



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Gesundheitswissenschaften

WIE GESUNDHEITSFÖRDERLICH SIND BERLINER  
KINDERTAGESSTÄTTEN?

—  
KONZEPTION UND AUSWERTUNG EINER BEFRAGUNG DER INSTITUTION  
KITA IN BEZUG AUF GESUNDHEITSANGEBOTE UND -BEDARFE

**B a c h e l o r a r b e i t**

zur

Erlangung des akademischen Grades

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Ania Klaube

1. Betreuer: Prof. Dr. Gabriele Claßen

2. Betreuer: Prof. Dr. Willy Neumann

Tag der Einreichung: 23.01.2012

urn:nbn:de:gbv:519-thesis.2011-0673-8

---

## Abkürzungsverzeichnis

AID	Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung und Landwirtschaft
BeKi	Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EKT	Elterninitiativkindertagesstätten
et al.	und andere
e.V.	eingetragener Verein
Kita	Kindertagesstätte
LVG AFS	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin
LVG-MV	Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
o.S.	ohne Seitenangabe
o.J.	ohne Jahresangabe
QMS	Qualitätsmanagementsystem
QPK	Qualitätssicherung, Planung und Koordination
RKI	Robert Koch Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
WHO	World health organization (Weltgesundheitsorganisation)

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	II
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	III
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	VII
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	VII
<b>Anhangsverzeichnis A</b> .....	VI
<b>1 Einleitung</b> .....	2
1.1 Hintergrund.....	3
1.2 Anliegen / Problemstellung .....	4
1.3 Aufbau und zentrale Fragestellung der Bachelorarbeit .....	5
<b>2 Die Gesundheitslage von Kindern in Deutschland</b> .....	6
2.1 Soziale Lage und Gesundheit .....	8
2.2 Ursachen und Einflussfaktoren.....	10
2.3 Kinderernährung und Ernährungserziehung.....	12
2.4 Sport und Bewegung.....	15
<b>3 Institution Kindertagesstätte</b> .....	18
3.1 Kitas als wichtiges Feld für Gesundheitsförderung und Prävention .....	19
3.1.2 Gesundheitsziele im Setting Kita.....	22
3.1.1 Pädagogische Orientierung der professionellen Akteure .....	23
3.1.2 Aufgaben und Handlungsfelder im Kindergarten.....	24
3.2 Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Interventionen im Kindergarten .	25
3.3 AUDIT „Gesunde Kita“ .....	27

---

<b>4</b>	<b>Forschungsvorhaben</b>	29
4.1	Zielsetzung und Vorgehen der Erhebung	29
4.2	Forschungsfragen und Hypothesen	30
<b>5</b>	<b>Methodik</b>	31
5.1	Eingesetztes Instrument: Fragebogen	31
5.1.1	Planung und Entwicklung	32
5.1.2	Aufbau des Fragebogens	33
5.1.3	Gütekriterien – Objektivität, Reliabilität und Validität	34
5.2	Ablauf und Durchführung der Erhebung	35
5.3	Studiendesign	36
5.4	Expertenkonsultation	37
5.5	Stichprobenbeschreibung	37
5.6	Grundsätze zur Datenauswertung	37
5.6.1	Plausibilität	38
5.6.2	Umkodierung von kategorialen Variablen	38
5.6.3	Beurteilung der Signifikanz	39
<b>6</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse</b>	39
6.1	Strukturelle Angaben zu den Kitas	40
6.1.1	Anzahl und Fremdsprachigkeit der Kinder	40
6.1.2	Zusatzqualifikation der Erzieher	42
6.1.3	Verpflegungssituation	43
6.1.4	Bewegungsangebot	44
6.2	Gesundheitsproblematik in den Kitas	44
6.2.1	Physische, motorische und sprachliche Defizite	45
6.2.2	Psychosoziale Auffälligkeiten	46
6.2.3	Belastungen aus dem Kita-Umfeld	47
6.2.4	Belastungen und Probleme der Erzieher	47

---

6.3	Beteiligung und Interesse an Programmen zur Gesundheitsförderung .....	48
6.4	Aktivitäten zur Gesundheitsförderung.....	49
6.4.1	Themengebiet Zahn- und Mundgesundheit.....	50
6.4.2	Themengebiet Ernährung.....	51
6.4.3	Themengebiet Bewegung .....	52
6.5	Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kitas .....	53
6.6	Hinderungsgründe und Unterstützungsforderungen der Bedarfsdeckung.....	55
6.7	Zusammenarbeit mit den Eltern.....	57
6.8	Auswertungen der Hypothesen.....	58
<b>7</b>	<b>Diskussion und Ausblick .....</b>	<b>63</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>69</b>
<b>A.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>76</b>

---

## **Anhangsverzeichnis A**

A.1	Anschreiben für die Kita-Leitung .....	76
A.2	Anschreiben für die Träger/Vereine .....	77
A.3	Fragebogen der vorliegenden Arbeit .....	79
A.4	Beschreibende Tabellen .....	87
A.5	Tabellen zur Darstellung von Zusammenhängen .....	95
A.6	Tabellen der Test-Ergebnisse .....	98

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit .....	9
Abbildung 2: Optimierte Mischkost für Kinder und Jugendliche.....	13
Abbildung 3: Bewegungspyramide für Kinder .....	17
Abbildung 4: Dimensionen eines QMS .....	27
Abbildung 5: Ablauf der Zertifizierung .....	28
Abbildung 6: Kategorisierte Kinderanzahl der Einrichtungen.....	40
Abbildung 7: Fremdsprachiger Kinderanteil .....	41
Abbildung 8: Zusatzqualifikationen.....	42
Abbildung 9: Verpflegung nach DGE-Richtlinien .....	43
Abbildung 10: Arten der Bewegungsflächen.....	44
Abbildung 11: Physische, motorische und sprachliche Defizite.....	45
Abbildung 12: Psychosoziale Auffälligkeiten .....	46
Abbildung 13: Belastungen aus dem Kita-Umfeld .....	47
Abbildung 14: Belastungen und Probleme der Erzieher.....	48
Abbildung 15: Gesundheitsfördernde Programme .....	49
Abbildung 16: Zahn- und Mundgesundheit .....	50
Abbildung 17: Ernährung.....	51
Abbildung 18: Bewegung .....	52
Abbildung 19: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kinder.....	53
Abbildung 20: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Erzieher .....	55
Abbildung 21: Intensität des Hinderungsgrundes .....	56
Abbildung 22: Zusammenarbeit mit den Eltern - Anlässe.....	57
Abbildung 23: Zusammenarbeit mit den Eltern – Beteiligung der Eltern .....	58

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Umkodierung der Aktivitäten zu den Themengebieten .....	38
Tabelle 2: Umkodierung zu den Gesundheitsproblemen der Kinder und Erzieher .....	39

---

### Lesehinweis

Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

### Danksagung

Die Erstellung des Fragebogens wäre ohne die Unterstützung der Qualitätssicherungs-, Planungs- und Koordinationsabteilung für Gesundheit von Berlin Mitte nicht möglich gewesen. Besonderer Dank gilt Herrn Tobias Prey und Herrn Jeffrey Butler, die stets zu Gesprächen bereit waren und mich mit ihren fachlichen Anregungen begleiteten. Für die freundliche Zusammenarbeit bedanke ich mich bei den Kindergärten, ihren Leitern und Erziehern, dass sie mir Einblick in ihre Einrichtung und Alltagspraxis gewährten und mich bereitwillig mit sehr vielen Daten versorgten.

## 1 Einleitung

In Deutschland ist im Allgemeinen eine zunehmende gesundheitliche Belastung bei Kindern zu erkennen. Die Gesellschaft und Gesundheitsberichterstatter, aber auch die wissenschaftliche Kinder- und Jugendmedizin sind seit Mitte der 1990er- Jahre zunehmend beunruhigt, den es häufen sich Berichte über zunehmende Gesundheitsstörungen bei Kindern, so genannte neue Epidemien, die mit ungünstigen Lebensverhältnissen in Zusammenhang gebracht wurde. Aber auch positive Veränderungen wurden beobachtet, die auf verbesserte Vorbeugung und Versorgung zurückzuführen sind. Diese Entwicklung kann allerdings nicht in allen Bevölkerungsgruppen gleichermaßen festgestellt werden. Insbesondere in sozial benachteiligten Bezirken wie Berlin Mitte sind einzelne Bevölkerungsteile von ungünstigen Lebensverhältnissen betroffen. Durch die im Kindesalter entstehenden Probleme einseitiger und unregelmäßiger Ernährung sowie mangelnde Bewegung werden sowohl Ausgaben im Gesundheitssystem als auch sehr viel individuelles Leid bei den betroffenen Menschen verursacht. Das Setting Kindergarten<sup>1</sup> bietet hierbei sowohl eine gute Basis für Gesundheitsförderung und Prävention als auch prinzipiell beste Möglichkeiten einer frühzeitigen und ganzheitlichen Förderung mit langfristigen Erfolgsaussichten. Im Lebensraum Kindertageseinrichtung kann eine Zielgruppen- und sozialraumorientierte Schwerpunktsetzung für die Gesundheit der Kinder erfolgen, da insbesondere im frühen Alter Gesundheitspotenziale geprägt und aktiviert werden (vgl. LVG ASF, 2011, o. S.).

Gleichwohl ist bisher nur wenig über die Bedingungen, den Stand und die konkret eingesetzten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in den Kitas bekannt. Infolgedessen ist es von großer Bedeutung, dass Kitas zu einer wichtigen Zielgruppe im Rahmen von gesundheitsbezogenen Befragungen werden.

---

<sup>1</sup> Der Begriff Kindergarten, Kindertageseinrichtung und Kindertagesstätte wird hier einheitlich für die institutionelle Betreuung von Kindern ab dem 3-Lebensjahr bis zum Schuleintritt benutzt

## 1.1 Hintergrund

Chronische Gesundheitsstörungen und Beeinträchtigungen können schädliche Folgen für das körperliche und seelische Wohlbefinden mit sich bringen, die Auswirkungen auf die Entwicklung und das Verhalten haben können. Dies wiederum wirkt sich auf die soziale Teilhabe des Kindes selbst, aber auch auf die Familienmitglieder aus und hat psychosoziale als auch ökonomische Konsequenzen für die Familie und die Gesellschaft insgesamt. (vgl. Thyen U., 2007, S. 529)

Die Gesundheit der Kinder ist vor allem in einem sozial benachteiligten Bezirk wie Berlin Mitte ein wichtiges Thema. Eine Betrachtung des Gesundheitsstatus der Kinder aus Deutschland zeigt trotz aller Fortschritte eklatante Auffälligkeiten. (vgl. Schubert, I. & Horch, K., 2004, S. 73)

Der Stadtrat für Gesundheit, Soziales und Beschäftigung, sowie die Abteilung Personal und Gesundheit, Qualitätssicherung, Planung und Koordination von Berlin Mitte haben sich zum Ziel gesetzt, Kitas und Elterninitiativkindertagesstätten (EKT) des Bezirkes mit Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention auf dem Weg zu einer „gesunden Kita“ zu unterstützen. Als Resultat des Gesundheitsziele-Prozesses 2010 und der Landesgesundheitskonferenz 2007 wurden folgende formulierte Ziele und Strategien konkret beschrieben:

- „Ziel 1: Gesundes Aufwachsen der Kinder in Berlin Mitte unterstützen
- Ziel 2: Zu Bewegung auffordern, Bewegungsmöglichkeiten und –anlässe schaffen und ausbauen
- Ziel 3: Attraktivität und Alltagstauglichkeit gesundheitsfördernder ausgewogener Ernährung vermitteln
- Ziel 4: Rahmenbedingungen für eine gewaltfreie und gesunde psychische Entwicklung stärken
- Ziel 5: Sprachkompetenz fördern

Die Ziele sind am 29.06.2010 vom Bezirksamt Mitte von Berlin beschlossen worden.“  
(zit. Bezirksamt Mitte von Berlin, 2010, o. S.)

Die zu entwickelnden Ziele sollten dem SMART-Modell entsprechen:

- S – Sinnspezifisch (wünschenswert)
- M – Messbar (Kriterien für die Zielerreichung)
- A – Aktiv beeinflussbar (Einflussmöglichkeit auf die Zielerreichung)
- R – Realistisch (im Rahmen der eigenen Handlungsmöglichkeiten)
- T – Terminiert ( wann wird was von wem gemacht)

(vgl. Bezirksamt Mitte von Berlin, 2010, o. S.)

Im Rahmen des Praxissemesters 2010 in der Abteilung Qualitätssicherung, Planung und Koordinationsstelle für Gesundheit (QPK) im Stadtbezirk von Berlin Mitte, stellte sich in diesem Zusammenhang die Aufgabe, sich im Kontext dieser Forschungsbelange mit der gesundheitlichen Lage der Berliner Kitas auseinanderzusetzen und aus den Gesundheitszielen 2010 einen Fragebogenkomplex zu erarbeiten, der in dieser Bachelorarbeit vorgestellt und ausgewertet werden soll.

## **1.2 Anliegen / Problemstellung**

Das Anliegen der Untersuchung war herauszufinden, ob und inwieweit Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kitas von Berlin Mitte bereits eine Rolle spielen beziehungsweise umgesetzt und in den Kita-Alltag integriert sind. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, Nachhaltigkeit als Qualitätskriterium erfolgreicher Gesundheitsförderung zu erfassen. Demnach standen nicht befristete Projekte im Mittelpunkt der Bestandsaufnahme, sondern das regelmäßige Angebot an gesundheitsfördernden Aktivitäten, welches oft als selbstverständlicher Bestandteil des Kita-Alltags kaum als Gesundheitsförderung wahrgenommen wird. Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme zur Gesundheitsförderung in Berliner Kitas sollen Aufschluss darüber geben, an welchen Stellen noch Verbesserungsbedarf besteht. Hierzu existieren deutschlandweit bislang nur wenige Untersuchungen. Ebenso erfolgte eine Zusammenarbeit mit Krankenkassen, trotz vieler Einzelprojekte zur Gesundheitsförderung und Prävention bisher nur selten. Wie eingangs bereits erwähnt,

zeigen aktuelle Studien, dass Kinder zunehmend körperliche aber auch psychische Auffälligkeiten aufweisen. Gesundheitsförderung speziell im Setting Kita kommt daher eine besondere Bedeutung zu, da frühzeitig individuelle Ressourcen gestärkt sowie Verhaltensweisen von Kindern und auch deren Eltern beeinflusst werden können, um eine gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten.

### **1.3 Aufbau und zentrale Fragestellung der Bachelorarbeit**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik Gesundheitsförderung in Berliner Kindertagesstätten. Wir erfahren Belastendes über das Gesundheitsverhalten, die körperliche Gesundheit der Kinder und Erzieher sowie die Qualität und soziale Einbettung der Kindertagesstätten von Berlin Mitte. Das Thema Migration wird nicht ausführlich beschrieben, aber dennoch darauf eingegangen, da es die gesundheitliche Situation beeinflusst.

Um einen aktuellen Einblick in die Gesundheitslage von Kindern zu gewinnen, steht zu Beginn der Bearbeitung ein allgemeines Kapitel zu den aktuellen Verhältnissen in Deutschland. Darauf aufbauend, lassen sich neben der Darlegung der Bedeutung einer Kindertageseinrichtung und warum sich das Setting Kindergarten besonders für eine Implementierung von gesundheitsförderlichen Programmen eignet auch die Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements, welche entscheidend für die Entwicklung und Nachhaltigkeit sind, zielgenau vorstellen. Im Fokus steht ein entwickelter Fragebogen, der als Grundlage dient und aufzeigen soll, inwieweit Berliner Kitas gesundheitsförderliche Maßnahmen durchführen und wie der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder einzuschätzen ist. Weiterhin soll anhand der Datenerhebung festgestellt werden, welche Probleme, Belastungen, aber auch Wünsche und Bedürfnisse die Kita-Mitarbeiter auf sich selbst und die Kinder bezogen sehen, um der Frage nachzugehen, an welchen Stellen die Gesundheitsförderung im Setting Kita in Berlin Mitte verbessert werden kann und welcher Bedarf sich daraus ableiten lässt. Als Beispiel für zentrale Themenkomplexe der Gesundheitsförderung werden Ernährung und Bewegung vorgestellt, da sie als klassische Präventionsmaßnahmen eng miteinander verbunden sind und tendenziell zunehmende Defizite in diesen Bereichen

beobachtet werden. Auf Basis dieser eingegrenzten Angaben schließen sich eine Analyse und die Auswertung der erhobenen Daten an. Abschließend werden die erzielten Ergebnisse komprimiert vorgestellt und durch eine Zusammenfassung der behandelten Thematik abgerundet.

## **2 Die Gesundheitslage von Kindern in Deutschland**

Anhand einer Langzeitstudie (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zur gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wird in diesem Kapitel folgenden Fragen nachgegangen. Wie ist die gesundheitliche Lage der Kinder in Deutschland insgesamt? Unter welchen sozialen Gegebenheiten und Einflüssen wachsen sie auf? Im Anschluss daran werden die Themen Kinderernährung und Bewegung aufgegriffen.

Ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen wird durch einen vielschichtigen Komplex unterschiedlicher Faktoren von gesellschaftlichen und individuellen Rahmenbedingungen bestimmt. Es handelt sich um Rahmenbedingungen und Faktoren der allgemeinen sozialen und ökonomischen Lebensverhältnisse oder der Familiensituation, aber auch die Umweltbedingungen und, für einen Teil der Kinder- und Jugendpopulation, der Migrationsstatus spielen eine Rolle. Gegen finanzielle Risiken im Krankheitsfall treten gesetzliche Regelungen wie die beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Kraft und sichern Kinder und Jugendliche in Deutschland ab. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entwickelt sich jedoch aufgrund der Vielfältigkeit von gesundheitsfördernden und gesundheitsgefährdenden Multiplikatoren sehr unterschiedlich. Sowohl die demographische Situation als auch die sozialen Parameter, wie Bildung und Einkommen, haben sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt (vgl. RKI, 2008, S. 17).

Das Kindesalter gilt allgemein als gesunder Lebensabschnitt. Im Vergleich mit anderen Altersgruppen sind Morbiditäts- und Mortalitätsraten im Kindesalter verhältnismäßig gering. Dennoch nehmen bestimmte gesundheitliche Störungen und gesundheitsschädliche Verhaltensweisen im Kindesalter zu. Im Kontext wandelnder zivilisationsbedingter, ökologischer und sozialer Lebensbedingungen hat sich das

Krankheitsspektrum verändert, welches multikausal, zumeist auch verhaltensbedingt und verhältnisabhängig geprägt ist. Das hat nicht nur negative Folgen für die Entwicklung und Lebensqualität, sondern lässt auch erhebliche Gesundheitsrisiken im Erwachsenenalter entstehen, die wiederum zu erhöhten Gesundheitskosten für die Gesellschaft führen (vgl. Schubert, I. & Horch, K., 2004, o. S.).

Sowohl die Säuglingssterblichkeit, als auch die Inzidenz von Infektionskrankheiten sind durch eine verbesserte medizinische Versorgung, verbesserte Lebensbedingungen, Prävention und moderne Behandlungsmethoden rückläufig. Die WHO hat ihren Grundsatz von „Add years to life“ durch „Add life to years“ ersetzt (vgl. Kurth et al., 2002, S. 853 ff.).

Zur Morbidität der Kinder in Deutschland stellt ein vom Robert Koch-Institut konzipierter und zwischen 2003 und 2006 durchgeführter nationaler Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS – Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Robert Koch Institut [RKI], 2007a) die akuten, ansteckenden und chronischen Daten bereit. Im Folgenden werden die für diese Arbeit relevanten Ergebnisse der Studie zur gesundheitlichen Lage von Kindern kurz dargelegt.

Insgesamt sind Kinder am häufigsten von Erkrankungen der Atemwege betroffen. In einem Zeitraum von zwölf Monaten bekamen 91,4 % aller Kinder im Alter von null bis sechs Jahren eine Erkältung oder einen grippalen Infekt. Aber auch Magen-Darminfekte treten mit 54,5 % sehr häufig auf. Chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Asthma bronchiale und allergische Erkrankungen stellen das häufigste gesundheitliche Problem im Kindesalter dar (vgl. RKI, 2008, S. 81).

In einer schriftlichen Befragung zur ambulanten Inanspruchnahme wurden in der KiGGS-Studie folgende Daten erhoben: 95 % der Kinder in den ersten beiden Lebensjahren werden einem Kinderarzt zur Früherkennung, Diagnose, Beratung oder Behandlung vorgestellt. Die Inanspruchnahme von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen reduziert sich mit zunehmendem Alter bis auf 25 % (vgl. RKI, 2008, S. 62).

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen auch, dass Kinder aus Familien mit niedrigem sozialen Status häufiger Gesundheitsdefizite, wie zum Beispiel die zunehmende Verbreitung von Übergewicht und Adipositas (starkes Übergewicht oder Fettleibigkeit) oder Defizite der motorischen Entwicklung sowie höhere Passivrauchexposition

aufweisen. 16 % der Kinder nehmen täglich Schokolade zu sich und fast 20 % andere Süßigkeiten. Der Konsum von gesüßten Getränken ist ebenfalls sehr hoch. Ein Drittel trinkt mindestens einmal täglich Softdrinks. Circa 50 % der Kinder essen Obst und Gemüse. Nach Aussage der KiGGS-Studie sind nach einer Messung des Body-Mass-Index (BMI) 15 % der Mädchen und 15,1 % der Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren übergewichtig. Bei 6,3 % ist das Übergewicht so stark, dass von Adipositas gesprochen wird. Das entspricht einer Zahl von 1,9 Millionen übergewichtigen Kindern und Jugendlichen, darunter 800.000 adipöse (vgl. RKI, 2008, S. 47).

Viele Kinder zwischen vier und 17 Jahren weisen erhebliche Defizite in der motorischen Leistungsfähigkeit, der körperlichen Ausdauerleistungen und der Koordinationsfähigkeit auf. Fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen kann nicht zwei oder mehr Schritte auf einen 3 cm breiten Balken rückwärts balancieren und 43 % erreichen beim Rumpfbeugen nicht das Fußsohlenniveau (vgl. Bös, K.; Oberger, J.; Opper, E.; Romahn, N.; Wagner, M.; Worth, A., 2006, S. 16 ff. ).

Der Anstieg des Übergewichts bis hin zum Erwachsenenalter und der Befund, dass die Persistenz der Adipositas mit dem Alter steigt, sowie die auffallenden körperlichen Leistungsfähigkeitseinschränkungen zeigen, dass schon im Vorschulbereich aktive Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen notwendig erscheinen, um die Weichen für eine gesunde und normalgewichtige Entwicklung zu stellen.

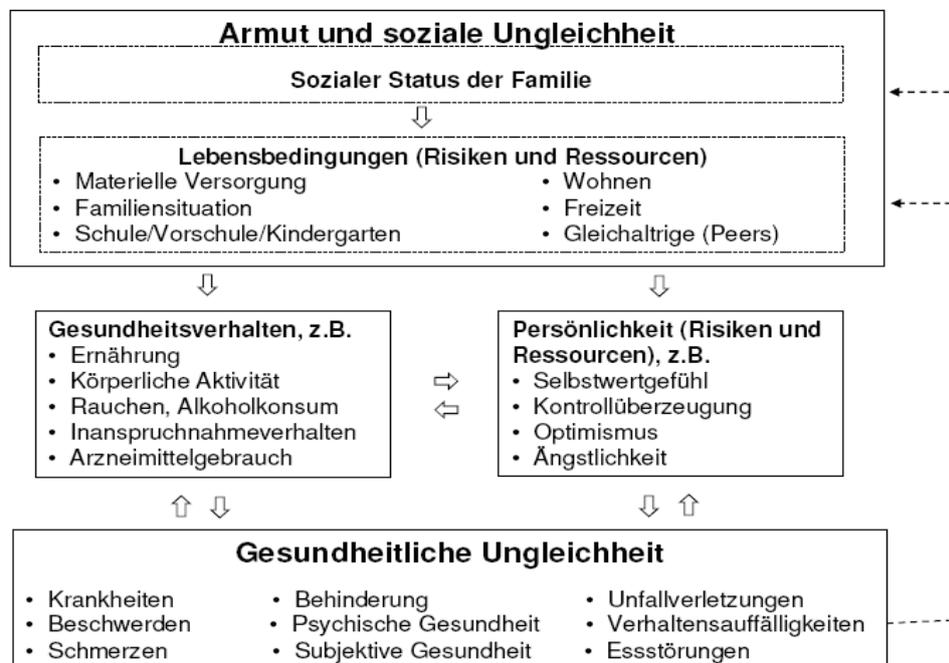
## **2.1 Soziale Lage und Gesundheit**

Kein gesundheitliches Thema kann unabhängig von der Zusammensetzung der Bevölkerung und ihrer sozialen Lage betrachtet werden, denn Arbeitsbedingungen und Herkunft sind mit der gesundheitlichen Versorgung von Menschen eng verbunden (vgl. Bezirk Mitte von Berlin, 2009, S. 2).

Die soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland ist durch verschiedene Kriterien wie beispielsweise Bildung, Einkommen und Lebensform gekennzeichnet. Demnach liegen unterschiedliche Lebensbedingungen und Entwicklungschancen vor, die trotz sozialer Absicherung und Reformen im Bildungswesen zu einer sozialen Ungleichheit führen und zudem durch die wirtschaftlichen Umstände beeinflusst werden. Die damit

zusammenhängenden Vor- und Nachteile, mit denen Kinder aufwachsen, sind für ihre Entwicklungschancen entscheidend.

Als Merkmale sozialer Ungleichheit gelten Bildung, beruflicher Status und Einkommen, als Indikator wird Armut angesehen. Armut schränkt nicht nur das Konsum- und Freizeitverhalten der Kinder ein, sondern wirkt auch ungünstig auf den Familienkreis und Erziehungsstil der Eltern. Zusätzliche Folgen der Armut ergeben sich in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der heranwachsenden Generation. Sozial benachteiligte Kinder weisen eine höhere gesundheitliche Beeinträchtigung wie zum Beispiel schlechtere Zahn- und Mundgesundheit, Unfallverletzungen oder auch einseitiges Ernährungsverhalten auf. Im Jahr 2005 hatten 30 % aller Kinder unter sechs Jahren einen Migrationshintergrund. Vor allem diese Familien befinden sich häufiger in einer mit Nachteilen verbundenen sozialen Lage durch kulturellbedingte Unterschiede und sprachliche Barrieren, die eine Benachteiligung verstärken. Diese Kinder weisen meist mangelnde Bewältigungsstrategien, risikobehaftete Verhaltensweisen (z. B. ungünstige Ernährung und Bewegungsmangel) und fehlende Erholungsmöglichkeiten auf (vgl. RKI, 2008, S. 18).



**Abbildung 1: Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit**

(Quelle: Lampert, T., RKI, 2008, Folie 26)

Der aktuelle Gesundheitsstatus, das familiäre Gesundheitsverhalten und die soziale Teilhabe sind bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Berlin durch die kulturelle Herkunft und soziale Schicht gekennzeichnet und unterschiedlich verteilt. Die Relation von sozialer Lage und Gesundheit wird in Berlin auch im räumlichen Kontext (soziale Brennpunkte) bemerkbar. Prävention und Gesundheitsförderung haben für den Sozialraum in städtischen Ballungsgebieten eine gesonderte Bedeutung, denn hier gibt es Zielgruppen mit identischen oder ähnlichen Risikofaktoren oder auch gesundheitsfördernden Aspekten. Der Sozialraum kann als zielgruppenbezogener Zugang für eine partizipative Mitgestaltung des Umfeldes genutzt werden (vgl. Oberwöhrmann & Bettge, 2007, S. 76).

## **2.2 Ursachen und Einflussfaktoren**

Gesundheitsförderliche oder -schädliche Einflussfaktoren ergeben sich für Kinder aus den Wohn- und Umweltbedingungen. Der sozioökonomische Status misst sich an der Familie, demnach bestimmen materielle Möglichkeiten die Art, Größe und Lage des Wohnumfeldes. Als wichtiges Einflusskriterium für die Ausprägung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensmuster gilt der Bildungsstand der Eltern.

Zu den Ursachen von Übergewicht zählen verhaltensbedingte Komponenten, unter anderem Bewegungsmangel, ungünstige Ernährungsgewohnheiten (kalorienreiche Lebensmittel in überhöhtem Ausmaß, gesüßte Getränke, unregelmäßige Mahlzeiten) und unzureichender Schlaf. Ebenso wird Übergewicht durch das Rauchen der Eltern und geringer familiärer Zusammenhalt begünstigen. Ein höheres Risiko haben auch Kinder, deren Eltern übergewichtig sind und aus sozial benachteiligten Schichten stammen (vgl. RKI, 2008, S. 46).

Aufgrund der hohen Verkehrsdichte sind viele Kinder in ihrer Bewegungsfreiheit heute mehr eingeschränkt. Sie erfahren ihre Umwelt nicht mehr als einheitlichen Lebensraum, da sie Wege, um an bestimmte Orte zu gelangen, nicht mehr selbst zurücklegen; sie werden durch die Motorisierung der Familienhaushalte und die teilweise besorgte und ängstliche Haltung von Mutter und Vater zu den Orten gebracht. Dadurch besteht kaum

noch Möglichkeit, sich frei in ihrem Wohnviertel und aus eigener Kraft zu bewegen. Es fehlen ihnen die offenen Spielmöglichkeiten auf der Straße, die früher als Treffpunkte ohne elterliche Kontrolle selbstverständlich waren, und so den Umgang mit sozialen Kontakten und Gleichaltrigen erschweren, die elementar wichtig für die soziale Entwicklung von Kindern sind. Durch eine derartige Minimierung der produktiven, emotionalen oder körperlichen Wahrnehmung kann es zu fehlenden Widerstandskräften kommen, was die Zunahme allergischer Erkrankungen durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems zur Folge hat (vgl. Hurrelmann, K., 2004, S. 11 ff. ).

Nach der ökologischen Entwicklungstheorie von Urie Bronfenbrenner beeinflussen sich Kind und Umwelt wechselseitig, es ist Produkt und Gestalter seiner eigenen Umwelt. Menschen leben in ökologischen Systemen, mit denen sie sich auseinandersetzen müssen und die Familie als Mikrosystem vermittelt alle wichtigen persönlichen, räumlichen und ökonomischen Beziehungen und Gegebenheiten. Um das Mikrosystem Familie lagern sich zudem beispielsweise Kindergarten, Schule, Freundeskreis und Nachbarschaft an. Diese theoretische Grundlage von Bronfenbrenner richtet sich zum einen auf die Beziehung zu allen im System lebenden Mitgliedern, aber auch auf die nähere Umgebung der Familie wie Wohngegend, Kita, Kommune sowie Gesellschaft und ist deshalb als Grundlage für eine gesundheitswissenschaftliche Auslegung gut geeignet (vgl. Bronfenbrenner, U., 1976, S. 4).

Umweltbedingte Gesundheitsrisiken biologischer, chemischer und physikalischer Natur betreffen Kinder in besonderem Maße, da ein Ausweichen nur schwer möglich ist und Kinder besonders sensibel auf Umwelteinflüsse reagieren. Kinder unter dem 5. Lebensjahr sind zu 40 % belastet. Besonders problematisch ist die Luftverschmutzung. Zu den gesundheitsgefährdenden Schadstoffen gehören unter anderem Staubpartikel, elektromagnetische Wellen, Lärm sowie kontaminierte Lebensmittel und Wasser. Eine unterschätzte Gefährdung stellt der Klimawandel bzw. die Abnahme der Ozonschicht dar. Diese Tatsache führt zu einer Klimaerwärmung, welche die Zunahme von Allergiebelastungen nach sich zieht (vgl. Schubert, I. & Horch, K., 2004, S. 30f.).

### 2.3 Kinderernährung und Ernährungserziehung

Eine besondere Bedeutung für das Gesundheitsverhalten hat die Ernährung, da die Präferenzen für Lebensmittel und Ernährungsgewohnheiten im Kindesalter verankert werden und sich im Erwachsenenalter meist nicht mehr ändern. Eine optimale energie- und nährstoffreiche Versorgung ist für die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes ausschlaggebend. Der Mikro- und Makrobedarf ist für den Organismus bei Kindern bis zum fünften Lebensjahr besonders ausgeprägt, weshalb eine hohe Nährstoffdichte erforderlich ist. Da Kleinkinder auf eine Nahrungsmittelversorgung seitens der Eltern oder im Kindergarten durch den Erzieher angewiesen sind, stellt die Ernährung eine verantwortungsvolle Aufgabe dar. Nährstoffdefizite begünstigen Entwicklungs- und Wachstumsstörungen und beeinträchtigen die kognitiven Fähigkeiten (vgl. Mensink, G. B. M., 2007, S. 906).

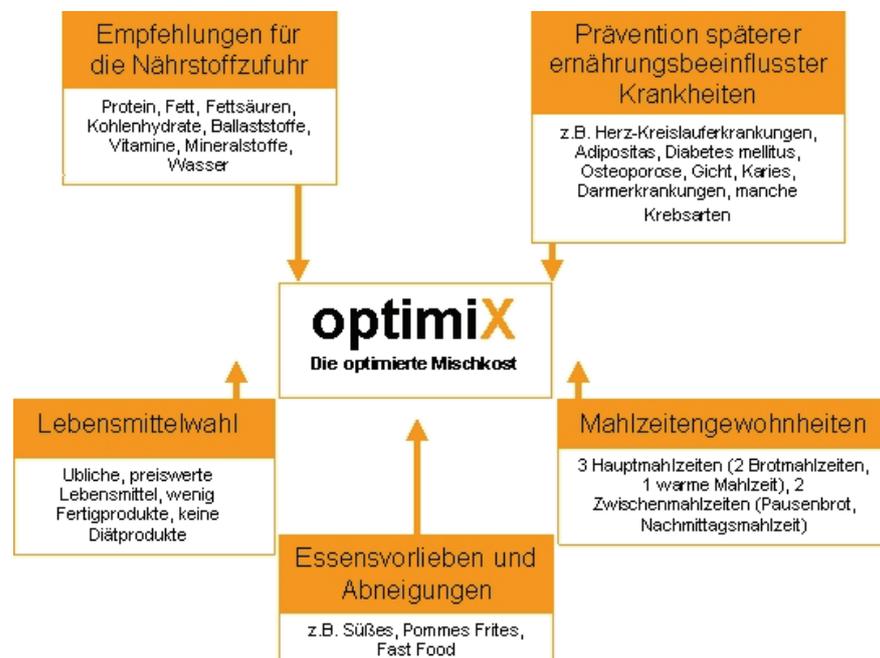
Da die Nahrungsaufnahme ein physiologischer Prozess und durch Grundbedürfnisse hervorgerufener Reflex zu sehen ist, kann dieser Vorgang dennoch mit einer Reihe von Lernprozessen gesteuert werden. Bei einem Überangebot an Lebensmitteln, wie es in Deutschland schon selbstverständlich ist, bekommen deren Auswahl und die Geschmacksvorlieben sowie Ernährungsgewohnheiten eine besondere Gewichtung. Daher ist eine gezielte Ausbildung der Geschmackspräferenzen notwendig. Anhand der KiGGS Daten wurde bei der Auswertung der Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme durch eine detaillierte und quantitative Methode festgestellt, dass Kinder und Jugendliche aller Altersgruppen im Vergleich mit den Empfehlungen der optimierten Mischkost<sup>2</sup> (OptimiX) einen deutlich zu hohen Verzehr von Süßigkeiten und Fleischprodukten aufweisen. Obst und Gemüse dagegen werden viel zu selten verspeist, sodass der Anteil an Folat [(Mono-/Polyglutamate wie sie in Blatt- und Kohlgemüse vorkommen) DGE e.V.] und Vitamin D unzureichend sind (vgl. RKI, 2008, S. 54 f.).

---

<sup>2</sup> Vom Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund (FKE) entwickeltes Ernährungskonzept für Kinder und Jugendliche.

Nach dem Prinzip der optimierten Mischkost (OptimiX) sind drei einfache Regeln für die Lebensmittelauswahl zusammenzufassen:

- Reichlich: Getränke und pflanzliche Lebensmittel
  - Mäßig: tierische Lebensmittel
  - Sparsam: fett- und zuckerreiche Lebensmittel
- (vgl. DRK, 2011, o. S.)



**Abbildung 2: Optimierte Mischkost für Kinder und Jugendliche**

(Quelle: Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund, 2011, o. S.)

Die Ernährung im Kleinkindalter im Rahmen der Familienkost tendiert zu einer suboptimalen Lebensmittelauswahl. Es handelt sich um folgende Nährstoffe: Eiweiß, Omega – 3 –, Omega – 6 – Fettsäuren, Zucker, Eisen, Folsäure, Vitamin D und Natrium (vgl. SpringerMedizin.at, 2011, o. S.).

Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen stellt ein wachsendes gesundheitliches Problem in Deutschland dar. Insgesamt sind 15 % der Kinder und Jugendlichen von drei bis 17 Jahren übergewichtig und 6,3 % leiden unter

Adipositas. Der Anteil der Übergewichtigen steigt von 9 % bei den drei bis sechsjährigen über 15 % bei den sieben bis zehnjährigen bis hin zu 17 % bei den 14 bis 17-Jährigen. Die Verbreitung von Adipositas beträgt bei den 3- bis 6-Jährigen 2,9 %. Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen oder zwischen den alten und neuen Bundesländern sind nicht zu verzeichnen (vgl. Kurth, B.-M.; Schaffrath Rosario, A., 2007, S. 737).

Insgesamt 21,9 % der befragten Kinder und Jugendlichen wurden als auffällig bezüglich ihres Essverhaltens unter Essstörungen eingestuft (Mädchen: 28,9 %, Jungen 15,2 %). Im Altersverlauf nimmt die Prävalenz bei den Mädchen bis auf 30,1 % im 17. Lebensjahr stark zu, bei den Jungen hingegen ab (12,8 %) (vgl. Hölling, R.; Schlack, R., 2007, S. 795).

Eine wichtige Aufgabe für die Gesunderhaltung des Körpers sowie die Verhütung und Vorbeugung von Krankheiten ist die Ernährungserziehung (vgl. BZgA, 2011, o. S.).

„Unter Ernährungserziehung wird eine intendierte und normengeleitete Vermittlung von Wissen und Verhaltensregeln verstanden, sie findet meist in der Familie statt und ist Teil der Ernährungsbildung“ (zit. Alexy U.; Clausen, K.; Kersting, M., 2009, S. 29).

Hierbei wird den Kindern nicht nur gesunde Ernährung theoretisch und praktisch vermittelt, sondern auch der Zusammenhang zwischen Ernährung und körperlichem Befinden verdeutlicht sowie der Spaß und Genuss am gemeinsamen Essen. Kinder sollten in der Tageseinrichtung an gesunde, abwechslungsreiche, bedürfnisorientierte und regelmäßige Mahlzeiten gewöhnt werden, die reich an Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen ist. Dabei ist zu beachten, dass die Kinder nicht eingeengt und über den Bedarf hinaus versorgt werden, denn die Fähigkeit, in Maßen zu genießen, ist ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität. M. R. Textor betont, dass Kinder vor allem erfahren sollen, warum, womit und wie wir essen, was gesund ist und was nicht, welche Art und wie viel an Trinkmenge erforderlich ist, wie ein gesundes Frühstück, Mittag- bzw. Abendessen zusammengesetzt ist, wie Mahlzeiten zubereitet werden, damit z. B. die Vitamine erhalten bleiben, wie eine Tischkultur entwickelt und gepflegt wird, dass Süßigkeiten und gezuckerte Getränke nur in geringen Maßen konsumiert werden sollten und dass auch gesunde Nahrungsmittel (Rohkost, Obst, Nüsse, Rosinen usw.) schmecken können. Im Rahmen der Ernährungserziehung können Kinder gemeinsam den Speiseplan auswählen und die Fachkräfte beim Einkaufen begleiten, die Zutaten

vorbereiten, z. B. Salat waschen, dekorieren oder Kirschen entkernen. Viele Kinder sind daran interessiert, beim Kochen zuzuschauen. Im Anschluss säubern sie den Esstisch und lernen dabei die Reinigungsutensilien kennen. Im Fall von Unter- oder Übergewicht sind die Eltern anzusprechen. Die Erzieher achten darauf, dass die Kinder ausreichend essen oder übergewichtige Kinder nicht zusätzlich bei anderen Kindern Lebensmittel erbetteln (vgl. Textor, M.-R., Online Handbuch, o. J., o. S.).

Durch eine rigide Erziehungsweise kann sich das Risiko für Übergewicht erhöhen. Einen größeren Spielraum hingegen stellt die optimierte Mischkost dar und sollte daher auch in Kindertageseinrichtungen angewendet werden. Die optimierte Mischkost bietet durch ihren Mahlzeitenbezug dafür eine praxisnahe Orientierung (vgl. Alexy U.; Clausen, K.; Kersting, M., 2009, S. 46).

## **2.4 Sport und Bewegung**

Regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität gilt als positiver Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden. Ein sport- und bewegungsfördernder Lebensstil kann Krankheiten und Beschwerden entgegenwirken. Bewegungsaktivitäten setzen im Kindesalter Entwicklungsreize für ein normales Wachstum, unterstützen die physiologischen Funktionen des Herz-Kreislauf- und Atmungssystems, beeinflussen die geistige Entwicklung und schulen die sensomotorische Wahrnehmung, ermöglichen soziale Erfahrungen und fördern über ein positives Körperbewusstsein, die Stärkung der Ich-Identität, Selbstverantwortung und Selbstkompetenz und sind daher fester Bestandteil von Public Health in Deutschland. Sportliche Betätigungen dienen in jedem Alter, aber besonders für Kinder und deren organische, motorische und psychosoziale Funktionsfähigkeiten, als wichtige Grundlage (vgl. BMFSFJ, 2005, S. 113).

Im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS) wurde auch eine Analyse zum Bewegungsverhalten der Kinder durchgeführt, mit deren Hilfe die Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Interventionen unterstützt wird (vgl. Lampert, T.; Mensink, G. B. M.; Romahn, N. & Woll, A., 2007, S. 637).

Bei Kindern im Alter von drei bis zehn Jahren wurden die Eltern gefragt, wie häufig ihre Kinder im Freien spielen und wie oft sie Sport ausüben. Das Ergebnis: 76,6 % der

Jungen und 75,0 % aller Mädchen treiben einmal in der Woche Sport. Mit zunehmender Adoleszenz sinkt die Prävalenz der körperlich-sportlichen Aktivitäten jedoch. Zwischen Jungen und gleichaltrigen Mädchen bestehen in dieser Hinsicht demnach keine bedeutsamen Unterschiede (vgl. RKI, 2008, S. 58).

Insgesamt spielen 77 % der Kinder fast täglich im Freien. Kinder aus Migrantenfamilien und mit niedrigem Sozialstatus zeigen signifikante Unterschiede im Kindesalter. Hier werden wesentliche Aktivitätsdefizite deutlich.

Im Jugendalter treten anders als im Kindesalter deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede im Bewegungsverhalten auf: Mädchen sind nicht nur seltener in ihrer Freizeit aktiv, sondern schätzen ihre eigene körperliche Leistungsfähigkeit auch schlechter ein. Aus Schuleingangsuntersuchungen und anderen spezifischen sportmedizinischen Studien liegen Ergebnisse vor, die auf eine Zunahme motorischer und koordinativer Auffälligkeiten sowie auf Haltungsschwächen und Muskelfunktionsstörungen bei Kindern und Jugendlichen hindeuten (vgl. Schubert, I. & Horch, K., 2004, S. 73).

Kinder verspüren von Natur aus Lust an der Bewegung und an sinnlichen Empfindungen. Sie sind auf der Suche nach Gegebenheiten, die zum Beispiel Schwindel oder Kitzel im Bauch auslösen können, bei denen sie ihre Balance testen und ihre Kräfte ausprobieren. Darum ist es wichtig, in Kindergärten solche Bewegungsreize zu ermöglichen und Materialien wie Polster, Klettergerüste und Kisten zum Turnen und Springen zu schaffen, die bei Kindern einen kreativen Bewegungsdrang auslösen (vgl. Greine, R., 2003, S. 36).



Abbildung 3: Bewegungspyramide für Kinder

(Quelle: www.AID.de, 2011, o.S.)

Die Kinder-Bewegungspyramide stellt die täglichen Bewegungszeiten und –intensitäten dar. Es wird empfohlen, dass ein Kind zwei Stunden am Tag körperlich aktiv sein sollte! Die beiden täglichen Bewegungsstunden setzen sich aus mindestens 30 Minuten Alltagsbewegung, 60 Minuten Freizeitaktivität und 30 Minuten Sport zusammen. Im Bundesdurchschnitt zeigt sich aber, dass nicht einmal eine Stunde täglich Sport getrieben wird. Diese verschiedenen Bewegungstypen unterscheiden sich in erster Linie bezüglich der Intensität. Die wenig anstrengenden Alltagsbewegungen, wie zum Beispiel zur Schule gehen, Zimmer sauber machen, Treppen steigen oder Fahrrad fahren, machen einen großen Teil der notwendigen Bewegungszeit aus und strengen die Kinder körperlich nur leicht an. Freizeitaktivitäten werden als mäßig anstrengend eingestuft und befinden sich im mittleren Teil der Bewegungspyramide, unter anderem gehören Ball- und Hüpfspiele, Fangen, Toben, Klettern und Versteckspiele dazu. Für das freie Spiel brauchen die Kinder genügend Zeit und Bewegungsraum. Sportliche Aktivitäten wie der Schul- und Vereinssport sind anstrengend und bilden die Spitze der Bewegungspyramide. Sport unterscheidet sich

von den Freizeitaktivitäten vor allem durch die Intensität (Krafteinsatz und Ausdauer) (vgl. AID, 2009, o. S.).

Nach den Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys sind die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland körperlich und sportlich aktiv. Jedoch besteht Handlungspotenzial für die Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Die migrations- und schichtspezifischen Differenzen im Bewegungsverhalten der heranwachsenden Bevölkerung zeigen mögliche Ansatzpunkte für gezielte Interventionen auf (vgl. Lampert, T.; Mensink, G. B. M.; Romahn, N. & Woll, A., 2007, S. 640).

### **3 Institution Kindertagesstätte**

Infolge veränderter Arbeits- und Lebensverhältnisse, die sich auf die Struktur der Familie und die Bedingungen in der Kindheit auswirkten, entstand der Kindergarten Mitte des 19. Jahrhunderts. Der erste in Rudolstadt 1840 von Friedrich Fröbel gegründete Kindergarten verfolgte das Ziel einer systematischen Entwicklungsförderung von Kindern zwischen zwei und fünf Jahren (vgl. Hemmerling, A., 2007, S. 18).

Gesellschaftspolitisch wird der Kindergarten heute als ein Ort der frühkindlichen Bildung angesehen, er ist aber zugleich eine sozialpädagogische Einrichtung der Jugendhilfe (vgl. Hemmerling, A., 2007, S. 15).

Die derzeitige Inanspruchnahme der Kitas liegt in der Altersgruppe der drei bis sechsjährigen bei 86,4 %. Das Betreuungspersonal einer Kita ist pädagogisch ausgebildet und bietet den Kindern sowohl einen abwechslungsreichen als auch strukturierten Tagesablauf mit festen Bestandteilen. Der Begriff der Kindertagesstätte umfasst Kinderkrippen, Kindergärten und auch Horte. Kinder einer Tageseinrichtung werden nicht nur frühzeitig gefördert, sondern erlernen auch den Umgang mit anderen Kindern. Immer häufiger werden Einrichtungen nicht mehr ausschließlich nach Altersstruktur oder einem bestimmten pädagogischen Ansatz geführt, sondern in Kombination einer alterserweiterten Form, sodass Kinder bereits ab einem Alter von zwei Jahren die Kita besuchen dürfen. Die Kindertagesbetreuung ist die Hauptaufgabe eines Kindergartens

und im Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsgesetz verankert. Die Kita wirkt als familienergänzendes Organ, indem sie Kindern erweiterte und umfassendere Erfahrungen und Bildungsmöglichkeiten über das familiäre Umfeld hinaus vermittelt. Kindertagesstätten in Deutschland werden von einem Träger unterhalten. Dieser übernimmt eigenverantwortlich die Betriebsführung der Einrichtung und stellt Flächen, Räume sowie finanzielle Mittel zur Verfügung und ist zugleich Arbeitgeber der Kita-Mitarbeiter. Weiterhin übernimmt der Träger die fachliche Aufsicht der jeweils festgelegten pädagogischen Ausrichtung und ist Ansprechpartner in allen organisatorischen Belangen. Grundsätzlich wird zwischen öffentlichen (Behörden, Verbände oder gemeinnützige Vereine) und freien Trägern (beispielsweise Diakonie, Caritas, pro familia) unterschieden (vgl. Kita.de, 2011, o. S.).

### **3.1 Kitas als wichtiges Feld für Gesundheitsförderung und Prävention**

Nach §§ 22 ff. SGB VIII gelten Kindertagesstätten als besondere, umfassende und breitenwirksame Einrichtung für die Kindertagesbetreuung. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz legitimiert in § 22 die Aufgabentrias Bildung, Erziehung und Betreuung. Sie sind sowohl bildungsorientiert als auch eine sozialpädagogische Einrichtung der Jugendhilfe. Der Besuch des Kindergartens ist freiwillig und kostenpflichtig (vgl. Hemmerling, A., 2007, S. 15).

Neben der Familie stellt der Kindergarten mit seiner komplexen Struktur einen Lebensraum für Kinder dar und ist eine schichtübergreifende Institution mit spezieller sozialer Reichweite und hat somit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung eine besondere Bedeutung. In diesem Zusammenhang wurde von der Jugendministerkonferenz und der Kultusministerkonferenz der „Gemeinsame Rahmen der Länder für die frühe Bildung in den Kindertageseinrichtungen“ betont (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden, 2005, o. S.).

Gesundheitsförderung ist eine übergreifende Aufgabe und findet im Alltag mit Kindern statt. Vor allem die Unterstützungsangebote der Kita müssen auf die spezifischen Bedürfnisse der Kinder gerichtet sein. Erzieher müssen lernen, die individuellen

Handlungskompetenzen, sowie positiven Einstellungen zu fördern, um eine wirksame Bewältigung von Konflikten und Belastungen zu ermöglichen. Der Ansatz einer Lebenskompetenzförderung kann nur dann erfolgreich Anwendung finden, wenn dieser in den Lebenswelten<sup>3</sup> der Zielgruppe umgesetzt wird. Die Verbreitung eines Gesundheitskonzeptes setzt sich nur dann durch, wenn Erzieher mit positiven Leitbildern arbeiten und innovative, pädagogische Maßnahmen einsetzen. Besonders wichtig hierbei sind eine angstfreie Lernatmosphäre und eine individuelle Förderung der Fähigkeiten und Talente der einzelnen Kinder. Ebenso sind die entsprechende Qualifizierung der Erzieher sowie qualitätsgesicherte Gesundheitsförderungsangebote Voraussetzung für eine konstruktive Umsetzung eines Lebenskompetenzansatzes (vgl. Bitzer, E.M.; Walter, U.; Lingner, H.; Schwartz, F.-W., 2009, S.296).

Die Wichtigkeit einer frühkindlichen Bildung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Gesundheit belegen die Forschungsergebnisse der letzten Jahre. Durch frühzeitige Prävention und Gesundheitsförderung können Kitas dazu beitragen, den Gesundheitszustand der Kinder unmittelbar zu verbessern, da sie fast alle Kinder erreichen. Darüber hinaus werden Verhaltensweisen und Einstellungen zur Gesundheit geprägt. Präventive Interventionen erscheinen vor allem dann sinnvoll, wenn die zunehmenden Belastungen auch bei sozial schlechter gestellten Kindern abgefangen werden können (vgl. Kliche, T., 2008, S. 14 ff.).

Gesundheitsförderung in Kitas setzt an den Lebens- und Arbeitsbedingungen an, versucht Rahmenbedingungen zu beeinflussen sowie allen Beteiligten in der Kita gesundheitsförderliches Verhalten und Wissen nahezubringen und ist somit integraler Bestandteil der Erziehungs- und Bildungsarbeit. Ein Konzept von Gesundheit zu vermitteln, sollte daher mit positiven Anreizen verbunden werden und ohne Zwang, beispielsweise „Freude an Bewegung“ oder „Essen genießen“, aber auch die gegenseitige Wertschätzung des Kita-Teams gehört dazu. Bei der Umsetzung eines solchen Konzeptes ist eine anhaltende, kontinuierliche Zusammenarbeit auf gleicher Ebene erforderlich. Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation gehört die Verringerung sozialer und gesundheitlicher Chancenungleichheit zum Kern der

---

<sup>3</sup> „Der Begriff „Lebenswelten“ wird im Kontext dieser Darstellung als Ausdruck der unterschiedlichen Qualitäten sozialer Lebensbedingungen benutzt, d.h. für soziales Privilegiert bzw. Benachteiligtsein und die damit verbundenen Auswirkungen auf Gesundheit und Entwicklung.“ (zit. BZgA, 1998, S. 49)

Gesundheitsförderung. Es geht darum, allen Mädchen und Jungen die gleichen Lebensumstände zu verschaffen, um sie zu einem gesundheitsgerechten Verhalten zu befähigen. Pädagogische Fachkräfte sind sich dessen bewusst und handeln auch mit unterschiedlichen Aktivitäten. Zur Routine in den Kitas gehören längst Projekte und Maßnahmen zur Sucht- und Gewaltprävention, zum Hygieneverhalten, Bewegungsförderungsspiele und gesunde Ernährung. Allerdings sind Maßnahmen und Projekte nur von Nutzen, wenn sie ständig wiederholt werden. Die meisten Projekte haben eine begrenzte Laufzeit, sodass die Nachhaltigkeit nicht sichergestellt ist. Zu den drei wichtigsten Zielen der Gesundheitsförderung in Kitas gehören:

- Förderung einer gesundheitlichen Gestaltung des Lebens- und Arbeitsumfeldes
- Gesundheitsressourcen von Beschäftigten, Kindern und Eltern stärken
- Gesundheitskompetenzen aller Beteiligten stärken durch Vermitteln eines positiven Gesundheitskonzeptes

(vgl. LVG AFS, 2011, S. 25, 38)

Eine der neu definierten Aufgaben für die Frühpädagogik besteht in der intensiven Zusammenarbeit mit den Eltern. In früheren Jahren wurde das Einmischen der Eltern von vielen pädagogischen Fachkräften als störend wahrgenommen, denn es treffen zwei unterschiedliche Systeme aufeinander, wenn Eltern ihr Kind in eine Kita bringen. Das ist einerseits das jeweilige Familiensystem, in dem durch die Familiengeschichte, den familiären Alltag, aber auch durch die soziale Situation der Familie bestimmte Selbstverständlichkeiten angenommen werden. Dem gegenüber steht das stark regulierte System der Kita, in dem sich die pädagogischen Fachkräfte ihrer fachlichen Verantwortung und Trägervorgaben stellen müssen. Kinder sind in erster Linie loyal gegenüber ihren Eltern. Das belegen langjährige Erfahrungen der gesamten Pädagogik und Sozialen Arbeit, die sich immer wieder bestätigen. Die sinnvollsten Programme bringen den Kindern wenig oder keinen Nutzen, wenn die Eltern diese nicht auch begrüßen. So gehen die effektivsten pädagogischen Prinzipien in der Kita im Alltag des Kindes verloren, wenn sie vom Elternhaus nicht mit getragen werden. Daher ist die respektvolle Einbeziehung der Eltern von großer Bedeutung für das Gelingen professioneller Pädagogik. Das wissen die Fachkräfte inzwischen auch und versuchen,

die Kompetenzen von Eltern zu stärken und eine Erziehungspartnerschaft aufzubauen (vgl. Balluseck, H. v., 2009, o. S.).

### **3.1.2 Gesundheitsziele im Setting Kita**

Die Wohnumgebung, Kindertagesstätte, Schule, der Stadtteil, Betrieb oder Freizeitbereich sind Orte, an denen sich die meisten Menschen am längsten aufhalten und erhalten damit den Charakter eines unmittelbaren Lebensumfeldes, wo die Gesundheit geprägt und bestimmt wird. Zu diesen Bedingungen gehören auch die relativ stabilen sozialen Zusammenhänge, die das Spielen, Lernen, Arbeiten und Wohnen kennzeichnen. Zur Beschreibung dieses Umfeldes hat sich das Wort „Setting“ (Lebensraum) etabliert. Grundannahme des Setting-Ansatz ist die nachhaltige Gesundheitsförderung durch die Einbeziehung des ganzen Settings. Das heißt, Projekte müssen daher nach Möglichkeit das ganze Setting umfassen: Eltern, Kinder, pädagogisches und nichtpädagogisches Personal sollen gleichermaßen zur Gesundheitsförderung beitragen und sich aktiv einbringen (vgl. LVG-MV, 2011, o. S.). Der Bedarf an Prävention zeigt sich an einer Reihe von modernen Gesundheitsproblemen, insbesondere Zivilisationskrankheiten, wie Adipositas mit ihren Folgen, Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislaufkrankungen sowie Verletzungen und Tod durch Unfälle, Zahnkaries, Atemwegserkrankungen, Krankheiten des Skeletts und verschiedene Krebsformen. Dazu kommen Krankheiten des atopischen Formenkreises, angeborene Fehlbildungen, Verhaltensstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Depressionen und andere, für die eine Prävention grundsätzlich geeignet sind. Einige dieser Beispiele machen sich erst in höherem Alter bemerkbar, haben aber ihre Wurzeln durchaus im Kindesalter. Daher ist es möglich und geboten, die verbreiteten Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung strategisch anzugehen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und viele Länder, darunter auch Deutschland, haben dafür Schwerpunkte und Ziele entwickelt (vgl. Kurth, B.-M.; Bergmann, K. E.; Dippelhofer, A.; Hölling, H.; Kamptsiuris, P.; Thefeld, W., 2002, S. 857).

Einer der Schwerpunktbereiche hierbei ist das nationale Gesundheitsziel „Gesundes aufwachsen“ [sic!], auf das sich die Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik geeinigt haben. Infolge dessen sollen Kitas gesundheitsbewusstes Ernährungs- und

Bewegungsverhalten fördern, Schutzfaktoren stärken sowie Fähigkeiten zur Stressbewältigung vermitteln. Aufgrund der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (öffentliche Gesundheitsdienste, Schulen) besteht beispielsweise die Möglichkeit, die Impfraten bis zum 16. Lebensjahr weit über den Durchschnitt zu heben (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2007, S. 2 f.).

### **3.1.1 Pädagogische Orientierung der professionellen Akteure**

Der Anspruch an die Professionalität wird für pädagogische Fachkräfte immer lauter, denn die Voraussetzung für das Betreuen, Erziehen und Bilden von Kindern ist eine Auseinandersetzung mit den eigenen Gewohnheiten und Eigenschaften. Neben pädagogischem Fachwissen und Konzepten, wie von Montessori, Fröbel oder Freud, ist ein hohes Maß an Fachkompetenz und Qualifikation in der Professionalität und vor allem ein bewusst gestaltetes Persönlichkeitslernen des Erziehers vonnöten. Die Beziehung zwischen Erzieher und Kind muss so gestaltet sein, dass ein seelisch gesundes Fundament gelegt werden kann, basierend auf Körperkontakt, verständnisvoller Sprache, Präsenz und Akzeptanz (vgl. Greine, R.; Fehring, M., 2005, S. 10).

Erziehungsmaßnahmen sind erfolgreich, wenn sie nicht auf fremdbestimmte Disziplinierung abzielen, sondern sich an rollenförmigem Verhalten orientieren. Nach dem traditionellen sozialpädagogischen Auftrag werden Kinder an Ordnung herangeführt. Erzieher sind bemüht, Regel- und Normenverhalten zu vermitteln. Demnach sehen sich Erzieher im Sinne der Sozialintegration zwischen Familie und Gesellschaft in einer vermittelnden Funktion, die sich an den Bedürfnissen der Kinder und ihren Familien orientiert. A. Hemmerling bezeichnet die Betreuungs- und Versorgungsleistungen in Kitas als einen Widerspruch zwischen der Strukturanforderung der professionellen Bildungsarbeit und der familienähnlichen Beziehungsarbeit. Deutlich wird in diesem Zusammenhang die Anrede der Erzieher mit *Du* und *Vornamen*, dies entspricht strukturell der Beziehungsgestaltung von familiären Kinderbetreuungen. Die Abgrenzung erfolgt durch schulähnliche Prozesse im Lehr- und Lernaufbaus. Die zentrale Aufgabe der Erzieher ist die Unterstützung der individuellen

Entwicklung mit dem Ziel der Schulreife. Die inhaltlichen Bestimmungen der Träger fließen im Alltag in das Bildungs- und Erziehungsprogramm der Kita mit ein (vgl. Hemmerling, A., 2007, S. 238 f.).

Da die Kompetenzen, die eine Erzieherin aufweisen sollte, ein umfangreiches Feld bilden, ist das Erlernen eines pädagogischen Berufes erforderlich. Ebenso wichtig ist es, im Bereich der Erzieherinnenaus- und Weiterbildung an Fachschule und Weiterbildungseinrichtungen, den Anforderungen, die dieses Berufsfeld mit sich bringt, gerecht zu werden. Das in der Ausbildung erworbene Wissen reicht meist nicht mehr aus, sodass die Erzieher nicht umhinkommen, sich Zusatzqualifikationen anzueignen (vgl. Kindergartenexperte.de, 2008, o. S.).

### **3.1.2 Aufgaben und Handlungsfelder im Kindergarten**

Die derzeitige Aufgabe der Kita besteht nicht allein in der Förderung bildungsrelevanter Fähigkeiten und der Vorbereitung auf die Schule, vielmehr hat die Kita Anteil am Sozialisations- und Vergesellschaftungsprozess in der individuellen Entwicklung, die auch im Generationsverhältnis als eine Art „Kultur des Aufwachsens“ mitgestaltet wird. Chancengleichheiten zur Überwindung sozialer Differenzen werden angestrebt, situations- und lebensweltorientiertes Lernen sowie eigenverantwortliche Subjektbildung werden den Kindern ermöglicht. In Hinsicht auf das Bildungsverständnis findet subjektive Aneignung in pädagogisch intendierten Vermittlungssituationen in Kommunikations- und Handlungskontexten statt. Kindergärten müssen immer wieder auf gesellschaftliche Herausforderungen reagieren, denn sozial- und bildungspolitische Ansprüche werden artikuliert, die im Kindergarten umgesetzt werden sollen.

Bedingt durch das Gesundheitsverhalten der Eltern und den damit verbundenen Gesundheitszustand des Kindes müssen Präventionsbemühungen nicht nur beim Kind selber ansetzen, sondern es sind auch dessen Eltern mit einzubeziehen. Ein wichtiges Handlungsfeld ist die Erschließung und Vernetzung des sozialen Umfelds durch Kooperation mit wichtigen Partnern wie zum Beispiel Gesundheitsamt, Therapeuten und Jugendhilfe (vgl. Hemmerling, A., 2007, S. 25 f.).

### **3.2 Qualitätssicherung von gesundheitsfördernden Interventionen im Kindergarten**

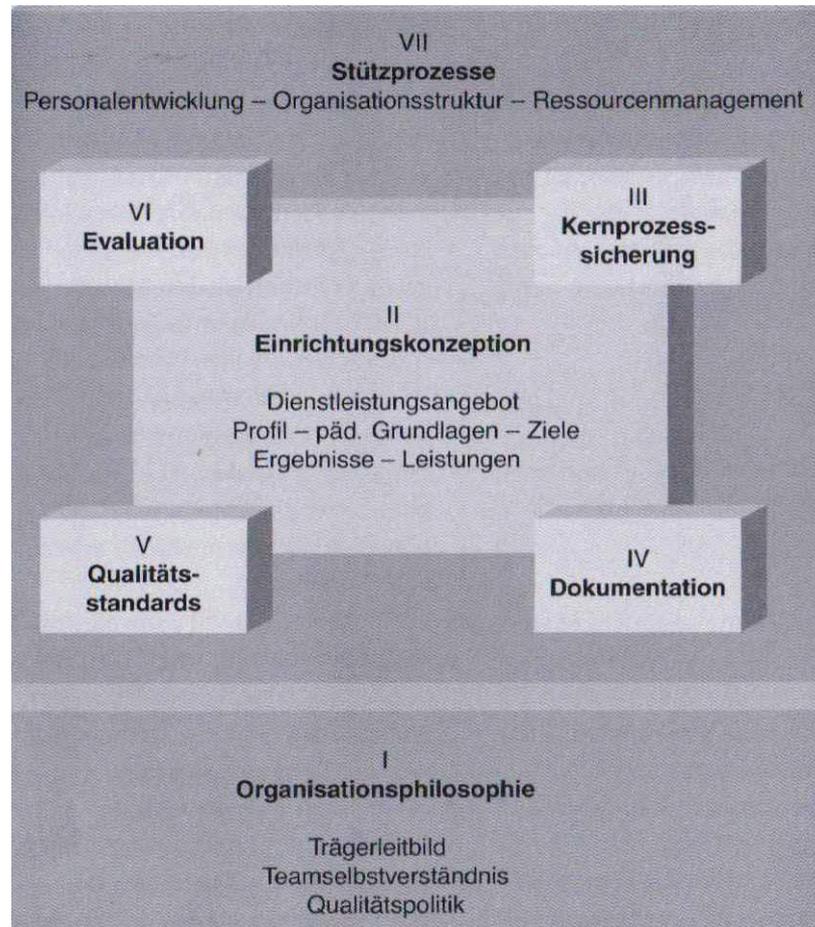
Ein unverzichtbares Element in der Unternehmensstrategie ist die Qualitätspolitik. Dabei geht es nicht allein um Merkmale, wie die Kundenzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit oder Servicebereitschaft, sondern auch um die Selbstverpflichtung der Einrichtung, Qualitätsziele messbar zu machen und diese regelmäßig zu überprüfen und zu überwachen.

Um Kunden zu gewinnen, das heißt, die Entscheidung der Eltern für eine bestimmte Einrichtung zu beeinflussen, ist die Qualität ein hohes Kriterium. Eine Kita sollte sich nach außen hin als sehr gute und vertrauenswürdige Einrichtung präsentieren. Dabei sind sie auf externe Gutachter angewiesen wie zum Beispiel eine gute Beurteilung der Eltern oder der lokalen Öffentlichkeit, die von der Qualität überzeugt sind. Solche Einschätzungen sind dennoch oftmals unzuverlässig. Langfristig müssen sich Kommunen, Landkreise und Kitas die Qualität entweder in Form eines wissenschaftlich gesicherten Qualitätsmessverfahrens, Gütesiegels oder eine fachlichen Akkreditierung bescheinigen lassen. Ein wichtiges Messverfahren in Kitas ist vor allem die Kindergarten-Einschätz-Skala (KES-R). Hierbei wird mittels 37 unterschiedlichen Perspektiven (Items) die pädagogische Prozessqualität bewertet. Ein weiteres Messverfahren sind die „Dimensionen und Indikatoren von Qualität“ des Kronberger Kreises für Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen aus dem Jahr 1998, wobei es sich hierbei um kein standardisiertes Bewertungsverfahren handelt. Die Art der Qualitätsprüfung dient zur Bewertung von Teilaspekten oder der Gesamtqualität der jeweiligen Einrichtung, um den daraus resultierenden Veränderungsbedarf abzuleiten. Gütesiegel hingegen basieren auf vorgegebenen, meist weitgehend objektivierten Standards, die von der Einrichtung nachzuweisen sind. Sie beziehen sich vorwiegend auf die Gesundheit und Nachhaltigkeit aber auch die Gesamtqualität. Zu den wichtigen Gütesiegeln zählen Zertifizierungen durch Qualitätsmanagementsysteme wie zum Beispiel die ISO 9000:2000 der EFQM (European Foundation for Quality Management). Bei diesen beiden Zertifizierungen muss darauf geachtet werden, dass im Verfahren den komplexen Anforderungen pädagogischer Prozesse Rechnung getragen wird. Für katholische Kindergärten entwickelte der Bundesverband katholische

Kindertagesstätten ein internes „KTK-Gütesiegel“. Ein ähnliches Siegel gibt es von der Trägerschaft des Deutschen Kinderschutzbundes (DKSB) mit dem Namen „blaue Elefanten“. Hier besteht die Gefahr, dass die Gütekriterien nicht ausreichend valide sind. Bei Akkreditierungsverfahren geht es darum, die inhaltliche und organisationale Qualität von Kita-Angeboten zu gewährleisten, die in Hinsicht auf ihr pädagogisches Konzept, die Ziele, Dienstleistungsangebote und Ausstattung von Experten überprüft werden. Der Vorteil ist hier, dass Gutachtern die Freiheit gelassen wird, das Vorhandene auf der Grundlage ihres Expertenwissens selbst einzuschätzen und zu bewerten und sie nicht mit engen objektiven Maßstäben an die Einrichtung herantreten (vgl. Erath, P.; Sandner, E., 2007, S. 40 ff. ).

Möchte eine Einrichtung sämtliche Anforderungen im Bereich der Führungs- und Managementaufgaben verwirklichen, so ist sie gezwungen, alle Erkenntnisse und Ergebnisse in einem umfangreichen Qualitätsmanagementsystem auf der Basis eines Qualitätshandbuchs darzulegen. Es bezieht alle Dimensionen, die die Qualität einer Unternehmung und eines Produktes beeinflussen können, mit ein.

In der folgenden Darstellung sind die Dimensionen eines QMS ersichtlich.



**Abbildung 4: Dimensionen eines QMS**

(Quelle: Erath, P.; Sandner, E., 2007, S. 123)

### 3.3 AUDIT „Gesunde Kita“

Qualitätsentwicklung und -sicherung wird heute auch in deutschen Kindertageseinrichtungen auf die Tagesordnung gesetzt. Um diesem aktuellen Thema Rechnung zu tragen, hat die LVG Ende 2008 mit dem Auditierungsverfahren „Gesunde Kita“ in unserem Land begonnen. Das Verfahren wurde von der LVG Sachsen-Anhalt übernommen und basiert auf ersten Erfahrungen des AUDITS „Gesunde Schule“ (vgl. LVG-MV, 2011, o. S.).

Bei dem AUDIT handelt es sich um eine Bestandsaufnahme der geleisteten Arbeit in den Kitas, um die Betrachtungsweisen aller Erzieher, aller nicht pädagogischen

Mitarbeiter, aller Kinder und deren Eltern zusammenzuführen (vgl. LVG-MV, 2011, o. S.).

Verfolgt werden die Ziele:

- „Verbesserung der internen und externen Kommunikation über Gesundheit und Gesundheitsförderung im Zusammenhang mit Betreuung, Bildung und Qualität in der Kindertagesstätte
- Qualitätssicherung und Aufbau von Qualitätsmanagementsystemen in der Kindertagesstätte
- Förderung einer gesunden Entwicklung der Kindertagesstätte und der Netzworkebildung
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und Gesundheitszustandes der Akteure in der Kindertagesstätte
- Verbreitung der Idee Gesundheitsförderung in der Kindertagesstätte“  
(zit. LVG-MV, 2011, o. S.)



**Abbildung 5: Ablauf der Zertifizierung**

(Quelle: LVG-MV, 2011, o. S.)

Der Qualitätsbeauftragte der jeweiligen Kindertageseinrichtung führt zunächst eine eigene Bewertung anhand von bestimmten Kriterien, die in sieben Kategorien strukturiert sind, durch. In einem Qualitätsbericht werden anschließend die Resultate zusammengefasst und von ausgebildeten Auditoren fremd bewertet. Im kollegialen Dialog der Kita wird das Ergebnis ihrer Prüfung anschließend mitgeteilt. Die Auditierung ist kostenpflichtig. Viele Institutionen wie Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Caterer oder andere Sponsoren übernehmen in einigen Fällen die Finanzierung (vgl. LVG-MV, 2011, o. S.).

## **4 Forschungsvorhaben**

### **4.1 Zielsetzung und Vorgehen der Erhebung**

Bei der Bestandsaufnahme besteht das Interesse an der Integration von Ansätzen der Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag. Berücksichtigt werden auch die Bedürfnisse der Kita-Mitarbeiter sowie wahrgenommene Gesundheitsprobleme und der gewünschte Bedarf, um die genannten Probleme zu reduzieren. Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme dienen damit einerseits als Grundlage für die Beurteilung der aktuellen Qualität und andererseits als Ausgangspunkt für die Entwicklung und Etablierung weiterer gesundheitsfördernder Maßnahmen.

Zur Realisierung der formulierten Zielsetzung dient folgende Vorgehensweise:

Zunächst wurden die vorhandenen Fragebögen zur Gesundheit in Kindergärten herangezogen, um einen Eindruck und ein Verständnis für den Themenbereich zu erlangen. Der Inhalt wurde verglichen und entscheidende Items herausgezogen. Nach einer ausführlichen Literaturrecherche erfolgten die Auseinandersetzung und die Operationalisierung der einzelnen Schwerpunktthemen:

- Zahn- und Mundgesundheit
- Ernährung
- Bewegung

- Sprachförderung
- Psychische und soziale Kompetenzen der Kinder

Zusätzlich wurde eine Auswahl der relevanten Aspekte des zu untersuchenden Sachverhalts getroffen. Der entwickelte Fragebogen wurde einem Pretest in einigen Kitas außerhalb von Berlin Mitte unterzogen und sollte bezüglich der Indikatoren Verständlichkeit, Vollständigkeit und Dauer überprüft werden. Anhand umfangreicher Modifikationen erfolgte ein zweiter Pretest. Nach einer entsprechenden Expertenkonsultation zur Validierung des Fragebogens fand die Haupterhebung von Mai bis Juni 2010 statt.

## 4.2 Forschungsfragen und Hypothesen

In Berlin existieren derzeit kaum vergleichbare Bestandsaufnahmen zu gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Kindertageseinrichtungen. Lediglich der Regionale Knoten Berlin führte 2008 ein Auditierungsverfahren „Gesunde Kita“ durch, an dem jedoch nur vier Kitas aus Berlin teilnahmen. Das Audit diente der Qualitätssicherung im Bereich Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund ergab sich das Forschungsinteresse dieser Arbeit: **Wie gesundheitsförderlich sind Berliner Kitas?** Anhand dieser Frage wurden weitere konkrete Forschungsfragen und Hypothesen (H) entwickelt und sollen mithilfe der Erhebung geklärt werden. Ausgewählt wurden folgende Forschungsfragen:

- Sind übergewichtige Kinder ein Problem in den Kitas?
- Gibt es Aktivitäten zu den Themenbereichen Ernährung und Bewegung?
- Bestehen Unterschiede bei der Gewichtung dieser gesundheitsfördernden Themenbereiche?
- Welche Hindernisse bestehen in den Kitas, Bedürfnisse und Wünsche umzusetzen?

Ausgewählt wurden folgende Hypothesen:

- H1: Je geringer die Zusammenarbeit mit den Eltern, desto höher die gesundheitlichen Belastungen / Probleme der Kinder in Bezug auf Übergewicht.
- H2: Je weniger gesundheitliche Aktivitäten/Programme in der Kita durchgeführt werden, desto höher sind die verschiedenen gesundheitlichen Belastungen/ Probleme der Kinder.
- H3: Die Ernährung der Kinder nach DGE-Richtlinien (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) in den Kitas hat eine positive Wirkung auf den Gesundheitszustand der Kinder.
- H4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Erzieher und der Anzahl der Beteiligung bzw. dem Interesse an gesundheitsfördernden Programmen, beziehungsweise je höher die Qualifikation der Erzieher in einer Kita, umso mehr Interesse besteht an gesundheitsförderlichen Programmen.

## **5 Methodik**

Die Methode beruht auf einem standardisierten Fragebogen, der im Folgenden vorgestellt wird. Anschließend werden Ablauf und Durchführung der Erhebung erläutert und die Forschungsprozesse: Design, Stichprobe sowie das Kodierungsverfahren im Einzelnen beschrieben.

### **5.1 Eingesetztes Instrument: Fragebogen**

Das Erhebungsinstrument basiert auf den Berliner Gesundheitszielen und besteht aus der Recherche von methodischen Erfahrungen, die eine landesweite Versorgungsanalyse der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas erbracht hatte.

### 5.1.1 Planung und Entwicklung

Aus Gründen der Akzeptanz und Praktikabilität (Länge und Verständlichkeit) musste das Erhebungsinstrument auf ausgesuchte Aspekte beschränkt werden. Der Fragebogen musste dafür folgende Gestaltungsprinzipien erfüllen:

1. Zentrale Einrichtungsmerkmale zur Beschreibung der Rahmenbedingungen (Personal- und Kinderanzahl usw.)
2. Gesundheitsbelastungen für Kinder, die Hauptzielgruppe der Befragung sind, aber auch gesundheitliche Belastungen der Beschäftigten werden ermittelt
3. Verständliche Formulierung der Fragestellungen und möglichst geringer Aufwand bei der Beantwortung (ca. 20 Minuten) für die Kita-Leitungen
4. Ehemalige, laufende und geplante Projekte zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten kenntlich werden (bestehende Themen, Aktivitäten, Ziele und Methoden)
5. Abfrage des Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarfs als Hinweis auf die Optimierung von Aus- und Fortbildungen
6. Angaben zur Zusammenarbeit mit den Eltern sowie zu Strukturmängeln und zum Unterstützungsbedarf
7. Die Items folgten einer logischen Anordnung  
(vgl. Kliche T.; Gesell, S.; Nyenhuis, N.; Bodansky, A.; Deu, A.; Linde, K.; et al., 2008, S.42 f.)

Der Fragebogen der vorliegenden Untersuchung orientiert sich an einem Fragebogen von Ceglarek et al. (2006) in Brandenburg und einem Fragebogen, der von der Bertelsmann Stiftung entwickelt wurde mit dem Schwerpunkt Elternarbeit. Ebenfalls informativ war ein Fragebogen aus dem Berliner Bezirk Pankow, der ausschließlich auf bewegungsfördernde Aktivitäten ausgerichtet war.

Evidenzorientierte Instrumente zur Gesundheitsförderung von Fachnetzwerken wurden verglichen und modifiziert. Bei Ähnlichkeit wurden die aufgeführten Dimensionen aufgenommen und eigene Items sowie Formulierungen zusammengestellt. Die Priorität

folgte den Einschätzungen der Experten und Fachkräfte der Kitas sowie dem Aufwand der Operationalisierung (vgl. Kliche, T.; Gesell, S.; Nyenhuis, N.; Bodansky, A.; Deu, A.; Linde, K., et al., 2008, S. 43).

### **5.1.2 Aufbau des Fragebogens**

Der Fragebogen umfasst insgesamt acht Seiten mit 124 Items und beginnt mit einer kurzen Einführung, der sich fünf unterschiedliche Komplexe anschließen. Der Bogen besteht vorwiegend aus geschlossenen Fragen, um die Äußerungen vergleichbar zu machen. Den Kitas wird zusätzlich durch offene Fragen die Möglichkeit gegeben, eigene Inhalte zu ergänzen und so das individuelle Profil der Kita darzulegen. Der erste Komplex „Angaben zur Kita“ erfasst die strukturellen Bedingungen, z. B. Anzahl Kinder/Erzieher, Essensversorgung und Räume/Flächen für besondere Angebote. Im nächsten Fragebogenkomplex wurden, mit Rücksicht auf den Umfang des Fragebogens, die fünf Themen Zahn- und Mundgesundheit, Ernährung, Bewegung, Sprachförderung und psychosoziale Gesundheit ausgewählt. Als Grundlage für diese Auswahl sowie für die Formulierung der Aktivitäten, dienten die Gesundheitsziele von Berlin Mitte, die am 29.06.2010 beschlossen worden sind.<sup>4</sup> Drei Themenbereiche wurden im Vergleich zu anderen Fragebögen um mehrere Items erweitert, um zusätzlich wesentliche Aktivitäten der Gesundheitsbereiche zu erfassen. Zum besseren Verständnis wurden einzelne Items näher erläutert. Die jeweiligen Aktivitäten der Themenbereiche sollten von den Kita-Mitarbeitern danach bewertet werden, wie oft diese in der Kita praktiziert werden. Zusätzlich erhielten die Kitas pro Themenbereich die Chance, eine weitere Aktivität selbstständig zu formulieren. Da die von uns aufgelisteten Programme zu gesundheitlichen Aktivitäten nur eine Auswahl darstellen, wurden den Kitas zwei weitere offene Felder zur Ergänzung eigener Schwerpunkte angeboten. Im vierten Fragebogenkomplex wurden die Zusammenarbeit mit den Eltern und die Häufigkeit des Zusammentreffens erfragt. Der letzte allgemeine Komplex widmet sich dem Umgang mit Entwicklungsauffälligkeiten sowie den Wünschen und Bedürfnissen. Die meisten

---

<sup>4</sup> Bezirksamt Mitte von Berlin, Abt. Gesundheit und Personal, Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination, Reinickendorfer Str. 60b, 13347 Berlin

Fragen wurden im Vergleich zu den Erhebungen von Ceglarek et al. und dem Fragebogen der Bertelsmann Stiftung komplett überarbeitet und modifiziert, um die Angemessenheit an den Tätigkeitsbereich der Kita-Mitarbeiter stärker zu betonen und diesen nicht auf eine Stufe mit medizinischen Fachkräften zu stellen. Zusätzlich wurde der Bogen mit drei offenen Feldern in Bezug auf Strategien, Verbesserungsmöglichkeiten und weitere Anmerkungen versehen. Der Fragebogen umfasste acht Seiten und besteht aus 18 Fragen mit 124 Items, die zumeist ordinal und nominal skaliert sind.

### **5.1.3 Gütekriterien – Objektivität, Reliabilität und Validität**

Für die Durchführung von empirischen Studien gibt es drei Hauptkriterien, auf welche hier kurz eingegangen werden soll.

#### Objektivität

„Objektiv nennt man ein Verfahren, mit dem das zu ermittelnde Merkmal eindeutig festgestellt wird, bei dem also die Ergebnisse vollkommen von der Person des Auswerters unabhängig sind.“ (zit. Clauss, G.; Ebner, H., 1967, S. 29)

Die Objektivität des Fragebogens wurde eingehalten, da für alle Beteiligten dieselben Bedingungen galten. Der Fragebogen wurde unter standardisierten Bedingungen durchgeführt und eindeutige Klassifizierungsanweisungen waren gegeben.

#### Reliabilität (Zuverlässigkeit)

„Zuverlässig ist ein diagnostisches Verfahren, wenn es das zu ermittelnde Persönlichkeitsmerkmal exakt erfasst, also bei wiederholter Anwendung in geringem zeitlichem Abstand zum identischen Resultat führt.“ (zit. Clauss, G.; Ebner, H., 1967, S. 31)

Die Reliabilität der Befragung ist nur bedingt gewährleistet, da aus Zeit- und Kostengründen alle Kitas nur einmal befragt wurden. Dementsprechend kann nicht bestätigt werden, dass die Befragung die Voraussetzung der Reliabilität erfüllt.

### Validität (Gültigkeit)

„Während die Zuverlässigkeit die Eignung eines Verfahrens – unabhängig davon, was gemessen wird – als Messwerkzeug bestimmt, gibt die Validität an, in welchem Grade ein Verfahren wirklich das misst, was es messen soll.“ (zit. Clauss, G.; Ebner, H., 1967, S. 32)

Zur Validierung des Gesamtinstruments wurden Fachkräfte, Experten und Zuständigkeitsbeauftragte aus der Senatsverwaltung, aus dem Berliner Kita-Institut, von der Jugendhilfeplanung, dem Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg und die Meinung des Datenschutzbeauftragten einbezogen. Mit diesen Gruppen erfolgten mehrere Probedurchgänge. Im Zeitraum vom 19. bis zum 30. April 2010 fanden die Pretests in Kitas außerhalb von Berlin Mitte statt. In diesem Rahmen erfolgte ein direkter Feldzugang. Nach terminlicher Absprache mit den Leitern der jeweiligen Kita wurden die Befragungen vor Ort durchgeführt. Nach dem fünften Pretest stellte sich heraus, dass die Beantwortung des Fragebogens ca. 25 Minuten in Anspruch nahm und dieser noch einzelne Schwächen bezüglich der Verständlichkeit aufwies, die jedoch schnell behoben werden konnten.

## **5.2 Ablauf und Durchführung der Erhebung**

Die Durchführung der Erhebung lief in Form einer schriftlichen Befragung mittels Fragebogen ab (siehe Anhang). Dieser Fragebogen wurde zusammen mit einem Anschreiben und einem Rückumschlag an alle Berliner Kitas des Bezirkes Mitte am 07.05.2010 gesendet. Im Anschreiben wurden die Kitas über Sinn und Zweck der Studie informiert und als Experten persönlich bezüglich unseres Forschungsvorhabens unter Zusicherung von Anonymität und Vertraulichkeit der Datenhaltung und Ergebnisgestaltung befragt und gebeten, den Fragebogen auszufüllen und bis zum 28.05.2010 an das Bezirksamt Mitte, Abteilung QPK, zurückzusenden. Die Datenerhebung fand in Berlin Mitte von Mai bis Juni 2010 statt. Im Anschluss daran erfolgten im Juni 2010 telefonische Kurzinterviews zur Klärung der Motive für die Nichtbeteiligung. Die Interviews dienten zusätzlichen Informationen über das Feld. Der

Zeitraum der Erhebung wurde gewählt, da dieser sich nicht mit den Winter- oder Sommerferien überlagerte und somit keine der befragten Kitas geschlossen oder schwer zu erreichen war. Alle 218 Kitas erhielten die Fragebögen auf dem postalischen Weg. Um den Kitas die Rücksendung zu vereinfachen, wurde der Rückumschlag mit der Empfängeradresse sowie mit dem Hinweis „Porto zahlt Empfänger“ bedruckt. Zur Erhöhung des Rücklaufs wurden im Zeitraum vom 31.05. bis 11.06.2010 insgesamt 115 Kitas telefonisch kontaktiert, um eventuelle Fragen zu klären und Zweifel auszuräumen sowie um die Beantwortung und Rücksendung des Fragebogens zu bitten. Außerdem erfolgte eine Benachrichtigung per E-Mail aller Träger der Kitas im Bezirk zu unserem Vorhaben. Während der Befragung hatten viele Kita-Leitungen Angst vor einer Weitergabe ihrer Auskünfte oder auch nur der Information ihrer Beteiligung an der Befragung an ihre Träger. Sie gaben bei telefonischen Nachfragen konkrete Befürchtungen hinsichtlich arbeitsrechtlicher Sanktionen bis zu Kündigungen an. Einige Berliner Träger forderten die Kita-Leitungen ihres Verbandes nach Bekanntwerden der Studie auf, alle Bögen umgehend an den Träger zuzusenden und untersagten, ohne Mitteilung der Gründe, die Beteiligung an der Studie.

### **5.3 Studiendesign**

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde das Ex-post-facto-Verfahren verwendet und die Ergebnisse als Querschnittsuntersuchung angelegt. Für diese Bachelorarbeit kann nur eine Momentaufnahme der gesundheitlichen Situation der Kinder und Mitarbeiter einiger Kitas aus Berlin Mitte dargestellt werden. Ein Follow-up, eine Längsschnittstudie oder weitere Querschnittserhebungen wären ebenfalls von Interesse, um weiterhin Daten über strukturelle und personelle Ressourcen und Defizite sowie die gesundheitliche Situation und Bedürfnisse der Kinder und Kita-Mitarbeiter zu erhalten. Nur durch ständige Bestandsaufnahmen können qualitativ gute und angemessene gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindertageseinrichtungen angeboten und getroffen werden (vgl. Fahrmeir; Künstler; Pgeot; Tutz; 2004, S. 28).

## **5.4 Expertenkonsultation**

Die Verständlichkeit und Vollständigkeit des Fragebogens wurde durch Expertengespräche sichergestellt. Das Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) in Berlin, die Plan- und Leitstelle für Gesundheit in Friedrichshain-Kreuzberg, ein Datenschutzbeauftragter und das Jugendamt (Jugendhilfeplanung) kontrollierten, kritisierten und verbesserten den Aufbau, Inhalt und Umfang des Fragebogens. Weiterhin waren die Einschätzungen der Kontakt- und Begegnungsstätte „Laufmasche“ und des Kita-Trägers „Orte für Kinder“ von Bedeutung. Mithilfe ihrer Spezialkenntnisse und Beratung wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet. Ferner sollten die Experten sich zu vorhandenen Daten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas äußern, den zukünftigen Untersuchungs- und Forschungsbedarf definieren und versuchen, Ratschläge für das Forschungsvorhaben zu geben. Insofern entsprachen Mitte April der vorgegebene Inhalt und die Fragestellungen den Vorstellungen der Experten.

## **5.5 Stichprobenbeschreibung**

Es wurde eine Vollerhebung aller Berliner Kitas aus dem Stadtteil Mitte durchgeführt. Die Kitas wurden aus einem vollständigen elektronischen Kita-Verzeichnis der QPK-Stelle des Bezirkes entnommen. Von insgesamt 218 Kitas aus dem Bezirk haben 105 den Fragebogen ausgefüllt und zurückgeschickt. Sechs Umschläge kamen, wahrscheinlich aufgrund einer falschen Adresse, ungeöffnet zurück. Dies entspricht einem Rücklauf von 48 %. Somit konnten durch die Erhebung knapp die Hälfte der Kitas in Berlin Mitte und damit indirekt 6.113 Kinder erfasst werden.

## **5.6 Grundsätze zur Datenauswertung**

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte mit der statistischen Software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Version 15.0. Grundsätzlich wurden alle

Angaben vertraulich behandelt und anonym dargestellt. Während die geschlossenen Fragenformate hauptsächlich quantitative Aussagen über Häufigkeitsverteilungen liefern und einen direkten Vergleich ermöglichen, sollen durch offene Fragen qualitative Spezifika der Einrichtungen herausgestellt werden. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich in der Datenauswertung auf die geschlossenen Fragenformate und spezialisiert sich auf die quantitativen Aussagen der einzelnen Bereiche und Themen. Zur Veranschaulichung der Häufigkeitsverteilung der einzelnen gesundheitsbezogenen Themenfelder wurden überwiegend Balkendiagramme verwendet.

### 5.6.1 Plausibilität

Vor der quantitativen Auswertung wurden alle Daten überprüft und bereinigt. Alle Werte, die sich außerhalb des gültigen Wertebereichs befanden, wurden als fehlende Werte definiert und gingen nicht mit in die Analyse ein.

### 5.6.2 Umkodierung von kategorialen Variablen

Für die quantitative Auswertung wurden einige Merkmale des Fragebogens umkodiert. Aus den „Zusatzqualifikationen der Erzieher“ (Fragestellung 3 im Fragebogen) wurden neue dichotome abgeleitete Variablen gebildet. Diese enthalten die Information, ob die jeweilige Zusatzqualifikation in der Kita vorhanden ist.

Bei der Abfrage der „Aktivitäten zu den Themengebieten“ (Fragestellung 11 im Fragebogen) wurde die folgende Umkodierung durchgeführt:

**Tabelle 1: Umkodierung der Aktivitäten zu den Themengebieten**

<b>Alte Kodierung</b>	täglich	?? x pro Woche	?? x pro Monat	?? x pro Jahr	gar nicht
<b>Neue Kodierung</b>	täglich	mehrmals wöchentlich	mehrmals monatlich	mehrmals jährlich	gar nicht

Für die Überprüfung der Hypothesen und Forschungsfragen wurden bei den abgefragten „Gesundheitsproblemen der Kinder“ folgende Zusammenfassungen vorgenommen:

**Tabelle 2: Umkodierung zu den Gesundheitsproblemen der Kinder und Erzieher**

<b>Alte Kodierung</b>	großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
<b>Neue Kodierung</b>	Problem		kein Problem		weiß nicht

### 5.6.3 Beurteilung der Signifikanz

Für alle durchgeführten statistischen Testverfahren wurde ein einheitliches Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt. Das heißt, die jeweilige Testhypothese muss verworfen werden, wenn der berechnete P-Wert kleiner gleich 0,05 ist. Analog wird die Testhypothese beibehalten, wenn p größer 0,05 ist.

## 6 Darstellung der Ergebnisse

Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung sollen in diesem Kapitel im Rahmen der Fragestellung betrachtet werden, wie sie zu bewerten sind und welcher Handlungsbedarf sich daraus ableiten lässt. Dies wird in den nachfolgenden Abschnitten zunächst für die strukturellen Merkmale der Kitas erfasst. Anschließend werden die Ergebnisse zu der Gesundheitsproblematik der Kinder und der Erzieher betrachtet. Der nächste wichtige Bereich sind die Befunde zur Beteiligung und zum Interesse an Programmen zur Gesundheitsförderung, gefolgt von den wahrgenommenen Aktivitäten zu den Bereichen Ernährung und Bewegung in den Kitas. Zum Schluss werden der Unterstützungsbedarf und die Zusammenarbeit mit den Eltern dargestellt. Die Auswertung der Forschungsfragen und Hypothesen wird anhand des Fragebogens überprüft und bewiesen bzw. widerlegt.

## 6.1 Strukturelle Angaben zu den Kitas

### 6.1.1 Anzahl und Fremdsprachigkeit der Kinder

Hier dargestellt sind in den folgenden zwei Abbildungen die Kinderanzahl in den Kitas von Berlin Mitte und der Anteil der Kinder, in deren Familie nicht überwiegend Deutsch gesprochen wird.

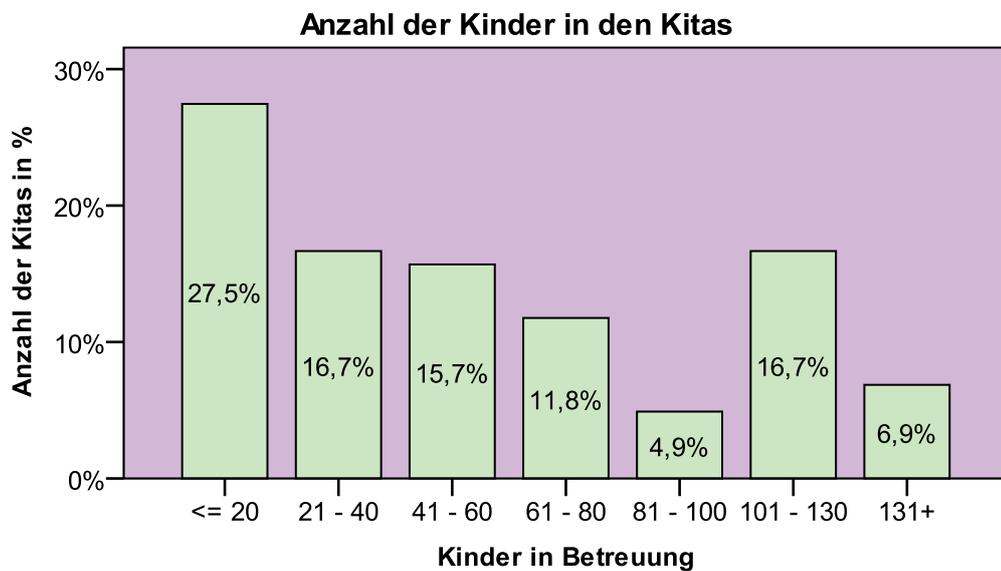


Abbildung 6: Kategorisierte Kinderanzahl der Einrichtungen (n=102)(Tabelle A.1)

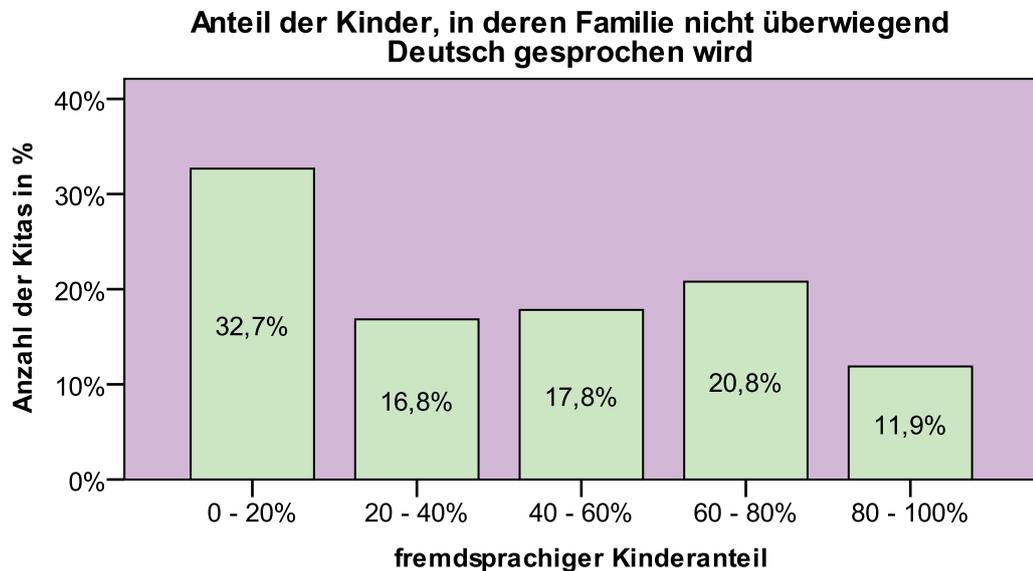
(Quelle: Klaube, 2011)

Von den befragten 105 Kitas gaben 102 Kitas Auskunft über die Anzahl der betreuten Kinder. Für eine übersichtlichere Darstellung wurden Kategorien gebildet, die in Abbildung 6 zu sehen sind. Die Angaben schwanken dabei zwischen 6 und 193 Kindern. Von den 102 Kitas gaben dabei 27,5 % an, dass maximal 20 Kinder in Betreuung sind. In 23,6 % der Kitas gehen zwischen 101 und 193 Kinder. Weiterführende Informationen sind in der Tabelle A.1 im Anhang zu finden.

Der Bezirk Mitte ist in seiner Konstellation ein besonderer Bezirk. Seit der Bezirksfusion 2001 ist der ehemalige Ostberliner Bezirk Mitte mit zwei Westberliner Bezirken (Tiergarten und Wedding) zu einem Bezirk zusammengelegt worden. Er

besteht aus einer Bandbreite unterschiedlichster Lebenslagen. In Mitte leben die meisten Menschen mit Migrationshintergrund mit einem Anteil von 45%, dabei hat das Gebiet Wedding/Gesundbrunnen den höchsten Anteil zu verzeichnen, gefolgt von Tiergarten / Hansaviertel / Moabit. Im Vergleich zu Gesamt-Berlin weist Mitte sehr hohe Anteile an sozial benachteiligten Menschen auf (vgl. Butler, J., 2011, S.21).

Der Bezirk nimmt eine Fläche von 3 947 Hektar ein und liegt zentral, wie es der Name schon hergibt. Mit 322 265 Einwohnern zählt Mitte zu den drei größten Berliner Bezirken von insgesamt 23 Stadtbezirken (vgl. Bezirksamt Mitte von Berlin 2005, o. S.).



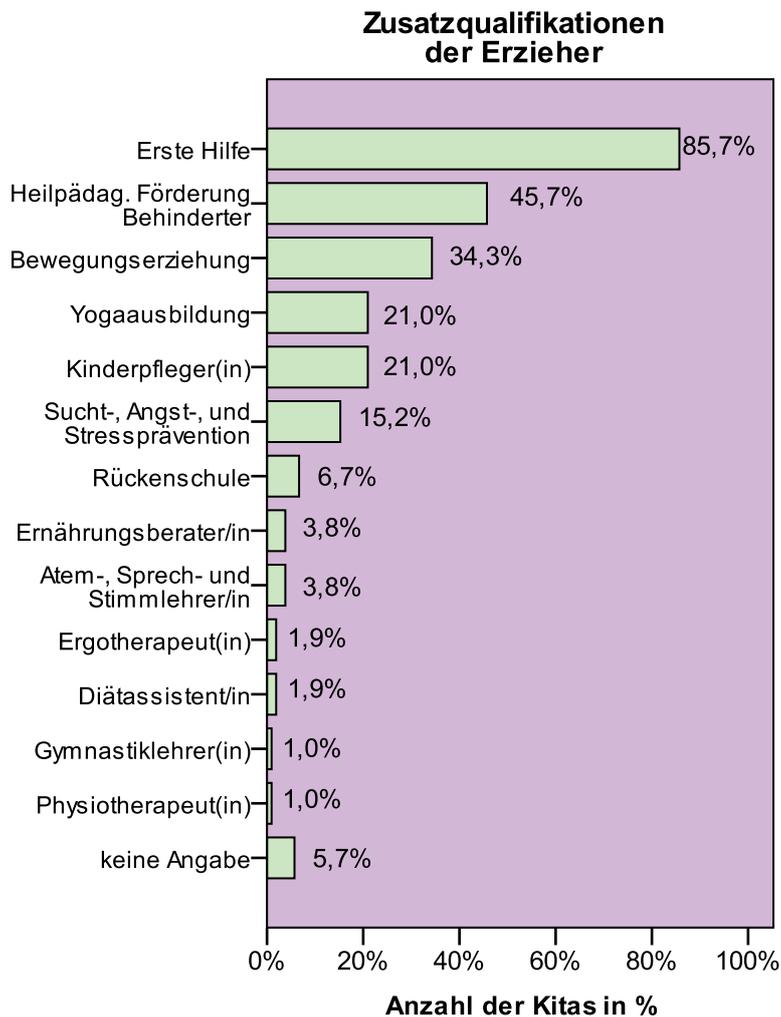
**Abbildung 7: Fremdsprachiger Kinderanteil (n=101)(Tabelle A.2)**

(Quelle: Klaube, 2011)

Die Kita-Leiter sollten angeben, wie hoch der Anteil der Kinder ist, in deren Familien nicht überwiegend Deutsch gesprochen wird. Hierbei gaben 101 Kitas Auskunft. Abbildung 7 zeigt, dass in knapp einem Drittel der Einrichtungen der Anteil an fremdsprachigen Kindern maximal 20 % betrug. Ein weiteres Drittel (20,8 % + 11,9 %) benannte den Anteil der fremdsprachigen Kinder mit mindestens 60 %. Weiterführende Informationen sind in der Tabelle A.2 im Anhang zu finden.

### 6.1.2 Zusatzqualifikationen der Erzieher

Hier soll kurz auf die Qualifikation der Erzieher eingegangen werden. Dies ist insbesondere deshalb interessant, da später überprüft werden soll, ob die Qualifikation der Erzieher mit einer verstärkten Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen zusammenhängt.



**Abbildung 8: Zusatzqualifikationen (n=105)(Tabelle A.3)**

(Quelle: Klaube, 2011)

Die am häufigsten genannten Zusatzqualifikationen in den Kitas waren mit 85,7 % „Erste Hilfe“, mit 45,7 % „Heilpädagogische Förderung Behinderter“ und mit 34,3 %

Bewegungserziehung. Eine Ausbildung in Yoga und zur Kinderpflege war als Zusatzqualifikation in jeweils 21 % der Kitas vorhanden. Lediglich 5,7 % der 105 Kitas hatten sich zu keiner Zusatzausbildung geäußert. Weiterführende Informationen sind in der Tabelle A.3 im Anhang zu finden.

### 6.1.3 Verpflegungssituation

Bei dem Verpflegungsangebot war von Interesse, ob die Zubereitung der Speisen nach den Richtlinien der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) erfolgt.

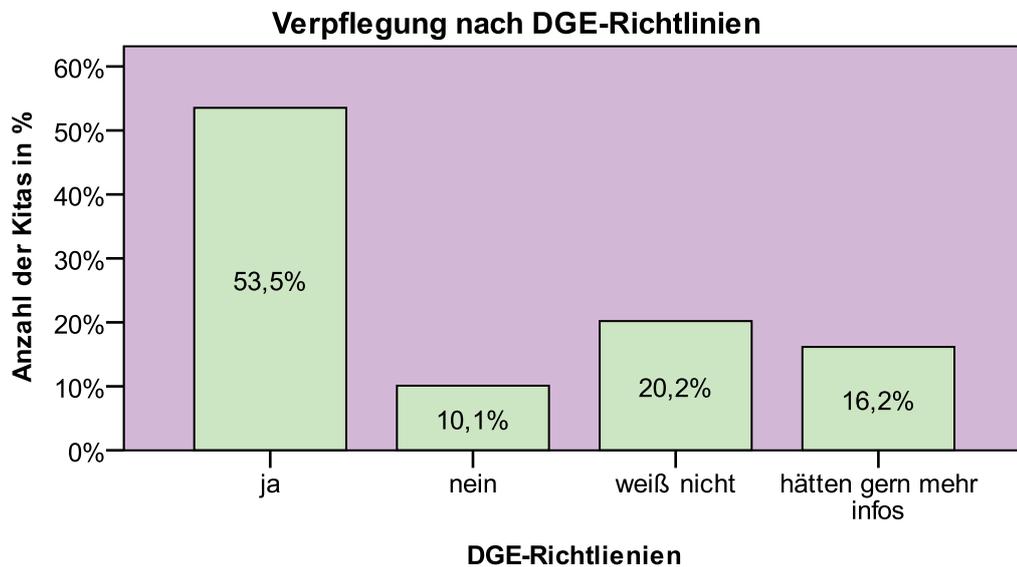


Abbildung 9: Verpflegung nach DGE-Richtlinien (n=99)(Tabelle A.4)

(Quelle: Klaube, 2011)

Mehr als die Hälfte der Kitas (53,5 %) richteten die Mahlzeiten nach den Regeln der DGE an und nur 10,1 % antworteten mit einem Nein. 20,2 % waren über die Zubereitung ihrer Mahlzeiten im Unklaren, aber 16,2 % forderten mehr Informationen über die Richtlinien der Verpflegung nach DGE an. Weiterführende Informationen sind in der Tabelle A.4 im Anhang zu finden.

### 6.1.4 Bewegungsangebot

Der Themenbereich Bewegung hat im Alltag und bei der Arbeit der Kitas einen hohen Stellenwert und bilden einen Schwerpunkt dieser Arbeit. Demnach ist entscheidend inwieweit die Kitas Bewegungsmöglichkeiten bieten.

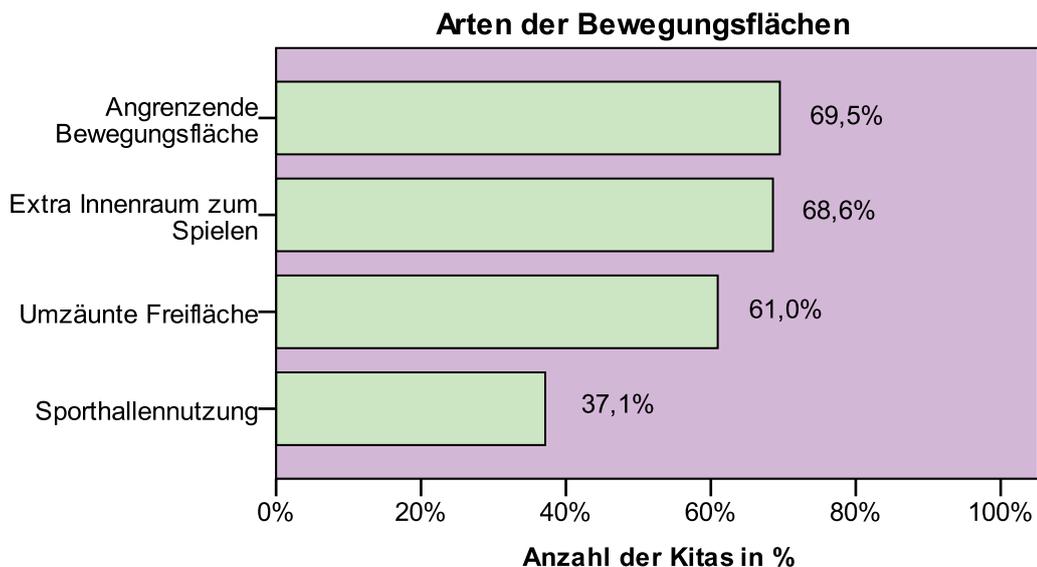


Abbildung 10: Arten der Bewegungsflächen (n=105)(Tabelle A.6)

(Quelle: Klaube, 2011)

Bei der Befragung gaben 69,5 % der Kitas an, eine angrenzende Bewegungsfläche an ihre Kita zur haben und knapp ein Prozent weniger (68,6 %) besitzen einen separaten Innenraum als Bewegungsfläche. Eine umzäunte Freifläche haben 61 % zur Verfügung und lediglich 37,1 % haben die Möglichkeit eine naheliegende Sporthalle zu nutzen. Weiterführende Informationen sind in der Tabelle A.6 im Anhang zu finden.

## 6.2 Gesundheitsproblematik in den Kitas

Inwieweit gesundheitliche Belastungen und Probleme in den Kitas wahrgenommen werden, zeigen folgende Grafiken. Für die Interpretation werden die gruppierten

Kategorien verwendet. Das bedeutet die Kategorien „großes Problem“ und „schon ein Problem“ werden als Oberkategorie „Problem“ zusammengefasst.

### 6.2.1 Physische, motorische und sprachliche Defizite

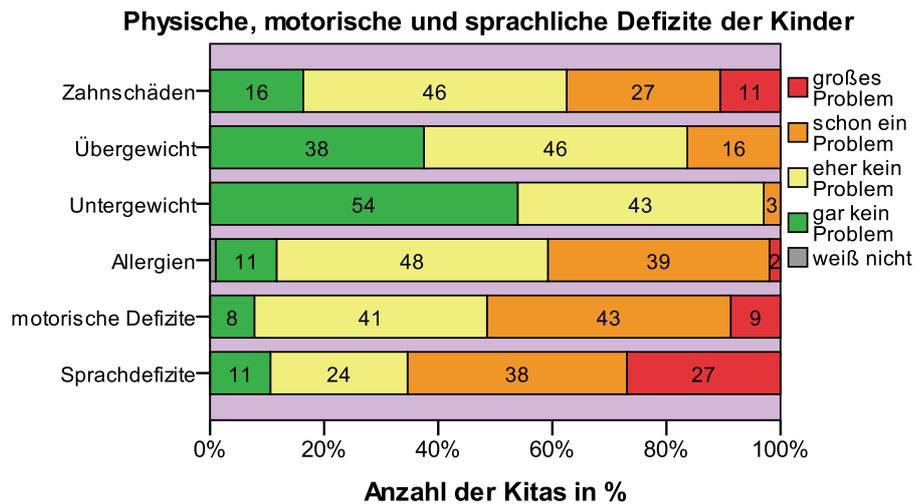


Abbildung 11: Physische, motorische und sprachliche Defizite (n=102-104)(Tabelle A.7)

(Quelle: Klaube, 2011)

Ein deutliches Problem bildeten die Sprachdefizite der Kinder mit 65 %, gefolgt von den motorischen Defiziten mit insgesamt 52 %, den Allergien zu 41 % und den Zahnschäden mit 38 %. Eher kein Problem, bis gar kein Problem bestand dagegen beim Untergewicht mit 97 % der Kitas.

Von 105 Kitas, welche an der Befragung teilgenommen haben, gaben 104 Ihre Einschätzung zum Gesundheitsproblem Übergewicht. Dabei wurde nie angegeben, dass es sich um ein großes Problem handelt. Von den 104 Kitas gaben lediglich 16,3 % an, dass es sich schon um ein Problem handelt, während der Großteil mit 46,2 % bzw. 37,5 % das Übergewicht als eher kein Problem bzw. als gar kein Problem einstufte.

Diese Ergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass das Übergewicht in den befragten Kitas eher nicht zu den Problemen zählt. Somit kann die Forschungsfrage nicht bestätigt werden, dass übergewichtige Kinder ein Problem in den Kitas darstellen. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.7 im Anhang.

## 6.2.2 Psychosoziale Auffälligkeiten

In Deutschland nehmen die psychosozialbedingten Krankheiten immer mehr zu (vgl. Seithe, M., 2012, 106) und sind, wie in folgender Abbildung zu sehen, schon im Kindesalter zu finden.

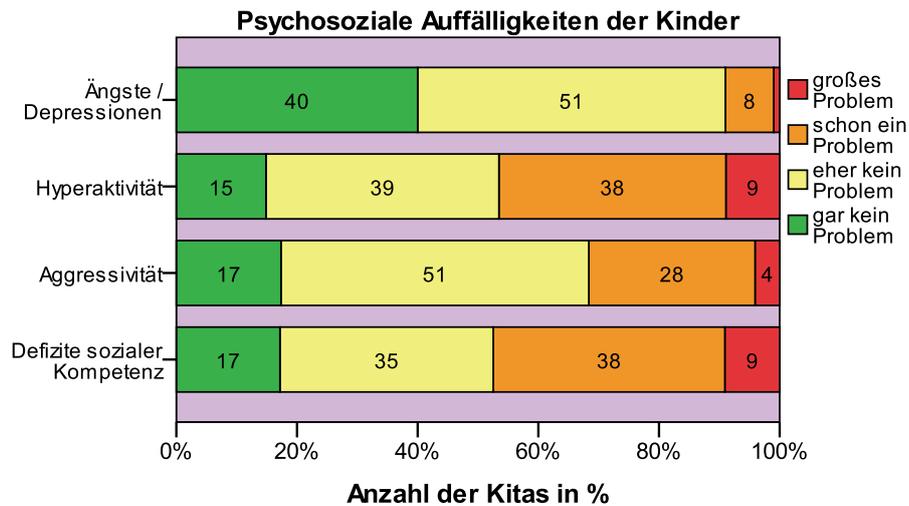


Abbildung 12: Psychosoziale Auffälligkeiten (n=98-101)(Tabelle A.8)

(Quelle: Klaube, 2011)

In Bezug auf die Frage nach psychosozialen Auffälligkeiten wurden den Kitas vier Antwortmöglichkeiten geboten. Davon wurden die Hyperaktivität und die Defizite sozialer Kompetenz von jeweils 47 % (38 % + 9 %) der Kitas als am problematischsten eingestuft. Depressionen und Angstzustände sowie Aggressivität stellten eher kein, bis gar kein Problem dar.

### 6.2.3 Belastungen aus dem Kita-Umfeld

Um Rückschlüsse auf das Kita-Umfeld ziehen zu können, sollten die Erzieher die Belastungen der Kita-Umgebung einschätzen.

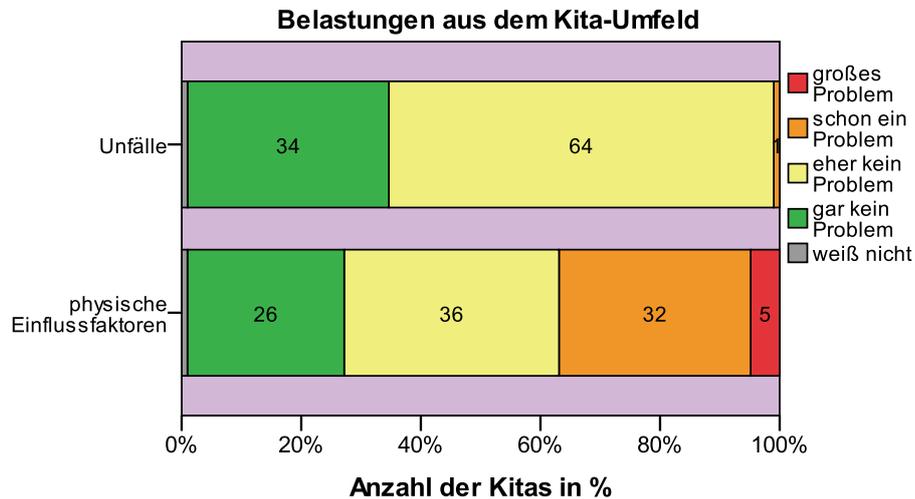


Abbildung 13: Belastungen aus dem Kita-Umfeld (n=101-103)(Tabelle A.9)

(Quelle: Klaube, 2011)

Von den zwei vorgegebenen Antwortmöglichkeiten stellte das Themenfeld Unfälle gar kein Problem (34 %) oder eher kein Problem (64 %) dar, während physische Einflussfaktoren, wie zum Beispiel Lärm, Straßenverkehr und Verschmutzungen schon ein Problem (32 %) und bei 5 % der Kitas sogar ein großes Problem ausmachten. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.9 im Anhang.

### 6.2.4 Belastungen und Probleme der Erzieher

Die Beschäftigten von Kindertageseinrichtungen sind am Arbeitsplatz ständigen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Ob diese zu einer Erkrankung führen, hängt von der Höhe der Belastung, der persönlichen Konstitution und anderen Faktoren ab. Die spezifischen Belastungsfaktoren in dem Berufsfeld Kindertageseinrichtung sollen in der nachfolgenden Grafik vorgestellt werden.

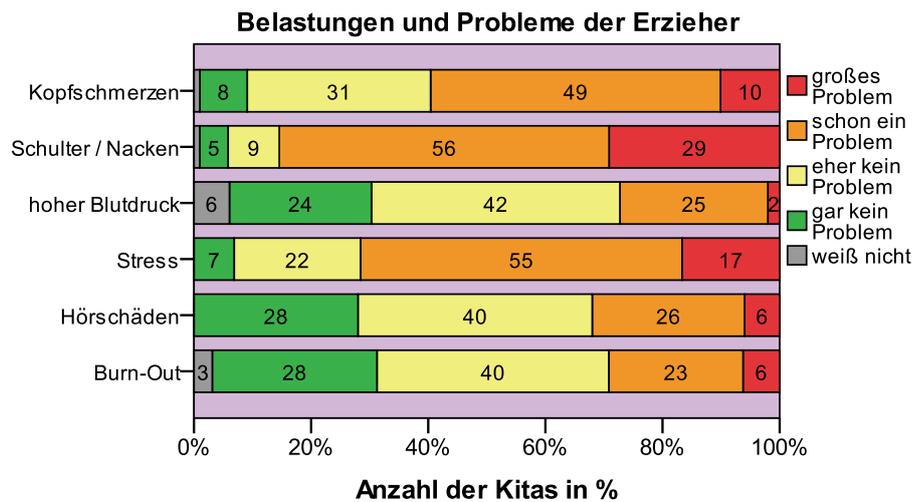


Abbildung 14: Belastungen und Probleme der Erzieher (n=96-103)(Tabelle A.10)

(Quelle: Klaube, 2011)

Die häufigsten Beschwerden bei Erziehern befanden sich im Schulter-/Nacken- und Rückenbereich (29 % großes Problem; 56 % schon ein Problem). An zweiter Stelle wurde Stress mit 17 % als großes Problem und mit 55 % als schon ein Problem angegeben. Nicht weniger auffällig waren Kopfschmerzen (insgesamt 59 % als Problem). Hörschäden, Burn-Out-Syndrom und Bluthochdruck stellten verhältnismäßig seltener ein Problem dar. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.10 im Anhang.

### 6.3 Beteiligung und Interesse an Programmen zur Gesundheitsförderung

In Hinblick auf die Gesundheitsförderung im Kindergarten, gibt es eine Reihe von Programmen, die speziell auf Kitas ausgerichtet sind. Anhand der Grafik soll auf einige dieser Programme eingegangen werden.

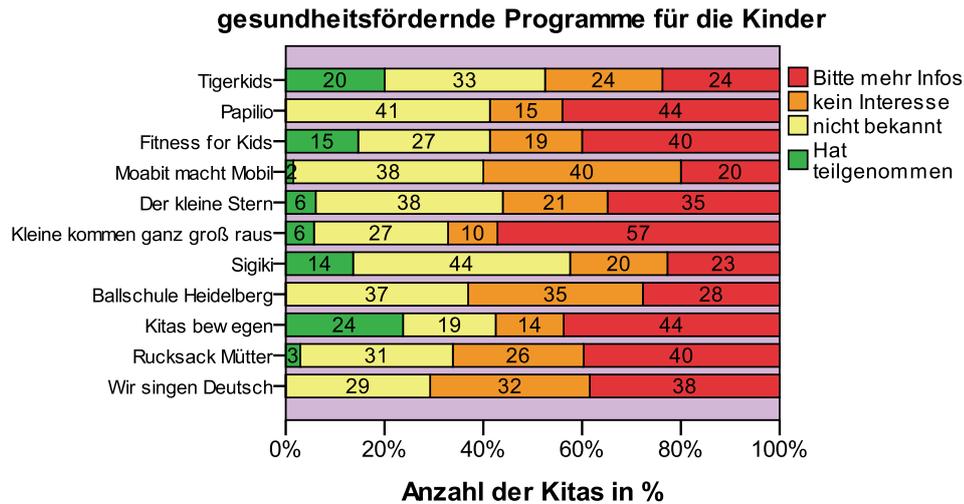


Abbildung 15: Gesundheitsfördernde Programme (n=65-80)(Tabelle A.11)

(Quelle: Klaube, 2011)

Die Abbildung 15 veranschaulicht die Teilnahme und das Interesse an gesundheitsfördernden Programmen. Zu jedem Programm sollten die Kitas angeben, ob sie teilgenommen haben, ob das Programm unbekannt ist, mehr Informationen wünschenswert sind oder kein Interesse besteht. Auf Basis der gegebenen gültigen Antworten nahmen die meisten Kitas anteilmäßig bei „Kitas bewegen“ (24 %) und „Tigerkids“ (20 %) teil. Zu beachten ist dabei, dass die Prozentsätze auf unterschiedlichen Fallzahlen basieren. Der Wunsch nach mehr Informationen war bei „Kleine kommen ganz groß raus“ (57 %) am höchsten. Das geringste Interesse bestand bei „Moabit macht mobil“ (40 %) und „Ballschule Heidelberg“ (35 %). Am unbekanntesten waren die Programme „Papilio“ (41 %) und „Sigiki“ (37 %). Nähere Angaben zu den zugrundeliegenden Fallzahlen sind in der Tabelle A.11 im Anhang zu finden.

## 6.4 Aktivitäten zur Gesundheitsförderung

Zu den konkreten Themen der Gesundheitsförderung sollten die Kitas jeweils angeben, inwieweit einzelne Aktivitäten eine Rolle in der Arbeit spielen und wie oft diese

durchgeführt werden. Abgefragt wurden die Themengebiete Zahn- und Mundgesundheit, Ernährung und Bewegung.

### 6.4.1 Themengebiet Zahn- und Mundgesundheit

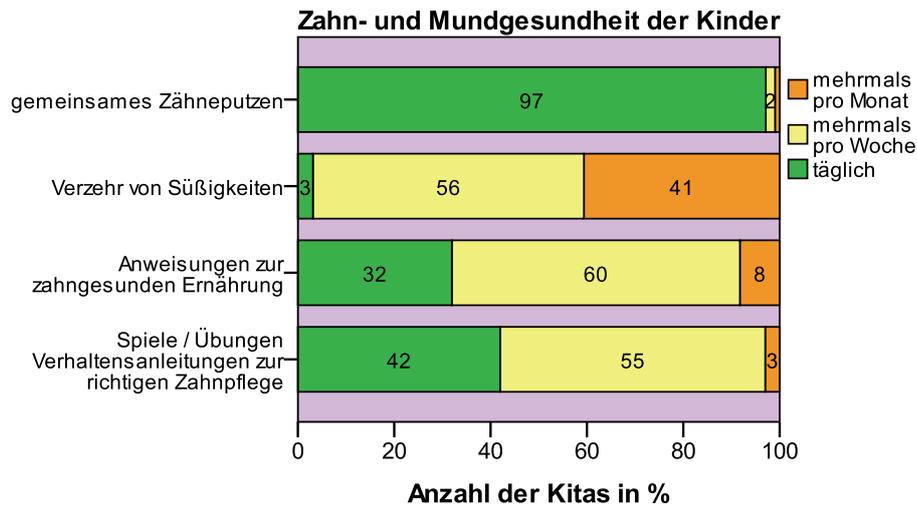
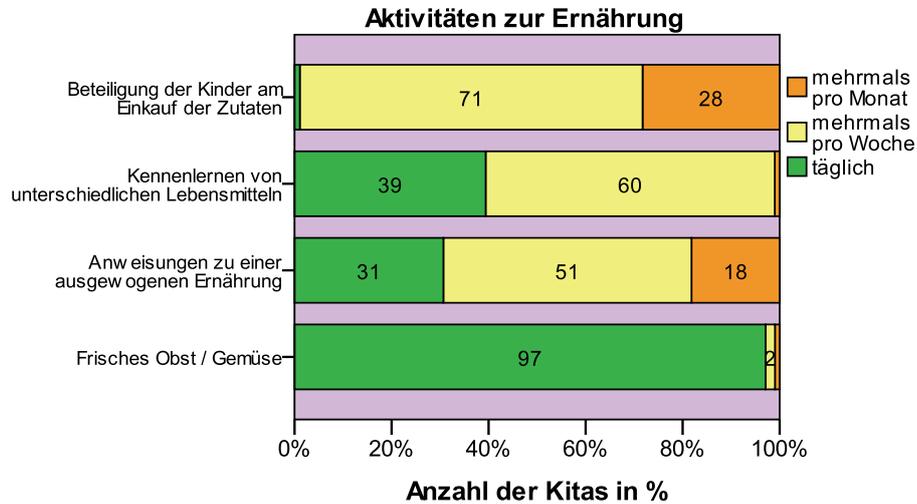


Abbildung 16: Zahn- und Mundgesundheit (n=96-104)(Tabelle A.12)

(Quelle: Klaube, 2011)

Das Themenfeld Zahn- und Mundgesundheit wurde mit 4 Items erhoben, die in Abbildung 16 dargestellt sind. Alle vier Aktivitäten wurden von den meisten Kitas regelmäßig praktiziert. 32 % gaben an, täglich mit den Kindern zahngesunde Ernährungsanweisungen durchzuführen. Gleichwohl fand mehrmals pro Woche (56 %) und bei 3 % sogar täglich ein Verzehr von Süßigkeiten statt. Immerhin 42 % führten täglich Übungen zur richtigen Zahnpflege durch und in einem hohen Anteil der Kitas (97 %) wurden zusammen mit den Kindern gemeinsam die Zähne geputzt. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.12 im Anhang.

## 6.4.2 Themengebiet Ernährung



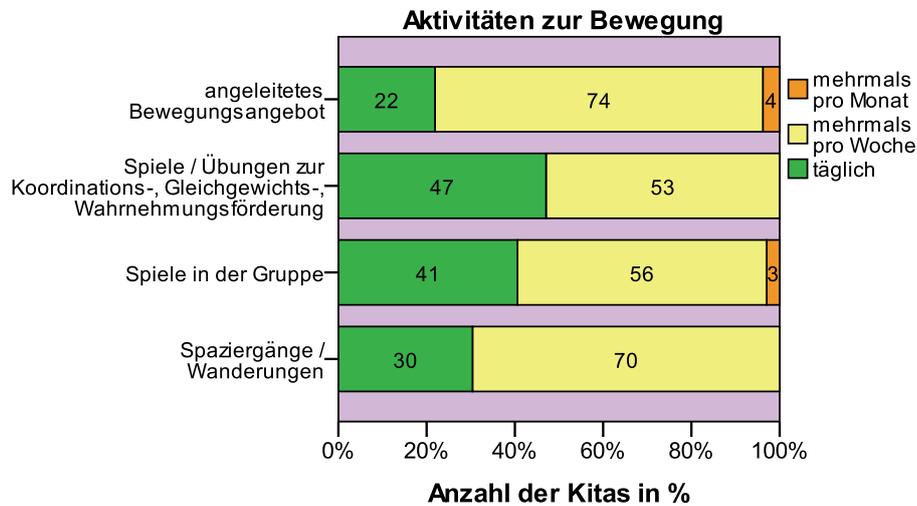
**Abbildung 17: Ernährung (n=88-103)(Tabelle A.13)**

(Quelle: Klaube, 2011)

Der Themenbereich Ernährung wurde mit vier Items erfasst. Von den 103 Kitas, gaben 97,1 % an, täglich frisches Obst und Gemüse zur Verfügung zu stellen. Die anderen Aktivitäten zur Ernährung wurden ebenfalls häufig durchgeführt. Die Beteiligung der Kinder am Einkauf wurde in 70,7 % der 92 Kitas, welche Ihre Einschätzung dazu gaben, mehrmals pro Woche durchgeführt. Das Kennenlernen der unterschiedlichen Lebensmittel wurde von 99 Kitas eingeschätzt. Von diesen gaben 39,4 % die tägliche und 59,6 % die mehrmalig wöchentliche Durchführung an. Bei den Anweisungen zu einer ausgewogenen Ernährung verhält es sich ähnlich. Hier gaben von den 88 Einschätzungen 30,7 % der Kitas „täglich“ und 51,1 % „mehrmals pro Woche“ an.

Dementsprechend wurden zum Thema Ernährung vielfältige Aktivitäten angeboten und in den Kita-Alltag integriert. Dadurch wird die Forschungsfrage, bezogen auf die Aktivitäten zum Themenbereich Ernährung beantwortet. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.13 im Anhang.

### 6.4.3 Themengebiet Bewegung



**Abbildung 18: Bewegung (n=101-105)(Tabelle A.14)**

(Quelle: Klaube, 2011)

Ebenfalls mit vier Items wurde der Themenbereich Bewegung erhoben. Von diesen Aktivitäten wurden oft Übungen zur Koordination durchgeführt. Die Ausübung dieser Aktivitäten erfolgte bei den 102 Kitas, welche eine Einschätzung abgegeben haben, zumeist täglich (47,1 %) oder wöchentlich (52,9 %). Das angeleitete Bewegungsangebot wurde in 21,9 % der Kitas täglich und in 74,3 % mehrmals pro Woche durchgeführt. Lediglich 3,8 % führten diese Aktivität nur mehrmals pro Monat durch. Von 105 Kitas gaben 101 eine Einschätzung zu den Spielen in der Gruppe ab. Dabei wurden die Spiele in 40,6 % der Kitas täglich, in 56,4 % wöchentlich und in 3,0 % monatlich durchgeführt. Spaziergänge oder Wanderungen wurden ebenfalls auf Basis von 102 Antworten zu 30,4 % täglich und 69,6 % wöchentlich durchgeführt.

Zusammenfassend ergibt sich für den Themenbereich Bewegung, dass die befragten Kitas verschiedene Aktivitäten, zumindest mehrmals pro Woche, durchführten. Hierdurch wird die Forschungsfrage, bezogen auf die Aktivitäten zum Themenbereich Bewegung, beantwortet. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.14 im Anhang.

## 6.5 Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kitas

Neben den Gesundheitsproblemen soll auch der Bedarf der Kitas berücksichtigt werden und in folgender Darstellung kurz analysiert werden.

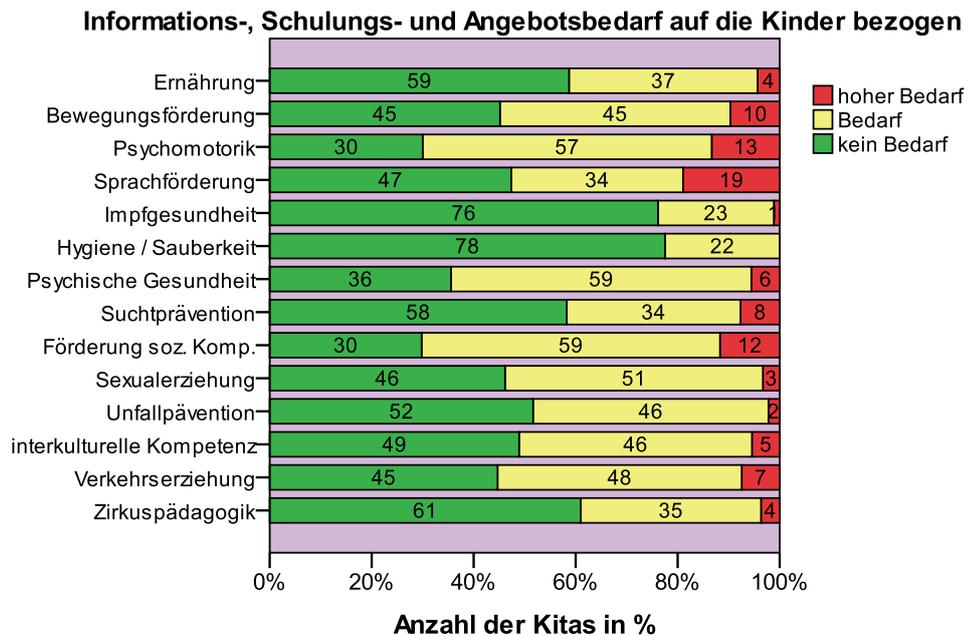


Abbildung 19: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kinder (n=82-95)(Tabelle A.15)

(Quelle: Klaube, 2011)

Einen hohen Bedarf an Schulungen, Informationen oder Angeboten wurde mit 19 % der Kitas im Bereich der Sprachförderung angegeben. Bedarf bzw. hoher Bedarf bestand weiterhin bei der Förderung sozialer Kompetenzen mit 71 % und Psychomotorik mit insgesamt 70 %. Lediglich die Impfgesundheit sowie Bedarf zum Thema Hygiene/Sauberkeit beantworteten die meisten Kitas als nicht bedarfsrelevant mit jeweils 76 % bei der Impfgesundheit und 78 % bei der Hygiene/Sauberkeit. Bei den verbleibenden Items herrschte insgesamt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bedarf und keinem Bedarf.

Bei dem Bedarf zur Ernährung erfolgte eine Angabe von 92 Kitas. 4,3 % sahen einen hohen Bedarf, 37 % einen Bedarf und 58,7 % keinen Bedarf. Ähnlich verhielt sich dies bei der Bewegungsförderung. Hier haben 93 Kitas eine Beurteilung abgegeben, wobei 9,7 % einen hohen Bedarf, 45,2 % einen Bedarf und 45,2 % keinen Bedarf angegeben

hatten. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.15 im Anhang. Auf den ersten Blick erscheint der Bedarf bei der Bewegungsförderung auf Basis dieser Angaben etwas höher, doch ist zu berücksichtigen, dass sich die Fallbasen, also die Kitas die Bewertungen abgegeben hatten, bei beiden Fragestellungen unterscheiden. Um nun direkte Rückschlüsse auf die Gewichtung hinsichtlich der Themenbereiche Ernährung und Bewegung führen zu können, muss die Fallbasis dieser beiden Fragestellungen vereinheitlicht werden, indem nur die Kitas verwendet werden, welche zu beide Themen ihre Bewertung abgegeben hatten. Die resultierende Fallbasis beläuft sich auf 89 Fälle, wobei die Ernährung mit 4,5 % hoher Bedarf, 34,8 % Bedarf und 60,7 % kein Bedarf und die Bewegungsförderung mit 7,9 % hoher Bedarf, 46,1 % Bedarf und 46,1 % kein Bedarf beurteilt wurden. Als statistisches Testverfahren, um zu überprüfen, ob die beiden Ernährungs- bzw. Bewegungsförderungsverteilungen gleich sind, wird der Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben angewendet. Dieses Testverfahren ist geeignet um metrische oder ordinale Merkmale auf Verteilungsunterschiede zu untersuchen. Alle wichtigen Werte zum Test sind in der Tabelle A.29 im Anhang zu finden. Da der berechnete P-Wert kleiner gleich 0,05 ist, sind signifikante Verteilungsunterschiede nachweisbar. Wenn die hinter den Bedarfsausprägungen hinterlegten numerischen Werte berücksichtigt (1= hoher Bedarf, 2 = Bedarf, 3 = kein Bedarf) und die Ränge interpretiert werden, so überwiegen bei dem Vergleich „Bewegungsförderung – Ernährung“ die negativen Ränge. Die Forschungsfrage zu der Gewichtung der beiden Themenbereiche wird dahingehend beantwortet, dass der Bedarf zur Bewegungsförderung signifikant ( $p = 0,011$ ) höher ist, als bei der Ernährung.

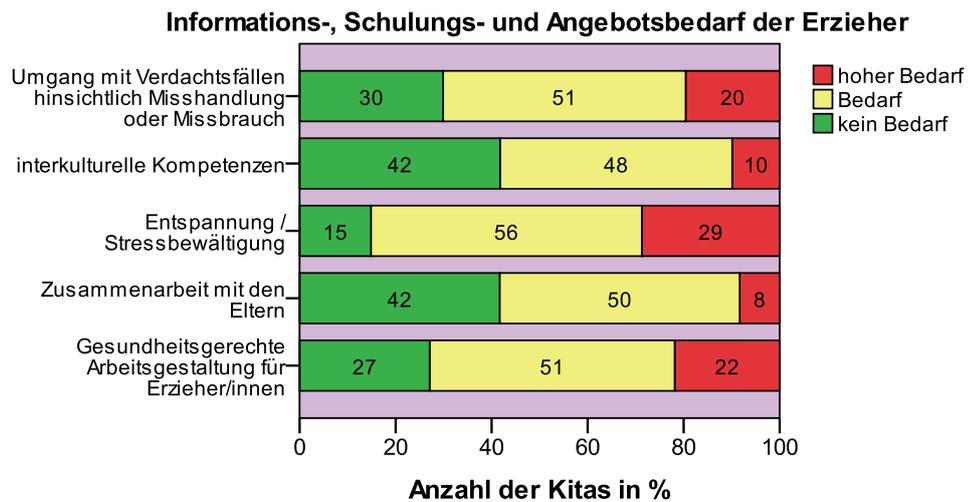


Abbildung 20: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Erzieher (n=91-101)

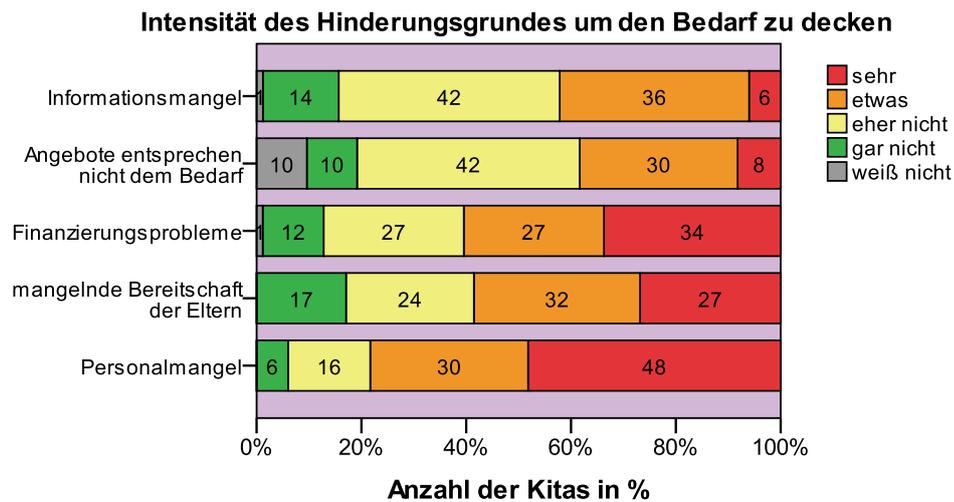
(Tabelle A.16)

(Quelle: Klaube, 2011)

Auf sich selbst bezogen gaben 29 % aller Erzieher an, mehr Informationen, Schulungen oder Angebote zum Thema Entspannung und Stressbewältigung zu benötigen. Auch ein Umgang mit Verdachtsfälle hinsichtlich Misshandlungen (20 %) und gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung (22 %) wurden von den Erzieher als bedeutend mit hohem Bedarfswunsch angegeben. 42 % aller Kitas benötigten kein Bedarf hinsichtlich zur Zusammenarbeit mit den Eltern, ebenfalls 42 % gaben keinen Bedarf an interkulturelle Kompetenzen an. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.16 im Anhang.

## 6.6 Hinderungsgründe und Unterstützungsforderungen der Bedarfsdeckung

Nachdem der Bedarf angegeben wurde, sollten die Erzieher die Intensität der Hinderungsgründe für die Umsetzung der genannten Bedarfswünsche einschätzen.



**Abbildung 21: Intensität des Hinderungsgrundes (n=73-86)(Tabelle A.17)**

(Quelle: Klaube, 2011)

In dem Fragebogen wurden verschiedene Gründe abgefragt, warum der Bedarf nicht gedeckt werden kann. Fast die Hälfte aller Kitas konnte den Bedarf wegen Personalmangel nicht decken (48 %). Weiterhin gaben 34 % der Kitas Finanzierungsprobleme als sehr starken Hindernisgrund an. Durchwachsen erscheint dagegen die mangelnde Bereitschaft der Eltern, die bei 27 % als sehr starken Hinderungsgrund und bei 24 % der Kitas als eher nicht so starken Hinderungsgrund angegeben wurden. Im Vergleich zu den anderen drei Items stellten der Informationsmangel und die Tatsache, dass die bekannten Angebote nicht dem Bedarf entsprechen einen eher schwachen Hinderungsgrund dar.

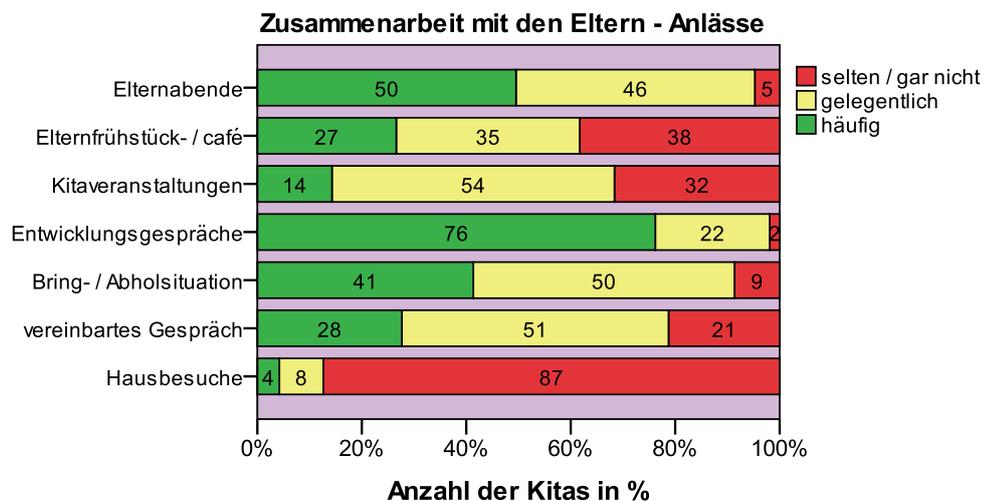
Bei der Analyse der Grafik stellten insbesondere Finanzierung, mangelnde Bereitschaft der Eltern und Personalmangel einen starken Hinderungsgrund dar, während der Informations- oder Angebotsmangel eher weniger Probleme bereiteten.

Somit ist die Forschungsfrage vier beantwortet.

Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.17 im Anhang.

## 6.7 Zusammenarbeit mit den Eltern

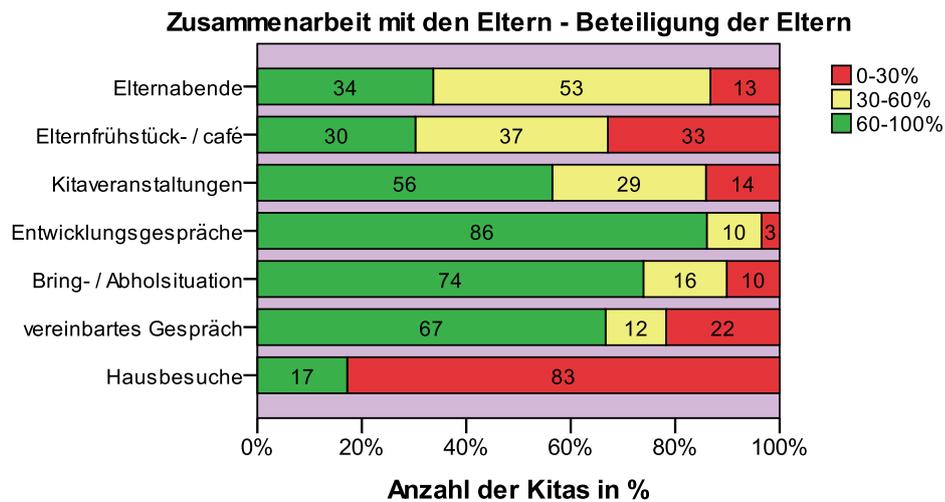
Für das Gelingen einer professionellen Frühpädagogik ist die Einbeziehung der Eltern von großer Bedeutung. Welche Anlässe des Zusammentreffens zwischen Kita-Mitarbeiter und Eltern angeboten werden und wie hoch die Beteiligung der Eltern an diesen Anlässen ist, wird in den zwei nachfolgenden Grafiken nachvollziehbar.



**Abbildung 22: Zusammenarbeit mit den Eltern - Anlässe (n=94-105)(Tabelle A.19)**

(Quelle: Klaube, 2011)

Welche Anlässe am häufigsten bei der Zusammenarbeit mit den Eltern genutzt wurden zeigt die Abbildung 22. Von den sieben vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, wurden die Entwicklungsgespräche bei 76 % der Kitas am häufigsten genutzt. Elternabende und Gespräche in der Bring- und Abholsituation fanden am zweit- bzw. dritthäufigsten statt (50 % Elternabende; 41 % Bring- und Abholsituation). In 54 % der Kitas kamen gelegentlich diverse Kitaveranstaltungen vor. Knapp die Hälfte der Kitas vereinbarte gelegentlich ein extra Gespräch (51 %) mit den Eltern. Selten bis gar nicht erfolgten Hausbesuche mit einer Angabe von 87 % der Einrichtungen. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.19 im Anhang.



**Abbildung 23: Zusammenarbeit mit den Eltern – Beteiligung der Eltern (n=64-98)(Tabelle A.20)**

(Quelle: Klaube, 2011)

86 % der Kitas offerierten mindestens 60 % Beteiligung der Eltern an Entwicklungsgesprächen. Hausbesuche wurden dagegen bei 83 % der Kitas eher weniger (0 – 30 %) genutzt. Eine hohe Beteiligung der Eltern, ab 60 % und höher, fand mit 67 % der Kitas bei vereinbarten Gesprächen und 74 % der Kitas in der Bring- und Abholsituation statt. Zur weiterführenden Information dient die Tabelle A.20 im Anhang.

## 6.8 Auswertungen der Hypothesen

**H1: Je geringer die Zusammenarbeit mit den Eltern ist, desto höher sind die gesundheitlichen Belastungen/Probleme der Kinder in Bezug auf Übergewicht.**

In der Befragung wurden verschiedene Aspekte zur Zusammenarbeit mit den Eltern erhoben. Die Teilbereiche der Zusammenarbeit umfassen zum einen die zeitliche Perspektive mit der Frage, wann gesundheitsbezogene Themen mit den Eltern besprochen werden, und zum anderen die Beteiligung der Eltern an diesen Anlässen. Als Anlässe wurden folgende Items vorgegeben: „Elternabende“, „Elterntreffen (z. B.

Eltern-Frühstück, Elterncafé etc.)“, „Kitaveranstaltungen“, „individuelle Entwicklungsgespräche“, „Bring- und Abholsituation“, „extra vereinbartes Gespräch“, „Hausbesuche bei der Familie“. Zu diesen Teilbereichen wurde sowohl die Häufigkeit der Anlässe, als auch die Beteiligung der Eltern auf einer dreistufigen Skala abgefragt. Um zu untersuchen, ob die Zusammenarbeit mit den Eltern einen Einfluss auf das Übergewicht hat, werden alle Teilbereiche mit dem Übergewicht auf Zusammenhänge untersucht. Als statistisches Testverfahren kommt hier der exakte Chi-Quadrat-Test nach Fisher zum Einsatz. Zusätzlich werden die Gesundheitsprobleme mit dem Übergewicht in „Problem“ und „kein Problem“ zusammengefasst (siehe Tabelle 2). Die Kreuztabellen des Gesundheitsproblems Übergewicht und der Bereichen zur Zusammenarbeit mit den Eltern werden nur für signifikante Tests ( $p \leq 0,05$ ) im Anhang wiedergegeben. Eine Übersicht über alle Testergebnisse ist im Anhang in der Tabelle A.30 zu finden.

Von den durchgeführten Tests ist lediglich zwischen der Beteiligung der Eltern an Elternabenden und dem Gesundheitsproblem Übergewicht ein signifikanter Zusammenhang ( $p = 0,001$ ) nachweisbar. Alle anderen Tests sind nicht signifikant ( $p > 0,05$ ). Analysiert man zusätzlich die Tabelle A.28 bezüglich der Beteiligung der Eltern an Elternabenden und dem Übergewicht, kann man entnehmen, dass je höher die Beteiligung der Eltern an Elternabenden ist, desto weniger das Übergewicht ein Gesundheitsproblem darstellt. Die hohe Beteiligung der Eltern an Elternabenden wirkt sich somit positiv auf das Problem Übergewicht aus. Für alle anderen Anlässe der Zusammenarbeit mit den Eltern ist kein signifikanter Einfluss auf das Problem Übergewicht nachweisbar.

**H2: Je weniger gesundheitliche Aktivitäten/Programme in der Kita durchgeführt werden, desto höher sind die verschiedenen gesundheitlichen Belastungen/Probleme der Kinder.**

Bei den gesundheitsfördernden Programmen wurde die Teilnahme der Kitas zu folgenden elf Programmen erfragt (siehe Tabelle A.11). Neben den gesundheitsfördernden Programmen wurden in der Befragung auch die gesundheitsbezogenen Aktivitäten zur Ernährung und Bewegung erhoben (siehe Tabelle

A.13 und Tabelle A.14). Diese Aktivitäten bzw. die Anzahl der gesundheitsfördernden Programme sollen mit den Gesundheitsproblemen der Kinder auf Zusammenhänge untersucht werden. Dabei wurden verschiedene Gesundheitsprobleme abgefragt und analysiert (siehe Tabelle A.7). Die Abfrage der gesundheitlichen Probleme im Fragebogen erfolgte durch „großes Problem/ schon ein Problem/ eher kein Problem/ gar kein Problem“. Für die Analyse wird die Umkodierung in „Problem2 und „kein Problem“ (siehe Tabelle 2) genutzt.

Um die Zusammenhänge zwischen den gesundheitlichen Aktivitäten und den gesundheitlichen Problemen zu untersuchen, kommt der exakte Chi-Quadrat-Test nach Fisher zum Einsatz. An dieser Stelle soll kurz auf die signifikanten Zusammenhänge eingegangen werden. Die ausführlichen Testergebnisse können der Tabelle A.31 und der Tabelle A.32 im Anhang entnommen werden.

Bei den Ernährungsaktivitäten sind signifikante ( $p \leq 0,05$ ) Zusammenhänge zwischen der Beteiligung der Kinder am Einkauf und Zahnschäden ( $p = 0,004$ ) sowie motorischen Defiziten ( $p = 0,038$ ) und Sprachdefiziten ( $p = 0,012$ ) nachweisbar. Zusätzlich sind ebenfalls signifikante Zusammenhänge zwischen den Sprachdefiziten und den Anweisungen einer ausgewogenen Ernährung ( $p = 0,036$ ) nachweisbar. Bei der Interpretation der Tabelle A.21 bis Tabelle A.24 im Anhang ist der nachgewiesene Zusammenhang in allen vier Fällen negativ, das bedeutet, je öfter die jeweilige Aktivität durchgeführt wird, desto mehr gesundheitliche Probleme bestehen bei den Kindern.

Bei den Bewegungsaktivitäten sind signifikante ( $p \leq 0,05$ ) Zusammenhänge zwischen dem Übergewicht und Wanderungen/ Spaziergängen ( $p = 0,035$ ), den motorischen Defiziten und dem angeleiteten Bewegungsangebot ( $p = 0,038$ ) sowie Sprachdefiziten und Spielen in der Gruppe ( $p = 0,038$ ) nachweisbar. Zur Interpretation dieser nachgewiesenen Zusammenhänge können Tabelle A.25 bis Tabelle A.27 im Anhang genutzt werden. Zwischen dem Übergewicht und Spaziergängen/ Wanderungen bzw. den Sprachdefiziten und den Spielen in der Gruppe ist der Zusammenhang negativ. Bei den motorischen Defiziten und dem angeleiteten Bewegungsangebot besteht ein positiver Zusammenhang.

Neben den gesundheitsfördernden Aktivitäten soll ebenfalls der Einfluss der gesundheitsfördernden Programme auf die verschiedenen Gesundheitsprobleme analysiert werden. Demzufolge wird untersucht, ob es Unterschiede in der Anzahl der

gesundheitsfördernden Programme zwischen Kitas mit dem jeweiligen Gesundheitsproblem und Kitas ohne dem Gesundheitsproblem gibt.

Als statistisches Testverfahren für diesen Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben wird der T-Test verwendet, insofern Normalverteilung in beiden Gruppen angenommen werden kann. Ist dies nicht der Fall, kommt der Mann-Whitney-U-Test zur Anwendung.

Da der Kolmogorov-Smirnov-Test für alle Tests signifikante Abweichungen ( $p \leq 0,05$ ) von der Normalverteilung aufweist, wird der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Eine genauere Übersicht über diese Testergebnisse liefert die Tabelle A.34 im Anhang.

Der Mann-Whitney-U-Test weist für die Gesundheitsprobleme „Zahnschäden“ ( $p = 0,005$ ), „motorische Defizite“ ( $p = 0,002$ ) und „Sprachdefizite“ ( $p < 0,001$ ) signifikante Unterschiede zwischen Kitas mit und ohne diese Probleme im Hinblick auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen nach. Dabei werden in Kitas mit diesen gesundheitlichen Defiziten mehr gesundheitsfördernde Aktivitäten durchgeführt. Die ausführlichen Testergebnisse sind in der Tabelle A.33 im Anhang aufgeführt. Die Tests belegen, dass eine höhere Aktivität mit mehr gesundheitlichen Problemen (Zahnschäden, motorische Defizite, Sprachdefizite) verbunden ist. Möglicherweise lässt sich diese Tatsache dadurch begründen, dass die Erzieher die Probleme erkannt haben und versuchen, durch mehr Aktivitäten diesen Problemen entgegenzuwirken. Diese Vermutung lässt sich zu diesem Zeitpunkt nicht nachweisen und bietet Ansatzpunkte für weitere Forschungen. Die Hypothese H2 kann somit nicht bestätigt werden und wird verworfen.

### **H3: Die Ernährung der Kinder nach DGE-Richtlinien (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) in den Kitas hat eine positive Wirkung auf den Gesundheitszustand der Kinder.**

Zur Überprüfung des Einflusses einer Ernährung nach den DGE-Richtlinien auf die verschiedenen Gesundheitsprobleme werden unterschiedliche Probleme berücksichtigt (siehe Tabelle A.7). Die Erhebung der gesundheitlichen Probleme im Fragebogen erfolgte durch die Merkmale „großes Problem/ schon ein Problem/ eher kein Problem/

gar kein Problem“. Für die Analyse wird die Umkodierung in „Problem“ und „kein Problem“ (siehe Tabelle 2) genutzt.

Die Überprüfung wird mithilfe des exakten Chi-Quadrat-Tests nach Fisher durchgeführt. Es zeigten sich keine signifikanten ( $p > 0,05$ ) Zusammenhänge hinsichtlich der verschiedenen gesundheitlichen Probleme und der Ernährung nach den DGE-Richtlinien. Die genauen Testergebnisse sind der Tabelle A.35 im Anhang zu entnehmen.

Da keine signifikanten Zusammenhänge nachweisbar sind, kann der Einfluss einer Ernährung nach den DGE-Richtlinien auf den Gesundheitszustand nicht nachgewiesen werden. Somit kann die Hypothese H3 nicht bestätigt werden.

**H4: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Erzieher und der Anzahl der Beteiligung bzw. dem Interesse an gesundheitsfördernden Programmen, beziehungsweise je höher die Qualifikation der Erzieher in einer Kita, desto mehr Interesse besteht an gesundheitsförderlichen Programmen.**

Zur Bestimmung der Zusatzqualifikationen der Erzieher wurden 14 Items angeboten (siehe Tabelle A.3). Zunächst wird für die Analyse jede Zusatzqualifikation als gleichwertig angesehen. Des Weiteren gilt ein Erzieher im Vergleich zu anderen Erziehern als qualifizierter, wenn dieser mehr Zusatzqualifikation aufweist. Mithilfe dieser Annahmen wird die durchschnittliche Anzahl der Zusatzqualifikation pro Erzieher für jede Kita bestimmt, indem die Anzahl aller Zusatzqualifikationen der Kita durch die Anzahl der Erzieher dividiert wird. Die durchschnittliche Anzahl der Zusatzqualifikationen pro Erzieher dient nun als Kriterium für die Qualifikation der Erzieher und wird auf Zusammenhänge zwischen der Teilnahme/ dem Interesse an gesundheitsfördernden Programmen untersucht.

Unter den gesundheitsfördernden Programmen wurden elf ausgesucht und abgefragt (siehe Tabelle A.11). Zum einen wird die Anzahl der Beteiligung pro Kita an gesundheitsfördernden Programmen und zum anderen die Teilnahme oder das Interesse an gesundheitsfördernden Programmen gezählt und in Bezug auf Zusammenhänge zur Qualifikation der Erzieher analysiert.

Um den Zusammenhang zwischen zwei intervallskalierten Merkmalen zu untersuchen, ist die Korrelation ein geeignetes statistisches Verfahren. Kann in beiden Merkmalen eine Normalverteilung angenommen werden, sollte die Korrelation nach Pearson verwendet werden. Anderenfalls ist die Korrelation nach Spearman geeignet. Dazu erfolgt eine Analyse zur Normalverteilung der Merkmale mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests. Dieser Test weist bei allen drei untersuchten Merkmalen (Anzahl der Beteiligung an gesundheitsfördernden Programmen ( $p < 0,001$ ); Anzahl der Beteiligungen und des Interesses an diesen Programmen ( $p < 0,001$ ); Qualifikation der Erzieher ( $p = 0,018$ )) signifikante Unterschiede zur Normalverteilung auf. Weitere Informationen zum Kolmogorov-Smirnov-Test sind in der Tabelle A.36 im Anhang zu finden. Da keine Normalverteilung angenommen werden kann, wird die Korrelation nach Spearman  $\rho$  (rho) berechnet, um die Hypothese bezüglich eines Zusammenhangs zu überprüfen.

Weder bei der Anzahl der Beteiligungen an den Programmen ( $p = 0,847$ ) noch der Anzahl der Beteiligungen oder Interessen an gesundheitsfördernden Programmen ( $p = 0,341$ ) ist ein signifikanter monotoner Zusammenhang nachweisbar. Weitere Informationen zu den Testergebnissen sind in der Tabelle A.37 im Anhang zu finden.

Dementsprechend kann kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Beteiligungen beziehungsweise der Anzahl der Beteiligungen und Interessen an gesundheitsfördernden Programmen und der Qualifikation der Erzieher nachgewiesen werden. Die Hypothese 4 wird nicht bestätigt und muss verworfen werden.

## **7 Diskussion und Ausblick**

Die vorliegende Arbeit und Befragung diente dem Ziel, einen empirisch fundierten Überblick über gesundheitsfördernde Aktivitäten und gesundheitliche Problemlagen der Kinder und Mitarbeiter aus Kindertagesstätten von Berlin Mitte zu erarbeiten, auf dessen Grundlage Schlussfolgerungen für den Gesundheitszustand der Kinder zu den Bereichen Ernährung und Bewegung, sowie zum Unterstützungsbedarf der Kitas gezogen werden können. Dabei wurden sowohl die momentanen Angebote der

Gesundheitsförderung als auch die ermittelte Zusammenarbeit der Eltern und die Wünsche der Fachkräfte aus den Kindertagesstätten berücksichtigt.

Die **Befragung** wurde im Mai 2010 mittels eines strukturierten und mit Fachleuten diskutierten Fragebogens durchgeführt, welcher den Kitas per Post zugesendet wurde. Positiv anzumerken ist dabei, dass für den Berliner Bezirk Mitte ein vollständiges Verzeichnis aller 218 Kitas zur Verfügung stand. Somit konnten alle Kitas aus Berlin Mitte angeschrieben werden und es wurde eine Rücklaufquote von 48 % erreicht. Negativ anzumerken ist hingegen die Aufforderung einiger Kita-Träger an deren Kitas, nicht an der Befragung teilzunehmen. Durch diese Einflussnahme von Seiten der Träger auf die Kitas kann es zu Verzerrungen in den Ergebnissen kommen. Um diesem Problem entgegenzuwirken, könnte versucht werden in Erfahrung zu bringen, warum einige Träger die Teilnahme verweigerten und auf deren Gründe eingehen.

Eine gesunde und ausgewogene **Ernährung** ist eine der wichtigsten Grundlagen für eine gesunde Entwicklung und für das Wachstum der Kinder. Die Erfahrungen, die Kinder in den ersten Lebensjahren mit der Ernährung machen, sind prägend für das ganze weitere Leben. Die Verpflegung der Kinder nach den Richtlinien der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) erfolgte in etwa der Hälfte der Einrichtungen. Zusammenfassend ergibt sich für die abgefragten Aktivitäten des Themenbereichs Ernährung, dass fast alle der befragten Kitas täglich frisches Obst und Gemüse zur Verfügung stellten und die anderen abgefragten Aktivitäten zur Ernährung „Beteiligung der Kinder am Einkauf der Zutaten“, „Kennenlernen von unterschiedlichen Lebensmitteln mit allen Sinnen (Schmecken, Tasten, Riechen)“ und „Genaue Anweisungen zu einer ausgewogenen Ernährung“ zumindest mehrmals pro Woche durchgeführt wurden. Das Essen in der Kita hat Vorbildfunktion und bietet gute Chancen für die Verhältnis- und Verhaltensprävention. Kinder nehmen in der Kita über Jahre bis zu drei Mahlzeiten am Tag ein. Dieser Verantwortung für eine gesunde Ernährung müssen sich alle Kitas (und auch die Politik) in Berlin bewusst werden. Das Ernährungsverhalten sollte auch nicht isoliert als Gesundheitsziel betrachtet werden, denn ein ungesundes Ernährungsverhalten, Bewegungsmangel und hoher Fernsehkonsum korrelieren miteinander (vgl. Kurth, B.-M.; Bergmann, K.E.; Dippelhofer, A.; Hölling, H.; Kamptsiuris, P.; Thefeld, W., 2002, S. 854).

Der Befund zeigt, dass das Thema Ernährung bei den alltäglichen Aktivitäten der befragten Kitas eine beachtliche Rolle spielt und entsprechende Angebote dort fest verankert sind.

Gerade bei Stadtkindern ist eine körperliche Betätigung wichtig, denn die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder wird angeregt und führt zu mehr Ausgeglichenheit, wenn ihnen ausgiebig Gelegenheit zur **Bewegung** und zum freien Spielen draußen gegeben wird. Fast 70 % der Kitas verfügen über eine angrenzende Bewegungsfläche und einen separaten Innenraum zum Turnen, Spielen und Toben. Eine Sporthalle können lediglich knapp 37 % der Kitas in Anspruch nehmen. Positiv hervorzuheben ist, dass Bewegungsangebote in verschiedenen Formen, vor allem Spiele zur Koordination und Übungen zum Gleichgewicht, in allen befragten Kitas täglich durchgeführt wurden. Der Befund verdeutlicht, dass das Thema Bewegung im Alltag der befragten Kitas eine beachtliche Rolle spielt und entsprechende Angebote fest integriert sind. Bei knapper Personalausstattung sollte jemand von außerhalb hinzugezogen werden. Um ein solches Angebot auszubauen, wäre es hilfreich, wenn ein besserer Informationsaustausch zwischen den Kitas und dem Grundschul-, Sport-, und Gesundheitsbereich stattfindet, um Angebote bekannter zu machen und besser nutzen zu können. Dies könnte durch die Gründung und Entwicklung eines regionalen Netzwerkes zur Bewegungsförderung unter Einbeziehung des Landessportbundes Berlin geschehen. Eine der zentralen Fragen dieser Arbeit, welche aus **Forschungsfrage 3** entnommen werden kann, lautet: „Bestehen Unterschiede bei der Gewichtung der Themenbereiche Ernährung und Bewegung?“ Diese Frage wurde in Kapitel 6.8 dahingehend beantwortet, dass der Bewegungsbedarf signifikant höher als der Ernährungsbedarf ist. Auf Basis dieser Information könnten in Folgebefragungen explizit Möglichkeiten zur Verbesserung des Bereiches Bewegung sowohl in Form einer offenen als auch einer geschlossenen Frage berücksichtigt werden.

Die **gesundheitlichen Belastungen, Probleme und Einschränkungen der Kinder** liegen nach Beurteilung der Erzieher vor allem bei den Sprach- und motorischen Defiziten. Hier gibt mehr als die Hälfte der Kitas an, dass „schon ein Problem“ oder ein „großes Problem“ vorliegt. Auch die Anzahl der **psychosozialen Auffälligkeiten** steigt in Deutschland (vgl. Seithe, M., 2012, S. 116).

Die Hyperaktivität und die Defizite sozialer Kompetenz wurden als am problematischsten eingestuft.

**Zusätzliche Belastungen aus dem Kita-Umfeld** entstehen insbesondere durch ein hohes Verkehrsaufkommen, Lärm und Verschmutzung dar.

Die Forschungsfrage, ob das Übergewicht der Kinder ein Problem in den Kitas darstellt, kann damit beantwortet werden, dass das Übergewicht eher weniger ein Problem in den Kitas ist.

Die häufigsten Beschwerden bei den **Erziehern** befinden sich im Schulter/Nackengebiet, welches insgesamt mit 85% als starkes Problem, gefolgt von Kopfschmerzen mit 59% empfunden wurde.

Dementsprechend kann geschlussfolgert werden, dass es gesundheitliche Belastungen, Probleme und Einschränkungen der Kinder und Erzieher gibt, welche auch in Folgebefragungen thematisiert werden sollten. Hier bietet es sich an zusätzlich bei ausgewählten Kitas Aktionen/ Programme durchzuführen, um diesen Problemen entgegenzuwirken und diese in der Folgebefragung mit den Kitas ohne selbige Aktionen/ Programme zu vergleichen. So kann ein möglicher Verbesserungseffekt auf die jeweilige Aktion beziehungsweise das jeweilige Programm zurückgeführt werden.

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung im Kindergarten gibt es eine Reihe von **Programmen**, die speziell auf Kitas ausgerichtet sind. Die Teilnahme an den elf abgefragten Programmen beläuft sich jeweils auf maximal 24 % der Kitas. Am häufigsten wird bei „Kitas bewegen“ und „Tigerkids“ teilgenommen. Ein möglicher Ansatzpunkt für Verbesserungen besteht darin, dass die Kitas besser über die angebotenen Programme in Form eines Newsletters oder eines Flyers informiert werden.

Neben den gesundheitsbezogenen Aktivitäten und Programmen sollte auch der **Bedarf an Schulungen, Informationen und Angeboten** der Kitas berücksichtigt werden. Der höchste Bedarf bestand bei der Sprachförderung, der Psychomotorik und der Förderung sozialer Kompetenzen. Auf sehr wenig Nachfrage stoßen die Themenbereiche Impfgesundheit und Hygiene. Auf die Erzieher selbst bezogen wünscht sich ein Großteil der Kitas mehr Informationen und Angebote zur Stressbewältigung, zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und zum Umgang mit Verdachtsfällen in Bezug auf Misshandlungen oder Missbrauch. Nachdem der Bedarf angegeben wurde, sollten

die Erzieher die Intensität der **Hinderungsgründe für die Umsetzung der genannten Bedarfswünsche** einschätzen. Festgestellt wurde, dass fast die Hälfte aller Kitas ihren Bedarf aufgrund des starken Personalmangels und der Finanzierungsprobleme nicht decken konnte.

Wird dieser Bedarf der Kita-Mitarbeiter gedeckt, so werden die Erzieher qualifiziert, um Themen und Inhalte der Gesundheitsförderung in den Kindergartenalltag zu integrieren. Fortbildungen könnten Fachkompetenz vermitteln, Unterstützung zur Konzeptentwicklung geben und vor allem Möglichkeiten bieten, entsprechende Erfahrungen zu sammeln, die im Alltag und in Projekten praxisnah angeboten und umgesetzt werden können. Der Anspruch der Erzieher auf Fortbildungen ist über den Bildungsurlaub (Ländergesetze) und durch die unterschiedlichen Regelungen der jeweiligen Träger bestimmt. Es gibt aber weder eine Pflicht zur Teilnahme noch einen wirklichen Rechtsanspruch darauf. Die Träger müssen bereit sein, stärker in ihre Mitarbeiter zu investieren, um belastende Aspekte abzubauen. Zur Fortbildungsbereitschaft sollten Offenheit für Fachberatungen (meist durch den Träger) und externe Unterstützung hinzukommen, um die gesunde Entwicklung der Kinder optimal fördern zu können.

Die **Elternpartizipation** stellt ein wichtiges Kriterium für das Gelingen einer erfolgreichen Frühpädagogik dar. Eltern haben ein Recht darauf zu erfahren, was in der Kita geschieht. Dazu muss den Eltern etwas angeboten werden, damit die Transparenz gewährleistet ist. Bei den befragten Kitas stellte sich heraus, dass verbindliche Entwicklungsgespräche am häufigsten stattfanden, gefolgt von Elternabenden und der Bring-/ Abholsituation. Die Beteiligung der Eltern an den verschiedenen Anlässen war bei den Entwicklungsgesprächen gefolgt von der Bring-/ Abholsituation und den vereinbarten Gesprächen am höchsten. Eltern müssen erfahren können, dass das Mitmachen den dazugehörigen Aufwand wert ist, weil es nicht nur zufällig einmal gewünscht ist, sondern die Einbeziehung ihrer Ideen und Kompetenzen zur Kultur und zum Konzept der Kita gehören. Ihr Mitmachen sollte daher abgesichert sein. Solche Elternrechte dienen dazu, einen passenden Rahmen der Verantwortung für Mitsprache und Teilhabe zu etablieren. Aus Sicht der Eltern kann ein Weg, die Zusammenarbeit auf eine sichere Basis zu stellen, darin bestehen, dass ihnen formale Rechte zugesichert werden. Diese müssen allen bekannt sein, leichten Zugang zur Einrichtung ermöglichen

und für alle Beteiligten von Vorteil sein. Zu empfehlen ist die Einführung eines Gremiums bzw. Kita-Ausschusses, an dem sich gewählte Vertreter der Elternschaft beteiligen können (zu gleichen Teilen Vertreter des Trägers, gewählte Eltern und gewählte Beschäftigte), denn hier gibt es die Möglichkeit, über alle Fragen zu beraten und abzustimmen.

Die **Resonanz der Mitarbeiter** der Kindertagesstätten auf gesundheitsförderliche Aspekte ist insgesamt sehr positiv. Das Thema Gesundheitsförderung ist in den Einrichtungen präsent. Einige Erzieher können bereits Erfahrungen mit Projekten zur Gesundheitsförderung vorweisen oder sie haben sich mit ihrer Einrichtung als „Bewegungskindergarten“ oder als „ökologischer Kindergarten“ qualifiziert. Anhand dieser Erhebung konnte jedoch auch nachgewiesen werden, dass sich Ansätze und Konzeptionen wiederfinden, die eher der Vermittlung von Gesundheitswissen zuzuordnen sind, ebenso wie Ansätze der medizinischen Prophylaxe oder eben der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta. Im Mittelpunkt stehen immer noch Einzelprojekte, bei denen keine Nachhaltigkeit gesichert werden kann.

Praktisch bedeutsam sind die Befunde insofern als weiterführende Grundlage bei der Konzeption einer als ganzheitlich zu verstehenden Gesundheitsförderung des Settings Kindertagesstätte unter Einbeziehung aller Akteure.

Auf Basis dieser Arbeit kann die **Empfehlung** ausgesprochen werden, die durchgeführte Befragung der Kitas in Berlin Mitte fortzuführen, um die Gesundheitsförderung in den Kitas weiter im Auge zu behalten. Anzuraten ist, dass der Fragebogen immer in einen Teil mit gleich bleibenden Fragen und einen Teil mit sich ändernden Spezialfragen gegliedert wird. Damit lassen sich sowohl die Veränderungen in der Gesundheitsförderung, bei den Problemen und dem Bedarf als auch die Wirkungen gezielter Aktionen analysieren.

Weiterhin könnte ein weiterführender Forschungsansatz darin bestehen, die Befragung auf ganz Berlin auszuweiten, um mehr Kitas einzubeziehen und insbesondere Unterschiede in den Berliner Bezirken zu verdeutlichen.

## Literaturverzeichnis

AID - Der Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucherschutz e. V. (2009), Kinderbewegungspyramide, verfügbar unter: [http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrung\\_bewegung\\_kinderbewegungspyramide.php](http://www.aid.de/ernaehrung/ernaehrung_bewegung_kinderbewegungspyramide.php) [Zugriff: 23.10.2011]

Alexy U.; Clausen, K.; Kersting, M. (2009), Kinderernährung Aktuell, Fachbuchreihe der Ernährungsumschau, Sulzbach, Umschau Zeitschriftenverlag GmbH, S. 29 - 46

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (AGOLJB) (2005), Kinder und Gesundheit – Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe, in: Jugendministerkonferenz (2005): TOP 7 Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe, München, verfügbar unter: <http://www.agj.de/pdf/5-6/TOP7.pdf> [Zugriff: 21.11.2011]

Balluseck, Hilde von (2009), ErzieherIn.de, Das Portal für die Frühpädagogik, Zusammenarbeit mit den Eltern, verfügbar unter: <http://www.erzieherin.de/zusammenarbeit-mit-eltern.php> [Zugriff 24.10.2011]

Bezirksamt Mitte von Berlin (Hrsg.) (2010), Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung, Band 11, Zahngesundheit der Kinder im Bezirk Berlin Mitte, Spezialbericht, Berlin, Bezirksamt Mitte von Berlin

Bezirksamt Mitte von Berlin (2011), Das offizielle Hauptstadtportal, Berlin, verfügbar unter: <http://www.berlin.de/ba-mitte/bezirk/daten/flaechennutzung.html> [Zugriff 11.01.2012]

Bitzer, E.M.; Walter, U.; Lingner, H.; Schwartz, F.W. (2009), Kindergesundheit stärken, Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung, Wissenschaftliche Reihe der GEK, Springer Verlag, S. 296

Bös, K.; Oberger, J.; Opper, E.; Romahn, N.; Wagner, M.; Worth, A. (Hrsg.) (2006), Motorik-Modul: Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen, Baden-Baden, Nomos-Verlag, S. 16 - 22

Bronfenbrenner, U. (1976), Ökologische Sozialisationsforschung, Klett, Stuttgart

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2005), Zwölfter Kinder- und Jugendbericht, Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder und Jugendhilfe in Deutschland, Berlin, BMFSFJ

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2010), In Form, Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, Der nationale Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, Berlin, Bundesministerium für Gesundheit

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1998), GESUNDHEIT VON KINDERN –Epidemiologische Grundlagen-, Band 3, Köln

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2011), Kindergesundheit-info.de, Köln, verfügbar unter: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/ernaehrung0/ernaehrung4/kindgerechte-ernaehrungserziehung/> [Zugriff 13.11.2011]

Butler, J., (2011), Qualitätssicherung, Planung und Koordination, Migration und Gesundheit im Bezirk Berlin Mitte, Gesundheitliche und soziale Lage der Bevölkerung unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes, Beiträge zur Gesundheitsförderung, Band 17, In: Bezirksamt Mitte von Berlin Abteilung Gesundheit (Hrsg.), Berlin, Bezirksamt Mitte von Berlin

Ceglarek, P.; Wulsch, I.; Frenzel, T. & Ihle, W. (2006), Gesundheitsförderung in Brandenburger Kindertagesstätten-eine Bestandsaufnahme. Potsdam, Universitätsverlag

Deutsches Rotes Kreuz (2011), Kindertagesstätten, OptimiX – die Basis einer kindgerechten Ernährung, DRK-KV Harburg-Land- e.V., verfügbar unter: <http://drk-kita-leitung.drk-lkharburg.de/konzepte/ernaehrungskonzept/optimix---die-basis-einer-kindgerechten-ernaehrung/> [Zugriff 15.10.2011]

Erath, P., Sandner, E. (2007), Unternehmen Kita, Wie Teams unter veränderten Rahmenbedingungen erfolgreich handeln, München, Don Bosco Verlag

Fahrmeir, Künstler, Pgeot, Tutz (2004), „Statistik“, Der Weg zur Datenanalyse, 5. Auflage, Berlin Heidelberg, Springer Verlag, S. 28

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung, ISB (2011), Gesundheit-und-Schule.info, OptimiX, verfügbar unter: [http://www.gesundheit-und-schule.info/userimages/optimix\\_0.jpg](http://www.gesundheit-und-schule.info/userimages/optimix_0.jpg) [Zugriff 15.10.2011]

Greine, R.; Fehring, M. (2005), Gesunde Bildung, ALS-Studio-Reihe 783, Dietzenbach, ALS Verlag, S. 10 - 12

Greine, R. (2003), Wohlfühloasen in Kindertageseinrichtungen, Weinheim, Basel, Berlin, Beltz Verlag

Hemmerling, A. (2007), Der Kindergarten als Bildungsinstitution, Hintergründe und Perspektiven, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften

Hölling, H. & Schlack, R. (2007), Essstörungen im Kindes- und Jugendalter, Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz , 50:794–799

Hurrelmann, K. (2004), Wie gesund sind unsere Kinder und welchen Einfluss hat die Kita? Ansätze zur Gesundheitsförderung im Kindergarten, In Bereich der 3. Niedersächsischen Fachtagung Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und Hort Zukunft Kita, Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit

KindergartenExperte.de (2008), Informationsportal, verfügbar unter: <http://www.kindergartenexperte.de/infos-fuer-erzieherinnen/zusatzqualifikationen/> [Zugriff 08.11.2011]

Kita.de (2011), Online-Portal für Eltern, Erzieher und Kita-Personal, verfügbar unter: <http://www.kita.de/wissen/kindertagesbetreuung/index.html> [Zugriff 03.11.2011]

Kliche, T.; Gesell, S.; Nyenhuis, N.; Bodansky, A.; Deu, A., Linde, K., et al. (2008), Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten, Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen, München, Juventa

Kurth, B.-M.; Bergmann, K.E.; Dippelhofer, A.; Hölling, H.; Kamptsiuris, P.; Thefeld, W. (2002), Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden, In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz., 45: 852-858

Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A., (2007), Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutzblatt, 50: 736-743

Lampert, T. (2008), Soziale Lage und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse der KiGGS-Studie, Folie 26, In: Robert Koch Institut (Hrsg.), verfügbar unter: [http://www.bfr.bund.de/cm/343/soziale\\_lage\\_und\\_gesundheit\\_von\\_kindern\\_und\\_jugendlichen.pdf](http://www.bfr.bund.de/cm/343/soziale_lage_und_gesundheit_von_kindern_und_jugendlichen.pdf) [Zugriff 23.10.2011]

Lampert, T.; Mensink, G.B.M.; Romahn, N. & Woll, A. (2007), Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50: 634-642

Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Hrsg.) (2011), settingbezogene Handlungsfelder, verfügbar unter: <http://www.lvg-mv.de/projekte/audit-gesunde-kita.html> [Zugriff 15.10.2011]

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) (2011), verfügbar unter: [http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Leitfaden\\_Gesunde\\_Kita\\_fuer\\_alle\\_web.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/images/stories/PDFs/Leitfaden_Gesunde_Kita_fuer_alle_web.pdf) [Zugriff 23.10.2011]

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (Hrsg.) (2011), verfügbar unter: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/arbeitschwerpunkte-lvg/erziehung-und-bildung/34-gesundheitsziele> [Zugriff 23.10.2011]

Mensink, G.B.M.; Bauch, A.; Vohmann, C.; Stahl, A.; Six, J.; Kohler, S.; Fischer, J. & Heseke, H. (2007), EsKiMo-Das Ernährungsmodul im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS), In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50: 902-908

Oberwöhrmann, S. & Bettge, S. (2007), Spezialbericht 2007-1, Basisdaten zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern in Berlin, Ergebnisse auf der Basis der Einschulungsuntersuchungen 2005, In: Senatsverwaltung für Gesundheit (Hrsg.), Berlin, Umwelt und Verbraucherschutz

Ravens-Sieberer, U.; Wille, N. & Settertobulte, W. (2007), Was fördert das gesunde Aufwachsen von Kindern in Familien? Kurzbericht zur Studie. Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften, verfügbar unter:  
<http://asset1.stern.de/media/old/media/pdf/studie.pdf> [Zugriff 29.10.2011]

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2008), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), Berlin, verfügbar unter:  
[http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS\\_SVR,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS\\_SVR.pdf](http://www.rki.de/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_SVR,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/KiGGS_SVR.pdf) [Zugriff 23.10.2011]

Robert Koch Institut (Hrsg.) (2006), Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen, Berlin, verfügbar unter:  
[http://www.rki.de/cln\\_226/nn\\_197536/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/KIGGS-Symposium\\_\\_250906\\_\\_Abstracts.html#doc197220bodyText5](http://www.rki.de/cln_226/nn_197536/DE/Content/Service/Presse/Pressetermine/KIGGS-Symposium__250906__Abstracts.html#doc197220bodyText5) [Zugriff 03.10.2011]

Schubert, I. & Horch, K. (2004), Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Berlin, verfügbar unter:  
[http://www.rki.de/cln\\_226/nn\\_196348/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit\\_\\_von\\_\\_kinder\\_\\_und\\_\\_jugendlichen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheit\\_von\\_kinder\\_und\\_jugendlichen.pdf](http://www.rki.de/cln_226/nn_196348/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/gesundheit__von__kinder__und__jugendlichen,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gesundheit_von_kinder_und_jugendlichen.pdf) [Zugriff 15.10.2011]

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport Berlin (Hrsg.) (2010), Berliner Bildungsprogramm. Für die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen bis zu ihrem Schuleintritt, Berlin, Verlag das Netz

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (Hrsg.) (2008), Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt (Hrsg): Gesundheitsberichterstattung

Spezialbericht 2008-2, Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse der HBSC-Studie, Berlin Hamburg, Verlag Dr. Kovač

Seithe M. (2012), Schwarzbuch Soziale Arbeit, 2., erweiterte Auflage, Springer Fachmedien Wiesbaden, VS-Verlag

SpringerMedizin.at (2011), Kinder und Jugendheilkunde, Springer Verlag, verfügbar unter: <http://www.springermedizin.at/artikel/22964-kleinkind-ernaehrung-heute> [Zugriff 05.10.2011]

Textor, M. R. (o.J.), Kindergartenpädagogik, Bildung/Erziehung/Betreuung, Gesundheitserziehung, Online-Handbuch, Würzburg, verfügbar unter: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/945.html> [Zugriff 28.10.2011]

Thyen, U. (2007), Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003-2006 - ein Meilenstein für die Kinder und Jugendmedizin in Deutschland, In: Robert Koch Institut (Hrsg.), Bundesgesundheitsblatt -Gesundheitsforschung -Gesundheitsschutz 50(5-6): 529-30

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2007), Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse der bundesweiten Pilotstudie, Köln, S. 2,3, verfügbar unter: <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/Bericht%20Experten%20Kita.pdf> [Zugriff 23.10.2011]

## A. Anhang

### A.1 Anschreiben für die Kita-Leitung

Bezirksamt Mitte von Berlin  
Abteilung Gesundheit  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination



Bezirksamt Mitte von Berlin, D-13341 Berlin (nur Postanschrift)

An  
Kita-Leiterin /Leiter

Geschäftszeichen: (bitte immer angeben)

QPK 5

Bearbeiter: Herr Butler

Dienstgebäude:

Mathilde-Jacob-Platz 1

10551 Berlin

Zimmer 209

Telefon: (030) 9018 32575

Fax: (030) 9018 488 32575

Email: [jaffrey.butler@ba-mitte.verwa-t-berlin.de](mailto:jaffrey.butler@ba-mitte.verwa-t-berlin.de)

Datum: 05. Mai 2010

#### Befragung zu gesundheitsbezogenen Aktivitäten in den Kindertagesstätten Berlin-Mitte

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Bezirk Mitte strebt an, im Rahmen der Entwicklung bezirklicher Gesundheitsziele einen Schwerpunkt auf Kindergesundheit zu setzen. In diesem Zusammenhang kommt selbstverständlich der Frage große Bedeutung zu, wie gesundheitliche Themen zurzeit im Kita-Alltag behandelt werden und welche Unterstützung sich die Kitas hierzu wünschen würden.

Aus diesem Grund beabsichtigen wir eine Befragung aller Kitas im Bezirk Mitte durchzuführen. Ziel dieser Befragung ist es, einen Überblick zu erhalten, was für gesundheitsbezogene Maßnahmen und Aktivitäten zurzeit bereits in Kindertagesstätten zur Anwendung kommen, aber auch, welche gesundheitlichen Problemschwerpunkte und welcher Unterstützungsbedarf dort bestehen – nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Erzieher/innen selbst.

Wir bitten Sie daher, den Fragebogen für Ihre Einrichtung als Ganzes zu beantworten und den ausgefüllten Bogen im beigefügten Umschlag an uns zurückschicken. Die von Ihnen enthaltenen Daten werden ausschließlich innerhalb unserer Dienststelle verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Aus den Auswertungen der Befragung werden sich keine Rückschlüsse auf die Identität einzelner Kitas ziehen lassen. Die Befragung ist mit den zuständigen Stellen im Bezirk sowie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz abgestimmt worden. Dem Träger Ihrer Einrichtung ist unser Anliegen mitgeteilt worden.

Berlin Mitte



**Für eine Rücksendung des Bogens bis zum 21.05.2010 wären wir Ihnen sehr dankbar. Sollten Sie noch Rückfragen haben, steht Ihnen Frau Klaube unter der Rufnummer 9018-32571 gerne zur Verfügung.**

Mit freundlichem Gruß und vielem Dank im Voraus,



Jeffrey Butler

P.S. Sofern uns eine E-Mail-Adresse von Ihnen vorliegt, haben wir Ihnen den Fragebogen parallel auch bereits per E-Mail zugesandt, sodass Sie sich entscheiden können, ob Sie die Beantwortung lieber in elektronischer oder in Papierform vornehmen möchten.

Hinweis für alle Kitas, die zurzeit am Projekt „Kitas bewegen“ teilnehmen

Uns ist bekannt, dass für Sie als Teilnehmerkita am Projekt „Kitas bewegen!“ demnächst noch eine weitere Befragung durch die „Vernetzungsstelle Schulverpflegung Berlin“ ansteht. Natürlich müssen Befragungen im zumutbaren Rahmen bleiben. Sollte Ihnen also die Beantwortung mehrerer Bögen kurz hintereinander zu aufwändig sein, treten wir zurück: Verzichten Sie bitte auf die Ausfüllung unseres Bogens und kommen lieber dem Anliegen der „Vernetzungsstelle“ nach. Wir haben hierfür Verständnis und möchten dem Projekt „Kitas bewegen!“ mit unserer Befragung nicht hinderlich sein.

## A.2 Anschreiben für die Träger/Vereine

Bezirksamt Mitte von Berlin  
Abteilung Gesundheit  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination



Bezirksamt Mitte von Berlin, D-10341 Berlin (nur Postanschrift)

TRÄGER

oder

VEREIN

Geschäftszeichen: (bitte immer angeben)

QPK 5

Bearbeiter: Herr Butler

Dienstgebäude:

Mathilde-Jacob-Platz 1

10551 Berlin

Zimmer 209

Telefon: (030) 9018 32575

Fax: (030) 9018 488 32575

Email: jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de

Datum: 05. Mai 2010

### Befragung zu gesundheitsbezogenen Aktivitäten in den Kindertagesstätten Berlin-Mitte

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Bezirk Mitte strebt an, im Rahmen der Entwicklung bezirklicher Gesundheitsziele einen Schwerpunkt auf Kindergesundheit zu setzen. In diesem Zusammenhang kommt selbstverständlich der Frage große Bedeutung zu, wie gesundheitliche Themen zurzeit im Kita-Alltag behandelt werden und welche Unterstützung sich die Kitas hierzu wünschen würden.

Aus diesem Grund beabsichtigen wir eine Befragung aller Kitas im Bezirk Mitte durchzuführen. Ziel dieser Befragung ist es, einen Überblick zu erhalten, was für gesundheitsbezogene Maßnahmen und Aktivitäten zurzeit bereits in Kindertagesstätten zur Anwendung kommen, aber auch, welche gesundheitlichen Problemschwerpunkte und welcher Unterstützungsbedarf dort bestehen – nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Erzieher/innen selbst.

Die Kitas erhalten den Fragebogen dieser Tage zugesandt. Gleichzeitig möchten wir Ihnen als Träger den Bogen ebenfalls zur Kenntnis übersenden. Die enthaltenen Daten im Fragebogen werden ausschließlich innerhalb unserer Dienststelle verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Aus den Auswertungen der Befragung werden sich keine Rückschlüsse auf die Identität einzelner Kitas ziehen lassen. Die Befragung ist mit den zuständigen Stellen im Bezirk sowie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz abgestimmt worden.

Sollten Sie noch Rückfragen haben, steht Ihnen Frau Klaupe unter der Rufnummer 9018-32571 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichem Gruß und vielem Dank im Voraus,

Jeffrey Butler

Verkehrsverbindungen:

U 9 Turmstraße

145, TXL



für Behinderte:

Eingang Mathilde-  
Jacob-Platz

Zahlungen (bitte bargeldlos) an die Bezirkskasse Mitte

Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
-------------	--------------	--------------

850 530 102	Postbank	100 100 00
-------------	----------	------------

100 015 26	LZB	100 000 00
------------	-----	------------

### A.3 Fragebogen der vorliegenden Arbeit

Fragebogen  
zur Erhebung von gesundheitsbezogenen Aktivitäten  
in Kindertagesstätten in Berlin-Mitte

Name + Anschrift der Einrichtung

ausgefüllt durch Leiter/in:  ja  nein

Die Daten, die wir von Ihnen enthaltenen, werden ausschließlich innerhalb dieser Dienststelle verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Aus unserer Auswertung Ihrer Antworten werden sich keine Rückschlüsse auf die Identität der befragten Kitas ziehen lassen. Dieses Verfahren wurde mit der Berliner Datenschutzbehörde abgestimmt (Vorgangnummer 54.3201). Falls Sie mehr Platz für die Beantwortung einiger Fragen brauchen, können Sie auch ein Beiblatt dem Fragebogen zulegen.

1. **Angaben zu Ihrer Einrichtung:**

Anzahl der Kinder insgesamt \_\_\_\_\_

Anteil der Kinder, in deren Familie nicht überwiegend Deutsch gesprochen wird:

ca. 0 - 20%     ca. 20 - 40%     ca. 40 - 80%     ca. 80 - 100%

Was sind die überwiegenden Sprachgruppen bei den Kindern nichtdeutscher Herkunft?

---

Altersgleiche Gruppen?     ja     nein     sowohl als auch

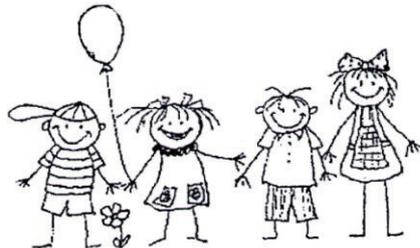
2. **Anzahl der Integrationskinder** \_\_\_\_\_

3. **Angaben zu den Erzieher/innen**

Anzahl der Erzieher/innen \_\_\_\_\_, davon \_\_\_\_\_ mit Migrationshintergrund

Welche Sprachen werden von den Erzieher/innen sehr gut bis gut gesprochen?

---



Verfügen einige der Erzieher/innen über gesundheitsrelevante Zusatzqualifikationen?

Zusatzqualifikation	Anzahl der Erzieher/innen	Zusatzqualifikation	Anzahl der Erzieher/innen
Erste Hilfe		Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in	
Diätassistent/in		Ernährungsberater/in	
Ergotherapeut(in)		Physiotherapeut(in)	
Kinderkrankenschwester(in)		Gymnastiklehrer(in)	
Yogaausbildung		Kinderpfleger(in)	
Heilpädagogische Förderung Behinderter		Fortbildung in Sucht-, Angst- oder Stressprävention	
Bewegungserziehung		Rückenschule	

**4. Wer bereitet das Mittagessen für Ihre Einrichtung vor?**

- die einrichtungseigene Küche
- die Küche einer anderen Kindertagesstätte
- eine Catering Firma
- die Eltern
- sonstige, und zwar \_\_\_\_\_.

**5. Wird das Angebot der Speisen anhand der „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) zubereitet?**

- ja       nein       weiß nicht       Hätten gern mehr Informationen

**6. Werden die Kinder mit eingebunden in die Zubereitung einer Mahlzeit?**

- ja, und zwar \_\_\_\_\_ Mal pro \_\_\_\_\_       nein

In welcher Weise?

\_\_\_\_\_

**7. Verfügt Ihre Kita über Flächen zur Bewegung? (Mehrfachnennungen möglich)**

- unsere Kita verfügt über einen extra Innenraum zum Toben und Spielen (ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>)
- zu unserer Kita gehört eine (umzäunte) Freifläche
- an unsere Kita grenzt eine Fläche, die benutzt werden darf (z.B. Hof)
- die nächste Bewegungsfläche ist durch einen Fußweg von ca. \_\_\_\_\_ Minuten zu erreichen
- Wir können eine nahegelegene Sporthalle nutzen und zwar

\_\_\_\_\_ Stunden pro \_\_\_\_\_

**8. Inwieweit nehmen Sie folgende gesundheitliche Belastungen und Probleme in Ihrer Kita wahr?**

<b>Gesundheitsprobleme</b>					
	großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
Zahnschäden	<input type="checkbox"/>				
starkes Übergewicht	<input type="checkbox"/>				
Untergewicht	<input type="checkbox"/>				
Allergien	<input type="checkbox"/>				
Motorische Defizite (Auge-Hand-Koordination, Schwierigkeiten beim Anziehen / Malen, Probleme beim Hüpfen, Balancieren, häufiges Fallenlassen von Gegenständen, Gleichgewichtsfähigkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizite etc.)	<input type="checkbox"/>				
Sprachdefizite (Spracharmut der deutschen Sprache/ geringer Wortschatz)	<input type="checkbox"/>				
<b>Psychosoziale Auffälligkeiten</b>					
	großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
überdurchschnittlich hohe Ängste / Depressivität im Vergleich zu Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>				
Hyperaktivität (extreme Unruhe, überschießende Impulsivität, hohe Ablenkbarkeit, Zappeln)	<input type="checkbox"/>				
Aggressivität	<input type="checkbox"/>				
Defizite in der sozialen Kompetenz wie Konflikt- und Kommunikationsunfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
<b>Belastungen aus dem Kita-Umfeld</b>					
Unfälle	<input type="checkbox"/>				
physische Einflussfaktoren wie z.B. Lärm oder Straßenverkehr, Schmutz	<input type="checkbox"/>				

**9. Welche gesundheitlichen Belastungen und Probleme nehmen Sie als Erzieher/innen auf sich selbst bezogen wahr?**

Gesundheitliches Problem der Erzieher	großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Schulter/Nacken Beschwerden oder Rückenschmerzen allgemein	<input type="checkbox"/>				
hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>				

Stress (Druck, Anspannung, Überforderung, Erschöpfung, Gereiztheit, Nervosität)	<input type="checkbox"/>				
Hörschäden	<input type="checkbox"/>				
Burn-Out Syndrom	<input type="checkbox"/>				
andere:.....	<input type="checkbox"/>				

**10. Nimmt Ihre Kita an einem oder mehreren der folgenden gesundheitsförderlichen Programme teil oder besteht jeweils Interesse an diesen Programmen?**

Programm	Hat teilgenommen	nimmt teil seit:	nicht bekannt	kein Interesse	Wir hätten gerne mehr Informationen
<b>Tigerkids</b> Adipositasprävention (Bewegung und Ernährung)	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Papilio</b> Vermindert Verhaltensprobleme und fördert grundlegende sozial-emotionale Kompetenzen	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fitness for Kids</b> Bewegungsspaß/ Bewegungserziehung	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Moabit macht mobil</b> Sicher und bewegt von Schule zu Hort	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Der kleine Stern</b> Lern-Erlebnis-Programm im Alter von 3 bis 7 Jahren	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kleine kommen ganz groß raus</b> spielerische Bewegungsangebote	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sigiki</b> Unfallvorbeugung / -verhütung	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ballschule Heidelberg</b> professionelle, entwicklungsgerechte Anfängerausbildung in den Ball-Sportspielen	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kitas bewegen</b> Verknüpfung/Förderung von Bewegung, Bildung u. Gesundheit	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rucksack Mütter</b> Sprachförderung	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wir singen Deutsch</b> Sprachförderung	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>andere:</b> .....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 11. Welche Aktivitäten zu den folgenden Themengebieten bieten Sie an?

	täglich	??x pro Woche	??x pro Monat	??x pro Jahr	gar nicht
<b>Zahn / Mundgesundheit</b>					
gemeinsames Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Verzehr von mitgebrachten Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Genauere Anweisungen zur zahngesunden Ernährung	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Spiele, Übungen, Verhaltensanleitungen zur richtigen Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Was führen Sie in diesem Bereich noch durch? .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Ernährung</b>					
Beteiligung der Kinder am Einkauf der Zutaten	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Kennenlernen von unterschiedlichen Lebensmitteln mit allen Sinnen (Schmecken, Tasten, Riechen)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Genauere Anweisungen zu einer ausgewogenen Ernährung	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst und Gemüse steht zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Was führen Sie in diesem Bereich noch durch? .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Bewegung</b>					
Intern angeleitetes Bewegungsangebot durch Erzieher/innen (z.B. Turnstunde)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Spiele / Übungen zur Koordination, Gleichgewicht, Wahrnehmungsförderung, Psychomotorik der Kinder	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
geplante Spiele in der Gruppe (Ballspiele, Fangen, Laufspiele usw.)	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Spaziergänge / Wanderungen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Was führen Sie in diesem Bereich noch durch? .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
<b>Sprachförderung</b>					
Geschichten erzählen / Vorlesen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Fest geplante Maßnahmen für Sprechübungen/spiele mit Lauten / Reimen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Singen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Theater spielen / Rollenspiele	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Was führen Sie in diesem Bereich noch durch? .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

	täglich	??x pro Woche	??x pro Monat	??x pro Jahr	gar nicht
<b>Psychische und soziale Kompetenzen der Kinder</b>					
Übungen zur Stressverminderung- und Entspannungsübungen für die Kinder	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Spiele und Übungen zum Umgang mit Aggressionen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Besprechung gemeinsamer Problemlösungen/ Konfliktbewältigung	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Anleitung zum Ausdruck von Gefühlen	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
angeleitete Rollenspiele	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>
Was führen Sie in diesem Bereich noch durch? .....	<input type="checkbox"/>	.....	.....	.....	<input type="checkbox"/>

**12. Sehen Sie noch Informations-, Schulungs- oder Angebotsbedarf in Ihrer Einrichtung zu folgenden Themen?**

<b>Kinder betreffend</b>			
	hoher Bedarf	Bedarf	kein Bedarf
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachforderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfgesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene / Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gesundheit / Starkung der Lebenskompetenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtpravention (z.B. TV, Computer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forderung sozialer Kompetenzen (z.B. Teamfahigkeit fordern, Konfliktlosung, Kommunikationsbereitschaft etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualerziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfallprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interkulturelle Kompetenz (Kennenlernen anderer Länder, mit Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen agieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkehrserziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zirkuspädagogik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Erzieher betreffend</b>			
Umgang mit Verdachtsfallen hinsichtlich Misshandlung oder Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung fur Erzieher/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung / Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interkulturelle Kompetenzen (eigene Kultur; kulturelle Fremdheit, kulturelle Filter; interkulturelle Kommunikation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit mit den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Was hinderte Sie bislang daran, Schritte zu unternehmen, den festgestellten Bedarf aus dem Fragebogenbereich 12 zu decken?**

Inwieweit behinderte dies Ihre Arbeit in diesem Bereich	sehr	etwas	eher nicht	gar nicht	weiß nicht
Zeitmangel	<input type="checkbox"/>				
Informationsmangel	<input type="checkbox"/>				
Die uns bekannten Angebote entsprechen nicht dem Bedarf	<input type="checkbox"/>				
Finanzierungsprobleme	<input type="checkbox"/>				
mangelnde Bereitschaft der Eltern	<input type="checkbox"/>				
Personalmangel	<input type="checkbox"/>				
sonstige Gründe: ..... .....	<input type="checkbox"/>				

**14. Wenn Sie Frage 13 im Auge haben: Was bräuchten Sie an Unterstützung, um solche Probleme zu mindern bzw. zu lösen?**

---



---



---

**15. Angaben zur Zusammenarbeit mit den Eltern**

Wann werden gesundheitsbezogene Themen mit den Eltern besprochen?	Wie oft wird dies gemacht?			Beteiligung der Eltern -prozentual-		
	häufig / regelmäßig	gelegentlich	selten / gar nicht	0 - 30%	30 - 60%	60 - 100%
Bei Elternabenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Elterntreffen (z.B. Eltern-Frühstück, Elterncafé etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kitaveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den individuellen Entwicklungsgesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Bring- und Abholsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem extra vereinbarten Gespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbunden mit einem Hausbesuch bei der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges, und zwar: ..... .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Haben Sie besonders erfolgreiche Strategien gefunden, um die Beteiligung von eher zurückhaltenden Eltern zu fördern? Wenn ja, welche?

---

---

---

---

17. Wo bestehen Ihrer Meinung nach Verbesserungsmöglichkeiten in der näheren Kitaumgebung?

---

---

---

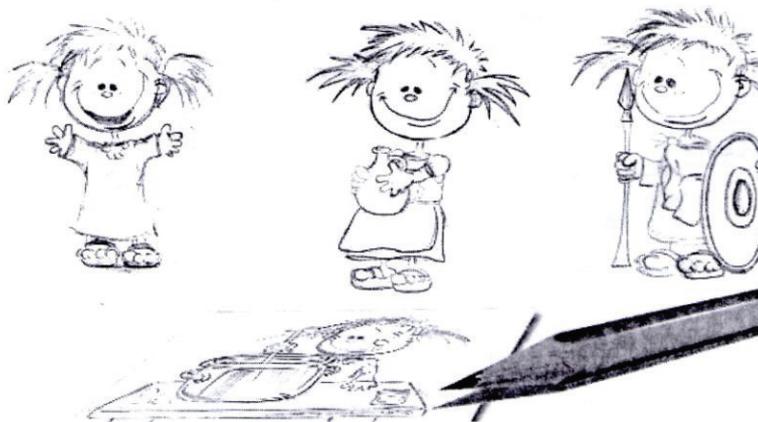
18. Haben Sie sonstige Anmerkungen?

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen !**



**Herausgeber:** Bezirksamt Mitte von Berlin  
Abteilung Gesundheit und Personal  
Qualitätsentwicklung, Planung, Koordination  
Mathilde-Jacob-Platz 1  
10551 Berlin

**Verantwortlich:** Jeffrey Butler  
Gesundheitsberichterstattung  
Telefon: 9018 32575  
[jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de](mailto:jeffrey.butler@ba-mitte.verwalt-berlin.de)

## A.4 Beschreibende Tabellen

**Tabelle A.1: Gruppierte Anzahl der Kinder in den Kitas (Fragebogen 1.) (Einfachantwort)**

	N	%
<= 20	28	27,5%
21 - 40	17	16,7%
41 - 60	16	15,7%
61 - 80	12	11,8%
81 - 100	5	4,9%
101 - 130	17	16,7%
131 +	7	6,9%
<b>Summe</b>	<b>102</b>	<b>100,0%</b>
Fehlend	3	2,9%
Gültig	102	97,1%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.2: Anteil der Kinder, in deren Familie nicht überwiegend Deutsch gesprochen wird (Fragebogen 1.) (Einfachantwort)**

	N	%
0 - 20%	33	32,7%
20 - 40%	17	16,8%
40 - 60%	18	17,8%
60 - 80%	21	20,8%
80 - 100%	12	11,9%
<b>Summe</b>	<b>101</b>	<b>100,0%</b>
Fehlend	4	3,8%
Gültig	101	96,2%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.3: Zusatzqualifikation der Erzieher (Fragebogen 3.) (Mehrfachantwort)**

	N	%
Erste Hilfe	90	85,7%
Heilpädagogische Förderung Behinderter	48	45,7%
Bewegungserziehung	36	34,3%
Kinderpfleger(in)	22	21,0%
Yogaausbildung	22	21,0%
Sucht-, Angst- und Stressprävention	16	15,2%
Rückenschule	7	6,7%
Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/in	4	3,8%
Ernährungsberater/in	4	3,8%
Diätassistent/in	2	1,9%
Ergotherapeut(in)	2	1,9%
Physiotherapeut(in)	1	1,0%
Gymnastiklehrer(in)	1	1,0%
Keine Angabe	6	5,7%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.4: Verpflegung nach DGE-Richtlinien (Fragebogen 5.) (Einfachantwort)**

	N	%
Ja	53	53,5%
Nein	10	10,1%
Weiß nicht	20	20,2%
Hätten gern mehr Infos	16	16,2%
<b>Summe</b>	<b>99</b>	<b>100,0%</b>
Fehlend	6	5,7%
Gültig	99	94,3%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.5: Eingebundenheit der Kinder in die Zubereitung der Mahlzeiten (Fragebogen 6.) (Einfachantwort)**

	N	%
Ja	60	58,8%
Nein	42	41,2%
<b>Summe</b>	<b>102</b>	<b>100,0%</b>
Fehlend	3	2,9%
Gültig	102	97,1%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	<b>100,0%</b>

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.6: Arten der Bewegungsflächen (Fragebogen 7.) (Mehrfachantwort)**

	N	%
Angrenzende Bewegungsfläche z.B. Hof	73	69,5%
Extra Innenraum zum Toben und Spielen	72	68,6%
Umzäunte Freifläche	64	61,0%
Möglichkeit der Sporthallennutzung	39	37,1%
Keine Angabe	0	0,0%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.7: Physische, motorische und sprachliche Defizite (Fragebogen 8.) (Blockauswertung)**

			großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Zahnschäden	104	1	10,6%	26,9%	46,2%	16,3%	0,0%
Starkes Übergewicht	104	1	0,0%	16,3%	46,2%	37,5%	0,0%
Untergewicht	102	3	0,0%	2,9%	43,1%	53,9%	0,0%
Allergien	103	2	1,9%	38,8%	47,6%	10,7%	1,0%
Motorische Defizite	103	2	8,7%	42,7%	40,8%	7,8%	0,0%
Sprachdefizite	104	1	26,9%	38,5%	24,0%	10,6%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.8: Psychosoziale Auffälligkeiten (Fragebogen 8.) Blockauswertung)**

			großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Ängste / Depressionen	100	5	1,0%	8,0%	51,0%	40,0%	0,0%
Hyperaktivität	101	4	8,9%	37,6%	38,6%	14,9%	0,0%
Aggressivität	98	7	4,1%	27,6%	51,0%	17,3%	0,0%
Defizite in der sozialen Kompetenz	99	6	9,1%	38,4%	35,4%	17,2%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.9: Belastungen aus dem Kita-Umfeld (Fragebogen 8.) (Blockauswertung)**

			großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Unfälle	101	4	0,0%	1,0%	64,4%	33,7%	1,0%
Physische Einflussfaktoren	103	2	4,9%	32,0%	35,9%	26,2%	1,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.10: Belastungen und Probleme der Erzieher (Fragebogen 9.) (Blockauswertung)**

			großes Problem	schon ein Problem	eher kein Problem	gar kein Problem	weiß nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Kopfschmerzen	99	6	10,1%	49,5%	31,3%	8,1%	1,0%
Schulter- / Nacken-Beschwerden	103	2	29,1%	56,3%	8,7%	4,9%	1,0%
Hoher Blutdruck	99	6	2,0%	25,3%	42,4%	24,2%	6,1%
Stress	102	3	16,7%	54,9%	21,6%	6,9%	0,0%
Hörschäden	100	5	6,0%	26,0%	40,0%	28,0%	0,0%
Burn-Out-Syndrom	96	9	6,3%	22,9%	39,6%	28,1%	3,1%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.11: Aktivitäten bzw. Programme (Fragebogen 10.) (Blockauswertung)**

			Hat teilgenommen	nicht bekannt	kein Interesse	Bitte mehr Infos
	N	Keine Angabe	%	%	%	%
Tigerkids	80	25	20,0%	32,5%	23,8%	23,8%
Papilio	75	30	0,0%	41,3%	14,7%	44,0%
Fitness for Kids	75	30	14,7%	26,7%	18,7%	40,0%
Moabit macht Mobil	65	40	1,5%	38,5%	40,0%	20,0%
Der kleine Stern	66	39	6,1%	37,9%	21,2%	34,8%
Kleine kommen ganz groß raus	70	35	5,7%	27,1%	10,0%	57,1%
Sigiki	66	39	13,6%	43,9%	19,7%	22,7%
Ballschule Heidelberg	65	40	0,0%	36,9%	35,4%	27,7%
Kitas bewegen	80	25	23,8%	18,8%	13,8%	43,8%
Rucksack Mütter	68	37	2,9%	30,9%	26,5%	39,7%
Wir singen Deutsch	65	40	0,0%	29,2%	32,3%	38,5%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.12: Zahn bzw. Mundgesundheit (Fragebogen 11.) (Blockauswertung)**

			täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Jahr	gar nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
gemeinsames Zähneputzen	104	1	97,1%	1,9%	1,0%	0,0%	0,0%
Verzehr von Süßigkeiten	96	9	3,1%	56,3%	40,6%	0,0%	0,0%
Anweisungen zur zahngesunden Ernährung	97	8	32,0%	59,8%	8,2%	0,0%	0,0%
Spiele / ungen / Verhaltensanleitungen zur richtigen Zahnpflege	100	5	42,0%	55,0%	3,0%	0,0%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.13: Ernährung (Fragebogen 11.) (Blockauswertung)**

			täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Jahr	gar nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Beteiligung der Kinder am Einkauf der Zutaten	92	13	1,1%	70,7%	28,3%	0,0%	0,0%
Kennenlernen von unterschiedlichen Lebensmitteln	99	6	39,4%	59,6%	1,0%	0,0%	0,0%
Anweisungen zu einer ausgewogenen Ernährung	88	17	30,7%	51,1%	18,2%	0,0%	0,0%
Frisches Obst/Gemüse	103	2	97,1%	1,9%	1,0%	0,0%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.14: Bewegung (Fragebogen 11.) (Blockauswertung)**

			täglich	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Jahr	gar nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
angeleitetes Bewegungsangebot	105	0	21,9%	74,3%	3,8%	0,0%	0,0%
Spiele / Übungen zur Koordinations-, Gleichgewichts-, Wahrnehmungsförderung, Psychomotorik	102	3	47,1%	52,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Spiele in der Gruppe	101	4	40,6%	56,4%	3,0%	0,0%	0,0%
Spaziergänge / Wanderungen	102	3	30,4%	69,6%	0,0%	0,0%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.15: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kinder (Fragebogen 12.) (Blockauswertung)**

			hoher Bedarf	Bedarf	kein Bedarf
	N	Keine Angabe	%	%	%
Ernährung	92	13	4,3%	37,0%	58,7%
Bewegungsförderung	93	12	9,7%	45,2%	45,2%
Psychomotorik	90	15	13,3%	56,7%	30,0%
Sprachförderung	95	10	18,9%	33,7%	47,4%
Impfgesundheit	88	17	1,1%	22,7%	76,1%
Hygiene / Sauberkeit	89	16	,0%	22,5%	77,5%
Psychische Gesundheit / Stärkung der Lebenskompetenzen	90	15	5,6%	58,9%	35,6%
Suchtprävention	91	14	7,7%	34,1%	58,2%
Förderung sozialer Kompetenzen	94	11	11,7%	58,5%	29,8%
Sexualerziehung	91	14	3,3%	50,5%	46,2%
Unfallprävention	91	14	2,2%	46,2%	51,6%
interkulturelle Kompetenz	92	13	5,4%	45,7%	48,9%
Verkehrserziehung	94	11	7,4%	47,9%	44,7%
Zirkuspädagogik	82	23	3,7%	35,4%	61,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.16: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Erzieher (Fragebogen 12.) (Blockauswertung)**

			hoher Bedarf	Bedarf	kein Bedarf
	N	Keine Angabe	%	%	%
Umgang mit Verdachtsfällen hinsichtlich Misshandlung oder Missbrauch	97	8	19,6%	50,5%	29,9%
gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung für Erzieher/innen	96	9	21,9%	51,0%	27,1%
Entspannung / Stressbewältigung	101	4	28,7%	56,4%	14,9%
Interkulturelle Kompetenzen	91	14	9,9%	48,4%	41,8%
Zusammenarbeit mit den Eltern	96	9	8,3%	50,0%	41,7%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.17: Intensität des Hinderungsgrundes um den Bedarf zu decken (Fragebogen 13.) (Blockauswertung)**

			sehr	etwas	eher nicht	gar nicht	weiß nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%	%	%
Informationsmangel	83	22	6,0%	36,1%	42,2%	14,5%	1,2%
Die uns bekannten Angebote entsprechen nicht dem Bedarf	73	32	8,2%	30,1%	42,5%	9,6%	9,6%
Finanzierungsprobleme	86	19	33,7%	26,7%	26,7%	11,6%	1,2%
mangelnde Bereitschaft der Eltern	82	23	26,8%	31,7%	24,4%	17,1%	0,0%
Personalmangel	83	22	48,2%	30,1%	15,7%	6,0%	0,0%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.18: Unterstützungsbedarf / -wünsche (Fragebogen 14.) (offene Frage)**

	N	%
mehr Personal	35	33.3%
besseres Zeitmanagement / mehr Zeit	27	25.7%
finanzielle Unterstützungen	21	20.0%
mehr Fortbildungen / Infomaterial	19	18.1%
externe Beratung	10	9.5%
Änderung der Gruppengröße	5	4.8%
mehr Raumangebot	4	3.8%
berufliche Qualifikation	3	2.9%
Elternberatungen	3	2.9%
Evaluation	1	1.0%
Reihenuntersuchungen	1	1.0%
<b>Gesamt</b>	<b>105</b>	

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.19: Zusammenarbeit mit den Eltern – Anlässe (Fragebogen 15.) (Blockauswertung)**

			häufig	gelegentlich	selten / gar nicht
	N	Keine Angabe	%	%	%
Bei Elternabenden	105	0	49,5%	45,7%	4,8%
Bei Elterntreffen (z.B. Elternfrühstück- / café etc.)	94	11	26,6%	35,1%	38,3%
Bei Kitaveranstaltungen	98	7	14,3%	54,1%	31,6%
Bei den individuellen Entwicklungsgesprächen	105	0	76,2%	21,9%	1,9%
In der Bring- und Abholsituation	104	1	41,3%	50,0%	8,7%
In einem extra vereinbarten Gespräch	94	11	27,7%	51,1%	21,3%
Verbunden mit einem Hausbesuch bei der Familie	95	10	4,2%	8,4%	87,4%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

**Tabelle A.20: Zusammenarbeit mit den Eltern – Beteiligung der Eltern (Fragebogen 15.) (Blockauswertung)**

			0-30%	30-60%	60-100%
	N	Keine Angabe	%	%	%
Bei Elternabenden	98	7	13,3%	53,1%	33,7%
Bei Elterntreffen (z.B. Elternfrühstück- / café etc.)	76	29	32,9%	36,8%	30,3%
Bei Kitaveranstaltungen	85	20	14,1%	29,4%	56,5%
Bei den individuellen Entwicklungsgesprächen	86	19	3,5%	10,5%	86,0%
In der Bring- und Abholsituation	69	36	10,1%	15,9%	73,9%
In einem extra vereinbarten Gespräch	69	36	21,7%	11,6%	66,7%
Verbunden mit einem Hausbesuch bei der Familie	64	41	82,8%	0,0%	17,2%

Fallbasis: 105 Kitas aus Berlin Mitte

## A.5 Tabellen zur Darstellung von Zusammenhängen

**Tabelle A.21: Zusammenhang zwischen Zahnschäden und der Beteiligung der Kinder am Einkauf**

		Beteiligung Kinder Einkauf									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Zahnschäden	kein Problem	0	0,0%	34	53,1%	22	84,6%	0	0,0%	56	61,5%
	Problem	1	100,0%	30	46,9%	4	15,4%	0	0,0%	35	38,5%
	Gesamt	1	100,0%	64	100,0%	26	100,0%	0	0,0%	91	100,0%

**Tabelle A.22: Zusammenhang zwischen motorischen Defiziten und der Beteiligung der Kinder am Einkauf**

		Beteiligung Kinder Einkauf									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
motorische Defizite	kein Problem	0	0,0%	25	39,1%	19	76,0%	0	0,0%	44	48,9%
	Problem	1	100,0%	39	60,9%	6	24,0%	0	0,0%	46	51,1%
	Gesamt	1	100,0%	64	100,0%	25	100,0%	0	0,0%	90	100,0%

**Tabelle A.23: Zusammenhang zwischen Sprachdefiziten und der Beteiligung der Kinder am Einkauf**

		Beteiligung Kinder Einkauf									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sprachdefizite	kein Problem	0	0,0%	17	26,2%	14	56,0%	0	0,0%	31	34,1%
	Problem	1	100,0%	48	73,8%	11	44,0%	0	0,0%	60	65,9%
	Gesamt	1	100,0%	65	100,0%	25	100,0%	0	0,0%	91	100,0%

**Tabelle A.24: Zusammenhang zwischen Sprachdefiziten und Anweisungen zur ausgewogenen Ernährung**

		Anweisungen ausgewogene Ernährung									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sprachdefizite	kein Problem	4	14,8%	17	37,8%	8	50,0%	0	0,0%	29	33,0%
	Problem	23	85,2%	28	62,2%	8	50,0%	0	0,0%	59	67,0%
	Gesamt	27	100,0%	45	100,0%	16	100,0%	0	0,0%	88	100,0%

**Tabelle A.25: Zusammenhang zwischen Übergewicht und Spaziergänge / Wanderungen**

		Spaziergänge/Wanderungen									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Übergewicht	kein Problem	22	71,0%	63	90,0%	0	0,0%	0	0,0%	85	84,2%
	Problem	9	29,0%	7	10,0%	0	0,0%	0	0,0%	16	15,8%
	Gesamt	31	100,0%	70	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	101	100,0%

**Tabelle A.26: Zusammenhang zwischen motorischen Defiziten und dem angeleiteten Bewegungsangebot**

		angeleitetes Bewegungsangebot									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
motorische Defizite	kein Problem	15	68,2%	32	41,6%	3	75,0%	0	0,0%	50	48,5%
	Problem	7	31,8%	45	58,4%	1	25,0%	0	0,0%	53	51,5%
	Gesamt	22	100,0%	77	100,0%	4	100,0%	0	0,0%	103	100,0%

**Tabelle A.27: Zusammenhang zwischen Sprachdefiziten und den Spielen in der Gruppe**

		Spiele in der Gruppe									
		täglich		mehrmals pro Woche		mehrmals pro Monat		mehrmals im Jahr		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sprachdefizite	kein Problem	11	27,5%	21	36,8%	3	100,0%	0	0,0%	35	35,0%
	Problem	29	72,5%	36	63,2%	0	0,0%	0	0,0%	65	65,0%
	Gesamt	40	100,0%	57	100,0%	3	100,0%	0	0,0%	100	100,0%

**Tabelle A.28 Zusammenhang zwischen dem Übergewicht und der Beteiligung an einer Elternaktivität – Elternabende**

		Übergewicht					
		kein Problem		Problem		Gesamt	
		N	%	N	%	N	%
Elternabende	0-30%	8	9,9%	5	31,3%	13	13,4%
	30-60%	41	50,6%	11	68,8%	52	53,6%
	60-100%	32	39,5%	0	0,0%	32	33,0%
	Gesamt	81	100,0%	16	100,0%	97	100,0%

**Tabelle A.29: Informations-, Schulungs- und Angebotsbedarf der Kinder**

			1=hoher Bedarf	2=Bedarf	3=kein Bedarf
	N	kA	%	%	%
Ernährung	89	0	4,5%	34,8%	60,7%
Bewegungsförderung	89	0	7,9%	46,1%	46,1%

Wilcoxon-Test: Bewegungsförderung – Ernährung  
 p=0,011; pos. Ränge 28 (MW 20,5); neg. Ränge 12 (MW 20,5), Rangbindungen 49

## A.6 Tabellen der Test-Ergebnisse

**Tabelle A.30: Chi-Quadrat-Test mit dem gruppierten Gesundheitsproblem Übergewicht**

	Häufigkeit der Durchführung		Beteiligung der Eltern	
	N	P-Wert	N	P-Wert
Elternabende	104	0,375	97	0,001
Elternfrühstück- / café	94	0,129	76	0,261
Kitaveranstaltungen	97	0,758	84	0,275
Entwicklungsgespräche	104	1,000	85	0,642
Bring- und Abholsituation	103	0,788	68	1,000
vereinbartes Gespräch	94	0,063	69	0,122
Hausbesuche	94	0,641	63	0,187

**Tabelle A.31: Chi-Quadrat-Test zwischen gesundheitlichen Problemen und Ernährungsaktivitäten**

	Beteiligung Kinder Einkauf		Kennen lernen unterschiedl. Lebensmittel		Anweisungen ausgewogene Ernährung		Frisches Obst / Gemüse	
	N	P-Wert	N	P-Wert	N	P-Wert	N	P-Wert
Zahnschäden	91	0,004	98	0,797	87	0,459	102	0,292
Übergewicht	91	0,065	98	1,000	87	0,762	102	0,425
Untergewicht	89	1,000	96	0,183	85	1,000	100	1,000
Allergien	89	0,783	96	0,641	85	1,000	100	1,000
motorische Defizite	90	0,002	98	0,757	87	0,071	101	0,233
Sprachdefizite	91	0,012	99	0,517	88	0,036	102	1,000

**Tabelle A.32: Chi-Quadrat-Test zwischen gesundheitlichen Problemen und Bewegungsaktivitäten**

	angeleitetes Bewegungsangebot		Übungen zur Koordination		Spiele in der Gruppe		Spaziergänge / Wanderungen	
	N	P-Wert	N	P-Wert	N	P-Wert	N	P-Wert
Zahnschäden	104	0,487	101	0,682	100	0,556	101	0,825
Übergewicht	104	0,428	101	0,099	100	1,000	101	0,035
Untergewicht	102	0,225	99	1,000	98	1,000	99	1,000
Allergien	102	0,494	99	0,688	98	0,928	99	0,124
motorische Defizite	103	0,038	100	0,554	99	0,313	100	0,385
Sprachdefizite	104	0,190	101	0,528	100	0,038	101	0,649

**Tabelle A.33: Mann-Whitney-U-Test zwischen gesundheitlichen Problemen und der Anzahl der gesundheitsfördernden Programme**

	Problem / kein Problem	N	Mittlere Ränge	P-Wert
Zahnschäden	kein Problem	59	42,86	0,005
	Problem	37	57,50	
	Gesamt	96		
Übergewicht	kein Problem	80	47,05	0,198
	Problem	16	55,75	
	Gesamt	96		
Untergewicht	kein Problem	92	47,92	0,249
	Problem	2	28,00	
	Gesamt	94		
Allergien	kein Problem	55	47,87	0,860
	Problem	39	46,97	
	Gesamt	94		
motorische Defizite	kein Problem	43	39,41	0,002
	Problem	52	55,11	
	Gesamt	95		
Sprachdefizite	kein Problem	32	35,77	0,000
	Problem	64	54,87	
	Gesamt	96		

**Tabelle A.34: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung der Anzahl der Teilnahmen an gesundheitsfördernden Programmen in Kitas ohne und mit gesundheitlichen Problemen**

	Anzahl der Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen			
	kein Problem		Problem	
	N	P-Wert	N	P-Wert
Zahnschäden	59	0,000	37	0,000
Übergewicht	80	0,000	16	0,009
Untergewicht	92	0,000	2	
Allergien	55	0,000	39	0,000
motorische Defizite	43	0,000	52	0,000
Sprachdefizite	32	0,000	64	0,000

**Tabelle A.35: Chi-Quadrat-Test zwischen gesundheitlichen Problemen und der Ernährung nach DGE-Richtlinien**

	DGE-Richtlinien	
	N	P-Wert
Zahnschäden	63	0,485
Übergewicht	63	1,000
Untergewicht	61	0,303
Allergien	63	0,733
motorische Defizite	62	0,312
Sprachdefizite	63	0,474

**Tabelle A.36: Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung der Teilnahme / dem Interesse an gesundheitsfördernden Programmen und der Qualifikation der Erzieher**

	N	P-Wert
Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen	97	0,000
Teilnahme oder Interesse an gesundheitsfördernden Programmen	97	0,000
Qualifikation der Erzieher	99	0,018

**Tabelle A.37: Spearman-Korrelation Teilnahme / Interesse an gesundheitsfördernden Programmen mit der Zusatzqualifikation**

	Korrelation	P-Wert	N
Teilnahme an gesundheitsfördernden Programmen	0,020	0.847	93
Teilnahme oder Interesse an gesundheitsfördernden Programmen	0,100	0.341	93

---

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift