Präv Gesundheitsf 2021 · 16:81–87
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00779-9>
Eingegangen: 11. Dezember 2019
Angenommen: 7. April 2020
Online publiziert: 24. April 2020
© Der/die Autor(en) 2020

Claudia R. Pischke¹ · Janna Sill² · Berit Steenbock³ · Ramona Siebels³ · Kai Kolpatzik⁴ · Hajo Zeeb^{3,5,6}

¹ Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

² Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

³ Abteilung „Prävention und Evaluation“, Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS, Bremen, Deutschland

⁴ AOK Bundesverband, Berlin, Deutschland

⁵ Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

⁶ Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften, Universität Bremen, Bremen, Deutschland

Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Situation von Erzieher/innen

Ergebnisse einer cluster-kontrollierten Studie an 62 Kindertagesstätten

Einleitung

In Deutschland werden 93,4 % der Kinder zwischen 3 und 5 Jahren in Kitas betreut. Erzieher/innen haben für Kinder Vorbildfunktion, beeinflussen möglicherweise mit ihrem eigenen Gesundheitsverhalten das von Kindern und nehmen eine Schlüsselrolle bei Interventionen zur Modifikation von kindlichem Gesundheitsverhalten ein. Ausreichende Gesundheitskompetenz (GK) ist die Voraussetzung für positive Veränderungen von persönlichem Gesundheitsverhalten und das Mitwirken an Interventionen an Kitas. Bislang ist GK aber wenig in dieser Population untersucht.

Hintergrund und Fragestellung

Die GK („health literacy“) wird im deutschsprachigen Raum als eine wissensbasierte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung definiert und stellt somit eine Schlüsselkompetenz für positives Gesundheitsverhalten dar [1, 20, 21]. Auch ist die GK für einen Erfolg versprechende Umsetzung von

Interventionen zur Modifikation von Gesundheitsverhalten bei Kindern im Vorschulalter auf Seiten von Erzieher/innen notwendig. So müssen Interventionsinhalte und -materialien ausreichend verstanden und bewertet werden, um sie angemessen in der Praxis einsetzen zu können.

Bezüglich des Gesundheitsstatus von Erzieher/innen wies die Erziehergesundheitsstudie von 2013 Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas von 41,2 % bzw. 17,9 % bei Erzieher/innen in Deutschland nach. Auch zeigte sich, dass adipöse im Vergleich zu normalgewichtigen Erzieher/innen insgesamt gesundheitsschädigenderes Verhalten an den Tag legten [10]. Ergebnisse einer Querschnittstudie deuten zudem darauf hin, dass Übergewicht und ein niedriges Niveau von körperlicher Aktivität (KA) auf Seiten von Erzieher/innen Risikofaktoren für kindliches Übergewicht darstellten, möglicherweise begründet durch ihre Vorbildfunktion [7, 9, 15].

In Deutschland wurde im Jahr 2018 der Nationale Aktionsplan GK ins Leben gerufen. Ziel dieses Aktionsplans ist es, Voraussetzungen für eine Verbesserung von GK zu schaffen. Hierzu zählt

u. a. GK als thematischen Schwerpunkt in Bildungs- und Lehrplänen von Kitas zu verankern [19]. Eine weitere Möglichkeit ist die GK von Erzieher/innen im Rahmen von Multikomponenteninterventionen zur Gesundheitsförderung im Kitasetting mit zu adressieren. Ein Beispiel für eine entsprechende Intervention ist das vom AOK Bundesverband entwickelte Programm „JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita“. JolinchenKids ist ein modular aufgebautes Programm zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung, KA und seelischen Wohlbefindens bei 3- bis 6-jährigen Kindergartenkindern unter aktiver Elternbeteiligung. Ein weiterer Fokus liegt auf der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen in Kitas und der Förderung der Gesundheit von Erzieher/innen.

Im Rahmen der JOKITA-Studie, einem cluster-kontrollierten Trial an 62 Kitas in Deutschland, wurden die gesundheitlichen Auswirkungen des Programms bei 3- bis 6-jährigen an Kitas über den Zeitraum von einem Jahr untersucht [22, 23]. Hierbei wurden GK und Gesundheit(sverhalten) von in den Interventionskitas (IKs) tätigen Erzieher/innen, die die Intervention über den

Tab. 1 Soziodemografische Merkmale

	Baseline (T0)				Folgerhebung (T1)			
	Kontrolle		Intervention		Kontrolle		Intervention	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geschlecht								
Männlich	3	4,3	1	1,6	2	4,3	2	4,2
Weiblich	66	95,7	62	98,4	44	95,7	46	95,8
Alter (MW, SD)	41,1	11,4	42,0	12,4	–	–	–	–
BMI								
Unter-/Normalgewicht	39	56,5	35	55,6	27	58,6	28	58,3
Übergewicht/Adipositas	26	37,7	25	39,7	17	37,0	16	33,3
Keine Angabe	4	5,8	3	4,8	2	4,3	4	8,3

BMI Body Mass Index, SD Standardabweichung, MW Mittelwert

Zeitraum von einem Jahr umsetzen, mit der in den Wartelistenkontrollkitas (WKs) tätigen Erzieher/innen verglichen. Hier erfolgte die Implementierung der Intervention nach Abschluss der Folgerhebung.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Rekrutierung der Kitas

Die AOK stellte sowohl Kontaktinformationen für Kitas, die in 2016 mit der Programmumsetzung beginnen wollten, als auch für die WKs bereit [22]. Eine Zufallsauswahl der Kitas bekam einen Screeningfragebogen zur Erfassung struktureller Merkmale von Kitas zugesandt. Anhand dieser Kriterien wurden auf Bundeslandebene Pärchen von IKs und WKs gebildet. Insgesamt nahmen 29 IKs und 33 WKs teil [23].

Intervention JolinenKids – Modul „Erzieherinnengesundheit“

Im Rahmen des „Erzieherinnenmoduls“ wurde Erzieher/innen eine Broschüre mit Informationen zu einer gesunden Lebensweise und Gesundheitsverhalten im Kitaalltag bereitgestellt (www.jolinen.de). Darüber hinaus erhielten sie Anregungen an Kurs- und Beratungsangeboten ihrer regionalen AOK sowie an einem 2-tägigen Workshop mit dem Titel „Fit im Job“ teilzunehmen.

Fragebogen

Erzieher/innen erhielten zu Baseline und nach 12 Monaten einen Fragebogen zum Selbstausfüllen.

Soziodemografische Merkmale

Alter und Geschlecht, Größe und Gewicht, Berufstätigkeit, Staatsangehörigkeit, Geburtsland und Dauer des Aufenthalts in Deutschland wurden anhand von Items aus dem Gesundheitsfragebogen für 18- bis 64-Jährige der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) erfasst [16]. Ausgehend von Größe und Gewicht wurde der Body Mass Index (BMI) berechnet und Kategorien gebildet (<18,5 = Untergewicht, 18,5–24,9 = Normalgewicht, 25,0–29,9 = Übergewicht, ≥30,0 = Adipositas). Diese wurden anschließend in die beiden Kategorien Unter-/Normalgewicht bzw. Übergewicht/Adipositas zusammengefasst [25].

Gesundheitskompetenz

Die GK wurde anhand des HLS-EU-Q16 [8] erfasst. Die Berechnung des allgemeinen GK-Scores erfolgte nach dem von den Skalenentwicklern empfohlenen Verfahren [17]. Die einzelnen Items wurden zunächst binarisiert, indem jeweils die beiden äußeren Antwortkategorien (1 = „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“, 0 = „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“) zusammengefasst wurden. Schließlich wurde der allgemeine GK-Score als Summenscore der 16 binären Items berechnet. Befragten mit >2 fehlenden Werten wurde kein Scorewert

zugewiesen. Nach den vorgeschlagenen Grenzwerten für den HLS-EU-Q16 [17] werden drei GK-Level unterschieden: ausreichend (Score 13–16), problematisch (Score 9–12) und inadäquat (Score 1–8).

Selbstwirksamkeit

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung wurde nur zu T0 anhand einer Skala von 10 Items erhoben [11]. Der individuelle Testwert ergibt sich durch das Aufsummieren aller 10 Antworten (Range: 10–40).

Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Stress

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde mit einem Item des DEGS [16] und gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand der „short form 12“ (SF-12) erfasst ([24]; Range: 0–100, höhere Werte entsprechen einer höheren Lebensqualität). Stresserleben wurde anhand von 4 Items der Cohen-Stress-Skala erfasst ([4]; Range: 0–16, höhere Werte entsprechen einem höheren Stressniveau).

Gesundheitsverhalten

Das Bewegungsverhalten wurde anhand zweier Items des Gesundheitsfragebogens für 18- bis 64-Jährige des DEGS erfragt [16]. Zusätzlich wurden drei Bereiche von KA anhand von Items des Baecke-Fragebogens erhoben [2]: während der Freizeit, während der Arbeit und Sport insgesamt [13]. Es wurde ein Arbeits- (7 Items) und ein Freizeitaktivitätsindex (6 Items) gebildet (Range:

C. R. Pischke · J. Sill · B. Steenbock · R. Siebels · K. Kolpatzik · H. Zeeb

Gesundheitskompetenz und gesundheitliche Situation von Erzieher/innen. Ergebnisse einer cluster-kontrollierten Studie an 62 Kindertagesstätten

Zusammenfassung

Hintergrund. Erzieher/innen nehmen durch ihre Vorbildfunktion eine Schlüsselrolle bei Interventionen zur Modifikation von Gesundheitsverhalten bei Kindern ein.

Ziel der Arbeit. Ziel der Arbeit war, Ausprägungen von Gesundheitskompetenz (GK) und -zustand von Erzieher/innen sowie Lebensstilveränderungen im Rahmen der einjährigen Intervention „JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita“ zu untersuchen.

Methodik. Im Rahmen einer cluster-kontrollierten Studie an 62 Kitas wurde GK deutschlandweit zu Baseline und Gesundheitsverhalten und -zustand von Erzieher/innen zu Baseline und nach 12 Monaten (T1) per Fragebogen erfasst ($n = 132$). Erzieher/innen der Interventionskitas (IKs)

wurden mit denen an Wartelistenkontrollkitas (WKs) verglichen, wo die Implementierung der Intervention nach Abschluss der Folgerhebung erfolgte.

Ergebnisse. Eine ausreichende GK wiesen 42,9 % der Erzieher/innen an IK auf im Vergleich zu 52 % an WKs. Rund 90 % der Befragten an IKs und WKs berichteten einen guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand zu beiden Erhebungszeitpunkten. Zu Baseline lag die Prävalenz von Übergewicht/Adipositas bei knapp 38 % an IKs (40 % an WKs) und sank auf 33 % zu T1, wobei sie an WKs unverändert blieb. Ein Viertel der Erzieher/innen an IKs (17 % an WKs) erreichte die von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen 2,5 h moderater körperlicher

Aktivität pro Woche zu Baseline, zu T1 waren es 27 % an IKs (20 % an WKs). Nur 8 % der Erzieher/innen an IKs (9 % an WKs) konsumierten die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse pro Tag zu Baseline im Vergleich zu 15 % bzw. 13 % zu T1.

Diskussion. Die GK war bei Erzieher/innen ähnlich verteilt wie in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Die Mehrheit wies einen guten Gesundheitszustand auf. Veränderungen im Gesundheitsverhalten bleiben weiterhin ein Interventionsziel.

Schlüsselwörter

Gesundheitsstatus · Bewegung · Ernährung · Vorschulalter · Intervention

Health literacy and health status of preschool teachers. Results of a cluster-controlled study conducted at 62 daycare facilities

Abstract

Background. Preschool teachers function as role models for children and play an important role in health behavior change interventions targeting children.

Objective. To examine levels of health literacy (HL) and status of preschool teachers, as well as lifestyle changes during participation in the 12-month intervention „JolinchenKids—fit and healthy in daycare“.

Methods. HL, health behavior, and health status were assessed in preschool teachers in a cluster-controlled trial conducted at 62 daycare facilities at baseline and 12 months ($n = 132$). Outcomes of preschool teachers at intervention daycare facilities (IDFs) were compared to those working at

delayed intervention control facilities (CDFs) that implemented the intervention after completion of the follow-up.

Results. In all, 42.9 % of the preschool teachers at IDFs displayed an adequate HL compared to 52 % at CDFs. Ninety percent at both DFs reported a good to excellent health status at both time points. At baseline, the prevalence of overweight/obesity was 38 % at IDFs and fell to 33 % at follow-up but remained unchanged at CDFs. One quarter of preschool teachers at IDFs (17 % at CDFs) reached the 2.5 h of moderate physical activity per week recommended by the World Health Organization at baseline and 27 % vs. 20 %, respectively, at follow-up. Only 8 % of the

preschool teachers at IDFs (9 % at CDFs) consumed the recommended five portions of fruits and vegetables per day at baseline compared to 15 % vs. 13 % at follow-up.

Conclusions. The distribution of HL in the population of preschool teachers was similar to that observed in the general German population. The majority of the sample displayed a good health status. Changes in health behavior remain the target of future interventions.

Keywords

Health status · Diet · Physical activity · Preschool age · Intervention

1 [nie]–5 [immer]). Sport insgesamt wurde dichotomisiert ausgewertet. Die Ernährung wurde in Anlehnung an die Ernährungspyramide des AID-Infodienstes [3] und die Interventionsziele von JolinchenKids erfasst. Die folgenden binären Variablen zur Bestimmung der Zielerreichung (bzw. Nichterreichung) wurden gebildet: >5 Gläser Wasser und ungesüßte Getränke/Tag, ≥5 Portionen Obst und Gemüse/Tag. Raucherstatus wurde erfasst und dichotomisiert (ja/

nein). Das Wissen über und die Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen wurde erfragt.

Statistische Analysen

Für Antworten aus dem Fragebogen bzw. die daraus abgeleiteten Scores und Skalen wurden entsprechend deskriptive Statistiken (Mittelwert und Standardabweichung [STD] bzw. Anzahl und Prozentangaben) für beide Erhebungs-

zeitpunkte getrennt nach IKs und WKs berechnet. Für die folgenden Outcomes wurden logistische Regressionen berechnet, um Veränderungen über die Zeitpunkte (unabhängig von Gruppe), Unterschiede zwischen Erzieher/innen an IKs und WKs (unabhängig von Zeit) und Interventionseffekte zu bestimmen: KA pro Woche, Konsum von Obst und Gemüse und von ungesüßten Getränken/Tag, Inanspruchnahme des Gesundheits-Check-ups, subjektiver Ge-

Tab. 2 Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von Check-ups

	Baseline (T0)				Folgerhebung (T1)			
	Kontrolle		Intervention		Kontrolle		Intervention	
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
<i>Gesundheitsbezogene Lebensqualität</i>								
„Physical health“ (PSC)	48,3	6,3	47,5	6,3	48,0	5,5	48,5	6,2
„Mental health“ (MSC)	39,4	8,8	39,8	8,4	38,3	9,7	40,0	8,6
Stress	8,2	1,4	8,7	1,2	8,4	1,6	8,4	1,4
Selbstwirksamkeit	19,6	4,9	19,4	4,5	–	–	–	–
Allgemeiner Gesundheitszustand	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Gut bis ausgezeichnet	63	91,3	57	90,5	41	89,1	44	91,7
Weniger gut bis schlecht	4	5,8	6	9,5	4	8,7	4	8,3
Keine Angabe	2	2,9	0	0	1	2,2	0	0
<i>Gesundheits-Check-up bekannt</i>								
Ja	51	73,9	52	82,5	36	78,3	42	87,5
Nein	16	23,2	11	17,5	7	15,2	4	8,3
Keine Angabe	2	2,9	0	0	3	6,5	2	4,2
<i>Teilnahme Gesundheits-Check-up (Lebenszeitprävalenz)</i>								
Ja	30	43,5	31	49,2	25	54,3	27	56,3
Nein	35	50,7	31	49,2	21	45,7	18	37,5
Keine Angabe	4	5,8	1	1,6	0	0	3	6,3
<i>Teilnahme Gesundheits-Check-up (12-Monats-Prävalenz)</i>								
Ja	20	29,0	17	27,0	12	26,1	13	27,1
Nein	46	66,7	46	73,0	33	71,7	35	72,9
Keine Angabe	3	4,3	0	0	1	2,2	0	0

MW Mittelwert, SD Standardabweichung

sundheitszustand, Stress, gesundheitsbezogene Lebensqualität, Raucherstatus, Gewicht. Analysen erfolgten anhand der SAS 9.3-Software [18].

Ergebnisse

Soziodemografische Merkmale

Insgesamt wurden die Angaben von 132 Erzieher/innen zu T0 sowie von 94 zu T1 ausgewertet. Die soziodemografischen Merkmale Geschlecht, Alter und BMI sind in [Tab. 1](#), stratifiziert nach Erhebungszeitpunkt und Gruppenzugehörigkeit, dargestellt. Zu T0 wiesen knapp 38 % an WKs und 40 % an IKs Übergewicht bzw. Adipositas auf. Zu T1 sank der Anteil an Übergewicht bzw. Adipositas auf 33 % an IKs.

Teilnahme am Modul „Erzieher/innengesundheit“

Insgesamt zeigte sich, dass Kitas eher die Module wählten, die sich an die

Kinder richteten und weniger das Modul „Erzieher/innengesundheit“. Fünf der 29 IKs (16 %) gaben im Rahmen von computerunterstützten Interviews, deren Ergebnisse hier nicht weiter berichtet werden, an, das Modul „Erzieher/innengesundheit“ ausgewählt zu haben.

Gesundheitskompetenz

Die meisten Erzieher/innen wiesen einen ausreichenden GK-Score auf (IKs: 43 %; WKs: 52 %). Einen problematischen GK-Score hatten 32 % der Erzieher/innen an IKs und 23 % an WKs, einen inadäquaten GK-Score 11 % bzw. 13 %.

Selbstwirksamkeit

Zu T0 lag die Selbstwirksamkeit der Erzieher/innen im mittleren Bereich, d. h. bei 19 an IKs und 20 an WKs.

Gesundheitszustand, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Stress

Detaillierte Ergebnisse zum Gesundheitszustand sind in [Tab. 2](#) dargestellt. Rund 90 % der Erzieher/innen an IKs und WKs berichteten zu beiden Erhebungszeitpunkten einen guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität lag im mittleren Bereich für sowohl körperliche als auch mentale Gesundheit an IKs und WKs. Der Mittelwert für Stress lag an IKs mit ca. 9 leicht höher als an WKs mit 8, aber insgesamt bei beiden Gruppen im mittleren Bereich (Range: 0–16).

Gesundheitsverhalten

Veränderungen im Gesundheitsverhalten waren v. a. beim Rauchverhalten zu beobachten: Zu T0 gaben 35 % der Erzieher/innen an IKs und 32 % an WKs an, derzeit zu rauchen. Zu T1 waren es 27 %

Tab. 3 Gesundheitsverhalten

	Baseline (T0)				Folgerhebung (T1)			
	Kontrolle		Intervention		Kontrolle		Intervention	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Körperliche Aktivität (DEGS)</i>								
<2,5 h pro Woche	40	58,0	28	44,4	26	56,5	28	58,3
≥2,5 h pro Woche	12	17,4	16	25,4	9	19,6	13	27,1
Keine Angabe	17	24,6	19	30,2	11	23,9	7	14,6
<i>Sport (Baecke)</i>								
Ja	48	69,6	41	65,1	30	65,2	33	68,8
Nein	20	29,0	21	33,3	16	34,8	15	31,3
Keine Angabe	1	1,4	1	1,6	0	0	0	0
	MW	SD	MW	SD	MW	SD	MW	SD
Freizeitscore	2,9	0,4	2,8	0,3	2,9	0,4	2,9	0,3
Arbeitsscore	2,8	0,3	2,8	0,3	2,8	0,2	2,8	0,2
<i>≥5 Portionen Obst/Gemüse pro Tag</i>								
Ja	6	8,7	5	7,9	6	13,0	7	14,6
Nein	63	91,3	58	92,1	40	87,0	40	83,3
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0	1	2,1
<i>>5 Gläser ungesüßte Getränke/Tag</i>								
Ja	30	43,5	36	57,1	25	54,3	22	45,8
Nein	39	56,5	27	42,9	21	45,7	25	52,1
Keine Angabe	0	0	0	0	0	0	1	2,1
<i>Derzeitiges Rauchen</i>								
Ja	22	31,9	22	34,9	9	19,6	13	27,1
Nein	47	68,1	41	65,1	37	80,4	35	72,9

MW Mittelwert, SD Standardabweichung

und 20 % an IKs und WKs. Außerdem stieg der Anteil an Erzieher/innen, die die empfohlenen 5 Portionen Obst und Gemüse/Tag konsumierten von <10 % auf 15 % in IKs an. Detaillierte Ergebnisse sind in **Tab. 3** aufgeführt.

Interventionseffekte bei Erzieher/innen

Aufgrund fehlender Angaben und einer daraus resultierenden geringen Fallzahl in den verschiedenen Kategorien für die z. T. binären Outcomes konnte die Berechnung von Zeit-, Gruppen- und Interventionseffekten nur für die zwei Outcomes (gesundheitsbezogene Lebensqualität und Stress) erfolgreich durchgeführt werden. Hier zeigten sich keine Interventionseffekte. Insgesamt waren an IKs im Vergleich zu WKs höhere Werte für Stress zu verzeichnen, unabhängig vom Erhebungszeitpunkt

($p < 0,05$, adjustiert für Alter, Geschlecht, Urbanität der Kita, BMI, KA).

Diskussion

In der JOKITA-Studie wurde erstmalig GK in einer Stichprobe von Erzieher/innen aus 14 Bundesländern in Deutschland erhoben. Dabei wies etwa die Hälfte der Erzieher/innen an IKs und WKs eine ausreichende, ein Viertel eine problematische und ein Viertel eine inadäquate GK auf. Insgesamt ließen sich hier keine wesentlichen Unterschiede zur Ausprägung der GK in der deutschen Gesamtbevölkerung feststellen. Jordan und Hoebel beobachteten in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) 2013 eine ähnliche Verteilung [12].

Eine sukzessive Implementierung des Moduls „Erzieher/innengesundheit“, welches ca. 6 Monate nach T0 noch relativ wenig implementiert wurde, könnte möglicherweise zu einer Verbesserung

der GK beitragen. Ziel sollte sein, den Anteil der Erzieher/innen mit problematischer bzw. inadäquater GK möglichst weiter zu minimieren. Allerdings wurde GK in der JOKITA-Studie nur zum Zeitpunkt der Basiserhebung erfragt. Die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs zur Inanspruchnahme von Gesundheits-Check-ups, hier näherungsweise als Ersatzmaß für GK zu T1 gedeutet, geben allerdings Hinweise darauf, dass ein höherer Anteil an Erzieher/innen an IKs über Gesundheits-Check-ups informiert war als an WKs. Allerdings nahmen sie solche Check-ups über den Zeitraum von einem Jahr nicht häufiger wahr.

Der selbstberichtete Gesundheitsstatus von Erzieher/innen war insgesamt nach Selbsteinschätzung i. d. R. gut oder sehr gut. Positive Entwicklungen zeigten sich bei der Folgerhebung in der beschreibenden Auswertung in Bezug auf Übergewicht/Adipositas insbesondere in den IKs. Im Vergleich zu einer ande-

ren Studie [10], die eine Prävalenz von rund 60 % für Übergewicht und Adipositas bei Kindergärtner/innen ($n = 313$) zeigte, war die Prävalenz hierfür mit rund 40 % in unserer Stichprobe deutlich niedriger.

Dagegen wiesen Erzieher/innen an IKs im Vergleich zu solchen an WKs höhere Werte für Stress auf, unabhängig vom Erhebungszeitpunkt. Im Vergleich zu einer italienischen Studie unter Erzieher/innen, in der bei ca. der Hälfte der Stichprobe Symptome für Burnout zu verzeichnen waren [5], zeigte unsere Stichprobe allerdings eine relativ gute Lebensqualität.

Insgesamt waren sehr deutliche positive Veränderungen hinsichtlich einer sinkenden Raucher/innenquote in IKs und WKs zu verzeichnen. Für Frauen ähnlichen Alters in der mittleren Bildungsgruppe, in die auch Erzieherinnen fallen, wird bundesweit auf Basis der GEDA 2014/2015 ein Anteil von 36,7 % berichtet [6]. Der niedrige Obst- und Gemüsekonsum verbesserte sich zwar an IKs deutlicher, blieb aber insgesamt aufgeringtem Niveau, entsprechend dem ähnlich niedrigen Anteil für Frauen bundesweit [14].

Fazit für die Praxis

- Die Gesundheitskompetenz (GK) ist ähnlich verteilt wie in der deutschen Gesamtbevölkerung, kann aber im Rahmen der Ausbildung oder von Interventionen zur Gesundheitsförderung im Kitasetting weiter gestärkt werden.
- Maßnahmen zur Förderung der GK scheinen vielversprechend, müssen allerdings weiterhin implementiert und evaluiert werden.
- Erzieher/innen in unserer Studie weisen mehrheitlich einen guten Gesundheitszustand auf.
- Interventionsbedarf zur Verbesserung von Gesundheitsverhalten besteht insbesondere in Bezug auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Rauchverhalten von Erzieher/innen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Claudia R. Pischke

Institut für Medizinische Soziologie, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf, Deutschland
claudiaruth.pischke@med.uni-duesseldorf.de

Danksagung. Diese Studie wurde mit finanzieller Unterstützung des AOK-Bundesverbandes durchgeführt. Wir möchten uns bei Dr. Sarah Pomp, Projektmanagerin, Abteilung Prävention, AOK Bundesverband für ihre Unterstützung bei der Rekrutierung der Kitas bedanken sowie bei dem verantwortlichen Personal der regionalen AOKs. Auch bedanken wir uns bei Erzieher/innen für die Teilnahme an dieser Studie, bei Cora Schütt und Sarah Schleberger für ihre Unterstützung bei der Erstellung von Tabellen und Formatierung des Manuskripts und bei den Study Nurses der FG „Feldarbeit“ Ramona Siebels und Claudia Kwirand für die Durchführung der Erhebung an den Kitas.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. C.R. Pischke, J. Sill, B. Steenbock, R. Siebels, K. Kolpatzik und H. Zeeb geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ein positives Ethikvotum der Ärztekammer Bremen lag für die JOKITA-Studie vor (HR/RE – 522, 28. April, 2016).

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

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Abel T, Bruhn E (2003) Health Literacy/ Wissensbasierte Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Peter Sabo, Schwabenheim a.d. Selz, S 128–131

2. Baecke JA, Burema J, Frijters JE (1982) A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *Am J Clin Nutr* 36(5):936–942
3. Bundeszentrum für Ernährung (2018) Ernährungs-pyramide: Wie viel esse ich? <https://www.bzfe.de/inhalt/wie-viel-esse-ich-983.html>. Zugriffen: 12. Aug. 2019
4. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 24(4):385–396
5. Converso D, Viotti S, Sottimano I et al (2015) Work ability, psycho-physical health, burnout, and age among nursery school and kindergarten teachers: a cross-sectional study. *Med Lav* 106(2):91–108
6. Finger JD, Mensink GBM, Lange C et al (2017) Gesundheitsfördernde körperliche Aktivität in der Freizeit bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2):37–44
7. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B et al (2006) Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev* 7(Suppl1):7–66
8. HLS-EU Consortium (2012) HLS-EU-Q16. The European Health Literacy Survey Questionnaire short version
9. Hoffmann SW, Tug S, Simon P (2014) Child-caregivers' body weight and habitual physical activity status is associated with overweight in kindergartners. *BMC Public Health* 14:822
10. Hoffmann SW, Tug S, Simon P (2013) Obesity prevalence and unfavorable health risk behaviors among German kindergarten teachers: cross-sectional results of the kindergarten teacher health study. *BMC Public Health* 13:927
11. Jerusalem M, Schwarzer R (1999) Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. https://psycharchives.org/bitstream/20.500.12034/320/1/PT_9001003_SWE_Autorenbeschreibung.pdf. Zugriffen: 12. Aug. 2019
12. Jordan S, Hoebel J (2015) Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58(9):942–950
13. Klinger M (2009) Quantifizierung der cardiorespiratorischen Ausdauer durch einen submaximalen Steptest. Universität Wien, Diplomarbeit
14. Mensink GBM, Truthmann J, Rabenberg M et al (2013) Obst- und Gemüsekonsum in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 56:779–785
15. Planta RC (1994) Patterns of relationships between children and kindergarten teachers. *J School Psychol* 32(1):15–31
16. Robert Koch-Institut (2008) German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS). Health questionnaire for 18–64 year olds
17. Röthlin F, Pelikan JM, Ganahl K (2013) Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV). Ludwig Boltzmann Gesellschaft, Wien
18. SAS Institute Inc (2011) SAS® 9.3 System Options: Reference, 2. Aufl. SAS Institute Inc., Cary
19. Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
20. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM et al (2016) Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/

[ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf](#).

Zugegriffen: 12. Aug. 2019

21. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12(1):1–13
22. Steenbock B, Zeeb H, Rach S et al (2017) Design and methods for a cluster-controlled trial conducted at sixty-eight daycare facilities evaluating the impact of “JolinchenKids—Fit and healthy in daycare”, a program for health promotion in 3- to 6-year-old children. *BMC Public Health* 18(1):6
23. Steenbock B, Buck C, Zeeb H et al (2019) Impact of the intervention program “JolinchenKids—fit and healthy in daycare” on energy balance related-behaviors: results of a cluster controlled trial. *BMC Pediatr* 19(1):432
24. Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD (1996) A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 34(3):220–233
25. World Health Organization (WHO) (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report, Bd. 894. World Health Organization, Geneva