

hkk GESUNDHEITSREPORT | 2020

Ernährungssituation von Kita-Kindern in Bremen

Eine Fragebogenstudie mit Leiterinnen und
Leitern von Bremer Kindertageseinrichtungen



**Ergebnisbericht des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS
(Abteilung Prävention und Evaluation) im Auftrag der hkk Krankenkasse Bremen**

Inhalt

1. Aufbau des Projektberichts	1
2. Hintergrund	1
Wie sieht eine ausgewogene, gesunde Ernährung aus?	1
Welche Faktoren beeinflussen die Ernährung von Kindern?	1
Einflüsse von Eltern und familiärem Lebensstil	2
Welche Bedeutung hat die Kita?	2
Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung bei Kindern	3
Förderung gesunder Ernährung bei Kita-Kindern in Bremen	3
Ziele der Studie	3
3. Methodik	4
4. Ergebnisse	5
Strukturelle Angaben zu den Kitas	5
Mahlzeiten und Verpflegungssituation in den Kitas	6
Vorhandene Maßnahmen zur Ernährungsförderung in der Kita	11
5. Zusammenfassung	19
Stärken und Limitationen der Studie	20
6. Fazit	21
7. Danksagung	21
8. Literaturverzeichnis	22

Abkürzungen und Erklärungen

Abkürzung	Erklärung
BMI	Body-Mass-Index
BZfE	Bundeszentrum für Ernährung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
Kita	Kindertageseinrichtung, Kindertagesstätte, Kindergarten

1. Aufbau des Projektberichts

Zu Beginn werden der Hintergrund und die Zielsetzung der Studie dargestellt. Nach einem Überblick über die Methodik der Studie erfolgt die Darstellung der Ergebnisse. Zum Schluss werden die Ergebnisse zusammengefasst und es wird ein Fazit gezogen.

2. Hintergrund

Die hohe Prävalenz von Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter stellt ein weltweites Gesundheitsproblem dar [1, 2]. Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie beispielsweise ein erhöhter Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen und Störungen des Glukosestoffwechsels treten bei Kindern mit Übergewicht und Adipositas häufiger auf. Ein hoher Body-Mass-Index (BMI) im Kindes- und Jugendalter steigert zudem die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter. Weiterhin vermindern Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen die Lebensqualität und erhöhen das Risiko für Mobbing [3]. Ein hohes Körpergewicht im Kindergarten- und Vorschulalter bleibt häufig bis ins Jugendalter bestehen [4].

Richtlinien für die körperliche Aktivität, aber auch für die Ernährung von Kindern werden vielfach nicht erfüllt. Beispielsweise verzehren Drei- bis Zehnjährige zwar häufiger als noch vor zehn Jahren fünf Portionen Gemüse und Obst am Tag, dennoch wird diese Empfehlung insgesamt von nur 14 Prozent der Kinder und Jugendlichen erreicht [4].

Die Prävention gegen Übergewicht und Adipositas und die Förderung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung vom Kindesalter an haben somit eine hohe Relevanz.

Wie sieht eine ausgewogene, gesunde Ernährung aus?

In der Kindheit werden die Weichen für einen gesundheitsförderlichen Lebensstil im Erwachsenenalter gestellt. Ein wesentlicher Faktor in der Gesundheitsförderung ist eine bedarfs- und altersgerechte Ernährung. Für Kinder hat eine ausgewogene Ernährung vorrangig das Ziel, bei adäquater Energiezufuhr die Versorgung mit allen benötigten Nährstoffen für ein gesundes Heranwachsen sicherzustellen und zur Prävention gegen spätere ernährungsmitbedingte Erkrankungen beizutragen [5]. Nährstoffbezogene Empfehlungen liegen mit den DACH-Referenzwerten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz vor [6]. Damit diese auch in der

Bevölkerung umgesetzt werden können, sind lebensmittelbasierte Empfehlungen bzw. konkrete mahlzeitenbezogene Richtlinien erforderlich [7, 8]. Alexy und Kersting [5] haben mit dem Konzept der Optimierten Mischkost Grundregeln für eine ausgewogene Ernährung von Kindern und Jugendlichen entwickelt. Empfohlen werden der reichliche Verzehr von pflanzlichen Lebensmitteln und kalorienfreien Getränken sowie der mäßige Verzehr von tierischen Produkten und der sparsame Verzehr von Lebensmitteln mit einem hohen Anteil an Fett und Zucker.

Die mahlzeitenbezogenen Empfehlungen sowie die Referenzwerte für Lebensmittelmengen in der Optimierten Mischkost werden im hkk Gesundheitsreport 2019 „Gesunde Ernährung von Kita-Kindern in Bremen“ ausführlich beschrieben [9]. Auch das Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) empfiehlt für Kinder eine Ernährung, bei der rund drei Viertel der Lebensmittel pflanzlichen Ursprungs sind. Dargestellt werden die Empfehlungen des BZfE in der Ernährungspyramide, in der auch Angaben über die wünschenswerte tägliche Anzahl an Portionen aus den jeweiligen Lebensmittelgruppen gemacht werden [8].

Welche Faktoren beeinflussen die Ernährung von Kindern?

Das Ernährungsverhalten wird durch viele Faktoren beeinflusst. Daher ist eine Veränderung des Ernährungsverhaltens nicht einfach herbeizuführen. Aspekte des eigenen Verhaltens, aber auch der Verhältnisse wie beispielsweise Möglichkeiten und Gegebenheiten vor Ort und im eigenen Umfeld spielen hierbei eine Rolle.

Eine erste Prägung erfolgt bereits prä- und postnatal durch das mütterliche Essverhalten. Evolutionsbiologische Programme wie die Vorliebe für „süß“ bei Neugeborenen, das langsame, gewohnheitsbildende „Hineinschmecken“ in die umgebende Esskultur („Mere Exposure Effect“) sowie die „Neophobie“, die Ablehnung unbekannter Speisen, haben große Bedeutung bei der Entwicklung des Essverhaltens. Je jünger ein Kind ist, desto wichtiger sind die Primärbedürfnisse wie „Hunger und Sättigung“. Mit zunehmendem Alter

werden diese von äußeren Einflüssen wie festgelegten Essenszeiten oder vorgegebenen Portionsgrößen überlagert [10]. Ebenso spielen Lernprozesse bei der Entwicklung des Essverhaltens eine Rolle. Das entscheidende Lernprinzip für Kinder ist das Beobachtungslernen. Besonders für kleine Kinder agieren die Eltern als Rollenmodelle hinsichtlich des Ernährungsverhaltens [11]. Auch Erzieher*innen und andere enge Bezugspersonen werden in ihrem Essverhalten von Kindern imitiert [12]. Darüber hinaus lernen Kinder durch direkt erlebbare positive Verhaltenskonsequenzen, zum Beispiel durch angenehme Geschmackserlebnisse. Dagegen führen Strategien in der Ernährungserziehung wie Zwang, Bevormundung oder Drohungen mit weit in der Zukunft liegenden negativen Konsequenzen (zum Beispiel „schlechte“ Zähne) eher zu gegenteiligen Effekten [13]. So kann das regelmäßige Trösten von Kindern mit Lebensmitteln möglicherweise im weiteren Lebensverlauf zu relevanten Gewichtszunahmen führen [13].

Einflüsse von Eltern und familiärem Lebensstil

Vorherige Untersuchungen haben weitere Faktoren identifiziert, die mit dem Ernährungsverhalten bei Kindern assoziiert waren. In einer Studie wurde deutlich, dass Kinder, die viel Zeit vor dem Fernseher oder anderen Medien verbrachten, eine süßere und fettreichere Ernährung aufwiesen [14]. Eine weitere Untersuchung ergab, dass Kinder süßere und fettreichere Ernährungsmuster aufwiesen, wenn auch ihre Eltern ein solches Ernährungsverhalten hatten. Dabei stieg die Stärke des Zusammenhangs mit wachsender Anzahl gemeinsamer Familienmahlzeiten [15]. Hinsichtlich der Ähnlichkeiten des Ernährungsverhaltens innerhalb von Familien zeigte sich in einer Studie von Bogl et al. eine größere Ähnlichkeit zwischen Geschwistern als zwischen Kindern und ihren Eltern [16]. Zudem zeigten Kinder von Eltern mit einem höheren Bildungsniveau eine weniger süße und damit gesündere Ernährungsweise [17]. Des Weiteren stellten Böttcher und Jahn fest, dass die Ernährung bei Familien bzw. Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Lebenslagen (unter anderem bezogen auf Einkommen, Migration, soziale Integration, Geschlecht) weniger den Empfehlungen für eine gesunde Ernährung entsprach als in sozial besser gestellten Familien [18].

Die genannten Ergebnisse stellen Hinweise darauf dar, dass viele familiäre Faktoren im Zusammenhang mit dem kindlichen Ernährungsverhalten stehen. Familien sind allerdings in ihrem häuslichen Umfeld für Interventionen eher schwer zu erreichen. Geeigneter erscheint ein externes Setting, in dem Familien oder Familienangehörige regelmäßig anzutreffen sind.

Welche Bedeutung hat die Kita?

In Deutschland besuchten 2019 etwa 2,1 Millionen Kinder, das sind rund 92 Prozent der Drei- bis Sechsjährigen, eine Kindertagesstätte (Kita) [19]. Die Lebenswelt Kita ist in besonderer Weise geeignet, im Gesundheitswesen Verhaltens- und Verhältnisprävention zu realisieren, denn hier können schon früh die Weichen für einen gesundheitsförderlichen Ernährungsstil gestellt werden [20]. Aus diesem Grund werden Kindertagesstätten als geeignetes Setting erachtet, um gesundheitsfördernde Maßnahmen für Kinder durchzuführen [21].

Je nach Bundesland verzehren bis zu 99 Prozent der Kinder, die eine Kita besuchen, die Mittagsmahlzeit in der Einrichtung (Ländermonitor, 2018). Geeignete Interventionen in der Kindertagesstätte, wie zum Beispiel ein ausgewogenes Verpflegungsangebot oder pädagogische Aktivitäten rund um das Thema Essen und Trinken, könnten das Ernährungsverhalten verbessern und eine positive Ernährungssozialisation begünstigen. Dabei sollten auch die Eltern mit einbezogen werden. Interventionen, die in Kitas durchgeführt werden, können durch eine gute Kommunikation und Akzeptanz der Eltern auch in das Elternhaus hineingetragen werden [21].

Für die Ernährung und Ernährungsbildung von Kindern in Kitas gelten im Prinzip die gleichen Empfehlungen wie für die Ernährung von Kindern im häuslichen Umfeld [22]. Die Umsetzung der Empfehlungen gestaltet sich jedoch in der Gemeinschaftsverpflegung je nach vorgegebenen Rahmenbedingungen unterschiedlich. So können unter anderem die Höhe des vorgegebenen Budgets für Lebensmittel, das Verpflegungssystem, zum Beispiel ob in einer Kita frisch gekocht oder das Essen warm angeliefert wird, die räumlichen Vorgaben, Fachkenntnisse und Einstellungen der Mitarbeiter*innen und vieles mehr die Qualität der Verpflegung von Kindern in Tageseinrichtungen beeinflussen [23, 24].

Das Nationale Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule (NQZ) beschreibt mehrere Konzepte zur Qualitätssicherung in der Kita-Verpflegung [25]. Mit den regelmäßig aktualisierten „DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ liegen seit 2009 umfassende, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für die Ernährung in Kitas vor [26]. Als weitere Modelle für die Qualitätssicherung in der Kita-Verpflegung werden das Optimix-Konzept [5, 7], die Ernährungspyramide des BZfE [8] sowie die „Bremer Checkliste“ genannt. Die „Bremer Checkliste“ basiert auf den Empfehlungen der Optimierten Mischkost und stellt ein Instrument zur Qualitätssicherung bei der Speiseplanung in Kitas dar [27].

In den DGE-Qualitätsstandards [26] für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder werden – neben den Empfehlungen zu Lebensmittelauswahl, Portionsgrößen und Häufigkeiten – Hinweise zur räumlichen und

zeitlichen Gestaltung der Mahlzeiten, zur Ernährungsbildung sowie zur Zusammenarbeit mit den Eltern formuliert. Pädagogische Fachkräfte sollten sich beispielsweise ihrer Vorbildfunktion bewusst sein, Kindern Fertigkeiten beim Essen vermitteln, ihnen neue Lebensmittel nahebringen sowie eigene Vorlieben und Abneigungen nicht auf die Kinder übertragen [26].

Qualitätsstandards für die Kita-Verpflegung können jedoch nur hilfreich sein, wenn sie den Kitas bekannt sind und umgesetzt werden. Eine Befragung von etwa 1.400 Kitas in Deutschland im Rahmen der Studie zur Verpflegung in Kindertageseinrichtungen (VeKiTa) ergab, dass in 47 Prozent der befragten Kitas Kenntnisse über externe Qualitätsstandards für die Verpflegung vorlagen, in 46 Prozent der Kitas war das nicht der Fall [20]. Bei der Frage nach der Berücksichtigung eines externen Qualitätsstandards bei der eigenen Kita-Verpflegung nannten knapp 30 Prozent die DGE-Qualitätsstandards, etwa 3 Prozent das OptimiX-Konzept, 4 Prozent die „Bremer Checkliste“ und 4 Prozent gaben an, andere Standards umzusetzen [20]. Ein Drittel der Befragten gab an, keine externen Standards zu berücksichtigen, und 26 Prozent machten hierzu keine Angaben [20].

Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung bei Kindern

In einer systematischen Literaturrecherche zu der Effektivität von Maßnahmen zur Ernährungsförderung bei Kindern wurden nur geringe Effekte von Interventionen hinsichtlich einer Verbesserung des Obst- und Gemüseverzehr von Kindern festgestellt [28]. Die Interventionen der eingeschlossenen Studien beinhalteten Ernährungsschulungen für Eltern, Ernährungsschulungen für Kinder, strukturelle Veränderungen in Kitas und beispielsweise Achtsamkeitstrainings für die Kinder. Van de Kolk et al. veröffentlichten 2019 ein Review, in dem sie Interventionen aus dem Vorschul-Setting zur Verbesserung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens beschrieben [29]. Auch hier lag der Fokus auf Interventionen, die Eltern aktiv beteiligten. Hinsichtlich einer Verbesserung des Ernährungsverhaltens wurden Interventionen, bei denen sowohl das Personal im Kindergarten als auch die Eltern durch theoretische und praktische Maßnahmen geschult wurden, beschrieben. Des Weiteren zeigten sich die Interventionen erfolgreicher, die Eltern und Kinder gemeinsam mit einbezogen hatten [29].

Es lässt sich festhalten, dass bisherige Interventionen zur Ernährungsförderung bei Kindern nur bedingt erfolgreich waren. Aufgrund der hohen Anzahl an übergewichtigen und adipösen Kindern und der bisher nur unzureichend effektiven Maßnahmen ist es weiterhin relevant, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention für Kita-Kinder zu entwickeln.

Ein gesundes Verpflegungsangebot in Kindertageseinrichtungen kann einen Beitrag zur Prävention gegen Übergewicht und Adipositas leisten [4]. Der Lebensstil in der Familie und in den Lebenswelten, in denen Kinder aufwachsen, sollte gesundheitsorientierter gestaltet werden, um die Empfehlungen gesunder Ernährung zu erreichen [4].

Förderung gesunder Ernährung bei Kita-Kindern in Bremen

Mit dem Ziel der Förderung gesunder Ernährung von Kita-Kindern in Bremen wurde die EWISS-Studie ins Leben gerufen. Ein Schwerpunkt dieser Studie war die Bestandsaufnahme bestehender Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung in Kitas. Des Weiteren sollten zukünftige Maßnahmen identifiziert werden, die zu der Gesundheitsförderung von Kita-Kindern beitragen können.

Im ersten Teil der Studie wurden leitfadengestützte Interviews mit zehn Erzieherinnen durchgeführt, die in Kitas in unterschiedlichen Bremer Stadtteilen tätig waren. Das Ziel von EWISS I bestand darin, einen ersten Überblick über das Ernährungswissen und -verhalten der Eltern aus Sicht von Erzieher*innen zu erhalten. Als förderliche Faktoren für eine gesunde Ernährung von Kita-Kindern wurden das Interesse von Eltern am Thema Ernährung, angemessene Vorbilder und eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieher*innen genannt. Sowohl Eltern als auch Erzieher*innen wurde eine wichtige Vorbildfunktion zugeschrieben. Die befragten Erzieherinnen beschrieben das Ernährungswissen der Eltern als heterogen, zudem beobachteten sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung des vorhandenen Wissens. Zeitmangel, das Erleben von Stress oder geringe finanzielle Ressourcen schränkten aus Sicht der Erzieherinnen die Möglichkeiten der Umsetzung für Eltern ein. Unterschiedliche kulturelle Faktoren beeinflussten das Ernährungsverhalten zusätzlich. In den Interviews mit den Erzieherinnen wurden viele verschiedene Maßnahmen innerhalb der Kitas und auch in Zusammenarbeit mit Eltern und Familien beschrieben. Von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeit wurden neben den Inhalten der Maßnahmen auch die Art und Weise der Umsetzung gesehen.

Die ausführlichen Ergebnisse sind im hkk Gesundheitsbericht 2019 „Gesunde Ernährung von Kita-Kindern in Bremen“ einzusehen [9].

Ziele der Studie

Aufbauend auf dem ersten Teil der Studie, war das Ziel der zweiten Studie (EWISS II), die Sichtweise von Kita-Leiterinnen und Kita-Leitern bezüglich der Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kita-Kindern zu erhalten.

Diese Befragung beinhaltete folgende konkrete Fragestellungen:

- Wie sieht die Ernährungs- und Verpflegungssituation in Bremer Kindertageseinrichtungen aus?
- Wie werden die Ernährungskompetenzen und das Ernährungsverhalten von Eltern bewertet?
- Welche Maßnahmen zur Verbesserung des kindlichen Ernährungsverhaltens werden in Kindertageseinrichtungen in Bremen durchgeführt?
- Durch welche bestehenden Maßnahmen werden Eltern besonders gut mit einbezogen?
- Gibt es Bedarf an weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen?

3. Methodik

Die vorliegende Studie wurde als Gemeinschaftsprojekt vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS und der hkk Krankenkasse entwickelt und vom BIPS durchgeführt. Es handelt sich um eine quantitative Studie, in deren Rahmen eine elektronische Befragung von Kita-Leitungen im Juni 2020 durchgeführt wurde.

Leiterinnen und Leiter von Kindertageseinrichtungen in Bremen wurden per E-Mail über die öffentlich zugänglichen E-Mail-Adressen kontaktiert und zur Studienteilnahme eingeladen. Unterstützerschreiben der wichtigsten Kita-Träger in Bremen wurden zudem eingeholt. Eine einmalige Erinnerungs-E-Mail wurde drei Wochen nach Studienbeginn versendet. Innerhalb der E-Mail sowie unter dem dazugehörigen Online-Link befanden sich die Studieninformationen, die unter anderem auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie hinwiesen. Allein wenn die Einverständniserklärung zur Studienteilnahme abgegeben war, wurde der elektronische Fragebogen aufgezeigt.

Der Fragebogen bestand aus insgesamt 36 Fragen zu verschiedenen Themenbereichen. Neben Fragen zu demographischen Daten zu den jeweiligen Kita-Einrichtungen wurden Fragen zu der aktuellen Verpflegungssituation in der Kita, zu den Ernährungskompetenzen von Erzieher*innen und Eltern, zu aktuellen Maßnahmen zur Ernährungsförderung in der Kita sowie zu dem Bedarf an zukünftigen Maßnahmen gestellt.

Unter allen Studienteilnehmer*innen wurden zehn Kita-Kochbücher als Dank für die Studienteilnahme verlost. Die dafür erfragten Kontaktdaten wurden in einer separaten Datenbank gespeichert, so dass eine Zuordnung der Kontaktdaten und Forschungsdaten nicht möglich ist. Der Datensatz wurde nach der Erhebung mittels SPSS deskriptiv ausgewertet. Die hkk Krankenkasse hatte zu keinem Zeitpunkt Zugriff auf die Forschungsdaten und war nicht an der Durchführung oder Auswertung der Studie beteiligt.

Basierend auf öffentlich zugänglichen Kontaktadressen von Kitas in Bremen wurde eine Übersichtsliste angefertigt. Insgesamt wurden 215 Kitas identifiziert, davon hatten 209 eine öffentliche E-Mail-Adresse angegeben, wovon 206 E-Mail-Adressen aktuell waren. Es wurden somit 206 Kita-Einrichtungen in Bremen kontaktiert. Insgesamt haben 55 Personen eingewilligt an der Befragung teilzunehmen. Drei der 55 Befragten haben keine der Fragen beantwortet; somit bestand der finale Datensatz aus 52 Teilnehmenden (25 Prozent Rücklaufquote).

Ein positives Ethikvotum für die Durchführung des Forschungsvorhabens wurde von der Ethikkommission der Universität Bremen eingeholt.

4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil ist in drei Teile gegliedert. Zunächst wird ein Überblick über die teilnehmenden Kindertageseinrichtungen gegeben. Danach werden Ergebnisse zur Mahlzeiten- und Verpflegungssituation innerhalb der Kita aufgezeigt. Zuletzt werden Ergebnisse zu Maßnahmen zur Förderung gesunder Ernährung dargestellt.

Strukturelle Angaben zu den Kitas

An der Befragung nahmen 52 Leitungen aus Kitas teil, dabei waren alle Stadtteile Bremens vertreten. Die Einrichtungen gehörten überwiegend zu den freien und öffentlichen Trägern. Am häufigsten wurden in den

teilnehmenden Einrichtungen zwischen 51 und 150 Kinder betreut. Die betreuten Kinder waren im Alter von null bis zwölf Jahren, wobei ein Großteil der betreuten Altersgruppen zwischen einem und sechs Jahre alt war. Der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund lag bei mehr als der Hälfte der teilnehmenden Kitas über 50 Prozent. Der Anteil an Eltern mit Inanspruchnahme von Leistungen zur Bildung und Teilhabe war knapp einem Drittel der befragten Kita-Leiter*innen unbekannt, ein weiteres Drittel gab diesen Anteil mit weniger als 25 Prozent an.

Eine Übersicht über die Merkmale der Kita-Einrichtungen lässt sich in Tabelle 1 einsehen.

		N	%
Stadtteil	Nord	16	32,0
	Ost	15	30,0
	Süd	10	20,0
	West	5	10,0
	Mitte	4	8,0
Träger	Freier Träger	33	67,3
	Öffentlicher Träger	14	28,6
	Privatwirtschaftlicher Träger	2	4,1
Anzahl der betreuten Kinder	< 50	5	10,0
	51–100	24	48,0
	101–150	17	34,0
	151–200	3	6,0
	201–250	1	2,0
Betreute Altersgruppen (Mehrfachantworten möglich)	Bis 1 Jahr	24	46,2
	1–3 Jahre	42	80,8
	4–6 Jahre	44	84,6
	7–12 Jahre (Hort)	11	21,2
Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund	Weniger als 25 %	12	24,5
	Zwischen 25 % und 49 %	4	8,2
	Zwischen 50 % und 74 %	14	28,6
	75 % und mehr	15	30,6
	Anteil unbekannt	4	8,1
Anteil an Eltern mit Inanspruchnahme von Leistungen zur Bildung und Teilhabe	Weniger als 25 %	17	34,7
	Zwischen 25 % und 49 %	5	10,2
	Zwischen 50 % und 74 %	6	12,2
	75 % und mehr	5	10,2
	Anteil unbekannt	16	32,7

Tabelle 1 Übersicht über die Merkmale der teilnehmenden Kita-Einrichtungen

Mahlzeiten und Verpflegungssituation in den Kitas

In fast allen Einrichtungen wird ein Mittagessen bereitgestellt, mehr als die Hälfte der Kitas stellt Frühstück bereit. Während das Frühstück bei knapp der Hälfte der Kitas „gleitend“ stattfindet, gibt es für das Mittagessen überwiegend feste Zeiten. Die Mahlzeiten finden in

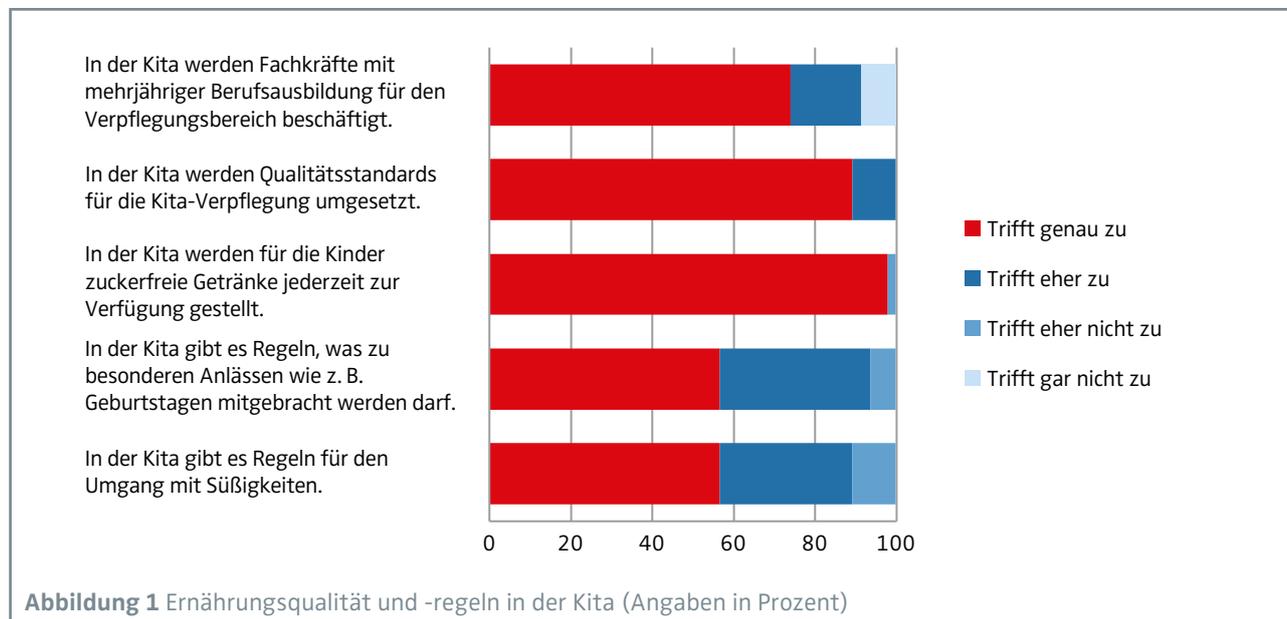
Gruppenräumen oder ausgewiesenen Essbereichen statt. In den meisten Kitas wird das Mittagessen frisch vor Ort zubereitet. Tabelle 2 beinhaltet eine Übersicht zu der Mahlzeitsituation in den Kitas.

		N	%
Bereitgestellte Mahlzeiten in der Kita	Frühstück	25	52,1
	Mittagessen	46	95,8
	Nachmittagsnack	36	75,0
Regeln für mitgebrachtes Frühstück	Es wird nichts von zu Hause mitgebracht	20	43,5
	Es gibt Regeln	19	41,3
	Es gibt keine Regeln	4	8,7
	Unterschiedliche Handhabung in den Gruppen	3	6,5
Zeiten des Frühstücks	Feste Frühstückszeiten	22	52,4
	Frühstück „gleitend“	20	47,6
Ort des Frühstücks	Gruppenraum	25	56,8
	Ausgewiesener Essbereich	19	43,2
Zeiten des Mittagessens	Feste Mittagessenszeiten	39	88,6
	Mittagessen „gleitend“	5	11,4
Ort des Mittagessens	Gruppenraum	26	59,1
	Ausgewiesener Essbereich	18	40,9
Vorwiegende Zubereitung des Mittagessens	Frische Zubereitung vor Ort	35	77,8
	Warme Anlieferung	7	15,6
	Gefrorene/Gekühlte Anlieferung und Erwärmung vor Ort	2	4,4
	Warme Anlieferung durch benachbarte Kita	1	2,2

Tabelle 2 Übersicht über die Mahlzeitsituation in den Kitas

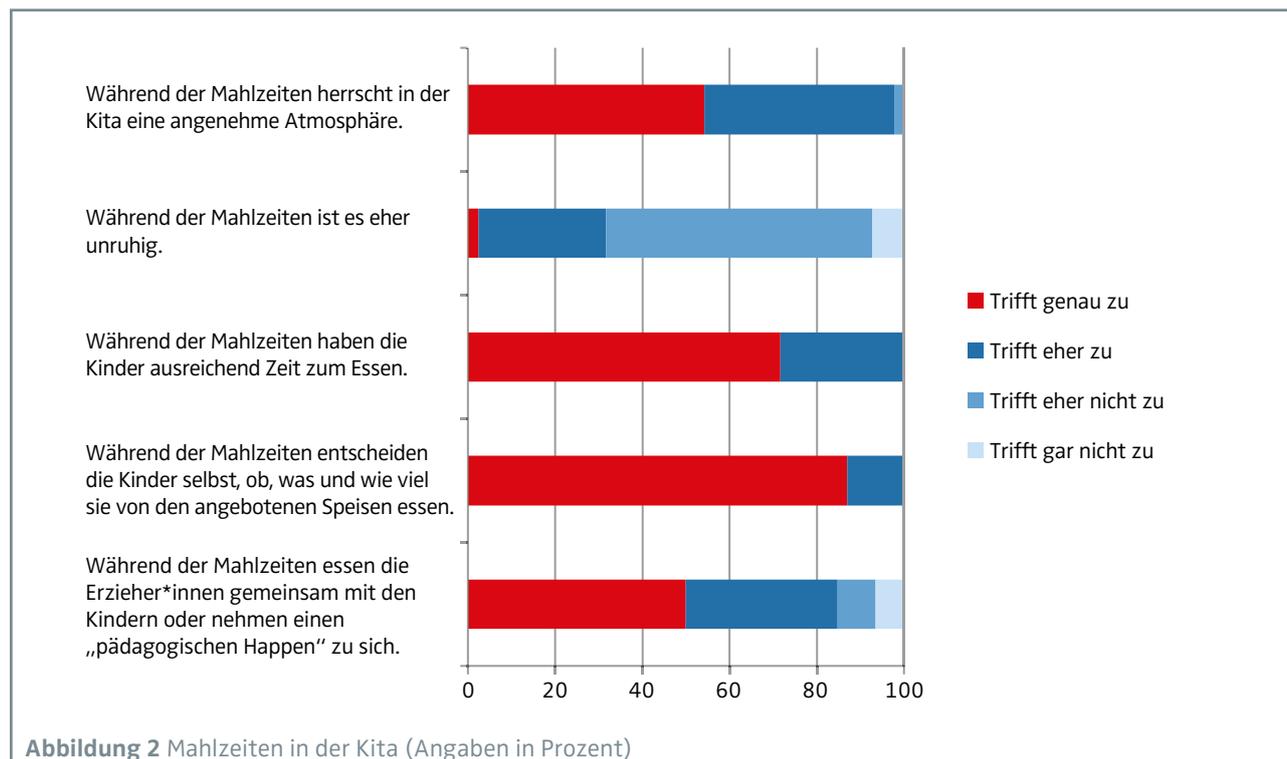
Es zeigte sich, dass fast in allen Kitas Qualitätsstandards für die Kita-Verpflegung umgesetzt werden (siehe Abbildung 1). Zudem werden in den meisten Kitas Fachkräfte mit mehrjähriger Berufsausbildung für den Verpflegungsbereich beschäftigt. Bezüglich der Qualität der angebotenen Speisen und Getränke

wurde deutlich, dass zuckerfreie Getränke in fast allen Bremer Einrichtungen jederzeit für die Kinder verfügbar sind. In mehr als 50 Prozent der Kitas gibt es außerdem Regeln für den Umgang mit Süßigkeiten und mitgebrachten Speisen zu besonderen Anlässen.



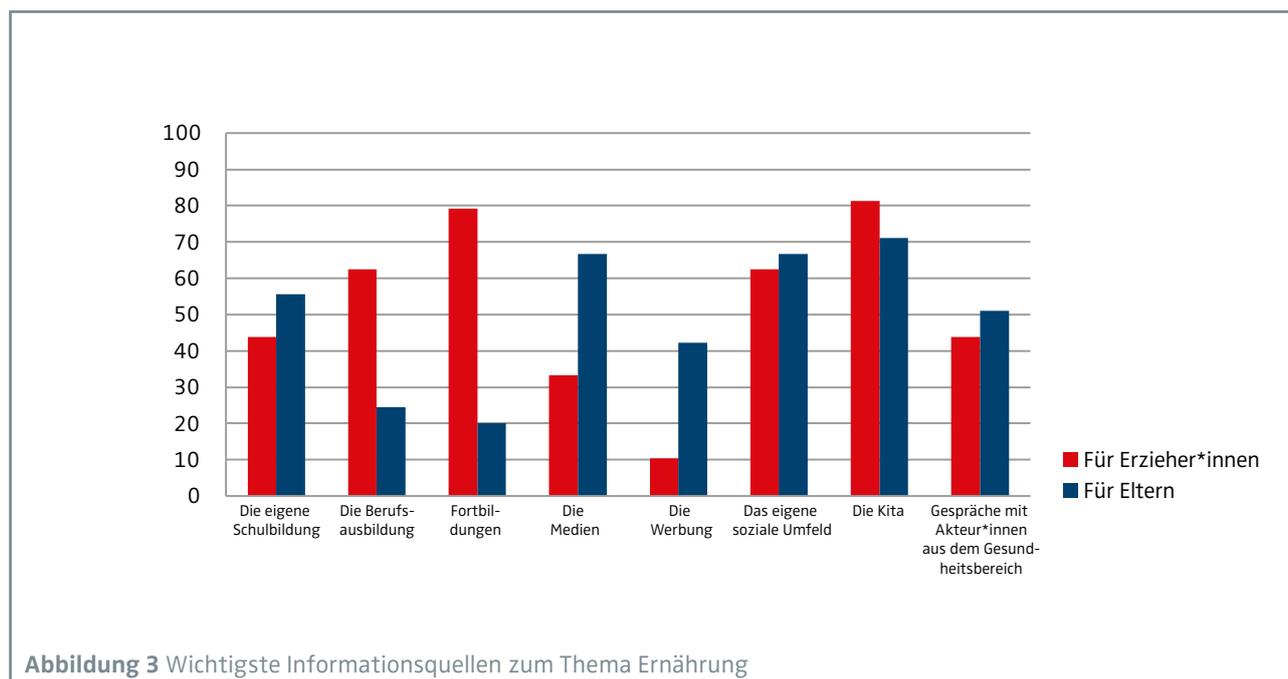
In vielen Kitas finden die Mahlzeiten aus Sicht der Leitungen in einer angenehmen Atmosphäre statt, Unruhe während der Mahlzeiten ist jedoch bei etwa einem Drittel der Kitas ein Thema (siehe Abbildung 2). Ein Großteil der befragten Kita-Leiter*innen gab an, dass die Erzieher*innen gemeinsam mit den Kindern die Mahlzeiten oder einen „pädagogischen Happen“

einnehmen. Mehr als 80 Prozent der befragten Kita-Leiter*innen gaben an, dass die Erzieher*innen in ihrer Kita gut zum Thema Ernährung informiert seien. Gleichzeitig meinte jedoch die Hälfte der Kita-Leiter*innen, dass Erzieher*innen Unterstützungsbedarf im Bereich gesunde Ernährung hätten.



Aus Sicht der Kita-Leiter*innen stellen sowohl für die Erzieher*innen als auch für die Eltern die Kita und das eigene soziale Umfeld die wichtigsten Informationsquellen zum Thema Ernährung dar (siehe Abbildung 3). Als weitere wichtige Informationsquellen zum Thema Ernährung wurden für Erzieher*innen Fortbildungen und die Berufsausbildung genannt, für die Eltern die eigene Schulbildung und die Medien.

Die Erhebung zeigte, dass Eltern aus Sicht der Kita-Leiter*innen mehrheitlich auf eine gesunde Ernährung ihrer Kinder achten und dass ihnen Empfehlungen beispielsweise zu ungesüßten Getränken, gemeinsamen Mahlzeiten und Vollkornprodukten bekannt sind (Abbildung 4). Als mehrheitlich unbekannt wurden die Kennzeichnung mit dem „Nutri-Score“ sowie die Empfehlungen zum Fleisch- und Wurstkonsum im Kindesalter beurteilt. Weitere Aussagen waren, dass über die Hälfte der Eltern Kenntnisse über gesunde Ernährung haben, diese aber aus Sicht der Kita-Leitungen oftmals nicht umsetzen. So bringt etwa die Hälfte der Eltern ihren Kindern bei der Abholung aus der Kita häufig Süßigkeiten, Salzgebäck oder Fastfood mit.



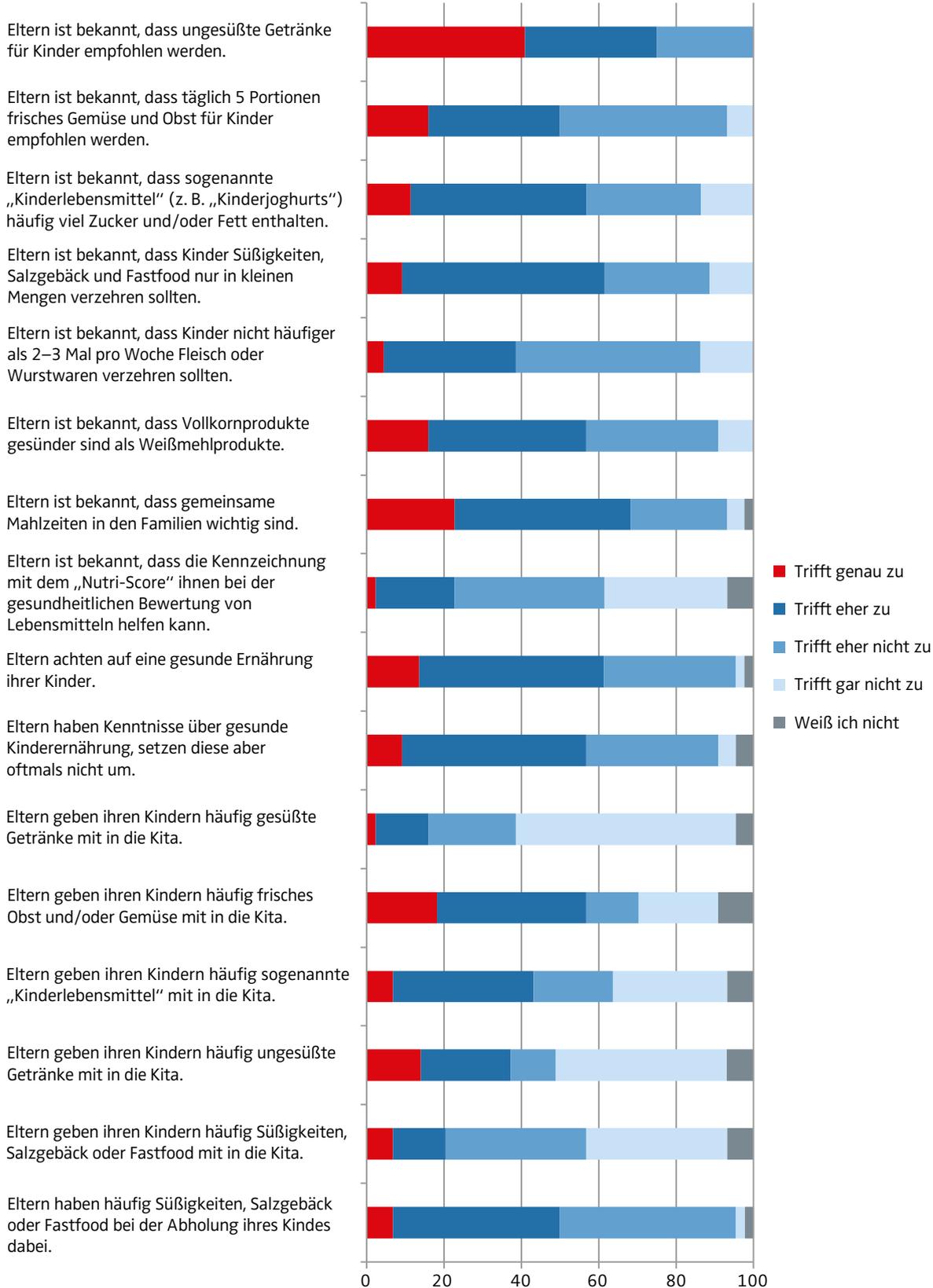
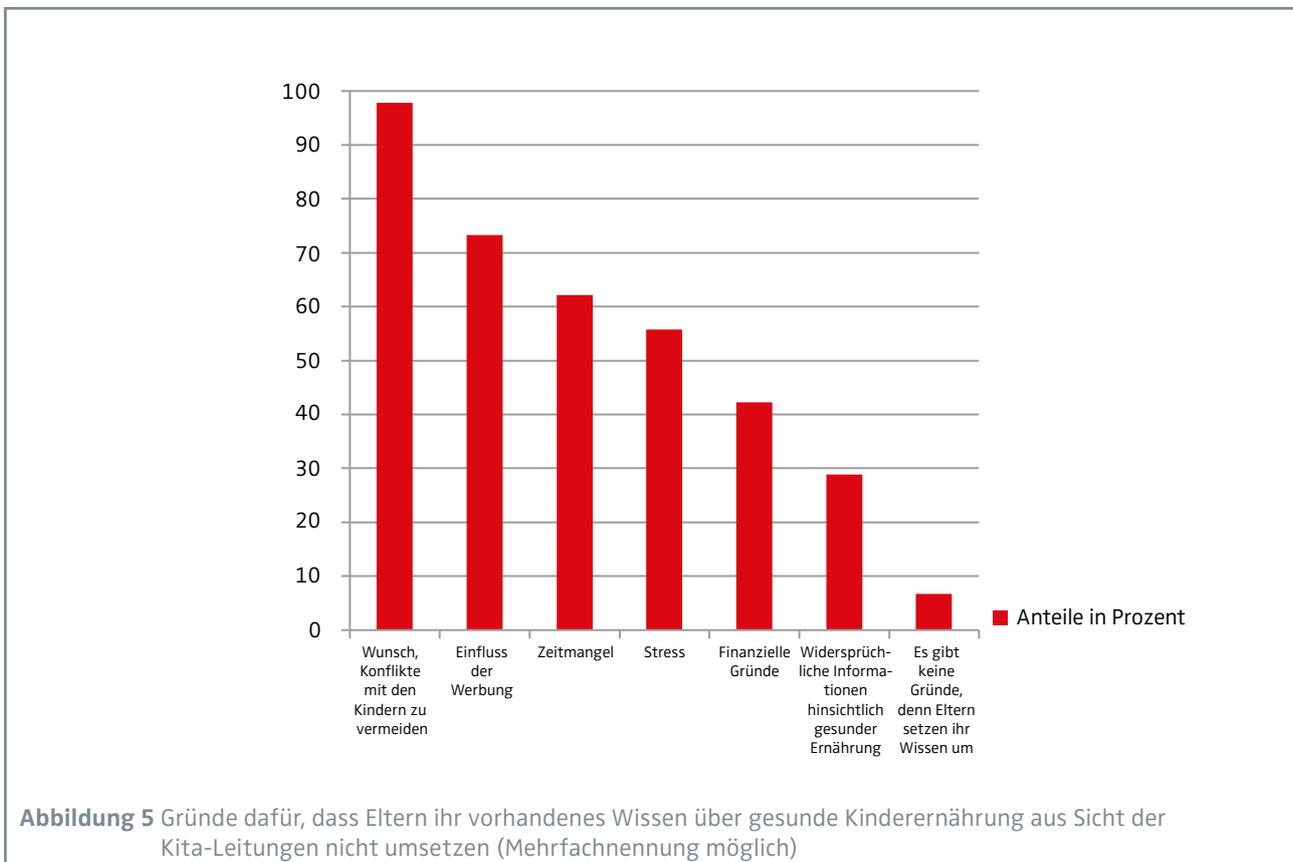


Abbildung 4 Ernährungskompetenz von Eltern (Angaben in Prozent)

Fast alle Teilnehmenden gaben den Wunsch, Konflikte mit den Kindern vermeiden zu wollen, als möglichen Grund dafür an, dass Eltern ihr vorhandenes Wissen über gesunde Kinderernährung nicht umsetzten (Abbildung 5). Weitere häufig genannte Gründe waren der

Einfluss von Werbung, Zeitmangel und Stress.

Insgesamt stimmten 79 Prozent der Kita-Leiter*innen zu, dass es weiterhin Bedarf an Angeboten für Eltern zum Thema gesunde Kinderernährung gibt.



Vorhandene Maßnahmen zur Ernährungsförderung in der Kita

Als bestehende Maßnahmen in Kitas, Eltern über gesunde Kinderernährung allgemein und über die Verpflegung im Haus zu informieren und sie zu beteiligen, wurden am häufigsten der Wochen Speiseplan, das Aufnahmegespräch zu Beginn der Kita-Zeit, die „Zwischen Tür- und Angel“-Gespräche der Erzieher*innen mit den Eltern, das Mitbringen von Speisen zu besonderen Anlässen und Informationsmaterialien genannt (Abbildung 6). Aus Sicht der Kita-Leiter*innen sind von diesen Maßnahmen Infomaterialien, wie zum Beispiel Flyer und Broschüren, und das Aufnahmegespräch am besten geeignet, Eltern über Ernährungsthemen zu

informieren. Die Mehrheit der Kita-Leiter*innen gab jedoch an, dass keine der bestehenden Maßnahmen am besten geeignet ist.

Zu der Frage, wer in der Kita die Maßnahmen zur Ernährungsbildung für Eltern durchführt, gaben mehr als 75 Prozent der Befragten an, dass Erzieher*innen und Leiter*innen Maßnahmen zur Ernährungsbildung für Eltern in der Kita durchführen, knapp ein Viertel nannte externe Referent*innen oder hauswirtschaftliche Fachkräfte. Weniger als 20 Prozent der Befragten gaben an, dass die Kita-Träger Maßnahmen für Eltern durchführen.

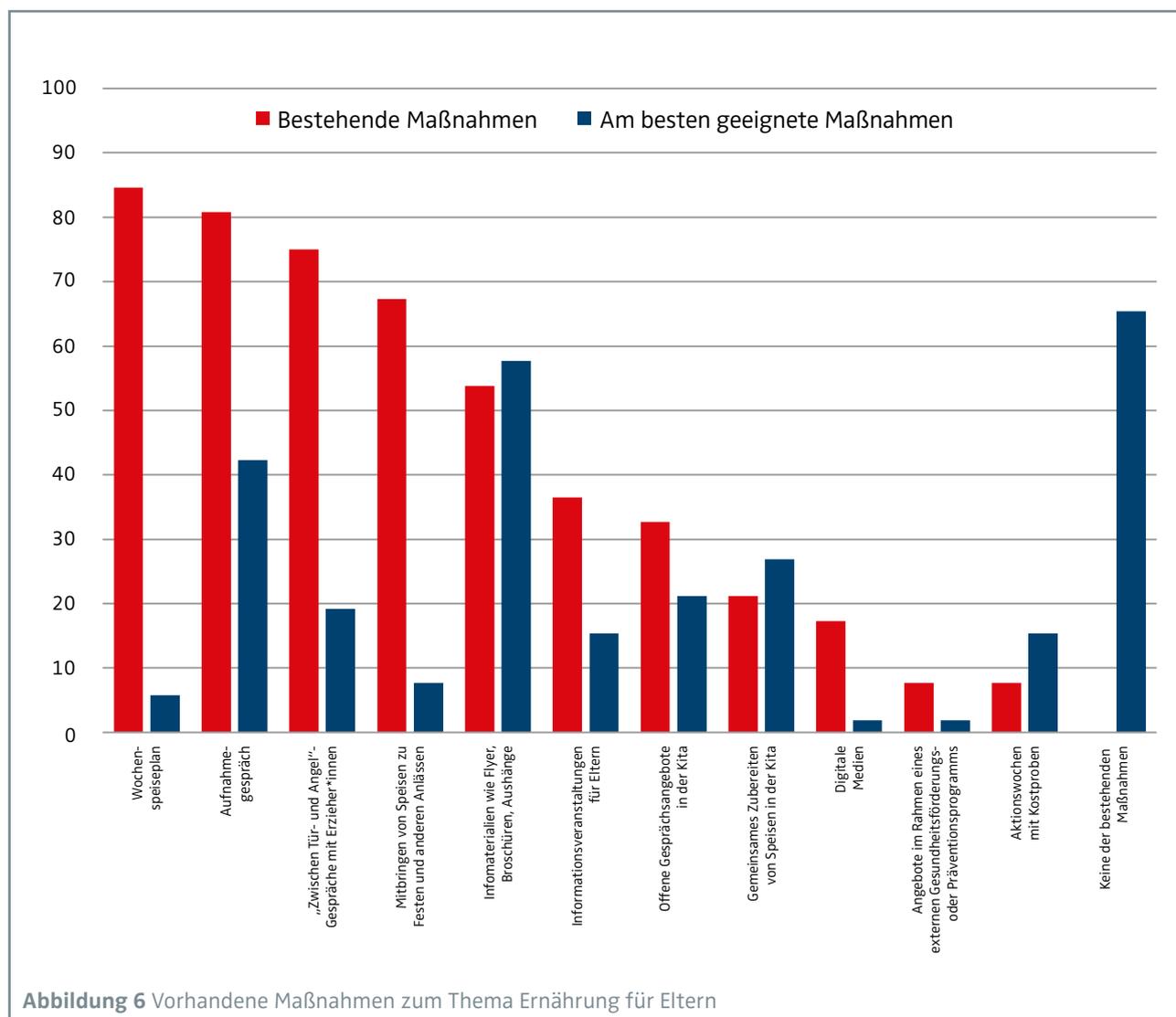
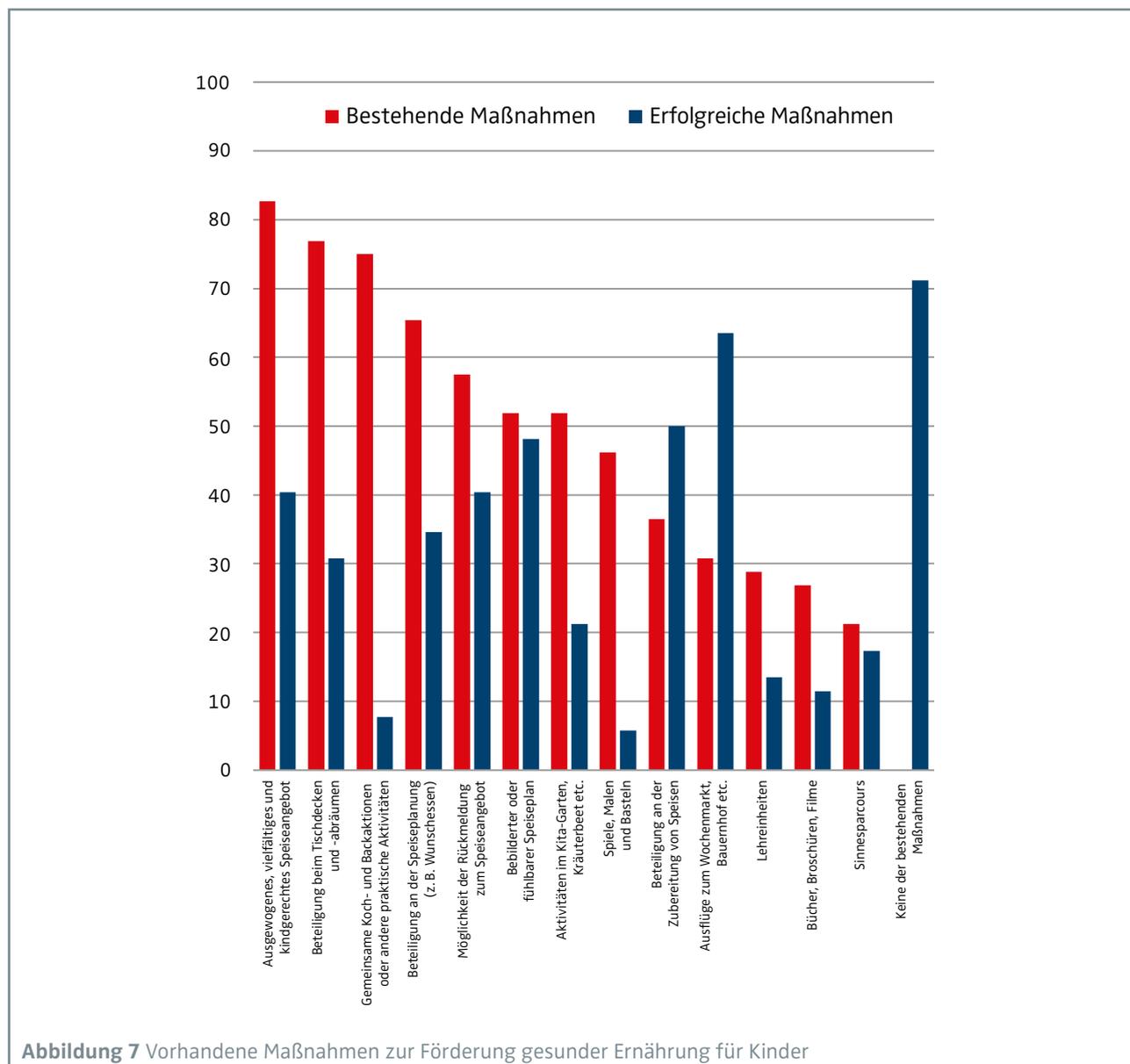


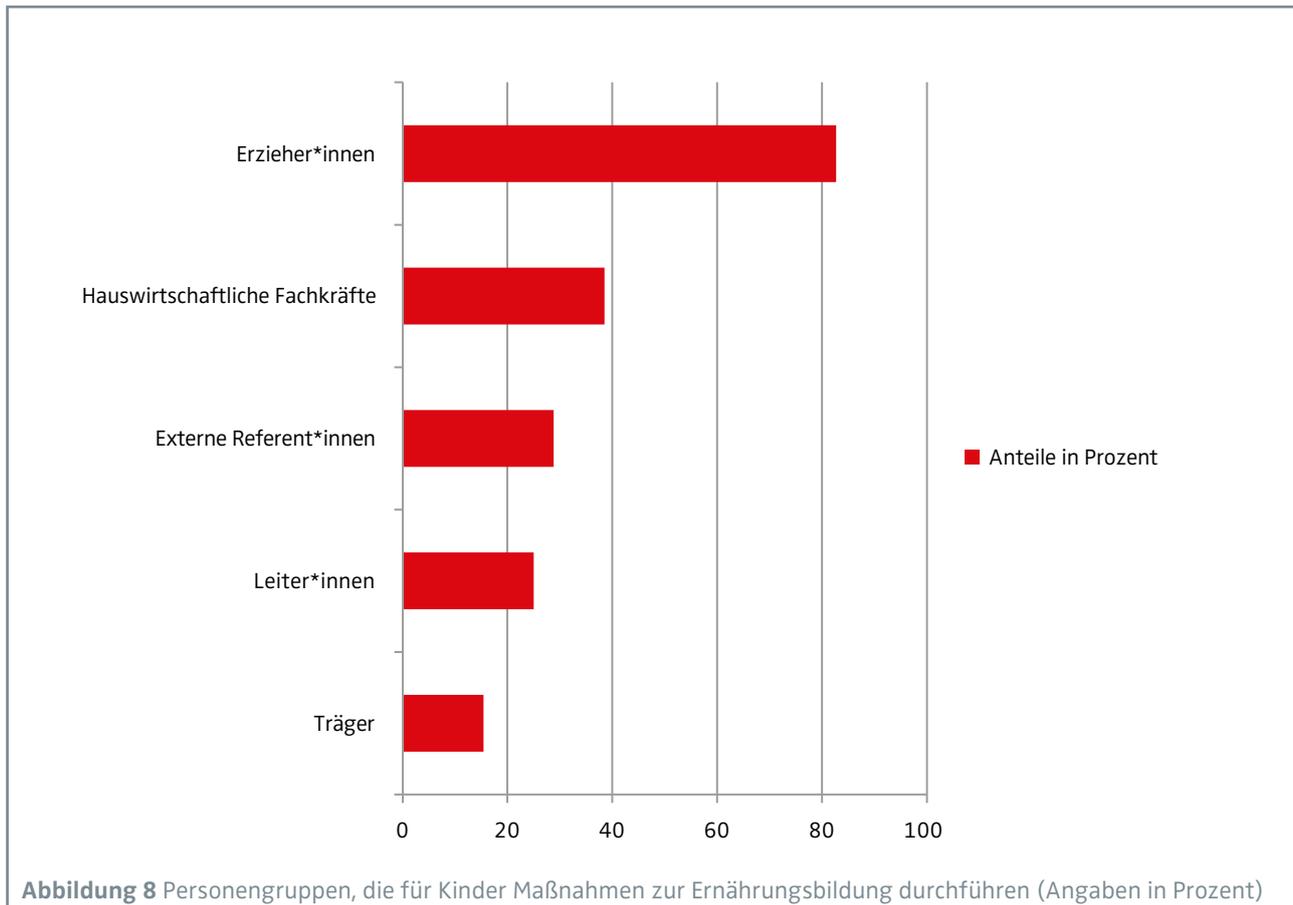
Abbildung 6 Vorhandene Maßnahmen zum Thema Ernährung für Eltern

Auf die Frage nach bereits bestehenden Maßnahmen für Kinder zur Förderung gesunder Ernährung in der Kita wurden überwiegend ein ausgewogenes, vielfältiges und kindgerechtes Speiseangebot, Beteiligung der Kinder beim Tischdecken und -abräumen, gemeinsame Koch- und Backaktionen mit den Kindern, Beteiligung der Kinder an der Speiseplanung, Möglichkeit der Rückmeldung zum Speiseangebot, bebilderte oder fühlbare

Speisepläne, Aktivitäten im Garten, Kräuterbeet und andere angegeben (Abbildung 7). Von den bestehenden Maßnahmen wurden Ausflüge zu Wochenmärkten, Bauernhöfen etc., die Beteiligung an der Zubereitung von Speisen sowie bebilderte oder fühlbare Speisepläne am häufigsten als erfolgreich bewertet. Die Mehrheit der Befragten gab jedoch an, dass keine der bestehenden Maßnahmen erfolgreich seien.

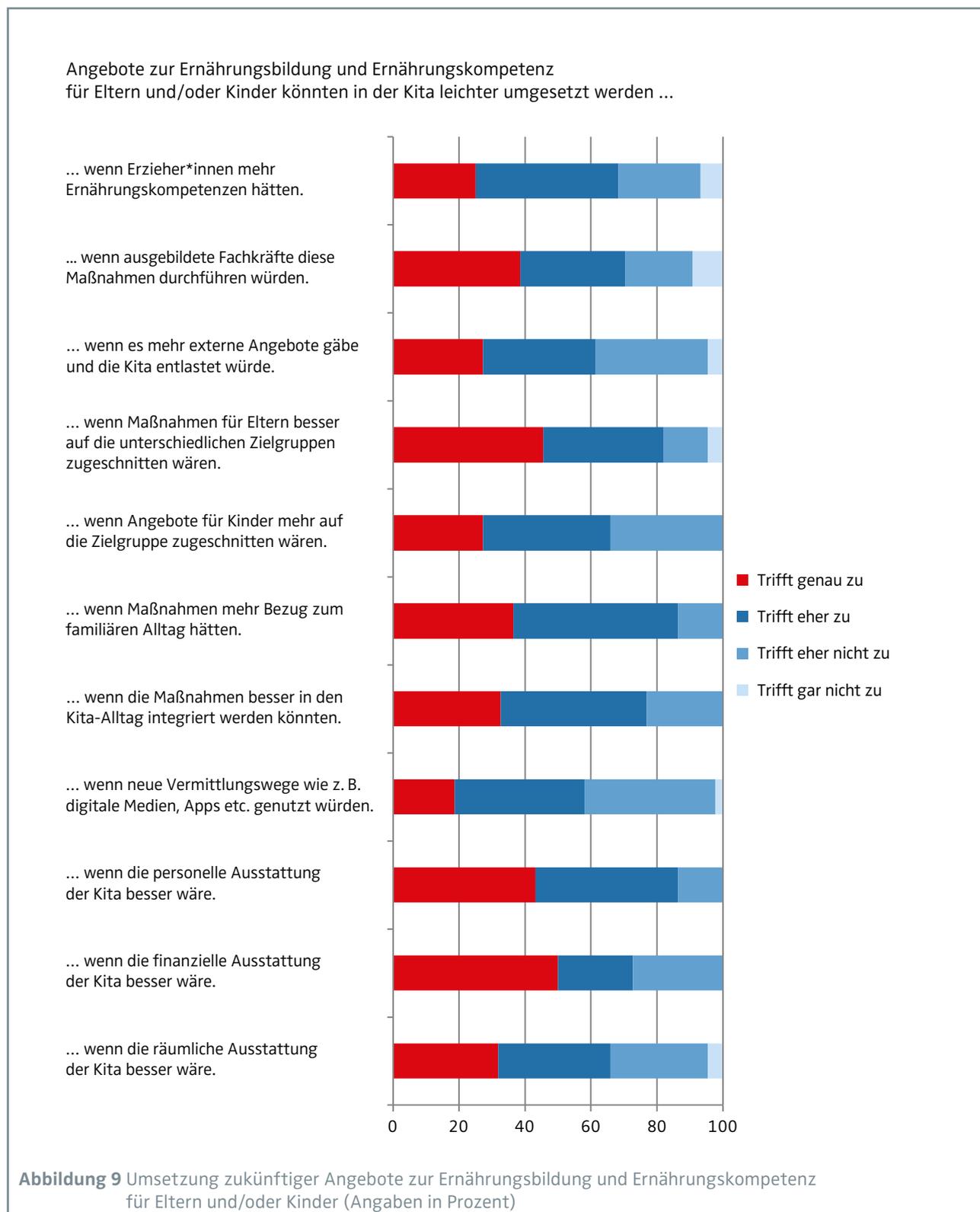


In den befragten Kitas werden Maßnahmen zur Ernährungsbildung für Kinder von Erzieher*innen, Leiter*innen, externen Referent*innen, hauswirtschaftlichen Fachkräften und Trägern durchgeführt, wobei die Erzieher*innen am häufigsten genannt wurden (Abbildung 8).



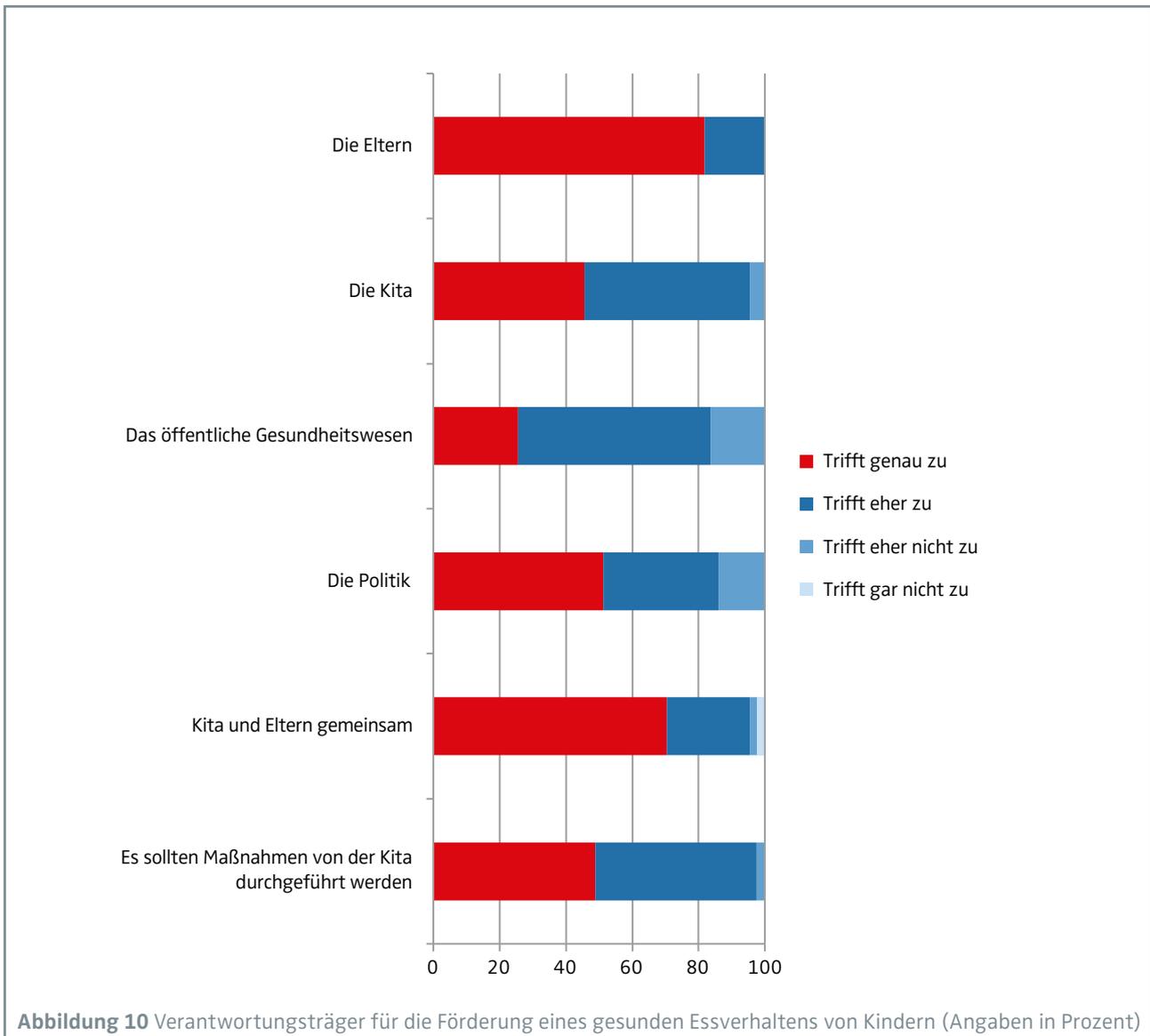
Als Faktoren, die die Umsetzung der Angebote zur Ernährungsbildung und Ernährungskompetenz für Eltern und/oder Kinder erleichtern würden, wurden am häufigsten eine bessere personelle Ausstattung der Kita, ein stärkerer Bezug der Maßnahmen zum familiären Alltag und eine bessere Anpassung der Maßnahmen an die unterschiedlichen Zielgruppen angegeben (Ab-

bildung 9). Uneinheitlich war die Meinung der befragten Kita-Leiter*innen, ob neue Vermittlungswege wie digitale Medien oder externe Programme zur Entlastung der Kita die Umsetzung der Angebote zur Ernährungsbildung und Ernährungskompetenz für Eltern und/oder Kinder erleichtern würden.



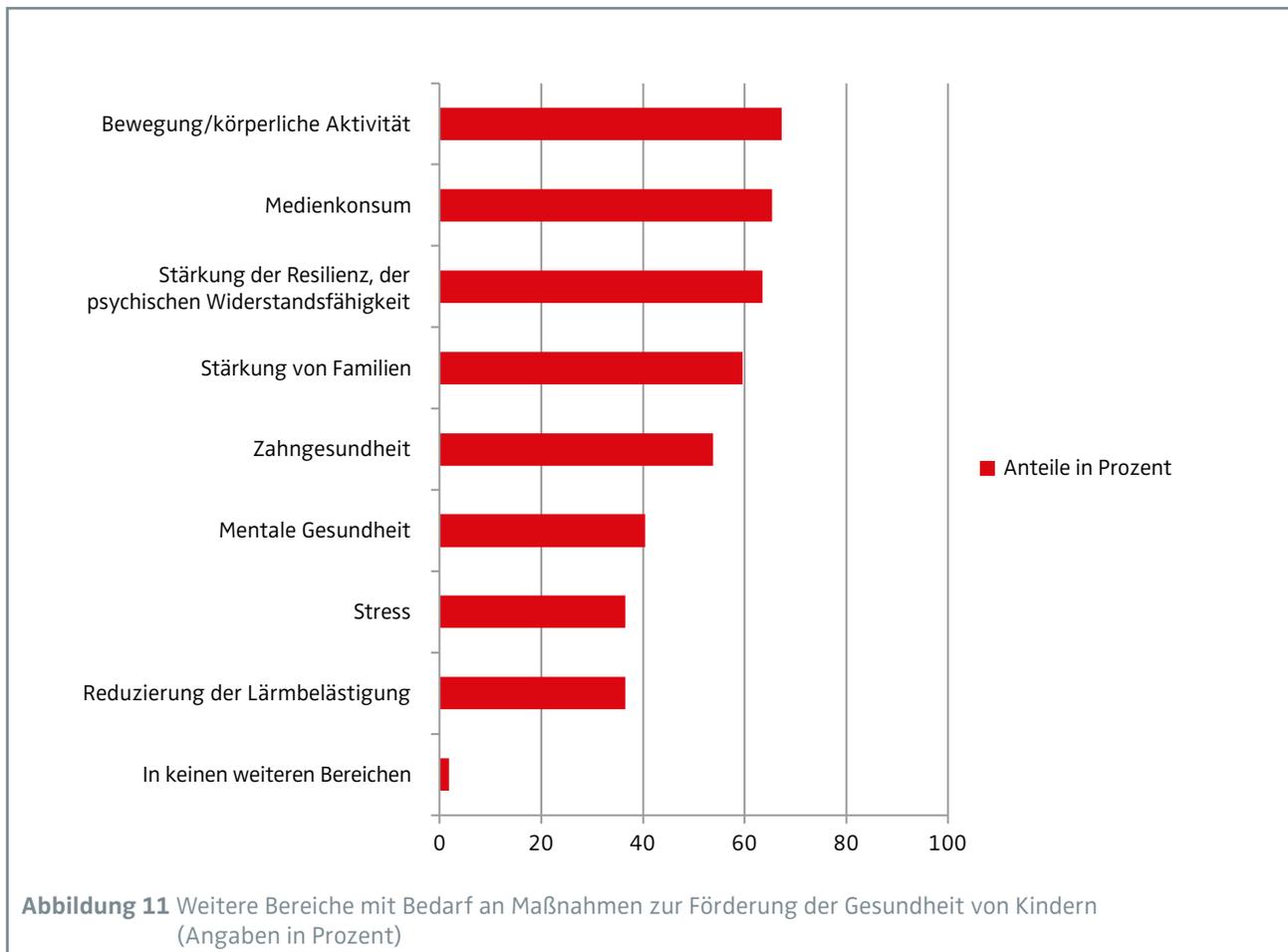
Als Verantwortungsträger für die Förderung eines gesunden Essverhaltens von Kindern wurden von allen Kita-Leitungen die Eltern angegeben. Gemeinsam mit den Eltern sehen aber fast alle Befragten die Kita ebenfalls als Verantwortungsträger und gaben an,

dass Maßnahmen von der Kita durchgeführt werden sollten. Verantwortung für die Förderung eines gesunden Essverhaltens der Kinder tragen nach Auffassung der Kita-Leiter*innen außerdem das öffentliche Gesundheitswesen und die Politik (Abbildung 10).



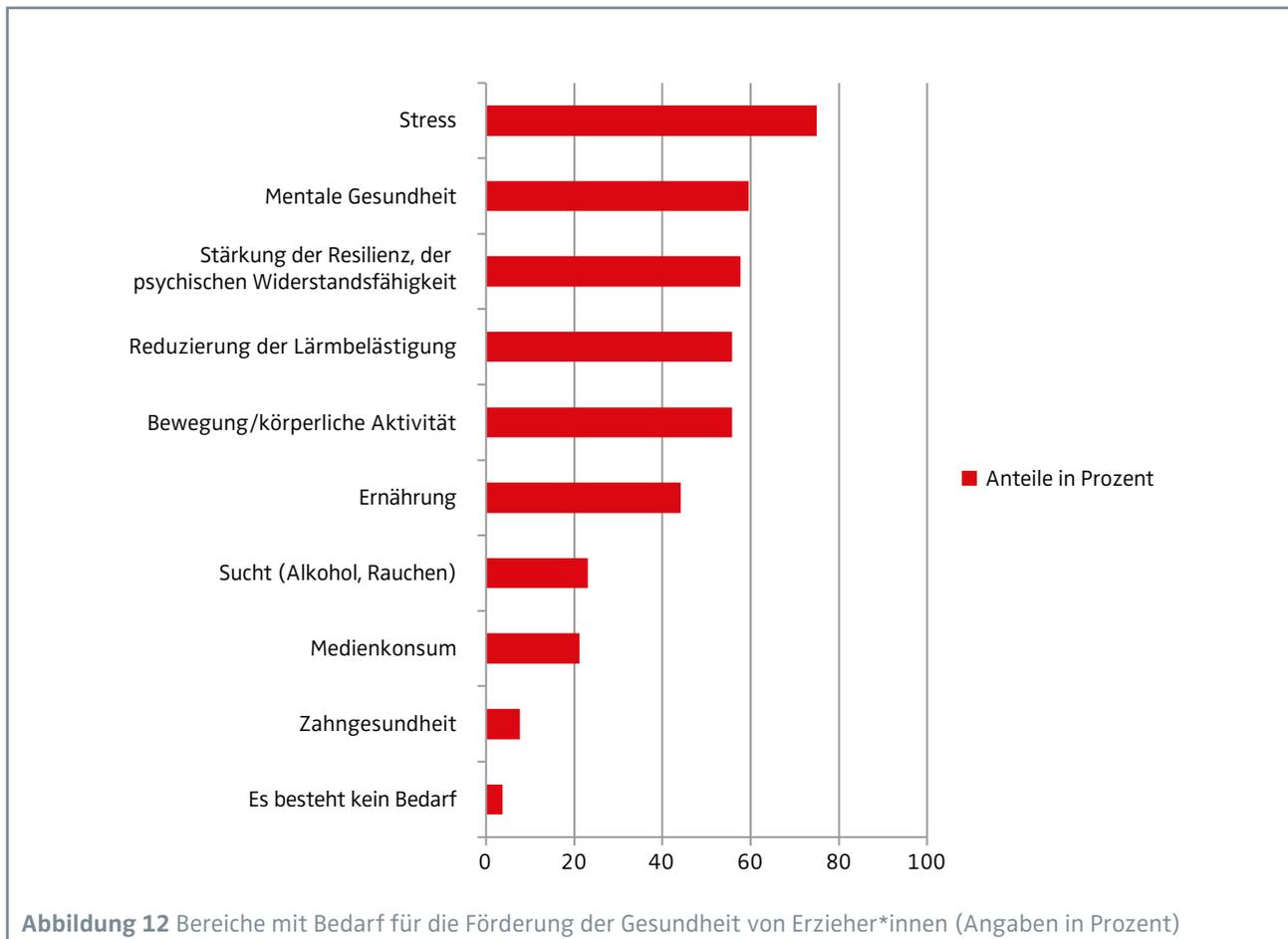
Weiterer Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen bei Kita-Kindern wird überwiegend in den Bereichen Bewegung/körperliche Aktivität, Medienkonsum, Stär-

kung der Resilienz bzw. der psychischen Widerstandsfähigkeit, Stärkung von Familien und Zahngesundheit gesehen (Abbildung 11).



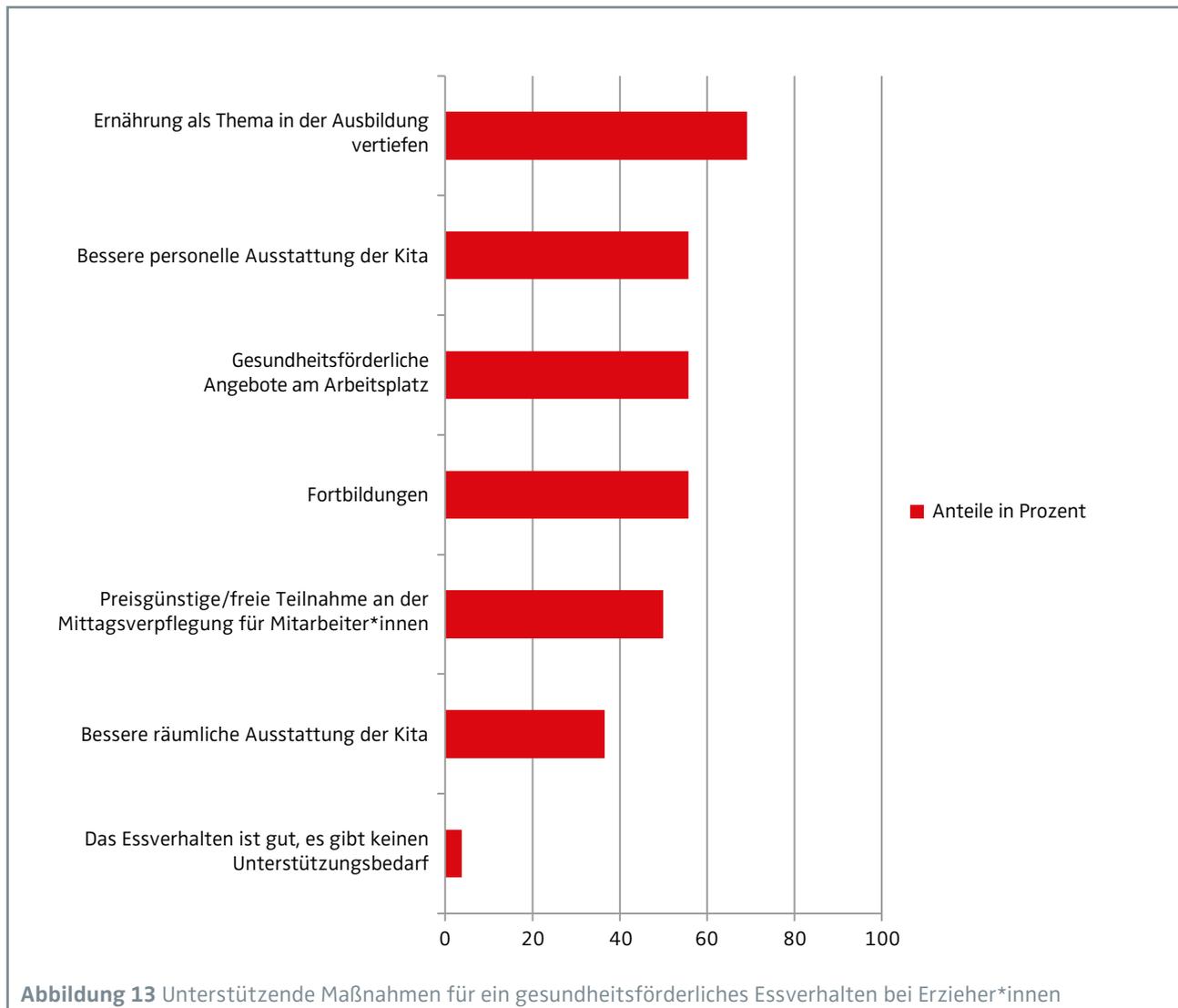
84 Prozent der Kita-Leiter*innen in Bremer Kitas sehen auch Bedarf an Maßnahmen zur Stärkung und Unterstützung der Gesundheit bei den Erzieher*innen, vor allem in den Bereichen Stress, mentale Gesundheit, Stärkung der Resilienz/der psychischen Widerstands-

fähigkeit, Reduzierung der Lärmbelästigung sowie Bewegung/körperliche Aktivität. Knapp die Hälfte der Kita-Leiter*innen gab an, dass Bedarf an Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung für die Erzieher*innen vorhanden sei (Abbildung 12).



Unterstützend für ein gesundheitsförderliches Essverhalten bei Erzieher*innen sind den Ergebnissen zufolge vor allem die Vertiefung des Themas Ernährung in der Ausbildung, eine bessere personelle Ausstattung der Kita, gesundheitsförderliche Angebote am Arbeitsplatz und Fortbildungen.

Weniger als 10 Prozent gaben an, dass das Essverhalten der Erzieher*innen gut sei und es keinen Unterstützungsbedarf gebe.



5. Zusammenfassung

Ziel des Projektes war es, die Sichtweise von Kita-Leiterinnen und Kita-Leitern in Bremen bezüglich der Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kita-Kindern zu erhalten. Hierzu wurde eine Online-Befragung durchgeführt, an der 52 Kita-Leiter*innen teilnahmen. Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass in fast allen Kitas Qualitätsstandards für die Kita-Verpflegung umgesetzt werden und Regeln und Strukturen für die Verpflegung vorliegen. So nahmen die Kinder täglich zwei bis drei Mahlzeiten in der Kita zu sich, darunter meist das Mittagessen, aber oftmals auch Frühstück und ein Nachmittagsnack. In den meisten Kitas wird nach Angaben der Kita-Leiter*innen das Essen vor Ort täglich frisch zubereitet. Zudem werden in fast allen teilnehmenden Kitas Fachkräfte mit mehrjähriger Erfahrung im Verpflegungsbereich eingesetzt.

Die Kita-Leiter*innen sehen die Verantwortung für die Förderung eines gesunden Essverhaltens von Kindern bei Eltern und Kitas gemeinsam. Verantwortung für die Förderung eines gesunden Essverhaltens der Kinder tragen nach den Angaben der Leitungen außerdem das öffentliche Gesundheitswesen und die Politik.

Die an der Befragung teilnehmenden Kita-Leitungen gaben an, dass Eltern mehrheitlich auf eine gesunde Ernährung ihrer Kinder achten und dass ihnen Empfehlungen, zum Beispiel zu Getränken, gemeinsamen Mahlzeiten und Vollkornprodukten, bekannt seien. Meist unbekannt sei die Empfehlung, dass Kinder nicht häufiger als zwei- bis dreimal pro Woche Fleisch und Wurstwaren verzehren sollten, sowie die Kennzeichnung von verpackten Lebensmitteln mit dem „Nutri-Score“. Der „Nutri-Score“ ist jedoch erst seit November 2020 offiziell in Kraft und dürfte daher einem Großteil der Verbraucher*innen zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht sehr bekannt gewesen sein. Von Interesse wird sein, ob sich mit der Einführung des „Nutri-Scores“ relevante Änderungen oder neue Diskussionen in Bezug auf das Ernährungsverhalten in Familien ergeben.

Die Befragung der Kita-Leitungen zeigte, dass Eltern insbesondere bei der Umsetzung von vorhandenem Wissen über gesunde Ernährung oftmals scheitern. Hier zeigt sich das Dilemma zwischen Theorie und Praxis. So gab etwa die Hälfte der teilnehmenden Leitungen an, dass Eltern bei der Abholung ihres Kindes häufig Süßigkeiten, Salzgebäck oder Fastfood dabei hätten. Als Grund dafür wurde von einigen Kita-Leitungen der Wunsch der Eltern, Konflikte mit den Kindern zu vermeiden, angegeben. Außerdem beeinflusse Werbung die Umsetzung einer gesunden Kinderernährung negativ. Neben kulturellen Unterschieden beeinflussen die

Verhältnisse und das familiäre Essumfeld ebenfalls das Ernährungsverhalten. Auch Zeitmangel und Stress bei den Eltern erschwerten nach Auffassung der Kita-Leiter*innen die Umsetzung einer gesunden ausgewogenen Ernährung.

Einige Kita-Leitungen merkten an, dass der aktuelle finanzielle Beitrag zur Verpflegung in Kitas in Bremen nicht kostendeckend sei und für die Vollverpflegung der Kinder Zusatzbeiträge der Eltern notwendig seien, was für viele Familien eine Belastung darstellen könnte. Kleinere Einrichtungen hätten zudem keinen Anspruch auf eine eigene Küche und könnten das Essen dementsprechend nicht selbst frisch zubereiten.

Kita-Leiter*innen nannten in der Befragung viele verschiedene Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung, die innerhalb des Kita-Settings durchgeführt werden. So wurden neben Aktivitäten mit den Kindern auch Angebote für Familien und Eltern angesprochen. Ausflüge zu Wochenmärkten, Bauernhöfen etc., die Beteiligung an der Zubereitung von Speisen und gebildete oder fühlbare Speisepläne erwiesen sich aus Sicht der Leitungen als erfolgreich. Maßnahmen, die Kinder aktiv mit beteiligen, wurden eher als erfolgreich bewertet. Die Beteiligung der Kinder bei der Zubereitung von Speisen stelle eine wirksame Maßnahme zur Förderung gesunder Ernährung bei Kindern dar. Angeboten wird dies nach Angaben der Leitungen jedoch nur von etwa einem Drittel der Einrichtungen. Zudem wurde die Herstellung der Mahlzeit vor Ort als wichtig erachtet.

Aus Sicht der Leitungen wurden insbesondere das Aufnahmegespräch, aber auch Informationsmaterialien als geeignete Möglichkeiten gesehen, um gemeinsam mit Eltern zum Thema Ernährung ins Gespräch zu kommen.

Die Mehrheit der Leitungen gab an, dass keine der angegebenen bestehenden Maßnahmen besonders zielführend sei, um eine gesunde Ernährung von Kita-Kindern zu fördern. Es zeigte sich, dass aus Sicht der Leitungen weiterhin Unterstützungsbedarf zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Essverhaltens und zur Ernährungsbildung besteht. Neben der Förderung einer gesunden, ausgewogenen Ernährung wurden zudem noch Bewegung/körperliche Aktivität und mentale Gesundheit/Resilienz als Bereiche genannt, für die Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen besteht. Dies gelte nicht nur für die Gesundheitsförderung von Kindern, sondern auch für die von Erzieher*innen.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse ist in Abbildung 14 dargestellt.

Fragen der Studie	Ergebnisse der Befragung (N = 52)
Wie sieht die Ernährungs- und Verpflegungssituation in Bremer Kindertageseinrichtungen aus?	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsstandards für die Kita-Verpflegung liegen in fast allen Kitas vor und werden auch umgesetzt. Oftmals wird das Essen vor Ort frisch zubereitet. • Die meisten Kita-Kinder nehmen täglich zwei bis drei Mahlzeiten in der Kita zu sich, darunter meist das Mittagessen, aber häufig auch das Frühstück und ein Nachmittagssnack. • In den meisten Kitas werden im Verpflegungsbereich Fachkräfte mit langjähriger Erfahrung eingesetzt.
Wie werden die Ernährungskompetenzen und das Ernährungsverhalten von Eltern bewertet?	<ul style="list-style-type: none"> • Aus Sicht der Kita-Leitungen ist bei Eltern in vielen Bereichen ausreichendes Wissen über gesunde Ernährung vorhanden, allerdings scheitert es oftmals an der Umsetzung im Alltag. • Es wurden vielerlei Gründe für die Umsetzungsschwierigkeiten benannt (z. B. Einfluss der Medien, Kosten, Stress, Zeitmangel, familiäre Essenssituation etc.).
Welche Maßnahmen zur Verbesserung des kindlichen Ernährungsverhaltens werden in Kindertageseinrichtungen in Bremen durchgeführt? Durch welche bestehenden Maßnahmen werden Eltern besonders gut mit einbezogen?	<ul style="list-style-type: none"> • Viele verschiedene Maßnahmen werden bereits mit unterschiedlich großem Erfolg im Setting Kita durchgeführt (z. B. Beteiligung der Kinder an der Zubereitung von Speisen, Wunschessen, Besuch des Wochenmarktes etc.). • Maßnahmen mit aktiver Beteiligung und Mitwirkung der Kinder wurden als erfolgreich bewertet. • Das Aufnahmegespräch und Informationsmaterialien wurden als erfolgreichste Möglichkeit gesehen, Eltern zu erreichen.
Gibt es Bedarf an weiteren gesundheitsförderlichen Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen?	<ul style="list-style-type: none"> • Ja, weiterer Bedarf besteht, besonders in den Bereichen Bewegung/körperliche Aktivität und mentale Gesundheit/Resilienz. • Auch für die Gesundheitsförderung bei Erzieher*innen wird Bedarf gesehen.

Abbildung 14 Zusammenfassung der Studienergebnisse

Stärken und Limitationen der Studie

Als Stärke der Studie kann die vergleichbar hohe Teilnahmequote an der Online-Befragung gesehen werden. Insgesamt hat ein Viertel der Personen, die zur Studienteilnahme eingeladen wurden, den Fragebogen ausgefüllt. Dennoch lässt sich festhalten, dass es sich bei der Befragung nicht um eine repräsentative Studie handelt und sich die Ergebnisse somit nicht für alle Kindertagesstätten in Bremen generalisieren lassen.

Zudem lassen sich die Ergebnisse nicht auf Kitas in anderen Bundesländern übertragen. Zudem besteht trotz der Anonymität der Befragung die Möglichkeit, dass bei einigen Fragen sozial erwünschtes Antwortverhalten aufgetreten ist, da Leitungen zu den von ihnen selbst geführten Einrichtungen und Maßnahmen befragt worden sind. Weiterhin ist zu beachten, dass der Zeitpunkt der Befragung inmitten der COVID-19-Pandemie lag.

6. Fazit

Die befragten Kita-Leiter*innen wissen um die große Bedeutung der Ernährung in der Lebenswelt Kita und geben häufig an, bereits Qualitätsstandards für die Kita-Verpflegung zu haben. Die Erhebung hat gezeigt, dass es viele Kita-eigene Projekte gibt, die zumeist von den Erzieher*innen durchgeführt werden. Allerdings werden nur einige davon als erfolgreich eingeschätzt, so dass weiterer Bedarf zur Unterstützung der Kitas im Zusammenhang mit Ernährungsbildung vorliegt. Die Kita-Leiter*innen sehen jedoch häufig nicht nur ihre Institution, sondern vor allem die Eltern oder die Eltern und ihre Kita gemeinsam in der Verantwortung dafür, die Weichen für eine gesunde Ernährung bei Kindern zu stellen. Die Eltern wurden als überwiegend gut über gesunde Ernährung informiert betrachtet, allerdings

falle es einigen schwer, ihr Wissen auch umzusetzen. Auch hier scheint Unterstützungsbedarf vorhanden zu sein. Um zukünftige Maßnahmen besser gelingen zu lassen, werden vor allem eine bessere personelle und finanzielle Situation sowie eine bessere Anpassung der jeweiligen Maßnahmen an die verschiedenen Zielgruppen gewünscht.

Es besteht Bedarf an Maßnahmen zur Ernährungsbildung und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen in Bremen. Neben dem Bereich Ernährung wurden zudem Bewegung, Medienkonsum und Resilienzbildung als weitere relevante Themenfelder angesprochen. Darüber hinaus wurde auch Bedarf in der Gesundheitsförderung von Erzieher*innen festgestellt.

7. Danksagung

Wir bedanken uns herzlich bei allen Teilnehmer*innen der Befragung. Zudem danken wir den Leitungen der zwei größten Kita-Träger in Bremen für ihre Unterstützung des Projektes.

8. Literaturverzeichnis

1. **Han JC, Lawlor DA, Kimm SY:** Childhood obesity. *The Lancet* 2010, 375(9727): 1737–1748.
2. **Lobstein T, Baur L, Uauy R, for the IASO International Obesity TaskForce:** Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews* 2004, 5: 4104.
3. **Schienkiewitz A, Damerow S, Mauz E, Vogelgesang F, Kuhnert R, Rosario AS:** Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring* 2018, 3(1).
4. **Krug S, Finger JD, Lange C, Richter A, Mensink G:** Sport- und Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018, 3(2): 3–22.
5. **Alexy U, Kersting M:** Die Ernährung gesunder Kinder und Jugendlicher nach dem Konzept der Optimierten Mischkost. In: *Kinderernährung aktuell*. Hrsg.: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH; 2018: 3443.
6. **Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr** (<https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/> [Zugriff am 15.11.2019])
7. **Kersting M, Kalhoff H, Lücke T:** Von Nährstoffen zu Lebensmitteln und Mahlzeiten: Das Konzept der Optimierten Mischkost für Kinder und Jugendliche in Deutschland. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 2017, 42(04): 304–315.
8. **Die Ernährungspyramide:** Eine für Alle. Ampel, Bausteine und Handmaß. (<https://www.bzfe.de/inhalt/die-aid-ernaehrungspyramide-640.html> [Zugriff am 12.11.2020])
9. **Busse H, Jilani H, von Atens-Kahlenberg W, Bücking B, Heinbockel L, Brandes M, Zeeb H:** Gesunde Ernährung von Kita-Kindern in Bremen. In: *hkk Gesundheitsreport 2019*. Bremen; 2020.
10. **Ellrott T, Barlovic I:** Einflussfaktoren auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen. *Kinderärztliche Praxis* 2012, 83(4): 214–217.
11. **Natale RA, Messiah SE, Asfour L, Uhlhorn SB, Delamater A, Arheart KL:** Role modeling as an early childhood obesity prevention strategy: effect of parents and teachers on preschool children's healthy lifestyle habits. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 2014, 35(6): 378–387.
12. **Ernährungsbildung** (<https://www.fitkid-aktion.de/dge-qualitaetsstandard/rahmenbedingungen/ernaehrungsbildung/> [Zugriff am 12.11.2020])
13. **Ellrott T:** Entwicklung des Essverhaltens im Kindes- und Jugendalter. In: *Kinderernährung aktuell*. Hrsg.: Umschau Zeitschriftenverlag GmbH; 2018: 7891.
14. **Lissner L, Lanfer A, Gwozdz W, Olafsdottir S, Eiben G, Moreno LA, Santaliesra-Pasías AM, Kovács E, Barba G, Loit H-M:** Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study. *European journal of epidemiology* 2012, 27(9): 705–715.
15. **Hebestreit A, Intemann T, Siani A, De Henauw S, Eiben G, Kourides YA, Kovacs E, Moreno LA, Veidebaum T, Krogh V:** Dietary patterns of European children and their parents in association with family food environment: Results from the I. family study. *Nutrients* 2017, 9(2): 126.
16. **Bogl LH, Silventoinen K, Hebestreit A, Intemann T, Williams G, Michels N, Molnár D, Page AS, Pala V, Papoutsou S:** Familial resemblance in dietary intakes of children, adolescents, and parents: does dietary quality play a role? *Nutrients* 2017, 9(8): 892.
17. **Fernández-Alvira JM, Börnhorst C, Bammann K, Gwozdz W, Krogh V, Hebestreit A, Barba G, Reisch L, Eiben G, Iglesias I et al.:** Prospective associations between socio-economic status and dietary patterns in European children: the Identification and Prevention of Dietary- and Lifestyle-induced Health Effects in Children and Infants (IDEFICS) Study. *British Journal of Nutrition* 2015, 113(3): 517–525.
18. **Böttcher S, Jahn I:** Ernährungsalltag von Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2014, 9(4): 247–252.
19. **Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe** (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Publicationen/Downloads-Kindertagesbetreuung/tageseinrichtungen-kindertagespflege-5225402197004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 15.11.2019])
20. **Tecklenburg E, Arens-Azevêdo U, Pfannes U:** Verpflegung in Kindertageseinrichtungen (VeKiTa): Ernährungssituation, Bekanntheitsgrad und Implementierung des DGE-Qualitätsstandards. In: 13. DGE-Ernährungsbericht. Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Ernährung; 2016: 964.
21. **Steenbock B, Zeeb H, Liedtke S, Pischke CR:** Ergebnisse der Prozessevaluation eines Programms zur Gesundheitsförderung von 3- bis 6-jährigen Kita-Kindern: „JolinchenKids – Fit und gesund in der Kita“. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2015, 11(1): 12–19.
22. **Reinehr T:** Pädiatrische Ernährungsmedizin: Grundlagen und praktische Anwendung: Schattauer Verlag; 2012.
23. **Das Umfeld bei der Mahlzeitaufnahme** (<https://www.fitkid-aktion.de/dge-qualitaetsstandard/rahmenbedingungen/> [Zugriff am 13.07.2020])

24. **Fachinformationen für die Gemeinschaftsverpflegung** (<https://www.fitkid-aktion.de/fachinformationen/fuer-die-gemeinschaftsverpflegung/> [Zugriff am 13.07.2020])
25. **Nationales Qualitätszentrum für Ernährung in Kita und Schule: Kita: Qualitätsentwicklung** (<https://www.nqz.de/ac/kita/qualitaetsentwicklung> [Zugriff am 12.11.2020])
26. **Deutsche Gesellschaft für Ernährung: DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder 2018.**
27. **Die Bremer Checkliste** (https://www.bips-institut.de/fileadmin/bips/downloads/ratgeber/Bremer_Checkliste_2018.pdf [Zugriff am 15.11.2020])
28. **Wolfenden L, Wyse RJ, Britton BI, Campbell KJ, Hodder RK, Stacey FG, McElduff P, James EL:** Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged 5 years and under. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(11).
29. **van de Kolk I, Verjans-Janssen S, Gubbels J, Kremers S, Gerards S:** Systematic review of interventions in the childcare setting with direct parental involvement: effectiveness on child weight status and energy balance-related behaviours. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2019, 16(1): 110.

Impressum

Herausgeber:

hkk Krankenkasse
Martinistraße 26, 28195 Bremen
Tel. 0421 - 36550, Fax 0421 - 3655 3700
info@hkk.de

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. Heide Busse
Leibniz-Institut für Präventionsforschung
und Epidemiologie – BIPS GmbH
Achterstraße 30, 28359 Bremen
busse@leibniz-bips.de
www.leibniz-bips.de

Projektleitung und Redaktion:

hkk Krankenkasse
Anna Nymbach, Tel. 0421-3655 3041
anna.nymbach@hkk.de
Holm Ay, Tel. 0421 - 3655 1000
holm.ay@hkk.de

Autoren:

Dr. Heide Busse
Dr. Hannah Jilani
Wiebke von Atens-Kahlenberg
Brigitte Bücking
Louisa Sell
Prof. Dr. Hajo Zeeb

Veröffentlicht im März 2021