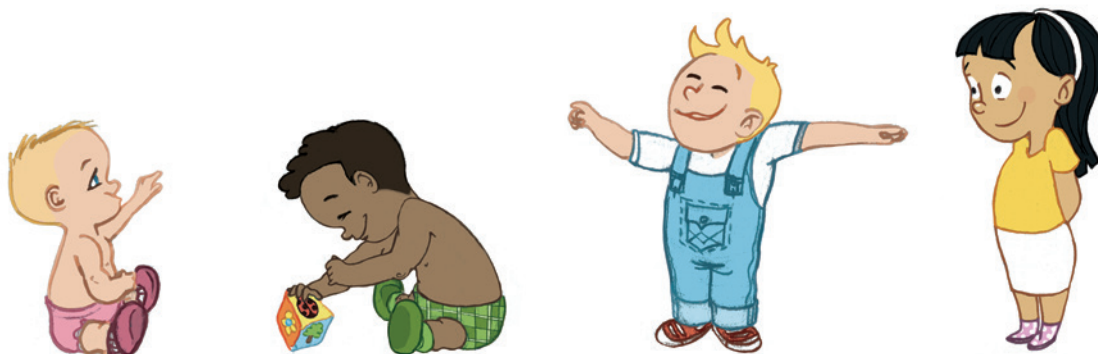


BEWEGUNGSFÖRDERUNG IN DER GRUNDVERSORGUNG

REFERENZHANDBUCH FÜR FACHPERSONEN IM BEREICH
FRÜHE KINDHEIT (0-6 JAHRE)



NICOLA SOLDINI, FABIO PEDUZZI, LISE MIAUTON ESPEJO

KONTAKT

Unisanté
PAPRICA
Route de Berne 113
1010 Lausanne
Tel. 021 545 10 11
paprica@unisante.ch

Dieses Handbuch basiert auf der nachfolgend genannten Publikation und wurde spezifisch für die Pädiatrie angepasst:
Bize R. Promotion de l'activité physique au cabinet médical.
Manuel de référence à l'intention des médecins.
Policlinique Médicale Universitaire, Bundesamt für Sport (BASPO), Collège de Médecine de Premier Recours, Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires.
Lausanne 2012.

© Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV),
Département femme-mère-enfant
Site de l'Hôpital de l'enfance

IMPRESSUM

Soldini N., Peduzzi F., Miauton Espejo L. Bewegungsförderung in der Grundversorgung. Referenzhandbuch für Fachpersonen im Bereich frühe Kindheit (0–6 Jahre). Hôpital de l'enfance de Lausanne, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie.

AUTORINNEN UND AUTOREN

Nicola Soldini, Spezialist für angepasste Bewegung
Fabio Peduzzi, Projektleiter
Dr. med. Lise Miauton Espejo, Kinderärztin, Oberärztin

EXPERTISE UND BEGLEITUNG

Dr. med. Raphaël Bize, MPH, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne

FACHREDAKTION

Alicia Seneviratne Elcheroth, Psychologin
Cristiana Fortini, Psychologin
(Kapitel 7: Therapeutische Betreuung)

REFERENZGRUPPE 1 – SPEZIALISTINNEN UND SPEZIALISTEN

Dr. med. Raphaël Bize, MPH, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne
Dr. med. Mario Gehri, Pädiater, Leitender Arzt
Dr. med. Nathalie Farpour-Lambert, Kinderärztin, Leitende Ärztin
Dr. med. dent. Jean-Daniel Krähenbühl, Kinderarzt, MPH
Dr. med. Brian Martin, MPH
Dr. med. Jardenä Puder, stellvertretende Ärztin

REFERENZGRUPPE 2 – FACHPERSONEN AUS DER PRAXIS

Dr. med. Yvonne Bérard, niedergelassene Kinderärztin
Marie-Michelle Cardinaux, Pflegefachfrau frühe Kindheit
Murielle Caldelari, Hebamme und Professorin HES
Claire-Lise Desy, Pflegefachfrau Schulgesundheit
Dr. med. Hans-Ulrich Meyer, niedergelassener Pädiater
Catherine Pilloud, Krankenschwester für häusliche Kinderkrankenpflege
Marie-Frédérique Séchaud, freiberufliche Hebamme (auch Redaktion von Kapitel 6)

KOOPERATIONEN

Dr. med. Patrick Bodenmann, stellvertretender Arzt
Antoine Bonvin, Spezialist für angepasste Bewegung
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jacques Cornuz, Direktor, Chefarzt
Laurence Di Benedetto, Pflegefachfrau
Dr. med. Dominique Durrer, Allgemeinmediziner
Raphaël Ehram, Spezialist für angepasste Bewegung
Claire Le Bas Despeisse, Psychomotoriktherapeutin
Anouk Longchamp, Psychomotoriktherapeutin
Dr. med. Nahum Frenck, Kinderarzt
Dr. med. Joan-Carles Suris, Pädiater, assoziierter Arzt
Anne Thorens, Psychomotoriktherapeutin
Dr. Francine Viret, Stellvertretende Leiterin des Programms «Patients simulés»

BETEILIGUNGEN

Waadtländer Kinderärzte, die an der Evaluation der Bedürfnisse der Fachpersonen teilgenommen haben
Eltern, die sich in Fokusgruppen zur Evaluation der Bedürfnisse von Familien engagierten
Die interkulturell Übersetzenden der Association Appartenances, die ebenfalls Teil der Fokusgruppen waren

KORREKTORAT 1. AUSGABE

Annick Bourgoïn, Sekretärin der Geschäftsleitung
Lise-Line Viret, Assistentin der Geschäftsleitung

KORREKTORAT UND ANPASSUNGEN 2022

Prof. Dr. med. Mario Gehri, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
Prof. Dr. med. Joan-Carles Suris, Département femme-mère-enfant, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) und Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Lausanne
Dr. med. Lise Miauton Espejo, Kinderärztin, Oberärztin
Dr. ès sc. Jérôme Spring, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne
Debora Gavin, Studentin im dritten Jahr des Masterstudiengangs in Medizin, Fakultät für Biologie und Medizin, Lausanne

Laura Beauverd, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne
Sandrine Correvon, Département promotion de la santé et préventions, Unisanté, Lausanne

STEUERUNGSAUSSCHUSS

Dr. Alexia Fournier Fall, Programmverantwortliche
Dr. med. dent. Mario Gehri, Pädiater, Leitender Arzt

INSTITUTIONEN, DIE AN DER ENTWICKLUNG DES PROJEKTS BETEILIGT WAREN (1. AUSGABE) (ALPHABETISCHE REIHENFOLGE)

Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD), Lausanne:
Centre de référence pour les infirmières Petite Enfance
Service de santé scolaire
Soins infirmiers pédiatriques à domicile
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne:
Département médico-chirurgical de pédiatrie,
Hôpital de l'enfance de Lausanne
Département médico-chirurgical de pédiatrie,
Unité multidisciplinaire de santé des adolescents,
Groupe de recherche sur la santé des adolescents
Service d'alcoologie
Service d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme
Schweizerischer Hebammenverband (SHV)
Fondation SportSmile, Genf
Groupement des pédiatres vaudois, Grandson
Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO):
Genf, Haute école de travail social, Studiengang Psycho-motorik
Lausanne, Haute École de Santé Vaud, Studiengang Hebamme
Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de l'enfant et de l'adolescent
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Université de Lausanne, Lausanne
Ligue vaudoise contre les maladies cardiovasculaires
Ligues de la santé, Lausanne
Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne, Unité des populations vulnérables
Service social de Lausanne
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Freiburg
Unité de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire,
Service de l'enseignement spécialisé et de l'appui à la formation (Kanton Waadt), Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile, Lausanne
Universität Lausanne (UNIL):
Fakultät für Biologie und Medizin, Abteilung Pädagogik
Fakultät für Sozial- und Politikwissenschaften, Institut für Sportwissenschaften der Universität Lausanne
Universität Zürich

FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

Kanton Waadt, Amt für Gesundheit
CHUV, Département femme-mère-enfant
Hôpital de l'enfance, Lausanne
Aktionsprogramm des Kantons Waadt
«Ça marche! Bouger plus, manger mieux»
Gesundheitsförderung Schweiz

GRAFIK

Tessa Gerster

ILLUSTRATIONEN

Joël Freymond

ÜBERSETZUNG

Gesundheitsförderung Schweiz

LEKTORAT DER DEUTSCHEN VERSION

Andrea Weibel
Sabine Heiniger

AUSGABEN

1. Ausgabe, 2014
Aktualisierte Ausgabe, 2022

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	7
› 1.1 Was werde ich lernen?	7
› 1.2 Einige Definitionen	7
› 1.3 Bewegungsempfehlungen	9
› 1.4 Empfehlungen gegen Bewegungsmangel	10
› 1.5 Das Bewegungsverhalten von Kindern – zentrale Einflussfaktoren	12
2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND BEWEGUNGSMANGEL	16
› 2.1 Körperliche Verfassung und Bewegungsniveau der Kinder	16
› 2.2 Prävalenz des Bewegungsmangels bei Kindern	18
› 2.3 Kosten des Bewegungsmangels	18
3. GESUNDHEITLICHE VORTEILE VON BEWEGUNG BEI KINDERN	21
› 3.1 Motorische Entwicklung	21
› 3.2 Kognitive Entwicklung	21
› 3.3 Adipositas	21
› 3.4 Knochengesundheit	22
› 3.5 Psychosoziale Gesundheit	22
› 3.6 Kardiometabolische Gesundheit	22
› 3.7 Vorteile von Bewegung im Erwachsenenalter	23
4. MOTORISCHE FÄHIGKEITEN UND BEWEGUNG	27
5. WARUM SCHON BEI KLEINKINDERN HANDELN?	29
6. ROLLE DER FACHPERSONEN	30
› 6.1 Rolle der Hebamme	30
› 6.2 Rolle der Mütter- und Väterberatung	30
› 6.3 Rolle der Pflegefachfrau Schulgesundheits	31
› 6.4 Rolle der Kinderspitex	32
› 6.5 Rolle der Kinderärztin und des Kinderarztes	32

7. AUF ZUSAMMENARBEIT AUSGERICHTETE THERAPEUTISCHE BETREUUNG	34
› 7.1 Wie man mit Eltern über die Bewegung ihres Kindes spricht	34
› 7.2 Vom motivationalen Ansatz inspirierte Strategien	36
› 7.3 Vom systemischen Ansatz inspirierte Strategien	36
› 7.4 Beispiele	37
8. FÖRDERUNG VON BEWEGUNG UND KÖRPERLICHER AKTIVITÄT	42
› 8.1 Wie evaluiert man das Niveau der körperlichen Bewegung von Kindern und Familienmitgliedern?	42
› 8.2 Bewegungsförderung durch didaktische Tools	44
› 8.3 Sichere Bewegungsförderung	44

VORWORT

Kinder bewegen sich sehr gerne – in der Schweiz genau wie überall auf der Welt. Leider werden sie durch die gesellschaftliche Entwicklung immer mehr daran gehindert.

Dies hat unmittelbare und sofort ersichtliche Folgen für die Gesundheit der Kinder. Es gibt eine explosionsartige Zunahme von Kindern mit Übergewicht, was mit einer ganzen Reihe von bekannten Komplikationen verbunden ist (metabolisches Syndrom, unzureichende Mineralisierung der Knochen usw.). Obwohl die Vorteile der Bewegungsförderung hinlänglich bekannt sind, zeigen sich jedoch auch andere, ebenso beunruhigende Tendenzen wie etwa die psychomotorische Entwicklungsverzögerung in der frühen Kindheit.

Bewegungsförderung ist somit zu einer Priorität der öffentlichen Gesundheitsförderung geworden, und Gesundheitsfachpersonen können in diesem Kontext eine wichtige Rolle spielen. Das Programm «PAPRICA frühe Kindheit» (PAPRICA = Physical activity promotion in primary care) wird von verschiedenen Stellen unterstützt, die sich für Bewegung einsetzen.

Mario Gehri

Alexia Fournier Fall

1. EINLEITUNG

1.1 WAS WERDE ICH LERNEN?

Dieses Handbuch soll Gesundheitsfachpersonen aus dem Bereich der frühen Kindheit (0–6 Jahre) dabei unterstützen, Familien im Bereich Bewegung und körperliche Aktivität zu beraten. Die Lernziele fokussieren daher auf den Erwerb von Fähigkeiten zur Bewegungsberatung:

- » Strategien identifizieren, um das Thema Bewegung mit Familien zu besprechen;
- » das Bewegungsniveau von Kindern und Familien evaluieren;
- » eruieren, was Familien zu einem aktiven Lebensstil motiviert;
- » Familien darin beraten, auf ihren Motivationsgrad abgestimmte Strategien zu nutzen;
- » den Zugang zu Informationen erleichtern, die einen aktiven Lebensstil fördern;
- » didaktische Tools bereitstellen, um Familien in Bewegung zu bringen.

Diese Fähigkeiten erfordern den Erwerb von Kenntnissen in folgenden Bereichen:

- » Empfehlungen zur Bewegung für 0- bis 6-Jährige;
- » Faktoren, die für die Bewegung von Kindern massgebend sind;
- » körperliche Bewegung und Bewegungsmangel bei Kindern;
- » Risiken und Kosten, die mit Bewegungsmangel einhergehen;
- » Vorteile von regelmässiger Bewegung;
- » mögliche Risiken bei körperlicher Bewegung;
- » Prozess der Verhaltensänderung;
- » Grundprinzipien der motivierenden Gesprächsführung und des systemischen Ansatzes.

1.2 EINIGE DEFINITIONEN

Um die Bewegung in dem von uns verstandenen Sinn zu beschreiben, werden in der Regel mehrere Begriffe verwendet:

Der Begriff **«körperliche Bewegung»** umfasst die gesamte Belastung der Skelettmuskulatur, was dazu führt, dass der Energieverbrauch höher ist als der Ruheenergieverbrauch. Der Begriff reicht von impulsgesteuerten Bewegungen eines Säuglings bis zu Wettkampfsportarten. Die körperliche Aktivität eines Kindes umfasst die Aktivitäten, die es beim Spielen – sei es allein, mit den Eltern oder mit Gleichaltrigen – im Rahmen einer organisierten Struktur (z.B. Kindertagesstätte, Schule, Verein, Freizeitzentrum) oder im Zusammenhang mit der Art der Fortbewegung (z.B. Rad fahren, zu Fuss unterwegs sein) ausführt.

Unter **Bewegung mit moderater Intensität** versteht man Aktivitäten, bei denen man leicht ausser Atem gerät, wie das Spielen in der Natur und auf Spielplätzen oder eine Velotour.

Unter **Bewegung mit hoher Intensität** versteht man eine Aktivität, bei der man mehr atmet und schwitzt, beispielsweise Schwimmen, Ballspiele oder andere intensive Aktivitäten und Sportarten.

Das Bundesamt für Sport (BASPO) [1] definiert den Begriff **«Bewegung»** als körperliche Betätigung eines oder mehrerer Körperteile durch das Zusammenziehen oder Anspannen von Muskeln. «Bewegung» wird manchmal anstelle von «körperlicher Aktivität» verwendet, um die Aktivität von Säuglingen zu definieren.

Der Begriff **«Sport»** beinhaltet meist hochintensive, strukturierte, regelgebundene Bewegung in einem wettbewerbsorientierten Umfeld.

Unter **«koordinativ-motorischen Fähigkeiten»** versteht man eine Kategorie von motorischen Aktivitäten, die einen Zweck verfolgen, beispielsweise die Fortbewegung, den Erhalt des Gleichgewichts oder sich an einem Ballspiel zu beteiligen [1].

Der Begriff **«Bewegungsmangel»** umfasst alle Aktivitäten, bei denen der Energieverbrauch von demjenigen im Ruhezustand nur wenig abweicht, wie zum Beispiel in einem Autositz oder Kinderwagen liegen, fernsehen oder vor anderen Bildschirmen verweilen.

In diesem Handbuch werden vier Begriffe verwendet, um die Lebensabschnitte von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren zu unterscheiden:



Säugling

(jünger als 1 Jahr)



Kleinkind

(1 bis 2 Jahre alt)



Vorschulkind

(3 bis 4 Jahre alt)



Kind

(5 bis 6 Jahre alt)

1.3 BEWEGUNGSEMPFEHLUNGEN

Im Jahr 2020 veröffentlichte die WHO [2] Empfehlungen zur Bewegung für Kinder unter 5 Jahren. Sie ähneln den vom BASPO im Jahr 2016 vorgeschlagenen Empfehlungen [1] relativ stark:

Säuglinge sollten mehrmals täglich auf verschiedene Weise körperlich aktiv sein, vor allem durch interaktive Spiele auf dem Boden. Diejenigen, die sich noch nicht fortbewegen, sollten mindestens **30 Minuten** in Bauchlage verbringen. Diese Aktivitäten sollten über die ganze Wachzeit der Säuglinge verteilt sein.

Kleinkinder sollten sich täglich während mindestens **180 Minuten auf verschiedene Art und Weise und unterschiedlich intensiv** bewegen.

Kinder im Vorschulalter sollten sich täglich mindestens **180 Minuten lang bewegen**. Die körperlichen Aktivitäten sollten unterschiedlich und während mindestens **60 Minuten** von gemässiger bis hoher Intensität sein.

Die 2017 aktualisierten kanadischen Richtlinien für körperliche Bewegung von Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren wurden aus den Empfehlungen der WHO übernommen. Sie sind auf der folgenden Seite dargestellt [3].

ABBILDUNG 1

SCHWEIZER BEWEGUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR SÄUGLINGS-, KLEINKINDER- UND KINDER IM VORSCHULALTER



Kanadische Bewegungsempfehlungen für die frühe Kindheit von 0 bis 4 Jahren

- » **Säuglinge** (unter 1 Jahr) sollten **mehrmals täglich körperlich aktiv** sein – insbesondere indem sie interaktiv auf dem Boden spielen. Für Säuglinge, die sich noch nicht fortbewegen können, gehören dazu mindestens 30 Minuten – verteilt über ihre ganze Wachzeit –, in denen sie auf dem Bauch liegen.
- » **Kleinkinder** (im Alter von 1 bis 2 Jahren) sollten über den Tag verteilt während mindestens **180 Minuten Bewegungen jeglicher Intensität** ausüben. Dazu gehören auch Spiele mit hoher körperlicher Aktivität.
- » Kinder im **Vorschulalter** (im Alter von 3 bis 4 Jahren) sollten sich während **mindestens 180 Minuten** über den Tag verteilt auf vielfältige Art bewegen. Während mindestens 60 Minuten sollten sie sich im Spiel stark bewegen.
- » Wenn man sich jeden Tag mehr bewegt, hat man mehr davon.

1.4 EMPFEHLUNGEN GEGEN BEWEGUNGS-MANGEL

Die WHO hat auch Empfehlungen gegen Bewegungsmangel für Kinder unter fünf Jahren herausgegeben [2]:





Säuglinge und Kleinkinder sollten nicht länger als 60 Minuten am Stück bewegungslos sein (z.B. in einem Kinderwagen, Buggy, Hochstuhl oder auf dem Rücken eines Erwachsenen). Bildschirme werden für diese Altersgruppe nicht empfohlen. In sitzenden Phasen sollten Betreuungspersonen mit den Kindern lesen oder ihnen Geschichten erzählen.

Kleinkinder ab 2 Jahren und Kinder im Vorschulalter sollten nicht länger als 60 Minuten am Stück ohne Bewegung sein (z.B. in einem Kinderwagen, Buggy, Hochstuhl, auf dem Rücken eines Erwachsenen, oder aber zu lange sitzen). Auch die Zeit vor Bildschirmen als Konsum (Fernseher, Smartphone, Computer, Tablet usw.) sollte minimiert werden. Eltern sind Vorbilder für einen verantwortungsvollen Umgang mit Bildschirmen, achten auf die Auswahl der Inhalte und begleiten das Kind bei seiner Mediennutzung während der gesamten Lebensphase.

Die Zeit, die diese Altersgruppe vor dem Bildschirm verbringt, ist ein viel diskutiertes Thema. Die Bildschirmzeit fördert den Bewegungsmangel, trägt zu Übergewicht bei und ist daher weltweit einer der grössten Risikofaktoren für Krankheitslast im Erwachsenenalter. Darüber hinaus ist die frühe Kindheit die beste Zeit für die körperliche Entwicklung, in der Lebensgewohnheiten geprägt werden, die sich auf das Mass und die Art der Bewegung im Laufe des Lebens auswirken können. Die vor Bildschirmen verbrachte Zeit verringert die aktive Spielzeit und damit die körperliche Aktivität [2]. Zudem ist es auch wichtig zu wissen, dass das Stillsitzen vor einem Bildschirm bestimmte Lern- und Verhaltensstörungen begünstigt. Vom dritten Lebensjahr an müssen Kleinkinder mit ihrer Umwelt interagieren, indem sie ihre fünf Sinne nutzen. Die Passivität eines Kindes, das vor einem Fernseher sitzt, verunmöglicht seine sensomotorische Interaktivität, die für die Entwicklung notwendig wäre [22].

ABBILDUNG 2

ZUSAMMENFASSUNG DER EMPFEHLUNGEN ZUM BEWEGungsverhalten UND ZUM BEWEGUNGSMANGEL

	Körperliche Bewegung	Bewegungsmangel
 <p>Weniger als 1 Jahr</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Säuglinge sollten mehrmals pro Woche körperlich aktiv sein (mindestens 30 Minuten pro Tag auf dem Bauch und auf dem Rücken verbringen: krabbeln, auf dem Boden spielen usw.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimieren Sie die Zeit, die der Säugling in sitzender Position verbringt (vermeiden Sie es, das Baby im Autositz oder in der Babywippe zu lassen, wenn es wach ist). » Es wird nicht empfohlen, das Kind Bildschirmen (Fernseher, Smartphone, Computer, Tablet usw.) auszusetzen.
 <p>1-2 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Kleinkinder sollten mindestens 180 Minuten pro Tag aktiv sein (draussen spielen, krabbeln, laufen usw.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimieren Sie die Zeit, die das Kind mit Tätigkeiten in sitzender Position verbringt (vermeiden Sie es, das Baby im Autositz oder in der Babywippe zu lassen, wenn es wach ist). Dies gilt auch für die Zeit, die vor dem Bildschirm (Fernseher, Smartphone, Computer, Tablet usw.) verbracht wird.
 <p>3-4 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Kinder im Vorschulalter sollten sich mindestens 180 Minuten pro Tag bewegen (draussen spielen, rennen, hüpfen usw.), davon mindestens 60 Minuten mässig bis stark. 	<ul style="list-style-type: none"> » Minimieren Sie die Zeit, die das Kind mit Tätigkeiten in sitzender Position verbringt. » Die Beschäftigung mit Bildschirmen (Fernseher, Smartphone, Computer, Tablet usw.) sollte begrenzt sein und von einem Erwachsenen begleitet werden.
 <p>5-6 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Im Grundschulalter sollten sich Kinder deutlich länger als eine Stunde pro Tag bewegen und körperliche Aktivitäten ausüben, die sie ausser Atem bringen (mit dem Fahrrad oder dem Trottnett rausfahren, Ballspiele, Spaziergänge im Wald usw.). 	<ul style="list-style-type: none"> » Begrenzen Sie Bewegungen in sitzender Position und reduzieren Sie die Zeit, die tagsüber im Sitzen und in geschlossenen Räumen verbracht wird. » Die Beschäftigung mit Bildschirmen (Fernsehen, Smartphone, Computer, Tablet usw.) sollte begrenzt sein und von einem Erwachsenen begleitet werden.

Weiterführende Informationen: www.hepa.ch und www.jugendundmedien.ch

1.5 DAS BEWEGUNGSVERHALTEN VON KINDERN – ZENTRALE EINFLUSSFAKTOREN

Um die Wirksamkeit von Programmen zur Förderung der Bewegung zu gewährleisten, ist es unerlässlich, die potenziellen Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens von Kindern zu kennen. Derzeit ist das Wissen über die Faktoren, die für die Bewegung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren wichtig sind, begrenzt [4, 5]. Dennoch sind einige Trends zu beobachten.

Einflüsse des Geschlechts

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Jungen signifikant aktiver sind als Mädchen. Derselbe Befund konnte auch in der 2013 in der Schweiz durchgeführten SOPHYA-Studie nachgewiesen werden [6–8].

Rolle des familiären und sozialen Umfelds

Das Bewegungsverhalten von Kindern wird von den Menschen in ihrer Umgebung beeinflusst. In den ersten Lebensjahren spielen die Eltern die wichtigste Rolle, da sie die Bewegung ihrer Kinder auf zwei Arten beeinflussen können: als Vorbild, indem sie selbst aktiv sind, und indem sie unterstützend wirken (ermutigen, Hilfestellungen bieten, Rahmen und Regeln festlegen). In der Tat haben Kinder mit aktiven Eltern eine höhere Wahrscheinlichkeit, selbst aktiv zu sein [9–11]. Darüber hinaus stärken Eltern, die kindliche Aktivitäten unterstützen und ihre Kinder entsprechend ermutigen, deren Selbstvertrauen, was wiederum mit körperlicher Aktivität in Verbindung gebracht wird [12]. Eltern können auch eine Rolle spielen, indem sie ihren Kindern einen bewegungsfreundlichen Lebensraum bieten.

Wenn Kinder von anderen Personen betreut werden (Tagesmütter, Betreuungspersonal, Lehrpersonen usw.), spielen auch diese eine Rolle. Die Ausbildung von Tagesmüttern, Betreuungspersonen und Lehrkräften ist daher von grundlegender Bedeutung, um den Kindern vielfältige motorische Erfahrungen zu ermöglichen. Das Projekt «Purzelbaum» widerspiegelt diesen Gedanken (www.purzelbaum.ch).

Auch die Beziehung der Kinder zu Gleichaltrigen gilt es bei der Analyse der Faktoren, die zur körperlichen Bewegung beitragen, zu berücksichtigen [10]. Mit anderen Worten: Ein Kind, das aktive Freundinnen und Freunde hat, wird sich höchstwahrscheinlich mehr bewegen als eines, das sich mit Kindern umgibt, die hauptsächlich sitzen. Die Bedeutung des Einflusses von Gleichaltrigen ist bei Jungen ausgeprägter als bei Mädchen [10].

Sozioökonomische und kulturelle Einflüsse

Das regionale Umfeld kann das Mass der Bewegung von Kindern beeinflussen. In der Tat sind Vorschulkinder in der Westschweiz weniger aktiv und zeigen mehr Bewegungsmangel als Gleichaltrige in der Deutschschweiz. Letztere bewegen sich täglich 80,7 Minuten, Kinder in der Westschweiz 76,7 Minuten. Bei den Älteren – d.h. den 6- bis 16-Jährigen – bestätigt sich dieser Trend. So folgt in der Deutschschweiz mit 67,5% ein höherer Anteil der Kinder der Empfehlung, sich 60 Minuten pro Tag zu bewegen, als dies in der Westschweiz der Fall ist, wo der Anteil 60,4% beträgt [7].

Die SOPHYA-Studie [7] zeigt, dass Kinder im Vorschulalter, die Eltern mit Migrationshintergrund haben, mehr Zeit vor dem Fernseher verbringen und weniger agil sind als Kinder von Schweizer Eltern. Es wurde auch aufgezeigt, dass Kinder von Eltern mit einem niedrigen Bildungsstand im Vergleich zu Kindern von Eltern mit einem mittleren bis hohen Bildungsstand sich weniger bewegten und länger vor dem Fernseher sassen. Zwei grosse Studien aus England stellten hingegen keinen Zusammenhang zwischen dem wirtschaftlichen und dem sozialen Status der Familie und dem mit Beschleunigungsmessern gemessenen Niveau der körperlichen Bewegung der Kinder fest [13, 14]. Dennoch nehmen Kinder aus einkommensschwachen Familien im Vergleich zu Kindern aus wohlhabenderen Familien seltener an strukturierten Bewegungsaktivitäten teil (Sportvereine und -einrichtungen) [14]. In der Schweiz zeigen mehrere Studien [7, 15, 16] einen Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Niveau der Bewegung bei Jugendlichen. Jugendliche mit einem hohen sozioökonomischen Status sind aktiver als solche mit einem niedrigen sozioökonomischen Status.

Rolle der physischen Umgebung

Die physische Umgebung scheint einen wichtigen Einfluss auf das Mass der körperlichen Bewegung von Kindern zu haben. Zwei neuere Studien zeigen, dass die Zeit, die Kinder im Freien verbringen, stark mit einem höheren Bewegungsniveau von Vorschulkindern verbunden ist [10-17]. Aus diesem Grund ist es von zentraler Bedeutung, wie sicher die nächste Umgebung ist. Weir et al. [18] zeigten, dass das Niveau der körperlichen Bewegung von Kindern im Alter von 5 bis 10 Jahren negativ mit der Angst der Eltern in Bezug auf die Sicherheit der nachbarschaftlichen Umgebung korreliert.

Die Schaffung eines bewegungsfreundlichen Raumes im Wohnbereich hat ebenfalls eine positive Wirkung auf das Niveau der körperlichen Bewegung von Kindern. Auch die Umgebung von Kinderkrippen, Kindergärten usw. kann sich auf die motorischen Fähigkeiten der Kinder auswirken. Je mehr der Lebensraum die Möglichkeit bietet, vielfältige motorische Erfahrungen zu machen, desto mehr verbessern die Kinder ihre motorischen Fähigkeiten [19-21].

ABBILDUNG 3

ZUSAMMENFASSUNG DER FAKTOREN, DIE DIE BEWEGUNG VON KINDERN ZWISCHEN 0 UND 6 JAHREN POSITIV UND NEGATIV BEEINFLUSSEN



REFERENZEN

1. Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz (hepa) & Bundesamt für Sport BASPO (2016). *Bewegung und Gesundheit von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter: Empfehlungen für die Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.hepa.ch/de/bewegungsempfehlungen.html#ui-collapse-608>
2. Weltgesundheitsorganisation (2020). *Leitbilder zu Bewegung, sitzender Lebensweise und Schlaf bei Kindern unter 5 Jahren* (Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age).
3. Tremblay M. S., Chaput J. P., Adamo K. B., Aubert S., Barnes J. D., Choquette L., Duggan M. et al. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for the Early Years (0-4 years): An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. *BMC Public Health*. 2017;(5): p. 874.
4. Bingham D. D., Costa S., Hinkley T., Shire K. A., Clemen S. A. & Barber S. E. Preschool children's physical activity and cardiovascular disease risk: A systematic review. *J Sci Med Sport*. 2019;22(5): p. 568-73.
5. Kuzik N., Poitras V. J., Tremblay M. S., Lee E. Y., Hunter S. & Carson V. Systematic review of the relationships between combinations of movement behaviours and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health*. 2017(5): p. 849.
6. Lisowski P., Kantanista A. & Bronikowski M. Are There Any Differences between First Grade Boys and Girls in Physical Fitness, Physical Activity, BMI, and Sedentary Behavior? Results of HCSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020;10;17(3): p. 1109.
7. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. & Suggs S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss Tropical and Public Health Institute.
8. Bauman A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *Lancet*. 2012;380(9838): p. 258-71.
9. Jaeschke L., Steinbrecher A., Luzak A., Puggina A., Aleksovskaja K., Buck C., Burns C., Cardon G. et al., consortium Dedipac. Socio-cultural determinants of physical activity across the life course: a «Determinants of Diet and Physical Activity» (DEDIPAC) umbrella systematic literature review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;20;14(1): p. 173.
10. Hesketh K. R., Lakshman R. & van Sluijs E. M. F. Barriers and facilitators to young children's physical activity and sedentary behaviour: a systematic review and synthesis of qualitative literature. *Obes Rev*. 2017;18(9): p. 987-1017.
11. Xu H., Wen L. M. & Rissel C. Associations of parental influences with physical activity and screen time among young children: a systematic review. *Journal of obesity*. 2015;546: p. 965.
12. Van Der Horst, K. et al. A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8): p. 1241-50.
13. Kelly L. A. et al. Effect of socioeconomic status on objectively measured physical activity. *Archives of Disease in Childhood*. 2006;91(1): p. 35-8.
14. Voss L. D. et al. Children from low-income families have less access to sports facilities, but are no less physically active: cross-sectional study (EarlyBird 35). *Child Care Health Dev*. 2008;34(4): p. 470-4.
15. Lamprecht M., Fischer A., Wiegand D. & Stamm H. P. (2015). *Sport Schweiz 2014: Kinder- und Jugendbericht*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
16. Lamprecht M., Bürgi R., Gebert A. & Stamm H. P. (2021). *Sport Schweiz 2020: Bericht über Kinder und Jugendliche*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
17. Lee E. Y., Bains A., Hunter S., Ament A., Brazo-Sayavera J., Carson V., Hakimi S., Huang W. Y., Janssen I., Lee M., Lim H., Silva D. A. S. & Tremblay M. S. Systematic review of the correlates of outdoor play and time among children aged 3-12 years. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2021;18(1): p. 41.

18. Weir, L. A., Etelson D. & Brand D. A. Parents' perceptions of neighborhood safety and children's physical activity. *Prev Med.* 2006;43(3): p. 212-7.
19. Le Blanc A. G., Spence J. C., Carson V. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;(37): p. 753-72.
20. Engel A. C., Broderick C. R., van Doorn N., Hardy L. L. & Parmenter B. J. Exploring the Relationship Between Fundamental Motor Skill Interventions and Physical Activity Levels in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med.* 2018;48(8): p. 1845-57.
21. Zeng N., Ayyub M., Sun H., Wen X., Xiang P. & Gao Z. Effects of Physical Activity on Motor Skills and Cognitive Development in Early Childhood: A Systematic Review. *Review Biomed Res Int.* 2017;(276): p. 0716.
22. Berthomier N. & Octobre S. Enfants et écrans de 0 à 2 ans à travers le suivi de cohorte ELFE. *Cairn.info pour le Ministère de la Culture DEPS.* 2019/1 n° 1.

2. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT UND BEWEGUNGSMANGEL

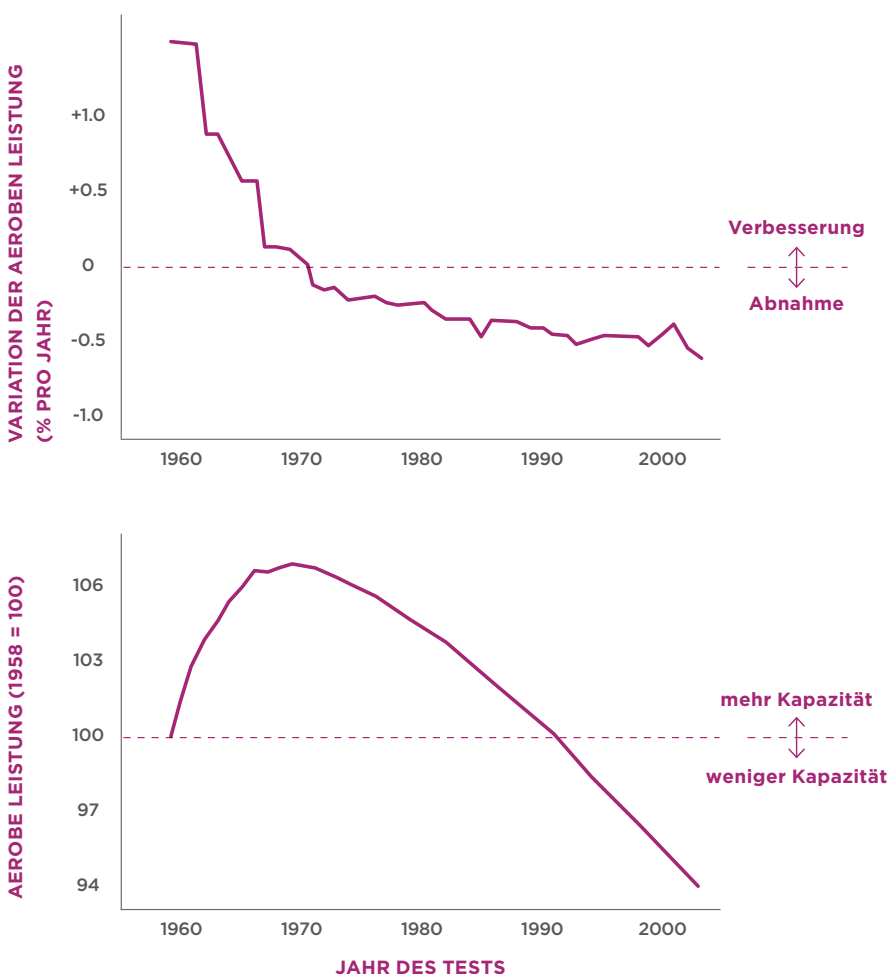
2.1 KÖRPERLICHE VERFASSUNG UND BEWEGUNGSNIVEAU DER KINDER

Trotz der Vorteile, die Bewegung mit sich bringt, bewegt sich ein grosser Teil der Kinder nicht genug. In den letzten Jahrzehnten scheinen die körperliche Fitness und das Niveau der körperlichen Bewegung von Jugendlichen in vielen entwickelten Ländern abzunehmen (siehe Abbildung 4) [1-5]. Dies gilt insbesondere bezüglich des Gleichgewichtssinns (Gehen auf einem 10 cm breiten und 2 m langen Teppichstreifen) und des Werfens (Tennisball auf ein Ziel).

In den 2000er-Jahren war auch in der Schweiz ein Rückgang von Bewegungsaktivitäten zu verzeichnen. Der Bericht «Sport Schweiz 2020» [7] über Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 19 Jahren zeigt jedoch, dass sich Schweizer Jugendliche in den letzten Jahren wieder vermehrt bewegen.

ABBILDUNG 4

ENTWICKLUNG DER AEROBEN LEISTUNG VON JUGENDLICHEN (6-19 JAHRE) ZWISCHEN 1960 UND 2000 (IN ANLEHNUNG AN TOMKINSON 2007)



Die Grafiken zeigen die Entwicklung der aeroben Leistung von Jugendlichen (6-19 Jahre) zwischen 1960 und 2000.

Die obere Grafik zeigt die Veränderung der aeroben Leistung (in Prozent pro Jahr) zwischen 1960 und 2000.

In der unteren wird die die Entwicklung der aeroben Leistung der Jugendlichen zwischen 1960 und 2000 dargestellt.

Die beiden Grafiken zeigen deutlich, dass die aerobe Kapazität von Jugendlichen zwischen 6 und 19 Jahren seit über 30 Jahren in alarmierendem Masse abnimmt.

Reilly et al. [8] haben herausgefunden, dass sich schottische Kinder im Alter von 3 bis 5 Jahren nur 20 bis 25 Minuten pro Tag mässig bis intensiv bewegen. Diese Ergebnisse sind pessimistischer als jene der portugiesischen Studie von Vale et al. [9], die zeigt, dass Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren unter der Woche täglich 102 Minuten und am Wochenende täglich 88 Minuten mässige bis intensive Bewegung ausüben. Die Autorinnen und Autoren sind sich einig, dass sich Mädchen weniger bewegen als Jungen.

In der Schweiz gibt es nicht viele Daten über das Mass der körperlichen Bewegung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren. Daher beziehen wir uns auf mehrere Quellen, um einige Trends in Bezug auf die Bewegungsaktivitäten von Kindern aufzuzeigen.

Der Bericht «Sport Schweiz 2020» [7] analysiert die Sportgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Laut dem Bericht verringern sich die Unterschiede, die bezüglich des sportlichen Verhaltens von jungen Menschen aus den verschiedenen Sprachregionen der Schweiz festgestellt wurden. In der Tat ist die deutliche Kluft zwischen der Deutschschweiz und der Westschweiz, die früher bestand, heute kaum mehr auszumachen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zur unterschiedlichen Bewegungsaktivität von Jungen und Mädchen in der Schweiz bestätigen, dass Erstere aktiver sind als die Mädchen. Tatsächlich zeigt auch die SOPHYA-Studie, dass Jungs im Alter von 6 bis 16 Jahren durchschnittlich 89 Minuten pro Tag mit körperlicher Bewegung verbringen, während ihre Altersgenossinnen nur auf 69 Minuten kommen [7-10].

Die Messungen ergaben auch, dass sich die Kinder an Schultagen mehr bewegen als am Wochenende [11].

Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 16 Jahren sind durchschnittlich 78,6 Minuten pro Tag körperlich aktiv. 64% von ihnen folgen den Bewegungsempfehlungen, die täglich 60 Minuten Bewegung befürworten. Mit zunehmendem Alter nimmt die Dauer der körperlichen Aktivität ab. In der Tat halten sich 99,8% der Kinder zwischen 6 und 7 Jahren an die Empfehlungen, während es bei den 12- bis 13-Jährigen nur 39,4% und bei den 14- bis 16-Jährigen 21,5% sind [10].

Wichtige Zahlen

- » Die **körperliche Verfassung**, das **Aktivitätslevel** und die **motorischen Fähigkeiten** (Gleichgewicht, Geschicklichkeit usw.) sind in vielen Ländern **rückläufig**.
- » Westschweizer Vorschulkinder verbringen **nur 74 Minuten pro Tag damit, draussen zu spielen**. [12]
- » Vorschulkinder verbringen bereits **mehr als eine Stunde pro Tag vor dem Fernseher**. [13]

2.2 PRÄVALENZ DES BEWEGUNGSMANGELS BEI KINDERN

Parallel zum Bewegungsmangel nehmen Kinder immer stärker eine sitzende Lebensweise an [14, 15]. Die moderne Umwelt mit ihren vielen Angeboten für sitzende Tätigkeiten (Autofahren, Zeit vor Bildschirmen oder im Kinderwagen usw.) hat diesen Trend zweifellos begünstigt.

Laut einer kanadischen Studie verbringen Jugendliche zwischen 5 und 18 Jahren 62% ihrer Wachzeit mit sitzenden Tätigkeiten [13]. Immer mehr Daten bestätigen, dass sitzende Verhaltensweisen bereits in den ersten Lebensjahren auftreten. Kinder im Vorschulalter verbringen zwischen 76% und 84% ihrer Wachzeit mit sitzenden Tätigkeiten, insbesondere vor Bildschirmen [8, 9]. Darüber hinaus scheinen sie mehr als eine Stunde pro Tag vor einem Bildschirm zu verbringen [13]. Sie sind schon vor dem zweiten Lebensjahr Bildschirmen ausgesetzt [16].

In der Schweiz ist die Situation nicht so gut dokumentiert wie in anderen Ländern, etwa Kanada oder den USA. Dennoch zeigt eine Studie mit Kindern aus den Gemeinden Bern, Biel und Payerne [17], dass Kinder im Alter von 6 bis 7 Jahren bereits mehr als eine Stunde vor dem Fernseher oder Computer verbringen. Im Alter von 13 bis 14 Jahren sind es über zwei Stunden. Laut einer Studie mit Vorschulkindern aus der Region Lausanne beträgt die täglich vor dem Fernseher verbrachte Zeit bereits mehr als eine Stunde [12].

Das Wichtigste in Kürze

- » Die moderne Umgebung fördert die Entwicklung von Bewegungsmangel.
- » Vorschulkinder verbringen 80% ihrer Wachzeit mit sitzenden Tätigkeiten.
- » Vorschulkinder in der Region Lausanne verbringen bereits mehr als eine Stunde pro Tag vor dem Fernseher [24].

Es ist wichtig zu erwähnen, dass im Zeitalter der digitalen Medien der Fernseher längst nicht mehr der einzige Bildschirm ist, der von Kindern genutzt wird. Die 2018 durchgeführte ADELE-Studie zeigt, dass Schweizer Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren zahlreiche andere digitale Aktivitäten an Tablets, Smartphones, Computern usw. ausüben [18].

2.3 KOSTEN DES BEWEGUNGSMANGELS

Fast zwei Drittel der Schweizer Bevölkerung sind von Bewegungsmangel betroffen. Im Jahr 2013 wurden die weltweiten Kosten der körperlichen Inaktivität auf 54 Milliarden US-Dollar pro Jahr für die direkte Gesundheitsversorgung und auf über 14 Milliarden US-Dollar für Produktivitätsverluste geschätzt. Die Inaktivität macht zwischen 1% und 3% der nationalen Gesundheitskosten aus, wobei die Kosten für psychische Gesundheit und Muskel- und Skeletterkrankungen nicht berücksichtigt sind [19]. Die direkten Behandlungskosten, die durch Unfälle beim Sport verursacht werden, werden für das Jahr 2016 in der Schweiz auf 1,15 Milliarden Franken geschätzt [20]. Regelmässig aktive Personen haben hingegen weniger arbeitsbedingte Unfälle oder Unfälle im Haushalt als inaktive Personen [21]. Die Kosten, die durch mangelnde Bewegung bei Kindern entstehen, sind nicht einfach zu berechnen; derzeit liegen keine solchen Zahlen vor. Obwohl es schwierig ist, den Impact von Adipositas im Kindesalter auf die Gesundheitskosten hochzurechnen, scheint es sehr wahrscheinlich, dass Adipositas diese Kosten in die Höhe treibt [22]. Die Studie von Schneider und Venetz aus dem Jahr 2014 [23] schätzt die direkten Gesamtkosten im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas für das Jahr 2012 auf rund 8 Milliarden Franken, womit sich diese Kosten seit 2002 verdreifacht haben. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Übergewicht in der Kindheit auch im Erwachsenenalter bestehen bleibt.

REFERENZEN

1. Bös, K. (2003). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. *Erster Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*: p. 1550-73.
2. Tomkinson, G. R. & Olds T. S. Secular changes in pediatric aerobic fitness test performance: the global picture. *Med Sport Sci*. 2007;(50): p. 46-66.
3. Tremblay, M. S. et al. Fitness of Canadian children and youth: results from the 2007-2009 Canadian Health Measures Survey. *Health Rep*. 2010;21(1): p. 7-20.
4. Andersen, L. B. & van Mechelen W. Are children of today less active than before and is their health in danger? What can we do? *Scand J Med Sci Sports*. 2005;15(5): p. 268-70.
5. Dollman J., Norton K. & Norton L. Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *Br J Sports Med*. 2005;39(12): p. 892-7.
6. Roth K. et al. Is there a secular decline in motor skills in preschool children? *Scand J Med Sci Sports*. 2010;20(4): p. 670-8.
7. Lamprecht M., Bürgi R., Gebert A. & Stamm H. P. (2021). *Sport Schweiz 2020: Bericht über Kinder und Jugendliche*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.
8. Reilly, J. J. et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet*. 2004;363(9404): p. 211-2.
9. Vale S. et al. Compliance with physical activity guidelines in preschool children. *J Sports Sci*. 2010;28(6): p. 603-8.
10. Bringolf-Isler B., Probst-Hensch N., Kayser B. & Suggs S. (2016). *Schlussbericht zur SOPHYA-Studie*. Swiss Tropical and Public Health Institute.
11. Sigmundová D. & Sigmund E. Weekday-Weekend Sedentary Behavior and Recreational Screen Time Patterns in Families with Preschoolers, Schoolchildren, and Adolescents: Cross-Sectional Three Cohort Stud. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18: p. 4532.
12. Burgi F. et al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;(10): p. 733.
13. Carson V. et al. Association between neighborhood socioeconomic status and screen time among pre-school children: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2010;(10): p. 367.
14. LeBlanc A. G., Spence J. C., Carson V. et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;(37): p. 753-72.
15. Tucker P., Vanderloo L. M., Burke S. M., Irwin J. D. & Johnson A. M. Prevalence and influences of preschoolers' sedentary behaviors in early learning centers: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*. 2015;(15): p. 128.
16. Zimmerman F. J., Christakis D. A. & Meltzoff A. N. Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 161(9): p. 473-9.
17. Bringolf-Isler B. et al. Assessment of intensity, prevalence and duration of everyday activities in Swiss school children: a cross-sectional analysis of accelerometer and diary data. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2009;(6): p. 50.
18. Schloch P., Waller G., Domdey P. & Süss D. (2018). *ADELE – Activités-Digitales-Education-Loisirs-Enfants. Les médias numériques au sein des familles avec enfants âgés de 4 à 7 ans*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (Universität des sciences appliquées, Zurich).

19. Weltgesundheitsorganisation (2020). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age* (Leitlinien zu körperlicher Aktivität, sitzendem Verhalten und Schlaf bei Kindern unter 5 Jahren).
20. Schweizer Sportobservatorium. *Indikatorenammlung. Kosten der Sportunfälle*. www.sportobs.ch, Oktober 2021. > Indikatoren > Fairplay und Sicherheit > Anzahl und Entwicklung von Unfällen und Verletzungen im Zusammenhang mit der Sportausübung
21. Carlson S. A. et al. Self-reported injury and physical activity levels: United States 2000 to 2002. *Ann Epidemiol.* 2006;16(9): p. 712-9.
22. John J., Wolfenstetter S. B. & Wenig C. M. An economic perspective on childhood obesity: recent findings on cost of illness and cost effectiveness of interventions. *Nutrition Reviews.* 2012;28(9): p. 829-39.
23. Schneider H. & Venetz W. (2015). *Cost of Obesity in Switzerland 2012*. OFSP.
24. Burgi F. et al. Socio-cultural determinants of adiposity and physical activity in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10: p. 733.

3. GESUNDHEITLICHE VORTEILE VON BEWEGUNG BEI KINDERN

Regelmässige Bewegung fördert eine harmonische körperliche, geistige und seelische Entwicklung. Die Studien von Carson et al. sowie von Timmons et al. haben gezeigt, dass körperliche Aktivität bereits im frühen Kindesalter mit einem positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand einhergeht. Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Bewegung und Gesundheitsindikatoren wie der motorischen und der kognitiven Entwicklung, Adipositas, der Knochengesundheit, der psychosozialen sowie der kardiometabolischen Gesundheit von Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren [1-3]. Mehrere Studien haben die vorhandene Literatur ausgewertet [4-6] und sich mit den Auswirkungen von Bewegung auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Schulalter (6-18 Jahre) befasst. Sie zeigen, dass ein aktives Leben mit einer besseren muskuloskelettalen Gesundheit, einer besseren psychischen Gesundheit und einer günstigeren Situation in Bezug auf die verschiedenen Komponenten der kardiovaskulären Gesundheit korreliert. Es geht daraus hervor, dass Jugendliche mindestens 60 Minuten pro Tag körperlich aktiv sein sollten. Regelmässige Bewegung korreliert auch positiv mit schulischen Leistungen [7-8].

3.1 MOTORISCHE ENTWICKLUNG

Mehrere Studien zu Kindern im Vorschulalter haben gezeigt, dass eine abwechslungsreiche Bewegung die motorische Entwicklung verbessern kann [9, 11].

Darüber hinaus wird angenommen, dass die motorischen Grundfertigkeiten eine Rolle spielen, wenn Kinder einen Unfall haben. In der Tat könnte eine schlechtere Entwicklung motorischer Fähigkeiten, die bei Kindern im Vorschulalter beobachtet wird, für viele Unfälle (vor allem Stürze und Zusammenstösse) verantwortlich sein [12]. Im späteren Leben von Kindern können motorische und sensorische Defizite bei Verkehrsunfällen eine Rolle spielen.

3.2 KOGNITIVE ENTWICKLUNG

Bewegung hat einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des kindlichen Gehirns. Eine Studie hat gezeigt, dass bei Säuglingen passives Radfahren während zwei Monaten die Sprachentwicklung verbessert [15]. Bei Kindern im Schulalter korreliert ein aktiver Lebensstil positiv mit den schulischen Leistungen [8, 16]. Tatsächlich hat Bewegung eine positive und signifikante Wirkung auf die kognitiven Leistungen von Kindern, insbesondere in mathematischen Tests, in Intelligenztests (IQ) und im Lesen [7].

3.3 ADIPOSITAS

Adipositas bei Kindern und Jugendlichen ist eines der grössten aktuellen Probleme der öffentlichen Gesundheit. Im Jahr 2018 waren 12,4% der Kinder und Jugendlichen in der Schweiz übergewichtig, 3,7% waren adipös [13]. Diese Kinder haben ein signifikant höheres Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes Typ 2 oder Erkrankungen des Knochen- und Gelenkapparats zu entwickeln [17]. Bewegung kann bei der Vorbeugung und Behandlung von Übergewicht und Adipositas eine sehr wichtige Rolle spielen.

Eine systematische Übersichtsstudie evaluierte den Zusammenhang zwischen der Lebensführung und Adipositas bei Kindern im Alter von 5 bis 12 Jahren. Sie kam zum Schluss, dass ein ungesunder Lebensstil häufiger mit einem Adipositasrisiko verbunden ist als ein gesunder Lebensstil, zu dem auch regelmässige körperliche Aktivitäten gehören [18]. Mehrere Studien haben einen Zusammenhang zwischen dem Niveau der körperlichen Aktivität im Vorschulalter (3 bis 6 Jahre) und Adipositas im späteren Leben gezeigt [19, 20].

Studien deuten darauf hin, dass Kinder im Alter von 6 bis 18 Jahren, die an körperlichen Aktivitäten teilnehmen, geringere Adipositaswerte aufweisen als diejenigen, die weniger aktiv sind [4]. Bewegung ist eine der wichtigsten Säulen von Therapieprogrammen für übergewichtige und adipöse Kinder.

3.4 KNOCHENGESUNDHEIT

Einer der wichtigsten Faktoren für den Knochenaufbau sind plyometrische Bewegungen (mit Impact, also solche, die auf einer schnellen Lande- und folgender Absprungphase beruhen) [21]. Eine erhöhte körperliche Aktivität im Vorschulalter scheint mit einer Zunahme des Schienbeinumfanges zu korrelieren [22]. Eine maximale Zunahme der Knochenmasse in der Kindheit könnte sogar das Risiko von Knochenbrüchen bei Jugendlichen und älteren Menschen senken [23]. Durch Bewegung kann also bei der Knochendichte ein Höchstwert erreicht werden, sodass man später nicht in den sogenannten «Risikobereich» gelangt, in dem das Frakturrisiko deutlich ansteigt.

3.5 PSYCHOSOZIALE GESUNDHEIT

Die Zeit vor der Einschulung ist für die Entwicklung der sozialen Fähigkeiten eines Kindes sehr wichtig, da es dann beginnt, seine Interaktionen zu erweitern. Bewegung bietet nicht nur körperliche Vorteile. Ein aktives Leben fördert auch die psychische und soziale Gesundheit von Kindern, da sie Erfahrungen sammeln können. Kinder im Vorschulalter sind aktiver und verfügen über bessere soziale Kompetenzen und ein besseres Externalisierungsverhalten (selbstbewusster, offener gegenüber anderen, kooperativer usw.) [24]. Diese verbesserten psychosozialen Lebenskompetenzen begünstigen wahrscheinlich den Eintritt und die Integration eines Kindes in die Schule. Bei Kindern im Alter von 6 bis 18 Jahren scheint ein Mangel an Bewegung mit Angstzuständen, depressiven Symptomen und einem geringeren Selbstvertrauen verbunden zu sein [4].

3.6 KARDIOMETABOLISCHE GESUNDHEIT

Ein sitzender Lebensstil begünstigt die Entwicklung von kardiometabolischen Erkrankungen wie Arteriosklerose, Bluthochdruck und Diabetes [6, 17]. Im Erwachsenenalter sinkt das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei regelmässig aktiven Personen erheblich. Zwei Studien haben gezeigt, dass Bewegung bei Kindern im Vorschulalter zu einer besseren kardiometabolischen Gesundheit führt [25, 26], wobei sich Indikatoren wie Gesamtcholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceridspiegel verbessern.

Bei Schulkindern (6 bis 18 Jahre) wird das Mass der körperlichen Bewegung mit der kardiometabolischen Gesundheit in Verbindung gebracht, wobei die aktiveren Kinder bessere Werte für High Density Lipoprotein (HDL) und Triglyceride aufweisen [4, 17].

Das Wichtigste in Kürze

- » Bewegung fördert die **psychomotorische Entwicklung** des Kindes. Ein aktives Kind hat bessere motorische und soziale Fähigkeiten sowie mehr Erfolg in der Schule.
- » **Bewegung maximiert den Aufbau der Knochenmasse in der Kindheit** und senkt das Risiko von Knochenbrüchen und Osteoporose im Erwachsenenalter.
- » Aktive Kinder haben eine **bessere kardiometabolische Gesundheit**.
- » Bewegung spielt eine grundlegende Rolle bei der Vorbeugung und Behandlung von **Übergewicht und Adipositas**.

3.7 VORTEILE VON BEWEGUNG IM ERWACHSENENALTER

Das Mass der körperlichen Bewegung in der Jugend korreliert mit dem Aktivitätsgrad im Erwachsenenalter [27]. Mit anderen Worten: Ein aktives Kind wird mit grösserer Wahrscheinlichkeit ein aktiver Erwachsener werden als ein inaktives. Ausgehend von diesem Befund scheint es offensichtlich, dass die Förderung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter nicht nur für die Gesundheit während dieser Zeit wichtig ist, sondern generell für die Gesundheit des Menschen während seiner gesamten Lebenszeit.

Vergleicht man die Gesundheit von inaktiven erwachsenen Personen mit jener von Menschen, die regelmässig aktiv sind, haben Letztere ein geringeres Risiko, an vielen Krankheiten zu erkranken (siehe Tabelle 1). Dies gilt insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes Typ 2, Darmkrebs, Brustkrebs, Osteoporose, Depressionen und Rückenschmerzen [28-36]. Menschen, die regelmässig körperlich aktiv sind, berichten auch über eine höhere Lebensqualität.

Weitere Informationen zur körperlichen Aktivität von Erwachsenen finden Sie im PAPRICA-Handbuch für Ärztinnen und Ärzte auf der Website www.paprica.ch.

TABELLE 1

GESUNDHEITLICHER NUTZEN VON BEWEGUNG NACH WISSENSCHAFTLICHEN EVIDENZGRADEN
(IN ANLEHNUNG AN POWELL ET AL. 2018 [37])

	Kinder und Jugendliche
3 bis < 6 Jahre*	» Verbesserung der Knochengesundheit und des Gewichtsstatus
6–17 Jahre	» Verbesserung der kognitiven Funktionen » Bessere kardiorespiratorische Fitness und Verbesserung der Muskelfunktion » Verbesserung der Knochengesundheit » Geringere kardiovaskuläre Risikofaktoren » Verbesserung des Gewichtsstatus und der Adipositasprävalenz » Weniger depressive Symptome
	Erwachsene, alle Altersgruppen
Sterblichkeit, alle Ursachen	» Verringerung des Risikos
Kardiometabolische Gesundheit	» Geringeres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und kardiovaskuläre Mortalität (einschliesslich koronarer Herzkrankheit und Schlaganfall) » Geringeres Risiko für Bluthochdruck » Geringeres Risiko für Diabetes Typ 2
Krebs	» Geringeres Risiko für Blasen-, Brust-, Dickdarm-, Endometrium-, Speiseröhren-, Nieren-, Magen- und Lungenkrebs
Psychische Gesundheit	» Geringeres Risiko für Demenz » Verbesserung der kognitiven Funktionen » Verbesserung der kognitiven Funktionen im Anschluss an eine ausdauerorientierte Trainingseinheit » Verbesserung der Lebensqualität » Verbesserung des Schlafs » Verringerung von Angstgefühlen und Depressionen, sowohl bei gesunden wie kranken Personen » Reduktion des Depressionsrisikos
Gewichtsstatus	» Verringerung des Risikos einer übermässigen Gewichtszunahme » Zusätzliche Wirkung auf den Gewichtsverlust, wenn die Bewegung mit einer mässigen Nahrungseinschränkung kombiniert wird » Gewichtsverlust und Verhinderung einer erneuten Gewichtszunahme bei ausreichender physischer Aktivität von mässiger bis hoher Intensität
	Ältere Menschen
Stürze	» Verringerung des Sturzrisikos » Verringerung des Verletzungsrisikos bei einem Sturz
Körperliche Fähigkeiten	» Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit bei älteren Menschen mit und ohne Gebrechlichkeit
	Schwangere Frauen oder Frauen im Wochenbett
Während der Schwangerschaft	» Verringerung des Risikos einer übermässigen Gewichtszunahme » Geringeres Risiko für Schwangerschaftsdiabetes » Kein Risiko für den Fötus bei Bewegung mit mässiger Intensität
Nach der Geburt	» Geringeres Risiko einer postpartalen Depression

Anmerkung: In der Tabelle sind nur Ergebnisse mit hohem bis mässigem Evidenzgrad enthalten.

* Für Kinder von 0 bis < 3 Jahren sind die zur Verfügung stehenden Daten unzureichend.

REFERENZEN

1. Timmons B.W. et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2012;37(4): p. 773-92.
2. Carson V., Lee E. Y., Hewitt L., Jennings C., Hunter S., Kuzik N., Stearns J. A., Unrau S. P., Poitras V. J., Gray C., Adamo K. B., Janssen I., Okely A. D., Spence J. C., Timmons B. W., Sampson M. & Tremblay M. S. Correction to: Systematic review of the relationships between physical activity and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health.* 2017;17(1): p. 985.
3. Kuzik N., Poitras V. J., Tremblay M. S., Lee E. Y., Hunter S. & Carson V. Systematic review of the relationships between combinations of movement behaviours and health indicators in the early years (0-4 years). *BMC Public Health.* 2017;5: p. 849.
4. Strong W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005;146(6): p. 732-7.
5. Janssen I. & Leblanc A. G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7(40).
6. Garcia-Hermoso A., Ezzatvar Y., Ramirez-Velez R., Olloquequi J. & Izquierdo M. Is device-measured vigorous physical activity associated with health-related outcomes in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis. *Journal of sport and health science.* 2021;10(3): p. 296-307.
7. Fedewa A. L. & Ahn S. The effects of physical activity and physical fitness on children's achievement and cognitive outcomes: a meta-analysis. *Res Q Exerc Sport.* 2011;82(3): p. 521-35.
8. Donnelly J. E., Hillman C. H., Castelli D., Etnier J. L., Lee S., Tomporowski P., Lambourne K. & Szabo-Reed A. N. Physical Activity, Fitness, Cognitive Function, and Academic Achievement in Children: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2016;48(6): p. 1197-222.
9. Reilly J. J. et al. Total energy expenditure and physical activity in young Scottish children: mixed longitudinal study. *Lancet.* 2004;363(9404): p. 211-2.
10. Zeng N., Ayyub M., Sun H., Wen X., Xiang P. & Gao Z. Effects of Physical Activity on Motor Skills and Cognitive Development in Early Childhood: A Systematic Review. *Review Biomed Res Int.* 2017; 2017:2760716.
11. Veldman S. L. C., Chin A., Paw M. J. M. & Altenburg T. M. Physical activity and prospective associations with indicators of health and development in children aged <5 years: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 18(1): p. 6.
12. Zahner L. et al. (2004). *Aktive Kindheit: Gesundes Leben* (Handbuch für Fachpersonen). Magglingen: Bundesamt für Sport.
13. Stamm H., Ceschi M., Gebert A., Guggenbühl L. & Stronski S. (2020). *Monitoring der Gewichtsdaten durch die schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich (Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen im Schuljahr 2018/19 mit besonderem Fokus auf den Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und Gewicht)*. Faktenblatt 42. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
14. Wells J. C. & Ritz P. Physical activity at 9-12 months and fatness at 2 years of age. *Am J Hum Biol.* 2001;13(3): p. 384-9.
15. Iverson J. M. Developing language in a developing body: the relationship between motor development and language development. *J Child Lang.* 2010;37(2): p. 229-61.
16. Marques A., Santos D. A., Hillman C. H. & Sardinha L. B. How does academic achievement relate to cardiorespiratory fitness, self-reported physical activity and objectively reported physical activity: a systematic review in children and adolescents aged 6-18 years. *Br J Sports Med.* 2018;52(16): p. 1039.
17. Cesa C. C., Sbruzzi G., Ribeiro R. A., Barbiero S. M., de Oliveira Petkowicz R., Eibel B., Machado N. B. et al. Physical activity and cardiovascular risk factors in children: meta-analysis of randomized clinical trials. *Prev Med.* 2014;(69): p. 54-62.
18. D'Souza N. J., Kuswara K., Zheng M., Leech R., Downing K. L., Lioret S., Campbell K. J. & Hesketh K. D. A systematic review of lifestyle patterns and their association with adiposity in children aged 5-12 years. *Obes Rev.* 2020;21(8): p. 13029.

19. Pate R. R., Hillman C. H., Janz K. F., Katzmarzyk P. T., Powell K. E., Torres A. & Whitt-Glover M. C. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity and Health in Children Younger than 6 Years: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6): p. 1282-91.
20. Moore L. et al. Does early physical activity predict body fat change throughout childhood? *Prev Med.* 2003;37(1): p. 10-7.
21. Gomez-Bruton A., Matute-Llorente A., Gonzalez-Aguero A., Casajus J. A. & Vicente-Rodriguez G. Plyometric exercise and bone health in children and adolescents: a systematic review. *World J Pediatr.* 2017;13(2): p. 112-21.
22. Lerner Z. F., Board W. J. & Browning R. C. Pediatric Obesity and Walking Duration Increase Medial Tibiofemoral Compartment Contact Forces. *J Orthop Res.* 2016;(34): p. 97-105.
23. Rizzoli R. et al. Maximizing bone mineral mass gain during growth for the prevention of fractures in the adolescents and the elderly. *Bone.* 2010;46(2): p. 294-305.
24. Lobo Y. B. & Winsler A. The effects of a creative dance and movement program on the social competence of Head Start preschoolers. *Social Development.* 2006;15(3): p. 501-19.
25. Metcalf B. S. et al. Physical activity at the government-recommended level and obesity-related health outcomes: a longitudinal study. *Arch Dis Child.* 2008;93(9): p. 772-7.
26. Saakslähti A. et al. Physical activity as a preventive measure for coronary heart disease risk factors in early childhood. *Scand J Med Sci Sports.* 2004;14(3): p. 143-9.
27. Telama R. et al. Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study. *American journal of preventive medicine.* 2005;28(3): p. 262-73.
28. Uusitupa M., Khan T. A., Vigiouliou E., Kahleova H., Rivellese A. A., Hermansen K., Pfeiffer A., Thanopoulou A., Salas-Salvadó J., Schwab U. & Sievenpiper J. L. Prevention of Type 2 Diabetes by Lifestyle Changes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients.* 11(11): p. 2611.
29. Pescatello L. S., Buchner D. M., Jakicic J. M., Powell K. E., Kraus W. E., Bloodgood B., Campbell W. W., Dietz S., Dipietro L., George S. M., Macko R. F., McTiernan A., Pate R. R. & Piercy K. L. Physical Activity to Prevent and Treat Hypertension: A Systematic Review. *Med Sci Sports Exerc.* 2019;51(6): p. 1314-23.
30. Blair S. N., Goodyear N. N., Gibbons L. W. & Cooper K. H. Physical Fitness and Incidence of Hypertension in Healthy Normotensive Men and Women. *JAMA.* 1984;252: p. 487-90.
31. Blair S. N., Kohl H. W., Barlow C. E., Paffenbarger R. S., Gibbons L. W. & Macera C. A. Changes in Physical Fitness and all-Cause Mortality. A Prospective Study of Healthy and Unhealthy Men. *JAMA.* 1995;273: p. 1093-8.
32. Lee I. M., Paffenbarger R. S. & Hsieh C. Physical Activity and Risk of Developing Colorectal Cancer among College Alumni. *J Natl Cancer Inst.* 1991;83: p. 1324-9.
33. Manson J. E., Nathan D. M., Krolewski A. S., Stampfer M. J., Willett W. C. & Hennekens C. H. A Prospective Study of Exercise and Incidence of Diabetes among US Male Physicians. *JAMA.* 1992;268: p. 63-7.
34. McTiernan A., Kooperberg C., White E. et al. Recreational Physical Activity and the Risk of Breast Cancer in Postmenopausal Women: The Women's Health Initiative Cohort Study. *JAMA.* 2003;290: p. 1331-6.
35. Paffenbarger R. S., Lee I. M. & Leung R. Physical Activity and Personal Characteristics Associated with Depression and Suicide in American College Men. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;377: p. 16-22.
36. Middleton L. E., Manini T. M., Simonsick E. M. et al. Activity energy expenditure and incident cognitive impairment in older adults. *Arch Intern Med.* 2011;171: p. 1251-7.
37. Powell K. E., King A. C., Buchner D. M. et al. The Scientific Foundation for the Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd Edition. *J Phys Act Health.* 2018;17: p. 1-11.

4. MOTORISCHE FÄHIGKEITEN UND BEWEGUNG

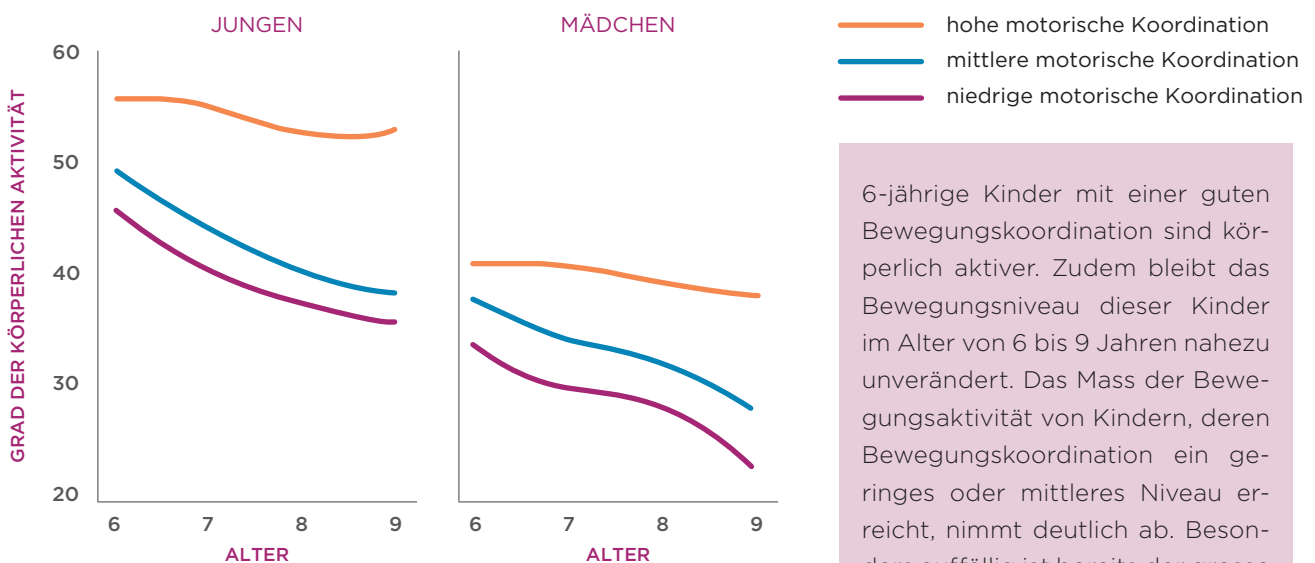
In den ersten Lebensjahren erwerben Kinder die grundlegenden motorischen Fähigkeiten. Dabei geht es um die Fortbewegung (laufen, springen usw.), den Umgang mit Gegenständen (greifen, werfen, treten usw.) und um das Gleichgewicht (statisch und dynamisch).

Mehrere Studien haben eine positive Korrelation zwischen körperlicher Aktivität und motorischen Fähigkeiten nachgewiesen [1, 2] und die Hypothese aufgestellt, dass die im Bereich der motorischen Fähigkeiten erreichte Leistungsstufe das Niveau der körperlichen Aktivität vorhersagen könnte. Die Ergebnisse der Längsschnittuntersuchungen be-

stätigen diese Hypothese [3, 4]. Barnett et al. [3] zeigten, dass die Fähigkeit, Objekte zu steuern (werfen, greifen, treten usw.), im Alter von 10 Jahren ein Prädiktor für körperliche Aktivität im Jugendalter ist. In ihrer 2011 veröffentlichten Studie kommen Lopes et al. [4] zum Schluss, dass die motorische Koordination ein starker Prädiktor für das Mass der körperlichen Aktivität von Kindern zwischen 6 und 10 Jahren ist. Die Autorinnen und Autoren zeigten auch, dass das mit 6 Jahren erreichte Niveau der motorischen Koordination jenes der körperlichen Bewegung vier Jahre später beeinflusst (siehe Abbildung 6).

ABBILDUNG 6

ENTWICKLUNG DES NIVEAUS DER KÖRPERLICHEN AKTIVITÄT IN ABHÄNGIGKEIT VOM ANFÄNGLICHEN NIVEAU DER MOTORISCHEN KOORDINATION (IN ANLEHNUNG AN LOPES ET AL. 2011)



6-jährige Kinder mit einer guten Bewegungskoordination sind körperlich aktiver. Zudem bleibt das Bewegungsniveau dieser Kinder im Alter von 6 bis 9 Jahren nahezu unverändert. Das Mass der Bewegungsaktivität von Kindern, deren Bewegungskoordination ein geringes oder mittleres Niveau erreicht, nimmt deutlich ab. Besonders auffällig ist bereits der grosse Unterschied zwischen Jungen und Mädchen in diesem Alter!

Mehrere Studien haben den Zusammenhang zwischen den Leistungen in den motorischen Grundfertigkeiten und den möglichen gesundheitlichen Vorteilen bei Kindern und Jugendlichen evaluiert. Sie zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen den grundlegenden motorischen Fähigkeiten und der Bewegung und der aeroben Kapazität. Zwischen diesen Fähigkeiten und dem Körpergewicht besteht hingegen eine negative Korrelation [5-7].

Clark und Metcalfe [8] schlagen vor, sich die motorischen Grundfertigkeiten als «Basislager» vorzustellen, von dem aus die Kinder den Berg der motorischen Entwicklung erklimmen. Mit anderen Worten: Wenn Kinder nicht gut werfen, fangen, springen usw. können, werden sie später weniger Möglichkeiten haben, sich zu bewegen, weil sie für das Ausüben von Aktivitäten nicht über die erforderlichen Fähigkeiten verfügen [9].

REFERENZEN

1. Jones D., Innerd A., Giles E. L. & Azevedo L. B. Association between fundamental motor skills and physical activity in the early years: A systematic review and meta-analysis. *Journal of sport and health science*. 2020;9(6): p. 542-52.
2. Van Capelle A., Broderick C. R., van Doorn N., Ward R. E. & Parmenter B. J. Interventions to improve fundamental motor skills in pre-school aged children: A systematic review and meta-analysis. *J Sci Med Sport*. 2017;20(7): p. 658-66.
3. Barnett L. M. et al. Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity. *J Adolesc Health*. 2009;44(3): p. 252-9.
4. Lopes V. P. et al. Motor coordination as predictor of physical activity in childhood. *Scand J Med Sci Sports*. 2011;21(5): p. 663-9.
5. Lubans D. R. et al. Fundamental movement skills in children and adolescents: review of associated health benefits. *Sports Med*. 40(12): p. 1019-35.
6. Engel A. C., Broderick C. R., van Doorn N., Hardy L. L. & Parmenter B. J. Exploring the Relationship Between Fundamental Motor Skill Interventions and Physical Activity Levels in Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Med*. 2018;48(8): p. 1845-57.
7. Duncan M. J., Hall C., Eyre E., Barnett L. M. & James R. S. Pre-schoolers fundamental movement skills predict BMI, physical activity, and sedentary behavior: A longitudinal study. *Scand J Med Sci Sports*. 2021;31(1): p. 8-14.
8. Clark J. E. & Metcalfe J. S. (2002). The mountain of motor development: A metaphor, in *Motor development: Research and reviews*. Reston: National Association of Sport and Physical Education, p. 163-90.
9. Stodden D. F. et al. A Developmental Perspective on the Role of Motor Skill Competence in Physical Activity: An Emergent Relationship. *Quest*. 2008;60(2): p. 290-306.

5. WARUM SCHON BEI KLEINKINDERN HANDELN?

Gründe, warum sich Kinder schon in jungen Jahren bewegen sollten:

- » Die Zeit zwischen der Geburt und dem sechsten Lebensjahr ist eine kritische Phase für die Entwicklung eines aktiven Lebensstils. Kinder in dieser Altersgruppe werden von Kampagnen, die für Bewegung und körperliche Aktivitäten werben, kaum erreicht.
- » Von Geburt an lernt und entwickelt sich das Kind durch Bewegung. Durch sensorische und motorische Erfahrungen entwickelt es sowohl seine Motorik als auch sein Gehirn. Um es mit den Worten des Schweizer Psychologen Jean Piaget zu sagen: «Die Bewegung ist ein Instrument der Erkenntnis.»
- » Durch vielfältige Bewegungserfahrungen entwickelt das Kind grundlegende motorische Fähigkeiten, die ihm mehr Freude an der Bewegung bereiten, die aber auch neue Lernprozesse erleichtern und ihm zu mehr Selbstvertrauen verhelfen.
- » Die ersten Lebensjahre des Kindes sind ein guter Zeitpunkt, um einen gesunden Lebensstil in der Familie zu fördern. Eltern haben mehr Zeit, um ihre Lebensführung zu ändern und ein Umfeld zu schaffen, das die Gesundheit ihres Nachwuchses fördert.
- » **Das Kind hat von Natur aus den Wunsch und das Bedürfnis, seine Umgebung zu erkunden und sich zu bewegen, man darf es nur nicht daran hindern!**

6. ROLLE DER FACHPERSONEN

Die Weiterbildung «PAPRICA frühe Kindheit» bietet einen fächerübergreifenden Unterricht zum Thema Bewegung bei Kindern. Eine gemeinsame Weiterbildung schafft Verbindungen zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren. Alle Gesundheitsfachpersonen haben in der Gesundheitsförderung eine Rolle zu spielen, wenn sie mit dem Kind und seiner Familie zusammenkommen. Die Handlungsfelder der einzelnen Fachpersonen sind unterschiedlich und ergänzen sich gegenseitig. Sie können die Botschaften der Bewegungsförderung bei den Familien verstärken.

Jedes der unten beschriebenen Handlungsfelder wurde in Zusammenarbeit mit Fachpersonen aus dem Kanton Waadt besprochen. Einige Teile des Textes können sich spezifisch auf die Berufsausübung im Kanton Waadt beziehen. Am Ende des Kapitels finden Sie die Referenztexte, die bei der Ausarbeitung des Rollenprofils verwendet wurden.

6.1 ROLLE DER HEBAMME

Die vom Schweizerischen Hebammenverband verabschiedete Fachdefinition für Hebammen lautet: «Die Hebamme hat eine wichtige Aufgabe in der Gesundheitsberatung und -förderung sowohl für Frauen und deren Familien als auch innerhalb der Gesellschaft.»

Die Rolle der Hebamme im Rahmen der Gesundheitsförderung wird als wichtige Kompetenz hervorgehoben, zumal die Hebamme «sich an Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung beteiligt». Somit spielt sie bei der Aufklärung junger Eltern eine wichtige Rolle und ist ein wichtiges Glied in der Gesundheitsförderung von Familien. Auf diese achtet sie in Geburtsvorbereitungs- und Elternkursen, aber auch in jeder Phase der Betreuung während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett. Das Handlungsfeld der Hebamme umfasst sowohl die Nachsorge von Müttern als auch die Pflege von Neugeborenen. Sie stellt den Frauen Informationen zur Verfügung, damit diese bei Entscheidungen über ihre Gesundheit und diejenige ihres Kindes eine informierte Wahl treffen können.

Die Rolle der Hebamme als Erzieherin für die Gesundheit von Neugeborenen ist besonders im Wochenbett von Bedeutung. Die Hebamme begleitet die Eltern bei der Entwicklung ihrer Elternschaft und ermutigt sie, ihr Kind, seine Entwicklung und seine Fähigkeiten zu entdecken. Sie gibt zahlreiche Ratschläge, beispielsweise zur Pflege, zum Wickeln, zum Schlafen und zum Verhalten des Säuglings.

Daher gehört es zu ihrer Rolle als Fachperson, die Bewegung des Kindes von Geburt an zu fördern, was sowohl für sie selbst als auch für die betreuten Familien eine interessante Herausforderung sein kann.

Die Tätigkeit in diesem Bereich wird durch die Zusammenarbeit mit Pflegefachpersonen für die frühe Kindheit sowie mit Kinderärztinnen und -ärzten, mit denen die Hebamme interdisziplinär zusammenarbeitet, kontinuierlich weitergeführt.

6.2 ROLLE DER PFLEGEFACHPERSON MIT FACHGEBIET FRÜHE KINDHEIT (MÜTTER- UND VÄTERBERATUNG)

In der Westschweiz ist die auf die frühe Kindheit spezialisierte Pflegefachperson (infirmiers-ères petite enfance, IPE) eine bevorzugte Akteurin in der Gesundheitsförderung und in der Primärprävention. Sie ist die einzige Fachperson, die allen Familien mit Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren (nach der Mutterschaft bis zur Einschulung) kurz-, mittel- oder langfristige Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Primärprävention zuhause anbietet. Die IPE bietet in den Westschweizer Kantonen Hausbesuche, wöchentliche Eltern-Kind-Sprechstunden und einen telefonischen Bereitschaftsdienst an.

Alle diese Dienstleistungen sind für die Eltern kostenlos und werden vom Staat subventioniert. In der Deutschschweiz übernimmt diese Rolle die Mütter- und Väterberatung.

Diese Fachpersonen sind darin geschult, die elterlichen Kompetenzen anzuerkennen und zu valorisieren.

Die allgemeinen Ziele sind:

- » gemeinsam mit anderen Fachpersonen Eltern über Verhaltensweisen informieren, die eine gesunde physische, psychische und emotionale Entwicklung des Kindes fördern;
- » Förderung eines familiären und sozialen Umfelds, das für die optimale Entwicklung von Kindern förderlich ist, Vorbeugung von psychomotorischen Störungen, Krankheiten und Unfällen;
- » Unterstützung und Stärkung der Fähigkeiten von Eltern, wirksam auf die Bedürfnisse ihres Kindes zu reagieren;
- » Förderung von konstruktiven Verhaltensweisen und Reduktion von Stressfaktoren;
- » Vermeidung von destabilisierenden Faktoren wie Schlafstörungen und Problemen, die auf die Ernährung zurückzuführen sind, von Schreien, postpartalen Depressionen, Erziehungsschwierigkeiten usw.

Zu den Gesundheitsthemen, die entwickelt werden, gehört die psychomotorische Entwicklung. Diese umfasst auch die Förderung von Bewegung und die Verringerung der Bewegungsarmut. Die IPE kann dieses Thema bei ihren verschiedenen Elterngesprächen ansprechen. Sie kann den Eltern alters- und entwicklungsgerechte Bewegungen für das Kind vorschlagen.

Sie empfiehlt, dass sich Kinder ab einem Alter von 2 bis 3 Monaten frei auf dem Boden bewegen und den Raum in ihrem eigenen Tempo erkunden können. Sie rät zu kindgerechtem Spielzeug, um die Greif- und Koordinationsfähigkeit des Kindes zu fördern.

Mit zunehmendem Alter des Kindes wird die IPE die Eltern dazu ermutigen, ihre Umgebung einzubeziehen, also mit dem Kind rauszugehen, andere Familien zu treffen, Spaziergänge in der Natur zu unternehmen, Spielplätze und für die Sozialisation wichtige Orte aufzusuchen. Sie wird auch das Zuzug-Gehen und die Mobilität des Kindes fördern.

Die IPE ermutigt Eltern, an regionalen Eltern-Kind-Beratungen und Treffen teilzunehmen, bei denen das Kind mit anderen Kindern verschiedener Altersgruppen interagieren kann. Sie kann Familien auch über Eltern-Baby-Turnkurse in der Region informieren.

Dieser Tätigkeitsbereich wird durch die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften im Bereich frühe Kindheit, mit denen die IPE interdisziplinär zusammenarbeitet, kontinuierlich fortgesetzt.

6.3 ROLLE DER PFLEGEFACHPERSON SCHULGESUNDHEIT

Auf der Internetseite der Pflegefachpersonen Schulgesundheit¹ des Kantons Waadt ist Folgendes zu lesen:

«Pflegefachpersonen für die Schulgesundheit sind in der Schule für die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zuständig.

Sie sind in der Gesundheitsförderung und in der Prävention tätig, verfügen über eigene Räumlichkeiten und sind in die Schulen integriert. Zu ihren Tätigkeiten gehören sowohl fixe Aufgaben (Krankenbesuche, Gespräche mit Familien, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Verwaltungsaufgaben usw.) als auch interdisziplinäre Tätigkeiten zur Entwicklung von Projekten im Bereich Gesundheitsförderung und für verschiedene und unvorhersehbare Situationen (Notfälle, soziale Notlagen, kritische Vorfälle, Beeinträchtigungen der physischen und psychischen Integrität, Integration von Kindern mit Behinderungen usw.)»

Das Programm zur Förderung der Bewegung und einer ausgewogenen Ernährung in den Waadtländer Schulen (Programme de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises, PAPAE) zählt die Pflegefachpersonen im Bereich Schulgesundheit zu den Akteurinnen der Bewegungsförderung.

Allen Familien, die ein Kind in der ersten oder zweiten Klasse haben, wird ein Gespräch mit der spezialisierten Pflegefachfrau angeboten. Bei diesem Treffen wird die Gesundheit des Kindes im weitesten Sinne thematisiert und der «Gesundheitsdienst» der Schule vorgestellt. Die Förderung von Bewegung und das Thema Bewegungsmangel können

¹Hinweis Übersetzung: Diese Fachperson gibt es in der Deutschschweiz nicht. Der Vollständigkeit halber wird dieser Abschnitt aber übersetzt.

bei dieser Gelegenheit angesprochen werden. Bei anderen Treffen mit der Familie, zum Beispiel im Rahmen der jährlichen Elternabende in der Schule, kann die Pflegefachfrau für Bewegung werben.

Sie kann den Lehrpersonen die verschiedenen Unterlagen vorstellen, die für die Bewegung von Kindern eingesetzt werden, und kann mit ihnen die Art und Weise, wie Bewegung in der Schule gefördert werden kann, diskutieren. Sie kann sich an Projekten, die in Zusammenarbeit mit Kinder- und Schulärztinnen und -ärzten entstanden sind, beteiligen, diese initiieren und fördern.

6.4 ROLLE DER KINDERSPITEX

Die auf die häusliche Kinderpflege spezialisierte Pflegefachfrau besucht die Patientinnen und Patienten zuhause. Der Gesundheitszustand der Kinder ist beeinträchtigt und sie brauchen eine entsprechende Pflege, aber keinen Spitalaufenthalt.

Das Team der Kinderspitex wird auf Anfrage der Kinderärztin bzw. des Kinderarztes oder des Kinderspitals auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung aktiv. Es garantiert sieben Tage die Woche schnelle, flexible und bedarfsgerechte Interventionen.

Die Dienste dieses spezialisierten Teams richten sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren.

Der Auftrag der Pflegefachfrau im genannten Bereich umfasst die Durchführung einer anspruchsvollen Krankenpflege sowie die Beratung, Unterstützung und Begleitung des Kindes und seiner Familie. Dazu gehören auch die Prävention der Bewegungsarmut und die Förderung von Bewegung. Die Pflegefachfrau arbeitet mit Kindern, die an Krankheiten oder Unfällen mit unterschiedlichen Ursachen leiden. Die Bewegungsförderung muss sich an diese unterschiedlichen Situationen anpassen. Die Möglichkeit, sich zu bewegen, bleibt in jeder Situation ein Grundbedürfnis des Kindes.

6.5 ROLLE DER KINDERÄRZTIN UND DES KINDERARZTES

Die Kinderärztin bzw. der Kinderarzt sorgt für die Gesundheit und das Wohlergehen der Kinder von der Geburt bis zum Ende des Wachstums. Die Tätigkeit umfasst die Behandlung von Krankheiten, aber

auch die Erhaltung der Gesundheit im Sinne der WHO (Gesundheit ist nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern auch als ein Zustand des «vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens»). Die Kinderärztinnen und -ärzte achten auf das familiäre und soziale Umfeld ihrer Patientinnen und Patienten. Die Förderung regelmässiger körperlicher Aktivitäten ist ein integraler Bestandteil dieser Definition von Gesundheit, da entsprechende Aktivitäten die Kompetenzentwicklung von motorischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten fördern. In der pädiatrischen Sprechstunde sind «gesundheitserzieherische» Gespräche über Ernährung, Schlaf und Unfallverhütung üblich. Die Checklisten der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen befassen sich mit der motorischen Entwicklung des Kindes.

Das Programm «PAPRICA frühe Kindheit» richtet sich an Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren. Kinderärztinnen und -ärzte gehören zu jenen Berufsleuten, die am häufigsten mit Kindern dieser Altersgruppe in Kontakt kommen. Durch die Kontakte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen bauen sie ein Vertrauensverhältnis zu den Familien auf und werden von diesen als Bezugspersonen wahrgenommen. Manchmal sind sie die einzigen Gesundheitsfachpersonen, mit denen die Familien vor der Einschulung in Kontakt kommen.

Kinderärztinnen und -ärzte sprechen auch ausserhalb ihrer Sprechstunde über Gesundheit und verschiedene Präventionsthemen, da viele von ihnen als Schulärztinnen oder als Ansprechpartner für Kindertagesstätten, schulergänzende Betreuungseinrichtungen, Heime und andere Betreuungsstätten tätig sind.

Es gibt viele Gelegenheiten, über die Bewegung des Kindes zu sprechen und Zusammenhänge zwischen körperlicher Bewegung, Erreichen von Kompetenzen und allgemeiner Entwicklung herzustellen.

Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsfachkräften im Bereich frühe Kindheit, die die Möglichkeit haben, die Familien länger und in ihrem Lebensraum zu sehen, ist wertvoll.

WEITERE INFORMATIONEN

Pflegefachperson frühe Kindheit

- Gross N., Durgnat C., Stettler S., Wagner S., König R., Voumard M., Zuger C., Fontannaz C., Dali-Youcef M., Heiniger R., Hippolyte J., Duperrex O. & Masserey E. (2003). *Cadre de référence pour l'activité des infirmières Petite Enfance dans le canton de Vaud*. Lausanne: OMSV.
- Kantonales Programm zur Gesundheitsförderung und Primärprävention für Kinder von 0 bis 4 Jahren.

Pflegefachperson für häusliche Kinderpflege

- <http://www.avasad.ch/jcms>

Pflegefachperson Schulgesundheit

- <http://www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/equipes-psps/infirmieres-scolaires>
- Programme de promotion de l'activité physique et de l'alimentation équilibrée dans les écoles vaudoises, PAPAE, Dr. Virginie Schlüter, März 2009.

Kinderärztin/-arzt

- «Leitbild», Profil Kinderärztin/-arzt, Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), 1994. <http://www.swiss-paediatrics.org>
- Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF-FMH), Facharzt für Pädiatrie, 2012.
- Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, WHO, Genf, 1986.

Hebamme

- Schweizerischer Hebammenverband, Berufsdefinition der Hebamme, 2007. <http://www.hebamme.ch>
- Schweizerischer Hebammenverband, International Code of Ethics for Midwives (Internationaler Ethik-Kodex für Hebammen), 2009. <http://www.hebamme.ch>
- Rektorenkonferenz der Fachhochschulen (Kfh), HES-SO, HESAV, Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe, 2012. <http://www.kfh.ch>
- International Confederation of Midwives (ICM), Internationale Definition der Hebamme der ICM, 2005. <http://www.internationalmidwives.org>
- Krankenversicherungsgesetz (KVG), Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Kapitel 4, Besondere Dienstleistungen bei Mutterschaft, 1995. www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/de#tit_1/chap_4
- Bundesamt für Gesundheit (BAG), Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt. Sie fragen – wir antworten. 2012. <http://www.bag.admin.ch>

7. AUF ZUSAMMENARBEIT AUSGERICHTETE THERAPEUTISCHE BETREUUNG

7.1 WIE MAN MIT ELTERN ÜBER DIE BEWEGUNG IHRES KINDES SPRICHT

Die Förderung der frühkindlichen Bewegung setzt eine enge Zusammenarbeit mit den Eltern voraus. Letztere werden sich nur dann für die Bewegungsförderung einsetzen, wenn sie selbst motiviert sind, denn Bewegungsaktivitäten erfordern Veränderungen in der gewohnten familiären Organisation. Der Aufbau dieser Motivation erfolgt über einen Dialog zwischen der Fachperson und den Eltern, in dem diese sich gehört und nicht verurteilt fühlen und der es ihnen ermöglicht, Veränderungen vorzunehmen, um die optimale Entwicklung ihres Kindes zu fördern. Die vorgeschlagene Intervention umfasst verschiedene Kommunikationsstrategien, die auf dem motivationalen und dem systemischen Ansatz beruhen.

Der motivationale Ansatz hilft der Fachperson, eine Diskussion über Veränderungen zu führen, indem konstruktiv zusammengearbeitet wird. Das Ziel besteht darin, die Motivation für Veränderungen und damit für die Einführung neuer Gewohnheiten, die der Gesundheit des Kleinkindes förderlicher sind, zu erforschen und zu stärken.

Der systemische Ansatz betrachtet das Individuum in seinem relationalen Kontext, wobei der wichtigste Kontext die Familie ist. Innerhalb der Familie beeinflussen sich die Verhaltensweisen der Mitglieder direkt oder indirekt gegenseitig, sodass jede Veränderung, die ein Mitglied erfährt, die Dynamik der gesamten Familie beeinflusst. Die Familie verfügt über ein Selbstmanagement und Kreativitätspotenzial, um die sich stellenden Herausforderungen zu bewältigen. In diesem Ansatz ist die betreuende Fachperson Mitakteurin der Beziehung, die zur Familie aufgebaut wird. Sie achtet auf die Art und Weise, wie sie mit jedem Mitglied interagiert, sie interessiert sich für die wichtigsten Beziehungen

jedes Individuums und bringt neue Sichtweisen ein, während sie auf die Bedürfnisse jedes Einzelnen achtet.

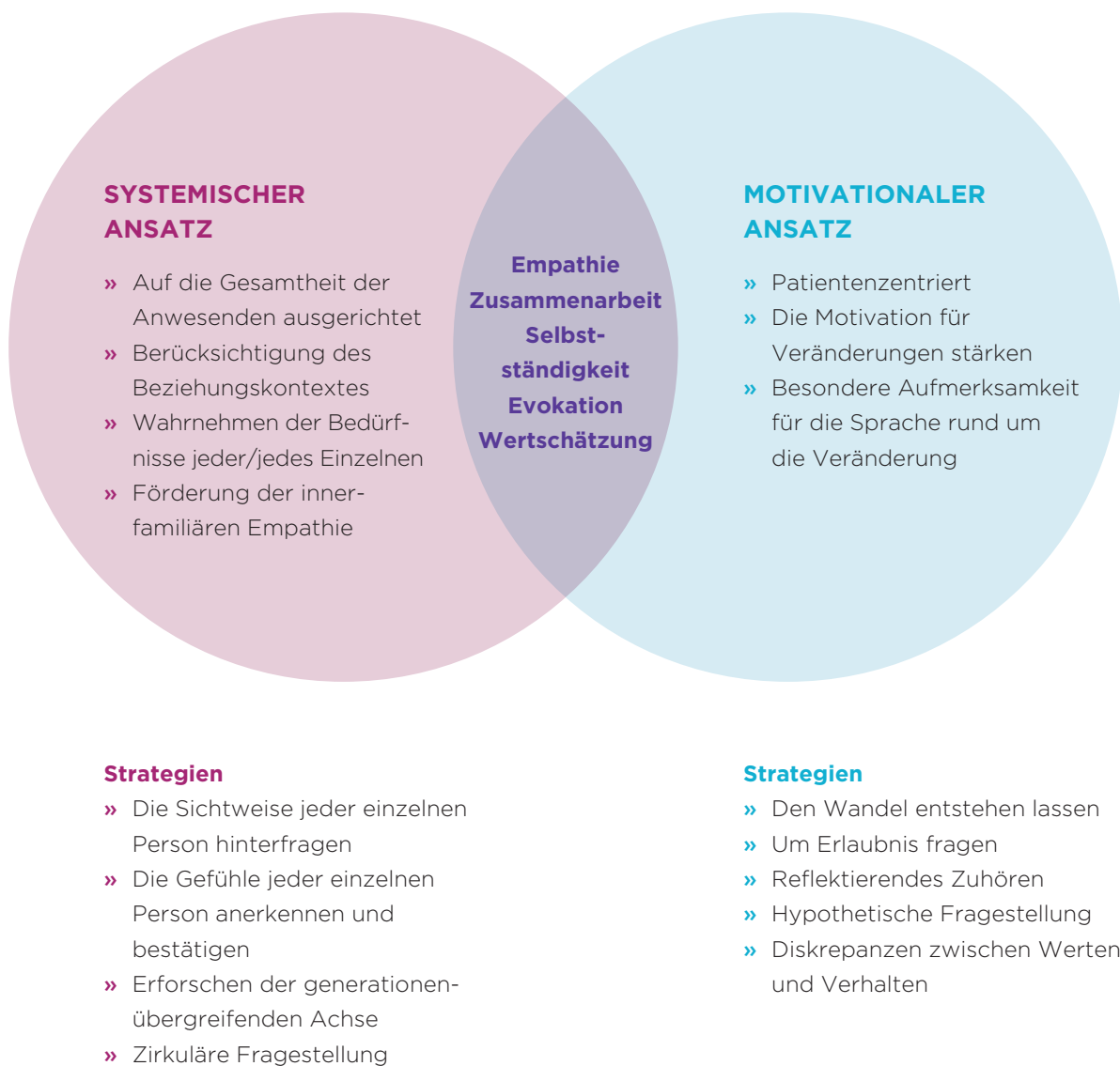
Beide Ansätze haben einen gemeinsamen Geist, der die Zusammenarbeit in den Mittelpunkt der helfenden Beziehung stellt, mit empathischem Zuhören, dem Respektieren selbstständig getroffener Entscheidungen und der Valorisierung von Ressourcen.

Eine Zusammenarbeit ist möglich, wenn die Fachperson eine partnerschaftliche Beziehung aufbaut und weder die Expertenrolle einnimmt noch versucht, Überzeugungsarbeit zu leisten. Stattdessen konzentriert sich das Gespräch darauf, die Erfahrungen, Werte und Vorstellungen der Familie zu erforschen.

- » Die **empathische** Fachperson versucht, das Erleben ihres Gegenübers zu verstehen, und bringt der anderen Person Verständnis entgegen.
- » Indem die Fachperson die **Autonomie** ihres Gegenübers unterstützt, lässt sie ihm die Freiheit, sich zu verändern.
- » Die **Wertschätzung** führt zu einem positiven, authentischen Blick auf die Stärken und Ressourcen der betreuten Person. Die Fachperson ist darauf bedacht, die Bemühungen und nicht das Ergebnis wertzuschätzen.
- » Die Fachperson lässt die betreute Familie über ihre Ideen sprechen, anstatt sie zu erziehen oder ungefragt die eigene Meinung zu äussern (**Evo-kation**). Die Ressourcen und die Motivation, sich zu verändern, gehen von der Familie und dem Kind aus.

Abbildung 7 zeigt einige Elemente des systemischen und des motivationalen Ansatzes. Sie macht deutlich, wie sich diese Ansätze im Kontext eines Gesprächs mit den Eltern eines Kleinkindes ergänzen können.

ABBILDUNG 7



7.2 VOM MOTIVATIONALEN ANSATZ INSPIRIERTE STRATEGIEN

Den Wandel entstehen lassen

Eltern, die eigene Gründe für die Veränderung haben und eigene Ideen rund um die Bewegung ihrer Kinder entwickeln, setzen diesen Wandel eher um als Eltern, die ihre Argumente und Ideen von der therapeutischen Fachperson erhalten haben.

Um Erlaubnis fragen

Wenn man die Eltern um Erlaubnis bittet, das Thema Bewegung anzusprechen, gibt man ihnen die Freiheit, das Thema zu akzeptieren oder abzulehnen. Wenn sie zustimmen, werden sie dem Dialog offener gegenüberstehen.

Reflektierendes Zuhören

Reflektierendes Zuhören ist eine Bestätigung: Man gibt dem Gegenüber zurück, was man vom Gesagten verstanden hat und wie man sich bezüglich des Gesagten fühlt. Dies stärkt das Gefühl, gehört und verstanden zu werden. Eine besondere Form des reflektierenden Zuhörens ist die Zusammenfassung, in der die wichtigsten Elemente des Gesprächs zusammengefasst werden, beispielsweise was die Eltern als Nächstes vorhaben.

Hypothetische Fragestellung

Die Vorstellung einer Veränderung ermöglicht es den Eltern, sich in eine andere Zukunft zu versetzen, ohne das Gefühl zu haben, dass ihnen die Veränderung aufgezwungen wird. Das Gefühl der Selbstständigkeit wird respektiert.

Diskrepanzen zwischen Werten und Verhalten

Die Erkenntnis, dass eine Gewohnheit oder ein Verhalten gegen einen wichtigen Wert verstößt, erzeugt ein Gefühl des Unbehagens, das die Motivation für eine Veränderung erhöht.

7.3 VOM SYSTEMISCHEN ANSATZ INSPIRIERTE STRATEGIEN

Die Sichtweise jeder Person hinterfragen

Das Gespräch soll so geführt werden, dass die Sichtweisen aller Anwesenden (Vater, Mutter und Kinder) berücksichtigt werden. Wenn ein Elternteil nicht anwesend ist, ist es interessant, ihn bzw. seine Meinung während des Gesprächs in Erinnerung zu rufen, zum Beispiel mit folgender Frage: «Wenn Ihr Mann anwesend wäre, was würde er antworten?»

Erforschen der generationenübergreifenden Achse

Fachpersonen können sich darüber erkundigen, was die Eltern selbst in ihrer Kindheit erlebt haben, welche Bewegungsaktivitäten sie gemeinsam mit ihren Eltern unternommen haben. Wenn speziell nach der Zeit gefragt wird, in der die Eltern im selben Alter waren wie ihre Kinder heute, kann das den befragten Eltern helfen, sich in ihre Kinder einzufühlen. Ausserdem können sie an positive Erinnerungen anknüpfen: Sie denken zurück an Familienaktivitäten, die sie vielleicht mit ihren Kindern teilen möchten.

Zirkuläre Fragestellung

Anstatt das Kind direkt anzusprechen, lädt die Fachperson die Eltern ein, die Perspektive ihres Kindes einzunehmen: Die Eltern werden gefragt, welche Bewegungsaktivität ihr Kind am liebsten habe. Diese Art der Befragung ermöglicht es, die Beziehung zu erforschen, und fördert die Übernahme der Sichtweise des Kindes durch die Eltern. Sie kann die Aufmerksamkeit der Kinder im Gespräch erhöhen.

Die Gefühle jeder einzelnen Person anerkennen und bestätigen

Verständnis und Empathie anbieten und dabei die Position des anderen anerkennen, ohne Partei zu ergreifen.

7.4 BEISPIELE

Das nachfolgende Beispiel eines Gesprächs, in dem Dialogmomente im Zentrum stehen, zeigt die Anwendung der Strategien:

Gesprächspartner	DIALOG	Systemischer Ansatz	Motivationaler Ansatz
Pflegefachperson	Wäre es für Sie in Ordnung, kurz über die körperlichen Aktivitäten Ihrer Kinder zu sprechen?		Fragen Sie zuerst um Erlaubnis, um sicher zu sein, ob die Eltern sich mit Ihnen austauschen wollen.
Mutter	Ja.		
Pflegefachperson	Können Sie mir einen gewöhnlichen Tag beschreiben, an dem Sie mit den Kindern zusammen sind? Wie läuft er ab?	Evaluieren Sie die körperlichen Bewegungen explorativ und ergebnisoffen, indem Sie die Eltern ermutigen, aus einem Tag in ihrem Leben zu erzählen.	
Mutter	Während der Woche arbeiten wir beide, die Kinder sind in der Kindertagesstätte. Wenn wir wieder daheim sind, spielen sie ein bisschen am Computer, essen, dann wechseln wir die Windel. Am Wochenende ist Ruhe angesagt...		
Vater	... weil unter der Woche sehr viel los ist.		
Mutter	Während der Woche wird gearbeitet, am Wochenende wird ausgeruht...		
Vater	Ja wirklich, dann machen wir nur das Nötigste.		
Pflegefachperson	Sie würden sagen, dass Sie viel drinnen sind. Am Wochenende sind Sie meist zuhause.		Das reflektierende Zuhören ermutigt die Eltern zum Weitersprechen.
Vater	Ja, wir machen Spiele drinnen, dann machen sie das Mittagsschläfchen. Wenn ich Lust habe, schaue ich mir im Fernsehen Sport an, manchmal zusammen mit den Kindern. Wenn das Wetter schön ist, können wir ein bisschen rausgehen. Aber sonst ist es wichtig für uns, dass wir uns erholen können.		
Pflegefachperson	Was tun Sie, wenn Sie hinausgehen?	Evokation durch eine offene Frage, welche das gezielte Weiterführen der Erforschung unterstützt.	
Vater	Wir gehen ein wenig in unseren kleinen Garten, an die frische Luft.		
Mutter	Aber das ist nicht unsere Lieblingsbeschäftigung! Sobald das Wetter nicht schön ist, haben wir Angst um Melvin, denn mit seinen Atemproblemen ... Ausserdem fürchten wir häufig, dass er sich verletzen könnte.		

Gesprächspartner	DIALOG	Systemischer Ansatz	Motivationaler Ansatz
Pflegefachperson	Was wären Ihrer Meinung nach die Vorteile, wenn sich Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren ausreichend und regelmässig bewegen würden? Was können Sie sich vorstellen?		Wissensstand der Eltern erfassen, bevor Informationen geliefert werden.
Mutter	Gut, vielleicht würden sie dann besser schlafen?		
Vater	Ja... ihr Schlaf wäre vielleicht tiefer.		
Mutter	Sie sind ein bisschen wie elektrisch geladene Batterien...		
Pflegefachperson	<p>Sie würden besser schlafen und es würde ihnen helfen, sich ein wenig zu beruhigen.</p> <p>Wäre es für Sie in Ordnung, wenn ich Ihnen etwas mehr Informationen über diese Vorteile geben würde?</p>		<p>Reflektierendes Zuhören, um den Wissensstand der Eltern zusammenzufassen.</p> <p>Erlaubnis einholen, die Informationen ergänzen zu dürfen.</p>
Vater/Mutter	Ja, ja.		
Pflegefachperson	<p>Wenn sich kleine Kinder, die etwa so alt sind wie Ihre, ausreichend bewegen, sind sie abends müder, haben mehr Appetit und sind ruhiger und gelassener. Und wenn sie sich bewegen und körperlich verausgaben, wächst zugleich ihre Freude an der Bewegung. Das wird ihnen helfen, sich in ihrem Körper wohlfühlen, mehr Selbstvertrauen zu haben. Und in Bezug auf das, was Sie sagten: Je mehr sie sich bewegen, desto geschickter werden sie. Die Tatsache, dass Ihr Kind sich ausreichend bewegt, hilft ihm, seine Umgebung besser zu verstehen und seine Interaktion mit ihr besser zu steuern.</p> <p>Was denken Sie darüber?</p>		<p>Informationsaustausch, wobei auf die Anliegen der Eltern Bezug genommen wird.</p> <p>Offene Frage, um zu eruieren, ob die Informationen aufgenommen wurden.</p>
Mutter	Ich weiss nicht genau, und ich weiss nicht, was wir machen könnten! Weil sie unter der Woche essen müssen, wir arbeiten, dann kommen wir nach der Arbeit nach Hause, und ja – dann muss man schliesslich auch noch einkaufen.		
Vater	Ja, und dafür muss man dann auch noch genug Energie haben.		
Pflegefachperson	Sie haben beide sehr anstrengende Wochen, abends sind Sie müde und die Zeit, die Sie mit der Familie verbringen, dient eher der Erholung.	Zusammenfassung, die die Gefühle der Eltern respektiert und bestätigt.	

Gesprächspartner	DIALOG	Systemischer Ansatz	Motivationaler Ansatz
Pflegefachperson	Erinnern Sie sich noch an die Zeit, als Sie in Melvins Alter waren? Erinnern Sie sich noch an die Bewegungsaktivitäten, bei denen Sie sich auspowern konnten und die Sie mit Ihren Eltern unternommen haben?	Erforschen der generationenübergreifenden Achse.	
Mutter	Ich ... meine Familie bewegte sich nicht viel, aber wir gingen oft baden. Oh ja, das war gut.		
Pflegefachperson	Was fanden Sie in diesen Momenten toll?	Gezieltes Ergründen von positiven Aspekten.	
Mutter	Ja wirklich, das war eine gute Zeit... Vielleicht wünschte ich mir damals sogar, dass wir mehr gemacht hätten... Spaziergänge, ja, es war ein gutes Gefühl, wenn ich jetzt daran denke, sage ich mir heute, ah, ja, wir waren alle zusammen im Wald spazieren.		
Pflegefachperson	Wie haben Sie sich dann nach einem Spaziergang gefühlt? Erinnern Sie sich?	Gezieltes Erkunden von persönlichen Gefühlen und Eindrücken.	
Mutter	Ich hatte Hunger! Es stimmt, dass ich einen Bärenhunger hatte, also stimmt das im Vergleich mit ihm. Denn im Moment isst er ja nicht viel, vielleicht würde das helfen.		
Pflegefachperson	Wenn ich Ihnen die gleiche Frage stelle, was waren Ihre Lieblingsaktivitäten, die Sie mit Ihren Eltern durchgeführt haben?	Die Sichtweise jeder Person einbeziehen.	
Vater	Ich habe gerne mit meinem Vater Fußball gespielt, das war etwas Aussergewöhnliches, weil ich nicht bei ihm wohnte, aber wenn wir Zeit hatten, wenn er sich die Zeit nahm, nur ein bisschen Fußball zu spielen, dann hat mir das innerlich gutgetan. Wir hatten gute Momente zusammen.		
Pflegefachperson	Ich sehe, dass Ihre Augen funkeln, wenn Sie diese Erinnerung wecken. Wenn ich Melvin fragen würde, welche Aktivitäten er gerne mit Ihnen machen würde, was würde er antworten?	Zirkuläre Fragestellung.	Hypothetische Fragestellung.
Mutter	Ich denke, dass Spaziergänge etwas sind, das ihm gefallen würde, denn er schaut sich gerne um.		
Vater	Er beginnt, ein wenig Fahrrad zu fahren, wenn wir Zeit an Samstagnachmittagen haben. Das macht er gerne.		
Pflegefachperson	Radfahren oder eventuell Spaziergänge machen, das ist etwas, das er vielleicht schätzen könnte.		Reflektierendes Zuhören.

Gesprächspartner	DIALOG	Systemischer Ansatz	Motivationaler Ansatz
Mutter	Ja, spazieren zu gehen, das würde uns alle vier näher zusammenbringen. Ja, das wäre toll!		
Pflegefachperson	Zusammen sein. Auf der Grundlage der Informationen, die ich Ihnen gegeben habe, und nicht zu vergessen sind auch Ihre Erinnerungen, die ja positiv sind, und dann auch die Aktivitäten, die Ihre Kinder vielleicht gerne mit Ihnen machen würden, um sich auszupeinern – was von dem, was Sie erzählt haben, würden Sie gerne realisieren bis zu unserem nächsten Treffen?		Aufforderung, sich die Möglichkeit einer Veränderung vor Augen zu führen.
Mutter	Beim Reden merke ich, dass wir nicht viele solcher Momente haben... entweder wir arbeiten oder wir gehen einkaufen. Vielleicht könnten wir versuchen, am Samstagnachmittag Zeit zu finden, um mal rauszugehen, anstatt vor dem Fernseher zu sitzen?		
Vater	Anstatt Sport im Fernsehen zu sehen, könnte ich vielleicht in den Garten gehen, etwas machen, vielleicht mit dem Ball spielen.		
Mutter	Oder die Einkäufe zu Fuss erledigen? Und am Mittwochnachmittag könnten wir ein bisschen häufiger in den Park gehen.		
Pflegefachperson	Von all den Dingen, die Sie erwähnt haben – in den Park gehen, ein bisschen Ball spielen, im Garten sein, spazieren gehen, zu Fuss einkaufen: welche dieser Aktivitäten möchten Sie bis zum nächsten Mal in die Tat umsetzen? Wenn Sie eine auswählen müssten, welche wäre das?		Aufforderung, einen möglichen ersten Schritt in Richtung einer Veränderung unter Wahrung der Selbstständigkeit zu definieren.
Vater	Am Samstagnachmittag auf jeden Fall rausgehen, anstatt in der Wohnung zu bleiben.		
Pflegefachperson	Was würden Sie sagen?		
Mutter	Ich bin damit einverstanden, samstags rauszugehen. Nachmittags, und dann eine Weile zusammen sein, alle vier... das merke ich mir.		
Pflegefachperson	Ich kann Sie nur ermutigen, sich weiter Gedanken zu machen. Fussball spielen oder am Samstagnachmittag spazieren gehen: Das wäre etwas, wozu Sie bis zu unserem nächsten Treffen bereit wären. Ich habe hier eine Broschüre, die Informationen darüber enthält, wie Kinder in Melvins Alter von regelmässiger Bewegung profitieren. Sie enthält auch Ideen für gemeinsame Aktivitäten. Sie können die Broschüre behalten und beim nächsten Mal sprechen wir darüber.		Zusammenfassen der Absichten der Eltern in Bezug auf die umzusetzende Veränderung.
Mutter/Vater	Danke, vielen Dank!		

Einige Zeichen, auf die ich achten kann:

- » Der angesprochene Elternteil geht in die Defensive und beginnt zu argumentieren.
- » Der angesprochene Elternteil spricht nur über die Schwierigkeiten, die mit der Veränderung verbunden sind.
- » Ich höre aus seinem Mund – oder aus meinem – die Worte «Ja, aber...»!
- » Der angesprochene Elternteil sagt trocken und ohne Überzeugung «Ja, okay».
- » Das Gesicht meines Gegenübers verschliesst sich, sein Ton wird bestimmter.
- » Der angesprochene Elternteil hört mir nicht mehr zu.
- » Ich rede länger als die angesprochene Person.

Vielleicht sind diese Zeichen ein Hinweis darauf, dass ich zu aufdringlich versuche, andere zu überzeugen, und dass die Beziehung zu den Eltern nicht mehr partnerschaftlich ist.

WEITERE INFORMATIONEN**Motivierender Ansatz**

- Miller W. R. & Rollnick S. (2012). *Motivational Interviewing: helping people change*. Guilford Press (3rd edition).
Übersetzt ins Deutsche, erschienen bei Lambertus.
- Rollnick S., Miller W. R. & Butler C. (2007). *Motivational Interviewing in Health Care: helping patients change behaviour*. Guilford Press.
Übersetzt ins Deutsche, erschienen beim G.P. Probst Verlag.

Websites:

- www.entretienmotivationnel.org:
Französischsprachige Internetseite
- www.motivationalinterviewing.org:
Englischsprachige Website

Systemischer Ansatz

- Seywert F. Die zirkuläre Fragestellung. *Family therapy*. 1993;14(1): S. 73–88.
- Ausloos G. (1995). *Die Kompetenz von Familien*. Paris: Erès.
- Salem G. (2009). *L'approche thérapeutique de la famille (Der therapeutische Ansatz der Familie)*. Paris: Masson.

8. FÖRDERUNG VON BEWEGUNG UND KÖRPERLICHER AKTIVITÄT

8.1 WIE EVALUIERT MAN DAS NIVEAU DER KÖRPERLICHEN BEWEGUNG VON KINDERN UND FAMILIENMITGLIEDERN?

Um die Interventionen der Fachpersonen zu steuern, ist es wichtig, das Niveau der körperlichen Bewegung des Kindes und der Familie zu evaluieren. Eine aktive Familie wird anders beraten als eine, die sich wenig bewegt.

Es ist schwierig, das Niveau der körperlichen Bewegung von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren exakt zu eruieren, aber auch das Niveau der Bewegungsaktivitäten der übrigen Familienmitglieder. Unseres Wissens gibt es keine validierten Tools, mit denen eine Fachperson während einer Konsultation das Bewegungsniveau von Kleinkindern messen kann. Dieser Mangel hängt sicherlich mit dem intermittierenden Charakter der Bewegung in der frühen Kindheit zusammen, der eine Messung schwierig macht. Im Gegensatz zu Erwachsenen ist die körperliche Aktivität von Kleinkindern vor allem durch kurze Perioden sehr intensiver Aktivität gekennzeichnet, die von Perioden der Inaktivität unterbrochen werden [1]. Es ist jedoch möglich, die körperlichen Aktivitäten eines Kindes und seiner Familie zu eruieren, indem einige wenige Fragen gestellt werden.

Um die Bewegung und den Bewegungsmangel eines Kindes und seiner Familie zu erforschen, gibt es mehrere Möglichkeiten.




- » Bitten Sie die Eltern, den Ablauf eines gewöhnlichen Tages unter der Woche und am Wochenende zu beschreiben. Achten Sie darauf, welche Möglichkeiten bzw. fehlenden Möglichkeiten das Kind anhand dieser Beschreibung hat, sich aktiv zu bewegen. Manche Familien stellen auf diese Weise selbst fest, dass ihr Kind nicht aktiv genug ist. Vielleicht finden die Eltern in der Beschreibung ihres Alltags Hinweise darauf, wie sie ihre Gewohnheiten ändern können.
- » Bitten Sie die Eltern, ein «Logbuch» zu führen, in dem sie die vom Kind oder von der Familie während einer Woche ausgeübten körperlichen und sitzenden Bewegungen beschreiben.

Abbildung 8 zeigt eine Liste von Möglichkeiten, die während des Interviews erfragt werden sollten. Für Familien mit einer eher sitzenden Lebensführung besteht die erste Herausforderung darin, «den Fuss in die Tür zu bekommen». Es ist wichtig, die ersten Ziele individuell auf jede Familie abzustimmen, je nachdem, welche Gewohnheiten sie hat und wie hoch die Bereitschaft ist, das Bewegungsverhalten zu ändern.

In diesem Zusammenhang sei auf die Herausforderung hingewiesen, zwei Beziehungslogiken in ein und derselben Befragung zu vereinen, das heisst Informationen zu sammeln und zu liefern: Dies erfordert möglicherweise geschlossene Fragen – und gleichzeitig so oft wie möglich eine «motivierende Gesprächshaltung» [2] (Miller, 2002; siehe auch PAPRICA-Handbuch).

ABBILDUNG 8

BEISPIEL FÜR EIN GESPRÄCH ÜBER BEWEGungsverhalten UND BEWEGUNGSMANGEL MIT DER FAMILIE

	Körperliche Bewegung	Bewegungsmangel
 <p>Weniger als 1 Jahr</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Ist das Baby in der Wachzeit aktiv? » Wird das Baby, während es wach ist, oft auf den Boden gelegt? 	<ul style="list-style-type: none"> » Verbringt das Baby lange Wachphasen im Kinderwagen, im Autositz, im Baby-Relax-Sitz oder in ähnlichen Sitzen? » Ist das Baby Bildschirmen ausgesetzt (Fernseher, Game-Bildschirm, Smartphone, Computer, Tablet)?
 <p>1-2 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Hat das Kind die Möglichkeit, sich mehrmals am Tag frei zu bewegen? » Wie lange spielt das Kind pro Tag im Freien? » Ist die Familie am Wochenende aktiv? 	<ul style="list-style-type: none"> » Verbringt das Kind lange Wachphasen im Kinderwagen, im Autositz, Baby-Relax-Sitz usw.? » Ist das Kind Bildschirmen ausgesetzt (Fernseher, Game-Bildschirm, Smartphone, Computer, Tablet)?
 <p>3-4 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Hat das Kind die Möglichkeit, sich mehrmals am Tag frei zu bewegen? » Wie lange spielt das Kind pro Tag im Freien? » Wie lange ist das Kind täglich zu Fuss unterwegs? » Ist die Familie am Wochenende aktiv? » Kann das Kind oft auf Spielplätzen spielen? » Wie erfolgt die Anreise zum Betreuungs-ort? 	<ul style="list-style-type: none"> » Wie lange sitzt das Kind pro Tag vor einem Bildschirm (Fernseher, Game-Bildschirm, Smartphone, Computer, Tablet)? » Bewegt sich das Kind immer mit motorisierten Verkehrsmitteln fort?
 <p>5-6 Jahre</p>	<ul style="list-style-type: none"> » Hat das Kind die Möglichkeit, sich mehrmals am Tag frei zu bewegen? » Wie lange spielt das Kind pro Tag im Freien? » Wie lange ist das Kind täglich zu Fuss unterwegs? » Wie wird der Schulweg zurückgelegt? » Ist die Familie am Wochenende aktiv? » Kann das Kind oft auf Spielplätzen spielen? » Ist das Kind Mitglied eines Sportvereins oder einer aktiven Gruppe (Turnen, Schwimmen, Tanzen, Fussball, Skiclub usw.)? 	<ul style="list-style-type: none"> » Wie lange sitzt das Kind pro Tag vor einem Bildschirm (Fernseher, Game-Bildschirm, Smartphone, Computer, Tablet)? » Bewegt sich das Kind immer mit motorisierten Verkehrsmitteln fort?

8.2 BEWEGUNGSFÖRDERUNG DURCH DIDAKTISCHE TOOLS

Zum Thema Bewegung und körperliche Aktivität von Kindern im Alter von 0 bis 6 Jahren wurden fünf Broschüren gestaltet. Jede ist einer bestimmten Altersgruppe gewidmet: 0 bis 9 Monate, 9 bis 18 Monate, 18 Monate bis 2,5 Jahre, 2,5 bis 4 Jahre und 4 bis 6 Jahre.

Diese didaktischen Broschüren verfolgen einen doppelten Zweck: Den Fachpersonen dienen sie als Diskussions- und Unterrichtsmaterial, den Familien liefern sie Beispiele für Spiele und Aktivitäten zur Bewegungsförderung.

Wenn Sie die Broschüre aufklappen, sehen Sie zwei Seiten, die die Eltern über die verschiedenen Vorteile von Bewegung informieren. Thematisiert wird auch die Einstellung, die die Eltern haben sollten, um die psychomotorische Entwicklung zu fördern. In der Beratung können Sie diese beiden Seiten durchgehen, um den Eltern zu zeigen, welche Vorteile es für sie hat, wenn sie ihrem Kind Bewegung ermöglichen.

Wenn Sie die Infobroschüre ganz öffnen, sind vier Seiten mit verschiedenen Aktivitäten für das Kind und die Familie zu sehen. Die Vorschläge wurden auf der Grundlage von Schwierigkeiten entwickelt, denen Familien, die sich bewegen wollen, im Alltag begegnen. Diese Barrieren werden in den Fragen zu Beginn jeder Seite angesprochen.

Von oben nach unten zeigen die Spiele den Fortschritt, der der Entwicklung des Kindes entspricht. Das bedeutet, dass ein Kind, das etwa 9 Monate alt ist, alle oben auf der Seite vorgeschlagenen Spiele machen kann, aber nicht unbedingt die anderen. Wenn das Kind älter wird, kann es die Übungen weiter unten auf der Seite entsprechend seinem Entwicklungstempo ausführen. Hier ist es wichtig, die Eltern daran zu erinnern, dass sich jedes Kind in seinem eigenen Tempo entwickelt und dass die Altersempfehlungen nicht für alle Kinder verbindlich sind.

Auf der letzten Seite sind Empfehlungen zu Bewegungsverhalten und -mangel erwähnt. Diese dienen der Information und können als anzustrebendes Ziel verstanden werden. Auch hier gilt es zu betonen, dass die Ziele individuell gesetzt werden sollten. Für eine Familie mit sitzender Lebensweise, de-

ren ein fünfjähriges Kind sich kaum bewegt und täglich mehrere Stunden vor dem Fernseher verbringt, ist es nicht angemessen, als erstes Ziel eine Stunde körperliche Aktivität pro Tag und maximal zwei Stunden Bildschirmzeit festzulegen. Stattdessen sollte man mit kleinen Schritten beginnen, indem man beispielsweise versucht, mit dem Kind und den Eltern ein Ziel für mehr Aktivität und weniger Bildschirmzeit auszuhandeln.

Auf der letzten Seite findet sich auch die Adresse der PAPRICA-Website (www.paprica.ch), auf der weitere Informationen und Beispiele für zusätzliche Aktivitäten aufgeführt sind.

8.3 SICHERE BEWEGUNGSFÖRDERUNG

Die Vorteile, die mehr körperliche Bewegung hinsichtlich der physischen, psychischen und sozialen Entwicklung von Kindern hat, sind gut belegt [3-5]. Ein erhöhtes Mass an körperlicher Bewegung bei Kindern kann mit einem höheren Unfall- und Verletzungsrisiko einhergehen. Dies hängt eher mit der Intensität, mit der Sportarten ausgeübt werden, zusammen als mit einem aktiven Lebensstil, bei dem die Kinder motorische Erfahrungen sammeln können [6]. Eine australische Studie quantifizierte das mit Bewegung verbundene Unfallrisiko und kam zum Schluss, dass die Vorteile regelmässiger Bewegung die Risiken bei weitem überwiegen [7]. **Dies gilt insbesondere für die Kleinsten, die noch nicht an leistungsorientierten Sport- und Wettkampftätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko teilnehmen.**

Eltern fürchten sich oft vor Verletzungen und neigen daher dazu, die Bewegung ihrer Kinder einzuschränken. Das ist verständlich, aber oft sind diese Restriktionen zu stark, was dazu führt, dass dem Kind das Erleben vieler besonderer Momente beim Spielen und Bewegen verwehrt bleibt.

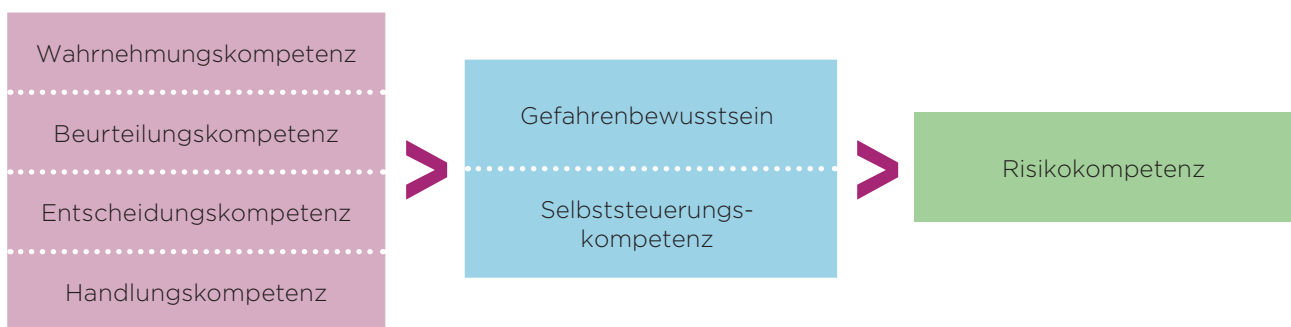
Ein Kind, das die Freiheit hat, seine eigenen motorischen Erfahrungen zu machen, lernt seinen Körper und seine Grenzen kennen [8]. Ein kleines Kind, das sich selbst im eigenen Tempo bewegen kann, begibt sich selten in eine gefährliche Position, die es nicht mehr im Griff hat. Ein Kind, das in einen Sessel gesetzt wird, aber die notwendigen motorischen Fähigkeiten, sich selbstständig dorthin zu begeben, nicht geübt hat, riskiert herunterzufallen. Umgekehrt

wird ein Kind, das selbstständig auf den Sessel gestiegen ist, kaum stürzen, weil es aufgrund seiner motorischen Fähigkeiten sicher wieder heruntersteigen kann. Das Kind muss also seine eigenen Er-

fahrungen machen können. Dies dient nicht nur der Verbesserung der motorischen Fähigkeiten, sondern auch der Risikokompetenz des Kindes (siehe Abbildung 9) [9].

ABBILDUNG 9

MODELL DER RISIKOKOMPETENZ, DAS VON DER BERATUNGSSTELLE FÜR UNFALLVERHÜTUNG ENTWICKELT WURDE



Wenn man dem Kind jedoch die Freiheit lässt, motorische Erfahrungen zu machen, kann es seine Wahrnehmungs-, Beurteilungs-, Entscheidungs- und Handlungskompetenzen entwickeln, die wiederum ein höheres Gefahrenbewusstsein und eine bessere Fähigkeit zur Selbststeuerung fördern. Letztendlich kann das Kind seine Risikokompetenzen verbessern.

Reiche motorische Erfahrungen, bei denen die Kinder ihre Geschicklichkeit entwickeln, könnten sogar das Risiko bestimmter Unfälle verringern. Es gibt Hinweise darauf, dass motorisch geschicktere Kinder, die unter anderem über ein besseres Gleichgewicht, eine bessere Reaktionsfähigkeit und eine bessere Orientierungsfähigkeit verfügen, ein geringeres Risiko aufweisen für Stürze, Zusammenstöße bei Gruppenspielen sowie bei Verkehrsunfällen, wenn sie zu Fuss oder mit dem Velo unterwegs sind [10]. Je mehr sich ein Kind also bewegt, desto höher ist seine Kompetenz im Umgang mit Risiken und desto geringer ist entsprechend das Unfallrisiko.

Um Kopfverletzungen vorzubeugen, ist es zwingend erforderlich, bei den nachfolgenden Tätigkeiten einen Helm zu tragen:

- » Radfahren
- » Skifahren
- » Schlitteln
- » Trottinett, Rollschuhe und Skateboard (Handgelenk-, Ellbogen- und Knieschoner sind ebenfalls sehr empfehlenswert)

Schliesslich möchten wir noch darauf hinweisen, dass Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren Risiken, die vom Verkehr oder von Gewässern ausgehen, nicht richtig einschätzen können. Weitere Informationen zur Unfallverhütung bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren finden sich im PIPADES-Merkblatt (www.pipades.ch), im bfu-Kinderkurier oder in den verschiedenen Broschüren der Beratungsstelle für Unfallverhütung (www.bfu.ch).

REFERENZEN

1. Bailey R.C. et al. The level and tempo of children's physical activities: an observational study. *Med Sci Sports Exerc.* 1995;27(7): p. 1033-41.
2. Miller W. & Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change.* 2nd ed. New York: The Guilford Press.
3. Janssen I. & Leblanc A. G. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7: p. 40.
4. Strong W. B. et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005;146(6): p. 732-7.
5. Timmons B. W. et al. Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Appl Physiol Nutr Metab.* 2011;37(4): p. 773-92.
6. Martin-Diener E., Brügger O. & Martin B. (2012). *Bewegungsförderung und Unfallprävention: Ein Überblick.* Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
7. Spinks A. B. et al. Quantifying the association between physical activity and injury in primary school-aged children. *Pediatrics.* 2006;118(1): p. e43-50.
8. de Truchis, C. (2009). *L'éveil de votre enfant. Le tout-petit au quotidien.* Albin Michel éd.
9. Schürch B. et al. (2012). *Sichere Förderung der Bewegung bei Kindern.* Bern: Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu).
10. Zahner L. et al. (2004). *Aktive Kindheit: Gesundes Leben (Handbuch für Fachpersonen).* Magglingen: Bundesamt für Sport.

WWW.PAPRICA.CH