und Psyche. Zur Funktion von psychischem System und struktureller Kopplung in der Systemtheorie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Urban, M., Reiser, H., Willmann, M. (2008). Ambulante / Mobile Hilfen. In: B. Gasteiger-Klicpera, H. Julius (Hrsg.) *Sonderpädagogik der sozialen und emotionalen Entwicklung. Handbuch Sonderpädagogik Bd. 3 (668-685)*. Göttingen: Hogrefe.

- Reiser, H., Willmann, M, Urban, M. (2007). *Sonderpädagogische Unterstützungssysteme bei Verhaltensproblemen in der Schule. Innovationen im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Reiser, H., Willmann, M., Urban, M., Sanders, N. (2003). Different models of social and emotional needs consultation and support in German schools. *European Journal of Special Needs Education*, 18, 37-51.

## 6. Literatur

- Andersen, R.E., Crespo, C.J., Bartlett, S.J., Cheskin, L.J., Pratt, M. (1998). Relationship of Physical Activity and Television Watching With Body Weight and Level of Fatness Among Children. *JAMA*, (279(12)), 938-942.
- Anderson, P.M., Butcher, K.F. (2006). Childhood Obesity: Trends and Potential Causes. *The Future of Children*, (16 (1)), 2006.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, (52), 1-26.
- Baranowski, T., Perry, C.L., Parcel, G.S. (2002). How individuals, environments, and health behavior interact. In: Glanz, K., Rimer, B.K, Lewis, F.M. (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice.*, 3. Aufl., San Francisco: Jossey-Bass.
- Baranowski, T., Anderson, C., Carmack, C. (1998). Mediating variable framework in physical activity interventions. How are we doing? How might we do better? *Am J Prev Med* (15), 266-297.
- Baumann, A.E., Sallis, J.F., Dzewaltowski, D.A., Owen, N. (2002). Toward a better understanding of the influences on physical activity. The role of determinants, correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *Am J Prev Med* (23), 5-14.
- Bellisle, F., Rolland-Cachera, M.F., Kellogg Scientific Advisory Committee 'Child and Nutrition' (2007). Three consecutive (1993, 1995, 1997) surveys of food intake, nutritional attitudes and knowledge, and lifestyle in 1000 French children, aged 9-11 years. *J Hum Nutr Diet*, (20(3)), 241-251.
- Biddle, S.J., Atkin, A., Pearson, N. (2007). Physical activity and children. Review 2: Correlates of physical activity in children: A review of quantitative systematic reviews. NICE Public Health Collaborating Centre – Physical activity.
- Booth, S.L, Sallis, J.F., Ritenbaugh, C., Hill, J.O., Birch, L.L., Frank, L.D., Glanz, K., Himmelgreen, D.A., Mudd, M., Popkin, B.M., *et al.* (2001): Environmental and societal factors affect food choice and physical activity: rationale, influences, and leverage points. *Nutr Rev*, (59), 21-39.
- Bortz, J., Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler; mit 70 Tabellen* (3., überarb. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Karlsruhe: Universität Karlsruhe.
- Bös, K., Opper, E., Woll, A. (2002). Fitness in der Grundschule. Förderung von körperlich-sportlicher Aktivität, Haltung und Fitness zum Zweck der Gesundheitsförderung und Unfallverhütung. *Bundesarbeitsgemeinschaft für Haltungs- und Bewegungsförderung*, Wiesbaden.
- Breidenstein, G. (2002). Interpretative Unterrichtsforschung – eine Zwischenbilanz und einige Zwischenfragen. In Breidenstein, G., Combe, A., Helsper, W. und Stelmaszky, B. (Hrsg.), *Forum Qualitative Schulforschung. 2. Interpretative Unterrichts- und Schulbegleitforschung* (11-27). Opladen: Leske und Budrich.

- Bronfenbrenner, U., Lüscher, K. (1981). *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: Natürliche und geplante Experimente* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Broschat, T. (2008). Projekt "Unser Platz" bietet Bewegungsräume in Marzahn. *Infodienst für Gesundheitsförderung*, (8(2)), 16.
- Bühner, M. (2006): *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Büttner, G., Schmidt-Atzert, L. (Hrsg.) (2004). Diagnostik von Konzentration und Aufmerksamkeit. Göttingen: Hogrefe.
- Cloos, P. (2006). Beruflicher Habitus. Methodologie und Praxis ethnografischer Entdeckung von Unterschieden. In Cloos, P. und Thole W. (Hrsg.), *Ethnografische Zugänge. Professions- und adressatinnenbezogene Forschung im Kontext von Pädagogik* (185-201). Wiesbaden: VS.
- Cloos, P., Königeter, St., Müller, B. und Thole, W. (2007). *Die Pädagogik der Kinder- und Jugendarbeit*. Wiesbaden: VS.
- Crespo, C., Smit, E., Troiano, R., Bartlett, S., Macera, C., Andersen, R. (2001). Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med*, (155(3)), 360-365.
- Davison, K., Lawson, C.T. (2006). Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (3), 19.
- Deimann, P., Kastner-Koller, U. (2007). Testbesprechung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* (39(2)), 107-109
- Denham, S.A. (2006). Social-emotional competence as support for school readiness: What is it and how do we assess it? *Early Educ Dev*, (17(1)), 57-89.
- Diguiseppi, C., Roberts, I. (1997). Influence of changing travel patterns on child death rates from injury: trend analysis. *BMJ*, (314(7082)), 710-713.
- Etrich, K. U., Etrich, C. (2005). *KHV-VK. Konzentrations-Handlungsverfahren für Vorschulkinder*. Göttingen: Hogrefe.
- Ferreira, I., Van der Horst, K., Wendel-Vos, W., Kremers, S., van Lenthe, F., Brug, J. (2006). Environmental correlates of physical activity in youth - a review and update. *Obesity reviews* (8), 129-154.
- Flick, U. (2004). *Triangulation*. Wiesbaden: Juventa.
- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung: Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Gillman, M. (2004). A life course approach to obesity. In: Kuh D, Shlomo Y (Hrsg.). *A life approach to chronic disease epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Gortsmaker, S., Must, A., Sobol, A., Peterson, K., Colditz, G., Dietz, W. (1996). Television viewing as a cause of increasing obesity among children in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med*, (150), 356-362.
- Graf, C. (2003). Das CHILT-Projekt. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* (54), 54:247.

- Graf, C., Dordel, S., Koch, B., Predel, H.G. (2006). Bewegungsmangel und Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* (57), 221-225.
- Gustafson, S.L., Rhodes, R.E. (2006). Parental Correlates of Physical Activity in Children and Early Adolescents. *Sports Med* (36 (1)), 79-97.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N. (2008). *Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: evidenzbasierte Elterntrainings in Deutschland*. In: Kirch, W., Badura, B., Pfaff, H. (Hrsg.). *Prävention und Versorgungsforschung: ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007*. Berlin, 669-690.
- Hammersley, M. und Atkinson, P. (1995). *Ethnography. Principles in practice*. London u.a.: Routledge.
- Hanson, M., Chen, E. (2007). Socioeconomic Status and Health Behaviors in Adolescence: A Review of the Literature. *J Behav Med*, (30), 263-285.
- Helmsen, J., Petermann, F., Wiedebusch, S. (2009). Erhebung der sozial-emotionalen Kompetenz im Rahmen der ärztlichen Schuleingangsuntersuchung. *Gesundheitswesen*, (71), 669-674.
- Hinkley, T., Crawford, D., Salmon, J., Okely, A.D., Hesketh, K. (2008). Preschool children and physical activity. A review of correlates. *Am J Prev Med* (34), 435-441.
- Hirschauer, St. (2002). Grundzüge der Ethnographie und die Grenzen verbaler Daten. In: Schaeffer, D., Müller-Mundt, G. (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (35-46). Bern: Huber.
- Hohmann, C., Schwarzer, R. (2009). Selbstwirksamkeit. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (61-67). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (2009): Ressourcenförderung und Empowerment. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (175-187). Göttingen: Hogrefe.
- Jerusalem, M. (2007). Gesundheitspsychologische Prävention. In: Röhrle, B. (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung* (Bd. III) (127-149). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Jerusalem, M., Meixner, S. (2009). Lebenskompetenzen. In: Lohaus, A., Domsch, H. (Hrsg.), *Psychologische Förder- und Interventionsprogramme für das Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer.
- Kaminski, J.W., Valle, L.A., Filene, J.H., Boyle, C.L. (2008). A meta-analytical review of components associated with parent training program effectiveness. *J.Abnorm.Child Psychol.* (36(4)), 567-589.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., Schlaud M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (50), 836-850.
- Kelder, S., Perry, C., Klepp, K., Lytle, L. (1994). Longitudinal tracking of adolescent smoking, physical activity, and food choice behaviors. *American Journal of Public Health*, (84(7)), 1121-1126.
- Klaes, L., Cosler, D., Rommel, A., Zens, YCK (2003). *WIAD-AOK-DSB-Studie II. Bewegungsstatus von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Deutscher Sportbund - AOK-Die Gesundheitskasse - Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands.
- Kliche, T., Deu, A., Ewald, E., Post, M., Wessolowski, N., Wormitt, K., Koch, U. (2007). *Wirkungen Schulscher Gesundheitsförderung: Eine Wirkungsabschätzung der Setting-Interventionen im Projekt „Gesund leben lernen“ (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt)*. *Gesundheitswirkungen von Prävention: Verfahrensentwicklung zur Evaluation von Maßnahmen der GKV nach § 20 SGB V*. Hamburg.

- Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Klocke, A., Becker, U. (2003). Die Lebenswelt Familie und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit von Jugendlichen. In: Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U. *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO*. Weinheim, München: Juventa Verlag: 183-242.
- Kurth, B.M., Schaffrath, Rosario. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (50(5/6)), 736-743.
- Lampert, T., Mensink, G.B.M., Romahn, N., Woll, A. (2007). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, (50(5/6)), 634-642.
- Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen (2009) (Hrsg.). *Kinder und tätige Personen in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 15. März 2008*. Hannover.
- Langness, A., Richter, M., Hurrelmann, K. (2005). Gesundheitsverhalten im Jugendalter: Ergebnisse der internationalen "Health Behaviour in School-aged Children"-Studie. *Gesundheitswesen* (67), 422-431.
- Lengerke, T. von (Hrsg.) (2007). *Public Health – Psychologie*. Weinheim: Juventa
- Lienert, G.A., Raatz, U., (1994). *Testaufbau und Testanalyse* (5., völlig Neubearb. und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie-Verl.-Union.
- Lohaus, A., Klein-Heßling, J. (2009). Besondere Lebensabschnitte. In: Bengel, J., Jerusalem, M. (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (164-171). Göttingen: Hogrefe
- Lubans, D.R., Foster, C., Biddle, S.T.H. (2008). A review of mediators of behaviour in interventions to promote physical activity among children and adolescents. *Preventive Medicine* (47), 463-470.
- Marcus, B., Forsyth, L. (2009). *Motivating people to be physically active*. Champaign: Human Kinetics.
- Marshall, S.J., Biddle, S.J.H., Gorely, T., Cameron, N., Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity* (28). 1238-1246
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist* (56), 227-238.
- Moebus S, Hoffmann B, Merkel-Jens A (2005). *Adipositasprogramme - (k)eine Hilfe für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche?: Studie zur Ausrichtung und Wirkung von Programmen zur Gesundheitsförderung von übergewichtigen Kindern aus sozial benachteiligten Verhältnissen*. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft GmbH; Wirtschaftsverl. N. W. Verl. für Neue Wiss.
- Moore, L.L., Lombardi, D.A., White, M.J., Campbell, J.L., Oliveria, S.A., Ellison, R.C. (1991). Influence of parents' physical activity levels on activity levels of young children. *J Pediatr.* (118(2)), 215-219.
- Müller, C.T., Hager, W., Heise, E. (2001). Zur Effektivität des Gordon-Eltern-Trainings (PET) – eine Meta-Evaluation. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* (32 (3)), 339-364.

- Naumann, S., Kuschel, A., Bertram, H., Heinrichs, N., Hahlweg, K. (2007). Förderung der Elternkompetenz durch Triple P-Elterntrainings. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, (56), 425-432.
- Niederer, I., Kriemler, S., Zahner, L., Bürgi, F., Ebenegger, V., Hartmann, T., Meyer, U., Schindler, C., Nydegger, A., Marques-Vidal, P., Puder, J. (2009): Influence of a lifestyle intervention in preschool children on physiological and psychological parameters (Ballabeina): study design of a cluster and randomized controlled trial. *BMC Public Health* (9), 94.
- Opper, E., Wagner, P. (2009). Gesundheitsförderung und Prävention im Kinder und Jugendsport. *Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung*.
- Opper, E., Worth, A., Bös, K. (2005). Kinderfitness – Kindergesundheit. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* (8), 854-862.
- Opper, E., Worth, A., Wagner, M., Bös, K. (2007). Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* (5/6), 879-888.
- Petermann, F., Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (2., überarb. und erweiter. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Picot, S., Willert, M. (2006). Jugend in einer alternden Gesellschaft – Die Qualitative Studie: Analyse und Portraits. In: Shell Deutschland Holding (Hrsg.). *Jugend 2006. Eine pragmatische Generation unter Druck. 15. Shell Jugendstudie*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag. 241-442.
- Popkin, B.M., Duffey, K., Gordon-Larsen, P. (2005). Environmental influences on food choice, physical activity and energy balance. *Physiology and Behaviour*, (86), 603-613.
- Pugliese, J., Tinsley, B. (2007). Parental socialization of child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *Journal of family psychology* (21), 331-343.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der Bella-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (50(5-6), 871-878.
- Reilly, J., Jackson, D., Montgomery, C., Kelly, L., Slater, C., Grant, S. et al. (2004). Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*, (363(9404)), 211-212.
- Robert Koch-Institut, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI, Paul Ehrlich-Institut (Hrsg.) (2007). Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. (50 (5/6)), 529-908.
- Sääkslahti, A., Numminen, P., Varstala, V., Helenius, H., Tammi, A., Viikari, J. et al. (2003). Physical activity as a preventive measure for coronary heart disease risk factors in early childhood. *Scand J Med Sci Sports*, (14), 143-149.
- Sallis, J.F., Alcaraz, J.E., McKenzie, T.L., Hovell, M.F. (1999). Predictors of Change in Children's Physical Activity Over 20 Months. Variations by Gender and Level of Adiposity. *Am J Prev Med* (16(3)), 222-229.
- Sallis, J.F., Owen, N. (1999). *Physical Activity and Behavioral Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sallis, J.F., Prochaska, J.J., Taylor, W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and

- adolescents. *Medicine and science in sports and exercise* (32), 963-975.
- Salmon, J., Booth, M.L., Phongsavan, P., Murphy, N., Timperio, A. (2007). Promoting physical activity participation among children and adolescents. *Epidemiol Rev* (29), 144-159.
- Sanger, J. und Kroath. F. (1998). *Der vollkommene Beobachter? Ein Leitfaden zur Beobachtung im Bildungs- und Sozialbereich*. Innsbruck, Wien: Studien-Verlag.
- Schenk, L., Razum, O. (2009). Migration und Soziale Benachteiligung. Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung. In: Bitzer E, Walter U Schwartz FW (Hrsg.). *Kindergesundheit. Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung* (im Druck). Heidelberg: Springer.
- Schmidt, W., Eichhorn, J. (2007). *Eine Frage der Qualität: Integration von Kindern und Jugendlichen in den organisierten Sport*. Deutsche Sportjugend.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Serketich, W.J., Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior therapy* (27 (2)), 171-186.
- Snethen, J.A., Broome, M.E., Cashin, S.E. (2006): Effective weight loss for overweight children: A meta-analysis of intervention studies. *Journal of Pediatric Nursing*, (21 (1)), 45-55).
- Stokols, D., Allen, J., Bellingham, R.L (1996): The social ecology of health promotion: implications for research and practice. *Am J Health Promot*, (10), 247-251.
- Strauss, A. L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.
- Strauss, A. L. und Corbin, J. (1996). *Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Strong, W., Malina, R., Blimkie, C., Daniels, S., Dishman, R., Gutin, B. et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, (146(6)), 732-737.
- SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*. Sondergutachten. Bonn.
- Sygyusch, R. (2006). Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen – ein Beitrag für die Gesundheit? *Spectrum der Sportwissenschaften* (18 (1)), 54-73.
- Tashakkori A, Teddlie C (2000). *Mixed methodology: combining qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, Calif. [u.a.] : SAGE.
- Taylor, W.C., Baranowski, T., Sallis, J.F. (1994). *Family determinants of childhood physical activity: a social-cognitive model*. In: Dishman, R.K. (Hrsg.). *Advances in exercise adherence*. Champaign: Human Kinetics
- Tröster, H., Reineke, D. (2007). Prävalenz von Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten im Kindergartenalter. Ergebnisse einer Erhebung in Kindergärten eines Landkreises. *Kindh Entwickl*, (16), 171-179.
- Trost, S.G., Kerr, L.M., Ward, D.S., Pate, R.R. (2001). Physical activity and determinants of physical activity in obese and non-obese children. *Int.J Obes.Relat Metab Disord*. (25 (6)), 822-29.
- Trost, S.G., Owen, N., Baumann, A.E., Sallis, J.F., Brown, W. (2002). Correlates of adult's participation in physical activity: review and update. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, (34(12)), 1996-2001.

- Trost, S.G., Pate, R.R., Ward, D.S., Saunders, R., Riner, W. (1999). Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *Am J Prev Med* (17), 120-126.
- Van der Horst, K., Paw, M.J.C.A., Twisk, J.W.R., Van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 1241-1250.
- Volmerg, B., Senghaas-Knobloch, E. und Leithäuser, Th. (1986). *Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Lebensverhältnisse*. Opladen: Westdt. Verlag.
- Walper, S. (2008). Sozialisation und Armut. In: Hurrelmann, K., Grundmann, M., Walper, S. (Hrsg.), *Handbuch Sozialisationsforschung* (203-216). Weinheim und Basel: Beltz-Verlag.
- Walper, S. (2006). Belastungen in der Familie und Ansätze der Prävention. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Weißbuch Prävention* (85-98). Heidelberg: Springer.
- Walter, U., Kramer, S., Röbl, M. (2005). Körperliche (In)Aktivität in Kindheit und Jugend. *Dtsch Med Wochenschr* (130), 2876-2878.
- Welk, G.J. (1999). The youth physical activity promotion model: a conceptual bridge between theory and practice. *Quest*, (51), 5-23.
- Whitaker, R., Wright, J., Pepe, M., Seidel, K., Dietz, W. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med*, (337(13)), 869-873.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization: Genf.
- Zimmer, R. (2004): *Kursbuch Bewegungsförderung*. München: Don Bosco.
- Zimmer, R. (2009): *Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten*. In: Wulfhorst, B., Hurrelmann, K. (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitserziehung* (147-159). Bern: Verlag Hans Huber.
- Zimmer, R., Volkamer, M. (1987). *Motoriktest für vier- bis sechsjährige Kinder. MOT 4-6; Manual* (2., überarb. und erw. Aufl.) Weinheim: Beltz-Test.