

**Gesundheitskompetenz in der Ausbildung für
Kindergartenpädagogik (Elementarpädagogik),
gemäß Rahmen-Gesundheitsziel 3**

Eine empirische, qualitative Untersuchung anhand der österreichi-
schen Bundesländer Wien und Oberösterreich

Masterarbeit

eingereicht an der
IMC Fachhochschule Krens

Fachhochschul-Masterstudium
„Management von Gesundheitsunternehmen“

von
Kathrin Maria Samobor, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts in Business (MA)

Betreuerin: Dr.ⁱⁿ Eva Schwarz, MPH

Eingereicht am: 27. September 2016

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst, und in der Bearbeitung und Abfassung keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe. Die vorliegende Masterarbeit wurde noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt.“

Datum: 27. September 2016

Kathrin Maria SAMOBOR, BSc

Abstract Deutsch

Die European Health Literacy Survey zeigte 2012 für Österreich einen Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitskompetenz. Das Rahmen-Gesundheitsziel 3 wurde in der Folge als höchst priorisiert eingestuft. Wie dieses Ziel in der Ausbildung zukünftiger Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen derzeit umgesetzt wird, war Ziel dieser Masterarbeit. Auf Basis von Leitbegriffen (Gesundheit, Bewegung, Ernährung, u.dgl.) erfolgte ein Lehrplanvergleich zwischen der *Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik* und dem *Kolleg für Kindergartenpädagogik*. Beim Lehrplanvergleich der beiden Institutionen wurden doch geringe Unterschiede - basierend auf der Altersstruktur der Auszubildenden - in den einzelnen Lehrplaninhalten festgestellt. Hinsichtlich Umsetzung und Verbesserungsbedarf wurden Expertinnen und Experten, sowie Lehrende dieses Fachgebietes, befragt. Als Grundlage der themenanalytischen Auswertung diente das „Integrierte Modell für Gesundheitskompetenz“ nach Sørensen et al.. Die Ergebnisse der Befragungen bestätigen, dass ebenfalls bereits in der Ausbildung der Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen im Bereich Gesundheitskompetenz Ergänzungen als auch bei der weiteren Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles sinnvoll und zukunftsweisend wären. Der ermittelte Verbesserungsbedarf empfiehlt eine Verlagerung der Vermittlung von Gesundheitskompetenz von der derzeitigen Aufteilung auf verschiedene Fächer auf ein integriertes Gesamtfach. Ebenso wird eine Verbesserung der Koordination der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Gemeinden als notwendig angesehen. Absolute Priorität sollte jedoch der Förderung der individuellen Motivation für ein gesundheitskompetentes Verhalten während der Ausbildung, und selbstverständlich auch die Reflexion des tatsächlichen Erreichten, haben. Motivation und Reflexion als unumgängliche Instrumente bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz sind die zentralen Elemente der Vermittlung für alle Lehrende.

Schlüsselwörter: Gesundheitskompetenz / Ausbildung / Kindergartenpädagogik / Elementarpädagogik / Kindergartenpädagogen / Elementarpädagogen / Rahmen-Gesundheitsziel

Abstract English

In 2012, the European Health Literacy Survey revealed a need for action in Austria in the area of health literacy. Health target framework number 3 was given the highest priority as a result. This master's thesis aims to examine how this objective is currently being implemented in the training of future kindergarten educators.

On the basis of guiding concepts (health, exercise, nutrition, and so forth), a curriculum comparison was conducted between the *Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik* (educational institution for nursery teacher training) and the *Kolleg für Kindergartenpädagogik* (college for nursery teacher training). When comparing the two institutions' curricula, minor differences – based on the age distribution of the trainees – were determined in the individual contents of the curricula. Experts and teachers in this field were interviewed regarding implementation and the need for improvement. An “integrated model of health literacy” according to Sørensen et al. was used as a theoretical background to the thematic analytic evaluation. The results of the surveys confirmed that supplementation in the area of health literacy would be both sensible and forward-looking, both as early as in the vocational training of kindergarten educators as well as in the further implementation of the health targets framework.

The identified need for improvement in the education focuses on a shift in the teaching of health literacy from the current scattered approach across multiple subjects to an integrated single subject. Likewise, an improvement in the coordination of the responsibilities between the federal government, the federal states and the municipalities is also deemed necessary. However, the absolute priority should be the encouragement of individual motivation for health-literate behaviour during vocational training and, of course, reflection on what has already been achieved. Motivation and reflection as indispensable instruments for the transmission of health literacy are the central elements of transmission for all teachers.

Key Words: health literacy / training / nursery education / pre-school education /
nursery teacher / kindergarten teacher / kindergarten educator / health target

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Abstract Deutsch.....	II
Abstract English	III
Inhaltsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Forschungsfragen und Ziel der Masterarbeit.....	3
1.3 Vorgehensweise und Methodik	5
1.4 Aufbau der Arbeit.....	6
2 Verwendete Begriffe und Definitionen.....	8
2.1 Gesundheit.....	8
2.1.1 Die WHO-Definition von 1946.....	9
2.1.2 Die WHO-Begriffsfassung nach der Ottawa-Charta 1986.....	10
2.2 Gesundheitskompetenz.....	11
2.2.1 Bereiche der Anwendung.....	12
2.2.2 Die Debatte um health literacy	13
2.2.3 Traditionelle Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.....	14
2.3 Kindergarten- und Elementarpädagogik.....	16
3 Regelungen und Normen	19
3.1 Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.....	19
3.1.1 Allgemeines zu Rahmen-Gesundheitsziel 3	20
3.1.2 Arbeitsgruppenbericht zum Rahmen-Gesundheitsziel 3	21
3.2 Ausbildung in Österreich	22
3.2.1 Institutionen der Kindergartenpädagogik	23
3.2.2 Lehrplan BAKIP zur Gesundheitskompetenz.....	25
3.2.3 Lehrplan Kolleg zur Gesundheitskompetenz.....	30
3.2.4 Wesentliche Unterschiede aufgrund einer Gegenüberstellung der Lehrpläne.....	35

3.2.5	Zukünftige Entwicklungen – Bildungsanstalt für Elementarpädagogik ...	41
4	Bisherige Forschung und Modell der Gesundheitskompetenz	43
4.1	Recherche-Ergebnisse	44
4.2	Modell der Gesundheitskompetenz als theoretischer Hintergrund	48
5	Angewendete empirische Methoden und Ergebnisse	53
5.1	Vorgehensweise	53
5.2	Qualitative und ergänzende quantitative Auswertungsmethoden	54
5.3	Beschreibung der Stichproben	55
5.4	Resultate / Ergebnisse	57
5.4.1	Themenanalyse, gemäß Begriffen des Sørensen et al.-Modells.....	58
5.4.2	Themenanalyse, gemäß Rahmen-Gesundheitsziel 3	64
5.4.3	Themenanalyse, gemäß R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen und Interviews.....	69
5.4.4	Abgefragte Maßnahmenliste zu Ausbildungsinhalten	84
5.4.5	Abgefragte Maßnahmenliste zum Arbeitsgruppenbericht des R-GZ 3...	87
5.5	Methodendiskussion und Limitation der Ergebnisse.....	90
6	Resümee.....	92
6.1	Zusammenfassung der Antworten zu den Forschungsfragen	92
6.2	Empfehlungen der Interviewten, Denkanstöße und weiterer Forschungsbedarf.....	96
	Literaturverzeichnis	99
	ANHÄNGE	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Generelle Gesundheitskompetenz im Ländervergleich und gesamt ..2	
Abbildung 2: Integriertes, konzeptuelles Modell der Gesundheitskompetenz (Auszug: dargestellt sind alle Dimensionen, Domänen und Determinanten) 49	
Abbildung 3: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu Begriffen des Sørensen et al.-Modells, n=9.....58	
Abbildung 4: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu Begriffen der formalen Ziele des R-GZ 3, n=9.....64	
Abbildung 5: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen und Interviews, n=9.....70	
Abbildung 6: Maßnahmenliste: Bedeutende Inhalte für die Ausbildung von Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen (Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen), n=8; ohne Testinterview.....85	
Abbildung 7: Bewertung ausgesuchter Maßnahmen durch Expertinnen und Experten, n=589	

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheitsförderung innerhalb der sozialen und physischen Umwelt in den vier Dimensionen der (individuellen und informationsbezogenen) health literacy	50
Tabelle 2: Schülerinnen- und Schüleranzahl, sowie Studierendenanzahl für das Schuljahr 2014/2015; nach Bundesländern an BAKIP und Kolleg für Kindergartenpädagogik.....	56
Tabelle 3: Aufgliederung der realisierten Stichproben nach Geschlecht und Alterskategorien.....	56

Abkürzungsverzeichnis

BAKIP	Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik
BAfEP	Bildungsanstalt für Elementarpädagogik
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMUKK	Bildungsministerium für Unterricht Kunst und Kultur
bzw.	beziehungsweise
et al.	und andere
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
give	Gesundheitsbildung– Information – Vernetzung – Entwicklung
HLS-EU	European Health Literacy Survey
ICD	International Classification of Diseases
KiGa	Kindergarten
Kindergartenpäd.	Kindergartenpädagogin und Kindergartenpädagoge
LB	Leitbegriff
P	Person
Päd.	Pädagogin und Pädagoge
QIBB	Qualitätsinitiative Berufsbildung
REVAN	Richtig essen von Anfang an
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziel
RIS	Rechtsinformationssystem
u.a.	und andere
usw.	und so weiter
Vermittlg.	Vermittlung
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Z	Zeile
z.B.	zum Beispiel

1 Einleitung

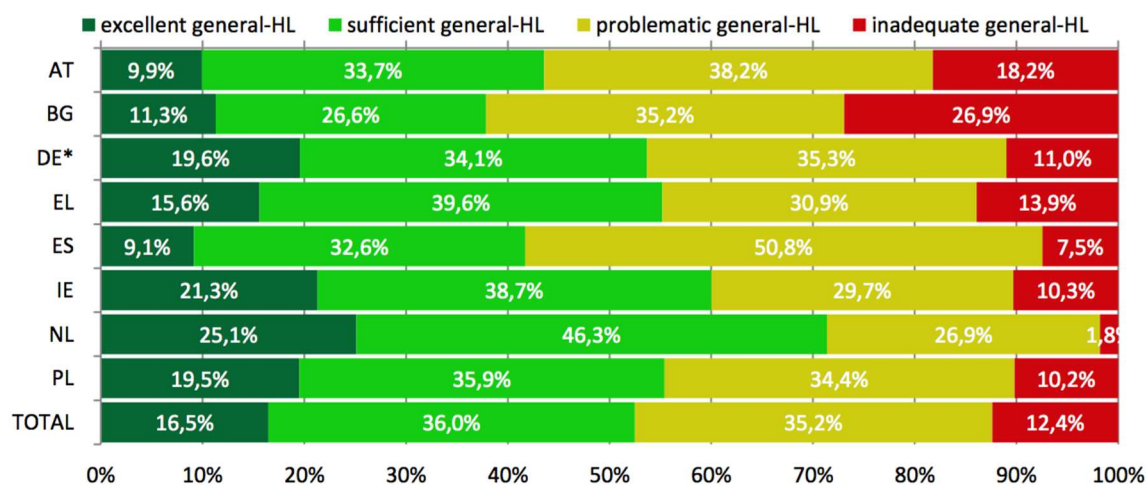
In Österreich liegt die Anzahl der gesund gelebten Jahre unter jener der OECD-Staaten (BMG, 2012, S. V). Nicht verwunderlich, dass in vielen Gebieten versucht wird, die individuelle Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung zu stärken. Meist wird hierbei das traditionelle Bildungssystem für schulreife Kinder als ein zentraler Einstiegsansatz zur Förderung von Gesundheitskompetenz angesehen, jedoch werden hierbei, tendenziell die, besonders sehr wichtigen, ersten Jahre der Kindheit geringgeschätzt. Allerdings ist zu erkennen, dass sich die Denkweisen doch in Richtung frühkindliche Gesundheitserziehung verändern und dadurch einiges an Neustrukturierung in Bewegung setzen.

Kindergartenpädagogik, beziehungsweise [bzw.] Elementarpädagogik, werden zunehmend wichtiger. Diese Formen der Pädagogik ermöglichen es, insbesondere Gesundheitsthemen an Kinder zu vermitteln (Krause, Rehberg, 2014, S. 436 f.). Die Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen ist daher ein wichtiger Ansatzpunkt, dass die Auszubildenden Gesundheitskompetenz selbst erwerben, um sie im späteren Berufsleben an die Kinder vermitteln zu können. Wie das Rahmen-Gesundheitsziel 3 derzeit in der Pädagogikausbildung umgesetzt wird, und welche Möglichkeiten der Verbesserung denkbar sind, sind Inhalte der vorliegenden Masterarbeit.

1.1 Problemstellung

Gesundheitskompetenz hat in den letzten Jahren in den europäischen (Sørensen et al, 2015, S. 1) und auch in österreichischen gesundheitspolitischen Diskursen und Veröffentlichungen einen immer höheren Stellenwert eingenommen (Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2012, 2014; Arrouas et al., 2014; Fousek, Domittner & Nowak, 2012, S. 12). Eine europaweite Studie - Die European Health Literacy Survey [HLS-EU] - erfasste erstmals vergleichbare Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in acht teilnehmenden europäischen Mitgliedsstaaten. Die Ergebnisse sind in folgender Abbildung zu sehen.

Abbildung 1: Generelle Gesundheitskompetenz im Ländervergleich und gesamt



Quelle: HLS-EU Consortium, 2012, S. 32

Die durchschnittliche *exzellente allgemeine* Gesundheitskompetenz liegt bei 16,5% (siehe in der Abbildung links, dunkelgrün). Während hier die Niederlande als bestes Land 25,1% aufweist, liegt Österreich mit nur 9,9% an vorletzter Stelle. Dieses Ergebnis wird auf der negativen Seite verstärkt, wenn die Items *problematische allgemeine* und *inadäquat allgemeine* zusammengezogen werden. Hier zeigt sich, dass 56,4% der österreichischen Bevölkerung eine *problematische* oder *inadäquate* Gesundheitskompetenz aufweisen. (HLS-EU Consortium, 2012, S. 32) Diese Studie verweist daher auf einen enormen Handlungsbedarf für Österreich. Die Ergebnisse werfen außerdem die Fragen auf, ob und in welchen Bereichen die Gesundheitskompetenz zu wenig gefördert wird. Zudem soll nach Fousek et al. (2012, S. 34) eine Sensibilisierung auch im Bildungsbereich stattfinden, da dieser für die (Weiter-) Entwicklung von Gesundheitskompetenz ein wichtiges Interaktionsfeld darstellt.

Um die Gesundheitskompetenz vermehrt in das Bewusstsein der österreichischen Bevölkerung zu heben, wurde bei den beschlossenen Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich im Jahre 2012, ein eigenes Ziel (*R-GZ 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken*¹) definiert. Aufgrund der Bedeutsamkeit dieses Zielles wurde im Rahmen des Gesundheitsziel-Plenums im Februar 2013 die Stär-

¹ Beschluss der Bundesgesundheitskommission und des Ministerrates, Rahmen-Gesundheitsziele [R-GZ] für die nächsten 20 Jahre festzulegen (BMG, 2012, S. V).

kung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zum „höchst priorisierten Gesundheitsziel“ gewählt (BMG, 2014, S. 5). Für das Vorantreiben des Rahmen-Gesundheitszieles 3 wurde im Jahr 2013 eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein Strategie- und Maßnahmenkonzept zu entwerfen. In diesem wird der Bildungsbereich als doppelt relevant angesehen, und der Kindergarten findet unter anderem Beachtung mit dem Bezug zur Maßnahme „Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante Bundesrahmengesetz Kindergarten“ (ebd., S. 23).

In der Bildungslandschaft gewinnen Kindergärten eine immer größere Bedeutung. Ein Beispiel hierfür ist die Einrichtung eines ersten Pflichtjahres (Haas, Gruber, Kerschbaum, Knaller, Sax & Türscherl, 2012, S. VI f.). In diesem Bereich nimmt die Ausbildung zur Kindergartenpädagogin und zum Kindergartenpädagogen einen zunehmend wichtigeren Stellenwert ein. Damit Gesundheitsthemen an die Kinder vermittelt werden können, nehmen hier die Pädagoginnen und Pädagogen eine bedeutende Rolle ein (Krause, Rehberg, 2014, S. 436) und können auch die erste Weiche für die formellen Bildungschancen der Kinder stellen (Haas et al., 2012, S. 27). Im wissenschaftlichen Endbericht zur „Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr“ (ebd., S. 42) wird für die weitere Sicherung bzw. Verbesserung der pädagogischen Qualität auch die „Förderung der Gesundheitskompetenz des pädagogischen Personals“ vorgeschlagen, die daher in die Aus- und Weiterbildung integriert werden sollte.

1.2 Forschungsfragen und Ziel der Masterarbeit

Auf Grundlage der Problemstellung und drei ausführlicher Vorinterviews von Fachleuten wurden zusätzlich zur leitenden Forschungsfrage drei Subforschungsfragen präzisiert. Die Fragen lauten wie folgt:

Leitende Forschungsfrage:

Wie wird das Rahmen-Gesundheitsziel 3 (Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken) in der österreichischen Ausbildung für Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen² umgesetzt?

Subforschungsfragen:

1. Worin bestehen die Unterschiede in der vorgegebenen Vermittlung von Gesundheitskompetenz in den Lehrplänen zwischen der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik und dem Kolleg für Kindergartenpädagogik?
2. Inwieweit gibt es einen Verbesserungsbedarf für die Umsetzung des Rahmen-Gesundheitszieles 3 (siehe Bericht der Arbeitsgruppe zum Rahmen-Gesundheitsziel 3), und wie könnten diese Verbesserungsmöglichkeiten – soweit es Expertinnen und Experten auf Bundes- und Landesebene als notwendig erachten – aussehen?
3. Welche Einstellungen und Erfahrungen in der Vermittlung haben Lehrende an der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik und am Kolleg für Kindergartenpädagogik hierzu, und welche Inhalte zur Verbesserung der Vermittlung wären, aus Sicht der Lehrenden, besonders wichtig?

Das Ziel der Masterarbeit ist, vertiefend zur Beantwortung der Forschungsfragen, die derzeitige Situation der Ausbildung zu Kindergartenpädagoginnen und –pädagogen bezüglich Gesundheitskompetenz darzustellen, Lücken aufzuzeigen und Empfehlungen zu formulieren und in weiterer Folge Denkanstöße zu geben.

² Es haben sich im Zuge der Bildungsreform während des Schreib- und Forschungsprozesses einige begriffliche Änderungen ergeben. In den Forschungsfragen ist noch von Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen die Rede. Die neue Bezeichnung geht in Zukunft eher in Richtung Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen, womit eine Erweiterung von Inhalten und Zuständigkeiten verbunden ist.

1.3 Vorgehensweise und Methodik

Aufgrund des Zieles der Arbeit, die Situation darzustellen, Lücken aufzuzeigen, Empfehlungen und Denkanstöße zu geben und der geringen empirischen Arbeiten zu dieser Thematik (siehe Kapitel 4.1 *Recherche-Ergebnisse*, ab Seite 44) wurde ein qualitativer Forschungsansatz (Flick, Kardorff & Steinke, 2015, S. 24) gewählt.

Die Recherche zum Stand der Forschung wurde mit folgenden Methoden durchgeführt: Nach einem ersten Durchgang der Recherche in der Literatur nach dem Schneeballsystem wurde eine systematische Literaturrecherche nach selektierten Schlagworten durchgeführt. Ebenso wurden spezifische Internetrecherchen auf fach einschlägigen Websites, Fachdatenbanken, Bibliotheks- und Verbundkatalogen genutzt.

Die leitende Forschungsfrage wird übergreifend mittels eines qualitativen Forschungsansatzes beantwortet. Aufgrund dieses Ansatzes werden im empirischen Teil persönliche face-to-face Interviews mit zwei Zielgruppen durchgeführt: mit Expertinnen und Experten auf Bundes- und Landesebene und mit Lehrenden von Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik [BAKIP] und Kollegs für Kindergartenpädagogik (Gläser & Laudel, 2010, S. 111 ff.) zur Datengewinnung durchgeführt. Die Art des Fragebogens ist ein semistandardisierter Leitfaden, welcher offene und geschlossene Fragen enthält.

Die Aussagen der Befragten, aufgrund dieser Interviews, sind geeignet, auch die Subforschungsfragen 2 und 3 zu beantworten. Diese Antworten werden mittels einer qualitativen Themenanalyse ausgewertet. Die Definitionen des R-GZ 3, das integrierte Modell zur Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al., werden bei der Analyse als gegebene und theoretische Hintergründe verwendet. Zur Themenanalyse ergänzend, wird eine quantitative Darstellung der Bewertungen der Maßnahmenliste durch die Interviewten aufgenommen. Die Subforschungsfrage 1 wird in einer zusammenfassenden Gegenüberstellung der Unterschiede, mittels formulierter Leitbegriffe, zwischen den Lehrplänen Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik und Kolleg, mit dem Stand Schuljahr 2015/2016, erläutert.

1.4 Aufbau der Arbeit

Das erste Kapitel stellt als Einleitung im Wesentlichen das Problem, die Forschungsfragen und die methodische Vorgehensweise des Forschungsprojektes dar. Im zweiten Kapitel der Arbeit wird eine systematische Auseinandersetzung mit den verwendeten Begriffen und Definitionen der Arbeit gezeigt. Dabei wird der Begriff der Gesundheit, mit dem Fokus auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation, beleuchtet. Des Weiteren werden die Gesundheitskompetenz mit ihren Anwendungsbereichen, die fachliche Debatte um health literacy (Gesundheitskompetenz) und die traditionelle Gesundheitsförderung mit dem neueren Begriff der Gesundheitskompetenz in Zusammenhang gebracht. Zum Abschluss werden kurz die Begrifflichkeiten Kindergarten- und Elementarpädagogik definiert.

Im dritten Kapitel werden die Regelungen und Normen zum R-GZ 3 im Allgemeinen und des Arbeitsgruppenberichtes im Speziellen beschrieben. Fortführend wird die gegenwärtige Ausbildung zur Kindergartenpädagogin und zum Kindergartenpädagogen an den zwei Ausbildungsstätten BAKIP und Kolleg für Kindergartenpädagogik beschrieben. Danach werden die Lehrpläne der beiden Ausbildungsformen dargestellt, um abschließend für die Beantwortung der Subforschungsfrage 1 Unterschiede zwischen den beiden Lehrplänen aufzuzeigen. Für die Wahrung der Aktualität der vorliegenden Arbeit, wird auf die zukünftige Entwicklung der Ausbildung Richtung Elementarpädagogik eingegangen.

Im Kapitel vier wird eine Auseinandersetzung mit dem Stand der Forschung und dem zugrundeliegenden theoretischen Hintergrund (Sørensen et al.-Modell) für die Empirie erfolgen. Kapitel fünf beschäftigt sich mit der Darstellung der gewählten empirischen Methoden. Es erfolgt die Beschreibung der Vorgehensweise, der qualitativen und ergänzend quantitativen Auswertungsmethoden, sowie die Charakteristik der Stichprobe. Das Kapitel 5.4 zeigt die Resultate der Analysen und stellt somit ein Kernstück der Masterarbeit dar. Es folgt eine Diskussion der angewendeten Methoden und die Limitation der Studie.

Im sechsten und letzten Kapitel der Arbeit wird ein Resümee gezogen, das eine zusammenfassende Beantwortung der Forschungsfragen enthält. Überdies beinhaltet es Empfehlungen der Interviewten, Denkanstöße der Autorin und einen weiteren Ausblick auf das Forschungsfeld mit möglichen Forschungsprojekten.

2 Verwendete Begriffe und Definitionen

In diesem Kapitel werden die wesentlichsten Begriffe der vorliegenden Arbeit gefasst. Das sind die Begriffe Gesundheit, darauf aufbauend Gesundheitskompetenz, der traditionelle Begriff Gesundheitsförderung, sowie Kindergarten- und Elementarpädagogik.

2.1 Gesundheit

Seit Jahrhunderten beschäftigen sich Menschen mit dem Gegenstand und der Auffassung von Gesundheit. Gesundheit ist nämlich ein genereller und breiter Begriff, mit unterschiedlich vorherrschenden Bedeutungen. Diese bieten neben einer reinen fachbezogenen Perspektive oftmals auch ethische Auseinandersetzungen an (Naidoo & Wills, 2010, S. 4). Verschiedene Wissenschaftsfächer, wie Lebens- und Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Soziologie oder Rechtswissenschaften setzen sich im Grunde laufend mit dem Begriff Gesundheit, samt den Konsequenzen in ihren Fächern und auf den Menschen, auseinander. In den letzten Jahren widmete sich im gesundheitspolitischen Diskurs die Politik oder ebenso das öffentliche und private Versicherungswesen vermehrt diesem Thema (Franke, 2010, S. 32).

Gesundheit hat somit den Anschein, ein kaum greifbares und nur schwer zu beschreibendes Gefüge zu sein (Hurrelmann & Franzkowiak, 2015). Es ist nicht verwunderlich, dass unter den zahlreichen Gesundheitsdefinitionen in der Fachliteratur keine, von allen Fachleuten akzeptierte zu finden ist. Das Fehlen einer, über allen Fächern hinweg gültigen Definition, hat Einfluss darauf, dass es kein eindeutiges Kriterium gibt, ob jemand gesund ist oder nicht (Franke, 2010, S. 22). In Klassifikationssystemen³ wird versucht, einzelne Krankheiten zu erfassen, zu beschreiben und zu definieren (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2016a), aber

³ Das weltweit anerkannteste Diagnoseklassifikationssystem der Medizin ist die International Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD]. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben (WHO, 2016a).

nicht die Gesamtgesundheit. Das medizinische Modell übernimmt diese, aufs Einzelne begrenzte Sichtweise von Gesundheit. Gesundheit wird daher lediglich als ein Status angesehen, welcher nur gegeben ist, wenn keine Krankheitsanzeichen bestehen (Naidoo & Wills, 2010, S. 5). In der heutigen Gesellschaft hingegen wird Gesundheit ein hoher Wert beigemessen und entfernt sich von einer rein medizinischen Betrachtungsweise. Gesundheit wird als ein Zustand aufgefasst, der über eine bloße Abwesenheit von Krankheit hinausgeht (Franke, 2010, S. 30; Kickbusch & Hartung, 2014, S. 51). Somit tritt eine positive Sichtweise von Gesundheit, als ein holistisches oder ganzheitliches Konstrukt, in den Vordergrund (Naidoo & Wills, 2010, S. 5).

2.1.1 Die WHO-Definition von 1946

Auch in der vorliegenden Masterarbeit wird von einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis ausgegangen. Das, als theoretischer Hintergrund, gewählte Modell von Sørensen et al. (2012) zur Gesundheitskompetenz, geht ebenfalls von einer Gesamtbetrachtung aus. Die Gesundheit als ein ganzheitliches Konzept zu definieren, und erstmals öffentlich in einem gesundheitspolitischen Dokument festzuhalten, geschah 1946 in der Gründungsakte der WHO, wie folgt: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO, 2014, S. 1)

Dieses Bekenntnis, Gesundheit auf einer körperlichen, psychischen und sozialen Ebene zu erfassen, war der Anstoß für eine Diskussion, eine einvernehmliche wissenschaftliche Gesundheitsdefinition festzulegen (Ewles & Simnett, 2007, S. 22; Hurrelmann & Richter, 2013, S. 117 f.). Diese Hereinnahme der psychischen und sozialen Aspekte führte in vielen Bereichen zu einem gesundheitspolitischen Paradigmenwechsel. Besonders der soziale Aspekt von Gesundheit wurde in vielen Beiträgen und Arbeiten aufgegriffen, und gilt heute als unabdingbares Element für Gesundheit aus einer ganzheitlichen Betrachtung (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 52). Dennoch konnte bis dato keine explizite Einordnung des sozialen Aspektes erreicht werden. Der soziale Aspekt wird zumeist als gesellschaftliche

Rahmenbedingung für Psyche und Physis gesehen (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 118).

Die Definition der WHO lieferte erhebliche Impulse, sowohl für die Wissenschaft als auch für die Praxis. Jedoch löst sie bis heute kritische Debatten aus. Vor allem wird die Idealnorm eines perfekten Gesundheitszustandes als unrealistisch angesehen (Ewles & Simnett, 2007, S. 22; Hurrelmann & Richter, 2013, S.117; Kickbusch & Hartung, 2014, S. 52). Des Weiteren weist sie auf einen fixen Zustand hin, der im Leben niemals erreichbar sein wird. Einer der Vorschläge, Gesundheit realistischer zu erfassen, ist: „Gesundheit als Fähigkeit, sich wechselnden Erfordernissen, Erwartungen und Anregungen anpassen zu können.“ (Ewles & Simnett, 2007, S. 22).

2.1.2 Die WHO-Begriffsfassung nach der Ottawa-Charta 1986

Einen weiteren prägenden Einschnitt in die gesundheitspolitische Diskussion gab es 1986 auf einer WHO-Tagung in Ottawa. Damals wurde auf Grundlage der ursprünglichen Definition von 1946 die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung beschlossen. Ein noch breiterer Gesundheitsbegriff (Kickbusch & Hartung, 2014, S. 52) wurde unter dem Abschnittstitel „Auf dem Weg in die Zukunft“ festgelegt:

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: Dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO, 1986a, S. 5)

Auch wenn die WHO nun durch diese Fassung der Gesundheit in der Ottawa-Charta frühere Kritikpunkte aufgegriffen und entsprechend verbessert hat, wird in vielen Bereichen noch an der ursprünglichen Ideal-Definition von 1946 festgehalten (Hurrelmann, 2010, S. 119).

Diese Begriffsfassung, gemäß der Ottawa-Charta, geht, nach Ansicht der Autorin, in Richtung Selbstverantwortung, das bedeutet, selbst Entscheidungen treffen zu

können und die Kontrolle über die eigene Gesundheit zu erhalten und zu behalten. Die Bezeichnung Kontrolle findet die Autorin im Gesundheitskontext unpassend. In der offiziellen englischen Fassung der Ottawa-Charta (WHO, 1986b, S. 4) ist das Wort *control* zu finden. Diese englische Bezeichnung kann auch mit Steuerung ins Deutsche übersetzt werden. Dieses deutsche Wort Steuerung hingegen hat eine Bedeutung, die dem Einzelnen aktiv und selbständig sein eigenes Geschick – im Sinne von einer eigenständigen Steuerung – zuweist. Es wird auch in dieser Definition der Ottawa-Charta versucht, den sozialen Aspekt aufzugreifen, jedoch eingeschränkt auf einen gesellschaftspolitischen Kontext.

2.2 Gesundheitskompetenz

Unter dem Begriff *Kompetenz* wird die Befähigung und Fertigkeit einer Person verstanden, ihr tägliches Leben spezifisch nach den jeweiligen Lebensumständen anzupassen, damit dieses bewältigt werden kann (Posse, Beckers, Schulz, Matlik & Balster, 2010, S. 7). Wenn nun der Begriff *Gesundheit* mit dem Kompetenzbegriff in Verbindung gebracht wird, kann die *Gesundheitskompetenz* eine wichtige Grundlage für die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens ausdrücken (Lenartz, 2012, S. 19 f.). Auf eine allgemein akzeptierte und exakte Definition von Gesundheitskompetenz konnten sich Forschende und Praktikerinnen und Praktiker bisher nicht einigen (Soellner, Huber, Lenartz & Rüdinger, 2010, S. 104; Sørensen et al., 2012, S. 2).

In der vorliegenden Masterarbeit wird die Definition nach Sørensen et al. (2012) verwendet, weil das vorgeschlagene Modell dieser Autorinnen und Autoren als theoretischer Hintergrund genutzt wird. Die Begriffsfassung aus dem publizierten Review lautet:

“Health literacy is linked to literacy and entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.” (Sørensen et al., 2012, S. 3)

Demnach hängt Gesundheitskompetenz (health literacy) eng zusammen mit der Motivation, der Fähigkeiten und Fertigkeiten und dem Wissensstand von Personen, um gesundheitsrelevante Informationen aktiv aufzufinden, zu verstehen, in ihrem Wert zu beurteilen und anzuwenden.

2.2.1 Bereiche der Anwendung

Der Begriff Gesundheitskompetenz wird derzeit hauptsächlich in drei Bereichen verwendet:

1.) Erziehungswissenschaften, seiner Herkunftsdisziplin: Die vorliegende Arbeit bietet auf empirischer Grundlage einen Einblick in ein Feld des erziehungswissenschaftlichen Bereiches, der Kindergarten- und Elementarpädagogik, siehe auch spätere Kapitel dieser Arbeit.

2.) Medizinisch-pharmazeutischen Anwendungsfeldern: Im zweiten Bereich wird vor allem die Patientinnen- und Patientenkompetenz als das medizinische Verständnis von Gesundheitskompetenz (health literacy) erfasst (Peerson & Saunders, 2009, S. 287). Hierbei geht es im Wesentlichen um funktionale Fertigkeiten, wie Lese- und Schreibfähigkeit einer Person, wie beispielsweise das Verstehen von Beipackzetteln in Arzneimitteln. Aufklärungsbroschüren und auch Informationen von Gesundheitsprofessionen, sowie des Gesundheitssystems sollen verstanden werden (Abel, Sommerhalder & Bruhin, 2011, S. 337; American Medical Association, 1999, S. 552). Aus diesem Blickwinkel gesehen, beschreibt Gesundheitskompetenz die Fähigkeit, sich in einem Gesundheitssystem zurechtzufinden. Daraus lässt sich schließen, dass die Eigenschaften und Organisation dieses Systems von Bedeutung sind. Folglich kann Gesundheitskompetenz als ein dynamischer und interaktiver Prozess angesehen werden. Die persönliche Gesundheitskompetenz kann aus dieser Perspektive heraus zwischen dem Gesundheitsproblem, Gesundheitspersonal und dem Gesundheitssystem variieren und somit beeinflussbar werden (Baker, 2006, S. 878).

3.) Public Health: Der dritte Bereich zeigt einen Public-Health-Ansatz auf, der mehr als die funktionalen Fähigkeiten oder Fertigkeiten vorsieht (Diviani & Camer-

ini, 2014, S. 441). Diese Sichtweise löste den Begriff aus der rein klinischen Betrachtungsweise. Federführend war hier die Richtungsänderung der WHO zur health literacy (WHO, 1998a). Unter Einbezug der Gesundheitsförderung, wurde health literacy (Gesundheitskompetenz) inhaltlich weiter gefasst. Nämlich in einer Abfolge von einer reinen Lese- und Schreibfähigkeit über einer wissensbasierten Kompetenz zu einer erhöhten allgemeinen Lebenskompetenz. Diese erhöhte Lebenskompetenz soll es nun ermöglichen, sich im und außerhalb des Gesundheitssystems gesundheitsförderlich zu verhalten (Lenartz, 2012, S. 21; Soellner, Huber, Lenartz & Rudinger, 2009, S. 107).

2.2.2 Die Debatte um health literacy

In der deutschsprachigen Fachliteratur wird gegenwärtig häufig synonym für Gesundheitskompetenz der angelsächsische Begriff *health literacy* verwendet. Die erstmalige Erwähnung des Begriffs health literacy fand im erziehungswissenschaftlichen Kontext in dem Fachartikel von Simonds „*Health education as a social policy*“ (1974) in den USA statt. Ursprünglich wurde der Begriff mit *Gesundheitsalphabetisierung* ins Deutsche übersetzt, da dieser die funktionellen Fähig- und Fertigkeiten wie Lesen, Verarbeiten und Verstehen von gesundheitsrelevanten Informationen innehat (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 227). Allerdings wurde diese Übersetzung aufgrund ihrer rein funktionalen Betrachtungsweise als unbefriedigend erachtet (Wulfhorst & Hurrelmann, 2009, S. 23). Dies dürfte der Grund sein, dass der englischsprachige Begriff health literacy auch im deutschsprachigen Raum regelmäßig im Sinne von Gesundheitskompetenz verwendet wird.

Trotz der oben kurz angeschnittenen Differenzierungen zwischen den beiden Begrifflichkeiten health literacy, bzw. Gesundheitskompetenz und dem Fehlen einer inhaltlichen und praktischen Auseinandersetzung der Übersetzung bis heute, werden die beiden Begriffe in der Fachwelt und auf politischer Ebene meist synonym verwendet (Abel et al., 2011, S. 337; Soellner et al., 2009, S. 107).

Die Forschungen im angloamerikanischen Raum zur überwiegend medizinisch anwendungsorientierten Betrachtung der Gesundheitskompetenz – eben im buch-

stäblichen Sinne von health literacy (Soellner et al., 2009, S. 107), können als ein deutlich engerer Ansatz gesehen werden, als die WHO selbst zur health literacy in ihren englischsprachigen Texten schreibt (Kapitel 2.2.3 *Traditionelle Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz*, Seite 14).

Im Folgenden soll die Gesundheitskompetenz näher unter dem traditionellen Begriff Gesundheitsförderung betrachtet werden.

2.2.3 Traditionelle Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz

Wie bereits im Kapitel 2.1.2 auf Seite 10 beschrieben, wurde die Verabschiedung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (health promotion) auf der ersten internationalen Konferenz 1986 zu einem Meilenstein des neuen weiteren Gesundheitsverständnisses. „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ (WHO, 1986a, S. 1)

Für ein aktives, gesundheitsförderliches Handeln wird die Entwicklung von persönlicher Kompetenz als eine zentrale Handlungsstrategie angesehen. Soziale Fähigkeiten durch Informationsbereitstellung und gesundheitlicher Bildung, sowie auch die Verbesserung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten für das alltägliche Leben stehen hier im Mittelpunkt. Hier können die Menschen eigenständige, gesundheitsförderliche Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen und tagtäglich Einfluss darauf nehmen.

In der Ottawa-Charta kommt der Begriff Gesundheitskompetenz (health literacy) nicht vor. Dieser wird erst mehr als ein Jahrzehnt später offiziell eingeführt⁴. Im Glossar zur Gesundheitsförderung heißt es: „Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to

⁴ Zusätzlich dazu, wurde in der seit über 15 Jahren erscheinende „Fakten-Reihe“ der WHO, zu aktuellen gesundheitlichen Themen, im Jahr 2013, der Gesundheitskompetenz „*Health Literacy: The solid facts*“ (WHO, 2013) gewidmet. Die deutsche Version erschien im Jahr 2016 unter den Namen: „*Gesundheitskompetenz: Die Fakten*“ (WHO, 2016b).

gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health.“ (WHO, 1998a, S. 10)

Dieser neu eingeführte Begriff von Gesundheitskompetenz (health literacy) ist deutlich enger gefasst als die traditionelle Gesundheitsförderung (health promotion), insofern sich nun Gesundheitskompetenz nur auf Fähigkeiten (skills) von Individuen beschränkt wird. Diese Skills werden jedoch tiefer und detaillierter dargestellt. Bisher verwendete Begriffe der Gesundheitsförderung, die Determinanten der Gesundheit⁵, Empowerment/Befähigung oder Partizipation/Teilhabe wurden weiter genutzt (wie exemplarisch das integrierte Modell zur Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al., ab Seite 48 dieser Arbeit zeigt), nun aber in Verbindung zum neuen Begriff Gesundheitskompetenz gebracht, was die Diskussionen erheblich verkomplizierte. Daher ist bei der Rezeption von Fachliteratur sehr genau darauf zu achten, in welcher Disziplin und zu welcher Zeit inhaltlich ein Begriff bestimmt wird, damit es in weiterer Folge nicht zu inhaltlichen Verwirrungen kommt.

Aus der oben dargestellten historischen Entwicklung der beiden Begriffe Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz wird verständlich, dass viele, in den letzten zwei Jahrzehnten neu entwickelten, Modelle zur Gesundheitskompetenz begrifflich teilweise in die traditionelle Gesundheitsförderung übernommen wurden. Diese übernommenen Begriffe passen jedoch inhaltlich nicht zu einigen Bereichen des neuen Begriffes Gesundheitskompetenz. Denn der engere Begriff Gesundheitskompetenz ist individuell-kognitiv, beziehungsweise wissensorientiert. Gesundheitskompetenz bezieht sich auf Fertigkeiten des Individuums und der potentiellen Anwendung, das tägliche Leben des Einzelnen an seine Lebensumstände anzupassen. Der weitere Begriff Gesundheitsförderung im traditionellen Sinn dagegen verweist zu erheblichen Anteilen auf eine soziale, gesellschaftlich-politische Dimension.

⁵ Betrachtet man zum Beispiel das weit verbreitete Dahlgren-Whitehead Modell für Determinanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead, 1991), so stellt der Kern des Modells Alter, Geschlecht und Erbanlagen dar. Darüber befinden sich fünf aufeinander folgende Schichten, die sich wechselseitig untereinander beeinflussen. Diese Schichten werden als Faktoren bezeichnet und umfassen: individueller Lebensweise, soziale Faktoren, Lebens- und Arbeitsbedingungen, allgemeine wirtschaftliche und sozioökonomische Bedingungen (Richter & Hurrelmann; 2011; Fonds Gesundes Österreich [FGÖ], 2013).

2.3 Kindergarten- und Elementarpädagogik

Unter **Kindergartenpädagogik** wurde bis Ende des Schuljahres 2015/2016 in Österreich die Erziehung und Bildung in Kindergärten (Stadtschulrat für Wien, 2016), von Kindern des vollendeten dritten Lebensjahres bis zur Einschulung (Baierl & Kaindl, 2011, S. 9) verstanden. Will man die Kindergartenpädagogik bis jetzt verstehen, so ist es laut der Kinderpsychologin Charlotte Niederle in ihrem Artikel „*Zur Geschichte des Kindergartens*“ bedeutsam, sich mit der Entwicklungsgeschichte des Kindergartens auseinanderzusetzen (2005, S. 68). Im Zuge der Industrialisierung entstanden zwischen 1860 und 1900 Kinderbewahranstalten. Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es zu einer Umgestaltung von einer Stätte zur Kinderaufbewahrung zu einer pädagogischen Bildungsinstitution (ebd., S. 68 f.). Ähnliches hatte bereits 1840 der deutsche Pädagoge Friedrich Fröbel im Sinn. Er erkannte die Bedeutsamkeit des Spieles, unter anderem in einer gezähmten Natur, eben dem Garten. Fröbel gilt im deutschsprachigen Raum somit als Ideengeber für die später entwickelte Institution Kindergarten. (Lex-Nalis, 2013, S. 2) Die wichtigsten Ziele der österreichischen Kindergartenpädagogik sind Erziehung und Bildung der Kinder bis zum Schuleintritt. Dies geschieht durch Hinführung zur Selbständigkeit und Selbsttätigkeit, entsprechend der individuellen Konstitution des Kindes (Unsere Kinder, 2005, S. 11). Dieses Hinführen ist demnach nicht ein intuitives und rein spielerisches Verhältnis zwischen pädagogischer Fachkraft und Kind, sondern ein bewusstes und situativ angepasstes pädagogisches Handeln (ebd.).

2009 gab es eine Aufwertung des Kindergartens zur Institution einer Bildungseinrichtung: Ein verpflichtendes, halbtägiges Kindergartenjahr wurde aufgrund einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern eingerichtet (Vereinbarung, gemäß Art. 15a B-VG Art. 1 Abs. 2, BGBl. I Nr. 99/2009). Unter dem Titel „Bildungsaufgaben“ werden im Artikel 2 Aufgaben, wie etwa „durch altersgemäße Erziehung und Bildung die körperliche, seelische, geistige, sittliche und soziale Entwicklung im besonderen Maße zu fördern“, bestimmt. Dies soll nach „erprobten Methoden der Kleinkindpädagogik“ (ebd., Art. 2 Abs. 1) durchgeführt werden, um eine Schulfähigkeit zu erreichen. Hierbei wurde auch eine „Stärkung der grundlegenden Kom-

petenz des Kindes“⁶ ausdrücklich erwähnt (ebd., Art. 2 Abs. 5). Absatz 4 enthält Bestimmungen zu einem – zwischen Bund und Ländern – einvernehmlich zu erarbeitenden Bildungsplan. Dieser Bildungsplan wurde in der Folge als „*Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich*“ vereinbart (Ämter der Landesregierungen der österreichischen Bundesländer, Magistrat der Stadt Wien & Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2009). Nach Meinung von Fachleuten war dies ein erster wichtiger Schritt für die Sicherstellung der pädagogischen Qualität in den Kindergärten (Haas et al., 2012, S. VII). Aufgrund dieser aufgezeigten Weiterentwicklung des Kindergartens, und der verstärkten Kenntnisnahme der Wichtigkeit von kindlichen Erziehungs- und Betreuungsprozessen, findet in der nationalen und internationalen Bildungsdiskussion ein Umdenken statt. Der Begriff Elementarpädagogik wird zunehmend, anstelle des Begriffes Kindergartenpädagogik, verwendet (Lex-Nalis, 2013, S. 2).

Elementarpädagogik wird - im engeren Betrachtungskontext - als eine Institutionenpädagogik für die Altersspanne der Null- bis Sechsjährigen angesehen. In einem breiteren Betrachtungskontext beschäftigt sich die Elementarpädagogik mit dem Bilden, Erziehen und Betreuen von Kindern von der Geburt bis zum zehnten Lebensjahr, dem Ende der Primarstufe in Österreich; hierbei werden auch die Familienbande, sowie außerschulische, institutionelle Betreuungseinrichtungen miteinbezogen (Paetzold, 2001, S. 18). Ein elementarer Grundstein soll für ein lebenslanges Lernen und Entwickeln gelegt werden. Darauf aufbauend, beinhaltet Elementarpädagogik Konzepte und Methoden von kindlichen Entwicklungs- und Bildungsverläufen aus einer ganzheitlichen Sicht (Neuß, 2010, S. 17). Laut den führenden Erziehungswissenschaftlern Bamler und Wustmann (2010, S. 7) sollte die Zeit, die Mädchen und Jungen in vorschulischen institutionellen Einrichtungen verbringen, keinesfalls nur darauf abzielen, die Kinder auf die Schule vorzuberei-

⁶ Als eine vertiefende Ausführung zum „Bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlan“ (zu den Bildungs- und Kompetenzbereichen für das Kind) wurde aufgrund des verpflichtenden Kindergartenjahres für die weitere Stärkung der „grundlegenden Kompetenzen des Kindes“, ein „*Modul für das letzte Jahr in elementaren Bildungseinrichtungen*“ (Charlotte Bühler Institut, 2010) entwickelt. In diesem wird im Besonderen auf die Förderung der Schulreife und der Übergang zur Volksschule Bezug genommen (Vereinbarung, gemäß Art. 15a B-VG Art. 1 Abs. 5, BGBl. I Nr. 99/2009).

ten. Denn es geht insgesamt um eine Wertschätzung der biografischen Erfahrungen der Kinder und ihre leib-seelischen Bedürfnisse (Bamler & Wustmann, 2010, S. 7). Elementarpädagogik befasst als Institutionenpädagogik sich auch mit Forschungen und Theorien über das Erziehen und entwickelten pädagogischen Konzepten. Als absolut zentral wird hierbei die Professionalisierung der pädagogischen Fachkräfte angesehen (Neuß, 2010, S. 17).

Wie es der neue Lehrplan für die Bildungsanstalt für Elementarpädagogik⁷ ab dem Schuljahr 2016/2017 beweist, und auch die, im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit durchgeführten, Interviews mit Expertinnen und Experten, sowie Lehrenden zeigen, ist auch in Österreich in der Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen ein Umschwenken auf Elementarpädagogik zu erkennen.

⁷ Mehr dazu in dem Unterkapitel 3.2.5 *Zukünftige Entwicklungen – Bildungsanstalt für Elementarpädagogik*.

3 Regelungen und Normen

In diesem Abschnitt werden die Entstehung und allgemeine Gesichtspunkte des R-GZ 3 und der Arbeitsgruppenbericht zum R-GZ 3 mit seinen Maßnahmen aufgezeigt. Zudem werden die zwei Ausbildungsformen zur Kindergartenpädagogin und zum Kindergartenpädagogen, BAKIP und Kolleg, beleuchtet. Anschließend werden die beiden Lehrpläne beziehend auf die Gesundheitskompetenz und in weiter Folge die Unterschiede zwischen den beiden Lehrplänen herausgearbeitet – dies stellt gleichzeitig die Beantwortung der Subforschungsfrage 1 dar.

3.1 Rahmen-Gesundheitsziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Gemäß der WHO gehört es zu den menschlichen Grundrechten, sich der bestmöglichen Gesundheit zu erfreuen. Die 51. Weltgesundheitsversammlung vom Mai 1998 beschloss, Gesundheit für alle durch entsprechende regionale und nationale Konzepte und Strategien zu erreichen (WHO, 1998b, S. 4). Für Österreich gilt zwar, dass die durchschnittliche Lebenserwartung über jener der OECD-Staaten liegt, die Anzahl der Jahre, welche bei guter Gesundheit erlebt werden, jedoch darunter (BMG, 2012, S. V).

Daher beschloss im Jahre 2011 die Bundesgesundheitskommission⁸ zusammen mit dem Ministerrat, Rahmen-Gesundheitsziele [R-GZ] für die nächsten 20 Jahre festzusetzen (BMG, 2012, S. V). Ein, speziell für dieses Vorhaben eingerichtetes, Plenum, bestehend aus 40 Institutionen, hat ein Jahr lang zehn R-GZ für Österreich entwickelt. In diesem Entstehungsprozess wurden auch Ideen von der Bevölkerung angenommen, und so die Möglichkeit einer Partizipation geschaffen. Die R-GZ sollen als eine Handlungsanleitung für unterschiedliche Politik- und Gesellschaftsbereiche dienen, und aus einer übergeordneten, alle Politikfelder integ-

⁸ Die Bundesgesundheitskommission ist das bedeutendste gesundheitspolitische Organ in Österreich. Auf Bundesebene ist sie mit der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitssystems beauftragt (Gesundheit Österreich GmbH, 2014b).

rierenden Gesamtpolitik bestehen⁹ (FGÖ, 2015). Jedoch ist anzumerken, dass diese Ziele gesetzlich nicht bindend sind (Gehrlich, Wismar, Schwartz & Walter, 2011, S. 321).

3.1.1 Allgemeines zu Rahmen-Gesundheitsziel 3

Als eines der zehn R-GZ wurde das Ziel 3 - Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken - mit folgender richtungsweisender Empfehlung verankert. Der Langtext hierzu lautet:

„Die Gesundheitskompetenz (health literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern, sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen.“ (BMG, 2012, S. 19)

Dieses R-GZ 3 stellt eine Mischung aus einem Top-Down- und einem Bottom-Up-Konzept dar. Top-Down entspricht dem traditionellen Konzept einer sozial orientierten Gesundheitsförderung: „Chancengleichheit der Bevölkerung“, „Menschen dabei unterstützen“, „Zugang zu [...] Information erleichtern“, „Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten [...] gestärkt werden“.

Das Bottom-Up-Konzept hingegen setzt auf den individuellen, einzelnen Menschen: „im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen“, „persönliche Kompetenz [stärken]“, „Verantwortungsbewusstsein stärken“, „Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern“. Beide Konzepte überlappen einander im ab-

⁹ „Gesundheit in allen Politikfeldern“ („Health in all Policies“), beruht auf dem Konzept der Determinanten von Gesundheit und geht davon aus, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur durch die Integration aller Politikfelder wirkungsvoll und nachhaltig gefördert wird. Ziel ist eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik, durch eine verstärkte Beachtung des Themenfeldes Gesundheit in den zuständigen, aber vor allem in anderen politischen Sektoren, zu erreichen. (Gesundheit Österreich GmbH, 2014a).

schließenden Satz des formulierten Zieles: „Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen.“.

Für das Vorantreiben des R-GZ 3 wurde im Jahr 2013 eine Arbeitsgruppe beauftragt, ein umfassendes Strategie- und Maßnahmenkonzept zu entwerfen (BMG, 2014, S. 6). Im folgenden Abschnitt wird näher auf den erstellten Arbeitsgruppenbericht und dessen Maßnahmen eingegangen.

3.1.2 Arbeitsgruppenbericht zum Rahmen-Gesundheitsziel 3

Rund 20 Institutionen mit 14 Fachleuten aus unterschiedlichen Einrichtungen waren von Mai bis Oktober 2013 an der Arbeitsgruppe zum R-GZ 3 beteiligt. Der Ansatz „Gesundheit in allen Politikfeldern“ galt hierbei als leitender Rahmen. Die Umsetzung der entwickelten Einzelmaßnahmen liegt bei den zuständigen Organisationen, welche die Koordination innehaben. Diese sind auch verantwortlich für den Erfolg der Maßnahmen (BMG, 2014, S. 7).

Von den drei erarbeiteten Wirkungszielen ist für die vorliegende Arbeit das Wirkungsziel 2 „Die persönliche Gesundheitskompetenz unter Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen stärken“ (BMG, 2014, S. 8), als besonders wichtig erachtet. In diesem wird der Bildungsbereich als „doppelt relevant“ (ebd., S. 21) angesehen. Ein explizit genanntes Gesundheitsfeld ist der Kindergarten. Der Arbeitsgruppenbericht schreibt von einer partizipativen Kultur, in welcher die Eigenwirksamkeit erlernt, und Bedürfnisse zur Information formuliert werden können (ebd.).

In diesem Arbeitsgruppenbericht wurden Maßnahmen definiert. Der Kindergarten findet unter anderem Beachtung bei der Maßnahme „Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante Bundesrahmengesetz Kindergarten“ (BMG, 2014, S. 23). Des Weiteren sollte das Programm „REVAN – Richtig Essen von Anfang an“ ausgeweitet, Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen häufiger einbezo-

gen und durch ein Training geschult werden (BMG, 2014, S. 22 f.). Zudem wird die Maßnahme zur „Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für gesundheitsförderliche-Kompetenzentwicklung“ erwähnt. Hierbei sollten in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung von Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen passende Maßnahmen gesetzt werden, um entsprechende Kompetenzen der pädagogischen Fachleute zu intensivieren (BMG, 2014, S. 24).

Als persönliche Anmerkung zu den Zielen, der Umsetzung und den definierten Maßnahmen des Berichts kann festgehalten werden: In diesem Arbeitsgruppenbericht wird deutlich, dass Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen bei einzelnen Maßnahmen eine wichtige Rolle einnehmen – dies gilt für ihre persönliche Gesundheit ebenso, wie auch in ihren Aufgaben als Vermittlerinnen und Vermittler (Mittelspersonen) für die Kinder. Außerdem ist zu beachten, dass die Auszubildenden eine Multiplikatorinnen- und Multiplikatorenrolle einnehmen. Einerseits kommen sie während der Ausbildung mit Inhalten für ihre persönliche Gesundheit in Kontakt, andererseits werden sie als Pädagoginnen und Pädagogen ausgebildet und vermitteln dies nun an die Kinder weiter. Die Lehrenden an BAKIPs und Kollegs sind aus dieser Sicht in diesem Forschungsfeld der Masterarbeit Mittelspersonen für Mittelspersonen von Gesundheitskompetenz für die Kinder.

Der Autorin ist bei der Durchsicht des Berichtes aufgefallen, dass die Maßnahmen schullastig sind, das heißt, dass Begriffe, wie Kindergarten oder Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen, selten aufgegriffen wurden. Die tendenziell geringe Beachtung zeigt sich auch darin, dass es zwar einen Vorschlag gab, die Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen zu integrieren, dieser Vorschlag aber nicht vertiefend diskutiert wurde, sondern in den „*Ideenspeicher*“ – und damit in eine unbestimmte Zukunft – gestellt wurde (BMG, 2014, S. 9, 50).

3.2 Ausbildung in Österreich

Die österreichische Ausbildung zur Kindergartenpädagogin und zum Kindergartenpädagogen erfuhr bereits einige Novellen und rückt derzeit wieder in den Mit-

telpunkt der bildungspolitischen Diskussionen. Das folgende Kapitel erläutert kurz die gegenwärtige Ausbildung, lenkt anschließend den Blick auf die Gesundheitskompetenz in den Lehrplänen und auf die Unterschiede zwischen den Plänen¹⁰, und geht in der Folge auf den derzeitigen Umbruch in der Ausbildungslandschaft ein.

3.2.1 Institutionen der Kindergartenpädagogik

In dieser Masterarbeit wird der Fokus auf die folgenden zwei Ausbildungsformen gelegt (Bundesministerium für Bildung und Frauen [BMBF], 2016a; BMBF, 2016b):

1. **Fünfstufige Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik [BAKIP]:** Derzeit gibt es in Österreich 33 BAKIP Standorte, wovon elf privat christlich organisiert sind (BMBF, 2016d). Diese zählen bis zum Schuljahr 2016/2017 zu den Ausbildungsanstalten für Erzieherinnen- und Erzieherbildung (BMBF, 2016a). Nach einer musikalischen, kommunikativen, kreativen und körperlichen Eignungsfeststellung kann die Schule nach dem erfolgreichen Abschluss der achten Schulstufe besucht werden (BMBF, 2016b; BMBF 2016c). Das Bildungsziel der BAKIP ist, die Schülerinnen und Schüler zu Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen auszubilden, damit diese für Erziehungs- und Bildungsaufgaben im Kindergarten herangeführt werden. Des Weiteren leitet die BAKIP zur Hochschulreife (Reife- und Diplomprüfung). An einzelnen BAKIPs besteht zudem die Möglichkeit, eine Zusatzausbildung zur Erzieherin und zum Erzieher an Horten (Hortpädagogik), wie auch den Freigegegenstand Früherziehung (Arbeit mit Kindern unter drei Jahren) zu belegen (BMBF, 2016b).
2. **Viersemestriges Kolleg für Kindergartenpädagogik:** Diese Kollegs sind zumeist an den BAKIP-Standorten integriert. Zugangsvoraussetzung ist die Reife- und Diplomprüfung ebenso, wie die Studienberechtigungs- oder Berufsreifeprüfung. Es wird dasselbe Aufnahmeverfahren wie an der BAKIP zur beruflichen Eignung vorgenommen. Außerdem besteht die Möglichkeit, das Kolleg in einer berufsbegleitenden, sechssemestrigen Variante zu ab-

¹⁰ Die folgenden Analysen der Unterschiede in den Lehrplänen beruhen auf dem Stand 16. Juli 2016 (= Redaktionsschluss der Masterarbeit).

solvieren (BMBF, 2016b). Das Kolleg hat, wie die BAKIP als Bildungsziel, die Studierenden zu Kindergartenpädagoginnen und Kinderartenpädagoginnen für Erziehungs- und Bildungsaufgaben im Kindergarten zu qualifizieren und schließt ebenfalls mit einer Diplomprüfung ab (BMBF, 2016c).

Die derzeit gültigen Lehrpläne¹¹ einerseits für die Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik (Lehrplan BAKIP, BGBl. Nr. 154/1992 idF BGBl. II Nr. 256/2012) und andererseits der Kollegs für Kindergartenpädagogik (Lehrplan Kolleg, BGBl. Nr. 906/1994 idF BGBl. II Nr. 173/2007) sind Schriftstücke mit Rahmencharakter¹². Sie umfassen inhaltlich:

- „das allgemeine Bildungsziel,
- die allgemeinen didaktischen Grundsätze,
- die schulautonomen Lehrplanbestimmungen,
- die Stundentafel und
- die Bildungs- und Lehraufgaben, die didaktischen Grundsätze, sowie den Lehrstoff der einzelnen Unterrichtsgegenstände.“ (Lehrplan BAKIP, BGBl. Nr. 154/1992 idF BGBl. II Nr. 256/2012, Anlage I, S. 2; Lehrplan Kolleg, BGBl. Nr. 906/1994 idF BGBl. II Nr. 173/2007, Anlage I, S. 3)

Nachstehend werden die beiden Lehrpläne unter dem Gesichtspunkt Gesundheitskompetenz durchleuchtet. Der Fokus der Analyse wird im Speziellen auf das „Allgemeine Bildungsziel“, „die Bildungs- und Lehraufgaben“ und den „Lehrstoff der Unterrichtsfächer“ gelegt. Dafür werden die folgenden themenbezogenen Leitbegriffe herangezogen: Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Körper, Selbstmanagement, (Eigen-)Verantwortung, Entspannung und Konflikt¹³.

¹¹ Stand: 16. Juli 2016.

¹² Unter einem Lehrplan mit Rahmencharakter versteht Schwendenwein (1998), dass die Lehrperson des Unterrichtsgegenstandes wählen kann, welche Inhalte aus dem Lehrplan vermittelt werden. Einerseits ist durch den vorgegebenen zeitlichen Rahmen nicht möglich alle Lehrplaninhalte zu vermitteln und andererseits wird auch verhindert, dass die Ausbildung nach starren, einheitlichen Prinzipien stattfindet (S. 55).

¹³ Zur Vorgangsweise der Selektion dieser Leitbegriffe und den herangezogenen Unterlagen siehe Unterkapitel 3.2.4, auf Seite 35 dieser Arbeit.

3.2.2 Lehrplan BAKIP zur Gesundheitskompetenz

Nach Analyse des Lehrplanes der BAKIP hinsichtlich der formulierten Leitbegriffe weist dieser unter dem Anlagenpunkt „**Allgemeines Bildungsziel**“ (Lehrplan BAKIP, BGBl. Nr. 154/1992 idF BGBl. II Nr. 256/2012, Anlage II, S. 3) nachstehende Treffer auf:

1.) **Persönlichkeitsmerkmale:**

Die Heranbildung von einem Verantwortungsbewusstsein, die Bereitwilligkeit zu Eigenverantwortung und Kritikfähigkeit

2.) **Allgemeine berufliche Kompetenzen:**

Soziale Kompetenzen, insbesondere auch Empathie, Fähigkeit zum Umgang mit der eigenen und mit fremder Emotionalität, Konfliktfähigkeit, kommunikative Kompetenz

3.) **Spezielle Kompetenzen für die beruflichen Erfordernisse:**

„Fähigkeit zur Planung, Durchführung und Evaluation von personen-, altersgruppen- und aufgabenbezogener Bildungsarbeit [...] Gesundheitsmanagements im Sinne der Vorsorge“ (Lehrplan BAKIP, BGBl. Nr. 154/1992 idF BGBl. II Nr. 256/2012, Anlage II, S. 3)

Gemäß diesem Lehrplan besagt der Anlagenpunkt III, zum „**Allgemeinen didaktischen Grundsatz**“, dass die Selektion des Lehrstoffes und auch die Wahl der Unterrichtsmethode den Lehrpersonen obliegen. Für die Unterrichtsplanung steht im Lehrplan klar formuliert, dass das Erfordernis des Unterrichtsprinzips der Gesundheitserziehung¹⁴ inhaltlich und methodisch zu beachten ist (Lehrplan BAKIP, Anlage III, S.4). Gesundheitliche Themen können direkt oder indirekt in den Unterrichtsgegenständen vermittelt werden.

Eine direkte Vermittlung, passend zur Gesundheitskompetenz, erfolgt nach Meinung der Autorin der Masterarbeit und laut den Leitbegriffen in folgenden Unterrichtsfächern:

- a) In dem Pflichtfach „**Biologie und Umweltkunde (einschließlich Gesundheit und Ernährung)**“ werden als Bildungs- und Lehraufgaben angesehen,

¹⁴ Der **Grundsatzlerlass „Gesundheitserziehung“** ist ein Unterrichtsprinzip von 1997 und sieht die schulische Gesundheitsförderung „als zentralen Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns“ (BMUKK, 1997, S. 2).

dass die Schülerinnen und Schüler in ihrem späteren beruflichen Tätigkeitsfeld 1.) verantwortungsbewusste Entscheidungen treffen können und 2.) dazu befähigt werden, „Gesundheitsanliegen im zukünftigen Berufsfeld effizient wahrzunehmen und Kinder hierfür zu sensibilisieren.“ (Lehrplan BA-KIP, S. 55). Ebenfalls sollen die Schülerinnen und Schüler ein Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein entwickeln, sowie erlernen, Informationen selbstständig aufzufinden. Diese Informationen sollen fachlich korrekt dargestellt und kritisch hinterfragt und beurteilt werden können (ebd. S. 55).

Ein Bezug zur Gesundheitskompetenz ist, laut Lehrstoff, in der ersten Klasse zu zwei Wochenstunden gegeben (ebd. S. 7). Hier wird im Lehrplan, unter anderem auf die Gesunderhaltung menschlicher Organsysteme, die Sexualität des Menschen, mit Einbezug der sozialen Aspekte, sowie die Themen Hygiene und Grundlagen der ersten Hilfe Bezug genommen. Ein direkter oder indirekter Bezug zur Gesundheitskompetenz ist im Lehrstoff der zweiten und vierten Klasse mit jeweils zwei Wochenstunden, wie auch der dritten Klasse mit einer Wochenstunde, nicht aufzufinden (ebd., S. 7, 56).

- b) Das Ziel des Pflichtfaches **„Bewegungserziehung; Bewegung und Sport“** ist es, den Schülerinnen und Schülern folgende Bildungs- und Lehraufgaben zu vermitteln: 1.) die Wichtigkeit von Bewegung für die Entwicklung von Mädchen und Jungen erkennen, 2.) Bewegungsangebote planen, vorbereiten, ausführen und reflektieren können, 3.) Freude an der Bewegung bei Mädchen und Jungen wecken, 4.) Maßnahmen für die persönliche Entwicklungsförderung setzen und 5.) sich mit gegenwärtigen Entwicklungen kritisch beschäftigen können (ebd., S. 77).

Hinsichtlich der berufsbezogenen, didaktisch-methodischen Ausbildung sollen die Bewegungsarten größtenteils in praktischer Umsetzung in Bewegung und Sport erfolgen (ebd., S. 77). Diese Vorgaben sind in einem gesonderten Lehrplan für „Bewegung und Sport“¹⁵ festgehalten. Die Wochenstundenanzahl für **Bewegungserziehung; Bewegung und Sport** beträgt

¹⁵ Nähere Details dazu sind direkt in dem „Lehrplan für Bewegung und Sport (a)“ nachzuschlagen: Lehrplan - Bewegung und Sport AHS (Oberstufe) u.a. (Kurztitel), BGBl. Nr. 37/1989 idF BGBl. Nr. 284/2006; Stand 16. Juli 2016.

für die erste bis zur vierten Klasse jeweils zwei Stunden und für die fünfte Klasse drei Stunden (ebd., S. 8).

Der Lehrstoff in **Bewegungserziehung** soll für das zukünftige Berufsfeld Kindergarten vorbereiten und beinhaltet, passend zum Themenfeld Gesundheitskompetenz, beispielsweise 1.) Grundlagen des beruflichen Handelns: Ziele und Aufgaben der Bewegungserziehung im Kindergarten, Alltagsmaterialien als Bewegungsanreiz 2.) Methodische Mittel: Planung, Organisation und Gestaltung von Bewegungsangeboten, Möglichkeiten zur Motivation für Bewegung und Spiel, freie Bewegungsmöglichkeiten schaffen 3.) Grundlagen der Bewegungserziehung im Berufsfeld: Feststellen von Auffälligkeiten im Bewegungs- und Sozialverhalten, geschlechterangepasstes Körperbewusstsein, soziales Lernen, aufgrund von Bewegungssituationen, Gesundheitsförderung durch Bewegung und 4.) Kreatives Bewegen: Bewegungsspiele und 5.) Bewegter Kindergarten: Bewegungspausen, Bewegungsräume und so weiter [usw.] (ebd., S. 78 f.).

- c) In einem weiteren Pflichtfach, dem „**Seminar Ernährung mit praktischen Übungen**“ von der ersten bis zur zweiten Klasse, zu jeweils einer Wochenstunde (ebd., S. 8), zählen zu den Bildungs- und Lehraufgaben 1.) ernährungswissenschaftlich-gesundheitliche Erkenntnisse, mit besonderer Berücksichtigung auf das zukünftige Berufsfeld 2.) gesundheitsförderliches Verhalten in Ernährung und Tischkultur 3.) Warenangebot unter ernährungsphysiologischer Sichtweise prüfen und einschätzen können 4.) multikulturelle Normen der Ernährung kennen und beachten 5.) Essen und Getränke herstellen, bewerten und aufwerten können und 6.) Hygienerichtlinien kennen (ebd., S. 80 f.).

Konkret auf den Lehrstoff bezogen, werden im Lehrplan beispielsweise Nahrungsbestandteile, gesunde Ernährung, praktische Übungen zu einer gesunden Ernährung, Essverhalten, usw., angeführt (ebd., S. 81).

Eine indirekte Vermittlung erfolgt, gemäß den gewählten Leitbegriffen, unter anderem in folgenden Unterrichtsfächern:

- a) Die verbindliche Übung „**Seminar Kommunikationspraxis und Gruppendynamik**“ in der fünften Klasse mit zwei Wochenstunden sieht es als Bildungs- und Lehraufgaben an, intra- und interpersonale Geschehen und Konflikte differenziert wahrzunehmen und zu steuern, sowie selbstständig Taktiken der Konfliktlösung entwickeln zu können (ebd., S. 81). Der Lehrstoff setzt sich mit Selbstmanagement, Konfliktlösungsmodellen, Supervisionsmodellen, Methoden zur Reflexion, usw., auseinander (ebd. S. 82).
- b) In dem Pflichtfach „**Kindergartenpraxis**“ wird es als eine zentrale Bildungs- und Lehraufgabe angesehen, dass Teamfähigkeit und Konfliktkultur erworben wird (ebd., S. 33). Hierfür beinhaltet der Lehrstoff der fünften Klasse zu vier Wochenstunden Konfliktmanagement, indem auch externe ExpertInnen einbezogen werden können. Des Weiteren steht das Hinführen zum selbstständigen Ausführen von Tätigkeiten durch ein „Verantwortliches Mitglied des pädagogischen Teams“ im Lehrstoff festgeschrieben (ebd., S. 35).
- c) In dem Pflichtfach „**Didaktik**“ sind Ziele, im Sinne der Bildungs- und Lehraufgaben, die Befähigung zur kritischen Urteilsbildung und zum eigenverantwortlichen Handeln. Die Möglichkeiten und Grenzen der persönlichen Ressourcen sollen dadurch angewendet werden können (ebd., S. 30). Des Weiteren werden in der dritten Klasse zwei Wochenstunden für den Lehrstoff unter dem Punkt *Bildungs- und Erziehungsarbeit in der Bewegungserziehung* angeführt (ebd., S. 32).
- d) Die verpflichtenden „**Instrumentalunterrichtsfächer**“ für „Flöte/Blockflöte“, „Flöte/Querflöte“, „Flöte/Bambusflöte“ haben als Lehrstoff die Bewegungsbegleitung in Verknüpfung mit der Rhythmisch-Musikalischen Erziehung (ebd., S. 65 ff.). Zusätzlich wird im Instrumentalfach „Klavier“ in der ersten Klasse zu zwei Wochenstunden eine präzise Körperhaltung für die Gesunderhaltung festgehalten (ebd. S. 61). Die Bewegung findet als Basis für die Stimmbildung und Wechselbeziehung zwischen Musik und Bewegung auch

in dem Fach „Musikerziehung“ in der ersten Klasse mit zwei Wochenstunden Beachtung (ebd., S. 57).

Das Pflichtfach „**Rhythmisch-Musikalische Erziehung**“ hat als Bildungs- und Lehraufgaben zum Ziel: 1.) Musik und Bewegung im künstlerisch-pädagogischen und kommunikativen Kontext zu verstehen, wahrzunehmen und auszudrücken und 2.) Die Entstehung von persönlichem, künstlerischen Ausdruck in Musik und Bewegung (ebd., S. 69). Für die Erreichung dieser Ziele werden in der zweiten und dritten Klasse, zu je einer Wochenstunde, Bewegungsformen wie, Ausdrucksfähigkeit durch Musik und Bewegung, die Bewegung in Gruppenprozessen, eigenen Körper bewusst wahrnehmen, die Sinne sensibilisieren, usw., als Lehrstoff festgehalten. In der fünften Klasse werden Möglichkeiten zur Entspannung im Sinne einer Psychohygiene im persönlichen und beruflichen Kontext, sowie die Übernahme von Verantwortung im Kompetenzbereich der „Interaktion und Kommunikation“ vermittelt (ebd. S. 69 f.). Bewegungsblockaden und -abläufe, Entspannungstechniken und körpergeführte Artikulation finden als Lehrstoff in dem Freigegegenstand „**Seminar Stimmbildung**“ in der zweiten Klasse mit einer Wochenstunde Einzug (ebd., S. 89). Im Pflichtfach „**Musikerziehung**“ wird als Lehrstoff, unter dem Punkt *musikalische Praxis*, die Bewegung als Grundlage für die Stimmbildung, und die Verbindung zwischen Musik und Bewegung, angeführt (ebd., S. 57).

- e) Als Lehrstoff werden Spiele, die aufgrund von Textilfiguren zur Bewegung anregen sollen, aber auch Möglichkeiten des Entspannens und des Ruhens anbieten, im Unterrichtsfach „**Textiles Gestalten**“ vermittelt (ebd., S. 76). Das Thema Verantwortung findet sich auch in diesem Fach unter den Bildungs- und Lehraufgaben als: 1.) verantwortungsbewusstes Konsumverhalten und 2.) eigenverantwortliche pädagogische Arbeit wieder (ebd., S. 75).
- f) Schaffung von Körperbewusstsein beim Kind durch Körpersprache, Selbstdarstellung und Body-Styling – unter differenzierter, geschlechtlicher Betrachtung – ermöglicht das Fach „**Bildnerische Erziehung**“ (ebd., S. 72).

- g) Zudem wird auch in weiteren Unterrichtsfächern das Thema Gesundheitskompetenz indirekt vermittelt, wie in **Informatik und Medien** (ebd. S. 79 f.), **Geschichte und Sozialkunde, Politische Bildung** (ebd., S. 44 ff.), **Geografie und Wirtschaftskunde** (ebd., S. 46 ff.), **Physik, Chemie** (ebd., S. 52 ff.), **Deutsch** (ebd. S. 36 ff.), **katholischer und evangelischer Religionsunterricht** (ebd., S. 10 ff.), **Mathematik** (ebd., S. 47 ff.), **lebende Fremdsprache** (ebd., S. 41 ff.), usw...

Es ist anzumerken, dass die (kritische) Reflexion, als Haltung und Fähigkeit der zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen, generell im Lehrplan einen hohen Stellenwert einnimmt. Fächerübergreifend sind die Lehrenden angehalten, eng miteinander zu kooperieren. Dies gilt selbstverständlich auch für gesundheitsorientierte Themen.

3.2.3 Lehrplan Kolleg zur Gesundheitskompetenz

Einen Bezug zur Gesundheitskompetenz, aber viel mehr zu den Leitbegriffen, weist der Anlagenpunkt II, **Allgemeine Bildungsziele** (Lehrplan Kolleg, BGBl. Nr. 906/1994 idF BGBl. II Nr. 173/2007, Anlage II, S. 3), auf:

1.) **Persönlichkeitsmerkmale:**

Verantwortungsbewusstsein, die Bereitschaft zur Eigenverantwortung und Kritikfähigkeit,

2.) **Allgemeine berufsrelevante Kompetenzen:**

die sozialen Kompetenzen im Umgang mit persönlichen und fremden Emotionalitäten ebenso, wie Konfliktfähigkeit und

3.) **Spezielle Kompetenzen für die beruflichen Erfordernisse:**

wie, „die Fähigkeit zur Planung, Durchführung und Evaluation von personen-, altersgruppen- und aufgabenbezogener Bildungsarbeit [...] Gesundheitsmanagements im Sinne der Vorsorge“. (Lehrplan Kolleg, BGBl. Nr. 906/1994 idF BGBl. II Nr. 173/2007, Anlage II, S. 3)

Der Anlagenpunkt III, **Allgemeiner didaktischer Grundsatz**, ist auch im Lehrplan des Kollegs enthalten. Er besagt auch hier, dass die Lehrperson schlussendlich

über die vermittelnden Inhalte selbst entscheiden kann. Hier gibt der Lehrplan den Rahmen vor, und die Umsetzung obliegt den Lehrpersonen. Das Unterrichtsprinzip der Gesundheitserziehung¹⁶ findet auch in diesem Lehrplan Einzug (ebd., S. 4). Gesundheitliche Themen können direkt oder indirekt in den Unterrichtsgegenständen vermittelt werden.

Eine direkte Vermittlung, passend zur Gesundheitskompetenz, erfolgt nach Meinung der Autorin der Masterarbeit, und laut den Leitbegriffen, in folgenden Unterrichtsfächern:

- a) Das Pflichtfach „**Seminar Gesundheits- und Ernährungslehre**“ hat zum Ziel, dass die Schülerinnen und Schüler, als Bildungs- und Lehraufgaben
 - 1.) Erkenntnisse im gesundheitlichen und ernährungswissenschaftlichen Kontext, primär für ihr zukünftiges Berufsfeld in Theorie und Praxis, umsetzen können.
 - 2.) Eine gesundheitsfördernde Lebensweise, gesundes Ernährungsverhalten und eine angemessene Tischkultur zu einem gängigen Anliegen machen können,
 - 3.) geschlechtliche Unterschiede und Aspekte in der Alltagsversorgung behandeln können,
 - 4.) über multikulturelle Gegebenheiten in Bezug auf Gesundheit und Ernährung Bescheid wissen und auch beachten können,
 - 5.) Warenangebote unter ernährungsphysiologischer Sichtweise prüfen und einschätzen können und
 - 6.) Nahrung und Getränke herstellen, bewerten und aufwerten können (ebd., S. 20).

Der Lehrstoff für die Erreichung dieser Ziele ist vielfältig. Er umfasst in der ersten Klasse (und einer Wochenstunde), unter anderem die Themengebiete grundlegende Aspekte und physiologische Grundlagen der Ernährung, Lebensmittelkunde, mit dem Fokus auf die Ernährung der Kinder, Ernährungserziehung im Kindergarten und Grundlegendes zur Ernährungsberatung. Im vierten Semester (mit zwei Wochenstunden) werden beispielsweise als Lehrstoffe/Lehrinhalte die Gesunderhaltung des menschlichen Körpers, Gesundheitsprävention, Lebensführung, der Umgang mit gesundheit-

¹⁶ Der **Grundsatzterlass „Gesundheitserziehung“**: ist ein Unterrichtsprinzip von 1997 und sieht die schulische Gesundheitsförderung „als zentralen Bestandteil jeglichen pädagogischen Handelns“ (BMUKK, 1997, S.2).

lich belasteten Kindern, Gesundheitspsychologie, Psychohygiene, Modelle von Gesundheit, usw., angeführt (ebd., S. 20 f.).

- b) In dem Pflichtfach „**Bewegungserziehung**“ werden als Bildungs- und Lehraufgaben formuliert: 1.) Die Wichtigkeit der Bewegung des Kindes für dessen Gesamtentwicklung zu erkennen, 2.) spielerische und sportliche Bewegungsangebote zu planen, vorzubereiten, umzusetzen und zu reflektieren. 3.) Bei den Kindern die Freude an der Bewegung zu wecken und zu fördern, 4.) Maßnahmen zur persönlichen Entwicklungsförderung der Kinder setzen zu können und 5.) sich mit neuesten Erkenntnissen, zum Beispiel [z.B.] zur Psychomotorik, kritisch auseinander setzen zu können (ebd., S. 38). Didaktisch gesehen, sollen die zu vermittelnden Lehrinhalte bevorzugt an praktische Situationen anknüpfen. Für das zukünftige berufliche Feld sollen die Studierenden möglichst vielfältige Bewegung durch das eigene Tun erfahren (ebd.). Für die Erreichung der Bildungs- und Lehraufgaben werden den Studierenden in allen vier Semestern (mit je zwei Wochenstunden) als Lehrstoff folgende Kompetenzbereiche vermittelt: 1.) Grundlagen des beruflichen Handelns: Ziel- und Aufgabensetzung von Bewegungserziehung im Kindergarten, mit Alltagsmaterialien Anreize für Bewegung setzen, planen, organisieren und gestalten von Bewegungsangeboten, Möglichkeiten der Motivation zur Bewegung, freie Bewegungsmöglichkeiten. 2.) Grundlagen der Bewegungserziehung im Berufsfeld: Bedeutung der Motorik für die Persönlichkeitsentwicklung und das geschlechtsspezifische Körperbewusstsein, Auffälligkeiten im Bewegungs- und Sozialverhalten erkennen können, Gesundheitsförderung, aufgrund von Bewegung, soziale Fähigkeiten entwickeln durch Bewegungssituationen, 3.) Kreatives Bewegen, Spielen und Tanzen: Bewegungsspiele, usw., und 4.) Bewegter Kindergarten: Bewegungslandschaften, usw., (ebd., S. 39 f.).

Eine indirekte Vermittlung von gesundheitsbezogenen Themenfeldern erfolgt in folgenden Fächern:

- a) Die verbindliche Übung **Seminar Kommunikationspraxis und Gruppendynamik** hat beispielsweise als Bildungs- und Lehraufgabe 1.), dass Kon-

flikte wahrnehmbar und steuerbar werden, und 2.), dass zur Konfliktlösung Strategien erworben werden. Damit diese Bildungs- und Lehraufgaben erreicht werden, werden als Lehrstoffe Konfliktlösungsmodelle, Selbstmanagement und Methoden zur Reflexion vermittelt (ebd., S. 40 f.).

- b) Das Pflichtfach **Kindergartenpraxis** beinhaltet als Bildungs- und Lehraufgaben die Vermittlung von Teamfähigkeit und Konfliktkultur. Um diese zu erreichen, wird im dritten und vierten Semester als Lehrstoff *Projekt- und Konfliktmanagement* vermittelt (ebd., S. 17).

- c) Das Pflichtfach **Didaktik** hat das eigenverantwortliche Handeln als Bildungs- und Lehraufgabe zum Ziel. Darüber hinaus beschäftigt sich der Lehrstoff auch mit den Themen Konfliktmanagement und Gesprächsführung, bezogen auf die Vernetzung der Institutionen Schule und Kindergarten (ebd., S. 13, 15).

- d) Die Bewegung und der Körper finden sich aber auch in den Pflichtfächern **Instrumentalunterricht** wieder. Als Lehrstoff in den Fächern Flöte/Blockflöte, Flöte/Querflöte findet sich unter „**Didaktik des Instrumentalspiels für die berufliche Praxis**“ die Bewegungsbegleitung, in Verbindung mit der rhythmisch musikalischen Erziehung, wieder. Im Pflichtfach **Rhythmisch-Musikalische Erziehung** sind die zu erreichenden Bildungs- und Lehraufgaben 1.) sich situationsbedingt und geplant mit Musik und Bewegung beschäftigen zu können, 2.) Formen des Kommunizierens und Interagierens durch Musik und Bewegung in sozialen Situationen, angepasst bezüglich Beobachtung und Reflexion, zu erkennen und anwenden zu können, 3.) persönlichen, künstlerischen Bewegungsausdruck entwickeln zu können und 4.) über die Bedeutsamkeit von Musik und Bewegung in der Entwicklung des Menschen, wie auch über geschlechtsspezifische Körperbilder Bescheid zu wissen und sie verstehen zu können (ebd., S. 30 f.). Die Bewegung findet sich im Lehrstoff beispielsweise als Bewegungsgestaltung, Körpersprache und Bewegungsmuster, in der Beziehung und Wech-

selbeziehung von Musik und Bewegung, in rhythmischen Übungen in Verknüpfung mit Bewegung, in Gestaltungsmodellen mit Bewegung und den Auswirkungen von Musik und Bewegung auf soziale Beziehungen wieder. Der Körper wird, ganz explizit im Lehrstoff, zur Sensibilisierung von Wahrnehmungsbereichen, in Verbindung mit Körpererfahrung, Körperbewusstsein und Körpersprache, genannt (ebd., S. 32).

In der verbindlichen Übung „**Seminar Stimmbildung und Sprechtechnik**“ werden als Lehrstoff, körpergeführte Artikulation, das Erkennen und Verbessern von Bewegungsblockaden durch Entspannungstechniken, und das Sensibilisieren von Bewegungsabläufen, vermittelt (ebd., S. 42).

- e) Im Pflichtfach **Textiles Gestalten** werden als Bildungs- und Lehraufgaben festgelegt, die Studierenden zu verantwortungsbewusstem Konsumverhalten und zu eigenverantwortlicher pädagogischer Arbeit heranzubilden. Der Lehrstoff hat dazu Spiele, die zur Bewegung anregen, wie das Herstellen von textilen Spielfiguren, vorgesehen. Zudem erfolgt unter Textil und Körper die Vermittlung von Entspannen und Ruhen (ebd., S. 37).
- f) Studierende, welche die Pflichtfächer oder den Lehrstoff in **Biologie und Umweltkunde, Philosophie, Musikerziehung und Bildnerische Erziehung** nicht am vorangegangenen Bildungsweg absolviert haben, müssen diese Fächer als ergänzende Pflichtgegenstände belegen (ebd., S. 8).
Zudem gibt es im Lehrplan für das Kolleg eine verbindliche Übung „**Fachspezifisches Seminar**“ in drei Semestern (zu jeweils einer Wochenstunde), in welchem die Studierenden spezielle und vertiefende Kompetenzen für das zukünftige Berufsfeld erwerben können, wie z.B. Konfliktbewältigung (ebd., S. 42).

Ähnlich, wie im BAKIP-Lehrplan, ist anzumerken, dass die (kritische) Reflexion als Haltung und Fähigkeit der zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen an vielen Stellen gesondert angesprochen wird, und daher generell im Lehrplan einen hohen Stellenwert einnimmt. Ebenfalls gilt hier, wie für den BAKIP-Lehrplan, dass

fächerübergreifend die Lehrenden angehalten sind, eng miteinander zu kooperieren. Dies betrifft auch gesundheitsorientierte Themen.

3.2.4 Wesentliche Unterschiede aufgrund einer Gegenüberstellung der Lehrpläne

Zur Beantwortung der Subforschungsfrage [SF] 1 werden die Lehrpläne in kompakter Form, aufgrund von Leitbegriffen, einander gegenübergestellt. Als methodisch systematische Vorlage für die Erstellung der Leitbegriffe diente die Arbeitsunterlage der Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung des Bildungsministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur [BMUKK] zur „*Verankerung von Health Literacy in der Pädagog/innenbildungNEU*“ (BMBF, 2014a), und Handlungs- und Kompetenzbereiche zur Gesundheitskompetenz aus dem Fachartikel „*Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen*“ von den Erziehungswissenschaftlern Okan, Pinheiro, Zamaro und Bauer (2015, S. 934).

Folgende themenbezogene Leitbegriffe [LB] wurden verwendet: Gesundheit, Bewegung, Ernährung, Körper, Selbstmanagement, (Eigen-) Verantwortung, Entspannung und Konflikt¹⁷. Ausgesuchte wesentliche Ergebnisse von Vergleichen zwischen dem Kapitel 3.2.2, *Lehrplan BAKIP zur Gesundheitskompetenz* und dem Kapitel 3.2.3, *Lehrplan Kolleg zur Gesundheitskompetenz*, sind folgend dargestellt. Diese Darstellung ist, zur besseren Übersicht, in mehrere Tabellen gegliedert. Methodisch wird in den Vergleichen so vorgegangen, dass grundsätzlich nur wesentliche Unterschiede zwischen BAKIP und Kolleg dargestellt werden.

¹⁷ Zu den Einzelheiten der Begriffsbestimmungen siehe BMBF (2014a, S. 5 ff.) und Okan et al. (2015, S. 934).

Gesundheit und Bewegung sind in der ersten Tabelle aufgezeigt:

<i>L B</i>	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
G e s u n d h e i t	<p>* Pflichtfach Biologie und Umweltkunde (inkl. Gesundheit und Ernährung) mit den Bildungs- und Lehraufgaben, Gesundheitsanliegen im Berufsfeld und Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln.</p> <p>* Pflichtfach Seminar Ernährung mit praktischen Übungen mit den Bildungs- und Lehraufgaben, gesundheitliche Erkenntnisse theoretisch und praktisch umsetzen können und gesundheitsförderndes Ernährungsverhalten zu einem Anliegen zu machen.</p>	<p>* Ergänzendes Pflichtfach Biologie und Umweltkunde mit der Bildungs- und Lehraufgabe, Gesundheitsbewusstsein zu entwickeln (dies gilt nur, wenn in einem vorrangigen Bildungsweg dieses Wissen nicht erworben wurde)</p> <p>* Pflichtfach Seminar Gesundheits- und Ernährungslehre mit den Bildungs- und Lehraufgaben, gesundheitliche Erkenntnisse theoretisch und praktisch umsetzen zu können, gesundheitsförderndes Leben zu einem Anliegen zu machen, multikulturelle Gegebenheiten der Gesundheit zu kennen und zu berücksichtigen.</p> <p>Der Lehrstoff hierfür: Gesundheitsprävention, Umgang mit gesundheitlich belastenden Kindern, Gesundheitspsychologie, Gesundheitsmodelle.</p>	<p>- Biologie und Umweltkunde Der Begriff „Gesundheitsanliegen im Berufsfeld“ ist im BAKIP-Lehrplan enthalten, im Kolleg jedoch nicht.</p> <p>- Seminar Gesundheits- und Ernährungslehre am Kolleg ist deutlich umfangreicher und präziser gestaltet, insbesondere Gesundheitsprävention, Umgang mit gesundheitlich belastenden Kindern, Gesundheitspsychologie, Gesundheitsmodelle.</p>
B e w e g u n g	<p>* Pflichtfach Didaktik mit dem Lehrstoff Didaktische Modelle für den Aufbau der Bildungs- und Erziehungsarbeit für Bewegungserziehung.</p> <p>* Pflichtfach Musikerziehung mit dem Lehrstoff - Bewegung als Grundlage für Stimmbildung. Ebenfalls zu berücksichtigen: die Wechselbeziehung zwischen Musik und Bewegung.</p> <p>* Pflichtfach Bewegungserziehung; Zusatz zum Pflichtfach Bewegungserziehung: Bewegung und Sport</p>	<p>* Ergänzendes Pflichtfach Musikerziehung mit dem Lehrstoff - Didaktischer Beitrag für die Berufspraxis: mit Musik bewegen z.B. in Form von Bewegungsimprovisationen. (dies gilt nur, wenn in einem vorrangigen Bildungsweg dieses Wissen nicht erworben wurde)</p>	<p>- In dem Pflichtfach Didaktik fehlt am Kolleg jeder Hinweis auf Bewegung.</p> <p>- Das Pflichtfach Musikerziehung ist im Kolleg berufsbezogener gestaltet.</p> <p>- Unterschied aufgrund verschiedener Bildungsstufen: BAKIP als Sekundarstufe/II und Kolleg als Tertiärstufe. Daher wird im Kolleg kein „Bewegung und Sport“ unterrichtet (Studierende hatten diese an vorhergehenden Bildungswegen).</p>

L B	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
B e w e g u n g	<p>* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit den Bildungs- und Lehraufgaben, die Wechselwirkung zwischen Musik und Bewegung wahrzunehmen, zu verstehen und auszudrücken. Dies im künstlerisch-pädagogischen und kommunikativen Kontext. Ebenso soll der individuelle künstlerische Ausdruck in Musik und Bewegung entwickelt werden.</p> <p>Lehrstoff: <i>Kompetenzbereich</i> „Wahrnehmung und Körperbewusstsein“: Beziehung und Wechselbeziehung von Musik und Bewegung erfassen können, Bewegungsformen differenziert ausführen können.</p> <p>Lehrstoff: <i>Kompetenzbereich</i> „Kreativität und Ausdruck“: Ausdrucksfähigkeit durch Musik und Bewegung entwickeln, das Bewegungsrepertoire erweitern; interkulturelle Elemente aus Bewegung umsetzen können. Eigenes kreatives Potential improvisatorisch durch Bewegung bewusst einsetzen können.</p> <p>Lehrstoff: <i>Kompetenzbereich</i> „Transfer in das pädagogische Berufsfeld“: Kinder durch Bewegung in Gruppenprozesse integrieren.</p>	<p>* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit der Bildungs- und Lehraufgabe, sich situationsgemäß und geplant mit Musik und Bewegung auseinanderzusetzen. Musik und Bewegung sollen in Einzel-, Paar- und Grupsituationen variabel angewendet werden.</p> <p>Die Studierenden sollen den individuellen, künstlerischen Bewegungsausdruck durch Spiel und Improvisation einsetzen und die Grundlage von Musik und Bewegung in der Bedeutung für die Entwicklung des Individuums kennen und verstehen können.</p> <p>Lehrstoff: Bewegungsgestaltung, Bewegungsimprovisation, Wechselbeziehung von Musik und Bewegung, rhythmische Übungen, in Verbindung mit Bewegung, Bewegungsbegleitung mit Singstimme, methodische und praktische Überlegungen für Repertoire an Bewegung, Auswirkungen von Musik und Bewegung auf soziale, gesellschaftliche und kulturelle Beziehungen.</p>	<p>- Der Kolleg-Lehrplan weist mehr Bezüge zum Kleinkind und Kind in seiner Bewegung auf.</p> <p>- Der BAKIP-Lehrplan weist mehr Bezüge zu den Schülerinnen und Schülern auf.</p> <p>- Der Lehrstoff ist an der BAKIP in Kompetenzbereiche gegliedert.</p> <p>- Der Lehrstoff ist an der BAKIP deutlich detaillierter und praxisorientierter formuliert.</p>

Es folgt nun die Vergleichstabelle zu den Leitbegriffen Ernährung und Körper:

<i>L B</i>	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
E r n ä h r u n g	<p>* Pflichtfach Seminar Ernährung mit praktischen Übungen mit dem Lehrstoff, Bestandteile der Nahrung, Essverhalten, gesunde Ernährung und berufsbezogene praktische Übungen zur gesunden Ernährung.</p> <p>* Pflichtfach Biologie und Umweltkunde (einschließlich Gesundheit und Ernährung).</p>	<p>* Pflichtfach Seminar Gesundheits- und Ernährungslehre mit dem Lehrstoff, physiologische Grundlagen und allgemeine Aspekte der Ernährung, Lebensmittelkunde mit dem Schwerpunkt Ernährung des Kindes, Ernährungserziehung im Kindergarten, Grundlagen der Ernährungsberatung und Vorbereitung, sowie Herstellung einfacher Mahlzeiten.</p>	<p>- Der Kolleg-Lehrplan stellt gegenüber dem BAKIP-Lehrplan mehr und detailliertere Bezüge zur Ernährung des Kindes im Kindergarten dar.</p> <p>- Die Bezeichnung des BAKIP-Plichtfaches enthält zwar den Begriff Ernährung, jedoch wird weder in den Lehr- und Bildungszielen noch im Lehrstoff darauf Bezug genommen.</p>
K ö r p e r	<p>* Freigegegenstand Seminar Stimmbildung mit dem Lehrstoff, Tiefatmung als Voraussetzung für eine körpergeführte Artikulation.</p> <p>* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit dem Lehrstoff <i>Kompetenzbereich „Wahrnehmung und Körperbewusstsein“</i>: den eigenen Körper bewusst wahrnehmen können.</p>	<p>* Verbindliche Übung Seminar Stimmbildung und Sprechtechnik mit dem Lehrstoff, Tiefatmung als Voraussetzung für eine körpergeführte Artikulation.</p> <p>* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit der Bildungs- und Lehraufgabe, geschlechtsspezifischen Körperbilder kennen und verstehen zu können.</p> <p>Lehrstoff hierfür: Sensibilisierung der Wahrnehmungsbereiche in Verbindung mit Körpererfahrung und das Entwickeln von Körperbewusstsein mit und ohne Material.</p>	<p>- Im Lehrstoff ergibt sich kein inhaltlicher Unterschied. Am Kolleg führt dieses Fach noch die Ergänzung „Sprechtechnik“.</p> <p>- Auch in Rhythmisch-Musikalischer Erziehung ist inhaltlich kein wesentlicher Unterschied festzustellen, nur die Wahl der Begriffe ist eine andere.</p>

Es folgt die Vergleichstabelle zu den Leitbegriffen Selbstmanagement und (Eigen-) Verantwortung:

<i>LB</i>	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
Selbstmanagement			- Keine Unterschiede feststellbar.

<i>LB</i>	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
(Eigen-) Verantwortung	* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit dem Lehrstoff, <i>Kompetenzbereich „Interaktion und Kommunikation“</i> : Verantwortung übernehmen können.		- In dem Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung fehlt im Kolleg-Lehrplan ein möglicher Hinweis auf (Eigen-) Verantwortung.

Die letzte Vergleichstabelle enthält die Leitbegriffe Entspannung und Konflikt:

<i>LB</i>	<i>Lehrplan BAKIP</i>	<i>Lehrplan Kolleg</i>	Wesentliche Unterschiede
Entspannung	* Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung mit dem Lehrstoff <i>Kompetenzbereich „Wahrnehmung und Körperbewusstsein“</i> : Die Entspannung, im Sinne der Psychohygiene, im persönlichen und beruflichen Kontext integrieren zu können. * Freigegegenstand Seminar Stimmgebung mit dem Lehrstoff „Erkennen und Korrigieren von Bewegungsblockaden“: Entspannungstechniken.	* Verbindliche Übung Seminar Stimmgebung und Sprechtechnik mit dem Lehrstoff „Erkennen und Korrigieren von Bewegungsblockaden“: Entspannungstechniken.	- In dem Pflichtfach Rhythmisch-Musikalische Erziehung, wird im Kolleg-Lehrplan nichts von Entspannung erwähnt. - Kein inhaltlicher Unterschied. Am Kolleg führt dieses Fach noch die Ergänzung „Sprechtechnik“. Überdies ist am Kolleg die Übung verbindlich.
Konflikt		* Pflichtfach Didaktik mit dem Lehrstoff Konfliktmanagement und Gesprächsführung, im Sinne der Vernetzung von Kindergarten und Schule * Verbindliche Übung Fachspezifisches Seminar mit dem Lehrstoff Konfliktbewältigung.	- In dem Pflichtfach Didaktik wird im BAKIP-Lehrplan der Begriff Konflikt nicht erwähnt, im Kolleg schon. - Die verbindliche Übung „Fachspezifisches Seminar“ wird an der BAKIP nicht angeboten, im Kolleg mit dem Lehrstoff Konfliktbewältigung schon.

Berücksichtigt man – in den Tabellen nicht dargestellte – Gleichheiten und die dargestellten Unterschiede, so lässt sich zusammenfassend als Antworten¹⁸ auf die Subforschungsfrage 1, wie folgt, formulieren:

- Leitbegriff Gesundheit: Im Lehrplan des Kollegs werden Inhalte zu Gesundheitsprävention, der Umgang mit gesundheitlich belastenden Kindern, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsmodelle deutlich ausführlicher formuliert.
- Leitbegriff Bewegung: Ein schwacher Unterschied ist insofern erkennbar, als aus einer Gesamtsicht und der Lebenswelt von Schülerinnen und Schülern der Sekundarstufe II, Bewegung an der BAKIP gewichtiger dargestellt wird. Das pädagogisch übergreifende Fach Didaktik am Kolleg zeigt indes keinen Hinweis.
- Leitbegriff Ernährung: Der Kolleg-Lehrplan ist umfangreicher und mehr auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes ausgerichtet.
- Leitbegriff Körper: Kein Unterschied in den Lehrplänen zwischen der BAKIP und dem Kolleg feststellbar.
- Leitbegriff Selbstmanagement: Kein Unterschied in den Lehrplänen zwischen der BAKIP und dem Kolleg feststellbar.
- Leitbegriff (Eigen-) Verantwortung: Nur ein geringer Unterschied ist in den Lehrplänen zwischen der BAKIP und dem Kolleg in einem Fach, der Rhythmisch-musikalischen Erziehung, zugunsten der BAKIP, feststellbar.
- Leitbegriff Entspannung: Ein geringer Unterschied in der Formulierung der Lehrpläne ist zwischen der BAKIP und dem Kolleg in einem Fach, der Rhythmisch-musikalischen Erziehung, zugunsten der BAKIP erkennbar.
- Leitbegriff Konflikt: Ein Unterschied ist in den Lehrplänen zwischen der BAKIP und dem Kolleg feststellbar. Die Didaktik, und ein zusätzlich weiteres, an der BAKIP nicht unterrichtetes Fach, beziehen sich auf Konflikt, Konfliktmanagement und -bewältigung.

¹⁸ Die Aufbereitung der folgend dargestellten Unterschiede beruht auf der Interpretation der Autorin der vorliegenden Masterarbeit.

Weiteres ist anzumerken, dass die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und das Wort *Gesundheitskompetenz* in beiden Lehrplänen nicht dezidiert festgelegt sind. Die Unterrichtsprinzipien, die Bildungs- und Lehraufgaben, so, wie auch der Lehrstoff, zielen jedoch indirekt auf die Vermittlung von Gesundheitskompetenz hin. In den unterschiedlichsten Gegenständen finden sich Themenbereiche der Gesundheitskompetenz, wie auch gesundheitsbezogene Inhalte. Gesundheitskompetenz stellt sich somit als ein – nicht wortwörtlich angesprochenes - Querschnittsthema dar.

3.2.5 Zukünftige Entwicklungen – Bildungsanstalt für Elementarpädagogik

Eine Neustrukturierung der Oberstufe (für alle an mindestens dreijährigen Oberstufenformen ab der zehnten Schulstufe) muss, gemäß § 132a Abs. 1 und Abs. 2 Schulrechtsänderungsgesetz 2016, bis spätestens zum Schuljahr 2018/2019 umgesetzt sein. Für die BAKIP tritt die Umstrukturierung zur neuen Oberstufe bereits ab dem Schuljahr 2016/2017 in Kraft (Lehrpläne der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und der Bildungsanstalt für Sozialpädagogik 2016). Die drei wesentlichsten Änderungen für die vorliegende Arbeit sind folgend aufgelistet:

1. § 65 Schulrechtsänderungsgesetz 2016, Umwandlung der BAKIP von einer Lehrenden- und Erzieherinnen- und Erzieheranstalt zur einer Berufsbildenden Höheren Schule,
2. § 78 Schulrechtsänderungsgesetz 2016, Umbenennung von Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik in Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und
3. § 132a Schulrechtsänderungsgesetz 2016, ein neuer kompetenz- und lernergebnisorientierter Lehrplan.¹⁹

Die Umbenennung von BAKIP in Bildungsanstalt für Elementarpädagogik [BAfEP] ist mehr als nur eine reine Namensänderung. Es geht um eine „Vermittlung“ von Berufsgesinnung, Berufswissen und Berufskönnen, wobei diese Vermittlung bezogen ist auf „Kinder vom ersten Lebensjahr bis zum Schuleintritt“ (Schulrechtsänderungsgesetz 2016 § 78 Abs. 1). Dies entspricht in der grundsätzlichen Richtung

¹⁹ §§ 65, 78 und 132a Schulrechtsänderungsgesetz 2016, BGBl. I Nr. 56/2016.

dem Begriff der Elementarpädagogik, wie sie im Unterkapitel 2.3 *Kindergarten- und Elementarpädagogik*, ab Seite 16 dieser Arbeit dargestellt wurde.

Für den Titel der vorliegenden Masterarbeit und zukünftige Entwicklungen wesentlich ist der Punkt 3: Die BAfEP erhält aufgrund einer Verordnung²⁰, gemäß Art. 1 § 1 Abs. 1 als Anlage 1²¹, einen neuen kompetenz- und lernergebnisorientierter Lehrplan. Die Verordnung, inklusive ihrer Anlagen zum neuen Lehrplan, tritt mit 1. September 2016 für die ersten Jahrgänge und alle weiteren Jahrgänge mit 1. September der darauffolgenden Jahre in Kraft²². Jeder Unterrichtsgegenstand wird pro Semester geführt, sowie beurteilt. Das hat eine Verkürzung des Lern- und Beurteilungszeitraumes zur Folge. (BMBF, 2015, S. 2) Zudem werden die Unterrichtsgegenstände in Kompetenzmodule, welche die Bildungs- und Lehraufgaben, sowie den Lehrstoff²³ für ein Semester umfassen, eingeteilt. (Dorninger et al., 2015, S. 6). Des Weiteren tritt mit 1. September 2016 ein neuer kompetenzorientierter Lehrplan für „Bewegung und Sport (b)“ in Kraft²⁴.

²⁰ Verordnung über die Lehrpläne der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und der Bildungsanstalt für Sozialpädagogik 2016 §§ 1 und 3, Verordnung zu Lehrplänen der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und der Bildungsanstalt für Sozialpädagogik 2016 (Kurztitel), BGBl. II Nr. 204/2016.

²¹ Der Lehrplan wird als Anlage 1 veröffentlicht.

²² Ebd. Art 1 § 3. Zusätzlich ist anzumerken, dass alle Schülerinnen und Schüler, die mit dem Schuljahr 2016/2017 die Ausbildung beginnen, die BAfEP besuchen.

²³ An 20 Standorten seit zwei Jahren im Schulversuch getestet. (Quelle: Interview fünf mit Expertin).

²⁴ „Lehrplan - Bewegung und Sport, Bewegung und Sport AHS (Oberstufe) u.a.“ (Kurztitel), BGBl. Nr. 37/1989 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 217/2016 wird als Anlage 1 veröffentlicht.

4 Bisherige Forschung und Modell der Gesundheitskompetenz

Die Recherchen fanden im Zeitraum von September 2015 bis Juni 2016 statt. Nach ausführlichen Recherchen, mit der folgend dargestellten Vorgehensweise, ist festzuhalten, dass das Thema „Gesundheitskompetenz in der Ausbildung für Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen oder Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen“ wissenschaftlich noch wenig bis gar nicht beforscht wurde. Während der Recherchen war festzustellen, dass Gesundheitskompetenz derzeit in Veröffentlichungen oftmals als ein zusätzlich vertiefender Begriff der Gesundheitsförderung angesehen wird. Eine begriffsscharfe Trennung zwischen diesen beiden Gesundheitstermini wurde in der Praxis noch nicht zur Gänze realisiert. Die Ergebnisse umfassen einerseits empirische Studien und andererseits auch einen nationalen Aktionsplan.

Vorgehensweise:

Verwendete deutsche Schlagworte der Recherche zur Gesundheitskompetenz: Ausbildung, Lehrplan, Curriculum, Kindergarten, Pädagogik, Kindergartenpädagogen, Pädagogin/Pädagogen, Lehrerin/Lehrer/Lehrkraft/Lehrende, Erzieherin/Erzieher, Qualifizierung, Elementarpädagogik, Gesundheit, Gesundheitskompetenz, Rahmen-Gesundheitsziel, Bildungssystem.

Verwendete englische Schlagworte der Recherche: education, educational science, pedagogy, (pre-school) teacher/educator/nurturer, nursery education, pre-school, kindergarten, playschool, (national) curriculum, syllabus, lesson plan, course of instruction, health literacy, health promotion, health promotion literacy, health targets, education system. Gesucht wurde im Österreichischen Bibliothekenverbund, Karlsruher Virtueller Katalog, Google Scholar, Emerald, Science Di-

rect (Elsevier), PubMed, Springer Link, in pädagogischen Datenbanken und auch Fachzeitschriften²⁵.

4.1 Recherche-Ergebnisse

Speziell zur Gesundheitskompetenz in der Ausbildung zu Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen oder zu Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen, bzw. für Erzieherinnen und Erzieher und auch Pädagoginnen und Pädagogen, die drei- bis sechsjährige Kinder betreuen, sind nur wenige empirische Studien aufzufinden. In den meisten Treffern der Literaturrecherche wird auf die Gesundheitsförderung und/oder Prävention in der Ausbildung und in Kindertageseinrichtungen Bezug genommen.

Zur allgemeinen Erhebung der Gesundheitskompetenz ist die HLS-EU Studie zu nennen: Die European Health Literacy Survey erfasste zwischen 2009 bis 2012, erstmals vergleichbare Daten zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in acht teilnehmenden europäischen Mitgliedsstaaten: Österreich, Bulgarien, Deutschland (Bundesland Nordrhein-Westfalen), Griechenland, Irland, Niederlande, Polen und Spanien. Im Rahmen dieser Studie wurden pro teilnehmenden Land die Daten von 1.000 zufällig ausgewählten Personen über 15 Jahren, auf Basis einer fragebogenbasierten face-to-face-Erhebung, generiert (HLS-EU Consortium, 2012, S. 1; Sørensen et al., 2015, S. 1).

Die durchschnittliche *exzellente* Gesundheitskompetenz liegt bei 16,5% (siehe in der Abbildung 1 in Kapitel 1.1, auf Seite 2 der vorliegenden Masterarbeit). Die Niederlande weist mit 25,1% den besten Wert auf; Österreich dagegen nur 9,9%. Berücksichtigt man überdies die negativen Ausprägungen der erfassten Variablen (wie im Einzelnen im Kapitel 1.1, ab Seite 1 dargestellt, so ist festzustellen, dass 56,4% der Österreicherinnen und Österreicher eine *nicht adäquate* Gesundheitskompetenz aufweisen. (HLS-EU Consortium, 2012, S. 32). Diese HLS-EU Studie verweist auf einen erheblichen Handlungsbedarf für Österreich.

²⁵ Es wurden vor allem folgende Fachzeitschriften zur Recherche verwendet: KiTa aktuell, Journal zur Gesundheitsförderung, Unsere Kinder, 4 bis 8 Fachzeitschrift für Kindergarten und Unterstufe sowie KitaDebatte.

Vom U.S. Department of Health and Human Services, Office of Diseases Prevention & Health promotion (2010) wurde der „*National Action Plan to improve health literacy*“ erstellt, um sektorenübergreifend Organisationen, Fachleute, Politiker, Gemeinden, Familien und Einzelpersonen zu engagieren, um Gesundheitskompetenz zu verbessern. Die Vision dieses Aktionsplanes ist, dass jedem Zugang zu verständlichen und korrekten Gesundheitsinformationen geboten wird, personenzentrierte Gesundheitsinformationen und –leistungen zu ermöglichen und ein lebenslanges Lernen zur Förderung der Gesundheit zu unterstützen. Der Bericht beinhaltet sieben Ziele, welche zur Steigerung der Gesundheitskompetenz beitragen; er enthält auch vorgeschlagene Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele. In die Ausbildung zukünftiger Pädagoginnen und Pädagogen soll das Thema Gesundheitskompetenz Einzug finden. Pädagoginnen und Pädagogen für alle Altersklassen werden in diesem Plan ausdrücklich als Promotoren angeführt. Als ein besonderer Punkt wird explizit die frühe Kindheit genannt. Besonders diese Zielgruppe wird in dem Aktionsplan gesondert angeführt, und dass hier die zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen, speziell auf die Bedürfnisse dieser Zielgruppe hin, auf die Gesundheit der Kinder gerichtet, ausgebildet werden (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Diseases Prevention & Health promotion 2010, S. 33 ff.). Sieben Strategien wurden vorgeschlagen. Es werden grundsätzlich strategische Maßnahmen, die sich auf Erwachsene (beispielsweise Eltern) beziehen, gut ausgebildete Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen, etc. formuliert. Als eine der Strategien wird festgehalten: “Require coursework in health education for all students who are in postsecondary schools and preparing for a career in early childhood education“ (ebd., 2010, S. 33). Als Strategie wird daher explizit empfohlen, das Thema Gesundheitsbildung (health education) in Form eines dafür erstellten eigenen Kurses abzuhalten, und nicht verstreut, als ein mögliches Element in unterschiedlichen Unterrichtsformen – bei unterschiedlichen Lehrenden, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen - zu lassen.

Eine Befragung von Fachverantwortlichen und Projektleiterinnen und Projektleitern zur Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Kindertagesstätten und Tagesmüttern in Deutschland, herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung -

Kinder früher zu fördern -, zeigt ebenfalls die Dringlichkeit der Integration von Gesundheitsthemen („fachlicher Nachholbedarf“) in der Weiterbildung von Erzieherinnen und Erziehern, sowie Tagesmüttern (Stempinski, 2006, S. 53) auf.

Zudem kommen, in einem wissenschaftlichen Ergebnisbericht zum Wandel von Kindertageseinrichtungen in Deutschland, die Forscher Altgeld, Klaudy & Stöbe-Blossey (2007), aufgrund einer explorativen Expertinnen- und Expertenbefragung, auf Basis von 80 leitfadengestützten Telefoninterviews, zur Thematik Aus- und Weiterbildung, zu folgendem Schluss: Ausbildung ist wichtig, jedoch sollte sie laufend durch Weiterbildung ergänzt werden: „Eine Erzieherin hat nie ausgelernt – es gibt immer gesellschaftliche Veränderungen, auf die wir uns einstellen müssen.“ (Altgeld et al., 2007, S. 9).

Anneke Ullrich verfasste Ihre Diplomarbeit zum Thema: *„Präventive Versorgung in Kindertagesstätten in Deutschland: Professionalisierungstendenzen und Fortbildungsbedarf“* (2006, zitiert nach Kliche, 2008, S. 27 f.²⁶) und führte dafür Expertinnen und Experteninterviews über den Stand und die Qualität gesundheitsbezogener Qualifikationen von Kindertageseinrichtungsfachpersonal in Deutschland durch; die Untersuchung führte zu desillusionierenden Ergebnissen. In dieser Studie wurden 85 leitfadengestützte Interviews geführt. Alle Befragten berichteten über erhebliche Defizite in der gesundheitsbezogenen Erzieherinnen- und Erzieher-Ausbildung. Die Lehrpläne bestehen über weite Strecken aus Überschriften und nicht aus festgelegten, fachlichen Inhalten.

²⁶ Die, diesem Zitat zugrundeliegende, Diplomarbeit aus dem Jahr 2006 „Präventive Versorgung in Kindertagesstätten in Deutschland: Professionalisierungstendenzen und Fortbildungsbedarf“ an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, wurde von der Autorin und der administrativen Bibliothek des Bundeskanzleramtes Abt. I/10 über zwei Kanäle versucht zu erhalten, stand jedoch bis zum Redaktionsschluss der vorliegenden Masterarbeit als Originalquelle nicht zur Verfügung: 1.) Telefonat mit der Leiterin der Teilbibliothek 3, Universitätsbibliothek der Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Frau Louise Rumpf, M.A., am 10. Juni 2016 um 11:18 Uhr telefoniert. Mit der Auskunft, dass Diplomarbeiten in Deutschland nicht öffentlich zugänglich seien, und keine Möglichkeit bestehe, diese über die Bibliothek zu erhalten. Hinweis seitens der Bibliotheksangestellten: Kontaktaufnahme mit der Autorin der Diplomarbeit. 2.) Eine mehrmalige telefonische Kontaktaufnahme im Zeitraum vom 10. Juni 2016 bis 02. August mit der Diplomandin, Anneke Ulrich (derzeit Wissenschaftliche Mitarbeiterin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) erfolglos. Sprachnachricht wurde auf dem Anrufbeantworter hinterlassen. Diese Quelle ist daher als Graue Literatur zu bezeichnen und kann hier nur indirekt zitiert werden.

Damit die Gesundheitsbildung und die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in der Kindertagesbetreuung gesichert sind, hat die Stiftung Kindergesundheit (2015) im Rahmen eines Kooperationsprojektes für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften für die Kindertagesbetreuung ein „*Curriculum für Gesundheitsförderung für Kinder unter drei Jahren*“ konzipiert. Ausgangspunkt für dieses Projekt war eine Umfrage von pädagogischen Fachkräften in Kindertageseinrichtungen in Deutschland. Das Ergebnis der Umfrage zeigt klare Unsicherheiten und den Wunsch nach mehr Orientierung in den Bereichen des gesundheitlichen Betreuens und Bildens sowie der Gesundheitsförderung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer äußerten dezidiert den Wunsch einer Integration dieser Thematiken in die Aus- und Weiterbildung (Stiftung Kindergesundheit, 2015, S. 6 f.). Die Notwendigkeit und Wichtigkeit einer Kompetenzentwicklung wird in diesem Curriculum für eine selbstbestimmte, positive und gesunde Lebensführung als ein lebenslanger Entwicklungsprozess angesehen. Somit wird die Gesundheitskompetenz als ein gesundheitsbezogenes Kompetenzmodell unter dem Punkt „Gesundheitsrelevante Kompetenzen und Bildungsziele für Kinder und Erwachsene“ als ein zentrales Element angeführt (ebd., S. 258). Wichtige Grundlagen, welche die pädagogischen Fachkräfte für ihre individuelle Gesundheitskompetenz und für die Weitergabe an die Kinder entwickeln oder stärken sollen, sind: motorische Kompetenzen, Gesundheitsbewusstsein, Eigenverantwortung für den Körper, die Gesundheit und das Wohlbefinden übernehmen können und alltägliches Wissen und Können, u.a. zur Bewegung, Ernährung und Entspannung, aber auch zu Krankheit erwerben und anwenden können (ebd., S. 269).

Die deutsche Erziehungs- und Kulturwissenschaftlerin, Vorsitzende des Niedersächsischen Instituts für frühkindliche Bildung und Entwicklung, Renate Zimmer, wurde durch zahlreiche Veröffentlichungen und Vorträge zur Kind orientierten Bewegungserziehung bekannt. Sie hält in einem ihrer Aufsätze zum Thema „*Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten*“ (2009) fest, dass gesundheitsförderliche Themeninhalte zu einem wichtigen Bildungsauftrag im Kindergartenalltag gehören. Sie fordert als Maßnahmen, dass in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen und Erzieher gesundheitsfördernde Themen und Inhalte verstärkt

Einzug finden sollten. Insbesondere soll hier verstärkt Abstand von einer Defizitorientierung genommen werden, um vielmehr die Kompetenzen der Kinder, Erzieherinnen und Erzieher, wie auch der Eltern zu stärken (Zimmer, 2009, S. 154).

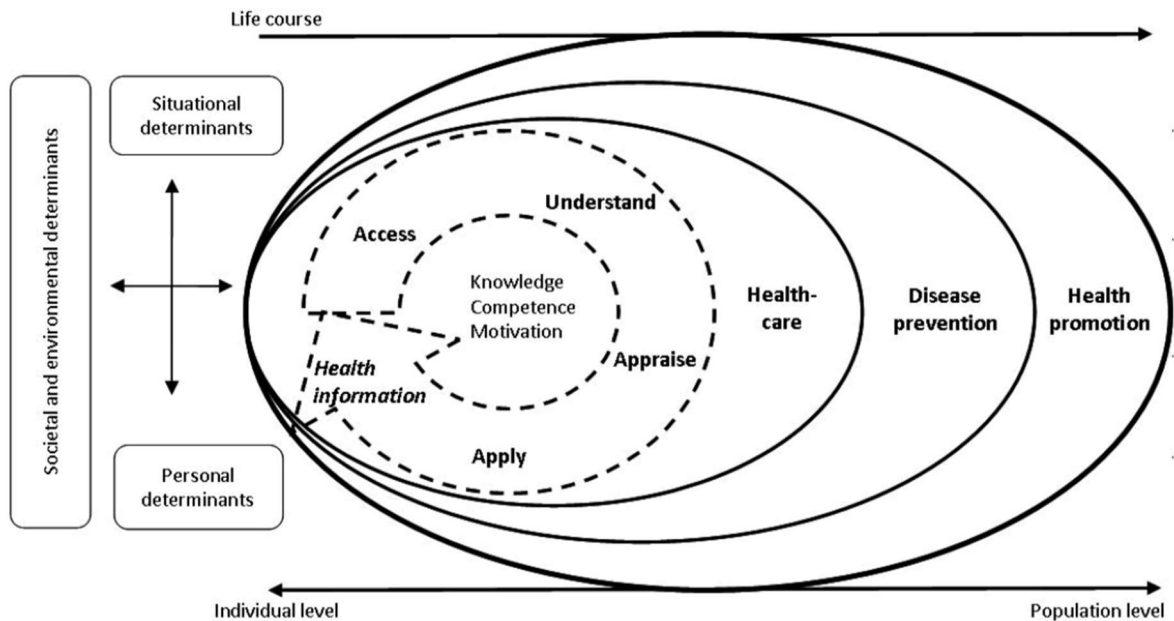
4.2 Modell der Gesundheitskompetenz als theoretischer Hintergrund

Nach Durchsicht von einschlägigen Modellen der Gesundheitskompetenz fiel die Wahl auf das integrierte Modell von Gesundheitskompetenz nach Sørensen et al. (2012). Dieses Modell erscheint, aufgrund der Aktualität, der Verankerung der Public Health Perspektive, als auch der wichtigen Ursachen und Wirkungen von Gesundheitskompetenz, die in der internationalen health literacy-/Gesundheitskompetenz-Literatur diskutiert werden, als am geeignetsten.

Zur Präzisierung der Forschungsfragen der vorliegenden Masterarbeit wurden Prä-Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Hier zeigt sich, dass das Sørensen et al.-Modell häufig als Grundlage für Diskussionen und Konzepte zur Gesundheitskompetenz angesprochen wird. Dieses Modell wurde im Zuge eines Reviews von 17 verschiedenen Definitionen, sowie 12 unterschiedlichen, multidimensionalen Konzepten und Modellen zur Gesundheitskompetenz entwickelt (Sørensen et al., 2012, S. 3).

Dieses Review und das Modell sind insofern von Relevanz für die vorliegende Masterarbeit, weil erstmals das Konzept der Gesundheitskompetenz in acht ausgewählten europäischen Ländern gemessen wurde (HLS-EU Studie; siehe dazu Kapitel 1.1 *Problemstellung* und Kapitel 4.1 *Recherche-Ergebnisse*). Das entwickelte integrierte Modell sieht aus wie folgt:

Abbildung 2: Integriertes, konzeptuelles Modell der Gesundheitskompetenz (Auszug: dargestellt sind alle Dimensionen, Domänen und Determinanten)



Quelle: Sørensen et al., 2012, S. 9

Dieses Modell stellt im oben abgebildeten innersten Kreis vier Dimensionen (Kompetenzen) dar: access, understand, appraise, apply:

1. Zugang (access) entspricht der Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu suchen, zu finden und zu erhalten.
2. Verstehen (understand) entspricht der Fähigkeit, die nun zugänglichen gesundheitsbezogenen Informationen zu verstehen.
3. Beurteilen (appraise) entspricht der Fähigkeit, die zugänglichen und verstandenen gesundheitsbezogenen Informationen zu interpretieren, zu filtern, zu bewerten und zu evaluieren.
4. Anwenden (apply) entspricht der Fähigkeit zu kommunizieren und die Informationen so zu nutzen, dass Gesundheit erhalten und verbessert wird. (Sørensen et al. 2012, S. 9)

Diese vier Kompetenzen (Dimensionen) sind wesentlich für die Gesundheitskompetenz auf individueller Ebene (siehe „individual level“ in der obigen Abbildung). Eher auf sozialer Ebene angesiedelt sind drei Domänen: health care, disease prevention und health promotion:

1. health care kann, nach Auffassung der Autorin, mit systematischem Geschehen der Gesundheitsaufrechterhaltung oder auch Krankheitsbewältigung (gelegentlich als „Gesundheitssystem“ gesehen) übersetzt werden²⁷.
2. disease prevention wird generell als Krankheitsprävention übersetzt.
3. health promotion wird allgemein als Gesundheitsförderung übersetzt.

Der Punkt drei - Gesundheitsförderung (health promotion) - wird im Sørensen et al.-Modell beispielsweise näher im Detail als dritte Zeile einer Tabelle ausgeführt. Folgende Zuordnungen werden hier getätigt:

Tabelle 1: Gesundheitsförderung innerhalb der sozialen und physischen Umwelt in den vier Dimensionen der (individuellen und informationsbezogenen) health literacy

	Informationen finden	Informationen verstehen	Informationen beurteilen	Informationen anwenden
Gesundheitsförderung (health promotion)	Fähigkeit, Informationen zu Determinanten der Gesundheit in der sozialen und physischen Umwelt zu finden.	Fähigkeit, Informationen zu den Determinanten der Gesundheit in der sozialen und physischen Umwelt sinngemäß abzuleiten.	Fähigkeit, Informationen zu den Determinanten der Gesundheit in der sozialen und physischen Umwelt zu beurteilen.	Fähigkeit, sachkundige Entscheidungen zu den Determinanten der Gesundheit in der sozialen und physischen Umwelt zu treffen.

Quelle: In Anlehnung an Sørensen et al., 2012, S. 10

Ziel ist es, unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung (health promotion), Informationen zu den Determinanten der Gesundheit zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden.

Das integrierte Modell wird ergänzt durch ein Kontinuum von Einflussgrößen (determinants), die gereiht folgend dargestellt werden können:

1. Proximale Determinanten, wie Alter, Geschlecht, Beruf oder Bildung,
2. Situationsbezogene Determinanten, wie Familie, soziale Unterstützung, Mediengebrauch oder physikalisch-örtliche Umgebung und

²⁷ Eine Übersetzung für den Bereich health care lautet in dem Abschlussbericht zur österreichischen Jugendstudie Gesundheitskompetenz (Röthlin, Pelikan & Ganahl, 2013, S. 15) „Krankheitsbewältigung“. Nach Fousek et al. (2012) wird health care mit „Gesundheitssystem“ übersetzt. Generell wird, nach Meinung der Autorin, in diesem Bereich, sei es die Übersetzung mit Gesundheitssystem, aber auch Krankheitsbewältigung, von einer medizinischen Betrachtungsweise von Gesundheitskompetenz ausgegangen. Vermutlich wäre hier eine Bezeichnung wie „Patientenkompetenz“ oder „Gesundheitsvorsorge“ günstiger ausgefallen.

3. Distale Determinanten, wie Sprache, Kultur, politische Strömungen oder Sozialsystem. (Sørensen et al. 2012, S. 10)

Dieses integrierte Modell versucht, sowohl die medizinische als auch die Public-Health-Sichtweise zu integrieren. Nach Sørensen et al. besteht die Möglichkeit, den oben genannten drei Domänen einen individuellen Aspekt zu geben (zu substituieren), das heißt, krank zu sein, gefährdet zu sein und gesund zu bleiben (!) (Sørensen et al., 2012, S. 3).

Kritische Anmerkungen zum integrierten Modell nach Sørensen et al.:

- Dieser Ansatz versucht, alle nur denkbaren Einflussgrößen, Bedingungen und Situationen, sowohl auf individueller Ebene als auch auf sozialer, gesellschaftlicher Ebene zu berücksichtigen. Diese Weite des Ansatzes birgt den Nachteil, grundsätzlich eher abstrakt zu bleiben. Dadurch finden sich in diesem Modell für reale Anwendungsfälle wenige konkrete Anhaltspunkte zur Umsetzung oder Integration in die Praxis. Abhilfen hierzu könnten theoretische Linsen sein, die speziell ausgewählte Felder aus dem Modell selektieren. Hierbei ist es wesentlich, den Gesamtkontext des Modells nicht außer Acht zu lassen.
- Das integrierte Modell verwendet den Begriff *Determinante*. Dieser Begriff scheint im hier gegebenen thematischen Zusammenhang unglücklich gewählt zu sein, auch wenn dieser im Gesundheitsbereich nicht selten verwendet wird (Beispiel: Begriff *Determinanten der Gesundheit*). Das Wort *determinant* kommt aus dem Lateinischen *determinare* und wird unter anderem als begrenzen, festsetzen, bestimmen oder schließen übersetzt (Langenscheidt, 2008, S. 241). Die, in diesem Begriff enthaltene, Aussage zeigt daher auf ein Bestimmendes und Abschließendes, etwas, das im Gewebe individueller, gesellschaftlicher, psychologischer, pädagogischer, medizinisch-salutogenetischer Einflüsse, unterschiedlicher Umgebungsbedingungen, und zusätzlich noch bezogen auf einen erratisch-individuellen Le-

benslauf, nicht passend scheint. Ein deutlich günstigerer Begriff dürfte Einflussgrößen sein.

- Das Modell ist inkonsistent, betrachtet man die graphische Darstellung der Determinanten und ihre Beschreibung im Text. Graphisch werden die beiden Felder *personal determinants* und *situational determinants* als einem übergeordneten Feld *societal endenvironmental determinants* untergeordnet. Die Beschreibung im Text verweist auf ein dreigeteiltes Kontinuum ohne Über- oder Unterordnung. Dieses Kontinuum wirkt mit proximalen, situationalen und distalen Determinanten überzeugender und schlüssiger als die graphische Darstellung.
- Gesundheitskompetenz wird aus dem Sørensen et al.-Modell heraus überwiegend als eine Fähigkeit angesehen, und beschränkt sich zu großen Teilen auf den Aspekt von Informationen. Betrachtet man die, das Modell in der Tiefe erklärende Matrix (Tabelle 1, Seite 50), so ist zu erkennen, dass der Begriff *Information* die elementare Basis dieses Modells bildet. Der Begriff *Information* jedoch kommt aus der Nachrichtentechnik und bezieht sich als Hintergrundmodell auf ein Sender-Nachrichten-Empfänger-Schema, das grundsätzlich ohne Rückmeldungen auskommt (Mittenecker, 2014, S. 780 f.). Ob ein solches, unidirektionales Schema in Bereichen wie Psychologie, Pädagogik oder öffentlicher Gesundheit (Public Health) geeignet ist, scheint fraglich.

Im folgenden empirischen Teil der vorliegenden Forschungsarbeit wurde vor allem auf vier allgemeine Kompetenzen (Dimensionen) des Modells Wert gelegt: Zugang zur gesundheitsbezogenen Information, das Verstehen, das Beurteilen und das Anwenden, unter besonderer Berücksichtigung des Begriffes Gesundheitskompetenz. Ebenso erfolgte ein Fokus auf Motivation, Wissen und den traditionellen Begriff der Gesundheitsförderung (Domäne health promotion).

5 Angewendete empirische Methoden und Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die durchgeführte Vorgehensweisen zum qualitativen Forschungsansatz, mit Entstehung der Daten, die qualitativen und ergänzenden quantitativen Auswertungsmethoden, sowie die Beschreibung der Stichproben, erläutert.

5.1 Vorgehensweise

Zur Datengewinnung für die Subforschungsfrage 2 und 3 dienten neun persönliche Interviews mit Expertinnen und Experten, sowie mit Lehrenden (Gläser & Laudel, 2010, S. 142 ff.). Die Interviews wurden mittels eines semistrukturierten (offene und geschlossene Fragen) Leitfragebogens durchgeführt (siehe dazu *Anhang 1*). Mit Ausnahme der *Unterfragen 7a* und *7b*, wurde der Leitfragebogen einheitlich für beide Gruppen angewendet. Drei Expertinnen- und Experteninterviews (Interview eins bis drei) dienten ebenfalls zur Forschungsfragenpräzisierung, und hatten zu Beginn des Forschungsprojektes einen leicht abgeänderten Leitfragebogen. Im Zuge eines qualitativen Forschungsansatzes wurde der Leitfragebogen, ab dem vierten Interview, geringfügig abgeändert. Bei jedem Interview ergab sich eine Gesprächssituation, in der zwar jede Frage des Leitfragebogens gestellt wurde, die Reihenfolge der Fragen bisweilen aber an den Gesprächsverlauf angepasst wurde.

Zusätzlich wurde eine Maßnahmenliste (siehe dazu *Anhang 2a*) für die Ermittlung von bedeutsamen Inhalten für die Ausbildung der Kindergarten- oder Elementarpädagogik vorgelegt²⁸. Diese Maßnahmenliste basiert, wie die definierten Leitbegriffe für die Lehrplananalyse, sowie die Unterschiede zwischen den Lehrplänen (Unterkapitel 3.2.4, Seite 35), auf der Arbeitsunterlage der Koordinierungsstelle vom BMUKK zur Verankerung von „*Health Literacy in der Pädagog/innenbildungNEU*“ (BMBF, 2014a) und Handlungs- und Kompetenzbereiche

²⁸ Anmerkung: Nach dem Testinterview wurde die Maßnahmenliste zu den Inhalten entwickelt. Aus diesem Grunde wurde die Liste acht Befragten vorgelegt.

aus dem Review „*Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen*“ (Okan, Pinheiro, Zamaro & Bauer, 2015, S. 5). Diese Maßnahmenliste wurde im Leitfragebogen unter Frage 7: „*Was ist Ihrer Meinung nach für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen relevant?*“, mit den Befragten gemeinsam ausgefüllt. Etwaige, ausführlichere Ergänzungen seitens der interviewten Personen, fließen in der qualitativen Auswertung mit ein. Zusätzlich wurde den Expertinnen und Experten im Leitfragebogen unter Frage 7 eine ergänzende Liste von Maßnahmen, bezogen auf den Arbeitsgruppenbericht des R-GZ 3, vorgelegt (siehe dazu *Anhang 2b*).

Die Interviews fanden im Zeitraum von 10. Februar 2016 bis 30. Mai 2016 statt. In Summe ergab sich eine Interviewdauer von 11 Stunden und 08 Minuten. Jedes Interview wurde mittels Tonband aufgezeichnet und anschließend in der Standardsprache Deutsch transkribiert.

5.2 Qualitative und ergänzende quantitative Auswertungsmethoden

Die qualitative Auswertungsmethode bestand aus einer Themenanalyse. Diese Methode der Gesprächsanalyse, die Rücksicht nimmt auf den jeweiligen Kontext, eignet sich sowohl für Expertinnen- und Expertengespräche als auch zur Eruiierung von Standpunkten oder Einschätzungen vielfältiger Beteiligter. Sie dient dazu, einen Überblick der zentralen Themen aufzuzeigen, ihre Kernaussagen zusammenzufassen und den Bezugsrahmen ihres Vorkommens zu ermitteln (Lueger, 2010, S. 206). Bei der verwendeten Form der Themenanalyse ist es nicht zielführend, allein die Themen aufzulisten, wie beim einfachen Codieren, sondern es werden vielmehr die spezifischen Elemente der Themendarstellung herausgearbeitet, um die unterschiedliche Betrachtung der Themen in den verschiedenen Interviews zusammenfassend und kontextbezogen darzustellen (ebd., 2010, S. 208).

Bei der vorliegenden Masterarbeit wurden in einem ersten Schritt, auf Grundlage der Transkripte²⁹ der neun geführten Interviews, die Themen oder die Codes generiert. Die Codierung ist ein wesentlicher Teilschritt der Themenanalyse, in denen die Interviewinhalte, der zuvor festgelegten Analysekatoren, in einem Codierbuch, mittels festgelegter Regeln, für die Erhebung erfasst und komprimiert werden (Rössler & Geise, 2013, S. 278). Die einzelnen Codierungen des Codierbuches stammen sowohl aus den theoretischen Vorüberlegungen (Sørensen et al.-Modell), den Begriffen der formalen Ziele des R-GZ 3, den Forschungsfragen und empirisch aus den, aus den Antworten entwickelten, Codes, siehe *Anhang 3a*. Die Codierungstabelle zeigt die Zuordnungen der Codes zu den Antworten der interviewten Personen, siehe *Anhang 3b*.

Die ergänzende, quantitative Auswertungsmethode besteht aus einer Darstellung von arithmetischen Mittelwerten der vorgegebenen Items (*Maßnahmenliste von möglichen Ausbildungsinhalten* und einer, um die R-GZ 3 Maßnahmen erweiterten *Maßnahmenliste Expertinnen und Experten*; siehe *Anhang 2b*) und den jeweils hierzu erstellten Diagrammen. Dafür wurden die EDV-Programme Excel 2016 und SPSS 20 verwendet.

5.3 Beschreibung der Stichproben

Für die vorliegende Arbeit wurden insgesamt neun Interviews durchgeführt. Dazu wurden fünf Expertinnen und Experten, bzw. anerkannte Fachleute, zum Themengebiet Gesundheitskompetenz und/oder Kindergartenausbildung auf Bundes- und Landesebene und vier Lehrende befragt.

Für die Auswahl der Lehrenden wurde so vorgegangen, dass je zwei Bundesländer selektiert wurden, die absolut, die höchsten Schülerinnen- und Schülerzahlen, sowie Studierendenanzahl aufzuweisen hatten. Siehe folgende Tabelle.

²⁹ Die Transkripte zu den Interviews, sind bei der Autorin der Masterarbeit einsehbar.

Tabelle 2: Schülerinnen- und Schüleranzahl, sowie Studierendenanzahl für das Schuljahr 2014/2015; nach Bundesländern an BAKIP und Kolleg für Kindergartenpädagogik

Bundesland	BAKIP Schülerinnen- und Schüleranzahl	Kolleg Studierendenanzahl	Summe
Burgenland	401	-	401
Kärnten	442	74	516
Niederösterreich	1.291	236	1.527
Oberösterreich	1.577	207	1.784
Salzburg	529	89	618
Steiermark	1.580	65	1.645
Tirol	775	92	867
Vorarlberg	266	33	299
Wien	1.793	769	2.562

Quelle: In Anlehnung an Statistik Austria, 2015, S. 1 f.

Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, weist in Summe Oberösterreich 1.784 Schülerinnen und Schüler sowie Studierende auf, Wien 2.562.

Für die Selektion der fünf Fachleute wurde sowohl die Bundesebene als auch die Landesebene berücksichtigt. Auf Landesebene wurde wie bei der Auswahl der Lehrenden, der Fokus auf Wien und Oberösterreich gelegt.

Die realisierte Stichprobe (n= 9) nach den Variablen Geschlecht und Alterskategorien (bis 49 Jahre und 50+ Jahre) ist in folgender Kreuztabelle zu sehen.

Tabelle 3: Aufgliederung der realisierten Stichproben nach Geschlecht und Alterskategorien

Geschlecht * Alterskategorie; Kreuztabelle

			Alterskategorie		Gesamt
			bis 49 Jahre	50+ Jahre	
Geschlecht	männlich	Anzahl	2	0	2
		% innerhalb von Geschlecht	100,0%	0,0%	100,0%
	weiblich	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von Geschlecht	42,9%	57,1%	100,0%
Gesamt	Anzahl	5	4	9	
	% innerhalb von Geschlecht	55,6%	44,4%	100,0%	

Quelle: Interviews; eigene Darstellung

Die Beschäftigung nach Schultyp zeigt folgende Darstellung:

BAKIP und Kolleg: 2 Lehrende

BAKIP: 1 Lehrkraft

Kolleg: 1 Lehrkraft (hat in der Vergangenheit zudem an der BAKIP unterrichtet)

Folgende Unterrichtsfächer wurden von den Lehrenden angegeben:

Pädagogik, Hortpädagogik, Hortpraxis, Didaktik, Kommunikationspraxis und Gruppendynamik, Kindergartenpraxis, Gesundheits- und Ernährungslehre, Biologie und Umweltkunde (einschließlich Gesundheit und Ernährung), Physik, Chemie, Seminar Ernährung mit praktischen Übungen, Bewegung und Sport; Bewegungserziehung, Geografie und Wirtschaftskunde, Deutsch, Seminar Organisation sowie Management und Recht.

5.4 Resultate / Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die themenanalytisch erhaltenen Ergebnisse dargestellt.

Dieser Ergebnisse werden in drei Abschnitte gegliedert:

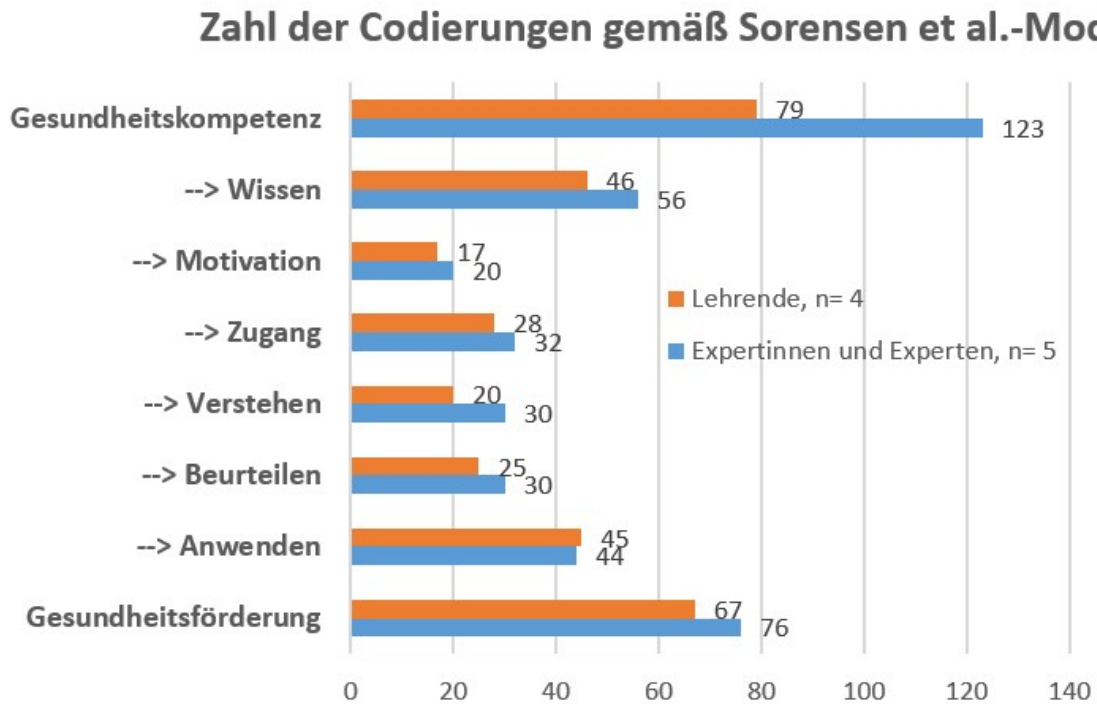
- hinsichtlich des theoretischen Modells nach Sørensen et al. 2012 (siehe dazu Kapitel 4.2),
- der richtungsweisenden Empfehlung zum R-GZ 3 (siehe dazu Kapitel 3.1) und
- zu den R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen sowie aufgegriffene Aspekte aus den Interviews.

In zwei weiteren Abschnitten werden die quantitativen Ergebnisse zu den beiden Maßnahmenlisten vorgestellt. Gegen Ende des Kapitels erfolgt die Diskussion zu den Inhalten und Limitationen der vorliegenden empirischen Arbeit.

5.4.1 Themenanalyse, gemäß Begriffen des Sørensen et al.-Modells

Die Codier-Zuordnungen der Texte der neun durchgeführten Interviews nach den beiden Gruppen Expertinnen und Experten sowie Lehrende ergaben die folgende Übersicht. Diese Übersicht entstand aus der Codierungstabelle, siehe *Anhang 3b*.

Abbildung 3: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu Begriffen des Sørensen et al.-Modells, n=9



Quelle: Interviews; Codierungstabelle, Diagramm: Eigene Darstellung

Der allgemeine Überbegriff Gesundheitskompetenz bringt bei den Fachleuten die hohe Zahl von 123 Nennungen. Für sie ist Gesundheitskompetenz (health literacy) die wichtigste Kategorie in ihren Antworten. Detailliert angesprochene Kernbegriffe des Sørensen-Modells wie Wissen, Motivation, Zugang, Verstehen, Beurteilen und Anwenden sind im Diagramm in den folgenden Balken (von oben herab gesehen) zu finden. Wie der obigen Abbildung direkt zu entnehmen ist, werden Wissen und Anwenden sowohl von den Fachleuten als auch von den Lehrenden stärker betont

als die anderen Detailkategorien. Insbesondere das Anwenden wird von den Lehrenden relativ häufiger genannt als von den Fachleuten³⁰.

Der traditionelle Begriff Gesundheitsförderung (die Domäne health promotion im Sørensen-Modell) weist in der Summe der Fachleute und Lehrenden insgesamt 143 Nennungen auf. Dies ist im Vergleich zum „neueren“ Begriff Gesundheitskompetenz (Gesamtnennungen hier 202) ein beachtlicher Wert.

Im Folgenden werden einzelne Zuordnungen zu den gebildeten Codes (siehe in der obigen Abbildung 3), gemäß einer Selektion wichtiger Aussagen, unterlegt. Die einzelnen Zuordnungen zu allen gebildeten Codes mit ihren inhaltlichen und formalen Merkmalen und ihrer Herkunft sind im Codier-Buch, *Anhang 3a* zu finden³¹.

Health literacy, Gesundheitskompetenz: Code HL

Die Gesundheitskompetenz als eine kritische, informationsbasierte Kompetenz wird von fast allen Fachleuten erwähnt. Viele interviewte Personen, vor allem die Lehrenden, sehen Gesundheitskompetenz als weit gefasst an: „[...] soziales Wohlbefinden, eben Kontakte mit Mitmenschen. Die Bewegung der Körper, da gehört Ernährung auch dazu. Kognitive Reife, kognitive Impulse, [...]“ (Person [P] 7, Zeile [Z] 13-16). Für einzelne Lehrende ist die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung das Bedeutendste für eine Gesundheitskompetenz: „Also, ich glaube, wichtig ist eine gute Selbstwahrnehmung, dass man auch das spürt, was einem guttut und was einem nicht guttut.“ (P6, Z14-15). Zwei Fachleute nannten explizit das Sørensen-Modell, insbesondere wurden Anwendungs- und Spezifikationsbereiche genannt: „[relevant ist bei der Sørensen et al.-Definition,] dass Gesundheitskompetenz als reines Wissensthema behandelt wird. [...] Was heißt das für Kindergärten? Ich halte da die Wissensfragen für eher unwichtig. Sondern eher die Frage: „Wie kann Motivation bei den Kindern entwickelt werden?““ (P3, Z72-76).

³⁰ Es wurden vier Lehrende interviewt und fünf Expertinnen und Experten; absolut haben beide eine nahezu identische Anzahl von Zuordnungen (44: Expertinnen und Experten, 45: Lehrende).

³¹ Anzumerken ist, dass die gebildeten Codes zumeist den vier Gruppen von Beteiligten zugeordnet wurden (inklusive Begriffsbestimmungen): Auszubildenden (Schülerinnen und Schüler der BA-KIP und Studierende des Kollegs), Lehrenden an den Ausbildungsinstitutionen, zukünftigen Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen und Kindergartenkinder, Kleinkinder oder Kinder im Kindergarten.

Wissen: Code Wiss

Alle Fachleute und Lehrende sehen für die Ausbildung ein Basiswissen zu Gesundheitsthematiken für die eigene Gesundheit und jene der Kindergartenkinder, vor allem zu den klassischen Gesundheitsförderungsbereichen, als wesentlich an: „[...] Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Sicherheit ist natürlich auch ein Thema. Also, wie gestalte ich meinen Arbeitsplatz sicher [...].“ (P1, Z215-217). Viele Lehrende versuchen, ihren Schülerinnen und Schülern bewusst zu machen, dass sie später vermutlich gesundheitsbezogene Entscheidungen im Kindergarten treffen müssen, und darum ein spezielles Wissen nötig ist. Als Beispiel wurden Verpflegungssysteme genannt.

Außerdem braucht es, nach Ansicht der Expertinnen und Experten, ein kulturbesetztes, aktives, theoretisches Wissen zur Gesundheit. Der theoretische Erwerb von gesundheitlichem Wissen, wie beispielsweise über Ernährung, Bewegung, Entspannung, usw., wird von allen Befragten genannt. In weiterer Folge soll die Eigenerfahrung dieses Wissens, so gut es geht, bereits während der Ausbildung integriert werden. Dies wird von allen Lehrkräften hervorgehoben und soll gemeinsam mit dem theoretischen Wissen erfolgen. Nur so kann es, laut ihren Aussagen, getreu in die spätere berufliche Praxis eingeflochten werden: „Ich muss wissen, was heißt schwitzen? Ich muss wissen, was heißt Wohlbefinden? Ich muss wissen, was tut meinem Rücken gut?“ (P9, Z328-329). Allerdings gibt es für alle Lehrenden eine große Kluft zwischen dem Wissen und dem Tun, und das bereits während der Ausbildung, und vor allem in der späteren beruflichen Tätigkeit. Für alle interviewten Personen ist ein rein inhaltliches Wissen zur Gesundheitskompetenz zu wenig.

Motivation: Code Motiv

Die Motivation sehen alle neun befragten Personen als zentrales Element für die Förderung, die Vermittlung und vor allem die Umsetzung von Gesundheitskompetenz-Wissen an. Für einige Expertinnen und Experten ist es möglich, dass Motivation für ein gesundheitskompetentes Verhalten in der Ausbildung entwickelt, gefördert und vermittelt werden kann. Dafür sollte zuvor die Bewusstseinsbildung im Sinne einer authentischen und lebensnahen Identifizierung der eigenen Person

stattfinden, die wiederum auf der Eigenerfahrung basiert: „Also die Eigenerfahrung der zukünftigen Pädagogin oder des zukünftigen Pädagogen. Tut mir das jetzt gut oder tut mir das nicht gut? Dadurch kann Motivation entwickelt werden.“ (P9, Z183-186). Außerdem sind die Lehrkräfte der Meinung, dass alles sehr stark von der Motivation der Lehrkraft im Unterricht abhängig ist. Bei der Motivationsentwicklung hängt es auch erheblich davon ab, was einem persönlich wichtig ist. Viele Fachleute und Lehrende gehen sogar soweit, dass sie meinen, dass ohne Motivation die Tätigkeit in einem pädagogischen Feld unmöglich ist.

Zugang: Code Zug

Für alle Fachleute sollte, in allen Bereichen des täglichen Lebens, ein unkomplizierter Zugang zu leicht verständlichen Gesundheitsinformationen das Ideal bilden. Drei Fachleute haben explizit zwei Fähigkeiten genannt: Das Finden und Suchen. Viele Lehrende beziehen den Zugang zu Gesundheitswissen stark auf ihren Unterricht und sehen diesen als Möglichkeit, um Gesundheitskompetenzen bei den Auszubildenden zu entwickeln. Einige Lehrkräfte nützen den Zugang zu öffentlichen Gesundheitsveranstaltungen, um dadurch aktuelle Informationsbroschüren, zum einen für sich selbst und zum anderen für ihren Unterricht zu erhalten: „[...] Gesundheitsschwerpunktstage im Rathaus. Sehr gutes Material, das gestellt wird. Was ich zum Teil privat nütze und auch meinen Schülerinnen mitbringe.“ (P6, Z323-325). Projekte zum Themenfeld Gesundheit an den Schulen sehen alle Lehrenden als einen wesentlichen Beitrag für den Erhalt von Informationen an. In beiden interviewten Gruppen ist ein Unterschied auffallend: Die Expertinnen und Experten setzen ihren Fokus eher auf das Suchen und Finden, die Lehrenden beschränken ihre Sichtweise eher auf das Erhalten von Informationen.

Verstehen: Code Verst

Das Verstehen von zugänglichen Informationen ist für vier befragte Fachleute nur dann möglich, wenn diese für alle Nutzenden in leicht verständlicher Form und zielgruppenorientiert aufbereitet sind: „[...] wird in der grafischen Aufarbeitung, z.B. auf gute Lesbarkeit geachtet?“ (P2, Z31-32). Die Lehrkräfte sehen das Verstehen als noch weiter gefasst an. Für die zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen

gogen ist, ihrer Meinung nach, ein situationsbezogenes Verstehen, im Sinne des Hinterfragens und des Hineinfühlens, relevant: „[...] davon Essprobleme im Kindergarten. Warum hat ein Kind Essprobleme? Wie geht man mit dieser Situation um?“ (P7, Z128-130). Die Lehrenden sind der Ansicht, dass das reine Verstehen von Wissen nicht ausreicht, und die Fachleute das Verstehen von Informationen nicht genügt, um sich gesundheitskompetent zu verhalten. Die individuellen Lebensumstände oder Belastungen von Personen könnten mitunter Gründe dafür sein: „[...] die Lebensumstände sind oft nicht so, dass man das Verstandene dann auch wirklich umsetzen kann. Warum gibt es Ärzte, die rauchen? Die wissen und verstehen das auch.“ (P8, Z38-40).

Beurteilen: Code Beur

Beurteilen wird von fast allen interviewten Personen mit Reflexion gleichgesetzt. Vor allem die Lehrenden sehen die Reflexion von Zuständen als einen wichtigen Inhaltsbereich während der Ausbildung und für die spätere pädagogische Tätigkeit der Schülerinnen und Schüler, wie auch der Studierenden an: „[...] dass Personen ihre eigene Situation reflektieren. Die Auszubildenden sollen in dem Fall schauen, wie geht es denn mir mit meinen Gesundheitsbedürfnissen, hier im Ausbildungskontext?“ (P2, Z243-245). Generell sollte die pädagogische Ausbildung in Beziehung zu einer theoretischen gesundheitlichen Auseinandersetzung, also zu einer Persönlichkeitsreflexion stehen: „Sonst lernt man zwar fünf Jahre schön, wie Pädagogik sein soll, und wie man Gesundheitserziehung umsetzt. Aber in dem Moment, wo man draußen im Beruf ist, wird man entweder von den Alltagspraxen, die praktisch herrschen, überfraut oder übermannt.“ (P4, Z468-471).

Das kritische Beurteilen fällt einigen Auszubildenden noch eher schwierig, haben einige Lehrende den Eindruck: „Für die jungen Schülerinnen ist es halt noch sehr schwer. Die sind auf diesem Lernprozess zum kritischen Hinterfragen [...].“ (P7, Z561-563). Aus diesem Grunde bauen alle befragten Lehrenden Reflexionen in ihren Unterricht ein. Vor allem in Fächern wie **Kindergartenpraxis**, **Didaktik**, **Gesundheitslehre**, **Deutsch**, **Pädagogik**, usw., hat die Reflexion einen hohen Stellenwert.

Anwenden: Code Anwe

Für alle Lehrkräfte und zwei Fachleute ging es beim Anwenden darum, dass theoretisch vermittelte Wissen zu Gesundheitsthemen, so gut es geht, im Alltag umzusetzen. Zudem sehen alle Lehrkräfte einen starken Bezug zur Motivation, und hier wiederum die persönlichen Prioritäten zu bestimmten Themengebieten. Vor allem die Vorbildwirkung, und eine daraus resultierende Vorbildverantwortung, sehen die Lehrkräfte als bedeutsam an: „Was mir persönlich sehr wichtig ist, werde ich auch sehr authentisch im Kindergarten umsetzen. [...] Genauso ist es mit der Bewegung, mit der Gesundheitserziehung [...]“ (P7, Z375-378). Die Vermittlung von anwendungsorientierten Methoden zu gesundheitlichen Themengebieten sieht diese Gruppe auch als wichtig an. Alle befragten Personen sehen eine direkte Verbindung zwischen fachlicher Auseinandersetzung und dem praktischen Tun.

Health promotion, Gesundheitsförderung: Code HP

Die Schaffung passender gesundheitsförderlicher³² Rahmenbedingungen an den Ausbildungsstätten und in den Kindergärten sehen alle Lehrenden als eine erforderliche Bedingung für die Vermittlung und die Umsetzung von Gesundheitskompetenz an: „Der Außenrahmen sollte für die Gesundheitskompetenz bereits gesundheitsfördernd sein.“ (P8, Z436-437). Die physische Umwelt wird mit Schaffung passender Verhältnisse an den Ausbildungsstätten und im Kindergarten gleichgesetzt und von allen interviewten Personen angesprochen. Hier wurden vor allem Schulraumgestaltung, Buffetangebote, Bewegungsangebote und Projekttafeln zur Gesundheit erwähnt. Ein soziales Miteinander, und positive zwischenmenschliche Beziehungen im Ausbildungskontext, sowie im späteren beruflichen Bereich, sind für die Lehrenden am Bedeutsamsten: „Da, wo wir miteinander leben, sei es für die Lehrkräfte, vom Essen, von der Bewegung. Wie schaut es da aus bei uns in der Schule? Was haben wir da für Räume? Wie bewegen wir uns da?“ (P7, Z48-51).

Zudem würden es alle Lehrenden als wichtig empfinden, wenn diese gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen (Gestaltung des Settings) bereits an den Ausbildungsstätten selbst mehr Einzug finden würden. An den Übungskindergärten ist

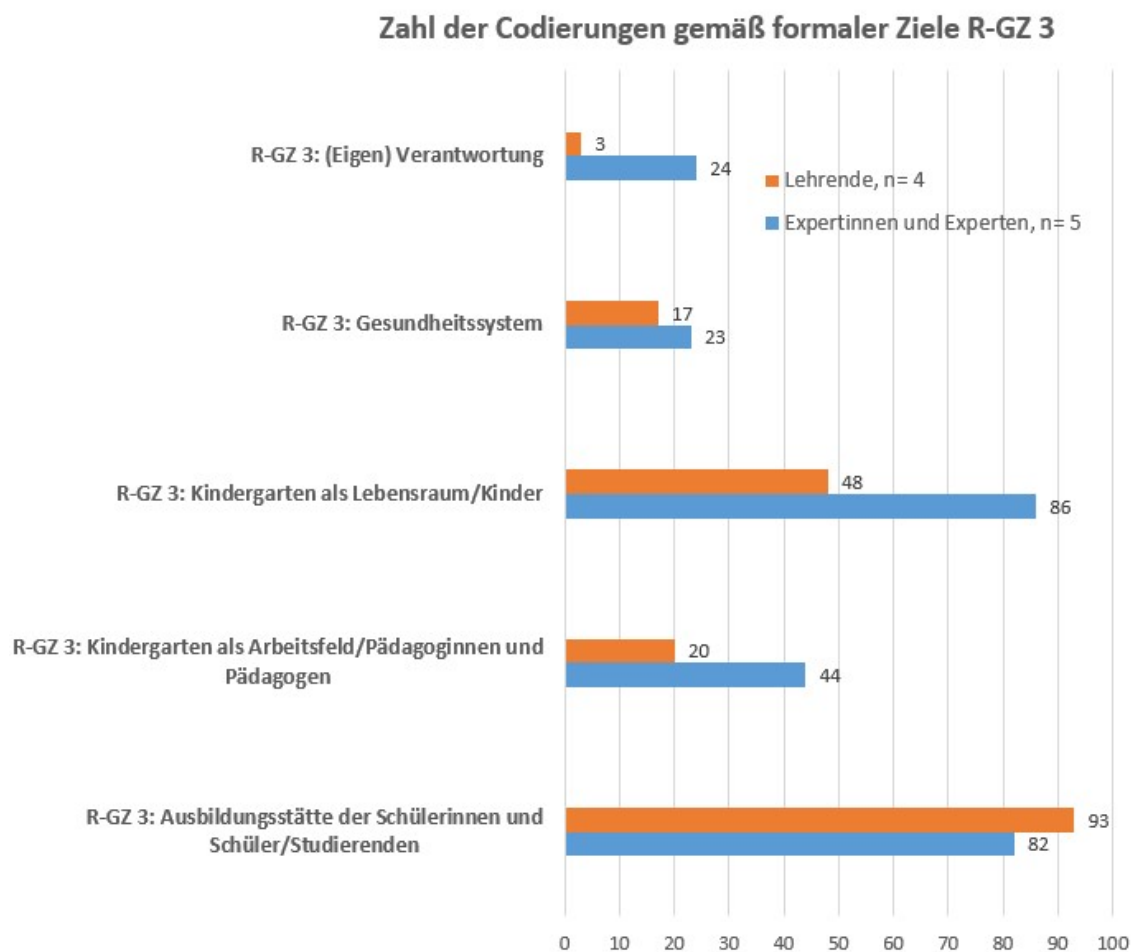
³² Hier und in einigen der folgenden Codes tritt immer mehr das traditionelle Konzept der Gesundheitsförderung in den Vordergrund.

es in einigen Schulen so, dass gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen eine große Rolle spielen, jedoch an der Schule selbst nicht stark ausgeprägt sind.

5.4.2 Themenanalyse, gemäß Rahmen-Gesundheitsziel 3

Die Codier-Zuordnungen der Texte der neun durchgeführten Interviews nach den formalen Zielen des R-GZ 3 ergaben für beide Gruppen (Expertinnen und Experten wie auch Lehrende) folgenden Gesamtüberblick.

Abbildung 4: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu Begriffen der formalen Ziele des R-GZ 3, n=9



Quelle: Interviews; Codierungstabelle, Diagramm: Eigene Darstellung

Das Themenfeld der (Eigen) Verantwortung hat bei den Expertinnen und Experten zu einer höheren Anzahl von 24 Nennungen und zu einer fachlichen Darlegung geführt. Der Kindergarten als Lebensraum der Kinder bringt bei den Expertinnen und Experten eine hohe Zahl von 86 Nennungen. Dies kann darauf zurückzuführen

ren sein, dass zur Präzisierung der Forschungsfragen drei Expertinnen- und Experteninterviews geführt wurden, in denen mehr zusätzliche Fragen zum Kindergarten gestellt wurden. Insbesondere die Ausbildungsstätte der Studierenden wird von den Lehrkräften häufiger genannt als von den Expertinnen und Experten (Anmerkung: es wurden vier Lehrende und fünf Expertinnen und Experten befragt; Lehrende hatten 93 Nennungen und die Expertinnen und Experten 82 Nennungen).

(Eigen) Verantwortung: Code (Eig) V

Viele Fachleute stehen dem Konzept der Gesundheitskompetenz, und dem, damit in Verbindung gebrachten, Begriff der (Eigen) Verantwortung skeptisch gegenüber. Auf der einen Seite gibt es für manche von ihnen eine gesellschaftliche Tendenz dazu, die Verantwortung für die Gesundheit des Menschen in die Eigenverantwortung abzuschieben. Optimal wäre, ein Gleichgewicht zwischen Individuum und der Gesellschaft zu erzeugen: „[...] so etwas, wie eine Balance zwischen Eigenverantwortung und gesellschaftlicher Verantwortung würden wir benötigen [...].“ (P2, Z283-284). Auf der anderen Seite wäre, für die anderen Fachleute die Gesundheitskompetenz, bezogen auf das vorliegende Forschungsfeld, anstelle von (Eigen) Verantwortung der Schwerpunkt, eine Kombination aus Selbstbestimmung und solidarischem Handeln zu schaffen. Daraus könnte sich Freude entwickeln, anderen und sich selber zu helfen, denn das macht und hält gesund. Der Begriff Verantwortung ist daher für die Gesundheitskompetenz fehl am Platz, denn diese ist eher ein rechtlicher und moralischer Begriff.

Viele Fachleute verweisen auf Studien, dass der Verantwortungs- und Eigenverantwortungsbegriff als belastend erlebt wird. Er weist daher einen negativen Gesundheitseffekt auf. Die Lehrenden sehen ergänzend dazu, dass bei der Gesundheitskompetenz im Sinne von (Eigen) Verantwortung die Vorbildrolle das Entscheidende ist. Hier ist es wichtig, dass den Studierenden bewusst wird, dass sie eine Multiplikatorinnen- und Multiplikatorenrolle innehaben: „[...] zeige ich dann für meine Gesundheit meine Vorbildverantwortung, und sage, mir geht es nicht gut und bleibe zuhause?“ (P4, Z279-281).

Gesundheitssystem: Code GS

Viele Lehrende sprechen von der Wichtigkeit von (medizinischem) Fachpersonal an der Ausbildungsstätte. Vor allem für die psychische Gesundheit sollten mehr Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Nach Meinung der Lehrkräfte steht dieser Schultyp unter enormen Belastungen – z.B. zeitlich, psychisch, usw... Es gibt, laut Aussagen aller Lehrenden, Angebote, wie Jugendcoaching, Schulpsychologie, Schwerpunkttage zur Gesundheit, usw., aber für die Masse an Schülerinnen und Schüler ist das Angebot zu eingeschränkt: „Es gibt vieles und trotzdem denke ich mir manchmal, dass ich gerne eine Sozialarbeiterin im Haus hätte, dass es nicht gleich Psychologin oder so heißt.“ (P6, Z388-390).

Von allen Lehrkräften wurden themenbezogene Projekte genannt, welche die Auszubildenden sich selbständig auswählen und bearbeiten, z.B. zur Gesundheit und Krankheit des Kindes, das Kind in der Krankenbehandlung, usw... Alle Lehrenden sehen an den Ausbildungsstätten eine starke Krankheitsorientierung und starre Empfehlungen (wie beispielsweise die Ernährungspyramide) in den Unterrichtsgegenständen **Biologie**, **Gesundheitslehre**, usw. noch eher als vorherrschend an. Einige Fachleute und Lehrende sehen das Thema Krankenbehandlung und Gesundheitssystem für den Kindergarten als nicht so vordergründig an, wie die Gesundheitsförderung es ist: „Außer vielleicht, dass es für die Kinder wichtig wäre zu wissen, dass es einen Kinderarzt gibt.“ (P2, Z56-57).

Kindergarten als Lebensraum der Kinder: Code KiLR

Alle Fachleute und Lehrende sind der Ansicht, dass es bei der Gesundheitskompetenzentwicklung im Kindergarten zentral darum geht, die Kinder in ihrem intuitiven, natürlichen Verhalten zu begleiten. Laut einigen Expertinnen und Experten hat die kognitive Aufbereitung und Gestaltung von Informationen für diese Zielgruppe eine geringere Bedeutung als für Jugendliche oder Erwachsene. Nach Meinung der Lehrenden sind die zwei Hauptkomponenten Ernährung und Bewegung von Belang. Dies wird außerdem auf die Bereiche emotionales Wohlbefinden, soziale Kontakte und Selbstwahrnehmung ausgeweitet. Hier ist die Setzung von kognitiven Impulsen zentral. Es wird von allen Lehrenden davon Abstand genommen, bloß punktuelle, gesundheitsförderliche Projekte zur Bewegung und Er-

nahrung einzuführen. Vielmehr sollten die zwei am meisten genannten Themengebiete - Bewegung und Ernährung - als ein Grundprinzip im Kindergartenalltag einfließen: „[...] sondern eben als Grundhaltung, als Selbstverständlichkeit. Die noch zusätzlich dann bewussten Impulse erfinden.“ (P5, Z45-47). Laut den Lehrenden sollen die Schülerinnen und Schüler während der Ausbildung in **Ernährung, Bewegungserziehung, Didaktik, Praxis**, usw., auf das vorbereitet werden. Jedoch wird dies von anderen Gegebenheiten im schulischen Alltag beschränkt. Einige Expertinnen und Experten sehen die Eltern für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz im Kindergarten als zentral an und diese dafür zu sensibilisieren und ins „Boot zu holen“. Ansonsten könnte man an Grenzen stoßen: „Die Pädagoginnen, und die Leitung können zwar überlegen, was wäre für sie förderlich, aber die Eltern entscheiden.“ (P5, Z421-423).

Kindergarten als Arbeitsfeld der Pädagoginnen und Pädagogen: Code KiAF

Generell wird von den Lehrenden die Gesundheitskompetenzvermittlung mit passenden (gesundheitsförderlichen) Rahmenbedingungen gleichgesetzt. Diese stellen für alle Lehrenden das zentralste Element dar. Hier gibt es in vielen Kindergärten noch Mängel, vor allem räumlich und hinsichtlich der Ausstattung. In der Ausbildung wird den Auszubildenden mitzugeben versucht, wie sie, trotz mangelnder Rahmenbedingungen, passende Verhältnisse für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz schaffen können. Das unbewusste Lernen am Vorbild³³ wird den Auszubildenden während der Ausbildung in den Unterrichtsgegenständen, wie auch in den Übungskindergärten zu vermitteln versucht. Es sind die bewussten und unbewussten Handlungen, die bei den Kindern einen bleibenden Eindruck hinterlassen.

Einige Fachleute sehen das Thema auf der Organisationsebene angesiedelt an. Sie könnten sich vorstellen, dass ein Konzept für die Entwicklung eines gesundheitskompetenten Kindergartens, in Kooperation mit Gesundheitskompetenz-Expertinnen und Experten, mit Ausbildungsstätten und praktizierenden Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen, entworfen werden, und in Form

³³ Gemäß dem psychologischen Konzept Beobachtungslernen, bzw., „Lernen am Modell“ (Wirtz, 2014, S. 996).

eines Ausbildungs- und Entwicklungs-Kindergartens erprobt und durchgeführt werden könnte.

Laut allen Lehrenden geht der Trend dazu, dass durch Überreglementierung im Kindergarten die Pädagoginnen und Pädagogen immer eingeschränkter in ihrer Vermittlung von Gesundheitskompetenzen werden: „Wir leben in einer Zeit, in der alles reglementiert wird. Jeder hat Angst vor irgendwelchen Dingen, die passieren könnten. Die Kinder verlieren die Gesundheitskompetenz.“ (P8, Z85-87).

Ausbildungsstätte der Schülerinnen und Schüler/Studierenden: Code Ausb

Alle Lehrenden haben überwiegend die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in **Biologie** und **Ernährung** an der BAKIP und **Gesundheitslehre** am Kolleg und **Bewegungserziehung** genannt. Im Schulraum selbst wird es nach Meinung der Lehrenden in Projekten durchgeführt, die oftmals auch fächerübergreifend sind. Zudem in Freigegegenständen wie **Outdoorpädagogik** und **Genderpädagogik**, auch bei Themen zur Bildungspartnerschaft kommt Gesundheitskompetenz vor. Alle Lehrenden sind dafür, dass Gesundheitskompetenz auch in anderen Fächern wie **Mathematik**, **Deutsch**, usw., sowie auf Sportwochen und Kulturreisen vermittelt werden kann. Sie sollten daher auch auf einer Metaebene miteinander verbunden werden. Einige Lehrende sind der Ansicht, dass es ihm Lehrstoff eher um die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an das Kind geht und weniger um die eigenen Gesundheitskompetenzen für das zukünftige Berufsfeld. Andere Lehrende sehen nicht den Unterricht als zentralen Bereich für die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen, sondern die soziale Umwelt an der Ausbildungsstätte: „[...] [daher] passiert viel im zwischenmenschlichen Bereich.“ (P8, Z480-481). Wiederum haben einige geäußert, dass den Schülerinnen und Schülern sehr wohl eigene Gesundheitskompetenzen in breiterer Form vermittelt werden: „Salutogenese³⁴, wie wir es so schön nennen. Also das wäre für mich das, was ich meinen Absolventinnen und Absolventen mitgeben möchte, damit sie es dann auch leben.“ (P9, Z27-29).

³⁴ Das Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1997) geht von der Annahme aus, dass Krankheit eine normale Vorgangsweise im menschlichen Leben ist, und die Gesundheit ein dynamischer Prozess sei. Somit wurde die Begrifflichkeiten Gesundheit und Krankheit nicht mehr voneinander getrennt betrachtet (siehe Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Die Gesundheitsförderung baut auf diesem Verständnis von Gesundheit auf.

Andere Fachleute zeigen auf, dass es seit 2006 eine Qualitätsinitiative Berufsbildung [QIBB]³⁵ an den Schulen gibt, in denen die Schulen unterschiedliche Schwerpunkte verfolgen und ihr Schulprogramm danach ausrichten³⁶. Weitere Expertinnen und Experten zeigen wiederum auf, dass im Rahmen der Umsetzung des Qualitätsmanagements an den Bildungsanstalten, darunter auch die BAKIP (Q-BA)³⁷, in der zugrundeliegenden Qualitäts-Matrix³⁸ das Thema Gesundheit nur indirekt vorkomme. Es gehöre eigentlich hinein: „Wenn man sich diese Matrix durchliest, sieht man, es ist eigentlich die Gesundheit drinnen, aber es ist [in dieser Matrix] nie dezidiert diese Gesundheit gefragt. Also niedergeschrieben sieht man nichts.“ (P9, Z495-497).

5.4.3 Themenanalyse, gemäß R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen und Interviews

Die Zuordnungen zu den Codes erfolgten auf Basis der Transkripte der neun Interviews nach den beiden Gruppen Expertinnen und Experten sowie Lehrende. Zur Teilbeantwortung der Subforschungsfrage 2 wurden hier explizit Fragen zu den Maßnahmen zum R-GZ 3 gestellt³⁹. Es ergab sich nachstehende Übersicht.

³⁵ **QIBB**, ist das Qualitätsmanagement für berufsbildende Schulen in Österreich. Das Ziel ist, die Schul- und Unterrichtsqualität, sowie verwaltungsbezogene Leistungen, fortwährend sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Nähere Informationen zu QIBB sind unter: https://www.qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Sonstige_Dokumente/Webversion_QIBB_Folder_2014_DE.pdf einzusehen (BMBF, 2014b).

³⁶ Auch hier, wie an zahlreichen Stellen zuvor, wird eher das klassische Konzept der Gesundheitsförderung angesprochen.

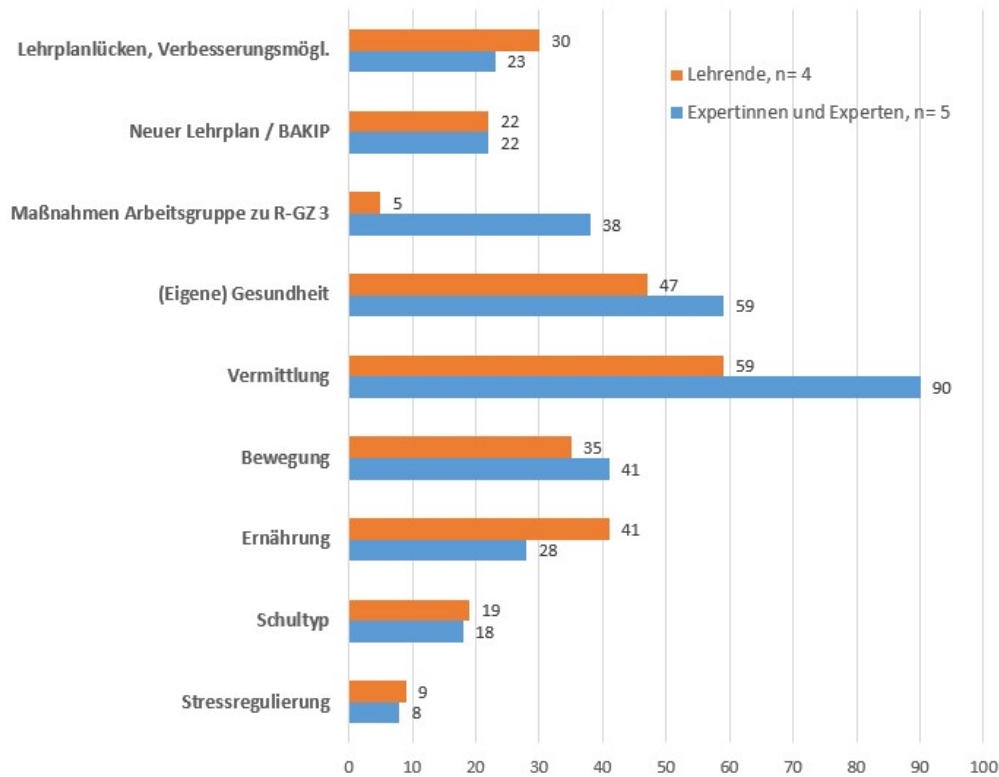
³⁷ Ist das spezielle Qualitätsmanagementsystem der Bildungsanstalten im Zuge von QIBB. Es werden im Zweijahresrhythmus Schwerpunkte überlegt, die natürlich von den Schulen auch darüber hinaus weitergeführt werden können (P5). Eine detaillierte Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems **Q-BA** ist in dem Qualitätsmanagement-Handbuch der Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik und der Bildungsanstalten für Sozialpädagogik, „Qualität im Unterricht“ unter: https://www.qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Q-Handbooks/Q-HB_II5.pdf nachzuschlagen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2006).

³⁸ Die **Qualitäts-Matrix** stützt sich auf definierte Qualitätsfelder aus dem Leitbild der beiden Bildungsanstalten. Ausführungen zum Leitbild, und die Auflistung der Inhalte zur Qualitäts-Matrix sind im Handbuch (siehe Fußnote 37) ab Seite 6 und 7, und im Anhang 2 und 4 aufzufinden.

³⁹ Diese Resultate sind teilweise auch wichtig für die Beantwortung der Subforschungsfrage 3.

Abbildung 5: Ergebnisse der Themenanalyse (Codierungen, gemäß Gruppen) zu R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen und Interviews, n=9

Zahl der Codierungen gemäß R-GZ 3-Maßnahmen, Forschungsfragen und Interviews



Quelle: Interviews; Codierungstabelle, Diagramm: Eigene Darstellung

Aus der Abbildung ist zu entnehmen, dass die Expertinnen und Experten mit 90 Nennungen eine deutlich höhere Zahl bei der Vermittlung aufweisen⁴⁰. Auf den nächsten Plätzen folgen Gesundheit, Bewegung und Ernährung.

Lücken, Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung: Code Lü

Die meist angesprochene Lücke aller Lehrenden bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist der Zeitmangel. Die Lehrenden sind angehalten, Schwerpunkte zu setzen. Somit bleibt keine Zeit für tiefgehende gesundheitliche Themen im Unterricht. Drei BAKIP-Lehrende werden fast jedes Schuljahr von ihren Schülerinnen und Schülern damit konfrontiert, dass ihnen ein vermehrtes Eigenerleben (wie z.B. häufiger Volleyball spielen zu können) wichtig wäre. Das sei einerseits eine Folge des mangelnden zeitlichen Rahmens und andererseits der mangelnden räumli-

⁴⁰ Fünf Fachleute wurden interviewt, jedoch wurde fast um ein Drittel mehr dieses Thema angesprochen als bei den vier Interviews der Lehrenden mit 59 Nennungen.

chen Ausstattung an den Schulen, die sich dann im Kindergarten fortsetzt. Beispielsweise kann der Gegenstand **Ernährung mit praktischen Übungen** an einigen Schulen, laut Lehrplan, gar nicht unterrichtet werden, da eine Küche fehlt.

Von fast allen Befragten wird angesprochen, dass die Belastungen, der eine Kindergartenpädagogin und ein Kindergartenpädagoge im beruflichen Kontext ausgesetzt sind, geringgeschätzt werden. Alle Lehrenden und zwei Fachleute sagen, dass es in der Ausbildung und im schulischen Alltag Bestrebungen gibt, sich dieser Problematik anzunehmen. Beinahe alle Befragten äußern, dass der Kindergarten, und die Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen in gesundheitspolitischen Diskursen in Österreich stärker beachtet werden sollte, da die Pädagoginnen und Pädagogen mit den Kindern fast täglich zusammen sind.

Laut vier Expertinnen und Experten spielen die Medien eine wichtige Rolle, damit dieses Themenfeld auch in der breiten Öffentlichkeit, vor allem in der öffentlichen Verwaltung auf Bundes-, und vor allem Landes- und Gemeindeebene Gehör findet, und es so priorisiert wird: „Da Gesundheit bei uns sehr stark mit Ärzten verbunden wird und nicht mit Kindergartenpädagogen. Das wäre eine ganz andere Sichtweise für die Medien.“ (P3, Z607-609).

Drei Lehrende bemängeln, dass eine fächerübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Kolleginnen und Kollegen nicht stattfindet. Wiederum eine Lehrende empfindet die Zusammenarbeit als gut an ihrer Schule. Alle Lehrenden und einige Fachleute sehen für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz nicht nur den Unterricht und den Lehrplan, sondern den Schulraum als Lebensraum als ausschlaggebend an. Vereinzelt Fachleute meinen, dass allein durch Umstrukturierung von Curricula keine Verbesserungen stattfinden können. Diese legen nur den Rahmen fest; das Weitere aber hängt von den Lehrkräften ab. Alle Befragten würden hier spezielle, gesundheitsthematische Fortbildungen für die Lehrkräfte begrüßen: „[Ein] Bewusstmachen der Lehrkräfte, wie wichtig die ganzheitliche, gesundheitliche Erziehung ist. [Um den] Schülerinnen bewusst zu machen, dass sie das in den Beruf mitnehmen.“ (P9, Z555-557).

Eine Lehrende hat geäußert, dass ihr kein Schulbuch bekannt ist, in dem nur das Thema Gesundheitskompetenz behandelt wird: „[...] mir fällt kein Schulbuch ein, wo nur Gesundheitskompetenz Thema wäre. Es gibt Hörbücher, wo das ein Kapitel ist und natürlich Fachzeitschriften in Hülle und Fülle, wo das auch Thema ist.“ (P6, Z336-338). Eine Lehrkraft spricht an, dass die Auszubildenden in **Didaktik** und **Kindergartenpraxis** gut auf z.B. Entscheidungen im Kindergarten vorbereitet werden, und was sie als zukünftige Pädagogin und zukünftiger Pädagoge bestimmen können. Jedoch bekommen sie in diesen Gegenständen der Ausbildung nicht vermittelt, was das für das Kind ausmacht: „[...] weil man mit unserer Ausbildung nicht weiß, wie setzt sich ein gesundes Mittagessen für drei bis sechs-Jährige Kinder zusammen.“ (P7, Z167-169). Eine Expertin sieht die derzeitige Ausbildung und die Beachtung in öffentlichen Diskursen als stimmig an, und, dass die Weiterentwicklung in der Ausbildung seitens des Schulprogrammes mit QIBB/QBA, in dem auch die Gesundheitsförderung⁴¹ Einzug findet und des Kindergartens, mit diesem Thema ohnehin stetig verbessert wird.

Laut allen Lehrenden ist die einzelne Lehrkraft gefragt. Eine Verbesserung der Beziehungsqualität oder der Beziehungsebene während der Ausbildung sei nötig, damit sich so eine Vertrauens- und Verständnisbasis zwischen Lehrkraft und Schülerin und Schüler ergeben, und die Lehrkraft so noch mehr auf die Schülerinnen und Schüler eingehen kann. Das ist laut vielen Lehrenden das Wichtigste.

Für einen Lehrenden stellt sich die Frage, ob die Gesundheitskompetenz tatsächlich so zentral in den Mittelpunkt rücken soll. Laut ihm geht es in der Ausbildung darum, eine verbesserte pädagogische Kompetenz, wie die Kernbereiche der Elementarpädagogik und Elementardidaktik stärker zu zentralisieren: „[die Gesundheitskompetenz] müsste sich [...] aus einem professionellen elementardidaktischen oder elementarpädagogischen Verständnis automatisch entwickeln.“ (P4, Z428-429).

⁴¹ Als ein Annex zur Qualitäts-Matrix wurde im Zuge eines Teilprojektes ein Qualitätsstandard für die „*Gesunde Schule*“ entwickelt (BMB [Bundesministerium für Bildung], 2016). Dieser kann zum Ausbau einer qualitätsgesicherten und nachhaltigen Gesundheitsförderung an der BAKIP dienen. Der Inhalt dieses „Qualitätsbereiches Gesundheitsmanagement“ ist unter: http://www.arga-vet.at/fileadmin/download_files/Standards_Gesunde_Schule.pdf abzurufen (Gesunde Schule Österreich, 2008). Anmerkung der Autorin der vorliegenden Arbeit: Das Wort Gesundheitskompetenz/health literacy wird in diesen Qualitätsfeldern nicht explizit erwähnt.

Alle Lehrenden wünschen sich für die Verbesserung ihres Unterrichts wieder Ruhe in der laufenden Bildungsreform. Wiederum hätten einige Lehrende gerne mehr Handlungsmöglichkeiten, aber die sind aufgrund weiterer Stundenkürzungen (z.B. in **Biologie**) nicht möglich. Laut allen Lehrenden wissen die Schülerinnen und Schüler gut Bescheid, was ihre Aufgaben als pädagogische Fachkraft im Kindergarten ist; jedoch mangelt es oft noch an persönlicher Erfahrung für die eigene Umsetzung.

Wiederum sehen einige Lehrende eine Priorisierung des Gesundheitskompetenz-Themas durch die Vermittlung von Entscheidungskompetenzen an die Schülerinnen und Schüler als notwendig an. Laut einigen Fachleuten wäre es eine Möglichkeit, die Forcierung der Gesundheitskompetenz, im Sinne eines Bottom-up-Ansatzes, in Richtung Ministerium, ausgehend von den Lehrkräften, anzugehen. Eine Umfrage könnte gemacht werden, um zu eruieren, wer sich für das Thema interessiert, um so mit dem Ministerium ins Gespräch zu kommen. Später sollten dann auch bereits ausgebildete Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen integriert werden. Laut einigen Fachleuten benötigt es eine Priorisierung des Themas an den Ausbildungsstätten. Damit dann Pilot-Einrichtungen in Kooperationen initiiert werden. Nun könnte sichtbar und spürbar werden, welche Unterschiede hier auftreten.

Neuer Lehrplan BAKIP: Code Neu LP

Ab 1. September 2016 ein neuer kompetenzorientierter Lehrplan in Kraft (Lehrpläne der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und der Bildungsanstalt für Sozialpädagogik, 2016), der an 20 Standorten, seit zwei Jahren im Schulversuch, getestet wurde. In diesem neuen Lehrplan wird noch deutlicher ausgewiesen, welche Bildungs- und Lehraufgaben anzustreben sind. Die Gesundheitsthematik findet sich, laut einer Expertin, in den unterschiedlichsten Gegenständen, wie auch im allgemeinen Bildungsziel und den didaktischen Grundsätzen wieder. Im neuen Lehrplan wurden die Bildungs- und Lehraufgaben pro Semester mit entsprechenden Verben versetzt, um so den Leistungscharakter feststellen zu können. In dem Fach **Bewegungserziehung; Bewegung und Sport** gibt es im neuen Lehrplan

als Lehrstoff einen eigenen Bereich mit Gesundheit. Laut dieser Expertin eben 1.) für die eigene Gesundheit und 2.) mit der Differenzierung zur Gesundheit oder des Körpers des Kindes. Nach Meinung dieser Expertin wird in den Gegenständen wie **Didaktik** und **Praxis** vermehrt auf das Thema Gesundheit und vor allem auf die Psychohygiene Bezug genommen. Diese Expertin kann für den neuen Lehrplan keine Lücken benennen, und die Schulraumgestaltung geht auch immer besser voran: „Perfekt ist es nie. Aber da sehe ich schon wertvolle Impulse gesetzt.“ (P5, Z320).

Zwei Fachleute und einige Lehrende sehen die Ausbildungslandschaft, von der Kindergartenpädagogik hin zur Elementarpädagogik, als einen positiven Umbruch. In dem Lehrplan hätten sich die Sichtweise - nämlich das Bild des Kindes von null bis sechs Jahren - geändert. Der Gesundheitsaspekt, und die ganzheitliche Entwicklung finden auch vermehrt Einzug. Die Hintergrundtheorie für die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins soll durch den neuen Lehrplan verstärkt vermittelt werden. Gesundheit ist als Querschnittsthema überall enthalten: „Wie gesagt, Gesundheit ist eigentlich überall verankert.“ (P9, Z173-174). Eine weitere Erneuerung im neuen Lehrplan, laut einer Expertin ist, dass niedergeschrieben steht, was explizit zu vermitteln ist. Dieses sollte dann praxisorientiert hinausgetragen und angewendet werden. Einige Fachleute erwähnen, dass es zwar eine Verbesserung gegenüber vorher gäbe, es aber wichtig wäre, eine ganzheitliche und gesundheitliche Erziehung im Lehrplan vermehrt einzubauen und dies auch den Lehrkräften bewusst zu machen.

Einige Lehrende stehen dem neuen Lehrplan mit Skepsis gegenüber. Für manche von ihnen wird es zur Herausforderung, mit einem weiteren, verkürzten, zeitlichen Rahmen umzugehen. Beispielsweise müssen sie in **Biologie und Umweltkunde** mit einer erneuten Reduktion der Stundenanzahl umgehen. Dies führe zu einem noch geringeren Spielraum, gesundheitliche Inhalte, selbstgewählt – im Sinne eines Erwerbes von Gesundheitskompetenz - zu vermitteln. Im Großen und Ganzen aber wird die Kompetenzorientierung und Semestrierung als positiv angesehen. Es bestünde jedoch die Gefahr, dass die Schülerinnen und Schüler in ein Raster

gepresst werden, und dadurch notwendige Wissensinhalte abhandeln können. Hinsichtlich der Wochenstundenanzahl sieht keiner der Lehrenden eine Verbesserung.

Maßnahmen zum Arbeitsgruppenbericht R-GZ 3: Code Massn

Viele Fachleute sind der Meinung, dass die Ausführungen der R-GZ 3-Arbeitsgruppe einen Rahmen definiert. Zur Konkretisierung von detaillierten Inhalten sollten Beteiligte für eine Mitarbeit an der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz⁴² gewonnen werden. Eine Aufgabe dieser Plattform ist es, zu eruieren, wo in Österreich angesetzt werden müsste, um die festgelegten Wirkungsziele des R-GZ 3 der Gesundheitskompetenz zu erreichen. Laut Meinung von vier Expertinnen und Experten gibt es in diesem Bereich derzeit noch keine echten Maßnahmen. Derzeit fehlen hier starke Akteurinnen und Akteure neben dem Bildungsministerium. Es sind den Fachleuten keine Personen bekannt, die sich dezidiert mit dem Thema Gesundheitskompetenz im Kindergarten und auch der Ausbildung in der Plattform der Mitglieder auseinandersetzen. Diese Plattform und der Ausbau des R-GZ 3 sind in der Anfangsphase, und es sollte noch eruiert werden, welche Institutionen sich damit auseinandersetzen möchten. Andere Fachleute meinen wiederum, dass niemand dezidiert alleine die Maßnahmen umsetzen kann, und es viele Akteurinnen und Akteure in diesem Feld benötigt. Z.B. die Landeseinrichtungen haben die Koordination der Kindergärten inne, und hier braucht es eine Zusammenarbeit mit den Pädagogischen Hochschulen und den Ausbildungseinrichtungen, wie die BAKIP und die Kollegs für Kindergartenpädagogik.

Die Maßnahme *Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von KindergartenpädagogInnen aufnehmen*, wurde im Arbeitsgruppenbericht in den Ideenspeicher gestellt: „Weil niemand dahinter war. [...] gute Ideen haben viele Leute, aber es ist

⁴² Die Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz wurde im Jahr 2014 von der Bundesgesundheitskommission auf Grundlage des Konzeptes „Empfehlungen zur Einrichtung der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (OPGK)“ (Arrouas et al., 2014). Die Plattform unterstützt unter anderem österreichweit die Umsetzung der Wirkungsziele im Arbeitsgruppenbericht zum R-GZ 3. Eine ausführliche Beschreibung über die Organisation der Plattform als auch der Tätigkeiten ist auf der Homepage <http://oepgk.at/> nachzulesen (Gesundheit Österreich GmbH, 2016b).

ganz etwas anderes zu sagen, ich stecke da mein Leben hinein und meine Energie.“ (P3, Z538-541). Eine andere Expertin meint jedoch, dass dies mit dem neuen Lehrplan geschehen ist. Nach Meinung eines Lehrenden, der bei der Curricula-Entwicklung mitarbeitet, kann der Grund dafür sein, dass in Österreich die Elementarpädagogik noch in den Startlöchern steht, und sich nur langsam entwickelt. Es fehle überdies eine Lobby für Elementarpädagogik, vielleicht könnte sich das in Zukunft auftun. Andere Fachleute stehen der Lobbyarbeit skeptischer gegenüber, da dies meistens nur auf Druck von irgendwem geschieht. Gut wäre es, wenn die Medien sich diesem Thema widmen, wie bei „Frühen Hilfen“ (Gesundheit Österreich GmbH, 2016a). Hier arbeiten unter anderem Sozialversicherungen und das Bundesministerium für Gesundheit zusammen. So könnte, laut einigen Fachleuten, bei der Gesundheitskompetenz in der Ausbildung und für den Kindergarten auch vorgegangen werden. Für solch ein Vorhaben könnten Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen wichtige Partnerinnen und Partner sein, die ihre Sichtweise aus der Praxis einbringen.

Die Maßnahme *Verantwortliche für Gesundheitskompetenz auf Bundes- und Landesebene* in die Ausbildung zu integrieren, ist, laut einer Expertin, derzeit im Speziellen für die Übungkindergärten wichtig, denn diese sind Teile der Schulen im Ausbau. Generell ist, laut den Expertinnen und Experten, dieses Themengebiet (wie auch die mögliche *Maßnahme Verantwortliche für Gesundheitskompetenz im Kindergarten*) eine Frage von Zuständigkeiten, denn die Ausbildung ist Bundesverantwortung, und die Kindergärten sind Landes- und Gemeindeangelegenheiten. Hier wäre, laut allen Fachleuten, ein Zusammenspiel zwischen Bund und Ländern ein wesentlicher Schritt. Des Weiteren sollten, für die Umsetzung dieser Maßnahme, die Zuständigen für die Lehrplanentwicklung und die Qualitätsinitiative in der Berufsbildung (QIBB) federführend (verantwortlich) sein. Alle Lehrende sind der Ansicht, dass Lehrkräfte an den Ausbildungsstätten hinsichtlich dieses R-GZ 3 geschult werden sollten, da zuvor den befragten Lehrenden das R-GZ 3 (stärkere Betonung von Gesundheitskompetenz neben einer Betonung von Gesundheitsförderung) unbekannt war.

Bei der Maßnahme, die *Aufnahme der Vermittlung von Gesundheitskompetenz als Auftrag für Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante Bundesrahmengesetz Kindergarten* sind alle befragten Fachleute derzeit noch am Eruiieren, wer für das Bundesrahmengesetz zuständig ist. Hier wäre ein wichtiger nächster Schritt, seitens der Plattform Gesundheitskompetenz, mit den Verantwortlichen zu sprechen. Laut einer Expertin liegt deshalb die Vermutung nahe, dass das geplante Gesetz nicht Ende 2016/Anfang 2017, wie es im Arbeitsgruppenbericht steht, in Kraft treten wird. Das Bundesrahmengesetz würde nach Meinung von einzelnen Fachleuten nur den Rahmen regeln, und die Länder würden diese dann entsprechend umsetzen (Ausführungsgesetzgebung). Hier kann es nach Meinung einiger Fachleute sein, dass es bei der Umsetzung Unterschiede in den Bundesländern gibt. Je nachdem, welche engagierten Personen in den Bundesländern vorzufinden sind. Das Gesetz wäre, laut allen Expertinnen und Experten wichtig, da unter anderem die Gesundheitskompetenz verschriftlicht festgehalten und verbindlich gesetzt werden würde.

Die *Maßnahme zur Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für gesundheitsförderliche Kompetenzentwicklung*⁴³ sehen viele Fachleute als sehr wichtig an, da empirische Studien zeigen, dass die Gesundheitskompetenz bei Erwachsenen stark von diesen Basiskompetenzen abhängt. Hier ist es, laut vielen Fachleuten sinnvoll, die Lesekompetenzen der zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen dahingehend in der Ausbildung zu schulen, wie sie dies den Kindern am besten vermitteln (z.B. in Form von Vorlesen im Kindergarten).

Die Maßnahme *Ausweitung des Programmes REVAN* läuft, laut den Expertinnen und Experten über Workshops, in denen verschiedene Zielgruppen angesprochen werden. An dieser Maßnahme wird österreichweit laufend gearbeitet.

Eine mögliche, von der Autorin aus dem R-GZ 3 – Arbeitsgruppenbericht entwickelte Maßnahme *Weiterentwicklung des gesunden Kindergartens* scheitert nach Aussagen einiger Fachleute oft an zu geringen Budgets. Wenn dies nicht wäre,

⁴³ In der Maßnahmenliste der vorliegenden Masterarbeit wurde dies als *Vermittlung von Lesekompetenz für gesundheitliche Kompetenzentwicklung* bezeichnet.

könnten noch mehr Modellprojekte mit verstärkter Integration der Gesundheitskompetenz stattfinden. Wichtig wäre hier, gemeinsam mit Expertinnen und Experten, das Konzept zu operationalisieren und in machbare Schritte zu zerlegen. Dadurch könnte der Output messbar gemacht werden. Diese Messbarkeit sei für das Feststellen eines Erfolges bestimmter Maßnahmen zur Gesundheitskompetenz zentral. Vermutlich wird es so sein, dass das alles mittel- bis längerfristige Zeitabschnitte benötige, und Effekte erst später auftreten werden.

Zwei Fachleute machten den Verbesserungsvorschlag, dass ein übergreifendes, österreichweites Netzwerk zum gesunden Kindergarten initiiert werden könnte. Hier würde es eine Koordinationsstelle benötigen, die mit den entsprechenden Mitteln ausgestattet werden sollte. Am besten eine unabhängige Einrichtung (die mit Politik gut kann, aber nicht zu politiknah ist), wie z.B. im Bereich der angewandten Forschung an einer Fachhochschule oder einer unabhängigen Forschungsstelle.

Eine, ebenfalls von der Autorin formulierte Maßnahme, *give*⁴⁴ -Datenbank auf Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen (Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen) auszuweiten wird von allen Fachleuten als sehr innovativ angesehen, und sie sind der Meinung, dass auch die Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen ihren Platz in dieser Datenbank finden sollten. Drei Expertinnen und Experten sehen diese als einen neuen wichtigen Aspekt und möchten diese in Zukunft bei Gesprächen aufnehmen. Einige Fachleute würden demnach Fact-Sheets oder auch Austauschforen für Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen als eine neue Möglichkeit sehen. Jedoch hänge das mit der spezifischen und erheblich schullastigen Finanzierungsstruktur und dem Auftrag von give zusammen.

Die ebenfalls formulierte Maßnahme *Verantwortliche für Gesundheitskompetenz im Kindergarten zu bestimmen*, sollte laut den Expertinnen und Experten an die bestehenden Strukturen angekoppelt werden. Vielleicht sollte sich das Gesund-

⁴⁴ Gesundheitsbildung – Information – Vernetzung – Entwicklung [give], ist eine Initiative des BMBF, BMG und des österreichischen Jugendrotkreuzes; mehr Informationen gibt es unter: <http://www.give.or.at/> (give – Servicestelle für Gesundheitsbildung, 2016).

heits- oder Familienressort auf Landesebene für dieses Thema einsetzen, da es im föderal orientierten Österreich überall anders geregelt ist. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sich Freiwillige finden, die sich dieses Themengebietes annehmen.

(Eigene) Gesundheit: Code (Eig) G

Alle Befragten gehen von einem breiten, ganzheitlichen Phänomen der Gesundheit in Richtung eines körperlichen und geistigen Wohlbefindens aus. Drei Fachleute ergänzen dies um den (psycho-)sozialen Aspekt: „[...] Bewusstsein davon, dass psychosoziale Bedingungen und Kultur in der Gruppe für die Gesundheit wichtig ist [...].“ (P3, Z289-290). Viele Befragte nennen explizit, dass es nicht um das Verhindern von Krankheiten geht, und eine solche rein medizinische Betrachtungsweise längst abgelöst gehört. In Bezug auf die Pädagogik sehen es viele Lehrende und einige Fachleute so, dass zuerst mit den eigenen körperlichen, emotionalen und psychischen Ressourcen achtsam umzugehen ist. Danach kann dies auf pädagogischer Ebene weitervermittelt, und gesehen werden, was die Kindergartenkinder benötigen: „[...] immer bei der eigenen Gesundheit anfangen und dann von dem ableiten. Was heißt denn das, wenn ich jetzt mit jungen Menschen zum Thema Gesundheit arbeite?“ (P2, Z253-255).

Drei Lehrkräfte sehen bei der eigenen Gesundheit die Geschlechteridentität als sehr bedeutsam an. Dies müsste bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz beachtet werden, und sie versuchen es demnach, ihren Auszubildenden mitzugeben.

Vermittlung: Code Verm

Für einige Interviewte sollte die Vermittlung von Gesundheitskompetenzen auf einer Metaebene während der Ausbildung angesiedelt sein. Es geht hier im Wesentlichen um die Vermittlung von „Handwerkszeug“ für die Auszubildenden selbst, sowie für ihre spätere Arbeit als Pädagogin und Pädagoge. Unter Handwerkszeug im Speziellen verstehen die Fachleute, Informationen suchen, verstehen, beurteilen und anwenden zu können. Die Grundlage sollte allerdings ein Basiswissen zu Gesundheitsinformationen aus den klassischen Gesundheitsförde-

rungsbereichen wie z.B. Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit und Sicherheit darstellen.

Zwei Fachleute sind der Auffassung, dass die Gesundheitskompetenz eine Untermenge der traditionellen Gesundheitsförderung darstellt: „Die meisten Gesundheitsförderungsbereiche sind eine Mischgeschichte. Das heißt, man verändert schon auch die Veränderung, das Setting, aber bietet gleichzeitig Informationen für die Menschen. Also man vermittelt ihnen Gesundheitskompetenz. Das heißt es gibt große Überschneidungsbereiche.“ (P3, Z373-375). Gesundheitsförderung ist das große Ganze; die Schülerinnen und Schüler sollten über das Wissen verfügen, wie z.B. eine gesundheitsförderliche Umwelt im Kindergarten gestaltet wird. In weiterer Folge soll den Schülerinnen und Schülern vermittelt werden, welche Gesundheitskompetenzen oder welche Informationen die Kindergartenkinder benötigen und welche ihnen zu vermitteln sind. Dasselbe Verhältnis (Dualität) besteht zwischen den Lehrkräften an der Ausbildungsstätte und Auszubildenden. Für manche Fachleute und alle Lehrkräfte ist die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in den unterschiedlichen Unterrichtsgegenständen enthalten. Diese Vermittlung ist in der gesamten Ausbildung, in Form der angesprochenen Dualität, präsent.

Die Lehrenden sehen die Situationsorientierung im Unterricht als einen wesentlichen Bestandteil zur Vermittlung von Gesundheitskompetenzen an. Hier werden die Themen, die die Schülerinnen und Schüler wie auch die Studierenden in der Praxis erleben, aufgegriffen. Dadurch entstehen in der Regel lebhaftere Diskussionen. Einige Lehrende sehen es so, dass die derzeitige Vermittlung von Gesundheitskompetenzen auf einer Basis von Unsicherheit aufbaut. Sie müssen z.B. oft die Dinge widerlegen, welche die Schülerinnen und Schüler im Internet lesen. Hier wäre eine noch kritischere Herangehensweise zu gesundheitlichen Themengebieten wichtig, aber leider, aufgrund von zeitlicher Einschränkung und zukünftiger Module, selten möglich: „Einfach schwierig. Im Unterricht schwierig [...] [aber] zwischen [den] Zeilen immer möglich.“ (P8, Z503-504).

Für die drei Lehrende ist das Vermitteln von Gesundheitskompetenzen mit Wissen, Transfer und Anwenden gleichzusetzen. Manchmal aber wird das Vermitteln

von Gesundheitskompetenz breiter gesehen. Denn diese basiert nicht nur auf Wissen, sondern Wissen, das in einer weiten nachhaltigen Kompetenz enthalten ist. Für alle Lehrenden ist klar, dass es in der Ausbildung darum geht, wie Gesundheitskompetenz den Kindergartenkindern vermittelt werden soll. Dafür versuchen sie, ihren Auszubildenden klarzumachen, einerseits das pädagogische und didaktische Wissen möglichst lebensnahe weiterzugeben, und andererseits, dass diese es sich selbst bewusstmachen, und so gut es geht, danach zu leben.

Nicht möglich wäre es, nach allen interviewten Lehrenden, einen neuen, eigenen Unterrichtsgegenstand zu schaffen. Es wäre aber laut drei Lehrenden äußerst bedeutsam! Auch der Einbau von Inhalten in derzeitige Unterrichtsgegenstände, mit der Ausweitung der Wochenstundenanzahl, ist undenkbar. Vielmehr versuchen die Lehrenden ihnen zu vermitteln, dass das eine Grundausbildung ist, und sie selbst durch lebenslanges Lernen, sowie Fort- und Weiterbildungen im Beruf gefordert sein werden: „Im Endeffekt ist [...] [es] lebenslanges Lernen. Dieses Offen-Sein. Was tut sich? Was brauche ich?“ (P9, Z373-374).

Für viele Lehrende ist die Beziehungsqualität zwischen Schülerinnen und Schüler, Studierenden und Lehrkraft wesentlich. Die Auszubildenden sollen das Gefühl haben, dass es sich um Vertrauenspersonen handelt. Demnach lässt sich Gesundheitskompetenz im Wesentlichen nur so nachhaltig gestalten und entwickeln. Das sei mit der herkömmlichen Unterrichtsvermittlung nicht zu erreichen.

Bewegung: Code Beweg

Alle Lehrenden und diverse Fachleute sehen Bewegung als sehr breit, im Sinne eines körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens an. Vor allem die Bewegungserziehung ist während der Ausbildung auch ein großes Thema in **Didaktik**, **Kindergartenpraxis**, **Pädagogik**, usw... Viele Lehrende und Fachleute finden, dass die Schülerinnen und Schüler mit dem Wissen hinausgehen, wie wichtig die Bewegung unter anderem für die Persönlichkeitsentwicklung, ganzheitliche Entwicklung, den Gesundheitsaspekt beim Kind und für sie selbst ist. Lehrende und Fachleute geben an, dass sich das Bewusstsein und die Wertigkeit der Bewegung in der Gesellschaft ändert: „Das man nicht turnt, nach Margarete Streicher und

Karl Gaulhofer, nach guter alter Sitte. Sondern, dass Bewegung etwas Gesundes ist.“ (P9, Z235-236).

Viele Fachleute und Lehrende sind für ganzheitliche Unterrichtsmethoden, in der auch Bewegungssequenzen Einzug finden. Derzeit kommt, aufgrund von Zeitmangel und des schulischen Rahmens, die Bewegung der Schülerinnen und Schüler zu kurz. Einige Lehrende sprechen auch an, dass Schülerinnen und Schüler oft auch einen Praxisschock erleben, da es neben toll eingerichteten Kindergärten immer noch Kindergärten gibt, in denen es keinen Bewegungsraum oder Bewegungsmöglichkeiten für drinnen und draußen gibt: „[...] die Schülerinnen, die dort Praxis machen, sehen auch dann nicht so die Notwendigkeit, viele Bewegungseinheiten anzubieten.“ (P7, Z573-574).

Ernährung: Code Ern

Viele Lehrende sehen jene Unterrichtsgegenstände, in denen die Ernährung behandelt wird, als Möglichkeit, den Auszubildenden wichtige Entscheidungskompetenzen und kritische Beurteilung für ihr eigenes Leben und ihr späteres Berufsfeld mitzugeben. Vor allem finden alle Lehrenden die praktische Umsetzung der vermittelten Inhalte als eine der wichtigsten Angelegenheiten in diesem Sektor. Von allen Befragten wurde die Schaffung der Rahmenbedingungen genannt, in der eine gesunde Ernährung, sei es an der Ausbildungsstätte oder im Kindergarten, möglich ist. Die Lehrenden versuchen, in ihrem Unterricht den Schülerinnen und Schülern die Ernährung als eine Möglichkeit der sozialen Integration im Kindergarten, bewusst zu machen.

Klassische Themen, wie die Ernährung, stehen in der Öffentlichkeit oftmals zu sehr im Fokus. Dieses Themenfeld ist zwar wichtig, jedoch ist inhaltlich gesehen, der soziale Faktor, das Klima in der Gruppe, laut eines Experten bedeutsamer: „Es gibt ganz gute Untersuchungen, dass in Wirklichkeit der wichtigste Faktor für die Gesundheit, das soziale Zusammensein ist. Sogar wichtiger als Ernährung [...].“ (P3, Z89-91).

Schultyp: Code SchT

Alle interviewten Personen sind sich einig, dass das Bildungsziel zur pädagogischen Qualifikation bei beiden Schultypen dasselbe ist. Alle Befragten sprechen den Unterschied in den Altersgruppen an, der aber nicht positiv oder negativ zu werten ist. Einige Lehrende, die an BAKIP und Kolleg unterrichten, sehen aufgrund des Altersunterschiedes definitive Unterschiede in der Umsetzung von Lehrplaninhalten. Es gibt, laut einem Lehrenden, Qualitätsunterschiede, jedoch kann das kognitive Erfassen von Inhalten aufgrund der Altersstruktur eine andere sein: „Wenn ich das jetzt als Qualitätsunterschiede bezeichne, heißt das aber nicht, dass das weniger qualitativ hochwertig ist, was ich mit BAKIP Schülern mache.“ (P4, Z527-529). Es wird aber von allen Befragten angemerkt, dass viel von der Persönlichkeit, dem Wissens- und dem Reflexionsstand der Schülerinnen und Schüler, abhängig ist. Das Alter und die Lebenserfahrung müssen jedoch nicht immer ausschlaggebend sein. Vereinzelt Fachleute sehen es so, dass die Jüngeren in der Regel einen anderen Zugang zu gesundheitlichen Themen haben. Sie setzen sich noch stärker mit der Persönlichkeitsentwicklung und mit dem eigenen Körper auseinander als oftmals Kolleg-Studierende. Das bemerkt man vor allem bei der Selbstreflexion.

Die Art der Reflexion von gesundheitlichen Themen wurde von allen Lehrenden angesprochen. Da sind meistens die Kolleg-Studierenden kritischer. Die BAKIP-Schülerinnen und Schüler hätten diesen Lernprozess noch vor sich. Drei Lehrkräfte finden daher, dass sie am Kolleg tiefergehender auf gesundheitliche Themen eingehen können, wie beispielsweise in dem Gegenstand **Gesundheitslehre**.

Stressregulierung: Code Stre

Alle Lehrkräfte finden, dass das Thema Stress, der Umgang mit belastenden Situationen, Stressregulierung oder Psychohygiene noch intensiver in die Ausbildung eingebaut werden sollte. Es ist zu beachten, dass die Ausbildung an sich sehr belastend sein kann. Jedoch wäre eine noch höhere Wochenstundenanzahl für die Schülerinnen und Schüler undenkbar. Einige Lehrende versuchen deshalb, ihren Schülerinnen und Schülern und Studierenden die Basis zu vermitteln. Dann aber sei die zukünftige Arbeit gebende Stelle gefragt. Laut allen Lehrenden soll davon

Abstand genommen werden, punktuelle Veranstaltungen zu diesem Thema zu initiieren: „Vielmehr sollten, wie bei allen anderen Themen, z.B. Entspannungsmethoden in den regulären Unterricht eingebaut werden.“ (P7, Z320-321). Hierfür wäre es nützlich, wenn die Lehrkräfte eine gute Beobachtungsqualität mitbringen und so auch individuell auf die Schülerinnen und Schüler und die Studierenden eingehen könnten. Das Thema Entspannung für die Kinder hat bei den Lehrkräften auch einen hohen Stellenwert. Die Reflexion von belastenden Situationen in der **Kindergartenpraxis** sehen die Lehrenden als eine wunderbare Möglichkeit, um die Schülerinnen und Schüler auf ihr psychisches Wohlbefinden vorzubereiten. So können sie erkennen, was ihnen guttut und was sie überlastet.

5.4.4 Abgefragte Maßnahmenliste zu Ausbildungsinhalten

Die Antworten zur Maßnahmenliste der Frage sieben im Leitfrageninterview, „*Was ist Ihrer Meinung nach für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen bedeutsam?*“ der beiden Gruppen Expertinnen und Experten, sowie der Lehrenden wurde grafisch aufbereitet, und die Antworten anhand des arithmetischen Mittels ausgewertet. Die Resultate werden in der folgenden Übersicht dargestellt, anschließend werden zusätzliche Kommentare einzelner Interviewter dargelegt.

Abbildung 6: Maßnahmenliste: Bedeutende Inhalte für die Ausbildung von Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen (Elementarpädagoginnen und Elementarpädagogen), n=8; ohne Testinterview



Quelle: Interviews Ausbildungsinhalte-Maßnahmenliste; Diagramm: Eigene Darstellung

Die vorgelegte Maßnahmenliste wurde von den meisten Befragten überwiegend als wichtig angesehen. Den schlechtesten Mittelwert hatte mit 2,00 die Maßnahme *Bescheid-Wissen über Qualitätssicherungssysteme*. Hier würden es einige Fach-

leute als sinnvoller erachten, wenn es erfahrene Praktikerinnen und Praktiker geben würde, die Touren durch die Kindergärten machen, um somit die Pädagoginnen und Pädagogen zu entlasten: „[...] das Pädagogische ist in Bezug auf die Kinder wichtiger, weil das kommt bei ihnen an. Das andere ist bürokratisches Drumherum.“ (P2, Z338-340).

Eine Expertin ist der Ansicht, dass *Selbstmanagement in Bewegung* (1,14), *Selbstmanagement in Entspannung* (1,25) und *Selbstmanagement in Ernährung* (1,38) sich gegenseitig ergänzen. Eine Expertin hatte Schwierigkeiten mit dem Begriff Selbstmanagement. Sie würde es eher als wichtig empfinden, dass Inhalte über die Schaffung von Rahmenbedingungen zur Bewegungsförderung, Ernährungsförderung oder Entspannungsförderung unterrichtet werden.

Dass die *Gesundheit als Managementaufgabe* (1,50) im Kindergarten beheimatet ist, und die Auszubildenden darüber Bescheid wissen, würde für einige Lehrkräfte, sowie bei Fachleuten in der Grundausbildung, zu einer Überforderung führen. Ein Experte würde anstelle des Managements-Begriffes eher den Kulturbegriff lehren, was dann in weiterer Folge auch eine Management- oder Organisationsaufgabe wäre: „Gesundheit als Kultur im Kindergarten [...].“ (P3, Z455).

Auf die *kognitive Verarbeitung und entsprechende Umsetzung vornehmen können* (mit einem Mittelwert von 1,29) wird nach Äußerung einer Lehrkraft in der **Kindergartenpraxis** sehr viel Wert gelegt: „[...] nach jedem Praxistag müssen sie das machen. [...] Habe ich mich überfordert gefühlt? Einfach sich fragen, könnte ich das nächste Mal vielleicht etwas Anderes machen? Da quälen wir sie oft mit dieser Selbstreflexion.“ (P7, Z342-243, 345-346).

Alle interviewten Personen sehen die *Fähigkeit gesundheitsförderliche Bewegung im Kindergartenalltag umzusetzen* als ein zentrales Element der Ausbildung an (1,00): „Bewegung im frühen Alter ist wie Wasser und Brot. Nicht eine bloße Turnstunde im Kindergarten. Das muss ein Selbstverständnis sein, und da würde ich zwei Spalten vorne noch hinzumachen und drei Rufzeichen [...]!“ (P4, Z340-342).

Das *Wissen an einem gesundheitsförderlichen Kindergarten mitzugestalten*, zeigt mit einem Mittelwert von 1,75 den zweitschlechtesten Wert. Die meisten Befragten sehen solch ein Wissen für die Grundausbildung nicht als so relevant an. Eine Lehrende bezieht sich darauf, dass die Schülerinnen und Schüler und die Studierenden „[...] irrsinnig viel“ (P7, Z442) über die Bewegung und psychische Gesundheit der Kinder wissen, wenn sie die Ausbildung absolviert haben.

Eine Lehrkraft sieht alle Maßnahmen als sehr wichtig an, jedoch meint sie, dass die Schülerinnen und Schüler bereits überfordert sind, und ein neues Unterrichtsfach unmöglich zu verwirklichen sei.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Befragten die Ausbildungsinhalte der vorgelegten Maßnahmenliste generell als sehr wichtig erachten. Sei es für die Auszubildenden persönlich und auch in ihrer späteren beruflichen Rolle. Jedoch wurde von allen Lehrenden und einer Expertin kritisch angemerkt, dass diese Inhalte, aufgrund von Zeitmangel, nicht auf eine Unterrichtseinheit in einem Fach reduziert werden können. Diese Inhalte müssten sich einfach latent durchziehen; das ist bei den derzeitigen Voraussetzungen eher nicht möglich.

5.4.5 Abgefragte Maßnahmenliste zum Arbeitsgruppenbericht des R-GZ 3

Acht ausgewählte Maßnahmen aus dem Arbeitsgruppenbericht R-GZ 3 wurden im Leitfragebogen als eine gesonderte Maßnahmenliste für die Expertinnen und Experten aufgenommen⁴⁵. Die vier direkten übernommenen Maßnahmen aus dem Arbeitsgruppenbericht zum Wirkungsziel zwei sind:

- „Aufnahme der Vermittlung [Vermittlg.] von Gesundheitskompetenz als Auftrag für die Kindergärten als Bildungsinstitution in das geplante Bundesrahmengesetz Kindergarten“,
- „Maßnahmen zur Verbesserung der Lesekompetenz als Voraussetzung für gesundheitsförderliche-Kompetenzentwicklung“, und
- die „Ausweitung des Programmes REVAN-Richtig essen von Anfang an“ (BMG, 2014, S. 22 ff.).

⁴⁵ Ausführliche Kommentare zu den einzelnen Maßnahmen sind im Kapitel 5.4.3 ab Seite 69 der vorliegenden Arbeit unter dem Code „Massn“ zu finden.

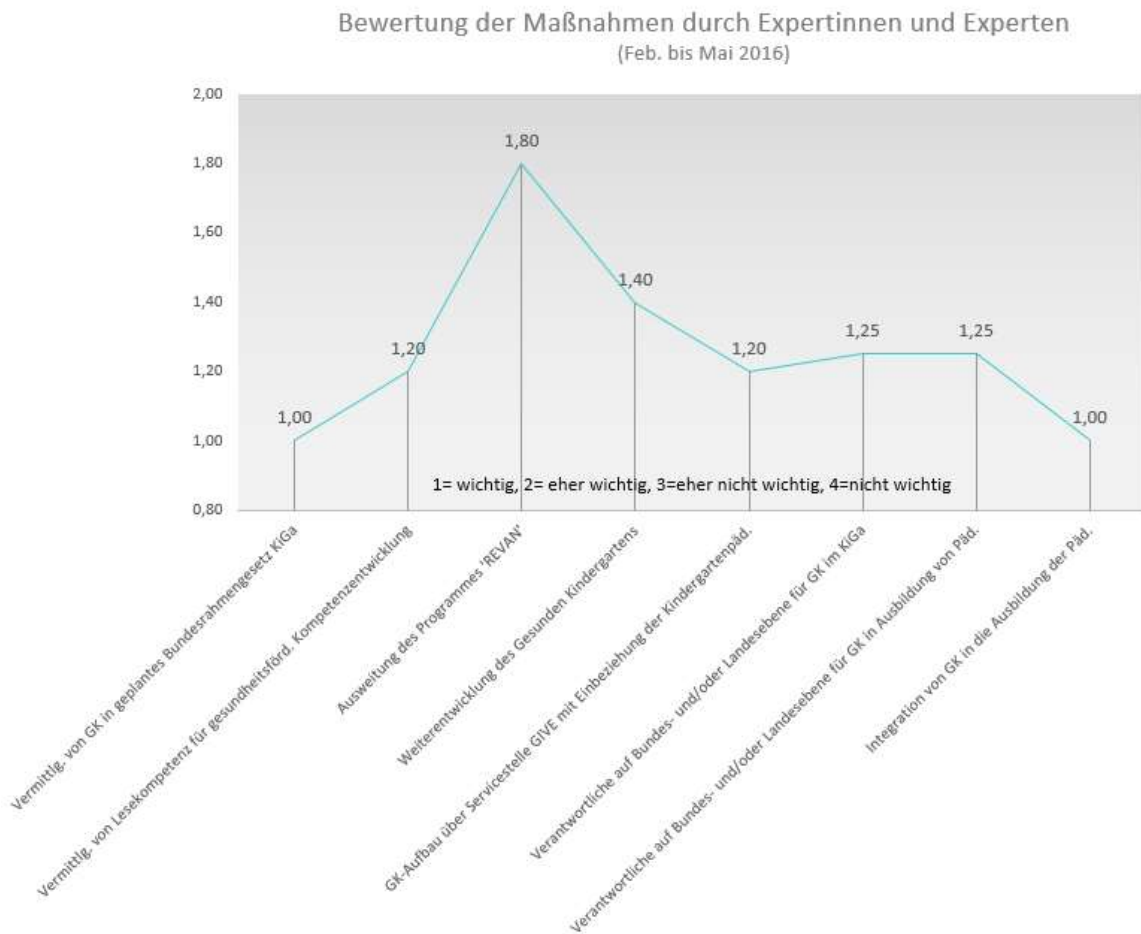
- Im Ideenspeicher ist die Maßnahme „Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in die Ausbildung von Kindergartenpädagoginnen/-pädagogen aufnehmen“ gelandet (BMG, 2014, S. 50).

Die vier formulierten Vorschläge der Autorin dieser Masterarbeit im Sinne des R-GZ 3 sind:

- „Weiterentwicklung des gesunden Kindergartens“ ,
- „Gesundheitskompetenz-Aufbau, über die Servicestelle give, mit Einbeziehung der Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen [Kindergartenpäd.]“,
- „Verantwortliche auf Bundesebene und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz im Kindergarten [KiGa] definieren“ und
- „Verantwortliche auf Bundesebene und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen [Päd.] bestellen“.

Im folgenden Diagramm ist die Bewertung der vorgelegten Maßnahmen von den Fachleuten dargestellt. Die Antwortmöglichkeiten erfolgten von wichtig, eher wichtig, eher nicht wichtig bis nicht wichtig. Aus diesen Antworten wurde der arithmetische Mittelwert gebildet.

Abbildung 7: Bewertung ausgesuchter Maßnahmen durch Expertinnen und Experten, n=5



Quelle: Interviews Maßnahmenliste; Diagramm: Eigene Darstellung

Aus der Abbildung ist zu entnehmen, dass die vorgelegten Maßnahmen im Gesamten als wichtig bewertet werden. Ein Ausreißer ist die Maßnahme *Ausweitung des Programmes REVAN* mit einem Mittelwert von 1,80. Grundsätzlich sehen alle Fachleute dieses Programm als wichtig an; nur wurde es deshalb als tendenziell weniger wichtig erachtet, weil es dazu bereits viele Initiativen in Österreich gibt: „[...] das wird für mich schon so überzogen.“ (P9, Z458).

Alle Fachleute sehen folgende zwei Maßnahmen als am zentralsten an: Die *Integration von Gesundheitskompetenz in das „Bundesrahmengesetz Kindergarten“* (1,00) und *Integration in die Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen* (1,00). In diesen sollte, laut allen Befragten, eine Priorisierung der Umsetzung erfolgen,

denn diese beiden Maßnahmen regeln den (gesetzlichen) Rahmen. Ohne Rahmen wird es laut allen Fachleuten vermutlich nicht funktionieren.

Ebenfalls wichtig wäre das Festlegen eines Rahmens, der die beiden Maßnahmen *Verantwortliche auf Bundes- und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz im Kindergarten* und *Verantwortliche auf Bundes- und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen* regelt: „Interessante Maßnahme, ohne so eine Struktur wird es wahrscheinlich nichts.“ (P3, Z483).

5.5 Methodendiskussion und Limitation der Ergebnisse

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit entsprechend adäquaten Befragungs- und Auswertungsmethoden gewählt. Diese Vorgehensweise hat sich grundsätzlich als fruchtbar erwiesen, jedoch sind zwei wichtige Einschränkungen festzuhalten:

- (1) Es wurden mit Fachleuten einerseits und Lehrenden andererseits zwei unterschiedliche Zielgruppen befragt. Diese Vorgehensweise erbrachte zwar interessante, einander gegenüberstellbare Ergebnisse, wahrscheinlich jedoch hätte die Konzentration auf eine Zielgruppe tiefere und noch detailliertere Ergebnisse gebracht, die möglicherweise noch unmittelbarer in die Praxis umsetzbar gewesen wären.
- (2) Die quantitativ bewerteten vorgegebenen Maßnahmen der Inhalte zur Ausbildung konnten, aufgrund des qualitativen Ansatzes, nur auf neun Interviews aufbauen. Dies ist für quantitativ orientierte Übersichten eine kleine Zahl, wenn auch dadurch erste Tendenzen aufgezeigt werden können. Dem Qualitativen wurde eben der Vorrang gegeben. Dies kann man unter anderem daran sehen, dass die Gesamtstundenanzahl aller Interviews insgesamt elf Stunden erreichte. Und diese entsprechend qualitativer Analysemethoden auch ausgewertet werden mussten.

Zu den Limitationen der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ist festzuhalten: Die Arbeit wurde, aufgrund der Lehrpläne von BAKIP und Kolleg bis inklusive Schul-

jahr 2015/2016, erstellt. Im Zuge der Bildungsreform ist am 1. September 2016 ein neuer, kompetenzorientierter Lehrplan für die Bildungsanstalt für Elementarpädagogik (zuvor BAKIP) in Kraft getreten. Dies konnte in dieser Arbeit nur kurz, innerhalb eines Unterkapitels, aufgenommen werden.

6 Resümee

Die European Health Literacy Survey zeigte 2012 für Österreich einen erheblichen Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitskompetenz. Als Beitrag zu einer möglichen Verbesserung der Ausbildung von Pädagoginnen und Pädagogen untersucht die vorliegende Masterarbeit die Ausbildung für Kindergartenpädagogik (Elementarpädagogik), gemäß Rahmen-Gesundheitsziel 3 (R-GZ 3). Die leitende Forschungsfrage bezieht sich daher auf die Art der Umsetzung des R-GZ 3 in der österreichischen Ausbildung in den Institutionen BAKIP (Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik) und Kolleg für Kindergartenpädagogik.

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird, nach dem Aufzeigen der Unterschiede in den Lehrplänen zwischen BAKIP und Kolleg im theoretischen Teil, ein überwiegend qualitativer Forschungsansatz im empirischen Teil gewählt. Die Entwicklung des Fragebogens für die durchgeführten neun Leitfadeninterviews in Bezug auf die derzeitige Umsetzung des R-GZ 3 erfolgt vor dem theoretischen Hintergrund des integrierten Sørensen et al.-Modells für Gesundheitskompetenz.

6.1 Zusammenfassung der Antworten zu den Forschungsfragen

Die Subforschungsfrage 1 fragte nach Unterschieden in der vorgegebenen Vermittlung von Gesundheitskompetenz in den **Lehrplänen zwischen BAKIP und dem Kolleg**. Die Unterschiede werden aufgrund der selektierten Leitbegriffe dargestellt⁴⁶:

Bezüglich des Leitbegriffes Gesundheit ist festzuhalten, dass im Kolleg-Lehrplan Inhalte zu Gesundheitsprävention, Umgang mit gesundheitlich belastenden Kindern, Gesundheitspsychologie und Gesundheitsmodelle deutlich ausführlicher formuliert sind. Hinsichtlich des Leitbegriffes Bewegung ist zwischen den beiden Institutionen nur ein geringer Unterschied erkennbar; Bewegung ist, aufgrund des jüngeren Alters der Schülerinnen und Schüler an der BAKIP, gemäß „Lehrplan -

⁴⁶ Die Aufbereitung der folgend dargestellten Unterschiede beruht auf der Interpretation der Autorin dieser Masterarbeit.

Bewegung und Sport AHS (Oberstufe) und andere [u.a.]“, vertreten. Im Vergleich mit dem Leitbegriff Ernährung ist zu sehen, dass der Kolleg-Lehrplan umfangreicher und mehr auf das Kind ausgerichtet ist. Nur geringste Unterschiede werden bei Selbstmanagement, (Eigen-) Verantwortung und Entspannung gefunden. Ein Unterschied ist in den Lehrplänen zwischen der BAKIP und dem Kolleg beim Begriff Konflikt feststellbar: Die Didaktik, und ein zusätzlich weiteres, an der BAKIP nicht unterrichtetes Fach, bezieht sich ausdrücklich auf Konflikt, Konfliktmanagement und -bewältigung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es Unterschiede gibt. Diese lassen sich im Wesentlichen auf das unterschiedliche Alter und den unterschiedlichen Reifegrad der pädagogischen Ausbildungsgruppen zurückzuführen.

Die Subforschungsfrage 2 fragte nach einem eventuellen **Verbesserungsbedarf, gemäß Expertinnen und Experten**, für die Umsetzung des Arbeitsgruppenberichtes zum R-GZ 3.

Als absolut zentrales Maßnahmenbündel wird von einigen Fachleuten die Integration von Gesundheitskompetenz in die Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen angesehen, die allerdings, mittels eines gesetzlichen Rahmens, wie das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten“, erfolgen müsste. Im Idealfall sollten Pädagoginnen und Pädagogen gerade bei Themen der Gesundheitskompetenz initiativ werden, weil sie wissen, was sie in der Praxis für sich und/oder die Kinder benötigen. Die Gesundheitsthematik und ebenso die Gesundheitskompetenz findet sich derzeit in unterschiedlichen Fächern wieder. Günstiger wäre ein Gesamt-Kurs, der sich latent durch die Ausbildung zieht, zu „Kompetenz Gesundheit“, wie er strategisch in den USA empfohlen wird (U.S. Department of Health and Human Services, 2010, S. 33 ff.).

Institutionen oder Persönlichkeiten sollten für eine Mitarbeit an der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz gewonnen werden, um die festgelegten Wirkungsziele des R-GZ 3 zu erreichen. Derzeit gibt es, spezifisch für die Gesundheitskompetenz in dem vorliegenden Forschungsfeld, weder echte Maßnahmen noch definierte Akteurinnen und Akteure, und es fehlt die zentrale Zuständig-

keit. Ein Verstehen von relevanten Informationen ist nur dann möglich, wenn die zugänglichen Informationen für alle Nutzenden in verständlicher Form und zielgruppenorientiert aufbereitet sind. Eine Verbesserung der Lesekompetenz der Auszubildenden gilt daher allgemein als Voraussetzung für gesundheitsförderliche Kompetenzentwicklung.

Eine verbesserte Koordination der Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Gemeinden ist notwendig. Eine Koordinationsstelle für ein bundesweites österreichisches Netzwerk sollte eingerichtet werden, um angewandte Forschung und Ausbildung zu forcieren. Ein größeres Budget für den *Gesunden Kindergarten*, eine – auf Elementarpädagogik ausgeweitete - *give-Datenbank* und ähnliche Modellprojekte sind empfehlenswert. In diesen Projekten könnte eine verstärkte Integration der Gesundheitskompetenz stattfinden, wobei der Output allerdings operationalisiert und messbar gemacht werden sollte.

Die Subforschungsfrage 3 fragt nach den **Einstellungen und Erfahrungen von Lehrenden** und möglichen **Verbesserungen der Vermittlung**.

Für Lehrende an den Kollegs und den zukünftigen Bildungsanstalten für Elementarpädagogik ist die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung eine wichtige Voraussetzung für Gesundheitskompetenz, denn für die zukünftigen Pädagoginnen und Pädagogen ist ein situationsbezogenes Verstehen, im Sinne des Hinterfragens und des Hineinfühlens, von Bedeutung. Das Fördern der individuellen Motivation für ein gesundheitskompetentes Verhalten in der Ausbildung, und Reflexion des tatsächlichen Tuns, gelten als unumgängliche Instrumente für ein Beurteilen, gemäß dem Sørensen et al.-Modell. Reflexionen werden derzeit bereits von den Lehrenden im Unterricht eingebaut. Gesundheitsförderliche Bedingungen an den Ausbildungsstätten sind jedoch Voraussetzung für die Vermittlung und die Umsetzung von Gesundheitskompetenz.

An den Ausbildungsstätten gibt es derzeit bei der Vermittlung von Gesundheitsthemen eine Krankheitsorientierung - in der Regel werden starre Empfehlungen vermittelt. Eine Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist an den Stätten der Ausbildung vor allem durch eine fächerübergreifende Vorgehensweise auf einer

Metaebene realisierbar. Für Gesundheitskompetenz, im Sinne von (Eigen) Verantwortung, ist die Rolle als Vorbild das Entscheidende, sowohl für die Lehrenden als auch für die Elementarpädagoginnen und -pädagogen. Zeitmangel ist die meist angesprochene Lücke bei der Vermittlung von Gesundheitskompetenz. Dadurch hat das Eigenerleben der Auszubildenden wenig Raum. Vor allem zur Stärkung der psychischen Gesundheit sollten mehr Ressourcen (beispielsweise medizinisches Fachpersonal) zur Verfügung gestellt werden. Im Kindergarten als Arbeitsfeld der Pädagoginnen und Pädagogen gilt es, die mangelnden räumlichen und Ausstattungsbedingungen zu verbessern. Im Kindergarten, als Lebensraum der Kinder, sind vor allem Ernährung und Bewegung von Belang. Hierauf sollten die Auszubildenden während der Ausbildung vorbereitet werden.

Die, regelmäßig in den Vordergrund tretende, klassische Gesundheitsförderung kann als ein zusammenfassendes Ganzes bei der Vermittlung angesehen werden: Die Auszubildenden verfügen in der Folge über ein elementares Wissen, wie z.B. eine gesundheitsförderliche Umwelt im Kindergarten gestaltet wird. Auszubildende gehen im günstigsten Fall mit dem Wissen hinaus, wie wichtig die Bewegung für die Persönlichkeitsentwicklung, ganzheitliche Entwicklung und den Gesundheitsaspekt beim Kind und für sie selbst ist. Sie erleben in der Praxis jedoch häufig das krasse Gegenteil, da es noch Kindergärten gibt, in denen es kaum Bewegungsmöglichkeiten für drinnen und draußen gibt.

Zur **leitenden Forschungsfrage, wie das Rahmen-Gesundheitsziel 3 in der Ausbildung umgesetzt wird**, kann zusätzlich, zu den Ergebnissen zu den Subforschungsfragen, Ergänzendes festgehalten werden:

Die Auffassung ist unter einigen Fachleuten verbreitet, dass die Gesundheitskompetenz eine Untermenge der traditionellen Gesundheitsförderung darstellt. Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz und das Wort „Gesundheitskompetenz“ sind in den untersuchten Lehrplänen nicht ausdrücklich festgelegt. Die Expertinnen und Experten setzen ihren Fokus bei Gesundheitskompetenz eher auf das Suchen und Finden, die Lehrenden beschränken ihre Sichtweise eher auf das Erhalten von Informationen. Eine spezielle, gesundheitsthematische Fortbildung für

die Lehrkräfte wird empfohlen. Aufgrund des Eintrittsalters der Schülerinnen und Schüler an der BAKIP und der Studierenden am Kolleg gibt es definitive Unterschiede in der Umsetzung von Lehrplaninhalten. Das kognitive Erfassen von Inhalten ist jeweils ein anderes. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass die Schülerinnen und Schüler an der BAKIP noch nicht reif für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz sind.

Die Umstellung der Ausbildungslandschaft, weg von der Kindergartenpädagogik hin zur Elementarpädagogik, wird allgemein als ein positiver Umbruch gewertet. Die Sichtweisen im neuen Lehrplan der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik haben sich geändert: Es geht um das Kind von null bis sechs Jahren, der Gesundheitsaspekt und die ganzheitliche Entwicklung finden Einzug.

6.2 Empfehlungen der Interviewten, Denkanstöße und weiterer Forschungsbedarf

Einige Fachleute könnten sich vorstellen, dass ein Konzept für die Entwicklung eines gesundheitskompetenten Kindergartens, in Kooperation mit Gesundheitskompetenz-Expertinnen und Experten, mit Ausbildungsstätten und praktizierenden Kindergartenpädagoginnen und Kindergartenpädagogen entworfen, und in Form eines Ausbildungs- und Entwicklungs-Kindergartens, auch an den Übungskindergärten erprobt und durchgeführt werden könnte. Es wird von allen Lehrenden davon Abstand genommen, bloß punktuelle „gesundheitsförderliche“ Projekte zur Bewegung und Ernährung einzuführen. Vielmehr sollten die zwei, am häufigsten genannten Themengebiete - Bewegung und Ernährung - als ein Grundprinzip im Alltag der Ausbildungsstätte und des Kindergartens einfließen. Die Themen Stress, der Umgang mit belastenden Situationen, Stressregulierung oder Psychohygiene sollten intensiver in die Ausbildung eingebaut werden.

Die Autorin der Masterarbeit hält fest, dass eine Vermischung zweier grundsätzlich verschiedener Sicht- und Handlungsweisen ein häufig auftretendes Hintergrundthema sind: Die gesellschaftliche Sicht auf der einen Seite, und die individuelle

Sicht auf der anderen Seite. Dies spiegelt sich auch in den Grundbegriffen dieser Arbeit, wie Gesundheitsförderung (soziale Sicht) und Gesundheitskompetenz (individuelle Sicht) wieder. Die gesellschaftlichen Strömungen der letzten zwei bis drei Jahrzehnte führten tendenziell dazu, die Verantwortung für die Gesundheit des Menschen in die Eigenverantwortung abzuschieben. Die Autorin sieht jedoch sowohl die gesellschaftliche, als auch die individuelle Verantwortung als notwendig, und einander ergänzend an.

Dass wesentliche Punkte von Gesundheitskompetenz grundsätzlich informationsbezogen sind, ist derzeit nur punktuell bei den Lehrenden der Ausbildungsstätte verankert. Sie sehen Gesundheitskompetenz eher als eine Größe der klassischen Gesundheitsförderung⁴⁷. Es ist von Wichtigkeit, dass die Lehrenden selbst an den Ausbildungsstätten Gesundheitskompetenz in ihrer modernen inhaltlichen Begrifflichkeit der Informationsbezogenheit vertreten und an die Auszubildenden vermitteln. Diese wiederum vermitteln ihrerseits in Folge Gesundheitskompetenz an Kleinkinder und Kinder bis zu sechs Jahren. Daher sind die Lehrenden an den Ausbildungsstätten nicht nur Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, sie stehen als Hauptverantwortliche am Anfang der Kette des Vermittelns.

Damit zusammenhängend können als weitere Denkanstöße abgeleitet werden: Eine Schulung der Lehrkräfte an den Ausbildungsstätten hinsichtlich der R-GZ 3-Ziele. Diese betonen Gesundheitskompetenz, ohne die klassische Gesundheitsförderung aufzugeben. Dies könnte im Rahmen von Weiterbildung für die Lehrenden durchführbar sein. Für Auszubildende erscheint ein eigenes Fach „Gesundheitskompetenz“ geeignet zu sein, die Inhalte, welche bisher verstreut in einzelnen Fächern angeboten wurden, aus einer ganzheitlichen und zusammenfassenden Sicht zu erfahren. Dieses Fach käme mit einer geringen Stundenanzahl aus, da Inhalte ohnedies in anderen Fächern querschnittsmäßig dargelegt werden.

Die reale Möglichkeit der Umsetzung, innerhalb einer, ohnehin bereits dichten, Wochenstundenanzahl, ist allerdings, aus Sicht der Autorin, vermutlich sehr schwierig.

⁴⁷ An einer Klärung, bzw. Trennung dieser beiden Begriffe, wird an der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz erarbeitet (Arrouas et al., 2014, S. 8).

Als weiterer Forschungsbedarf ist zu nennen: Ein zu entwickelndes Forschungsdesign zukünftiger Arbeiten zum Thema *Gesundheitskompetenz in der Ausbildung* sollte, als Erweiterung zur vorliegenden Masterarbeit, quantitativ erfassbar und überdies repräsentativ für ganz Österreich orientiert sein. Dies könnte durchaus, mittels Online-Umfrage, durchgeführt werden, um den zeitlichen und eventuellen finanziellen Aufwand akzeptabel zu halten.

Aufgrund der Erfahrungen, des nun abgeschlossenen Forschungsprojektes, empfiehlt es sich, detailliert nur eine Zielgruppe zu beforschen. Vorgeschlagen werden, aufgrund ihrer Bedeutung und Stellung in der Hierarchie der Vermittlung von Gesundheitskompetenz, die Lehrenden an den Ausbildungsstätten. Durch die anhaltende Bildungsreform, die ihr entsprechenden neuen Inhalte von geänderten Lehrplänen und das Umstellen von Kindergartenpädagogik auf die erweiterte Elementarpädagogik, werden sich einige, hier beantwortete Forschungsfragen, neu stellen. Weitere Zielgruppen, welche als Stakeholder in diesem Feld auf jeden Fall untersucht werden sollten, sind Eltern, Erziehungsberechtigte, Leiterinnen und Leiter von Tagesstätten und Krippen, die Schülerinnen und Schüler und Studierenden an den Ausbildungsstätten und selbstverständlich auch, altersadäquat, die Kleinkinder⁴⁸ selbst.

⁴⁸ Wie in dem Modellprojekt *„KiBi der Zukunft – Kinderbildungseinrichtungen als Schnittstelle der Gesundheitsförderung“*, könnte die Gesundheitskompetenz, für diese Zielgruppe, in praxisbezogener Hinsicht analysiert werden. Damit könnten notwendige Verbesserungsmaßnahmen für die Gesundheitskompetenz, direkt bei den Kleinkindern erforscht werden, und in weiterer Folge diese Ergebnisse, in die Ausbildung der Pädagoginnen und Pädagogen übertragen werden. Eine nähere Beschreibung dieses Projektes und die darin enthaltene Messung von Gesundheitskompetenz bei Kleinkindern in Kinderbildungseinrichtungen, sind in dem Artikel: *„Gesundheitsförderung im Kindergarten – Befunde zur Wirksamkeit“* (Hascher & Winkler-Ebner, 2013, S. 121 ff.) nachzulesen.

Literaturverzeichnis

- Abel, T., Sommerhalder, K., & Bruhin, E. (2011). Health Literacy/Gesundheitskompetenz. Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., & Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (337–340). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Altgeld, K., Klaudy, E. & Stöbe-Blossey, S. (2007). Kindertageseinrichtungen im Wandel Anforderungen an eine mitarbeiterorientierte Organisationsentwicklung. *IAQ-Report, Aktuelle Forschungsergebnisse aus dem Institut Arbeit und Qualifikation*. 2007-03. Abgerufen am 15. Mai 2016 von <http://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2007/report2007-03.pdf>
- American Medical Association. (1999). Health Literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281, 552–557.
- Ämter der Landesregierungen der österreichischen Bundesländer, Magistrat der Stadt Wien, & Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. (2009). *Bundesländerübergreifender BildungsRahmenPlan für elementare Bildungseinrichtungen in Österreich*. Abgerufen am 29. September 2015 von https://www.bmbf.gv.at/ministerium/vp/2009/bildungsrahmenplan_18698.pdf?4dtiae
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Arrouas, M., Bencic, W., Benn-Ibler, A., Gabler, C., Gebetsberger, M., Geyer, J., ... Wilkens, E. (2014). *Empfehlungen zur Einrichtung der „Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz“ (ÖPGK)*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Abgerufen am 20. Oktober 2015 von http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/5/7/0/CH1473/CMS1423210822655/plattform_gesundheitskompetenz.pdf
- Baierl, A., & Kaindl, M. (2011). *Kinderbetreuung in Österreich. Rechtliche Bestimmungen und reale Betreuungssituation*. Working Paper, 77, 2011. Österreichisches Institut für Familienforschung. Universität Wien.
- Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878 – 883.
- Bamler, V., & Wustmann, C. (2010). Vorwort. Bamler, V., & Wustmann, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Elementarpädagogik. Theorien, Methoden und Arbeitsfelder* (5-8). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Bundesministerium für Bildung [BMB]. (2016). *QIBB Downloads. Plan Qualitätszielematrix (Q-Matrix)*. Abgerufen am 14. August 2016 von <https://www.qibb.at/de/downloads.html>
- Bundesministerium für Bildung und Frauen [BMBF]. (2014a). *Verankerung von „Health Literacy“ in der Pädagog/innenbildungNEU*. Koordinierungsstelle Gesundheitsförderung BMUKK. Abgerufen am 17. September 2015 von <https://www.bmbf.gv.at/schulen/lehr/labneu/kompetenzen.html>
- BMBF. (2014b). *Qualitätsinitiative Berufsbildung*. Abgerufen am 14. August 2016 von https://www.qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Sonstige_Dokumente/Webversion_QIBB_Folder_2014_DE.pdf

- BMBF. (2015). *Die neue Oberstufe Kompakt*. Abgerufen am 23. Juli 2016 von <https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/ba/nost/nostkompakt.pdf?5i83yz>
- BMBF. (2016a). *Bildungswesen in Österreich*. Abgerufen am 16. April 2016 von <https://www.bmbf.gv.at/schulen/bw/index.html>
- BMBF. (2016b). *Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (BAKIP)*. Abgerufen am 29. März 2016 von https://www.bmbf.gv.at/schulen/bw/bbs/ba_kindergartenpaedagogik.html
- BMBF. (2016c). *Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik*. Abgerufen am 17. Mai 2016 von <http://www.abc.berufsbildendeschulen.at/de/page.asp?id=32>
- BMBF. (2016d). *Standorte Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik*. Abgerufen am 07. Juni 2016 von http://www.abc.berufsbildendeschulen.at/de/standorte.asp?type=1&styp=14&menu_id=486
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. (2006). *Qualität in Unterricht und Management. Qualität an den Höheren Anstalten der Lehrer- und Erzieherbildung Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems „Q-BA“*. Version 1.0. Abgerufen am 14. August 2016 von https://www.qibb.at/fileadmin/content/QIBB/Dokumente/Q-Handbooks/Q-HB_II5.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit [BMG]. (2012). *Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2014). *Rahmen-Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- Bildungsministerium für Unterricht, Kunst und Kultur [BMUKK]. (1997). *Grundsatzterlass Gesundheitserziehung*. Abgerufen am 12. Mai 2016 von https://www.bmbf.gv.at/schulen/unterricht/uek/gesunderl_902.pdf?5h6wmu
- Charlotte Bühler Institut. (2010). *Modul für das letzte Jahr in elementaren Bildungseinrichtungen Vertiefende Ausführungen zum „Bundesländerübergreifenden BildungsRahmenPlan“*, Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.). Abgerufen am 23. April 2016 von <https://www.bmfj.gv.at/familie/kinderbetreuung/gratiskindergarten-verpflichtender-besuch/modul-letztes-jahr-elementare-bildungseinrichtung.html>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies.
- Diviani, N., & Camerini, A. L. (2014). Gesundheitskompetenz. Hurrelmann, K., & Baumann, E. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitskommunikation* (440–450). Bern: Hans Huber.
- Dorninger, Ch., Fritz, U., Haberl, K., Karner, E., Kasparovsky, E., König, W., ... Zug, U. (2015). *Die neue Oberstufe – Individuell und kompetenzorientiert. Grundinformation und Ziele im Überblick*. Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2007). *Gesundheit fördern: Ein praktischer Leitfaden*. Wien: Facultas Verlag.
- Flick, U., Kardorff, E., & Steinke, I. (2015). *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Fonds Gesundes Österreich [FGÖ]. (2013). *Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit)*. Abgerufen am 04. Mai 2016 von <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten>
- FGÖ. (2015). *Rahmen-Gesundheitsziel „Gesundheitskompetenz“*. Abgerufen am 14. Mai 2016 von <http://www.fgoe.org/plattform-gesundheitskompetenz/rahmen-gesundheitsziel-gesundheitskompetenz>
- Fousek, S., Domittner, B., & Nowak, P. (2012). *Health Literacy – „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“*. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber.
- Gehrlich, M. G., Wismar, M., Schwartz, F., W. & Walter, U. (2011). Gesundheitsziele. Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., & Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (321–325). Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Gesunde Schule Österreich. (2008). *Qualitätsbereich Gesundheitsmanagement*. Version 11.11.2008. Abgerufen am 14. August 2016 von http://www.arqavet.at/fileadmin/download_files/Standards_Gesunde_Schule.pdf
- Gesundheit Österreich GmbH. (2014a). *Health in All Policies*. Abgerufen am 15. Mai 2016 von http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/11/20111010_Fact-Sheet-Health-in-all-Policies.pdf
- Gesundheit Österreich GmbH. (2014b). *Bundesgesundheitskommission*. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Abgerufen am 16. Mai 2016 von <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/99522.html#headline31>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2016a). *Frühe Hilfen*. Abgerufen am 19. August 2016 von <http://www.fruehehilfen.at>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2016b). *Hintergrund und Zielsetzung*, Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz. Abgerufen am 15. August 2016 von <http://oepgk.at/die-oepgk/hintergrund-zielsetzung/>
- give – Servicestelle für Gesundheitsbildung. (2016). *give. Eine Initiative des Bundesministeriums für Bildung, des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen und des Österreichischen Jugendrotkreuzes*. Abgerufen am 30. August 2016 von <http://www.give.or.at/index.php>
- Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haas, S., Gruber, G., Kerschbaum, H., Knaller, C., Sax, G., & Türscherl, E. (2012). *Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr*. Wien: Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark.
- Hascher, T. & Winkler-Ebner, Ch. (2013). Gesundheitsförderung im Kindergarten - Befunde zur Wirksamkeit. *KiTa aktuell, Fachzeitschrift für Leitungen, Fachkräfte und Träger der Kindertagesbetreuung*, 1(5), 121–123.

- Health Literacy Survey-European Union Consortium [HLS-EU Consortium]. (2012). *Comparative Report of Health Literacy in Eight Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. (second and revised and extended version, date July 22TH, 2014) The international Consortium of the HLS-EU Project.
- Hurrelmann, K. (2010). *Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. 7. Auflage, Weinheim und München: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., & Franzkowiak, P. (2015). *Gesundheit*. Abgerufen am 10. Jänner 2016 von <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?id=angebote&idx=143>
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. 8., aktualisierte Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Kickbusch, I., & Hartung, S. (2014). *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*. Bern: Huber.
- Kliche, T. (2008). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Weinheim: Juventa.
- Krause, Ch., & Rehberg, M. (2014). *Gesundheit*. Oelke, U., Hofmann, I., & Ruwe, G. (Hrsg.), *Kinder erziehen bilden und betreuen. Lehrbuch für Ausbildung und Studium* (424-449). Würzburg: Stürtz GmbH.
- Langenscheidt. (2008). *Großes Schulwörterbuch Lateinisch-Deutsch*. Berlin u.a.: Langenscheidt.
- Lehrplan für Bewegung und Sport (a). Lehrplan – Bewegung und Sport AHS (Oberstufe) u.a. (Kurztitel), BGBl. Nr. 37/1989 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 284/2006. Dokumentnummer in RIS: NOR40080559.
- Lehrplan für Bewegung und Sport (b). Lehrplan – Bewegung und Sport AHS (Oberstufe) u.a. (Kurztitel), BGBl. Nr. 37/1989 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 217/2016. Dokumentnummer in RIS: NOR40186434.
- Lehrplan BAKIP. Lehrpläne - Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik (Kurztitel), BGBl. Nr. 514/1992 idF BGBl. Nr. 163/1993 (DFB) idF BGBl. II Nr. 256/2012. Dokumentnummer in RIS: NOR40141677.
- Lehrplan Kolleg. Lehrplan des Kollegs für Kindergartenpädagogik (Kurztitel), BGBl. Nr. 906/1994 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 173/2007. Dokumentnummer in RIS: NOR40088923.
- Lehrpläne der Bildungsanstalt für Elementarpädagogik und der Bildungsanstalt für Sozialpädagogik 2016. (Kurztitel). BGBl. II Nr. 204/2016. Dokumentnummer in RIS: BGBLA_2016_II_.
- Lenartz, N. (2012). *Gesundheitskompetenz und Selbstregulation*. Applied Research in Psychology and Evaluation 6. Göttingen: V&R unipress.
- Lex-Nalis, H. (2013). >>Pädagogen/innenbildung Neu<< auch für Kindergartenpädagoginnen. *Kita aktuell. Fachzeitschrift für Leitungen und Fachkräfte der Kindertagesbetreuung, Leseprobe*, 1/2013, 2-4.
- Lueger, M. (2010). *Interpretative Sozialforschung: Die Methoden*. Wien: Facultas.
- Mittenecker, E. (2014). Informationstheorie. Wirtz, A. (Hrsg.). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 17. Auflage. 780-781. Bern: Hans Huber.

- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neuß, N. (2010). Einleitung. Neuß, N. (Hrsg.), *Grundwissen Elementarpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch*, 13-17. Berlin: Cornelson Scriptor.
- Niederle, C. (2005). Zur Geschichte des Kindergartens. Der Wandel von der Kinderbewahranstalt zur Bildungseinrichtung. Unsere Kinder (Hrsg.). *Unsere Kinder, Entwicklungsraum Kindergarten. Methoden des Kindergartens*, 68-69. 6. aktualisierte Auflage. Linz: Unsere Kinder.
- Okan, O., Pinheiro, P., Zamora, P., & Bauer, U. (2015). Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 58(9), 930-941.
- Paetzold, B. (2001). Elementarpädagogik – nur Kleinkinderkram? B. Wilhelm (Hrsg.): *Differentielle Pädagogik. Eine Einführung*, 17-39. Donauwörth: Auer.
- Peerson, A. & Saunders, M. (2009). Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter?. *Health Promotion International*, Vol. 24 (3), 285-296. doi:10.1093/heapro/dap014
- Posse, N., Beckers, E., Schulz, H., Matlik, M., & Balster, K. (2010). *Die Förderung von „Gesundheitskompetenz“: Grundlagen*. Abgerufen am 26. April 2016 von https://www.lsb-nrw.de/fileadmin/global/media/Downloadcenter/Bewegt_Gesund_bleiben/Grundlagenpapier_Gesundheitskompetenz.pdf
- Richter, M., & Hurrelmann, K. (2011). Determinanten von Gesundheit. Blümel, S., Franzkowiak, P., Kaba-Schönstein, L., & Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, 45-48. Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rössler, P., & Geise, S. (2013). Standardisierte Inhaltsanalyse Grundprinzipien, Einsatz und Anwendung, Die Codierung. Möhring, W., & Schlütz, D. (Hrsg.), *Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft*, 278-280. Springer Fachmedien: Wiesbaden.
- Röthlin, F., Pelikan J.M., & Ganahl, K. (2013). *Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich*. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV).
- Schulrechtsänderungsgesetz 2016. (Kurtztitel)., BGBl. I Nr. 56/2016. Dokumentnummer in RIS: BGBLA_2016_I_56.
- Schwendenwein, W. (1998). *Theorie des Unterrichtens und Prüfens*. 6. überarbeitete. und erweiterte. Auflage. Wien: WUV Universitätsverlag.
- Simonds, S.K. (1974). Health education as a social policy. *Health Education Monographs*, 2, 1–25.
- Soellner R., Huber S., Lenartz N., & Rudinger, G. (2009). Gesundheitskompetenz – ein vielschichtiger Begriff. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 17, Nr. 3, 105-113.

- Soellner, R., Huber, S., Lenartz, N., & Rudinger, G. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. Projekt Gesundheitskompetenz. Klieme, E., Leutner, D., Kenk, M. (Hrsg.), Kompetenzmodellierung. Eine aktuelle Zwischenbilanz des DFG-Schwerpunktprogramms. *Zeitschrift für Pädagogik*, Beiheft 56, 104-114.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Sørensen, K., Pelikan, J., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). „Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU) “. *European Journal of Public Health* 25, Nr. 6, 1053–1058.
- Stadtschulrat für Wien. (2016). *Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik*. Abgerufen am 01. Mai 2016 von <https://www.wien.gv.at/bildung/stadtschulrat/schulsystem/berufsbildende/kindergartenpaedagogik.html>
- Statistik Austria. (2015). *Schülerinnen und Schüler 2012/13 insgesamt nach detaillierten Ausbildungsarten und Geschlecht*. Abgerufen am 14. Februar 2016 von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/schulen_schulbesuch/index.html
- Stempinski, S. (2006). *Kooperationen zwischen Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege*. Kinder früher fördern, Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). Gütersloh. Abgerufen am 30. Mai 2016 von <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/kooperationen-zwischen-kindertageseinrichtungen-und-kindertagespflege/>
- Stiftung Kindergesundheit. (2015). *Kinder gesund betreut. Curriculum zur Gesundheitsförderung in der Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren*. Stiftung Kindergesundheit (Hrsg.). Seelze: Friedrich Verlag GmbH.
- Unsere Kinder (Hrsg.). (2005). *EntwicklungsRaum Kindergarten. Reihe Methoden des Kindergartens 2*. Fachzeitschrift, 6. aktualisierte Auflage. Linz: Unsere Kinder.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention & Health promotion. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington, DC: Author.
- Vereinbarung, gemäß Art. 15a B-VG. (2009). Vereinbarung, gemäß 15a B-VG über die Einführung der halbtägig kostenlosen und verpflichtenden frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen. BGBl. I Nr. 99/2009. Dokumentnummer in RIS: NOR40110196.
- World Health Organization [WHO]. (1986a). *Ottawa-Charta for Health promotion, 1986*. Deutsche Version Abgerufen am 20. September 2015 von <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-Charta-for-health-promotion,-1986>
- WHO. (1986b). *Ottawa-Charta for Health promotion, 1986*. Englische Version Abgerufen am 29. April 2016 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO. (1998a). *Health Promotion Glossary*. World Health Organization (Hrsg.). Abgerufen am 25. Mai 2016 von <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

- WHO. (1998b). *Gesundheit21: Eine Einführung zum Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO*. Europäische Schriftendreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 5. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation.
- WHO. (2013). *Health Literacy - The solid facts* (I. Kickbusch, J. Pelikan, J. Apfel & A. Tsouros, Hrsg.). Kopenhagen: World Health Organization.
- WHO. (2014). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946* (Stand: 08. Mai 2014). Abgerufen am 14. April 2016 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- WHO. (2016a). *International Classification of Diseases (ICD)*. Abgerufen am 18. April 2016 von <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- WHO. (2016b). *Gesundheitskompetenz – Die Fakten* (I. Kickbusch, J. Pelikan, J. Apfel & A. Tsouros, Hrsg.). Schweiz: Careum Stiftung.
- Wirtz, M. (2014). Lernen am Modell. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. 17. Auflage, 996. Bern: Hans Huber.
- Wulfhorst, B., & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitserziehung: Konzeptionelle und disziplinäre Grundlagen. B. Wulfhorst, Britta & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitserziehung*, 146-159. Bern: Huber.
- Zimmer, R. (2009). Gesundheitserziehung in Kindertagesstätten. B. Wulfhorst, Britta & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitserziehung*, 146-159. Bern: Huber.

ANHÄNGE

Anhang 1	Leitfragen Expertinnen und Experten, sowie Lehrende	107
Anhang 2	Maßnahmenlisten Expertinnen und Experten, sowie Lehrende	110
Anhang 3	Codier-Buch und erste Seite der Codierungstabelle als Auszug	113

Anhang 1 Leitfragen Expertinnen und Experten, sowie Lehrende

Anmerkung:

Die Unterfragen 7a „*Wie könnten die Maßnahmen umgesetzt werden?*“ und 7b „*Wer könnte die Maßnahmen umsetzen?*“ wurden ausschließlich den Expertinnen und Experten gestellt.

Leitfrageninterview

Ausbildung von KindergartenpädagogInnen, gemäß dem Rahmen-Gesundheitsziel 3 für Österreich

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an der Studie zur Umsetzung und Vermittlung der Gesundheitskompetenz, im Rahmen der Ausbildung von KindergartenpädagogInnen, mitzuwirken. Selbstverständlich werden die Antworten nur anonym ausgewertet.

1. Was bedeutet für Sie Gesundheitskompetenz allgemein?
2. Was bedeutet für Sie Gesundheitskompetenz für den Kindergarten?
3. Was bedeutet für Sie Vermittlung allgemein und Vermittlung von Gesundheitskompetenz?
4. Wie gestaltet sich derzeit die Vermittlung von Gesundheitskompetenz an SchülerInnen oder StudentInnen der Kindergartenpädagogik?
5. Wo bestehen, Ihrer Meinung nach, derzeit Lücken in der Vermittlung von Gesundheitskompetenz an SchülerInnen oder StudentInnen der Kindergartenpädagogik?
6. Wie könnte eine bessere Vermittlung von Gesundheitskompetenz in die Ausbildung eingebaut werden?

7. Was ist, Ihrer Meinung nach, für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen bedeutsam? (Maßnahmenliste ExpertInnen)
 - a. Wie könnten die Maßnahmen umgesetzt werden?
 - b. Wer könnte die Maßnahmen umsetzen?

8. Wird, Ihrer Meinung nach, der Kindergarten und die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen in gesundheitspolitischen Diskursen oder Papieren zu wenig beachtet? Wenn ja, warum könnte das so sein?

9. Was könnte eine weitere Vorgehensweise sein, dass Gesundheitskompetenz (gemäß dem R-GZ 3) in die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen integriert wird?

10. Meinen Sie, dass es trotz ähnlicher Lehrplaninhalte Unterschiede, aufgrund der Ausbildungen, zwischen der BAKIP oder dem Kolleg für Kindergartenpädagogik geben könnte?
Wenn ja, welche ?

11. Haben Sie noch Gedanken, die mit der Vermittlung von Gesundheitskompetenz in Kindergärten oder während der Ausbildung zusammenhängen, die ich noch nicht gefragt habe?

12. Können Sie mir noch jemanden empfehlen, die oder den ich in die Arbeit einbeziehen sollte?

Vielen herzlichen Dank!

Expertinnen und Experten:Rein interne Vermerke

Interviewnummer	
Datum, Zeit, Ort	
Institution	
Funktion / Know-How in Bezug aufs Thema:	
Vor- und Nachname	
Geschlecht und Alter	
Tonaufzeichnung erlaubt?	
Interesse an Zusendung der Ergebnisse dieser Masterarbeit? Ja, in welcher Form?	

Lehrende:Rein interne Vermerke

Interviewnummer	
Datum, Zeit, Ort	
Unterrichtsfächer / Unterricht an BAKIP	
Unterrichtsfächer / Unterricht an Kolleg	
Vor- und Nachname	
Geschlecht und Alter	
Tonaufzeichnung erlaubt?	
Interesse an Zusendung der Ergebnisse dieser Masterarbeit? Ja, in welcher Form?	

Anhang 2 Maßnahmenlisten Expertinnen und Experten, sowie Lehrende

(a) Inhalte für die Ausbildung – Expertinnen und Experten und Lehrende

Inhalte- für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen bedeutsam	wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig
Wissen über gesundheitsförderliche und gesundheits-schädliche Faktoren				
Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen				
Verantwortung für die Gesundheit der Kinder übernehmen				
Wissen über Gesundheitsförderung Bescheid				
Selbstmanagement in Ernährung				
Selbstmanagement in Bewegung				
Selbstmanagement in Entspannung				
Persönliche körperliche Befindlichkeit spüren				
Persönliche psychische Befindlichkeit spüren				
Kognitive Verarbeitung und entsprechende Umsetzung vornehmen können				
Selbtsicher sein für sich				
Handlungsfähig sein für sich				
Sicherheit für andere übernehmen können				
Handlungsfähigkeit für andere übernehmen können				
Motivation, um Handlungskompetenzen für sich anzuwenden				
Motivation, um Handlungskompetenzen für andere anzuwenden				
Gesundheit als Managementaufgabe im Kindergarten				
Fähigkeit zu strategischem Handeln, trotz Einflussfaktoren im Setting Kindergarten				
Für sich selbst, im Bereich Gesundheit, Maßnahmen setzen, um Belastungen auszugleichen				
Für sich selbst, im Bereich Ernährung, Maßnahmen setzen, um Belastungen auszugleichen				

Inhalte- für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen bedeutsam	wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig
Für sich selbst, im Bereich Bewegung, Maßnahmen setzen, um Belastungen auszugleichen				
Kenntnisse über den gültigen Bildungsrahmenplan für elementare Kinderbetreuungseinrichtungen über den Bereich „Gesundheit & Bewegung“				
Wissen, dass ihr Verhalten das Wohlbefinden der Kinder beeinflusst				
Wissen, dass ihr Verhalten die Gesundheit der Kinder beeinflusst				
Unterstützen Kinder, eine positive Grundeinstellung zu sich selbst zu entwickeln				
Unterstützen Kinder, eine positive Grundeinstellung zu den eigenen Bedürfnissen zu entwickeln				
Wissen, dass Gesundheit im Leben des Kindergartens von Bedeutung ist				
Wissen, dass Bewegung im Leben des Kindergartens von Bedeutung ist				
Wissen, dass Ernährung im Leben des Kindergartens von Bedeutung ist				
Fähigkeit, Bewegung im Kindergartenalltag umzusetzen				
Fähigkeit, Ernährung im Kindergartenalltag umzusetzen				
Fähigkeit, Hygieneerziehung im Kindergartenalltag umzusetzen				
Motivation, die Kompetenzen im Kindergartenalltag anzuwenden				
Wissen über Qualitätssicherungssysteme Bescheid				
Wissen, an einem gesundheitsförderlichen Kindergarten mitzugestalten				

Inhalte- für die Ausbildung von KindergartenpädagogInnen bedeutsam	wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig
Fähigkeit, an einem gesundheitsförderlichen Kindergarten mitzugestalten				
Motivation, an einem gesundheitsförderlichen Kindergarten mitzugestalten				

(b) Maßnahmen Arbeitsgruppenbericht R-GZ 3 Expertinnen und Experten

Maßnahmen (lt. R-GZ 3)	wichtig	eher wichtig	eher nicht wichtig	nicht wichtig
Vermittlung von Gesundheitskompetenz in das geplante „Bundesrahmengesetz Kindergarten“				
Vermittlung von Lesekompetenz für gesundheitsförderliche Kompetenzentwicklung				
Ausweitung des Programmes REVAN				
Weiterentwicklung des <i>Gesunden Kindertagens</i>				
Gesundheitskompetenzaufbau über die Servicestelle GIVE, mit Einbeziehung der KindergartenpädagogInnen				
Verantwortliche auf Bundesebene und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz im Kindergarten				
Verantwortliche auf Bundesebene und/oder Landesebene für Gesundheitskompetenz in der Ausbildung von PädagogInnen				
Integration von Gesundheitskompetenz in die Ausbildung der PädagogInnen				

Anhang 3 Codier-Buch und erste Seite der Codierungstabelle als Auszug

(a) Codier-Buch

Bezeichnung der Codierung	Code	Inhalt und Abgrenzung	Herkunft
health literacy, Gesundheitskompetenz	HL	Allgemeiner Überbegriff Gesundheitskompetenz. Betonung der individuellen Skills, inkludiert aber auch soziale Skills; besonders kognitive Fähigkeiten und kritische Wahrnehmung und Auseinandersetzung, Selbstwahrnehmung	Sørensen et al.-Modell
Wissen	Wiss	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, (inhaltliches) Wissen zu Gesundheit und Gesundheitsthemen	Sørensen et al.-Modell
Motivation	Motiv	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, Motivation einer Person	Sørensen et al.-Modell
Zugang	Zug	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu suchen, finden und zu erhalten (methodisches Wissen)	Sørensen et al.-Modell
Verstehen	Verst	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, Fähigkeit, die nun zugänglichen gesundheitsbezogenen Informationen zu verstehen	Sørensen et al.-Modell
Beurteilen	Beur	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, Fähigkeit, die zugänglichen und verstandenen gesundheitsbezogenen Informationen zu interpretieren, filtern, bewerten und evaluieren, kritisch	Sørensen et al.-Modell
Anwenden	Anwe	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz, Fähigkeit, zu kommunizieren und die Informationen so zu nutzen (umsetzen), dass Gesundheit erhalten und verbessert wird	Sørensen et al.-Modell
health promotion, Gesundheitsförderung	HP	Unterbegriff zu Gesundheitskompetenz: Anwendungsfähigkeiten innerhalb der physischen und sozialen Umwelt; Rahmenbedingungen, ein Miteinander	Sørensen et al.-Modell
(Eigen) Verantwortung	(Eig) V	Eigenverantwortung, Verantwortung, Verantwortungsbegriff, Verantwortliche für die Umsetzung von Maßnahmen	R-GZ 3
Gesundheitssystem	GS	Gesundheitsberufe, Institutionen wie Krankenhäuser, Krankheitsbilder, medizinische Betrachtungsweisen (von GK)	R-GZ 3
Kindergarten als Lebensraum der Kinder	KiLR	Eltern und weitere Stakeholder, Kindergarten als Institution, Kinder (3- bis 6jährige), Bildung und Erziehung im Kindergarten (Gesundheitsaspekt), Didaktik im Kindergarten	R-GZ 3, Interviews
Kindergarten als Arbeitsfeld der Pädagoginnen und Pädagogen	KiAF	Pädagoginnen und Pädagogen, weitere Stakeholder, Kindergarten und seine Rahmenbedingungen, Vermittlung an die Kinder	R-GZ 3, Interviews
Ausbildungsstätte der Schülerinnen und Schüler/Studierenden	Ausb	Unterrichtsfächer, Unterricht, Lehrkräfte, schulische Qualitätsinitiativen, Übungskindergärten, Studierende, Lehrplan „alt“, Projekte zur Gesundheit	R-GZ 3, Interviews

Bezeichnung der Codierung	Code	Inhalt und Abgrenzung	Herkunft
Lücken / Verbesserungsmöglichkeiten der Ausbildung	Lü	Auch im Zusammenhang mit quantitativer Auswertung, Lücken in gesundheitspolitischen Diskursen, Lücken auf Maßnahmen bezogen, Lücken auf Ausbildung und Lehrpläne bezogen, Verbesserung	Forschungsfrage, Interviews, R-GZ 3
Neuer Lehrplan BAKIP	NeuLP		Interviews
Maßnahmen aus Arbeitsgruppenbericht zu R-GZ 3	Massn	Allgemeine oberste Kategorie, Details siehe quantitative Auswertung, erweiterte Maßnahmen, allgemeines zu R-GZ 3	Maßnahmen Arbeitsgruppe
(Eigene) Gesundheit	(Eig) G	Körperlich, psychisch, Wohlbefinden, ganzheitlich, emotional, Bedürfnisse, Bedeutung der Gesundheit	Interviews
Vermittlung	Verm	Vermittlung an Studierende und Vermittlung an Kinder; Vorbildfunktion, lebensnahe Vermittlung, Vermittlung im Sinne einer Selbsterfahrung (Studierende und Kinder)	Interviews
Bewegung	Beweg	Kinder, Studierende, Pädagoginnen und Pädagogen im Kindergarten, Lehrkräfte (Ausbildung)	Interviews
Ernährung	Ern	Kinder, Studierende, Pädagoginnen und Pädagogen im Kindergarten, Lehrkräfte (Ausbildung)	Interviews
Schultyp	SchT	BAKIP und/oder Kolleg, Lehrpläne, andere Unterschiede	Forschungsfrage
Stressregulierung	Stre	Entspannung; Kinder, Studierende, Pädagoginnen und Pädagogen im Kindergarten, Lehrkräfte (Ausbildung)	Interviews

(b) Codierungstabelle (exemplarisch die erste Seite); Die gesamten Auswertungen, sind bei der Autorin einsehbar.

X = trifft zu. Analyseeinheit = Antwort auf Frage (je Absatz). ID=Interviewnummer

ID	Frage	Ab Zeilnr.	HL	Wiss	Motiv	Zug	Verst	Beur	Anwe	HP	(Eig) V	GS	KiLR	KiAF	Ausb	Lü	NeuLP	Massn	(Eig) G	Verm	Beweg	Ern	SchT	Stre
4	1	7	x	x					x	x									x	x				
		18	x							x										x				
	2	26	x							x									x	x				
		43	x				x	x	x											x	x			
		49		x				x	x										x		x			
		87								x										x				
		102													x									
		120													x									
	3	136			x	x									x					x			x	
		154	x			x			x	x											x	x		
		166								x														
	4	174	x	x		x				x		x				x			x				x	
	5	191	x			x									x				x	x				x
		220		x	x	x			x	x					x					x				
		235	x	x					x						x				x	x				

ID	Frage	Ab Zeilnr.	HL	Wiss	Motiv	Zug	Verst	Beur	Anwe	HP	(Eig)V	GS	KiLR	KiAF	Ausb	Lü	NeuLP	Massn	(Eig)G	Verm	Beweg	Ern	Sc hT	Str e
	6	269			x						x	x			x					x				
		287													x	x							x	
		338								x											x			
	7	363	x														x							
		373													x								x	
		390													x		x						x	
		409														x		x						
	8	418	x	x	x		x		x						x	x					x			
		448													x	x								
		457	x										x		x									
		465		x				x						x	x									
		485						x						x	x	x				x				
		496						x							x									
		504													x	x								
	9	513	x	x			x	x	x						x								x	x
		544			x		x		x						x								x	
		561													x								x	
	10	586	x	x	x				x			x		x		x					x		x	
		604	x									x				x	x							
	11	614	x									x							x	x				