

Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden?

Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



**STÄDTEBAU-
FÖRDERUNG**

von Bund, Ländern und
Gemeinden



Senatsverwaltung
für Stadtentwicklung
und Umwelt

Aktionsräume 



Impressum

Projektabschlussbericht

Was heißt hier eigentlich gesund? Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden?
Ergebnisse der „Pilot-Wirkungsstudie zur Förderung von Gesundheits- und Bildungszielen für Kinder im Aktionsraum Plus Neukölln Nord“

Im Auftrag von

Bezirksamt Neukölln von Berlin

Abt. Jugend und Gesundheit – Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit

Gefördert durch:



Aktionsräume plus



Erstellt von

Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi)

Internationale Akademie Berlin für innovative Pädagogik, Psychologie und Ökonomie gGmbH (INA)

Erich-Steinfurth-Str. 7

10243 Berlin

www.beki-qualitaet.de

Autorinnen: Katrin Macha, Milena Hiller

mit Beiträgen von: Aileen Lukaschek

In Kooperation mit

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Friedrichstr. 231

10969 Berlin

www.gesundheitbb.de

mit Beiträgen von: Henrieke Franzen, Eric Brüggemann

Projektleitung

Dr. Christa Preissing (BeKi),

Andrea Möllmann-Bardak (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)

Berlin, Februar 2016

Inhalt

Impressum.....	2
Einleitung.....	5
Methodische Vorgehensweise	9
Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit.....	13
Bildung.....	13
Gesundheit	16

Teil A: Ergebnisse der Analyse
Herausforderungen für die Gesundheit von Kindern in Neukölln Nord
aus den verschiedenen Perspektiven

Ergebnisse der Analyse der Perspektive von Pädagog_innen:

Handeln im Spannungsfeld von Pädagogik und Gesundheitsförderung unter schwierigen

Bedingungen.....	22
Kitas als Chance und Ressource für Kindergesundheit	23
Bildungsanspruch versus Gesundheitsverständnis	25
Begrenzter Einfluss auf die Eltern	30
Der Sozialraum bietet schlechte Bedingungen für gesundes Aufwachsen	31

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Eltern:

Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer

Erwartungen und Umfeldbedingungen.....	33
Relevanz von Ernährung im Familienalltag	33
Subjektive Gesundheitsvorstellungen	34
Einschränkungen von Bewegungsmöglichkeiten	35
Fehlende Wahrnehmung der Kita als Gesundheitsakteur	35

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Kinder:

Was darf ich und was darf ich nicht? – Handlungsspielräume von fünf- und sechsjährigen Kindern in

Bezug auf Gesundheit in der Kita	38
Alltägliche Bedingungen in der Lebenswelt der Kinder	38
Handlungsspielräume und Beteiligung der Kinder.....	40
Wissen von Kindern über Gesundheit.....	42

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Netzwerkpartner_innen in der Präventionskette:

Herausforderungen der Vernetzung im Sozialraum – Möglichkeiten durch eine Stärkung der Rolle der

Kitas	43
Die Vernetzung im Sozialraum	43
Die Rolle der Kita im Sozialraum	47

Auswertung der medizinischen Daten der Kinder:

Auffälligkeiten und Defizite im Gesundheitszustand	50
--	----

Stichprobe und Methode	50
------------------------------	----

Teil B: Synopse

Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse anhand von Schlüsselthemen (Phänomenen),
die sich aus der Untersuchung ergeben

Bildung und Gesundheit treffen aufeinander	55
Exkurs: Ernährung und Essen	58
Partizipation von Kindern	60
Diversitätsbewusstsein.....	65
Sozialraum und Präventionskette – Rolle der Kita.....	68
Sprache und Verständigung	72

Teil C – Fazit

Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita – Zentrale Ergebnisse und Empfehlungen

Fazit - Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita.....	76
Externe Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention auswählen	76
Diversitätsbewusstsein.....	76
Gesundheit als Bildungsinhalt	77
Ernährung zum Thema machen – ein konkretes Beispiel	81
Ergebnisse und Empfehlungen der Studie im Überblick	83
Anhang	
Literaturliste	93
Tabellen	97

Einleitung

Was heißt hier eigentlich gesund? wurde in der vorliegenden Studie zu einer der zentralsten Fragen. Aus einem scheinbar klaren, oft gebrauchten und sofort verstandenen Begriff wurde nach und nach eine sehr differenzierte, soziokulturell eingebundene und unklare Geschichte. „Gesunde Kinder“ sind – das scheint erst mal aus allen Perspektiven und auch in unserem Alltagsverständnis klar – fröhlich, nicht krank, bewegungsfreudig, gut ernährt und haben Lust zu lernen. Doch was heißt das dann konkret, vielleicht mit Blick auf einzelne Kinder, die schlechte Zähne haben oder Übergewicht? Sind die „nicht gesund“? Und wo bleibt dabei der Blick auf die Ressourcen der Kinder?

Hier tauchten im Zuge der Studie immer wieder Fragezeichen auf: Viele beteiligte Akteur_innen, besonders auch in der Präventionskette in Neukölln, haben den Anspruch, sich mit Gesundheit in einem salutogenetischen Verständnis zu befassen, also das Kohärenzgefühl der Menschen im Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit in den Mittelpunkt der Auseinandersetzung zu rücken und umfassend wahrzunehmen, dass Gesundheit nicht nur körperlich ist, sondern genauso geistige und soziale Aspekte (WHO 1946) in sich trägt.

Kohärenz beschreibt dabei die Selbsteinschätzung der Betroffenen, einen Sinn darin zu erkennen, zu verstehen oder einordnen zu können, was passiert, sowie damit umgehen zu können (vgl. Salutogenese, S. 17). Diese Sichtweise entspricht dem ressourcenorientierten und positiven Herangehen, welches die Sicht der Pädagogik auf die Kinder prägt (BBP). Kinder können sich gesund entwickeln, wenn sie verstehen und beeinflussen, was passiert.

Hier treffen sich also die theoretischen Grundlagen im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Bildung und gehen eine produktive Verbindung ein.

In der Theorie haben die Akteur_innen diesem Gesundheitsverständnis zugestimmt und konnten dies plausibel darstellen. Jedoch blieb diese Darstellung auf der theoretischen Ebene, im praktischen, also insbesondere in der Beschreibung des Gesundheitszustandes der Kinder, die in dieser Studie einbezogen wurden, fehlte eine Übertragung des ressourcenorientierten Blicks auf das Kohärenzgefühl der Kinder und es wurden Defizite und Krankheitsaspekte als Hindernisse für eine gesunde Entwicklung angeführt.

Außerdem wurde deutlich, dass die genauen Zuschreibungen, was Gesundheit oder Gesundsein ausmacht, sehr variieren, je nach Gesprächspartner_in: Manche Eltern beschrieben, dass für sie insbesondere ein guter Appetit der Kinder ein wichtiges Kennzeichen von Gesundheit ist. Manche Pädagog_innen lassen erkennen, dass sie mit ihren persönlichen Maßstäben für Gesundheit die Gesundheit der Kinder beurteilen, Netzwerkpartner_innen und auch die medizinischen Daten zeigen eine überwiegend problemorientierte, pathogenetische Sicht auf die Kinder. Die Kinder selbst scheinen noch kein Konzept von Gesundheit formulieren zu können.

Im vorliegenden Bericht werden diese verschiedenen Sichtweisen auf die Gesundheit von Kindern vorgestellt – und machen deutlich, dass der Begriff in seiner Umsetzung und Übertragung auf konkrete Menschen soziokulturell geprägt ist und in der Anwendung im Alltag verschieden verstanden wird.

Und wie können Kinder in ihrem Gesundsein gestärkt werden?

Der zweite wichtige Themenkomplex dieser Studie setzt an der Unklarheit über den Begriff „Gesundheit“ an und fokussiert die Entwicklungs- und Lernprozesse von Kindern bzw. wie Erwachsene die Kinder in ihrem Gesundsein stärken und fördern können. Auch hier ist die theoretische Definition von „lernen“ und „Bildung“ klar beschrieben. Analog zum Berliner

Bildungsprogramm lernen Kinder, wenn sie sich engagiert und über einen längeren Zeitraum mit einem Thema beschäftigen können (vgl. Bildung, 13ff). In klassischen pädagogischen Lernsettings (wie Unterstützung bei der Sprachentwicklung, Bauen und Konstruieren oder Naturerkundung) haben die Pädagog_innen dieses Verständnis gut internalisiert und sind von Netzwerkpartner_innen und Eltern als Expert_innen für Bildungsprozesse von Kindern anerkannt.

Aber das Lernen von Gesundheitsthemen und Gesundsein stellt eine Herausforderung dar und die Konzepte, die angewendet werden, vernachlässigen wichtige pädagogische Grundlagen wie die Beteiligung der Kinder, die Berücksichtigung der Interessen und Themen der Kinder und bleiben bei einem althergebrachten oftmals trainingsorientierten Vorgehen, um Kindern gesundes Handeln „beizubringen“. Die in der Studie befragten Kinder zeigen deutlich, dass ihnen dabei der Sinnzusammenhang fehlt; sie können nicht beschreiben, was diese Trainingsmaßnahmen für sie bedeuten. Viel passender sind Aktivitäten, Gespräche und Maßnahmen, an denen die Kinder mit Kopf, Herz und Hand beteiligt sind.

Die Erkenntnis aus der Studie ist also, dass Kinder lernen können, gesund zu sein, wenn sie mit ihren Fragen und unter Berücksichtigung ihrer vielfältigen Lebensbedingungen bei ihren Entwicklungsprozessen unterstützt werden. Dazu braucht es eine radikale Orientierung an den Ressourcen der Kinder und Familien und die ständige Suche nach der „richtigen“ Unterstützung des kindlichen Kohärenzgefühls. Im Konzept der „frühkindlichen Gesundheitsbildung“ (vgl. Fazit, S. 76) werden die Erkenntnisse der Studie zu Gesundheit und Bildung überführt in praktisches Handeln.

Aufbau der Studie

Die „Kombination“ der Aspekte Bildung und Gesundheit wird auch in der Zusammensetzung des Forschungsteams deutlich: Die Studie wurde von 2013 bis 2015 durchgeführt als Kooperationsprojekt vom Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) an der Internationalen Akademie Berlin gGmbH und Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.. Dadurch können das Wissen und die Sichtweisen der beiden Bereiche genutzt und zusammengeführt werden.

Die Studie ist entsprechend der differenzierten Zielebenen mehrperspektivisch angelegt und nutzt einen Mix aus qualitativen und quantitativen Methoden der Sozialforschung. An fünf Kita-Standorten in Neukölln Nord konnten die beteiligten Akteursgruppen gefunden und befragt werden. Dabei wurden folgende Perspektiven mit angemessenen Methoden eingeholt:

- Fokusgruppen mit Eltern in den fünf Kitas (durch BeKi)
- Fokusgruppen mit Pädagog_innen (Kita-Leiterinnen und Erzieher_innen) (durch BeKi)
- Experteninterviews mit Netzwerkpartner_innen der Präventionskette (durch Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
- Interviews mit Kindern in den fünf Kitas (durch Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.)
- Quantitative Auswertung der medizinischen Daten der Kinder aus dem Jahrgang 2009 (Reihenuntersuchung, „U-Untersuchungen“ der Kinderärzte, Einschulungsuntersuchungen, zahnmedizinische Untersuchungen) (durch BeKi)

Die Auswertung der Transskripte erfolgte qualitativ angelehnt an die Methode Grounded Theory.

Das Zustandekommen der Kontakte und die Unterstützung bei der Umsetzung der Fokusgruppen und Kinderinterviews sowie die Einwilligung in die Nutzung der medizinischen Daten sind maßgeblich auf das hohe Engagement der Kita-Leiterinnen und Erzieher_innen in den Kitas zurückzuführen. Sie

haben in ihrem Kontakt mit den Eltern und Kindern für unsere Studie geworben und so die teilweise hohe Beteiligung an der Studie erwirkt.

Wir möchten uns an dieser Stelle ausdrücklich bei den beteiligten Kitas für diese Unterstützung bedanken! Wir sind uns bewusst, dass unsere Studie und unser Anliegen eine zusätzliche Herausforderung im Kita-Alltag war, und wir hoffen, dass Sie unsere Erkenntnisse und Empfehlungen nutzen können, um in Ihren Kitas zu diskutieren und Anhaltspunkte für mögliche Entwicklungen zu erhalten.

Aufbau des Berichts

Der vorliegende Bericht stellt die Ergebnisse der Studie vor. In den einleitenden Kapiteln wird die methodische Vorgehensweise dargestellt, sowie eine theoretische Einordnung in die Fachdiskussionen zu Bildung und Gesundheit geleistet.

Im Teil A werden ausführlich die Auswertungen der verschiedenen Perspektiven vorgestellt und Erkenntnisse über die Sichtweisen von Pädagog_innen, Eltern, Kindern, Netzwerkpartner_innen und die medizinische Sicht dargestellt. Mit vielen Zitaten werden Ansichten sowie Vorstellungen sichtbar und diese in ersten Interpretationen mit Fachwissen zusammengeführt.

Lesende sind eingeladen, eigene Schlussfolgerungen und Erkenntnisse aus den Zitaten und Interpretationen zu ziehen.

Im Teil B werden die Perspektiven zusammengeführt und Erkenntnisse zu folgenden Themenfeldern dargestellt:

- Bildung und Gesundheit treffen aufeinander
- Exkurs Ernährung und Essen
- Partizipation von Kindern
- Diversitätsbewusstsein
- Sozialraum und Präventionskette
- Rolle der Kita
- Sprache und Verständigung

Im Sinne von übergreifenden Phänomenen oder Themenfeldern werden die Sichtweisen gegenübergestellt, Unterschiede herausgearbeitet und Schlussfolgerungen sowie Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Kita-Praxis und der Präventionskette formuliert.

In Teil C wird das Konzept der frühkindlichen Gesundheitsbildung entwickelt und sind Empfehlungen aus den Phänomenen für die Weiterentwicklung auf den verschiedenen beteiligten Ebenen Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen, bezirkliche und überbezirkliche Steuerung sowie Akteure des Gesundheitssystems abgeleitet.

Wer ist wer?

Nach eingehenden Überlegungen haben wir uns entschieden, den beteiligten Akteursgruppen folgende Bezeichnungen zu geben:

- Erzieher_innen und Kita-Leiter_innen werden zusammengefasst unter der Bezeichnung **Pädagog_innen**. Damit werden also die Sichtweisen der Menschen beschrieben, die in den Kitas im Kontakt mit den Kindern und Familien stehen. In Einzelfällen ist es für die

Beschreibung der Analyse notwendig, die beiden Gruppen auseinander zu dividieren, dann sind sie mit Erzieher_innen und Kita-Leiter_innen benannt.

- **Netzwerkpartner_innen** der Präventionskette sind die Menschen, die im Rahmen der Experteninterviews ihre Sicht auf die Situation der Kinder und Familien im Sozialraum und in den Kitas gegeben haben. Im Kapitel methodische Vorgehensweise findet sich eine detaillierte Liste der befragten Netzwerkpartner_innen.
- **Fachkräfte** sind benannt, wenn sowohl Netzwerkpartner_innen als auch Pädagog_innen beschrieben werden.

Wir wählen durchgängig die geschlechtergerechte Schreibweise des Unterstrichs wie Pädagog_innen, um zu zeigen, dass alle Geschlechter in der Nennung einbezogen sind.

Methodische Vorgehensweise

Um dem Ziel gerecht zu werden, die Perspektiven der verschiedenen Akteursgruppen – Kinder, Eltern, Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen im Sozialraum, medizinische Daten – zu repräsentieren, wurde die Studie mit einem Methodenmix angelegt, der es erlaubt, sehr nah an die Meinungen, Erkenntnisse und Erfahrungen der jeweiligen Gruppe heranzukommen. Dieses genuin qualitative Paradigma wird unterstützt durch die Auswertungsmethode Grounded Theory, die es zum Ziel hat, die immanenten Theorien im Forschungsfeld herauszuarbeiten.

Die Studie dockt an fünf Kindertageseinrichtungen in Neukölln Nord an. In einem gemeinsamen Auswahlprozess mit der Steuerungsrunde wurden solche Kitas gefunden, die in ähnlichen Settings liegen und etwa die gleiche Anzahl an Kindern haben. Zur höheren Vergleichbarkeit der qualitativen und quantitativen Teile der Studie wurde im Weiteren der Fokus auf jene Kinder gelegt, die im Jahr 2009 geboren sind. Es wurden also die Eltern dieser Kinder befragt, deren Pädagog_innen nahmen an den Gruppendiskussionen teil und ihre medizinischen Daten wurden erhoben und analysiert. Auch die Stichprobe für die Kinderinterviews wurde aus dieser Gruppe gezogen.

Methoden im Überblick

- Leitfadengestützte Interviews mit 20 Kindern im Alter von 5 Jahren,
- Fokusgruppen mit Pädagog_innen – Erzieher_innen und Leitungskräften – zu ihrer Einschätzung der Entwicklungs- und Bildungsprozesse der Kinder sowie zu ihren eigenen Professionalisierungsprozessen (je eine Fokusgruppe mit Erzieher_innen und Kita-Leiter_innen aus den fünf beteiligten Kitas mit insgesamt acht Pädagog_innen),
- Fokusgruppen mit Eltern zu ihrer Einschätzung der Entwicklungs- und Bildungsprozesse der Kinder und zu ihrem eigenen Wissen und Handeln bzgl. der gesunden Ernährung und Bewegungsförderung ihrer Kinder und zu ihrer Nutzung und ihrer Zufriedenheit mit entsprechenden Angeboten in der Kita und weiteren Angeboten im Sozialraum (je eine Fokusgruppe pro Kita mit insgesamt 30 Müttern und Vätern),
- sieben Experteninterviews mit insgesamt neun Netzwerkpartner_innen im Sozialraum, bestehend aus Gesundheitsamt – Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Kinderschutzkoordination, fachliche Steuerung für Kindertagesstätten, Jugendamt/Sozialarbeit, Vertreter_innen der Stadtteilmütter und Integrationslots_innen, Sozialpädiatrisches Zentrum sowie Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie, zu ihrer Einschätzung der Entwicklungs- und Bildungsprozesse der Kinder im Sozialraum, ihrer Wahrnehmung zur Professionalisierung der Pädagog_innen, dem Bedarf und dem Nutzungsverhalten von Familien hinsichtlich von Gesundheitsförderung und Prävention und bezüglich der förderlichen und belastenden Entwicklungen im Sozialraum.
- Auswertung vorhandener Daten zum Entwicklungs- und Gesundheitsstatus von drei- bis fünfjährigen Kindern, sofern die Einwilligung der Eltern vorliegt, aus
 - a) den Reihenuntersuchungen des KJGD, Neukölln,
 - b) den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen (U 7a, U 8 und U 9)
 - c) den Daten aus der ESU (Einschulungsuntersuchung)
 - d) den Daten des zahnmedizinischen Dienstes;
 angestrebt wurde eine Vollerhebung aller Kinder, geboren 2009, aus den beteiligten Kitas.

Auswahl der Interviewpartner_innen und Teilnehmer_innen in den Fokusgruppen

Die Teilnahme an den Fokusgruppen und Interviews war freiwillig, jedoch wurden je nach Zielgruppe unterschiedliche Herangehensweisen an die Einladung und Ansprache der möglichen Teilnehmenden gewählt: die 20 Kinder wurden mithilfe einer klassischen Stichprobe aus den Kinderlisten der Kitas gezogen. Kriterien waren dabei Sprachenvielfalt und Geschlecht, sowie dass aus jeder Kita etwa drei bis vier Kinder befragt würden.

Die Eltern der Kinder, die 2009 geboren sind, wurden mit einer schriftlichen Einladung zu der Teilnahme an der Fokusgruppe gebeten. Durch die Vermittlung, Erläuterung und Überzeugung der Erzieher_innen und Leiter_innen fanden die Eltern ihren Weg in die Fokusgruppen.

Zu den Fokusgruppen der Pädagog_innen wurden alle Erzieher_innen gebeten, die mit dieser Altersgruppe arbeiten sowie die Kita-Leiterinnen.

In Zusammenarbeit mit der Steuerungsrunde wurden Netzwerkpartner_innen im Sozialraum ausgewählt und für die Interviews angesprochen.

Die herangezogenen Interviewpartner_innen (Kinder, Eltern, Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen) gelten als Vertreter_innen des Aktionsraum Plus Neukölln Nord und als ernstzunehmende Repräsentant_innen-Gruppe in dieser Typologie.

Die Sprechakte in den Fokusgruppen werden aufgrund der gemeinsamen Erfahrungen und Lebenslagen als kollektiver Wissensbestand bezeichnet. Diese Herangehensweise verdeutlicht die hohe Repräsentativität dieser Studie. Mit Hilfe der Fokusgruppen können individuelle Meinungen angemessen rekonstruiert werden (Validität).

Eine genaue Dokumentation der Fokusgruppen, Einzel- und Kinderinterviews sowie die Analyse angelehnt an die Grounded Theory gewährleisten eine hohe Objektivität. Durch die erfahrenen Moderator_innen wurde die angemessene Qualität der Redebeiträge der gesamten Interviews unterstützt. Das Gütekriterium der Reliabilität hat bei dem gewählten Design dieser Studie keine Relevanz (vgl. Schulz 2012, 42 ff.).

Fokusgruppen

Die Fokusgruppe oder auch *focus group*, ist eine Methode, die unter anderem neben Leitfadenterviews und teilnehmenden Beobachtungen in der quantitativen sowie qualitativen Forschung als Erhebungsinstrument angewandt wird. Ein Ziel der Fokusgruppen ist es, eine große Bandbreite an divergenten Perspektiven herauszustellen (vgl. Schulz 2012).

Zu Beginn einer Fokusgruppendifkussion wird als Einstieg ein Stimulus gewählt, dessen thematischer Schwerpunkt auf dem Untersuchungsgegenstand liegt (vgl. Schulz 2012). In der Studie wurden zum Teil mit Fotos Stimuli gegeben, zum Teil mit der allgemeinen Einstiegsfrage, was ein gesundes Kind ausmacht. Den Gesprächsprozess strukturiert ein Leitfaden, der der Moderatorin Orientierung im Diskussionsverlauf bietet sowie eine Vergleichbarkeit von mehreren Fokusgruppen sicherstellt.

Die Datenerhebung in Form von Fokusgruppen sowie leitfadengestützten Interviews scheinen optimal für den Zugang zu den Diskussionsteilnehmer_innen in dieser Untersuchung. Es lassen sich verschiedene Aspekte aufzeigen, die diese Auffassung begründen:

- Aufgrund spontaner Äußerungen während des Diskussionsprozesses, ausgehend von den Teilnehmenden, können neue Erkenntnisse angeregt beziehungsweise eruiert werden.
- Der kollektive Wissenszuwachs einer Fokusgruppe ist ressourcenschonender gegenüber Einzelbefragungen.

- Die Fokusgruppenteilnehmer_innen können zwischen aktiver und passiver Intervention wählen (vgl. Schulz 2012, 11 ff.).

Diese Aspekte sind für das Erkenntnisinteresse dieser Untersuchung bezüglich der Perspektiven auf Kindergesundheit besonders konstruktiv. Da sich die Fokusgruppen um die subjektiven Erfahrungen und Kontexte der Teilnehmenden bewegen, kann der kollektive Rahmen einer Fokusgruppendifkussion erzählstimulierend wirken und die Teilnehmenden verstärkt dazu anregen, ihre individuellen Sichtweisen einzubringen und zu erläutern.

Kinderinterviews

Eric Brüggemann und Henrieke Franzen, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Im Zeitraum von Oktober 2014 bis März 2015 beschäftigten sich die Forscher_innen mit einer besonderen Perspektive, die oftmals nicht angehört bzw. nicht mit einbezogen wird – die Perspektive der Kinder.

Kindheitssoziolog_innen gingen von einer Kindheit aus, die gesellschaftlich konstruiert sei und in der die Anforderungen an Kinder mit Ort und Zeit zusammen hingen (vgl. Kloss et al. 2013, 115 f.). In der heutigen Zeit seien Heranwachsende als soziale Akteur_innen und als Mitglieder der Gesellschaft zu verstehen, die es mehr zu beteiligen gilt, um ihre Benachteiligung abzubauen (ebd., 121 f.). Demnach werden sie als Subjekte wahrgenommen, die es in allen sie betreffenden Angelegenheiten zu beteiligen gilt. Dies bedeutet auch eine Perspektive einzunehmen, die es möglich macht, ihr Handeln innerhalb ihrer Lebenswelt zu verstehen. Kindliche Überlegungen über unsere Welt einzufangen und diese für Erwachsene verstehbar zu übersetzen, ist methodisch eine Herausforderung.

Das Forschungsteam befragte insgesamt 20 Kinder des Jahrgangs 2009, aus fünf verschiedenen Kitas in Neukölln Nord. Insgesamt konnten 17 transkribierte Interviews in die Auswertung mittels der Grounded Theory einfließen. Zu jedem Interview gibt es einen Eintrag in das sogenannte Forschungstagebuch¹. Die Begleitumstände der Interviews wurden auf diese Weise dokumentiert und konnten bei Bedarf für die Auswertung der Ergebnisse herangezogen werden. Vor Beginn der Interviews wurden fünf Erstgespräche mit den jeweiligen Kitaleitungen geführt. Die Erfahrungen daraus sowie handschriftliche Hospitationsprotokolle und Memos, die sich während der Begegnungen ergeben haben, sind ebenfalls in die Auswertung eingeflossen.

In der Projektphase von August bis Oktober 2014 wurde die Befragungsmethode zusammen mit Kindern, Kita-Personal sowie Expert_innen auf dem Gebiet entwickelt. Durch mehrfache Besuche in den beteiligten Kitas und Hospitationen in Morgenkreisen hatten sich Kind und Interviewer schon lange vor dem eigentlichen Interviewgespräch kennengelernt. Mehrere Pretests in den Einrichtungen und in einer ersten Klasse zeigten schließlich, welches methodisch-didaktische Vorgehen und welche Sprache sich in den Kinderinterviews bewähren würden.

Ziel der Interviewgespräche mit Kindern war es, etwas über die Wirkungen von gesundheitsbildenden / -fördernden Maßnahmen in der Kita mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Zahngesundheit, Explorationsverhalten und Sprache zu erfahren sowie über die Einstellungen von Kindern zur Kita.

1 Ein Forschungstagebuch dient der Prozessbegleitung und –analyse. In diesem wurden nach jedem Interview die Erfahrungen des Forschenden von ihm selbst festgehalten. Ziel ist zum einen die Förderung der Selbstreflexivität des Forschenden, aber auch eine aussagekräftige Bewertung und Optimierung des Forschungsprozesses.

Auswertung in Anlehnung an Grounded Theory

Der Aufbau der Studie orientiert sich an der Grounded Theory (Strauss / Corbin 2010, Hülst 2010). Ziel dieser Herangehensweise ist, nicht nur individuelle Aussagen und Sichtweisen von Interviewpartner_innen zu ermitteln, sondern gleichermaßen inhärente Theorien und Konzepte der an der Studie beteiligten Akteursgruppen zu den die Studie leitenden Untersuchungsfragen herauszufinden. Diese Forschungsmethode ist geprägt von einer vorurteilsbewussten Perspektive der Forschenden: Kinder und Eltern, Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen werden als aktive Subjekte in einem Veränderungsprozess wahr- und ernstgenommen. Ihre möglicherweise auch divergierenden Sichtweisen werden auf den konkreten Kontext ihrer Wahrnehmungen und Einschätzungen bezogen. Hiermit wird es eher möglich, die in unserer Gesellschaft vorherrschende defizitgeprägte Perspektive auf Eltern und Kinder aus belasteten sozialen Lebenssituationen zu überwinden. Die Motivationen, Möglichkeiten und konkreten Anstrengungen aller Beteiligten und ihr Zusammenwirken rücken ins Zentrum der Forschung.

Die Grounded Theory ist ein Analyseverfahren, welches vornehmlich in der Sozial- und Erziehungswissenschaft ihren Einsatz gefunden hat. Mit Hilfe der Grounded Theory werden Gruppendiskussionen, fokussierte Interviews und Feldforschungsprotokolle ausgewertet und analysiert (vgl. Flick et al. 2012, 475 ff.). Die Methode der Grounded Theory fungiert als methodologisches Rahmenkonzept.

Das Kodieren der empirischen Daten erfolgt angelehnt an die Grounded Theory Methodology mittels theoretischer Sensibilität. Zu Beginn der Analyse wird eine handlungsorientierte offene Frage formuliert. Alle erhobenen Daten sind für die Methode relevant („all is data“) und werden hinzugezogen. Dieses Vorgehen ermöglicht demnach ebenso die Nutzung von quantitativen Datensätzen. Feldnotizen, sogenannte Memos sind ein wichtiger Arbeitsschritt in der Herangehensweise, da sie dem Vergleich und dem Kontextwissen der Forscher_innen dienen (vgl. Mayring 2002, 104 ff.).

Während des Vorgehens sind die Datenerhebung und die Datenanalyse eng miteinander verwoben. Zu Beginn der Arbeit ist noch kein festes Gerüst der ausgewählten Fälle möglich, sondern vorerst ein sensibilisierendes Konzeptmodell. Mit der Erweiterung der Forschung und dem Voranschreiten der Methode verändern sich die sensibilisierenden Konzepte und werden zu Kategorien, den sogenannten Codes verdichtet (vgl. ebd.).

In den aufeinander folgenden Schritten, dem Offenen, Axialen sowie Selektiven Codieren, werden die Daten analytisch aufgespalten. Die Codes werden aus dem Datenmaterial herausgearbeitet, darauffolgend differenziert und im finalen Schritt selektiert. Zudem wird eine Kernkategorie gebildet, die jene bereits herausgearbeiteten Kategorien integrieren sollte. Die zentralen Aussagen werden dabei erfasst und eine gegenstandsbezogene Theorie wird aufgestellt (vgl. Flick et al. 2012, 476 ff.). Zur Analyse der Beziehungen zwischen den Codes, hat sich nach Strauss das Kodierparadigma bewährt, welches auch in dieser Studie angewandt wurde (vgl. Strübing 2014, 24 ff.). Bei der Analyse sind die permanenten Vergleichsprozesse ein essentieller Grundsatz, um weitestgehend Analogien sowie Differenzen herauszustellen und eine theoretische Sensibilisierung zu gewährleisten. Nach Strauss und Corbin kann der Rückgriff auf bereits vorhandene bewährte theoretische Konzepte dem Prozess dienen. Der Hergang gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden (Prinzip der Sättigung) (vgl. Flick et al. 2012, 476 ff.).

Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit

Im Folgenden soll als theoretische Einordnung hergeleitet werden, auf welchen konzeptionellen und wissenschaftlichen Grundlagen Bildung und Gesundheit aktuell diskutiert werden. In der Entwicklung des Konzeptes „Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita“ (vgl. 76) wird der Bruch zwischen Gesundheitsförderung und Bildung überwunden.

Bildung

Das Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege (BBP) beschreibt das der pädagogischen Gestaltung des Lebens in der Kita/Kindertagespflegestelle zugrunde liegende Bildungsverständnis ausführlich, beginnend mit grundsätzlichen Erläuterungen:

„Bildung ist die Aneignungstätigkeit, mit der sich der Mensch ein Bild von der Welt macht, sie verantwortlich mitgestaltet und sich dadurch als selbstwirksam erlebt. (...) Sich ein Bild von der Welt zu machen beinhaltet: sich ein Bild von sich selbst in dieser Welt zu machen – Eigenverantwortung entwickeln, sich ein Bild von den anderen in dieser Welt zu machen – sich solidarisch in die Gemeinschaft einbringen, das Weltgeschehen zu erleben, zu erkunden – Welt gemeinsam mit anderen verantwortlich mitgestalten.

Bildungsprozesse sind so stets an sinnstiftende Fragen gebunden: Wer bin ich? Zu wem gehöre ich? Wer sind die anderen? Was passiert um mich und um uns herum? Wie hängen die Dinge zusammen? Was war vor mir und was kommt nach mir? Was kann ich selbst und was kann ich gemeinsam mit anderen in der Welt bewirken?

Die Antworten jedes Kindes sind subjektiv, sie sind Deutungen des individuell unterschiedlichen Erlebens in der gesamten (kindlichen) Lebenswelt. Pädagogisches Handeln kann Bildung nicht erzwingen, sondern wird immer nur einen bedingten Einfluss darauf haben, wie ein Kind sich sein Bild von seiner Welt macht.

Das Kind teilt seine Deutungen mit anderen und entwickelt sie weiter. Seine Antworten werden so gemeinsam mit anderen Kindern konstruiert. Pädagoginnen und Pädagogen unterstützen Kinder bei diesen Konstruktionsprozessen in dem Maße, wie sie die sinnstiftenden Fragen der Kinder aufnehmen und sich auf ihre eigensinnigen und eigenwilligen Deutungen einlassen.“ (BBP, 13)

Bildung als Aneignungstätigkeit zu verstehen, beinhaltet ein Bild vom Kind als aktiver Akteur im Bildungsprozess. Das Kind macht sich selbst ein Bild von der Welt. Es lässt sich dabei von seinen eigenen sinnstiftenden Fragen leiten und findet subjektive Antworten. Gleichzeitig tauscht sich das Kind mit anderen Menschen – erwachsenen Bezugspersonen und anderen Kindern – über seine subjektiven Deutungen aus und entwickelt dabei die Antworten auf seine Fragen weiter. So wird Bildung zu einem ko-konstruktiven Prozess.

Partizipation

Ein zentraler Aspekt des Bildungsverständnisses ist, ebenso wie in der Gesundheitsförderung (s.S. 17) die Partizipation der Kinder an Entscheidungen und der Gestaltung des Lebens in der Kita. Kinder haben das gesetzlich verankerte Recht auf Beteiligung. Um dieses Recht auf Beteiligung einlösen zu können, braucht es dafür Voraussetzungen auf drei Ebenen:

„Beteiligung und Anstrengung baut auf der Zuversicht auf, dass Mitdenken und Mitmachen des Einzelnen wirklich gefragt und erwünscht sind. (...)“

Die Grenzen der Partizipation werden eher von den Erwachsenen gezogen. Die grundlegende Frage ist: Wie viel Entscheidungsmacht haben Pädagoginnen und Pädagogen und wie viel davon wollen und können sie abgeben, damit Kinder im Alltag tatsächlich selbst etwas bewirken können? (...)“

Die Entwicklung einer demokratischen Kultur, in der Beteiligung und Mitwirkung von Kindern erwünscht sind, sie zur Leistung ermutigt werden, erfordert Raum, Zeit und fest verankerte Strukturen.“ (ebd., 17f)

Damit Kinder sich in der Kita ernsthaft beteiligen können, brauchen sie deutliche Signale, dass ihre Ideen gefragt sind. Die Erwachsenen müssen reflektieren, welche Grenzen sie der Partizipation der Kinder noch setzen und in der Kita müssen Beteiligungsstrukturen fest verankert werden.

Ziele pädagogischen Handelns

Das Ziel pädagogischen Handelns ist die Stärkung kindlicher Kompetenzen. Kinder sollen die Möglichkeit bekommen ein positives Selbstkonzept zu entwickeln, soziale Beziehungen aufzunehmen und respektvoll miteinander umzugehen, sich die Vielfalt der Lebenswelt in ihren sozialen Bezügen anzueignen und ein Grundverständnis davon zu entwickeln, dass sie lernen, was sie lernen und wie sie lernen. Dies umfasst sowohl die Aneignung von Wissen, kognitiven und praktischen Fertigkeiten und Fähigkeiten ebenso wie Haltungen, Gefühle, Werte und Motivation (vgl. BBP, 27 ff).

Diese Komplexität von Bildungsprozessen und Kompetenzentwicklung verdeutlicht, dass einfache Input-Output Relationen in der frühkindlichen Bildung und Erziehung nicht funktionieren.

„Kinder brauchen ein Gegenüber, das ihre Empfindungen und Gedanken wahrnimmt, ihre Erfahrungen teilt, sich für ihre Ideen interessiert, sie ernst nimmt und in ihrem Tun bekräftigt. Pädagogen und Pädagoginnen stellen sich deshalb in einem gemeinsamen Prozess des Forschens und Erkundens den Fragen der Kinder bzw. den Herausforderungen des Lebens und suchen gemeinsam mit ihnen nach Antworten bzw. Lösungswegen.“ (BBP, 31)

Pädagoginnen und Pädagogen sollen Kinder bei der Ko-Konstruktion ihres Weltbilds und der Kompetenzentwicklung unterstützen, können Bildung aber nicht erzwingen.

Diesen reziproken, das heißt sich wechselseitig aufeinander beziehenden Bildungsprozess erklärt Urie Bronfenbrenner unter Berücksichtigung der verschiedenen Erfahrungswelten des Kindes.

Urie Bronfenbrenner: The Bioecological Model of Human Development

Nach Bronfenbrenner entwickeln sich Kinder in einem sich wechselseitig beeinflussenden Beziehungssystem. Dieses Beziehungssystem wird gegliedert in Mikro-, Meso-, Makro- und Exosysteme.

Die Beziehungen des Kindes in der Familie oder der Kita liegen auf der Ebene der Mikrosysteme.

Mehrere Mikrosysteme können gemeinsam ein Mesosystem bilden, z.B. Familie und Kita. Im Idealfall entsteht aus Familie und Kita wirklich ein gemeinsames System für die Kinder, in dem gemeinsam abgestimmte Werte und Handlungsweisen praktiziert werden.

Exosysteme sind keine Systeme des Kindes, sondern ein Mikrosystem einer anderen Person, die aber Einfluss nehmen auf das Leben und die Gesundheitsbildung von Kindern. Das kann z.B. die Arbeitsstelle der Mutter sein oder auch die Familie des Erziehers.

Das Makrosystem beinhaltet gesellschaftliche und sozialräumliche Bedingungen wie z.B. Gesetze, gesellschaftliche Normen, Wohnverhältnisse, Gesundheitssystem und Arbeitsmarktsituation.

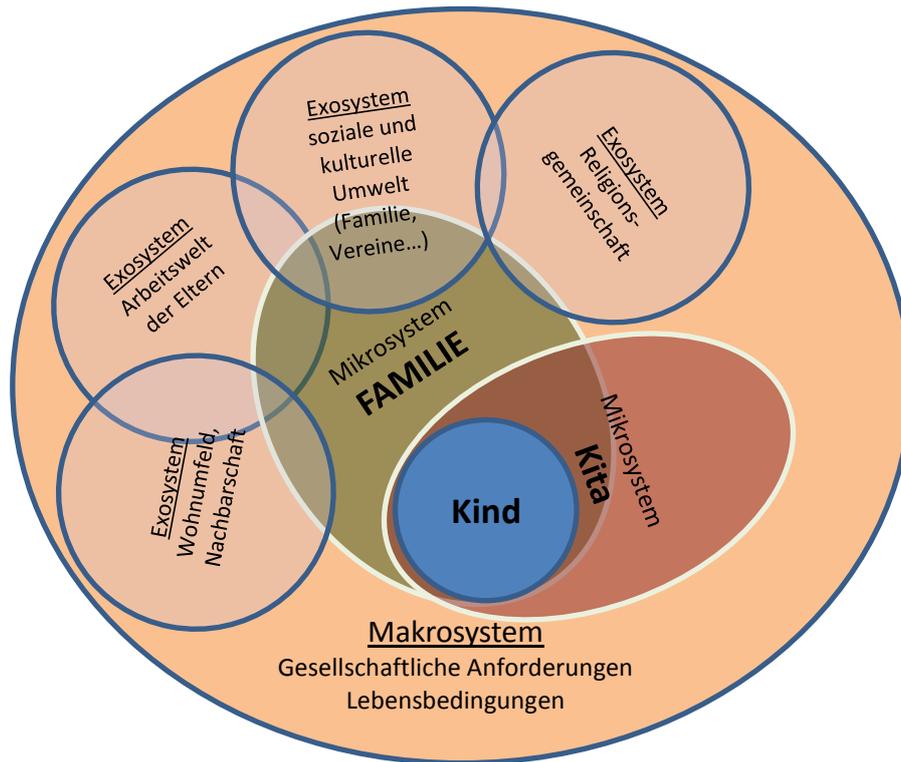


Abb. 1: Die Lebenswelten von Kindern und ihre relevanten Bezugssysteme, angelehnt an das bioökologische Modell menschlicher Entwicklung von Urie Bronfenbrenner.

In seinen Mikrosystemen steht das Kind in einem reziproken, das heißt in einem wechselseitigen, sich aufeinander beziehenden Verhältnis mit seinen Bezugspersonen (Kindern und Erwachsenen) und Dingen. Das Kind beeinflusst diese Beziehung ebenso wie der oder das andere. Damit stößt das Kind ebenso Lernen und Entwicklung bei anderen Menschen oder Veränderung bei Dingen an, wie umgekehrt. Diese Erfahrung ist als Erkenntnis für die Kinder existentiell, denn dadurch lernt es das Lernen an sich und erlebt wie es Wirkungen erzeugen kann. Dies wird in der Frühpädagogik und in den Gesundheitswissenschaften auch mit dem Begriff Selbstwirksamkeit² beschrieben.

Wie das Kind die Beziehungen beeinflusst, steht in Wechselwirkung mit seiner Persönlichkeit: Welche Kräfte und Ressourcen hat das Kind und welche Ansprüche und Forderungen stellt es an den Beziehungspartner? Gleichzeitig prägen Beziehungserfahrungen die Persönlichkeit des Kindes: Wenn der Beziehungspartner die Kräfte und Ressourcen des Kindes beantwortet, auf seine Ansprüche und Forderungen reagiert, wird das Kind in seinem Empfinden von Selbstwirksamkeit gestärkt.

Damit eine Aktivität einen Effekt auf die Entwicklung des Kindes hat, müssen vor allem zwei Bedingungen erfüllt sein: Das Kind muss in der Aktivität engagiert sein und die Aktivität muss über einen längeren Zeitraum mit zunehmender Komplexität stattfinden (Bronfenbrenner / Morris 1998, 797 ff.).

² Selbstwirksamkeit meint, dass Menschen davon überzeugt sind und sich selbst zutrauen, aufgrund eigener Kompetenzen, eine bestimmte Handlung erfolgreich selbst ausführen zu können und „diese Erwartung von Menschen, ein Verhalten auch kompetent ausführen zu können, ist eine wesentliche Bedingung dafür, es auch zu tun“ (Faltermaier 2005, S. 184). Ob Selbstwirksamkeitserwartungen entwickelt werden, hängt davon ab, ob bereits eigene positive Erfahrungen gemacht wurden, also ähnliche Anforderungen bereits erfolgreich bewältigt wurden, oder am Beispiel anderer Personen solche Verhaltensweisen beobachtet wurden (Faltermaier 20015).

Gesundheit

Henriette Franzen, *Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.*

Milena Hiller, *BeKi*

Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation WHO ist Gesundheit „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (Gesundheitsdefinition der WHO von 1946). Gesundheitsförderung etablierte sich als Begriff und Konzept in der Umsetzungsdebatte von Gesundheit und „zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (WHO 1986).

Mittlerweile ist hinreichend bekannt, dass der Erfolg gesundheitsförderlicher Maßnahmen davon abhängt, in welchem Maße die Planung und Umsetzung von Interventionen mit dem ganzheitlichen Blick auf die Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben geschieht. Denn es ist immer zu berücksichtigen, dass die individuelle Lebensweise im engen Zusammenhang steht, mit den Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie dem sozialen Umfeld (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2014). Deutlich werden diese Zusammenhänge sowohl im Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit von Margret Whitehead und Göran Dahlgren (Abb. 2) als auch im Modell zur Veranschaulichung Integrierter kommunaler Strategien vom Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (Abb. 3). Beide Modelle werden ausführlich im Werkbuch Präventionskette beschrieben (Richter-Kornweitz & Utermark, 2013).

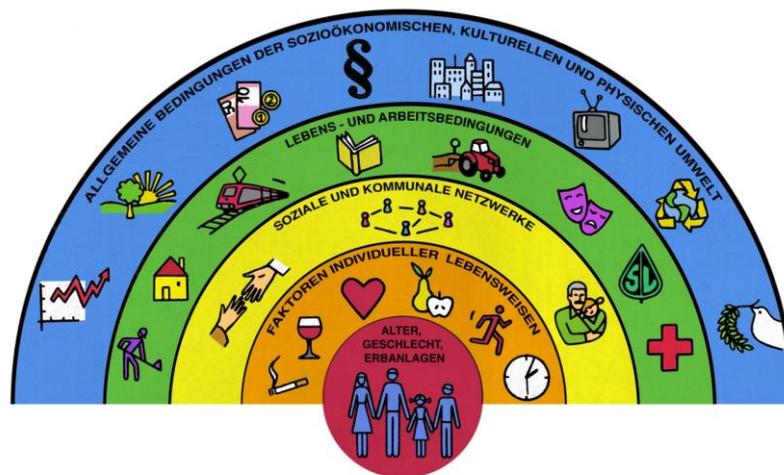


Abb. 2: Gesundheitsdeterminanten entwickelt in Anlehnung an Dahlgren und Whitehead (Fonds Gesundes Österreich).

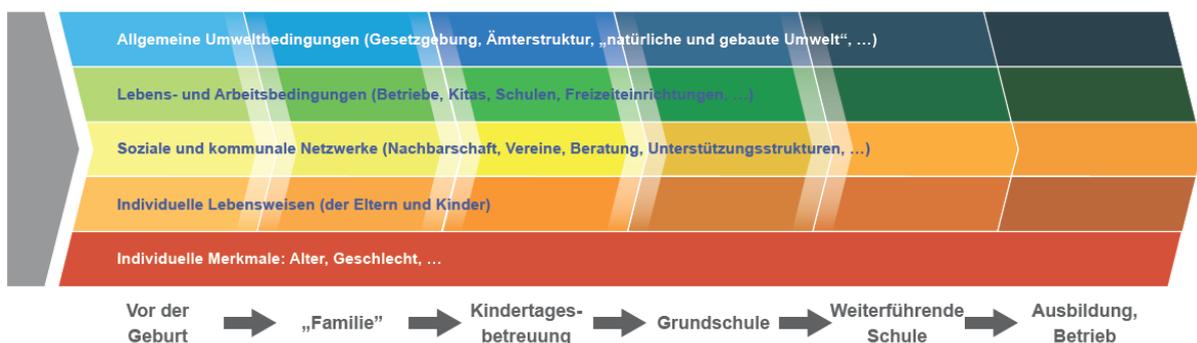


Abb. 3: Integrierte Kommunale Strategien (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2013).

Salutogenese

Für die Gesundheitsbildung in der Kita hat die Theorie der Salutogenese eine hohe Bedeutung, weil sich das Kohärenzgefühl als Kern der Theorie in der Kindheit entwickelt und die Bedingungen, die nach Antonovsky zu einem starken Kohärenzgefühl führen, Parallelen zum Bildungsverständnis aufweisen (vgl. Bildung, 13 und Fazit - Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita, 76).

Die Theorie der Salutogenese wurde von Aaron Antonovsky entwickelt. Er setzte an der Frage an, wie es möglich ist, dass Menschen trotz extremer Belastungen gesund bleiben. Das steht im Gegensatz zu pathogenetischen Ansätzen, die sich vorrangig der Entstehung von Erkrankungen und dem Verständnis pathogener Prozesse widmen (Franke 2015).

Die Theorie der Salutogenese stützt sich auf die drei Konstrukte:

- das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum,
- die generalisierten Widerstandsressourcen und
- das Kohärenzgefühl.

Gesundheit und Krankheit werden als Pole eines gemeinsamen multifaktoriellen **Kontinuums** beschrieben. Vollständige Gesundheit oder vollständige Krankheit sind somit nicht erreichbar. Jeder Mensch hat immer sowohl gesunde als auch kranke Anteile. *„Die Frage ist dann nicht mehr, ob jemand gesund oder krank ist, sondern wie weit entfernt bzw. nahe er den Endpunkten Gesundheit und Krankheit jeweils ist“* (Bengel et al. 2001, 32).

Generalisierte **Widerstandsressourcen** sind jene zentralen Faktoren, die entscheiden, ob die Bewegung in Richtung des positiven Pols gelingt und die somit Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung des Gesundheitszustandes haben. *„Generalisiert bedeutet, dass sie in Situationen aller Art wirksam werden; Widerstand meint hier, dass die Ressourcen die Widerstandsfähigkeit der Person erhöhen“* (Bengel et al. 2001, 34). Dabei sind sowohl individuelle Faktoren wie körperliche Voraussetzungen, Intelligenz oder Bewältigungsstrategien als auch soziale und kulturelle Faktoren wie soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten und kulturelle Stabilität relevant (vgl. Bengel et al. 2001, 34).

Auch wenn äußere Faktoren die Gesundheit von Menschen beeinflussen, gibt es auch unter gleichen äußeren Bedingungen Unterschiede im Gesundheitszustand verschiedener Menschen. Nach Antonovsky hängen diese Unterschiede mit einer als **Kohärenzgefühl** bezeichneten kognitiven und affektiv-motivationalen Grundeinstellung zusammen.

„Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein“ (ebd.). Dies ist damit erklärbar, dass Personen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl flexibel auf Anforderungen reagieren können, weil sie die dafür angemessenen Ressourcen aktivieren (ebd., 30).

Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus dem Gefühl von Verstehbarkeit, dem Gefühl von Handhabbarkeit und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit.

„Das Kohärenzgefühl ist ,eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemand ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß erstens die Anforderungen aus der inneren oder äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind und daß zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden. Und drittens, daß diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investitionen und Engagement verdienen.“ (Bengel et al. 2001, 30; zitiert nach Antonovsky 1993, 12, Übersetzung durch Franke & Broda)

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich nach Antonovsky in der Kindheit und ist von gesellschaftlichen Gegebenheiten abhängig.

„Die Komponente Verstehbarkeit wird durch Erfahrungen von Konsistenz geformt. Da Reize und Erfahrungen nicht völlig willkürlich, widersprüchlich und unvorhersehbar auftreten, können sie eingeordnet, zugeordnet und strukturiert werden. Handhabbarkeit entsteht durch das Erleben von ausgewogener Belastung, d.h. die Person ist weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt. Sinnhaftigkeit wird durch die Erfahrung gefördert, auf die Gestaltung von Situationen Einfluss zu haben.“ (Bengel et al. 2001, 31)

Erfahrungen einordnen und strukturieren, weder Über- noch Unterforderungen ausgesetzt sein und das Erlebnis, selbst auf die Gestaltung von Situationen Einfluss nehmen zu können – diese Entstehungsbedingungen des Kohärenzgefühls sind auch wieder eng mit den Ich- Sozial-, Sach- und lernmethodischen Kompetenzen verbunden, die das pädagogische Handeln in Kitas leiten (vgl. 14).

Der Setting-Ansatz

Der Setting-Ansatz, von der WHO geprägt und in Deutschland oft auch mit dem Lebenswelt-Ansatz übersetzt, beschreibt diese, sich wechselseitig beeinflussenden Bedingungen genauer: Der Setting-Ansatz betrachtet die Lebenswelten von Menschen und somit die Bedingungen, unter denen sie leben, lernen, arbeiten und spielen. Settings sind gekennzeichnet durch formale Organisationen (z.B. Kita, Schule, Betrieb), regionale Situationen (z.B. Quartier, Stadtteil, Kommune), gleiche Lebenslagen (z.B. Renter_innen) oder gemeinsame Werte bzw. Vorlieben (z.B. Religion, sexuelle Orientierung) oder durch eine Kombination dieser Charakteristika. Die Bedingungen in den Settings wirken sich entscheidend auf die Möglichkeiten aus, ein gesundes Leben zu führen (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015; Hartung & Rosenbrock 2015).

Settings können einerseits den Zugang zu einer Zielgruppe für Verhaltensprävention bieten, andererseits kann durch die Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings Verhältnis- und Verhaltensprävention miteinander kombiniert werden, sodass einzelne Personen nicht stigmatisiert werden. Während in der Verhaltensprävention an die Änderung individueller Lebens- und Handlungsweisen appelliert wird, geht es bei Maßnahmen zur Verhältnisprävention darum, die Bedingungen im Umfeld zu ändern (vgl. Kryspin-Exner/ Pintzinger 2014). Veränderungen der Umfeldbedingungen können direkten oder indirekten Einfluss auf die Gesundheit nehmen: Direkte Maßnahmen der Verhältnisprävention in der Kita sind beispielsweise Schallschutz und Unfallprävention. Indirekte Maßnahmen erleichtern es Kindern und Mitarbeiter_innen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Dazu zählen anregende Bewegungsmöglichkeiten oder ständig zugängliche Trinkstationen mit Wasser und ungesüßten Tees. Verhaltensprävention sollte in Kitas ausschließlich pädagogisch durchdacht und nicht in Form von Trainingsmaßnahmen eingesetzt werden. Die im BBP beschriebenen Kompetenzen bieten dafür eine gute Orientierung (vgl. Bildung, S. 13).

Gesundheitsfördernde Settings zu schaffen heißt zum einen die Ressourcen und Kompetenzen der im Setting lebenden Menschen zu stärken. Zum anderen sollen gesundheitsfördernde Strukturen gestaltet werden. Dabei wird überdies das Ziel verfolgt, möglichst viele Personen(gruppen) dabei einzubeziehen. So werden zeitgleich die individuelle und die strukturelle Ebene berücksichtigt, was die Umsetzung des Setting- bzw. Lebenswelt-Ansatzes sehr anspruchsvoll macht (Gesundheit Berlin-Brandenburg, 2004).

„Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist darauf ausgerichtet, die Lebensbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten. Sie stärkt auch die individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen im Setting zur aktiven Mitgestaltung dieser Bedingungen. Gesundheitsförderung nach dem Setting-Ansatz ist also mehr als Gesundheitsförderung in der Lebenswelt [...]. Der Setting-Ansatz verfolgt das Ziel, partizipativ – also unter aktiver Beteiligung der unmittelbar Betroffenen – gesunde Lebenswelten zu gestalten [...].“ (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015).

Das **Setting Kita** hat einen entscheidenden Einfluss auf das gesunde Aufwachsen von Kindern und auch darüber hinaus auf die weitere gesunde körperliche und psychische Entwicklung. Denn ob gesundheitliche Potentiale im weiteren Leben genutzt oder auch Risiken vermieden werden können, hängt vorrangig davon ab, welche Fähigkeiten, Werte und Orientierungen Kindern in ihren frühen Lebensjahren mit auf den Weg gegeben wurden. So sollte die Lebensumwelt für Kinder so früh wie möglich gesundheitsfördernd gestaltet werden: Aufbau vertrauensvoller Bindungen und gute Rahmenbedingen für die soziale und psychomotorische Entwicklung. Kitas sind neben der Familie hierfür ein bedeutsames Setting. Die Gestaltung der Kita als gesundheitsfördernde Lebenswelt verfolgt das Ziel, Kita als einen Ort zu entwickeln, an dem sich Kinder und ihre Familien sowie alle Beschäftigten wohl fühlen. Auch das soziale Umfeld der Kita mit seinen Einrichtungen (z.B. Kinderärzte, Therapeuten, Familienzentren, Schulen) wird im Sinne einer integrierten kommunalen Vernetzung einbezogen, um Kooperationen und Netzwerke aufzubauen. Indem Prävention und Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag integriert und mit den Bildungsinhalten verbunden werden, wird Gesundheit gefördert und gleichzeitig die Qualität von Bildung und Erziehung gesteigert (Richter-Kornweitz, 2015).

Mit dem Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“, dem „Netzwerk Gesundes Neukölln“ und dem Aufbau integrierter kommunaler Strategien (Präventionskette) wird diesem Ansatz der Gesundheitsförderung in der Praxis Rechnung getragen.

Zudem werden Kitas als Zugang für einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung genutzt. Dafür gibt es in Berlin und auch in den Kitas in Neukölln Nord viele Beispiele wie z. B. das Zähneputzen mit Kroko durch die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V., zahlreiche Bewegungs- und Sprachförderungsangebote, Angebote zur gesunden Ernährung sowie die Reihenuntersuchungen des KJGD und des zahnärztlichen Dienstes.

Partizipations- und Empowermentansätze

Ebenso wie im Bildungsverständnis (vgl. 13), sind Empowerment und Partizipation auch in der Gesundheitsförderung verankert. Um Partizipation zu ermöglichen, muss sichergestellt sein, dass sich die Beteiligungsprozesse an den Möglichkeiten und Erfahrungen der Zielgruppen (in diesem Fall der Kinder) orientieren. Das heißt, diese müssen zielgruppengerecht gestaltet sein. Kinder (und andere Zielgruppen) müssen u.U. *„befähigt werden (Empowerment), ihre eigenen Bedürfnisse zu formulieren und Wünsche, Ideen und Vorstellungen [...] einzubringen. Partizipation ist ein Entwicklungsprozess, in dem die Mitglieder der Zielgruppen zunehmend Kompetenzen gewinnen, um immer aktiver Einfluss auf die Entscheidungen nehmen zu können“* (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015, S. 31). Kinder können ihre Beteiligung selbst einfordern und erkämpfen. Gleichzeitig ist die aktive Förderung von Beteiligung durch eine entsprechende Verankerung in der Konzeption von Maßnahmen unabdingbar (Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit 2015).

Empowermentansätze machen die Menschen nicht zu Betroffenen von Präventionsmaßnahmen, sondern ermutigen sie, ihre eigenen Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen und sich gesellschaftlich zu beteiligen.

„Um Prozesse des Empowerments anzustoßen, ist es prinzipiell wichtiger, Fragen zu stellen als Antworten zu geben.“ (Brandes/ Stark 2015)

Empowermentansätze sind sehr nah an der pädagogischen Grundhaltung des BBP und sollten daher Präventionsmaßnahmen im Setting Kita leiten – sowohl in Bezug auf die Kinder als auch in der Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit den Eltern und in Belangen der Mitarbeitergesundheit.

Kindergesundheitsziele und Präventionskette

Das Land Berlin hat 2007 Kindergesundheitsziele beschlossen, mit dem Oberziel: „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“. Dieses Oberziel wurde mit quantifizierten Teilzielen in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung und Sprachentwicklung unterlegt.

Als Reaktion auf alarmierende Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen, wurde in Neukölln 2010 damit begonnen, eine Präventionskette aufzubauen (vgl. Bezirksamt Neukölln von Berlin 2012, 9). Deren Ziel ist, präventive Strukturen und Angebote zu schaffen, die Kinder und Jugendliche bestmöglich in einem gesunden Aufwachsen unterstützen und Eltern in ihren Erziehungskompetenzen stärken.

Diese Abstimmung der kommunalen Unterstützungsangebote muss im Lebensverlauf betrachtet werden. Dieser Verlauf ist nicht fließend, sondern durch Sprünge und Übergänge geprägt. Damit sind die Lebensphasen nicht statisch wie Kettenglieder miteinander verhakt, sondern durch sehr flexible Übergänge gekennzeichnet, die viel mehr Bedeutung haben als „nur“ zum nächsten Glied der Kette überzuleiten.

Präventionsketten beabsichtigen, vorhandene Strukturen, verfügbare Ressourcen und Kompetenzen in einer integrierten kommunalen Strategie zu bündeln. Bisher voneinander getrennt erbrachte Leistungen und Angebote werden aufeinander abgestimmt, damit sie ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen. Dies gelingt, wenn gemeinsame, übergreifende Handlungsziele verfolgt und umgesetzt werden.

Durch eine Neuorientierung und Neustrukturierung der Hilfesysteme sollen allen Kindern und Jugendlichen gesundes Aufwachsen sowie positive Lebens- und Teilhabebedingungen eröffnet werden. Alle verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen, die Einfluss auf die Gestaltung gesundheitlicher Rahmenbedingungen in den Lebensphasen und auf die Übergänge zwischen diesen haben, werden bei der Entwicklung eines abgestimmten Gesamtkonzeptes einbezogen (Gesundheit Berlin-Brandenburg 2015).

Die Kita als Setting, in dem Kinder und ihre Familien über einen längeren Zeitraum besonders intensiven Kontakt mit Pädagoginnen und Pädagogen sowie einer potenziell gesundheitsförderlichen Umgebung haben, nimmt in dieser Präventionskette eine herausragende Stellung ein.

Diese sollte bei der Weiterentwicklung der Präventionskette strukturell verankert und mit den dafür notwendigen Ressourcen unterlegt werden.

Teil A: Ergebnisse der Analyse

Herausforderungen für die Gesundheit von Kindern in NordNeukölln
aus den verschiedenen Perspektiven

Ergebnisse der Analyse der Perspektive von Pädagog_innen: Handeln im Spannungsfeld von Pädagogik und Gesundheitsförderung unter schwierigen Bedingungen

Die Fokusgruppen mit den Kita-Leiterinnen und den Erzieher_innen waren geprägt von einer hohen Reflexionsbereitschaft der Teilnehmenden. Es kamen angenehme und anregende Diskussionen zustande, in denen ein offener Austausch möglich war. Konkurrenz war nicht zu spüren, eher hat das gegenseitige Wissen um den Standort geholfen, Ideen, Erfahrungen und Einschätzungen zu formulieren.

An der Fokusgruppe mit den Kita-Leiterinnen haben vier Personen aus drei der beteiligten Kitas teilgenommen, bei den Erzieher_innen waren aus vier der beteiligten Kitas fünf Personen anwesend. Beide Gespräche begannen mit zwei Fragen zur Einschätzung des Gesundheitszustandes der Kinder: Was macht für Sie ein gesundes Kind aus und wie schätzen Sie den Gesundheitszustand der im Jahr 2009 geborenen Kinder ein?

Danach gingen die Fragen in der Fokusgruppe für Leiterinnen eher allgemein auf die Bedingungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder in der Kita, im Sozialraum und in den Familien ein. Bei den Erzieher_innen drehte sich das Gespräch im Folgenden mit vertieften Fragen und Diskussionen um die vier Aspekte von Gesundheit, die in dieser Studie verfolgt werden: Bewegung, Ernährung, Exploration und Sprachentwicklung.

Die Fragen wurden jeweils an die Diskussion angepasst, um einen guten Austausch zu gewährleisten und den Argumentationsfluss der Teilnehmenden nicht zu verändern.

Aufgrund der offenen Auswertung in Anlehnung an die Grounded Theory, konnten wir vier Themenfelder identifizieren, die die Sicht der Pädagog_innen auf die Rolle der Kita und ihre eigene Rolle bei der Gesundheitsentwicklung von Kindern beschreiben und die die Teilnehmenden in diesem Zusammenhang als relevant ansehen. Dabei werden Haltungen und Einschätzungen deutlich, die ganz wesentlich die pädagogische Arbeit in der Kita prägen.

- Kitas als Chance und Ressource für Kindergesundheit
- Bildungsanspruch versus Gesundheitsverständnis
- Begrenzter Einfluss der Pädagog_innen auf Eltern
- Der Sozialraum bietet schlechte Bedingungen für gesundes Aufwachsen

Die Kita-Leiterinnen haben dabei eher einen breiten Blick auf die Situation, sind oft weniger persönlich von den geschilderten Herausforderungen betroffen und haben mehr Verständnis für die Situationen von Kindern, Eltern und Pädagog_innen. Das liegt sicher zum einen an ihrer anderen Rolle: Die Leiterinnen sind nicht konstant in der Arbeit mit den Kindern eingesetzt, sondern machen Vertretungsdienste oder „besondere“ Aktivitäten mit den Kindern. Eltern besprechen andere Themen mit den Kita-Leiterinnen und haben auch oft einen anderen Respekt vor ihnen. Auch merkten wir in der Fokusgruppe, dass sich die Kita-Leiterinnen theoretisch intensiver mit der sozialen Zusammensetzung im Sozialraum und deren Implikationen für die Kitas beschäftigt haben und dass sie deshalb insbesondere mit Blick auf die Eltern mehr Einfühlungsvermögen und Verständnis entwickeln konnten als die Erzieher_innen.

Insgesamt kann man sagen, dass die Pädagog_innen sich bewusst sind, welche Bedeutung sie für das gesunde Aufwachsen der Kinder haben. Sie bemühen sich sehr, die Kinder in einem gesunden Kitaumfeld aufwachsen zu lassen und haben zum Teil Gesundheitsziele und gesundheitsförderliches

Handeln so verinnerlicht, dass sie es gar nicht als ihre Leistung/ihren Beitrag zum gesunden Aufwachsen der Kinder hervorheben.

In beiden Fokusgruppen wurde deutlich, dass die Pädagog_innen sich mitunter durch die Rahmenbedingungen der Kitas, des Sozialraums und auch durch das Handeln der Eltern in ihrem Engagement für die Kindergesundheit gebremst oder gar blockiert fühlen.

Kitas als Chance und Ressource für Kindergesundheit

Die Pädagog_innen sind sich ihrer Rolle für ein gesundes Aufwachsen der Kinder bewusst. In den Konzeptionen und Außendarstellungen der Kitas wird die Fundierung in den grundlegenden Kompetenzfeldern Bewegung, Ernährung, Zahngesundheit und Sprachentwicklung deutlich. Auch beide Fokusgruppen zeigen, dass die Pädagog_innen sich darüber Gedanken gemacht haben, welche Gesundheitsaspekte für die Kinder bedeutsam sind und wie sie diese unterstützen können:

„Ich weiß, dass sich die Kinder bei uns von morgens bis abends bewegen. Da kann ich gelassen zugucken [wenn die Kinder mit dem Kinderwagen gebracht werden].“ (Fk2, Z. 261 f.);

„Aber ich muss sagen, wir stemmen viel.“ (Fk2, Z. 617 f.);

„Also Bewegung und Sprache bei uns auf jeden Fall im Haus.“ (Fk1, Z. 908)

Sie beschreiben, wie sie schlechte Rahmenbedingungen in den Kitas zu umgehen versuchen: *„also diese Häuser sind eigentlich alle von der Bewegung her alle zu klein, wir wissen, es ist eine Notwendigkeit, dass sich die Kinder bewegen und dann müssen wir es hinkriegen“ (Fk2, Z. 613-615)* oder die Raumbedingungen werden genutzt, um Bewegungsanreize zu schaffen: *„Dadurch, dass der Aufzug oft defekt ist kamen wir auf die Idee, dass er nicht mehr benutzt werden kann, um in den ersten Stock zu fahren. So müssen die Kinder die Treppen steigen.“ (Fk2, Z. 228-233)*

Dennoch bleibt ein gewisser Frust bei den Pädagog_innen besonders in Bezug auf die Rahmenbedingungen. Sie wissen, dass sie mehr leisten könnten, wenn die Rahmenbedingungen besser wären:

„Nichtsdestotrotz müssen gewisse Rahmenbedingungen da sein. Es ist ja schon viel passiert, aber für mich gehören zu einer gesunden Kita auch die Waschräume und die sind bei uns schon 30 Jahre alt. Es müssen gewisse Dinge auch mal angepasst werden.“ (Fk2, Z. 621-624);

„Also die Gesamtsituation. Solche Bücher mit wenigen Kindern lesen, kann man aber leider nicht immer mit der Gruppenstärke leisten.“ (Fk1, Z. 294 f.);

„Gesunde Ernährung braucht eine eigene Küche. Da muss ich ganz ehrlich sagen, da kann sich eine Küchenhilfe noch so anstrengen. Es bleibt ein Lieferessen, es bleibt dabei und die Nährstoffe sind nicht so, wie sie in der eigene Küche sind. Ich finde, es ist eine große Voraussetzung, dass in einer Kita vor Ort frisch gekocht wird. – Du hast keinen Einfluss darauf, was gekocht wird. Du kriegst das Essen, was kommt. Du hast nicht mal die Möglichkeit zu wählen.“ (Fk2, Z. 242-249)

Ein Grund, warum die Pädagog_innen sich ihrer Bedeutung für die Entwicklung der Kinder bewusst sind, ist sicher der Bildungsanspruch, den sie unisono mit Bezug zum Berliner Bildungsprogramm beschreiben und der in den Beschreibungen ihres Handelns plastisch wird (s.u.).

Ebenfalls sehen es die Pädagog_innen als ihre Aufgabe an, sich mit den Kindern und Familien mit Gesundheitsthemen zu beschäftigen. Sie stellen selbstverständlich verschiedene Maßnahmen dar, wie sie die Kinder bei gesundem Handeln unterstützen und wie sie sich bemühen, auch mit den Familien zu gesunder Ernährung oder gesundem Lebensstil ins Gespräch zu kommen. Die Kitas sind vielfältig und sehr engagiert in diesem Themenfeld und wissen um ihre Bedeutung.

Allerdings werden bei näherer Betrachtung Brüche zum Bildungsverständnis und innerhalb des eigenen gesundheitlichen Handelns deutlich (vgl. Bildung und Gesundheit treffen aufeinander, 55).

Die Pädagog_innen kennen zum Teil die Lebensumstände der Kinder und Familien und setzen daran in ihrer pädagogischen und gesundheitsbezogenen Arbeit an. Zum Teil führt dieses Wissen zu einem großen Verständnis für die Reaktionen oder das Handeln der Eltern oder Kinder: *„Es gibt Familien, die wohnen zu sechst in einer Zweiraumwohnung. Ich glaube, da ist das Kind mehr eingeschränkt, als in einer Familie, wo das Kind ein eigenes Zimmer hat.“* (Fk1, Z. 74-76). Insbesondere, wenn die Lebensumstände als schwierig eingeschätzt werden:

„Wir haben eine Familie, die leben in einer Notunterkunft. 2 Kleinkinder, zwei Erwachsene auf 16 Quadratmetern ohne Küche! Und ich fragte mich immer, warum die jeden Morgen mit einer Bäckertüte ankommen. Die hatte keinen Kühlschrank, konnte keine Vorräte anlegen. Die musste alles käuflich erwerben. Die Mutter geht morgens selbstverständlich zum Bäcker und kauft den Kindern irgendwas. Die Situation ist, wie sie ist. Da kann ich gegen die Brötchentüte wettern, wie ich Lust habe, das wird sich nicht ändern.“ (Fk2, Z. 291-297)

Hier erfolgt aus dem Verständnis und der Einfühlung in die Familien oft ein Kontaktaufbau, der die Beziehung stärkt.

Trotzdem gibt es immer wieder Situationen, in denen die Pädagog_innen gesundheitliches Handeln der Familien erleben, das sie erschüttert und das sie ablehnen:

„Und ob die Eltern die Regeln vermitteln, zum Beispiel Hygiene, nach dem Toilettengang Hände waschen. Ob die das zu Hause lernen? Also wir haben in der Kita einige Kinder, die das nicht können. Die hocken sich als Mädchen auf die Toilettenbrille, weil sie es nicht anders kennen von zu Hause. Und dann müssen wir einschreiten und zeigen, wie man es anders machen kann. Wie es besser klappen kann und nach dem Toilettengang halt Hände waschen.“ (Fk1, Z. 76-82)

Hier sehen sie die Kita in der Rolle der Kompensation und nehmen diesen Auftrag auch für sich an: *„Die Kinder erzählen manchmal auch, die Kinder erzählen auch immer "Ich hab zu Hause gar keine Zahnbürste!" Haben sie auch schon gesagt. Dann geben wir immer welche mit, wenn wir noch welche haben oder halt wirklich Zähne putzen und darauf Wert legen.“* (Fk1, Z. 267-270)

In den Beschreibungen der Lebenswelten der Familien aus Sicht der Pädagog_innen werden viele Schwierigkeiten benannt und deutliche Defizite im elterlichen Handeln in Gesundheitsfragen beschrieben: Hier werden insbesondere Defizite im Ernährungshandeln – Essen, welches Eltern den Kindern mitgeben, und die mangelnde Zahnhygiene aufgeführt (FK1, Z. 236-278, Fk1, Z.785-813), auch der Umgang mit kranken Kindern scheint schwierig (Fk1, Z. 1019-1048).

Dies widerspricht den Ausführungen der Eltern in deren Fokusgruppen. Hier wird eine hohe Auseinandersetzung mit Gesundheits- und Ernährungsfragen sichtbar sowie viele praktische Beispiele, die den Aussagen der Pädagog_innen widersprechen (vgl. Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Eltern: Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer Erwartungen und Umfeldbedingungen , 33).

Auch wenn die Pädagog_innen mitunter frustriert sind, dass ihre Anmerkungen und Hinweise nicht bei den Familien umgesetzt werden, beschreiben sie intensiv, wie sie Eltern beraten und diese Beratung auch von Eltern angefragt wird (Fk1, Z. 167-175; Z. 178-207; Fk2, Z. 509-516; Z. 328-335). Damit erleben sich die Pädagog_innen als wichtige Ressource für die Familien und es wird deutlich, dass sie auch über die Kita hinaus Einfluss auf die Kindergesundheit haben.

Bildungsverständnis und Gesundheitsverständnis – ein Spannungsfeld

Wie bereits oben angesprochen, leisten die Kitas in Bezug auf die Kindergesundheit und auf die kindlichen Entwicklungsprozesse einen wichtigen Beitrag. In der Analyse der Fokusgruppen wurde deutlich, dass dies insbesondere durch kongruente pädagogische Grundhaltungen von Beteiligung, Anregung von Selbstbildungsprozessen und dem Angebot einer tragfähigen Beziehung zwischen Kindern und Erwachsenen möglich wird. Allerdings werden die Ausführungen der Pädagog_innen deutlich unsicherer und widersprüchlicher, wenn sie sich gezielt zu „Gesundheitsthemen“ äußern. Dazu zählen, obwohl es in der Studie zum Gesundheitsverständnis gerechnet wird, das Explorationsverhalten und die Sprachentwicklung nicht. Hier beschreiben die Pädagog_innen aus ihrer pädagogischen Grundhaltung, was sie bei den Kindern wahrnehmen (s.u.).

In den Ausführungen zu Bewegung und besonders Ernährung und Zahnpflege zeigt sich, dass die Pädagog_innen kein konsistentes Gesundheitsverständnis haben und dass sie auch in ihrem Handeln in Gesundheitsthemen von ihrem pädagogischen Wissen und ihrer Grundhaltung abweichen (s.u.). Dies entspricht dem Bild, welches sich in der Gesundheitsbildung und Theorie zeigt. Viele unterschiedliche Theorien stehen hier nebeneinander und jeweils gibt es noch mehr Schlussfolgerungen für die Praxis der Gesundheitsförderung (vgl. auch Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit, 13).

Auffällig in der Gegenüberstellung der beiden Ansätze Pädagogik und Gesundheit, so wie die Pädagog_innen dies beschreiben, ist vor allem, dass die Grundhaltungen der Beteiligung und Ressourcenorientierung aus der Pädagogik scheinbar ausgesetzt werden, wenn es um Gesundheitshandeln geht. Hier setzen die Pädagog_innen in der von ihnen beschriebenen Theorie und praktischen Umsetzung auf Trainingsmaßnahmen und Vorgaben.

Im Folgenden werden die Analysen zum Bildungsverständnis und zum Gesundheitsverständnis vorgestellt und danach in Beziehung gesetzt.

Bildungsverständnis der Pädagog_innen

Beteiligung

Die Pädagog_innen machen deutlich, wie wichtig ihnen bei pädagogischen Aktivitäten und im Alltag die Beteiligung der Kinder ist. Sie beschreiben, wie sie den Austausch mit den Kindern initiieren, um deren Interessen und Themen zu erfahren und um eine tragfähige Beziehung aufzubauen und am Leben zu erhalten: *„Ich setze mich manchmal einfach zu den Jungs in die Bauecke und die genießen das total! Wenn man da sitzt, erzählen sie, was sie gerade bauen und dann baue ich ein bisschen mit. Und das lieben die Kinder, wenn man sich einfach mal genau auf Augenhöhe zu ihnen setzt“* (FK1, Z. 1352-1358). Und sie beschreiben, wie sie Beteiligung lebendig werden lassen. Sie möchten, dass die Kinder sich einbringen, wenn sie besprechen, wie der Tag verläuft (FK1, Z. 1244-1249), es ist ihnen wichtig, dass die Kinder möglichst viel Spielraum für die Selbstbestimmung im Kitaalltag haben (FK1, Z. 1206-1213, FK1, Z. 414-423; FK1, Z. 515-531, FK2, Z. 806-812) Dabei beschreiben sie konkrete Alltagssituationen und ihr Handeln: z.B. Einschlafsituationen *„Möchtest du dich schon hinlegen?“* (FK1, Z. 527-528). Sie suchen Situationen, in denen sie im Austausch mit den Kindern sind (FK1, Z. 962-967) oder beobachten, welche Bedürfnisse oder Interessen die Kinder haben (FK1, Z. 1251-1253, FK1, Z. 1342). Damit nehmen sie einen zentralen Wert aus dem Bildungsverständnis des Berliner

Bildungsprogramms (BBP, S. 13ff.) auf: Grundlage ist die Gewissheit, dass allein wenn ein Mensch sich eingebunden und wohlfühlt, er in der Lage ist, positive Lern- und Bildungserfahrungen zu machen. Dazu gehört auf der einen Seite die Beteiligung an Entscheidungen, die ihn betreffen und die Erfahrung mitzubestimmen was wann und wie getan wird. Auf der anderen Seite ist grundlegend, dass Kinder in ihren Autonomiebestrebungen unterstützt werden und damit respektvoll umgegangen wird. Dies ist insbesondere in Alltagssituationen wie zu Essenszeiten, Pflege oder Routinen relevant, die oft auch Gesundheitssituationen sind.

In der Beschreibung von Alltagssituationen und der Berücksichtigung der Autonomiebestrebungen der Kinder wurden allerdings in den Fokusgruppen Brüche deutlich, wenn es um Gesundheitsthemen ging (vgl. die Ausführungen zum Gesundheitsverständnis, 27).

Anregung von Exploration

Besonders lebendig werden die Pädagog_innen, wenn sie ihre vielfältigen Wege beschreiben, wie sie Kinder in ihrem Explorationsverhalten unterstützen. Auffällig ist hier allerdings, dass die Pädagog_innen ihren eigenen Anteil an dieser Explorationsfähigkeit nicht beschreiben. Sie beschreiben besonders diese Kompetenzen als zu den Kindern gehörig und nehmen wenig in den Blick, welche Bedingungen sie schaffen und was sie dazu tun, dass das so funktioniert:

„Die sind sehr wissbegierig. Also auf jeden Fall. Wir haben in jedem Raum eine andere Attraktion, sag ich mal. In dem einen werden Wassereperimente gemacht zum Beispiel. Beim anderen haben wir einen Sandkasten, wo sie mit Sand experimentieren können. Und die lieben es einfach nur. Einfach mal Wasser aus einer Gießkanne kippen, was ganz Einfaches! Oder matschen, einfach ausprobieren, wie fühlt sich das an? Mit Farben, einfach mal mit den Händen (...) Die lieben das, einfach mal auszuprobieren, was sie von zu Hause vielleicht auch nicht kennen.“ (Fk1, Z. 1131-1137)

„Also es gibt auch viele Kinder, die ganz viel ausprobieren und ihre eigenen Ideen haben. Aber es gibt auch Kinder, also finde ich, haben wir schon einige, die ganz wenig Eigenideen haben und sich viel an ihren Freunden orientieren und viel immer dieselben Sachen machen, was ja auch ok ist, aber ich meine diese Exploration oder einfach mal irgendwas Neues ausprobieren, da gibt es einige Kinder, also mehrere, die das wenig machen.“ (FK1, Z. 281-286)

Die Pädagog_innen beschreiben in ihren vielfältigen Ausführungen zum Explorationsverhalten der Kinder, wie spielend sich Kinder mit Lernen und Wissen beschäftigen, wenn es sie interessiert. *„Die lieben es Experimente zu machen, mit Wasser rumzuschütten, oder mit Sand. Solche Spiele sind bei uns echt heiß begehrt.“ (Fk1, Z. 1175-1177 auch Fk1, Z. 1131-1140; Fk1, Z. 280-291)* Dabei wird deutlich, wie sehr sie an den Themen und Tempi der Kinder ansetzen und dass sie dem viel Raum und Zeit geben.

Die Praxisbeispiele zeigen, dass die Pädagog_innen durch die bewusste Gestaltung der Lernumgebung und die bewusste Anregung von vielfältigen Experimenten, Spielen und Umfeld-Erkundungen sehr wohl Einfluss auf die Explorationslust der Kinder nehmen und deren Kompetenzen diesbezüglich unterstützen. Dabei beschreiben sie, wie genau sie die Impulse der Kinder aufnehmen und daran anknüpfen, so dass sie sie herausfordern indem sie deren eigene Interessen zum Thema machen (Fk1, Z. 414-423, Z. 940-952; Z. 1142-1150; Z. 1337f.; Fk2, Z. 383-395). In diesen pädagogischen Situationen ist den Pädagog_innen auch ein kindorientiertes, spielendes Herangehen wichtig, *„Einfach irgendwas auszuprobieren und zu gucken. Also heute habe ich da einfach nur Öl in Wasser und noch Honig und dann gucken wir, was blieb oben, was geht runter? Und umrühren und gucken, was passiert“ (Fk1, 1144-1147).* *„Sie stellen auch immer schon Fragen, sind interessiert.“ (FK1, Z. 1173 f.), „Wenn es ihnen gefällt, sind sie konzentriert“ (FK1, Z. 1199).*

Die Ausführungen zeigen, dass es die Pädagog_innen als wichtig erachten, den Kindern Raum für ihre Interessen und Themen zu geben: *„Wasser ist zum Beispiel das Element von einem Kind bei uns. Ich glaube, der würde sich auch Wasser aus der Toilette holen. Also, das ist wirklich sein Thema.“* (Fk1, Z. 1223-1226).

In ihren Berichten machen die Pädagog_innen deutlich, dass sie genau diese Themen wahrnehmen und daran ansetzen, wenn sie die Lernumgebung der Kinder gestalten bzw. den Kindern Handlungsspielräume bereitwillig einräumen: *„Also die Themen der Kinder treffen. Dann sind sie Feuer und Flamme. Dann sind sie nicht mehr zu bremsen. Aber wenn es ein von uns aufgedrücktes Thema ist, dann kriegen die auch wirklich nur halb so viel mit. Dann wollen die auch nicht, dann sind sie stur und das interessiert sie nicht.“* (FK1, Z. 1226-1230)

„[Um alle Kinder einzubeziehen] kann man ja einen Gesprächskreis machen. So mache ich das. Ich nehme mir einen Stift und Zettel und schreibe auf, was sich die Kinder wünschen und was umsetzbar ist.“ (Fk1, Z. 1236-1238) *„Oder durch Beobachtung, da kriege ich immer viel mit. Womit spielen die Kinder ganz viel? Wo kann man vielleicht noch etwas erweitern.“* (Fk1, Z. 1251 f.)

Allerdings verlieren die Beschreibungen der Lern- und Bildungswege der Kinder und der Unterstützung durch die Pädagog_innen dabei den partizipativen und „leichten“ Charakter, wenn es an die offensichtlichen Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung und Zahngesundheit geht. Hier betonen die Pädagog_innen eine aktive Rolle und geben auch bestimmte Ziele vor (vgl. Gesundheitsverständnis).

Gesundheitsverständnis

Allgemein gefragt, was ein gesundes Kind ausmacht, beschreiben die Pädagog_innen einhellig ein ganzheitliches und ressourcenorientiertes Gesundheitsverständnis, welches dem der WHO (WHO 1946, vgl. Gesundheit, 16) durchaus entspricht: *„ein Kind mit guter Laune“* (FK2, Z. 17), *„wenn es sich gern bewegt, wissbegierig ist“* (FK2, Z. 25), *„wenn es aktiv ist“* (FK2, Z. 21), *„auch dieses Wohlbefinden, wenn es in den Kindergarten kommt, dass es sich in der Familie wohlfühlt“* (Fk1, Z. 52 f.), *„ein selbstbewusstes Kind, was auch um seine Fähigkeiten weiß und vielleicht auch schon anfängt, seine Fähigkeiten und Kräfte einzuschätzen... Aber auch die körperlichen Voraussetzungen hat, also sich gern bewegt, dass es eine altersentsprechende Geschicklichkeit entwickelt hat“* (FK2, Z. 31-34), *„Also für mich gehören körperliche und seelische Gesundheit zusammen“* (Fk1, Z. 30 f.) *„Wenn sie altersentsprechend entwickelt sind“* (FK2, Z. 48) *„Dass sie sozusagen ihren Rhythmus finden und auch lernen, darauf zu achten, was der Körper sagt und vielleicht auch, was es für Kreisläufe im Körper gibt“* (Fk1, Z. 62 f.).

In diesem Teil der Fokusgruppen hatten wir schnell den Eindruck, dass die Pädagog_innen stärker auf uns als Fragende mit unserem pädagogischen Hintergrund reagierten. Die Frage stand jeweils am Anfang, kurz nachdem wir unsere Zugehörigkeit zum Beki erläutert haben. Die Antworten orientieren sich eher an abstrakten Ansprüchen und nehmen wenig Bezug zur Praxis. Sie reagieren also auf das Setting und formulieren einen Gesundheitsbegriff, für den sie in der Praxis wenige Entsprechungen haben. Im Gesprächsverlauf wirken diese Teile zum Gesundheitsverständnis wie abgekoppelt von der alltäglichen Auseinandersetzung mit Gesundheit und gesundem Aufwachsen.

Auch hier wird wieder der positive Blick auf die Kinder deutlich. Allerdings werden ziemlich schnell auch negative Beeinflussungsstrukturen beschrieben, die die Kinder in ihrer gesunden Entwicklung beeinträchtigen z.B. Zähne, gesunde Ernährung. Die Verantwortung dafür wird den Eltern

zugeschrieben (Fk 1, Z. 95 f.; Z. 268-278; Z. 614-620; Z. 792-799; Fk 2, Z. 202-206; Z. 275-282; Z. 473-476; Z. 511 f.).

Die Pädagog_innen scheinen kein Konzept zu haben, was nun im Einzelnen zu einer gesunden Lebensführung dazu gehört und wie die Bereiche Ernährung, Bewegung und Exploration zum Gesundbleiben beitragen. Hier werden unterschiedliche persönliche Erfahrungen und Einstellungen mit Fachkenntnissen gemischt. Teilweise auch direkt hinterfragt: *„Also eine Kollegin von uns macht auch eine Back-AG, da helfen die Kinder auch immer mit. Das ist natürlich auch nicht gesund, aber da lernen die natürlich auch die Zutaten kennen und es macht ihnen auch ganz viel Spaß“* (Fk1, Z. 621-624; Siehe auch Fk1, Z. 603-606; Fk2, Z. 485-500).

Orientiert an der von uns gegebenen Struktur der Fokusgruppen thematisieren die Pädagog_innen folgende Felder: gesunde Ernährung, Bewegung – Entspannung, Zahnhygiene, sowie den Umgang mit kranken Kindern.

Gesunde Ernährung nimmt einen wichtigen Stellenwert in der Diskussion ein. Insbesondere bei der Ernährung gibt es einen Konsens, dass frisch gekochtes Essen mit Gemüse wertvoll ist sowie Vollkornbrot und Milchprodukte. Süßes schadet: *„Kartoffeln und Quark sind der Renner! Also da schält meine Köchin morgens 40 Kilo Kartoffeln. Und dazu essen unsere Kinder 25 Kilo Quark! Und dann kaufen wir Gemüse zum Stippen und das ist ihr allerliebstes Essen. Und das ist gesund!“* (Fk2, Z. 427-430) *„Aber was sie mitbringen sind hauptsächlich Süßigkeiten, nur Ungesundes“* (Fk1, Z. 596 f.). Die Pädagog_innen erläutern hitzig und engagiert, wo sie die Hürden für eine gesunde Ernährung der Kinder sehen. In Bezug auf die Gestaltung der Mahlzeiten und gesunde Ernährung in den Kitas sind sie im Großen und Ganzen zufrieden, besonders, wenn die Kita selbst Einfluss auf das Essen und seine Zusammensetzung nehmen kann, durch eine eigene Küche oder wenn die Pädagog_innen selbst mit den Kindern einkaufen und Frühstück und Vesper zubereiten. Auch Obst und Gemüse stellen sie zur Verfügung und sind zufrieden damit. Zum Teil thematisieren sie die unzureichende Mittagsversorgung durch Cateringfirmen. Vor allem wird ihre Unzufriedenheit über die Ernährungsbeiträge durch die Familien deutlich, wenn die Kinder in Brotboxen ihr Frühstück mitbringen oder auch wenn sie beschreiben, wie in den Familien gegessen wird. Hier werden die Eltern als inkonsequent und zum Teil nicht lernwillig dargestellt: *„Es ist natürlich leichter, ihm die Süßigkeiten zu geben, als Grenzen zu setzen“* (Fk1, Z. 102) *„Es ist ja auch nicht einfach zu sagen ‚Mensch, wieso hat er wieder ein Croissant in der Hand?‘ ‚Ja aber der Junge heult, wenn er es nicht kriegt““* (Fk2, Z. 508 f.). Pädagog_innen berichten mitunter streng, welche Fehler Eltern in der Ernährung ihrer Kinder machen. Sie sehen aber nicht, dass sie selbst in den Einrichtungen auch inkonsistent mit ihrem Wissen um gesunde Ernährung umgehen: *„da wird das Frühstück von der Kita angeboten. Bei uns ist es dann so, montags gibt es immer Brötchen mit Nutella. Ist jetzt nicht so gesund. – Ja, der süße Tag.“* (Fk1, Z. 627-631) *„Ich kann es nicht mehr hören, wenn man über gesunde Ernährung spricht. Da muss ich ganz ehrlich sagen, da kann sich eine Köchin- Es bleibt ein Lieferessen, es bleibt dabei und die Nährstoffe sind nicht so, wie sie in der eigene Küche sind und das finde ich, ist eine große Voraussetzung, dass in einer Kita vor Ort frisch gekocht wird“* (Fk2, Z.442-446).

Die Kitas scheinen kein fachlich reflektiertes Konzept zur Ernährung und Gestaltung von Mahlzeiten zu haben. Die Pädagog_innen beziehen sich nicht auf anerkannte Standards (z.B. DGE) oder Ansätze zur Ernährung in Kitas, sondern scheinen ihren Umgang mit Ernährung in der Kita durch ihr Alltagswissen zu gestalten. Dies führt zu Widersprüchen insbesondere beim Thema Süßigkeiten. Das wird einhellig als ungünstig für die Entwicklung und Verursacher von Karies und Adipositas beschrieben und die Pädagog_innen monieren, dass die Kinder zuhause viele Süßigkeiten essen. Dennoch erlauben sich die Einrichtungen selbst Ausnahmen von diesen Nahrungsmittelbewertungen,

indem sie in den Kitas Eis essen: „Also was unsere Kinder wegfuttern ist unglaublich. Also wir haben, wie alle wahrscheinlich, immer Obst auf dem Tisch zu stehen. Die essen auch Süßigkeiten und einmal die Woche gibt es bei uns Eis als Nachtisch“ (FK2, Z. 349-351).

Auch wird bei der Ernährung der kulturelle Aspekt von den Pädagog_innen selbst ins Spiel gebracht. Sie beschreiben wie unterschiedlich die Familien speisen und reflektieren darüber, wie man respektvoll mit diesen unterschiedlichen Traditionen umgehen kann: „Und warum andere Familien andere Sachen haben, da muss man erst mal hinter steigen. Und das finde ich sehr schwierig in unseren sehr vielfältigen Kulturen in unserer Kita“ (FK2, Z. 303-305).

Die gesunde Ernährung ist im Vergleich der beiden Perspektiven von Eltern und Pädagog_innen sehr interessant. Haben doch beide Gruppen nur eine ungenaue Vorstellung von dem, wie jeweils am anderen Ort Essen zubereitet und Mahlzeiten gestaltet werden. Beide Gruppen misstrauen einander und sehen die Defizite des jeweils anderen. Besonders diskrepant sind die negativen Beschreibungen der Pädagog_innen über das Essverhalten und die Ernährungszusammensetzung in den Familien. Dies bestätigt sich in den Fokusgruppen mit Eltern in keinster Weise. (vgl. Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Eltern: Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer Erwartungen und Umfeldbedingungen

. 33)

Bewegung als weiterer Gesundheitsfaktor wird von den Pädagog_innen einhellig weniger problematisch erachtet. Die Kinder werden allgemein als bewegungsfreudig beschrieben, besonders, wenn sie selbst entscheiden können, wo es hin geht und wie: „Ich muss sagen, Kinder, die sich gerne bewegen, bewegen sich auch sehr viel bei uns. Die haben einen richtigen Drang danach, merkt man bei uns.“ (FK1, Z. 324-326). „Also diese Wege, die relativ langweilig sind und die du planst, um irgendwie zur U-Bahn zu kommen. Das machen sie nicht gerne und sagen ‚Mir tun die Füße weh‘. Aber in dem Moment, wo wir das Gartentor durchschreiten, legt sich keiner hin. Da sind die sofort...“ (FK2, Z. 213-216). Die Kitas machen vielfältige Angebote im Alltag und zusätzlich besondere Aktivitäten, damit die Kinder ihr Bewegungsrepertoire erweitern können. Entsprechend sehen sie auch bei den Kindern kaum Handlungsbedarf, was die Bewegungslust angeht.

Entspannung braucht von Seiten der Erwachsenen eher eine Begleitung, die Kinder werden eher mit Bewegung assoziiert als mit Rückzug und Entspannung.

Insgesamt scheinen die Pädagog_innen wenig Diskussionen und Fachwissen um gesundheitsbewusstes Handeln in der Kita zu führen. Diese wären aus unserer Sicht notwendig, um die alltägliche Praxis mit den eigenen und fachlichen Ansprüchen und Zielen in Einklang zu bringen. Auch die Orientierung an den Themen und Lebenssituationen der Kinder und Familien scheint hier nur teilweise zu funktionieren: Einerseits wird beschrieben, dass aufgrund der kleinen Wohnungen der Familien und der Enge im Sozialraum die Kita der Bewegungsfreiheit der Kinder einen besonderen Stellenwert einräumt. Andererseits werden die Eltern dafür kritisiert, dass sie ihren Kindern zu viele Süßigkeiten geben, gleichzeitig ist auch in der Kita die Ernährung von Ausnahmen geprägt.

Konkret mit Blick auf die Kinder, die 2009 geboren sind, werden eher defizitorientiert Hürden und Probleme für die Kinder beschrieben.

Es zeigt sich, dass die Pädagog_innen beim Gesundheitshandeln auf ein unklares und diffuses Gesundheitsbild Bezug nehmen, welches von persönlichen Erfahrungen und Erkenntnissen geprägt

zu sein scheint. Dabei widersprechen sie sich und dem ressourcenorientierten Gesundheitsverständnis, welches sie scheinbar auch - zumindest theoretisch - teilen.

Wenn die Pädagog_innen berichten, wie sie Einfluss nehmen auf das Gesundheitshandeln der Kinder oder Familien, dann bedienen sie sich einer trainingsorientierten und belehrenden Einführung, die dem Bildungsverständnis und der Ressourcenorientierung, wie sie sich beschreiben können, widerspricht. Wo sie sonst Kindern viel Spielraum lassen für eigene Fragen, geht es bei Ernährung, Bewegung und insbesondere Hygiene scheinbar nur mit Training und Belehrung. Dabei setzen sie in Auseinandersetzung mit den Familien oft bei ihren eigenen, individuellen Gesundheitswerten und Handlungsweisen an – und stellen diese als Weisheit über die Erfahrungen der Familien. Bzw. sie erfragen die Erfahrungen der Familien gar nicht.

Diese Fokussierung auf trainingsorientiertes Erlernen von Gesundheitshandeln finden wir in vielen Studien und Publikationen zu Gesundheit und Prävention (vgl. Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit, 13). Damit wird deutlich, dass die Pädagog_innen eine Unsicherheit zeigen, die sie auch in der (fach-)öffentlichen Darstellung von Gesundheitsthemen so erleben.

Wir plädieren dafür, Konzepte zur *frühkindlichen Gesundheitsbildung* zu entwickeln. Diese sollen auf unserem Bildungsverständnis sowie dem Anspruch an Beteiligung und Wahrung von kindlicher Autonomie basieren. Kindern und Familien brauchen Spielraum für die eigene Ausgestaltung von Empfehlungen und Fachkräfte könnten darin unterstützt werden, gemeinsam mit den Familien und Kindern herauszuarbeiten, was für jedes einzelne Kind gesund und förderlich ist.

Begrenzter Einfluss auf die Eltern

Die Zusammenarbeit mit den Familien ist eine große Herausforderung für die Pädagog_innen in Neukölln Nord. Sie formulieren den Anspruch einer Kooperation im Sinne einer Erziehungspartnerschaft, insbesondere den Leitungskräften ist dies wichtig. Doch die Beispiele, die die Pädagog_innen berichten, deuten auf eine unklare und zum Teil frustrierende Zusammenarbeit mit den Eltern hin.

Die Fokusgruppen zeigen deutlich, dass die Pädagog_innen ein hohes Engagement für die Kinder und ihre Familien aufbringen. Sie machen sich Gedanken, nehmen feinfühlig wahr, was los ist und reagieren umgehend auf die Anfragen oder Ansprache der Eltern und haben das Selbstverständnis internalisiert, dass sie die aktive Rolle im Kontakt mit den Eltern haben.

Und doch bleibt die eigene Rolle der Pädagog_innen im Kontakt mit den Eltern widersprüchlich und die Aussagen erwecken den Anschein, dass es schwierig ist, die so anders als sie selbst lebenden Eltern als Partner auf Augenhöhe anzusehen.

Auf der einen Seite haben die Kitas zum Teil Konzeptionen zur Zusammenarbeit mit den Eltern entwickelt, sie haben einen Einblick in die sozio-kulturellen Unterschiede zwischen ihnen und den Familien, mit denen sie arbeiten. Auf der anderen Seite kommen die Pädagog_innen im Alltag an ihre Grenzen: sie sehen eine hohe Dringlichkeit gerade in Gesundheitsthemen Einfluss auf die familiären Gewohnheiten und das Handeln der Eltern zu nehmen und sind dann sehr frustriert, wenn Eltern ihren Rat nicht annehmen. Demgegenüber motivieren sich die Pädagog_innen mit einzelnen Fällen, in denen Eltern dem Rat der Kita folgen.

Hier fehlt aus fachlicher Sicht die Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit den eigenen Chancen und Grenzen im Handeln mit den Familien. Besonders vor dem Hintergrund des oben ausgeführten

unklaren Gesundheitsverständnisses auf Seiten der Pädagog_innen wirken die Forderungen an eine Veränderung des Gesundheitshandelns in den Familien unsystematisch und willkürlich.

Die Pädagog_innen nehmen sich selten die Zeit um herauszufinden, warum Eltern oder Familien welche Gesundheitsstrategien oder Ernährungs- und Bewegungsstrategien entwickelt haben. Sie fühlen sich selten in die Eltern und ihre Alltagsherausforderungen ein. In vielen Beschreibungen der Pädagog_innen wird eine kritische Haltung gegenüber den Eltern deutlich, die wahrscheinlich aus einer Unzufriedenheit über die Lebensumstände der Kinder kommt. Die Pädagog_innen zeigen überwiegend ein unreflektiertes Machtverständnis, sie fühlen sich den Eltern insbesondere in Gesundheitsdingen überlegen und äußern sich zum Teil sehr abwertend über die Eltern und ihr Handeln.

Damit reproduzieren die Pädagog_innen eine Haltung und ein Machtverhältnis, das in Neukölln Nord und in unserer Gesellschaft durchaus verbreitet ist. Als Angehörige der weißen Mehrheitskultur sind die Pädagog_innen erfahren in den hiesigen Normen und Regeln und reproduzieren diese. Menschen, die davon in ihren Familienkulturen abweichen, werden als anders wahrgenommen und ihre Verfahrensweisen weniger respektiert. (vgl. Teil B, Diversitätsbewusstsein, 65)

Auch wenn Untersuchungen immer wieder zeigen, dass die Migrationsgeschichte einer Familien keinen Einfluss auf die Gesundheitslage der Kinder hat (Oberwöhrmann 2013), halten sich bei den Pädagog_innen die Vorurteile und negativen Sichtweisen auf die Familien, die ja auch in der öffentlichen Wahrnehmung des Stadtteils reproduziert werden. Erkenntnisse über Macht und gesellschaftliche Dominanz zeigen, dass genau dadurch die Verhältnisse weitergetragen werden und ein Kontakt schwierig ist (Wagner 2013).

Insbesondere für die Erzieher_innen stellt die Akzeptanz der Vielfalt der Familienkulturen eine Herausforderung dar. Allgemein zeigen die Pädagog_innen Respekt vor den unterschiedlichen Handlungsstrategien und Kulturen der Familien, gleichzeitig wird an vielen Stellen deutlich, dass sie wenig über die Familien wissen und dieses Wissen immer noch Erstaunen hervorruft.

Bei Gesundheitsthemen stoßen die Pädagog_innen an ihre Grenzen der Akzeptanz und können sich schlecht in die Familien hineinversetzen. Hier wird deutlich, welches Potential die Kitas in Neukölln Nord haben, wenn sie es schaffen, eine gleichberechtigte Sicht auf die Eltern, ihre Familientraditionen und Normen zu entwickeln. Gleichwohl braucht es selbstverständlich weiterhin den wachen Blick auf mögliche Kindeswohlgefährdungen. Hier haben die Kitas gut abgestimmte Vorgehensweisen mit anderen Partnern entwickelt, die ein sehr professionelles und am Kind orientiertes Handeln ermöglicht.

Der Sozialraum bietet schlechte Bedingungen für gesundes Aufwachsen

Übereinstimmend kommentieren die Pädagog_innen die Lebens- und Aufwuchsbedingungen im Stadtteil als nicht ausreichend.

Besorgt zeigen sich die Pädagog_innen über die Gentrifizierung in Neukölln Nord. Sie finden es nicht gut, dass die Familien, mit denen sie arbeiten, teilweise aus ihren Wohnungen verdrängt werden (Fk1, Z. 333 f.).

Sie berichten von engen Wohnverhältnissen der Kinder, angefangen von den kleinen Wohnungen, in denen zum Teil große Familien leben und Rückzug nicht möglich ist, bis zum Sozialraum mit engen Häuserschluchten, wenig Spielraum oder öffentlich nutzbarem Raum für Kinder und Familien. Hinzu

kommt, so beschreiben die Pädagog_innen, dass die Eltern sich im Sozialraum oft nicht wohlfühlen, dass sie zum Teil ängstlich und verunsichert sind, wo sie ihre Kinder spielen lassen können.

Spielplätze zum Beispiel seien nicht in ausreichender Anzahl vorhanden und die bestehenden seien zu wenig attraktiv für die bewegungsfreudigen Kinder. Weitere Angebote, um die Natur zu erforschen, Sport zu machen oder kreativ zu werden, gebe es nur in besonderen Angeboten und auch dann nicht immer gut für Eltern und Kinder zugänglich. Zum Beispiel böten Sportvereine erst ab sechs Jahren Training an oder die weiteren Kinder der Familie könnten nicht betreut werden.

Allerdings sind die Kitas sehr gut vernetzt mit den weiteren Akteuren im Sozialraum. Es haben sich bereits gute Formen der Zusammenarbeit etabliert, zum Teil mit unterschiedlicher Intensität. In einer Kita zum Beispiel gibt es eine enge Kooperation mit einer Kinderärztin, die die Kita besucht und Elternabende zu bestimmten Gesundheitsthemen anbietet. Mit anderen Kinderärzten gelingt die Zusammenarbeit nicht ganz so gut, insbesondere, wenn Kinder zu schnell gesundgeschrieben oder von den Pädagog_innen als sinnvoll erachtete Therapien nicht eingeleitet werden.

Die Leitungskräfte berichten von regelmäßigen Vernetzungstreffen, in denen auch gemeinsame Strategien zu Gesundheitsthemen bearbeitet werden.

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Eltern:

Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer Erwartungen und Umfeldbedingungen

Aus der Analyse der Elternfokusgruppen ließ sich eine im Einzelfall variierende jedoch allgemein grundsätzliche Haltung der Eltern hinsichtlich des Umgangs mit der Gesundheit und dem gesundheitlichen Aufwachsen ihrer Kinder feststellen. Je nach dem Grad der Belastung, die Eltern in der täglichen Konfrontation mit der Gesundheit ihrer Kinder innerhalb der Familie empfinden, ergeben sich Varianten im Umgang mit den Gesundheitsaspekten.

Folgende Themenfelder haben sich in der Analyse als zentral herausgestellt:

- Relevanz von Ernährung im Familienalltag
- Subjektive Gesundheitsaspekte
- Einschränkungen von Bewegungsmöglichkeiten
- Fehlende Wahrnehmung der Kita als Gesundheitsakteur

Relevanz von Ernährung im Familienalltag

Die Zubereitung von Mahlzeiten sowie das Thema ‚Ernährung‘ gelten in allen Fokusgruppen als relevante Bereiche. Unter der Oberkategorie lassen sich Faktoren der Ernährung in Bezug auf die Familienrituale, das Ernährungsverhalten sowie die Lieblings Speisen der Kinder verorten. Im Leben der Familien bestimmt die Planung von Mahlzeiten und Ernährungsgewohnheiten den Alltag:

- Was essen wir zum Frühstück?
- Was möchtest du in deine Brotbox haben?
- Welches Essen gibt es in der Kita?
- Was essen wir zum Abend?

Der Ernährungsdiskurs der Eltern schließt sich dem Diskurs der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in der Gesundheits- und Ernährungsdebatte an. Die Eltern befürworten vor allem frisch zubereitete sowie ausgewogene Mahlzeiten, um ihren Kindern eine große Bandbreite an Gemüsesorten und anderen Lebensmitteln zu bieten. Die DGE spricht sich ebenso deutlich für eine ausgewogene Ernährung aus.

Das Ernährungsverhalten der Kinder wird aus der Perspektive der Eltern als allgemein positiv eingeschätzt. Die ausreichende Ernährungsaufnahme hat für die Eltern eine hohe Bedeutung. Unabhängig von der Entwicklung eines individuellen Hungergefühls ist es vordergründig, dass die Kinder „viel“ sowie „alles“ essen. Sie sorgen sich darum, wenn ein Kind als „schlechter Esser“ bezeichnet wird. Durch die Beschreibungen entsteht der Eindruck, dass die Kinder über den Tag verteilt ein Überangebot an Nahrungsmitteln erleben und kein eigenes Verständnis für ihre Nahrungsaufnahme entwickeln können.

Die Traditionen der Familien auch beim Essen dienen der Identifikation mit der Familienkultur. Es zeigt sich übergreifend, welche Bedeutung die Vorbildfunktion der Eltern für die Kinder hat, da sich das Ernährungsverhalten hauptsächlich an den Ernährungsgewohnheiten der Eltern orientiert und sich daraus entwickelt. Trotz des rituellen Wertes des Essens und der Zubereitung der Mahlzeiten

werden die meisten Kinder kaum beteiligt. Die Vorbereitung und das Kochen gelten als Aufgaben der Mütter, in denen die Beteiligung der Kinder als zusätzlicher Aufwand gesehen wird. Für die Eltern ist es bedeutsam, dass sie gesund für ihre Kinder kochen, nicht aber welches Gesundheitsverständnis den Kindern darüber hinaus vermittelt wird.

Oftmals gilt die Ernährung in den Familien als eine Beruhigung für die Kinder und die Eltern. Eine ganzheitliche Sichtweise auf Gesundheit scheint allerdings lückenhaft. In erster Linie gilt als gesunder Zustand, wenn das Kind temporär keine Krankheit hat. Dabei wird die Ernährung der Kinder vordergründig mit deren Gesundheit in Verbindung gesetzt: *„Und die gesunde Ernährung spielt eine große Rolle. Das habe ich auch gemerkt. Meine Kinder sind wenig anfällig für Krankheiten, dadurch, dass sie so viel essen und auch gut essen. [...]“* (K II, Z. 670ff.). Es wird deutlich, dass das Gesundheitsverständnis der Eltern von dem Spannungsfeld eigener Vorstellungen und äußerer Erwartungen beeinflusst wird. Die eigenen Ansprüche kollidieren oftmals mit den Umfeldbedingungen, den Erwartungen der Großeltern sowie den medizinischen und pädagogischen Fachkräften. (vgl. Exkurs: Ernährung und Essen, 58)

Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Innerhalb der subjektiven Vorstellungen von Gesundheit handeln Eltern nach individuellen Strategien, die von den Normen ihrer Umwelt geprägt sind. Darunter zählen vor allem der allgemein hohe Anspruch der Eltern sowie der gesellschaftliche Druck aus den Familien und dem sozialen Umfeld.

Der Körperkontakt mit den Eltern, Medienkonsum und die Aufnahme von Mahlzeiten gelten als ein Erholungsfaktor für die Kinder, in denen ebenfalls die Eltern eine Regenerationsphase erhalten: *„Zum Entspannen will mein Kind immer mit mir kuscheln oder holt sich eine Umarmung von mir. Ich weiß auch, dass er beim Sandmann entspannen kann.“* (K I, Z. 525ff.). Es verdeutlichen sich Handlungsstrategien, wie das Tarnen und Verstecken von unbeliebten Lebensmitteln oder Gemüsesorten, die es den Kindern nicht ermöglicht einen individuellen Umgang mit Lebensmitteln zu entwickeln: *„Wenn meine Kinder etwas nicht mögen, z.B. Kohlrabi, dann bereite ich es so zu, dass sie es nicht mehr sehen oder erkennen können und sie es dann trotzdem essen. Beispielsweise kann man es im Teig verstecken.“* (K VI, Z. 311ff.). Eltern versuchen das Ernährungsverhalten der Kinder durch Regeln und Grenzen zu steuern (z.B. das Verwehren des Nachtisches): *„Also wenn meine Kindern den Teller nicht leer essen, dann wissen die ganz genau, dass es keinen Nachtisch gibt. Es ist kein Problem, wenn sie nicht aufessen wollen, aber dann gibt es eben keinen Nachtisch. Ohne Diskussion“* (K I, Z.239ff.) Diese Vorgehensweise unterstützt Eltern in ihrem Vorhaben, Kinder nach ihrem subjektiven Gesundheitsverständnis zu ernähren.

Als ein Gesundheitsaspekt gilt die Abwesenheit von Krankheit, welche durch eine „gesunde Ernährung“ unterstützt wird. Hier erhält die Ernährung der Kinder einen klaren präventiven Charakter, da die Eltern die Verbindung von Essen und Gesundheit besonders in den Vordergrund rücken.

Einen bedeutenden Part zum Wohlbefinden der Kinder sehen die Eltern im Bindungsverhältnis zu den Bezugspersonen sowie im Vertrauen zu den Menschen und Räumen im Umfeld. Daraus wird übergreifend ein salutogenetischer Ansatz deutlich, der die umfassenden Einflüsse auf die Gesundheit der Kinder beschreibt: *„Gesundheit ist allgemein. Also eine gesunde Ernährung aber auch die Gewissheit, dass die Eltern immer für ihre Kinder da sind und in einem gesunden Umfeld aufwachsen. Das sind die Grundprinzipien für eine gesunde Entwicklung.“* (K II, Z.678ff.). Der Faktor

der Resilienz wird ebenso berücksichtigt, da es relevant zu sein scheint, dass die Kinder Vertrauen zum Personenumfeld außerhalb der Eltern aufbauen sowie dass diese Bindungspersonen verlässlich sind. Generell wird den physischen Gesundheitsaspekten aber mehr Bedeutung zugeteilt als den psychischen Faktoren.

Aus den Aussagen der Eltern wird deutlich, dass sie sich in ihrem Gesundheitshandeln von gesellschaftlichen Normen leiten lassen, bzw. sich dazu in Beziehung setzen und u.U. auch dadurch verunsichern lassen.

Einschränkungen von Bewegungsmöglichkeiten

Zu den Bedingungen von Bewegungsmöglichkeiten bestehen differierende Erfahrungen der Eltern. Auf der einen Seite gibt es Eltern, bei denen das selbständige Spielen und Bewegen angstbesetzt ist, da sich die Kinder dabei verletzen könnten. Das Bedürfnis nach Kontrolle ist hier deutlicher als die Chance für die kindliche Entwicklung. Und auf der anderen Seite gibt es Eltern, die ihre Kinder eigenständig spielen lassen und etwaige Stürze oder Verletzungen als Erfahrungen der individuellen Grenzen deuten. Die Gefahr im Umfeld der Familien wird jedoch einheitlich von allen als eine Belastung empfunden: *„Die Gegend ist das Problem. Es ist Gewalt und Kriminalität was uns Angst macht. Zum Spielen halten wir uns hier nicht auf, weil meine Kinder sich nicht wohlfühlen.“* (K II, Z. 258ff.) .

Die Spielplätze im nahen Umfeld der Familien sind die täglichen Anlaufstellen der Familien, da die Wohnungen oftmals zu eng für den Bewegungsdrang der Kinder sind. Die Eltern achten darauf, den natürlichen Bewegungsanforderungen der Kinder zu entsprechen. Sie sind aber vermehrt damit überfordert, da die Bewegungsangebote im Umfeld selten attraktiv für die Familien gestaltet sind (z.B. verschmutzte und überfüllte Spielplätze). Im Allgemeinen sind die meisten Mütter und Väter unzufrieden mit der Spielplatzsituation in der Umgebung: *„Ich würde mir mehr für mein Kind wünschen. Im Sommer sind die Spielplätze leider total überfüllt in unserer Gegend und es gibt keinen Wasserspielplatz hier in der Nähe.“* (K III, Z. 109ff.). Der elterliche Anspruch den Bewegungsdrang der Kinder zu unterstützen, scheitert an den Bedingungen des Umfeldes und führt zu einer zusätzlichen Belastung der Familien. Dieses Spannungsfeld begünstigt, dass die Kinder kaum Möglichkeiten haben ihre motorischen Fertigkeiten auszutesten. Durch diese Bewegungseinschränkungen und die daraus resultierende Überlastung der Eltern kann dem Bewegungsdrang der Kinder in der Regel nicht entsprochen werden. An vielen Stellen zeigt sich, dass die Bewegungsangebote für die Kinder von der Mobilität der Eltern sowie den finanziellen Ressourcen abhängig sind.

Bewegung wird in erster Linie nicht als bedeutsamer Faktor für das gesunde Aufwachsen gesehen, sondern es dient vielmehr dem „Auspowern“ der Kinder, damit sie abends schlafen können. Vordergründig wird der Gesundheitszustand eines Kindes mit der Ernährung in Verbindung gebracht, wohingegen die Aspekte von Bewegung einen vergleichsweise geringen Stellenwert erhalten.

Fehlende Wahrnehmung der Kita als Gesundheitsakteur

Aus den Fokusgruppen mit den Eltern wird deutlich, dass der Kitaalltag separat von dem Familienalltag behandelt wird. Die Mütter und Väter haben durch die Kinder eine Verbindung zu ihrer Kita, jedoch erfolgt darüber hinaus ausgehend von den Fachkräften oftmals keine Kooperation. Trotz alledem respektieren die Eltern grundsätzlich die Arbeit der pädagogischen Fachkräfte,

erhalten aber wenig Einblick in die routinierten Abläufe vor Ort. Die Eltern sehen als Aufgabe der Kita vor allem die Entwicklungsförderung sowie das Erlernen der (deutschen³) Sprache. Und hier beschreiben sie wie zufrieden sie mit dem Handeln der Kita sind: *„In der Kita gibt es wirklich auch Förderung, Entwicklung und Hilfe für die Kinder. Die werden nicht nur aufgenommen und machen den ganzen Tag was sie wollen. Ich denke schon, dass man sich hier sehr viel Mühe gibt.“* (K V, Z. 1009ff.).

Insbesondere bei Fragen rund um die Gesundheit gelten die Pädagog_innen nicht als Vertrauenspersonen oder Ansprechpartner_innen. Zu Gesundheitsthemen wird vielmehr der medizinische Rat des Kinderarztes oder der Kinderärztin eingeholt. Neben der pädagogischen Arbeit nimmt das Mittagessen eine entscheidende Rolle in der Funktion der Kita ein. Die Aussagen aller Eltern verdeutlichen die Unzufriedenheit mit dem Mittagsangebot: *„Es tut mir leid für die Kinder, dass es keine Auswahl bei dem Mittagessen gibt. Es gibt immer Nudeln mit Tomatensauce oder Fisch und jeden Donnerstag oder Freitag Eintopf. Ich weiß, dass meine Kinder nicht gut in der Kita essen“* (K II, Z. 426ff.). Hier zeigt sich wiederholt die Relevanz der Nahrungsaufnahme in der Entwicklung der Kinder. Die Unwissenheit über etwaige Gesundheits- und Bewegungsangebote auf Seiten der Eltern zeigt, wie wenig der Kita-Alltag für sie transparent gemacht wird.

Für eine angemessene motorische Entwicklung des Kindes werden spezielle Bewegungsangebote für Kinder anerkannt, jedoch wird dies als grundlegende Aufgabe der Kita definiert. Charakterisieren sich die Eltern selbst als Expert_innen spezifischer Bereiche (z.B. Ernährung, bilingualer Spracherwerb), treffen sie Aussagen über die jeweiligen Aktionen der Kita und begutachten diese. Auch hier zeigt sich übergreifend der Einfluss des Spannungsfeldes zwischen institutionellen und elterlichen Ansprüchen sowie den Umfeldbedingungen, die das Gesundheitsverständnis der Familien bestimmen. Die Eltern sind fortwährend damit beschäftigt, den Ansprüchen der Kinder sowie der Kita gerecht zu werden. Dieses Phänomen verdeutlicht sich in der Ernährung der Kinder: Die ständige Sorge darüber, dass die Kinder in der Kita zu wenig essen, veranlasst die Mütter dazu, permanent Snacks und Mahlzeiten für sie bereitzustellen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass alle Kategorien von dem Phänomen „Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer Erwartungen und Umfeldbedingungen“ gekennzeichnet sind. Die Perspektive der Eltern auf die Gesundheit ihrer Kinder entwickelt sich aus familiären und somit auch traditionellen Handlungsstrategien und Deutungsmustern, die an den äußeren Einflüssen des Umfeldes orientiert sind. Das gesundheitliche Verständnis beeinflusst das Handeln der Eltern und wirkt direkt auf das Ernährungsverhalten der Kinder ein. Jegliche daraus resultierende Unsicherheiten der Mütter und Väter sowie das fehlende Kontextwissen führen zum einen zu der Einschränkung des Bewegungsdranges und den Unterstützungsmöglichkeiten, sich zu bewegen. Und zum anderen zu der täglichen Überversorgung an Mahlzeiten sowie einem fehlenden „am Hunger orientierten“ Essverhalten der Kinder. Die Unwissenheit über spezifische kindliche Entwicklungsstände und Gesundheitsbedingungen wirken ebenfalls auf das Gesundheitshandeln der Eltern ein und haben somit einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit der Kinder.

Es konnte gezeigt werden, dass die Zubereitung von frischen Mahlzeiten für die Eltern als einer der bedeutendsten Bereiche in der Ernährung gilt, da dieser Gegenstand, ihrer Meinung nach einen direkten Einfluss auf die Gesundheit der Kinder hat. Das Gesundheitsverständnis der Eltern steht demnach in enger Verbindung mit dem Ernährungsverhalten, sodass die Bedeutung der Integration

3 Da die Mehrheit der Eltern aus den Fokusgruppen eine Migrationsgeschichte hat, geht es in den Ausführungen der Mütter und Väter vorrangig um das Erlernen der deutschen Sprache in der Kita.

von Elternteilen an Gesundheitsangeboten unabdingbar wird. Aus den Perspektiven der Eltern kann festgehalten werden, dass ein gesundheitlicher Zustand dann gegenwärtig ist, wenn die Kinder ausreichend frische Mahlzeiten zu sich nehmen. Der Faktor Ernährung erhält somit eine ganzheitliche Bedeutung im Alltag der Familien, da er im Zentrum aller Aktivitäten steht. Zusätzlich ist ein weiterer Aspekt der elterlichen Sichtweise auf die Gesundheit abhängig von dem Krankheitszustand eines Kindes. Als Erwartungshaltungen gegenüber der Kita in Gesundheitsfragen wurde herausgestellt, dass die Eltern aufgrund der geringen Transparenz des Kitaalltags kaum Ansprüche an die Einrichtung anführen, denn in erster Linie wird die Institution nicht als Gesundheitsakteur wahrgenommen. Bezüglich des Mittagsangebots der Kitas zeigt sich ein kritisches Bild, da die Eltern die Vielfalt und Auswahl stark bemängeln. Eltern sehen sich selbst als Expert_innen für die Ernährung ihrer Kinder an und haben demnach differierende Ansprüche an die Versorgung in der Kita. Basierend auf der Fragestellung nach den Möglichkeiten und Grenzen von Bewegungsräumen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass diese im Lebensraum der Familien nicht optimal für eine bestmögliche motorische Entwicklung der Kinder ausgestattet sind. Durch die fehlenden Bewegungsmöglichkeiten in Neukölln Nord, ausgehend von verunreinigten Spielplätzen bzw. der fehlenden Sicherheit im Umfeld, werden die Kinder in ihren Bewegungsabläufen eingeschränkt. Diese Einschränkungen führen in den meisten Fällen zu einer Belastung der Familien. Zusätzlich wird Bewegung vordergründig nicht als ein bedeutender Faktor von Gesundheit definiert. Dies deutet darauf hin, dass Gesundheitsangebote für die Zielgruppe Familien mit Kindern den Faktor Bewegung nur gering berücksichtigen bzw. den Zusammenhang von Gesundheit und Bewegung nicht ausreichend thematisieren.

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Kinder:

Was darf ich und was darf ich nicht? – Handlungsspielräume von fünf- und sechsjährigen Kindern in Bezug auf Gesundheit in der Kita

Eric Brüggemann und Henrieke Franzen, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Im Rahmen dieser Studie sollten explizit Kita-Kinder befragt werden, um jene Akteur_innen einzubeziehen, die im Zentrum präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote in der Kita stehen. Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse der Kinderbefragungen dar und lässt die Perspektive der Kinder auf ihr Leben in der Kita und Zuhause lebendig werden. Gegliedert ist dieser Berichtsteil, und waren auch die Gespräche mit den Kindern, durch die Fragen und Themenfelder des Interviewers. Die Kinder kommentieren also verschiedene Felder eines breiten Gesundheitsverständnisses, welches in dieser Studie an sie herangetragen wurde.

Ziel der Gespräche mit Kindern war es, etwas über die Wirkungen von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Kita mit den Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Zahngesundheit, Explorationsverhalten und Sprache zu erfahren sowie über die Einstellungen von Kindern zur Kita.

Bei der Auswertung der Ergebnisse wurden folgende übergeordnete Themen herausgearbeitet, die nachfolgend vorgestellt werden:

- Alltägliche Bedingungen in der Lebenswelt der Kinder
 - Mein Kita-Alltag
 - Meine Lebenswelt Familie
- Handlungsspielräume und Beteiligung der Kinder
 - Bewegung
 - Entspannung
 - Ernährung
 - Zahnhygiene
- Wissen von Kindern über Gesundheit

Alltägliche Bedingungen in der Lebenswelt der Kinder

Der vorliegende Abschnitt gibt einen Überblick über das alltägliche Leben der Kinder aus dem Bezirk Neukölln Nord . Der Alltag wird durch die Lebenswelten Kita und Familie geprägt.

„Mein Kita-Alltag“

In den Interviews bringen die befragten Kinder zum Ausdruck, wie gut sie sich in ihren Kitas auskennen und wie wohl sie sich fühlen. Es zeugt davon, dass Kinder nicht nur ihre Familie, sondern auch die Kita als eine Lebenswelt für sich anerkennen. Alle Kitas haben neben den Gruppenräumen einen Bau- und Bewegungsraum, eine Turnhalle und/ oder einen Turnraum, einen Kreativ-/ Malraum und einen Spielplatz auf dem Außengelände. Viele Kinder können genau beschreiben, welche Funktionen die jeweiligen Räume haben. Ein Kind antwortet auf die Frage: „*Was ist das für ein Raum?*“ „*Äh. Turnraum. Machen wir dann manchmal Sport.*“ (B21, Z.484). Die Gespräche zeigen, wie verbunden die Kinder mit ihren Einrichtungen sind und sie zeigen ein starkes Explorationsverhalten der Kinder, das sich durch eine anregende Umgebung und gutes pädagogisches Geschick der Fachkräfte entwickeln kann. Dies kann durch die Bewertungen der Räumlichkeiten in den Interviewprotokollen bestätigt werden, in denen die Kinder meistens den zufriedenen Smiley für die

Beschreibungen des Turnraums wählen. Grundsätzlich finden die befragten Kinder großen Gefallen an ihren Kitas.

Ihren Tagesablauf beschreiben die befragten Kinder ohne Zeitangaben. Sie können dennoch darüber Auskunft geben, wie ihr Tag verläuft: Der Tag fange mit einem Frühstück an. Die Kinder frühstückten zu Hause und / oder in der Kita. Die Antworten zu diesem Tagesabschnitt sind bei allen interviewten Kindern sehr unterschiedlich, unabhängig davon, wo sie frühstücken. Diese Gegensätze ergeben sich aus den Unterschiedlichkeiten des Frühstücksangebotes und der Strukturen, die in den Lebenswelten gelebt werden.

In der Kita können alle Kinder nach dem Frühstück spielen gehen oder es gibt ein Begrüßungsritual. Der weitere Ablauf wird aus der Perspektive eines Kindes wie folgt beschrieben: *„[...] ein bisschen Spielen, spielen und danach klingelt die Glocke und danach essen wir Obst.“* (C33, Z.212f.). Der Ausdruck „ein bisschen Spielen“ deutet auf die Bildungsphilosophie hin, dass Kinder ihre Umwelt spielend erkunden und entdecken. Weiterhin gibt es ein Ritual, wie die Glocke im Beispiel, die pädagogische Fachkräfte nutzen, um den Kindern zu signalisieren, dass eine neue Phase bzw. Mahlzeit beginnt. Das Kind beschreibt die Passage mit „und danach essen wir Obst“. Es lässt sich eine klare Abgrenzung der beiden Phasen erkennen. Auf der einen Seite das Ritual der Glocke und auf der anderen Seite die Unterscheidung zwischen Spielen und Essen. Ein anderes Beispiel beschreibt einen ähnlichen Ablauf: *„zum Garten gehen, kommt, dann müssen wir nach oben, dann essen wir“* (D41, Z.54f.). In diesem Beispiel wird die gleiche Unterscheidung zwischen der Zeit zum Spielen und der Zeit zum Essen deutlich. Nach dem Mittagessen wird der Tagesablauf heterogener organisiert, die Kinder berichten von Zähne putzen, kleineren Ruhephasen bis hin zu einem Mittagschlaf. Dann folge eine weitere pädagogische Spielphase, die sich bis zum Vesper hinziehe.

Im Kita-Alltag gibt es viele Ausnahmen durch besondere Anlässe in der Lebenswelt Kita. Es gibt zum Beispiel Geburtstage, die so ablaufen: *„[...] wenn einen Geburtstag, dann kommt Kuchen, dann essen wir [...]“* (A14, Z.106ff.) und so werden die Ernährungsgewohnheiten für einen Tag umgestellt. Aber auch an Projekttagen werden Regeln außer Kraft gesetzt, so dürfen an Obsttagen auch Kinder Obst und Gemüse schälen (vgl. A12, Z.124ff.). Jedoch werden zu diesen besonderen Anlässen klare Arbeitsverteilungen zwischen Pädagog_innen und Kindern geschildert (vgl. A13, Z.135f.).

Insgesamt ist festzustellen, dass sich der kindliche Tagesablauf aus pädagogischen Phasen bzw. Spielphasen und den Mahlzeiten zusammensetzt. In den Hospitationen des Interviewers zeigte sich, dass in den pädagogischen Phasen die Kinder viele Freiheiten haben, während die Mahlzeiten sehr starr und kontrolliert ablaufen (vgl. Hospitationsprotokolle). Es scheint so, als ob Essen und Ernährung im Kita-Alltag für die Kinder eine größere Rolle spielten, als das Spielen. Dies hängt jedoch damit zusammen, dass insbesondere die Hauptmahlzeiten in den Kitas nach bestimmten Regeln ablaufen. Die Kinder nehmen sehr deutlich und bewusst wahr, dass diese Regeln von den Erwachsenen gemacht sind und sie sich daran halten müssen. Sie erzählen hierüber wesentlich mehr, als über ihr Spielen, das sie viel freier und intuitiver gestalten können.

„Meine Lebenswelt Familie“

Im Vergleich zur Lebenswelt Kita erfolgt die Beschreibung der Familie durch die Kinder wesentlich differenzierter und umfasste mehr als die Bereiche Essen und Spielen.

In den Interviews wird deutlich, dass die Lebenswelt Familie ein besonderer Ort für die Kinder ist. Bereits während der Fragen rund um das Frühstück geben die Kinder umfassende Erklärungen. Vielen Kindern scheint es wichtig, beide Versionen erzählen zu können, wie sie in der Familie und wie sie in der Kita frühstücken. So berichtet ein Kind zum Beispiel (E52, Z.4ff.), wie es morgens gerne ein

Salamibrot esse und Kakao trinke. Bei der der Nachfrage, ob es auch in der Kita esse, kann es nur wenig antworten. Kinder wechseln während des Interviewgesprächs häufig von der Lebenswelt Kita zur Lebenswelt Familie. Ein Kind sagt, Obst gebe es in der Kita und die Mutter würde es ihr auch immer schneiden (vgl. C32). Beide Beispiele zeigen, wie Kinder probieren, beide Lebenswelten zu beschreiben, wenn sie gefragt werden.

Das Setting Familie verkörpert eine ernstzunehmende Ressource für die Gesundheit der Kinder. Kinder lernen hier von klein auf von ihren Eltern und Geschwistern Elemente und Rituale der Hygiene: „I: Und sag mal, woher kannst du denn eigentlich Zähne putzen? Wer hat dir das denn beigebracht? A: Als ich noch klein war, hat das meine Schwester und meine Mutter beigebracht.“ (vgl. A13, Z.242f.).

Die Familie bietet Kindern verschiedene Möglichkeiten an Bildungsangeboten. Die Erzählungen über ihre Nachmittagsbeschäftigungen reichen von Spiel- und Lernsituationen mit den Geschwistern (vgl. E51, 810 ff.) hin zur Teilnahme an Bewegungsangeboten in einem Sportverein (vgl. B21, Z.558ff.).

Die Kinder erzählen auch von Erholung mit der Familie an Wochenenden, an verschiedenen Orten zum Beispiel im Garten (vgl. A12, Z.276ff.) oder im Urlaub (vgl. A13, Z.60ff.; B21, Z.4ff.), wo sie beschreiben, wie sie sich entspannen.

Es zeigt sich, dass für die Kinder die beiden Lebenswelten eng zusammenhängen und Unterschiede sehr bewusst wahrgenommen werden; Kinder nehmen nicht schon früh Unterschiede in Tagesabläufen wahr, sondern richten auch ihr Verhalten danach aus.

Handlungsspielräume und Beteiligung der Kinder

Die befragten Kinder haben in verschiedenen gesundheitsrelevanten Situationen verschiedene Handlungsspielräume (vgl. Schulze et al. 2013, 332 f.). Diese lassen sich in drei Varianten typisieren: offen, teiloffen und geschlossen.

In offenen Handlungsspielräumen können Kinder ohne direkte Hilfe selbstständig und/ oder selbstbestimmt aktiv werden, wie zum Beispiel beim Trinken und Eingießen an einer Trinkstation (vgl. D43/44, Z.410-415).

In teiloffenen Handlungsspielräumen hingegen können Kinder nur durch direkte Hilfe bzw. (un)bewusstes Einwirken der Erwachsenen begrenzt selbstständig eine Aktivität durchführen. Zum Beispiel Obst essen in der Kita: Kinder dürfen sich zwar eigenständig ein Obststück vom Obstteller nehmen und dieses frei wählen, aber sie sind kaum an der Vorbereitung des Obsttellers beteiligt (vgl. A13, Z.174ff. und B23, Z.184).

In geschlossenen Handlungsspielräumen müssen Kinder meistens eine Aktivität durchführen, ohne eine Alternative zu haben, wie zum Beispiel das Zähneputzen nachdem Essen (vgl. C32, Z.381).

Bewegung

Die befragten Vorschulkinder schildern im Bereich Bewegung einige geschlossene Handlungsspielräume, wie den Weg zur Kita. So können die Kinder nicht selbst entscheiden, wie sie in die Kita kommen. Einige gehen zu Fuß (vgl. D41, Z.320f.), andere werden gefahren, zum Teil auch obwohl die Kita fußläufig zu erreichen ist: „F: Mit Auto? Wohnt ihr weit weg? A: Nhmm. Da hinten.“ (B23, Z.249ff.). Was Wandertage oder Spaziergänge betrifft, wird ohne die Kinder entschieden, was gemacht wird und wohin es gehen soll (vgl. Hospitationsprotokoll).

Teiloffene Handlungsspielräume stehen den Kita-Kindern insofern zur Verfügung, als dass sie mindestens einmal in der Woche ein Sportangebot (u.a. Turnhalle, Bewegungs-AG, Schwimmen)

wählen können (vgl. A13, Z.293ff.; E 53, Z.695ff.). Grundsätzlich gehen alle befragten Kinder gerne auf den Spielplatz. Allerdings ist auch das nur zu vorgegebenen Zeiten möglich.

Ein offener Handlungsspielraum bietet sich den Kindern nur, indem sie ihren Drang nach Bewegung im Rahmen der ihnen gegebenen Möglichkeiten im Kita-Alltag nachgehen können und selbstständig verschiedene Spiel-/ Beschäftigungsmöglichkeiten aufsuchen.

Die ihnen auf Bildern gezeigten Sportarten und Spiele erkennen alle Kinder und setzen diese auch mit sich in Beziehung (vgl. Interviews A-E).

Entspannung

Nur wenige Kinder schildern, dass sie sich in der Kita ausruhen und es scheint, als ob sie keine bewussten Pausen machen: „F: *Ruhst du dich hier nie aus in der Kita?* A: *Nein.*“ (vgl. E51, Z.803f.). Dabei nennen die Kinder einige Entspannungsmöglichkeiten, wie Gruppenschlafräume, Snoezelräume und Kuschelecken (vgl. B22, Z.230f.). Insgesamt wird deutlich, dass es durch die gegebenen Rahmenbedingungen (vgl. Hospitationen) und die strukturierten Abläufe nach dem Mittagessen (vgl. C31, Z.330f.), im Bereich Entspannung nur teiloffene Angebote gibt, da die Kinder nicht selbst entscheiden können, wann sie sich zurück ziehen möchten.

Ernährung

In den Hospitationen und den Erstgesprächen mit den Kitaleitungen wird deutlich, dass es keine einheitlichen Grundsätze und Richtlinien für die Ernährung von Kindern in Kita und Familie gibt. Vielmehr scheint jede Lebenswelt für sich eigene Regeln und Verhaltensformen zu haben.

Offene Handlungsspielräume im Bereich Ernährung sind Rituale, wie das Tischdecken (vgl. A12, Z.57f.; C33, Z.104ff.) oder das Nutzen der Trinkstation, wo jeweils Fehler erlaubt sind (vgl. D43+44, Z.410-415). Manche Kitas stellen ein Frühstücksbuffet (vgl. Erstgespräche mit Kitaleitungen). Dabei fällt auf, dass jene Kinder, die Buffet-Angebote am Morgen haben, leichter Lebensmittel benennen können, die zum Frühstück gehören. Ein weiterer offener Handlungsspielraum ist die Beteiligung von Kindern bei der Verarbeitung von Lebensmitteln bzw. bei der Zubereitung von Mahlzeiten. Fast alle Kinder bewerten es positiv, wenn sie in solchen Situationen helfen dürfen (vgl. Forschungstagebuch). Jedoch ist das Mittagessen insgesamt ein teiloffener Handlungsspielraum, denn es gibt Tischregeln, feste Sitzplätze (vgl. C32, Z.247ff.) und der Essenswagen wird durch eine Pädagog_innen herbeigeholt (vgl. A13, Z.97). Weitere teiloffene Gebiete sind besondere Anlässe, wie das Backen von Weihnachtskekken mit den Eltern (vgl. A11, Z.195ff.), der Geburtstag eines Kindes (vgl. A14, Z.50ff.) oder Projekte zu verschiedenen Lebensmitteln, wie der Obsttag, an dem Kinder selbst Obst schälen dürfen (vgl. A12, Z.126ff.).

Die Kinder kennen sowohl verschiedene Obst- als auch Gemüsesorten, fassen aber alles unter der Kategorie Obst zusammen. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass Kinder in der Kita nur begrenzt Einfluss darauf haben, welches Obst und Gemüse sie essen. In allen Kitas gibt es einen Obstkorb, jedoch können die Kinder nur selten sagen, welches Obst sie am Tag des Interviews mitgebracht haben (vgl. A14, Z.341f.; D42, Z.144f.).

Geschlossene Handlungsspielräume sind der nicht ohne Hilfe lesbare Speiseplan (vgl. Interviews A-E) und in einigen Kitas die Wahl des Essens, denn die Kinder beschreiben, dass sie selten bis nie gefragt werden, was sie gerne Essen möchten (vgl. A13, C32, C33 und E51 bis E53).

Zahnhygiene

In den Interviewgesprächen berichten die Mädchen und Jungen, dass sie ungefähr ein- bis zweimal am Tag Zähne putzen und dass sie in der Kita Zähne putzen. Das Zähneputzen an sich ist ein geschlossener Handlungsspielraum. Alle Kinder beschreiben Situationen, wo und wann sie Zähne putzen müssen und dass dies jemand kontrolliert (vgl. Interviews A-E). Jedoch beschreiben die Pädagog_innen in den Vorgesprächen, dass das Zähneputzen im Kita-Alltag häufig unter geht. Gründe dafür sind schlechte Rahmenbedingungen in den Kitas sowie nicht praktikable Hygienevorschriften. Dies steht im Widerspruch zu dem umfangreichen Wissen der Kinder über Zähne (A 11, Z.310ff.), über die Utensilien, die zum Zähneputzen benötigt werden (vgl. C 33, Z.267ff.), über den Zahnarzt (vgl. C31, Z.600f.) und die Zahnfee (vgl. E51, Z.552f.). Jedoch können die Kinder dieses Wissen nicht mit sich selbst und der Bedeutung von Zahnhygiene in einen Zusammenhang bringen. Die Wissensvermittlung um die Zahngesundheit obliegt den Pädagog_innen, den Eltern, Kroko sowie dem Zahnarzt bzw. der Zahnärztin (vgl. Forschungstagebuch). Dementsprechend ist dies ein teiloffener Handlungsspielraum.

Wissen von Kindern über Gesundheit

Aus den Interviews geht hervor, dass das Wissen der Kinder um die angesprochenen gesundheitsbezogenen Themen (Ernährung, Bewegung, Zahngesundheit) mit ihrem selbstwirksamen Handeln in Verbindung gesetzt werden kann. So können die Kinder bspw. erklären, welches Geschirr und Besteck sie für das Mittagessen brauchen (vgl. Interview A-E). Beobachtet werden konnte jedoch auch, dass Kinder, die eine Brotdose mit in die Kita bringen, zum Teil nicht wissen, was sie dabei haben (vgl. A11, Z.55ff.).

Es wird sehr deutlich, dass Kinder aus offenen Handlungssituationen (z.B. Bewegung, Frühstücksbuffet, Tischdecken, Trinkstation) viel lernen. Aus teiloffenen Handlungsspielräumen (z.B. Projekte zur Zahngesundheit, Mittagessen, Entspannung, Obstpausen und Obstkorb) nehmen die Kinder nur so viel Wissen mit, wie sie für die jeweiligen Handlungen in den Situationen benötigen. Dabei haben Kinder je nach Kitakonzeptionen einen unterschiedlichen Wissensstand. Bei geschlossenen Handlungsspielräumen (z.B. Zähneputzen, Zusammenstellung des Speiseplans, strukturierter Tagesablauf) besteht die Gefahr, dass Kinder für diese wichtigen Alltagsroutinen nur grobe Wissensbestandteile mitnehmen. Die Beteiligung von Kindern im Alltag schafft eindeutig bessere Lernbedingungen als eine sogenannte Scheinpartizipation beim Obstkorb (d.h., Kinder sollen beteiligt werden, aber das Obst suchen häufig die Eltern aus, stecken es dem Kind in den Rucksack und in der Kita packt es der/die Pädagog_in wieder aus).

Zusammenfassend wird deutlich, dass es für die Entwicklung von Kindern umso förderlicher ist, je mehr offene Handlungsspielräume ihnen angeboten werden.

Ergebnisse der Analyse der Perspektive der Netzwerkpartner_innen in der Präventionskette:

Herausforderungen der Vernetzung im Sozialraum – Möglichkeiten durch eine Stärkung der Rolle der Kitas

Henriette Franzen und Eric Brüggemann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Für die Wirkungsstudie wurden von September 2014 bis Februar 2015 mit neun Netzwerkpartner_innen im Sozialraum Neukölln-Nord qualitative leitfadengestützte Experteninterviews geführt. Für möglichst umfassende Ergebnisse wurde eine multiprofessionelle Perspektive eingeholt und dafür Personen aus folgenden Fachbereichen interviewt: Gesundheitsamt – Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Kinderschutzkoordination, Fachliche Steuerung für Kindertagesstätten, Jugendamt/Sozialarbeit, Vertreter_in der Stadtteilmütter und Integrationslots_innen, Sozialpädiatrisches Zentrum sowie Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie.

In der Regel waren es Eins-zu-eins-Befragungen, zweimal wurden aber auch zwei Vertreter_innen eines Fachbereiches gemeinsam interviewt.

Ziele der Befragungen waren, Erkenntnisse zu gewinnen über

- die Rolle/Verortung der Interviewpartner in der Präventionskette und den eigenen Anteil an Gesundheitsförderung,
- die gesundheitliche Situation der Kinder in Neukölln Nord und daran abgeleitet den Bedarf von Kindern und Familien an Gesundheitsförderung und Prävention (Beratungs- und Unterstützungsangebote im Sozialraum),
- die Wahrnehmung der Professionalisierung der Pädagog_innen,
- förderliche bzw. belastende Entwicklungen im Sozialraum hinsichtlich Gesundheits- und Bildungsmöglichkeiten für Kinder und ihre Familien und schließlich
- die Effekte der Vernetzung zwischen Kitas und einschlägigen Beratungs- und Unterstützungssystemen.

Durch die Analyse des empirischen Materials konnten zwei Themenfelder identifiziert werden, die übergeordnet von Bedeutung sind: die Vernetzung im Sozialraum und die Rolle der Kita im Sozialraum.

Unter diesen beiden Kategorien werden die Ergebniszusammenhänge im Folgenden näher erläutert.

Die Vernetzung im Sozialraum

Die Ergebnisse beschreiben die Situation der Fachkräfte im Sozialraum und ihre Möglichkeiten im Hinblick auf Vernetzung. Dabei werden sowohl förderliche, als auch hinderliche Faktoren beschrieben. Schließlich werden Bedarfe sowie Wünsche zur Veränderung benannt.

Schwierige Ausgangsbedingungen

Aus der Sicht der befragten Netzwerkpartner_innen bietet der Sozialraum zunächst einmal keine guten Voraussetzungen für die Vernetzung von Fachkräften und Institutionen.

Sie beklagen „starre Strukturen [...], keine Transparenz [und] keine Gelder“ (A_Y, Z. 3349-3350). Außerdem gebe es zu wenig Personal und zu wenig Zeit, „Zeit [...] für die Vernetzung und Vernetzungsrunden“ (A_W, Z. 2203-2204) und um den Anforderungen des Alltags gerecht werden zu können.

„Unsere Herausforderung [besteht] darin, ja nochmals betont, der Faktor Zeit, auch der Faktor Personal, wenn Einrichtungen sozusagen in der Mitarbeiterstärke reduziert werden, dass man dann wissen [muss], wie andere Strukturen das auffangen sollen, sonst ist es für die auch denkbar schwierig, Probleme richtig zu handhaben.“ (A_V, Z. 1531-1534)

Wie fehlende finanzielle und personelle Ressourcen sich gegenseitig bedingen, wird im folgenden Zitat deutlich:

„Der Ausbau der Präventionskette hängt immer von Geld ab. [Je] mehr Gelder da sind, [desto] mehr kann man aufbauen, [desto] mehr Projekte kann man machen, je mehr Personal kann man einstellen und, und, und. Also die entscheidende Frage ist, wie ist die Präventionskette finanziell unterfüttert?“ (A_Y, Z. 3246- 3249).

Wahrzunehmen ist auch, dass es unter den Fachkräften „Konkurrenzen und Existenzängste“ (A_W, Z. 2085) gibt. Bei Jahresverträgen haben die Kolleg_innen „natürlich ein hohes Interesse sich so darzustellen, dass ihre Arbeit [...] fachlich immer gut ist, aber auch unentbehrlich ist. Das ist eine hohe Herausforderung.“ (A_W, Z. 2087-2089).

Viele Angebote bei fehlender Struktur

Gemeinsamer Tenor der befragten Netzwerkpartner_innen war, dass es auf der einen Seite zwar genug Angebote und Einrichtungen gebe, aber dass der strukturierte Austausch – und damit eine wirkliche Vernetzung – fehle.

So gebe es nicht ausreichend passgenaue Angebote für junge Familien (darunter z.B. akzeptable Spielplätze), die in Wohnortnähe sind. Denn für eine Mutter mit mehreren Kindern sei es umso schwieriger die Freizeitgestaltung zu koordinieren, je verstreuter die Angebote sind. Die Problematik der fehlenden Kita-Plätze, die für alle Familien unabhängig von Herkunft und Sozialstatus eine Herausforderung sind, kommt hier erschwerend hinzu.

In den Interviewgesprächen wurde anerkennend hervorgehoben, dass es in Neukölln Nord schon viele tolle Angebote für Familien gibt – besonders in den frühen Hilfen – u.a. Elterncafés, Sprachkurse und Krabbelgruppen in Kitas, der Familiengutschein, das Willkommenspaket, die Familienhebammen. Diese Angebote seien zwar in irgendeiner Form miteinander vernetzt und das Wissen voneinander wachse zunehmend, jedoch liege die Herausforderung in der Tiefe der Vernetzung.

„Eigentlich die sind alle hier. Die Leute sind hier, man muss sie nur ansprechen und mit denen arbeiten [...]. Ne Wunschliste ist da nicht [...]. Also [...] es gibt keinen, mit dem wir jetzt nicht groß zusammenarbeiten. Also wir haben da schon die Kontakte. Das ist aber so, es kommt immer auf die Tiefe [...] an.“ (A_Y, Z.3408-3411)

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

Eine Verbesserung der Qualität gehe einher mit klar definierten Qualitätsstandards, einer erhöhten Vernetzung, dass entsprechende Personen sich kennen und mit einem erhöhten Austausch an Informationen. Hier ist vor allem das rechtzeitige und lückenlose Ineinandergreifen von Hilfesystemen gemeint sowie die Förderung bedarfsgerechter Angebote und deren Wirksamkeitsüberprüfung. Dazu gehört ebenso, dass Strukturen zur Weiterbildung und Vernetzung von Fachkräften geschaffen sind (wie z.B. Präventionskonferenzen und Qualitätswerkstätten).

Denn „durch den Austausch, durch die Konferenzen, [fließen] die Informationen wesentlich schneller [...] und auch die Personen kennen sich besser. Es ist ganz wichtig, dass die Personen sich kennen. Das Entscheidende ist eigentlich, wer steckt hinter der Prävention? Welche Person macht das also?“ (A_Y, Z.3280-3283).

Dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Multiprofessionalität Grundvoraussetzungen sind für den Aufbau integrierter kommunaler Strategien, ist mittlerweile bekannt, wird jedoch nicht immer umgesetzt:

„Interdisziplinär eben verschiedene Bereiche, verschiedenes Fachwissen [...]. Das ist [...] ein absolutes Muss. Und das ist nicht einfach herzustellen. [...] Weil jeder auf seinen eigenen Bereich guckt. Und Transparenz heißt Öffnung [...], dass man [...] nicht nur seine eigene fachliche Dimension anguckt, sondern eben die andern auch.“ (A_Y, Z. 3471-3480). Es muss deutlich werden, dass zum Beispiel „das Aufgabengebiet der Erzieherin genauso wichtig ist, wie das Aufgabengebiet des Sozialarbeiters, [...] diese Akzeptanz [ist] noch nicht bei allen da“ (A_X, Z. 2974-2976).

Dabei ist die individuelle Haltung ebenfalls entscheidend, mit Blick auf das Kind, sich gegenseitig zu akzeptieren, wertzuschätzen und auf Augenhöhe zu begegnen – und das sowohl innerhalb eines Fachbereichs als auch zwischen verschiedenen Fachbereichen.

„Das A und O [ist] die Zusammenarbeit [...] der Sozialarbeiter und der Erzieherinnen und das Allerwichtigste ist, wenn die zusammenarbeiten, [auf] Augenhöhe“ (A_X, Z. 2925-2927) und mit Blick auf das Kind, gemeinsam zu überlegen, ‚was könnt ihr machen, was können wir machen?‘ [...] gucken, wie wir da zusammenkommen.“ (A_X, Z. 2935-2937).

Eine weitere Herausforderung bei der Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche ist die Verständigung. Und zwar in dem Sinne, *„dass es eigentlich immer wieder darum geht, die gleiche Sprache zu sprechen, [...] verstehen [und] zuhören, was macht denn der andere. [...] Das hört sich zwar selbstverständlich an, aber es ist eine Herausforderung“ (A_W, Z. 2076-2079).*

Förderliche Bedingungen

Neben der guten Angebotsstruktur im Bereich der frühen Hilfen und bereits etablierten Vernetzungsrunden, wie die Qualitätswerkstätten und die Präventionskonferenzen im Bezirk, werden weitere positive Entwicklungen hervorgehoben. Positiv erwähnt wird so die *„Zusammenlegung beider Amtsbereiche: Jugend und Gesundheit in einer Abteilung, sodass wir einen politischen Kopf haben [...], der sowohl für Gesundheit und Jugend zuständig ist, was [sich] als strategisch sehr sinnvoll und positiv [erwiesen hat] in Neukölln, weil damit auch die vereinbarten Ziele und die dahinter liegenden operativen Teilziele und Maßnahmen in ganz enger Absprache zwischen beiden Amtsbereichen durchgeführt werden [können]“ (A_T, Z. 20-25).*

Die befragten Netzwerkpartner_innen nehmen deutlich den politischen Willen wahr, sich im Rahmen des Aufbaus einer Präventionskette für die gesundheitlichen Belange von Kindern und ihren Familien einzusetzen.

Ebenfalls wird beobachtet, dass es *„schon mehr ein ganzheitliches Denken von Kinderschutz und Gesundheit“ (A_W, Z. 2040-2041) gibt.*

Großes Engagement bei fehlender Anerkennung

Eine positive Entwicklung im Bezirk und der Aufbau der Präventionskette wären jedoch nicht möglich ohne das große Engagement der Pädagog_innen in Neukölln. Es *„[...] hat nicht nachgelassen, das hohe Engagement der Fachkräfte. [...] Das ist nach wie vor sehr positiv“ (A_W, Z. 2115-2117).* Dabei fehlt es jedoch an entsprechender Anerkennung, was sich langfristig negativ auf die Zufriedenheit und Motivation auswirkt.

„Eine ganz hohe Herausforderung ist zurzeit, ich habe Ressourcen, es ist einfach wenig da [und] wird auch nicht honoriert, sie wird auch in ganz Berlin nicht honoriert, [...] da gibt es quasi, da werden ja unsere Tätigkeiten abgebildet, aber dieses Netzwerk wird gar nicht abgebildet. Es ist quasi so als wenn das nicht existent wäre.“ (A_W, Z. 2079-2082)

„Und da gibt es [...] junge Erzieherinnen, die frisch von der Schule gekommen sind [und] dann gesagt haben, ich schaffe das hier nicht, ich gehe woanders hin oder das eben auch ältere Erzieherinnen gesagt haben, ich möchte endlich mal das Berliner Bildungsprogramm so umsetzen wie es hier im Berliner Bildungsprogramm steht und ich möchte die Eltern mit einbeziehen und ich möchte auch Erfolgserlebnisse haben und das kann ich nicht hier in Neukölln. Ich kriege keinen Rücklauf, dass meine Arbeit anerkannt wird und und und.“ (A_X, Z. 2732-2738)

So muss an dieser Stelle noch einmal auf die wichtige Arbeit hingewiesen werden, die Fachkräfte in Neukölln leisten. Die Erreichbarkeit von Eltern ist hier eine große Herausforderung. Durch viel Geschick, Ausdauer und Empathie gelingt Pädagog_innen der Aufbau von Beziehungen und Vertrauen. Dabei muss immer wieder reflektiert werden, ob eine Beziehung zu den Familien aufgebaut werden kann (bzw. konnte) oder nicht. Dies gelingt am besten, indem Familien so früh wie möglich aufgesucht werden und indem es eine konkrete Bezugsperson gibt. Dabei gibt es auf der einen Seite *„Familien, die [...] durchaus Beratungsangebote in Anspruch [nehmen]. Die [...] auch in den Familienzentren präsent [sind]. Viele der Familien [...] sind das eher nicht [...], sondern, die brauchen wirklich auch aufsuchende Hilfen und sowas ganz Praktisches, damit sie [...] für ihre Familie die Angebote überhaupt nutzen, jemanden der ihnen sagt, ‚das gibt es, da kann man hingehen‘, vielleicht sogar auch Menschen, die sie beim ersten Mal begleiten“* (A_V, Z. 1314-1323).

Solche *„Türöffner“* (A_Z, Z. 3508) oder *„Brückenbauer“* (A_Z, Z. 3508) sind in Neukölln, u.a. die Stadtteilmütter, die auf eine ganz besondere Weise eine einzigartige und unverzichtbare Arbeit leisten.

Eine Grundvoraussetzung für den Aufbau von Beziehungen ist also, dass Bezugspersonen Familien über einen langen Zeitraum begleiten können, damit ein gewisses Vertrauensverhältnis entstehen kann. Dieses Vertrauensverhältnis ist wiederum die Basis für die weitere Zusammenarbeit mit Familien und für die Förderung von gesundem Aufwachsen derer Kinder. Diese Bezugspersonen sind u.a. Stadtteilmütter, Familienhebammen, Kinderärzte u.v.m.. Als Stichwort wird die personelle Kontinuität genannt, die entscheidend ist, und das nicht nur für die Erreichbarkeit von Familien, sondern grundsätzlich für den Aufbau der Präventionskette in Neukölln.

Präventionsketten brauchen eine Verankerung an Standorten (wie z.B. Kita) mit konkreten Ansprechpartnern, die nicht ständig wechseln. Dies sollte in erster Linie gewährleistet werden durch langfristige Arbeitsverträge und angemessene Projektlaufzeiten mit Möglichkeiten der Folgefinanzierung bei positiver Wirksamkeit.

„Also was wichtig ist, ist dass man kontinuierlich sich mit den Leuten trifft und kontinuierlich an den Themen arbeitet. Also was ganz schwierig ist, wenn sozusagen Abbrüche kommen. [...] Also, die personelle Kontinuität an den Projekten ist ganz entscheidend.“ (A_Y, Z. 3312-3317)

Um die Erreichbarkeit von Familien und die Zusammenarbeit mit ihnen zu erleichtern, wird der Wunsch geäußert, Informationen für Eltern so weit wie möglich zu streuen und entsprechende Internetseiten so anregend wie möglich zu gestalten – auch damit Partizipation von Eltern möglich werden kann. Damit gesundheitsförderliche Angebote wirksam sind, müssen bei ihrer Entwicklung und Umsetzung diejenigen, für die die Angebote sind, beteiligt werden (vgl. Partizipations- und Empowermentansätze, 19). Denn nur so kann sichergestellt werden, dass angeboten wird, was auch wirklich gebraucht wird.

Bedarf an Fort- und Weiterbildung

Auch wenn die Neuköllner Fachkräfte *„gut aufgestellt“* (A_Y, Z. 3241) sind, wird ihnen in einigen Bereichen ein Bedarf an Fort- und Weiterbildung attestiert.

Es wird ein „[großer] Nachholbedarf [gesehen], beim Thema Partizipation von Familien mit Migrationshintergrund, [beim] Thema Sprachproblematik, aber auch [beim Thema] Akzeptanz von Vielfalt, von kultureller Vielfalt auch auf professioneller Ebene und zwar in allen professionellen Bereichen“ (A_T, Z. 346-349).

Es wird auch darauf hingewiesen, dass man „lernen [muss], interkulturell mit den Leuten zu arbeiten. Und bei jeder Beratung theoretisch prüfen [muss], ob man jetzt die Vorurteilsbrille auf hatte oder nicht mit Migrationsfamilien“ (A_Y, Z. 3469-3471).

Dieser Bedarf an Fort- und Weiterbildung werde zum Teil im Rahmen des Aufbaus der Präventionskette bereits berücksichtigt, so einige Befragte.

Abschließend wird der Wunsch geäußert, dass Strukturen mit Leben erfüllt werden. Seien es bereits bestehende, die gefördert werden, oder neue, die geschaffen werden – damit diejenigen, um die es geht, die Kinder mit ihren Familien, erreicht werden.

Die Rolle der Kita im Sozialraum

Zusammenfassend machen die Ergebnisse deutlich, dass Kitas in erster Linie eine Chance und Ressource sind für das gesunde Aufwachsen von Kindern. Sie sind ein zentraler Ort für die Erreichbarkeit von Familien und für Prävention und Gesundheitsförderung. Außerdem werden hier maßgeblich Bildungsprozesse, darunter die Förderung einer gemeinsamen Sprache, sowie das Zusammenwirken von Bildung und Gesundheit befördert.

Kita als Ort der Erreichbarkeit von Kindern und Eltern

Kitas sind Orte, an dem Pädagog_innen mit Eltern partnerschaftlich zusammenarbeiten können. Kitas werden als „allererste und die einzige Möglichkeit im Leben eines Kindes [gesehen], wo der Kontakt zu den Eltern so eng ist, wie nirgendwo anders [...] Eltern haben in der Kita ein sehr großes Vertrauensverhältnis. Das heißt, in der Kita kann man sehr viel bewegen“ (A_X, Z. 2339-2342). Es ist jedoch auch bekannt, dass dort nicht alle Familien in belastenden Lebenslagen erreicht werden, da nicht alle Eltern ihre Kinder in die Kita geben wollen oder können. So kann beobachtet werden, dass Eltern, die das deutsche System nicht kennen, im Hinblick auf deutsche Strukturen Ängste und Unsicherheiten haben.

„[...] da müssen wir vorsichtig also, die verstecken sich lieber zu Hause und die haben Angst vor der Öffentlichkeit und die trauen anderen Menschen nicht und sie sind immer so skeptisch und denken immer, der ist gefährlich oder der ist gefährlich weil, die haben das mit von ihrer Heimat mit geholt diese Angst.“ (A_Z, Z. 3722-3725)

„Ja, die haben Angst, jemand interessiert sich für mein Kind, er nimmt mir wahrscheinlich mein Kind weg.‘ Also, diese Angst besteht auch.“ (A_Z, Z. 3742-3743)

Dass es zwischen Fachkräften und Eltern häufig keine gemeinsame Sprache gibt, kommt hier erschwerend hinzu und ist nicht nur für die Pädagog_innen in Kitas, sondern auch für andere Einrichtungen eine Herausforderung:

„[...] die Sprache [dort nicht] vorhanden ist. Also [...] wenn ein deutscher Mitarbeiter mit denen [spricht] und sie versteht das nicht, es ist peinlich für sie, dann kommt sie nicht wieder. Und dies ist, was die dann sagen: ‚Ne, ich fühl mich unwohl [...]‘“ (A_Z, Z. 3682-3685)

„Wir versuchen [auch] immer wieder [...] zu sagen: ‚Es ist auch keine Lösung, wenn immer das ältere Kind [...] mit zum Übersetzen kommt. Du musst auch selber was dagegen unternehmen, Deutsch lernen, [um] deinen Kindern später in der Schule auch weiter zu helfen.“ (A_Z, Z. 3766-3768)

Dabei muss an dieser Stelle deutlich darauf hingewiesen werden, dass die Bereitschaft, eine fremde Sprache zu lernen, sowohl auf Seiten jener mit Zuwanderungsgeschichte vorhanden sein muss, als auch auf Seiten der Fachkräfte deutscher Muttersprache.

Ist eine gemeinsame Sprache noch nicht vorhanden, erweist sich die Zusammenarbeit mit Stadtteilmüttern als besonders gewinnbringend. Sie sind häufig die „Türöffner“ oder „Brückenbauer“ (s.o., A_Z, Z. 3508), „die, die am Anfang dabei sind, [...] die Eltern vielleicht an die Hand nehmen und denen alles zeigen, was es so alles gibt, welche Angebote oder Hilfe[n]“ (A_Z, Z. 3509-3510). Gelingt es, einen engen Kontakt zu Familien aufzubauen, können Kitas Familien in verschiedenen Lebenslagen Mut machen, ihnen eine Orientierung bieten und letztlich auch das gesunde Aufwachsen der Kinder unterstützen.

Es besteht also eine breite Einigkeit darüber, dass Kitas eine wesentliche Möglichkeit sind, um Eltern zu erreichen. Doch gibt es nach wie vor nicht ausreichend Kita-Plätze: Die „Kitasuche ist ein ganz großes [...] und schwieriges Thema“ (A_V, Z. 1307-1308). „Das Problem ist nur, die Kita-Plätze reichen immer noch nicht aus“ (A_X, Z. 2496-2497). Das ist für alle Familien eine Herausforderung, unabhängig von Herkunft und Sozialstatus und insbesondere für die Erreichbarkeit von Familien benachteiligten Lebenslagen.

„[...] in Neukölln Nord [gibt es] zunehmend mehr bildungsnahe Eltern. Da wird das Kind geboren und die Eltern machen sich schon vertiefte Gedanken wie es sein wird, wenn die Elternzeit vorbei ist und die ist in der Regel nach einem Jahr vorbei. Wie das mit dem Kita-Platz ist und das ist eine große Sorge dieser Eltern, einen Kita-Platz zu finden, den sie für annehmbar halten. Das ist und das bedeutet sehr viel Stress und das bedeutet auch für diese Eltern, solange das nicht geklärt ist, können sie die Elternzeit auch nicht gut genießen und stehen unter hohem Spannungsdruck, weil beide auf jeden Fall wieder in den Beruf gehen wollen.“ (A_W, Z. 1878-1885)

Kita als Ort für Prävention und Gesundheitsförderung

Es wird deutlich, dass die Kita aus der Sicht der befragten Netzwerkpartner_innen einen umfassenden Einfluss auf die Förderung der Gesundheit von Kindern hat. Präventive und gesundheitsförderliche Angebote verschiedenster Art sind nahezu Bestandteil aller Kita-Konzeptionen.

Die Rolle der Kita bei der Gesundheitsförderung von Kindern wird als unabdingbar analysiert sowie als ein ganzheitlicher Anspruch der Einrichtungen gesehen. Gesundheitliches Wohlbefinden von Kindern wird in Abhängigkeit von Bewegungsfreiheiten, ausgewogener Ernährung, Kreativphasen, der Abwesenheit von Krankheiten und Sprachkompetenz betrachtet.

Die Kita-Einrichtung wird ebenso als ein Ort der Prävention angesehen: „wenn Kinder in einer Kita sind, geht es ihnen oftmals besser als zu Hause“ (A_X, Z 2308-2309). Kinder und ihre Familien werden durch die Pädagog_innen in den Kitas in Gesundheitsfragen unterstützt. Denn die Möglichkeiten zur Umsetzung präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen sind in der Kita aufgrund des offenen Zugangs zu den Familien besser gegeben, als bei Familien, die keinen Zugang zu einer pädagogischen Institution haben.

Kita als Ort für Bildungsprozesse und Sprachkompetenz

Die Netzwerkpartner_innen berichten mehrfach, dass zwischen Pädagog_innen in der Kita und Familien eine feste Bindung bestehe und Eltern der pädagogischen Arbeit ein großes Vertrauen entgegenbrächten. Kitas werden vor allem als Bildungseinrichtungen beschrieben, die einen Erziehungs- und Bildungsauftrag umsetzen. Dies zeige sich auch im Hinblick auf das Erlernen der Zweitsprache.

Sprache bzw. Sprachkompetenz und Verständigung ist eine wesentliche Bedingung für das Wohlfühl von Kindern. Daher ist es den Netzwerkpartner_innen wichtig, dass Kinder und Pädagog_innen eine gemeinsame Sprache sprechen. In den meisten Fällen gilt die Kita als erste Anlaufstelle, wo Kinder mit Zuwanderungsgeschichte die deutsche Sprache lernen. Grundvoraussetzung, um einen Zugang zum Bildungssystem zu erlangen sei demnach, dass Kinder deutsch sprechen und das Lehrpersonal in der Schule verstehen. Die Kita unterstütze diese Voraussetzung und eröffne den ersten Weg ins Bildungssystem:

„Das vonseiten der Kitas da wirklich alles getan wird, dass die Kinder auch wirklich, was die Sprache betrifft, so in die Schule kommen, dass sie dann alles verstehen und der Lehrer sagt, dass sie dann auch dem Unterricht folgen können. Das ist das A und O. Also vonseiten der Kitas wird da sehr viel getan, muss ich wirklich sagen ja.“ (A_X, Z. 2614-2618)

Für eine entwicklungsangemessene Sprachförderung ist aus Sicht der befragten Netzwerkpartner_innen ein möglichst frühzeitiger Kitabesuch eine unabdingbare Voraussetzung. Auch hier sind die fehlenden Kitaplätze eine große Barriere, denn es gibt *„noch eine hohe Zahl an Kindern, die keine Kita besuchen, die also so in die Grundschule kommen mit wenig Sprachkompetenz. Es gibt natürlich einen Sprachstandsfeststellungstest ein Jahr vor Schuleintritt, aber da könnte der Bezirk noch ein bisschen powern [...], alle Kinder ab drei in die Kita [...]“ (A_W, Z. 2193-2197).*

Im Hinblick auf jene Eltern, die ihr Kind aus verschiedensten Gründen nicht (so früh) in eine Kita geben möchten, wird von den Netzwerkpartner_innen angemerkt, dass man Eltern aufgrund der fehlenden Kita-Pflicht dazu nicht zwingen könne. Dabei könnten aus der Sicht der Netzwerkpartner_innen, vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien mit Zuwanderungsgeschichte umso früher in ihrer Entwicklung gefördert werden, *„je eher die Kinder in die Kita kommen“ (A_X, Z. 2493).*

Neben der Sprachförderung wird Kita-Einrichtungen die Gestaltung des Übergangs von der Kita in die Grundschule zugetragen und beispielhaft erwähnt, dass es für diesen zuträglich wäre, wenn *„eine Kitagruppe schon mal in die nahegelegene Grundschule geht und dann schon mal am Unterricht teilnimmt“ (A_V, Z. 1667).*

Aus den Interviews geht aber auch deutlich hervor, dass Pädagog_innen in Kitas bei ihren umfassenden Aufgaben, die sie tagtäglich zu erfüllen haben, um die gesunde Entwicklung der Kinder bestmöglich zu fördern, nicht allein gelassen werden können. In extremen Situationen, wie zum Beispiel in der Zusammenarbeit mit ‚schwierigen‘ Familien, müssten Sozialpädagog_innen unterstützend hinzugezogen werden können.

Kita als Ort des Zusammenwirkens von Bildung und Gesundheit

Bildung und Gesundheit von Kindern stehen in den ersten Lebensjahren in einem engen wechselseitigen Zusammenhang. Kindergesundheit ist in diesem Sinne gleichzeitig Voraussetzung und Resultat gelingender Bildungsprozesse. Umgekehrt sind gelingende Bildungsprozesse ebenso Voraussetzung und Resultat gelingender Gesundheitsförderung.

Die Rolle von Kita, schließlich beide Bereiche zu bedienen, wurde ebenso in der Auswertung deutlich. So wird Kita als *„eine Bildungseinrichtung und eine Präventionseinrichtung sozusagen indirekt [...]“ (A_X, Z. 2875-2876)* gesehen, gleichwohl wird davor gewarnt zu sagen, *„wir bringen das Kind in die Kita, da ist es gut aufgehoben und da brauchen wir uns nicht mehr um das Kind zu kümmern“ (A_X, Z. 2879-2881).* Für die Förderung der gesunden Entwicklung der Kinder ist die ressourcenorientierte Kommunikation mit Eltern und deren Beteiligung im Kita-Alltag unabdingbar.

Auswertung der medizinischen Daten der Kinder: Auffälligkeiten und Defizite im Gesundheitszustand

Die medizinischen Daten basieren auf einem anderen Gesundheitsverständnis als die qualitativ erhobenen Perspektiven von Pädagog_innen, Eltern und Netzwerkpartner_innen. Während bei den bisher dargestellten Perspektiven allen Beschreibungen ein salutogenetisches Gesundheitsverständnis zugrunde liegt, sind die medizinischen Daten als Entwicklungsscreening angelegt. Hierbei werden insbesondere Auffälligkeiten und Defizite im Entwicklungs- und Gesundheitsstand der Kinder festgestellt, die subjektive Bewertung dieses Zustands wird nicht einbezogen.

Ziel der Entwicklungsscreenings, insbesondere der Einschulungsuntersuchung, ist „sozialräumliche Disparitäten in der gesundheitlichen und sozialen Lage der Kinder und ihrer Familien aufzuzeigen“ und daraus „räumlich differenzierte Informationen über Handlungsbedarf und Zielgruppen für Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention“ zu gewinnen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 8).

Die ausgewerteten Kindergesundheitsdaten stellen jeweils eine Momentaufnahme dar, die von vielfältigen Faktoren wie dem Setting, dem Kontakt zwischen Kind und Untersuchenden, der Motivation oder auch der Tagesform des Kindes beeinflusst wird. Bei einer geringen Anzahl von Kindern, wie in dieser Studie, fallen diese Einflussfaktoren ggf. stärker ins Gewicht als in der ESU-Gesamtauswertung.

Stichprobe und Methode

Für insgesamt 98 Kinder willigten die Eltern in die Auswertung der Gesundheitsdaten ein.

Auswertet werden konnten die Ergebnisse von 87 Einschulungsuntersuchungen, 57 Reihenuntersuchungen in der Kita, 38 zahnmedizinischen Untersuchungen in der Kita und 56 Vorsorgehefte.

Diese Daten wurden mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Für einzelne Indikatoren wurden die Befunde verschiedener Zeitpunkte miteinander verglichen. Eine Auswertung mittels Interferenzstatistik erscheint aufgrund der Stichprobengröße nicht sinnvoll.

Zur Einordnung der Ergebnisse werden die Kindergesundheitsdaten der Stichprobe mit den Ergebnissen der ESU 2014 verglichen. Dieser Vergleich unterliegt jedoch zwei Einschränkungen:

1. Aufgrund der geringen Fallzahl in dieser Studie führen bereits Unterschiede von wenigen Kindern zu relativ hohen prozentualen Unterschieden im Verhältnis zur Vergleichsgruppe.
2. Der Prognoseraum „Neukölln“ kommt der Stichprobe dieser Studie zwar nahe, entspricht ihr aber nicht vollständig.

Grunddaten

Die meisten Kinder der Stichprobe leben im Prognoseraum Neukölln (81%).

Sie wurden mehrheitlich in Deutschland geboren (94%). Zwei Drittel der Kinder haben einen beidseitigen Migrationshintergrund (67%) und jedes fünfte Kind einen einseitigen Migrationshintergrund (21%). Damit liegt der Anteil von Kindern mit nichtdeutscher Herkunft höher als im gesamten Prognoseraum (Studie: 88%, ESU 2014: 81%).

Nur 3% der Kinder unserer Stichprobe werden in der ESU der hohen sozialen Statusgruppe zugeordnet. Zwei Drittel der Kinder haben demnach einen niedrigen (66,7%) und 30,3% einen

mittleren Sozialstatus⁴. Damit ist die soziale Lage der Kinder unserer Stichprobe deutlich prekärer als im Gesamtbezirk: Laut ESU 2014 gehören im Bezirk Neukölln 15,7% der Kinder zur hohen, 48,6% zur mittleren und 35,7% zur niedrigen Statusgruppe.

In unserer Stichprobe haben viele Kinder sowohl einen (beidseitigen) Migrationshintergrund als auch einen niedrigen Sozialstatus (vgl. Tabelle 2, 97). Diese Kombination wird als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung beschrieben, während ein Migrationshintergrund in Kombination mit einem hohen Sozialstatus als Protektivfaktor angesehen wird⁵.

Die Vorsorgeuntersuchungen U7a (81%), U8 (84 %) und U9 (76%) wurden von den meisten Familien wahrgenommen. Der etwas niedrigere Wert bei der U9 könnte darin begründet sein, dass der Termin der ESU vor dem Termin der U9 lag.

Die Mehrheit der Kinder besuchte mehr als zwei Jahre (84%), jedes sechste Kind ½ Jahr bis zwei Jahre (15,9%) die Kita.

In dieser Beschreibung der Grunddaten werden bereits Unterschiede zwischen der Stichprobe und dem Prognoseraum „Neukölln“ deutlich. Da sich Auffälligkeiten in Bezug auf Zahngesundheit, Körpergewicht und Sprachentwicklung überproportional häufig bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialem Status finden lassen (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 35/53/69/79), sind Verschiebungen im Sozialstatus bei der Bewertung aller Befunden zu berücksichtigen.

Sprachstand

Der Sprachstand der Kinder wurde bei der Reihenuntersuchung in der Kita und bei der Einschulungsuntersuchung erhoben. Die Befunde der zwei Untersuchungsarten unterscheiden sich auch bei ähnlichen Aufgabenstellungen deutlich voneinander, sodass der Vergleich zwischen den Zeitpunkten nicht sinnvoll ist.

Zum Zeitpunkt der Reihenuntersuchung wurden mehr als zwei Drittel der Kinder als in ihrer sprachlichen Entwicklung unauffällig eingeschätzt. Dieses Ergebnis kehrt sich bei der ESU um, denn dort werden bei 60% der Kinder mittels kombinierten Indikator „Sprachdefizite“⁶ Auffälligkeiten festgestellt. Diese unterschiedliche Einschätzung kann einerseits aus den unterschiedlichen Untersuchungsorten Kita und KJGD, welche die Kinder mehr oder weniger zu differenzierten sprachlichen Äußerungen anregen oder einschüchtern, sowie den verschiedenen Einschätzungsgrundlagen in der Reihenuntersuchung und der ESU resultieren. Während in der Reihenuntersuchung die sprachliche Verständigung im Kita-Alltag im Vordergrund steht, wird bei der ESU auf das in der Grundschule verlangte abstraktere Sprach- und Aufgabenverständnis referiert.

Bei der ESU 2014 wurden im Prognoseraum Neukölln bei 51,5% Sprachdefizite festgestellt. Dies ist berlinweit einer der höchsten Werte (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 114), aber dennoch niedriger als in unserer Stichprobe. Berlinweit ist der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten

⁴ „Zur Beschreibung der sozialen Lage der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung werden Bildungs- und Erwerbsstatus der Eltern durch Angaben über Schulabschluss, berufliche Ausbildung und Erwerbstätigkeit beider Elternteile erfasst.“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014, S. 10)

⁵ Vgl. Oberwöhrmann et al. (2013): Migrationshintergrund als Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung im Einschulungsalter – ein multivariates Modell.

⁶ „Als Kinder mit Sprachdefiziten werden folgende Gruppen ausgewiesen: Kinder deutscher Herkunft mit auffälligem Testergebnis im S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen, Kinder nichtdeutscher Herkunft mit guten Deutschkenntnissen und auffälligem Testergebnis im S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen, Kinder nichtdeutscher Herkunft mit unzureichenden Deutschkenntnissen.“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014, S. 68)

in der Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus erheblich höher als bei Kindern mit mittlerem und hohem Sozialstatus (55,3%, 20,4%, 8,3%) (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 79).

Bei Betrachtung der Tabelle 3 (S. 97) wird deutlich, dass auch in unserer Stichprobe insbesondere bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus Sprachdefizite festgestellt wurden. Da der Anteil von Kindern mit niedrigem sozialen Status in unserer Stichprobe ebenfalls höher liegt als bei der ESU 2014 im Prognoseraum Neukölln, könnte darin eine Erklärung liegen.

Die Sprachförderung wird von allen erwachsenen Befragten dieser Studie als wichtige Aufgabe der Kita benannt. In der Gruppe der Kinder, die mehr als zwei Jahre die Kita besuchten, liegt der Anteil der Kinder mit Sprachdefiziten tatsächlich erheblich niedriger als in der Gruppe der Kinder, die die Kita ½ Jahr bis 2 Jahre besuchten. Dies ist ein Indiz dafür, dass die ungünstigen Voraussetzungen für die Sprachentwicklung der Kinder im Sozialraum in der Kita teilweise ausgeglichen werden.

Gewicht

Aus dem Gewicht und der Körpergröße der Kinder wurde für die Vorsorgeuntersuchungen U7a, U8 und U9 sowie die ESU der BMI berechnet und dieser mit den Referenzwerten von Kromeyer-Hauschild bewertet.⁷

Durchgängig ist der Anteil der Kinder mit Übergewicht deutlich höher als im berlinweiten Durchschnitt (Studie: 20,7%, Prognoseraum Neukölln 2014: 17% (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 111), Berlin gesamt 2014: 9,3% (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 53), vgl. Tabelle 4, 97). Dies widerspricht der Einschätzung der befragten Pädagog_innen und Eltern in der Studie, die Übergewicht nur als Problem in Einzelfällen beschreiben. Offenbar verschiebt sich die subjektive Bewertung des Körpergewichts aufgrund des hohen Anteils übergewichtiger Kinder. Leicht übergewichtige Kinder werden offenbar als normalgewichtig wahrgenommen. Hinzu kommt, dass die Kinder als überwiegend bewegungsfreudig und geschickt beschrieben werden. Demnach scheint das Übergewicht bei den Kindern nicht zu Bewegungseinschränkungen und subjektiven Unwohlsein zu führen.

Zahnstatus

Zum Zahnstatus der Kinder liegen die Ergebnisse der zahnmedizinischen Reihenuntersuchungen zu drei Zeitpunkten und der ESU vor.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die regelmäßigen Untersuchungen in der Kita in Verbindung mit dem mehrstufigen Aufforderungsschreiben an Eltern, die Zähne beim Zahnarzt behandeln zu lassen, erfolgreich ist: Zwischen dem zweiten und dritten Untersuchungszeitpunkt wurden die Zähne von 14 Kindern mit Sanierungsbedarf oder Extraktionen versorgt.

⁷ „Entsprechend werden die Kinder bei der Einschulungsuntersuchung seit 2004 ausschließlich anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Grenzwerte von Kromeyer-Hauschild in deutlich untergewichtige (unterhalb des 3. Perzentil), untergewichtige (3. bis unterhalb des 10. Perzentil), normalgewichtige (10. bis 90. Perzentil), übergewichtige (oberhalb des 90. Perzentil bis 97. Perzentil) und adipöse Kinder (oberhalb des 97. Perzentil) eingeteilt.“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014, S. 51f).

Tabelle 1: Gebisszustand zahnärztliche Reihenuntersuchung

Zeitpunkt 3 Zeitpunkt 2	Gebiss versorg	Gebiss sanierungsbedürftig	Zähne abgefault od. Extraktionen wegen Karies	Gesamt
Gebiss versorg	19	3	1	23
Gebiss sanierungsbedürftig	13	5	1	19
Zähne abgefault oder Extraktionen wegen Karies	1	0	0	1
Gesamt	33	8	2	43

Bei der ESU waren schließlich von 70% der Kinder die Zähne versorgt, 18,8% hatten sanierungsbedürftige und 11,3% abgefaulte Zähne oder Extraktionen wegen Karies.

Diese Werte entsprechen etwa der Gruppe der Kinder mit niedrigem Sozialstatus in Gesamtberlin (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015, 35). Im Prognoseraum Neukölln ist dagegen der Anteil von Kindern mit unversorgten Zähnen etwas geringer (23,0%).

Teil B: Synopse

Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse anhand von Schlüsselthemen (Phänomenen), die sich aus der Untersuchung ergeben

Bildung und Gesundheit treffen aufeinander

Bildung und Gesundheit sollen in der Kita eng miteinander verknüpft sein, denn Gesundheit ist sowohl Voraussetzung als auch Resultat von gelingenden Bildungsprozessen. Diese Notwendigkeit zeigt sich als Zielvorstellung deutlich in der Analyse der verschiedenen Perspektiven, insbesondere bei den Pädagog_innen und den Netzwerkpartner_innen. Allerdings sind die Grundlagen für diesen Prozess geprägt durch die unterschiedlichen Sichtweisen aus dem Bildungs- und Gesundheitssektor, die das Handeln der Akteur_innen zur Gesundheit von Kindern prägen. Daher erscheint es notwendig, das Verständnis sowohl von Gesundheitsförderung als auch von Bildung in der frühen Kindheit sowie das darin liegende Bild vom Kind zu erläutern:

Die in der Gesundheitswissenschaft überkommene Vorstellung von Gesundheitsförderung als Verhaltenstraining, wie im folgenden Zitat ausgeführt, ist in der Praxis immer noch vorfindbar:

„Gesundheitsförderung besteht in den ersten Lebensjahren im Wesentlichen in Verhaltens-training, da die verbalen Kompetenzen vielfach nicht ausreichen, um den Sinn eines trainierten Verhaltens zu verstehen. Sobald jedoch hinreichende verbale Kompetenzen vorliegen, sollte der Sinn von Verhaltensänderungen unter Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsstandes thematisiert werden. Hier sind vor allem Kenntnisse über die Informationsverarbeitungs-möglichkeiten von Kindern und Jugendlichen hilfreich.“ (Lohaus & Lißmann 2006, S. 82)

In diesem Zitat wird das Kind als Objekt gesehen. Das erwünschte, gesundheitsförderliche Verhalten ist vom Erwachsenen durch Training zur vermitteln. Dies wird damit begründet, dass das Kind die Sinnhaftigkeit des gesundheitsförderlichen Verhaltens aufgrund fehlender Kompetenzen nicht verstehen könne. Dieser Defizitblick beruht auf einem eingeschränkten Verständnis von Bildung: Es werden ausschließlich verbale Kompetenzen als Voraussetzung für das Erkennen von Sinnhaftigkeit genannt. Diese Beschränkung auf kognitive Prozesse wird durch die Benennung des Informationsverarbeitungsansatzes verdeutlicht. Mit einher geht eine normative Vorstellung davon, was nach aktuellen wissenschaftlichen Maßstäben als gesund gilt und wie man diesen Zustand herstellen kann. In den Gesundheitswissenschaften werden in den letzten Jahren diese trainingsorientierten Ansätze hinterfragt und Gesundheit im Sinne von Salutogenese sehr viel dynamischer beschrieben. Ebenso gehen Empowerment- und Settingansätze (vgl. Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit, 13) stärker von den Kompetenzen und Ressourcen der Beteiligten aus und beziehen den Kontext mit ein. In der Theorie bilden Ansätze der Verhaltensänderung mit gleichzeitigen Veränderungen der Rahmenbedingungen und der Partizipation aller Beteiligten ein gleichberechtigtes Dreieck, in der Praxis stehen in der Gesundheitsförderung jedoch oftmals verhaltensorientierte Maßnahmen und Angebote im Vordergrund.

Hier zeigt sich, wie eng Gesundheit in unserer Gesellschaft verstanden wird, wenn es um konkretes Gesundheitshandeln geht: So beschreiben zum Beispiel die Pädagog_innen, wie sie immer wieder mit Kindern üben, Zähne zu putzen, sich die Hände zu waschen o.ä. Ebenso setzen manche Präventionsmaßnahmen im Bezirk und auch Krankenkassen an einem Trainingsansatz an und beziehen die Kinder mit ihren Interessen und Fragen wenig ein.

Im Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege (BBP) wird dagegen die Aktivität und Eigenständigkeit von Kindern in Bildungsprozessen betont, die in Situationen und Zusammenhängen verlaufen, die für das Kind subjektiv von hoher Bedeutsamkeit sind:

„Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie verweisen nachdrücklich darauf, dass frühkindliche Bildungsprozesse ganzheitlich verlaufen und eng an das unmittelbare Erleben und die Erfahrungen von Kindern gebunden sind. (...) Aneignungsprozesse sind so eng mit Erfahrungen und entwicklungsgemäßen Handlungsmöglichkeiten der Kinder verknüpft. Das heißt, es geht nicht um isolierte Beschäftigungsangebote zu den Bildungsbereichen. Künstlich organisierte Lernangebote von Erwachsenen, bei denen Inhalte wie auf einer Einbahnstraße zu den Kindern transportiert werden und Prozess und Ergebnisse von den Erwachsenen vorgedacht, vorgeplant und festgelegt werden, behindern frühkindliche Bildung eher als dass sie sie fördern. (...) Je mehr Eigeninitiative und Selbstbestimmung zugelassen werden, desto mehr Erfahrungen und Kompetenzen können sich die Kinder aneignen.“ (BBP, S. 31)

Der Bezug auf ganzheitliche Bildungsprozesse verdeutlicht, dass nicht nur kognitive, sondern auch sinnliche, emotionale und soziale Faktoren zu berücksichtigen sind, damit wird die Verbindung zum Gesundheitsbegriff der WHO deutlich (vgl. WHO, 1986; auch Gesundheit, 16). Dabei spielen unmittelbare Erfahrungen und nicht Erklärungen oder Training eine wichtige Rolle. Bildung ist ein reziproker ko-konstruktiver Prozess, der vom Kind ebenso beeinflusst wird wie vom Erwachsenen.

Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen sind sich auch in dieser Studie einig, dass Kitas eine wichtige Ressource für Kindergesundheit darstellen und somit ein zentraler Akteur in der Präventionskette sein müssen.

Kitas haben vielfältige Chancen, die Gesundheit von Kindern zu thematisieren und mit den Eltern diesbezüglich zusammenzuarbeiten. Pädagog_innen haben einen hohen Bildungsanspruch und werden ihm im Sinne des BBP gerecht: Sie beschreiben ausführlich und konsistent, wie sie die Themen der Kinder aufgreifen, ihnen Möglichkeiten zum Erforschen von Dingen und Zusammenhängen geben und ihre Explorationslust wach halten. Sie beteiligen Kinder und lassen ihnen viel Raum für kindliches Spiel. Teilweise ist ihnen ihr Anteil an der positiven Entwicklung der Kinder in der Kita gar nicht bewusst.

Die Leistungen der Kita als Bildungseinrichtung, insbesondere in Bezug auf Sprachentwicklung, werden auch von Eltern und Netzwerkpartner_innen im Sozialraum hervorgehoben. Allerdings werden Kitas von Eltern nicht als Akteur für die Gesundheit der Kinder angesehen. Eltern orientieren sich in Gesundheitsfragen eher an Familientraditionen oder fragen Kinderärzte (vgl. Perspektive der Eltern, 33).

Von Netzwerkpartner_innen im Sozialraum wird die Kita als *indirekte* Einrichtung für Prävention und Gesundheitsförderung gesehen. Die Kita sei demnach ein Ort, an dem Kinder in ihrer Sprachentwicklung gefördert werden, ein Ort des Kontaktes zu Eltern und ein Ort für Bildung und Gesundheit. Teilweise wird den Pädagog_innen jedoch die Kompetenz zur Gesundheitsförderung abgesprochen.

Die oben vorgestellte Diskrepanz zwischen ressourcenorientiertem Gesundheitsverständnis, wie es dem Bildungsverständnis entspricht, und dem trainingsorientierten und normativen Gesundheitsverständnis findet sich in der Analyse der Sichtweisen auf die Kinder und Familien und ihr Gesundheitshandeln wieder: Von Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen im Sozialraum und auch den Eltern wurde grundsätzlich ein breites, salutogenetisches Gesundheitsverständnis beschrieben. Ihnen allen geht es nicht nur um das körperliche, sondern auch um das seelische und insbesondere soziale Wohlbefinden der Kinder.

Allerdings beziehen die Pädagog_innen diesen Gesundheitsbegriff auf Aspekte des Gesundheitshandelns, die sie nicht als solches identifizieren, wie Spiel, Exploration, Neugier und zum Teil Bewegung. Bei Themen, Aktivitäten und Einschätzungen, die für die Pädagog_innen in erster Linie mit Gesundheit zusammenhängen, also Ernährung, Körper und Umgang mit Krankheiten und Hygiene, orientieren sich die Pädagog_innen eher an dem trainingsorientierten Gesundheitsverständnis und beschreiben ihr Handeln und ihre Forderungen an Eltern entsprechend.

Aus Sorge um die Kinder und ihre Familien leitet die Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen im Sozialraum zum Teil ein Defizitblick in ihrer Arbeit. Pädagog_innen nutzen überwiegend ihr Alltagswissen und wenig Fachwissen zur Beschreibung der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Kita-Lebens. Sie erscheinen zum Teil unsicher und widersprechen ihren eigenen Aussagen. Darin wird insgesamt ein eher unreflektiertes Gesundheitshandeln deutlich, das von Ausnahmen geprägt ist.

Insbesondere bei Maßnahmen externer Gesundheitsakteure überwiegt Trainingsorientierung in der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen. Dies entspricht weder dem Bildungsanspruch der Pädagog_innen und dem im BBP erläuterten Bildungsverständnis, noch aktuellen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es scheint, dass das pädagogische Handeln aussetzt, sobald von außen eine gesundheitsförderliche Maßnahme an die Pädagog_innen herangetragen wird.

Den Kindern wird wenig Möglichkeit zur tiefergehenden Auseinandersetzung mit ihren bedeutsamen Fragen zu Körper, Wohlbefinden und Gesundheit gegeben. Gesundheitshandeln wird eher von Erwachsenen dominiert und für die Kinder wenig nachvollziehbar in den Alltag integriert (vgl. – Handlungsspielräume von fünf- und sechsjährigen Kindern in Bezug auf Gesundheit in der Kita , 38).

Beispielsweise wird in allen befragten Kitas von den Eltern täglich Obst mitgebracht und von den Pädagog_innen aufgeschnitten. Den Kindern ist diese Maßnahme zur Gesundheitsförderung wenig einsichtig. Sie werden offenbar von ihren Eltern nicht an der Auswahl beteiligt, denn sie konnten in den Interviews nicht sagen, welches Obst sie an dem Tag mitgebracht haben. Darüber hinaus werden sie auch in den Kitas nicht an der Verarbeitung des Essens beteiligt, wenn die Pädagog_innen das Obst aufschneiden. Sie bekommen keine Hilfestellung, sich mit Geschmack, Farbe, Form und Wirkung auf den Körper auseinander zu setzen.

Aus den Kinderinterviews dieser Studie lässt sich herausstellen, dass viele Kinder den Zeitpunkt der Mahlzeiten nicht einschätzen können und das Essen für sie überraschend kommt. Die Pädagog_innen äußerten sich unzufrieden über die Ernährung, die Kinder zuhause erfahren und über die Qualität der von Caterern gelieferten Mittagsmahlzeiten. Außerdem zeigen sich in ihren Darstellungen Unsicherheiten und Inkonzistenz bei der Gestaltung „gesunder“ Mahlzeiten. Letztlich sind auch Eltern unzufrieden mit den in der Kita angebotenen Mahlzeiten. Beispielsweise ist für sie Suppe keine angemessene Mittagmahlzeit, die sie versuchen nachmittags oder abends auszugleichen (vgl. Exkurs: Ernährung und Essen, 58).

Maßnahmen externer Anbieter wie „Kroko“ (LAG) finden nur punktuell statt und werden von den Kindern wenig mit Gesundheit in Verbindung gebracht. In den Kinderinterviews wurde der Besuch von „Kroko“ von vielen Kindern erwähnt, allerdings nur selten mit Zahngesundheit in Verbindung gebracht. Stattdessen erzählen sie davon, dass sie von „Kroko“ nassgespritzt werden.

Dabei könnte ein anderes Vorgehen effektiv und lustvoll das Lernen der Kinder anregen und an ihren Fragen ansetzen: Indem die Mitarbeiter_innen der LAG von den Kitas stärker als Expert_innen für Zahngesundheit im Sinne der Kinder angefragt werden, können sie gezielter auf die Fragen, Interessen und Themen der Kinder eingehen und effektivere und passendere Bildungsgelegenheiten

schaffen. Dafür greifen die Pädagog_innen in der Kita rechtzeitig vor dem Termin das Interesse der Kinder für Zähne auf und sammeln z.B. mit den Kindern gemeinsam Fragen an „Kroko“. In einem Vorbereitungsgespräch zwischen den Pädagog_innen und den entsprechenden Mitarbeiter_innen der LAG vor dem Besuch von „Kroko“ wird abgesprochen, wie die Fragen der Kinder geklärt werden und können gemeinsam Möglichkeiten entwickelt werden, um die Fragen angemessen mit den Kindern zu bearbeiten. Auch nach dem Besuch von Kroko sollte das Thema Zähne nicht abgeschlossen sein, sondern die Kinder brauchen weiterhin die Möglichkeit, sich mit verschiedenen Materialien und Medien mit Zahngesundheit zu beschäftigen.

Eltern orientieren sich in ihrem Verständnis von Gesundsein an traditionellen und familienkulturellen Mustern. So wird gutes und ausreichendes Essen als zentraler Beitrag zur Gesundheit gesehen, da es die Kinder in ihrer Wahrnehmung widerstandsfähiger gegen Infektionen macht (vgl. auch Exkurs: Ernährung und Essen, 58). Eine Beteiligung der Kinder an der Zubereitung von Mahlzeiten beschreiben sie als zeitlich zu aufwendig und daher im Alltag nicht umsetzbar.

Bewegung wird von den Eltern eher als ein Indikator von Gesundheit beschrieben und weniger als gesundheitsförderlich. Die Kita wird in erster Linie als Bildungsakteur, jedoch nicht als Gesundheitsakteur gesehen.

Die Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen beschreiben andere Maßstäbe für gesundes Essen und legen Bewegung oder mangelnde Bewegung als einen zentralen Schwachpunkt im Gesundheitshandeln der Eltern dar. Hier werden die unterschiedlichen Einstellungen und Normvorstellungen der Pädagog_innen/Netzwerkpartner_innen und Eltern deutlich und die Schwierigkeiten der Kontaktaufnahme in Bezug auf Gesundheit werden sichtbar. Beide Gruppen gehen von unterschiedlichen Vorannahmen aus und erwarten von der jeweils anderen Gruppe andere Dinge. Hier gilt es im Sinne eines offenen Dialogs über Gesundheitsvorstellungen und die Rolle der Familien, Kitas und anderen Angebote im Sozialraum die verschiedenen Sichtweisen transparent zu machen und gemeinsame Lösungen für die Kinder zu entwickeln.

Exkurs: Ernährung und Essen

„Essen“ nimmt in nahezu allen Perspektiven in dieser Studie eine herausragende Stellung ein, an der „gesunden Ernährung“ werden vielfältige – und immer wieder unterschiedliche - Aspekte von Gesundheit festgemacht. Es ist ein Ansatzpunkt für die gegenseitige Unzufriedenheit der Umsetzung in den verschiedenen Settings Kita und Familie und spielt für die Kinder auch in den Befragungen eine wichtige Rolle, allerdings weniger wegen des Nahrungsgehalts als vielmehr zur Struktur des Tages.

Eltern

Das Thema Ernährung nimmt eine entscheidende Rolle in dem Alltag der Familien ein: *„Ja, Essen ist bei uns schon an erster Stelle!“*. Die Eltern wünschen sich, dass ihre Kinder zu jeder Tageszeit mit Essen versorgt sind, da sich daran das Wohlbefinden der Kinder orientiere. Vermeintlich *„gute Esser“*, dazu zählen vor allem Kinder, die viele verschiedene Nahrungsmittel zu sich nehmen, würden nicht so schnell erkranken wie Kinder, die wenig essen. Dabei richtet sich die Ernährung nach den Familientraditionen und den Gewohnheiten der Eltern. Es sollen demnach in erster Linie frische Fleischgerichte gekocht werden, da diese als besonders gesund und ausgewogen gelten. Welches Gesundheitsverständnis damit vermittelt wird, ist an dieser Stelle wenig reflektiert (vgl. Ergebnisse

der Analyse der Perspektive der Eltern: Elterliches Gesundheitsverständnis und -handeln im Spannungsfeld eigener Vorstellungen, äußerer Erwartungen und Umfeldbedingungen (S. 33).

Pädagog_innen

Die Pädagog_innen haben in der Praxis einen Einfluss auf die Bewegung und Ernährung der Kinder. Unter anderem sind diese Bereiche in den Konzeptionen der Einrichtungen verankert. Als ein Thema von Gesundheit steht die Ernährung an erster Stelle und wird somit zu einem öffentlichen Gesundheitsschwerpunkt in der Kita gemacht. Das Gesundheitsverständnis weist allerdings Differenzen auf, da die Fachkräfte bezüglich bestimmter Ernährungsrituale innerhalb der Einrichtungen von ihrem Gesundheitswissen als pädagogische Expert_innen abweichen. Bei den Ernährungsgewohnheiten der Kinder wissen die Fachkräfte um den Einfluss der Familien. Dies wird auch vereinzelt als negative Beeinflussung wahrgenommen. Ein einheitliches Bild über die „gesunde“ Ernährung von Kindern besteht jedoch nicht.

Orientiert am Themenfeld Gesundheit verdeutlichen die Pädagog_innen die Relevanz von frischer Ernährung. Dazu zählen vor allem ausreichend Gemüse, Vollkornbrot und Milchprodukte. Die Pädagog_innen sehen Barrieren für eine ausgewogene Ernährung zum Teil in den Familien.

Ein hoher Wert für die Pädagog_innen ist, wenn die Kinder sowie sie selbst einen Einfluss auf die Zubereitung und Auswahl der Mahlzeiten haben. Aufgrund verschiedener Rahmenbedingungen ist diese Form der Partizipation jedoch selten umsetzbar.

Kinder

Ernährung und damit einhergehende Strukturen im Rahmen von Mahlzeiten helfen den Kindern, sich im Kitaalltag an ritualisierte Abläufe zu gewöhnen. Es gibt täglich feste Essenszeiten, die den Kindern aufzeigen, wie lange sie frei spielen bzw. wann sie sich entspannen dürfen.

Die Kinder sind in der Regel mit den Nahrungsmitteln in der Kita vertraut und sollen ein gesundes Essverhalten durch die Fachkräfte innerhalb der Gruppe erlernen. Das Frühstück wird in den meisten Fällen als ein gemeinsames Essen in der Kita beschrieben. Hinzu kommt eine Beteiligung der Familien an der Auswahl von unterschiedlichen Obstsorten, die den Kindern ganztägig zur Verfügung stehen. Eine direkte Partizipation der Kinder bei der Wahl der Hauptspeisen wird nur minimal umgesetzt, kann aber über sichtbare Speisepläne Unterstützung finden. Wenn mehrere Speisekomponenten zur Auswahl stehen, können die Kinder frei wählen. Frisch gekochtes Essen in den Einrichtungen ist eine Besonderheit für die Kinder – was vor allem durch die Erwachsenen hervorgehoben wird – und wird neugierig hinterfragt. Kinder werden aktiv am Tischdienst beteiligt. Einige Kinder äußern die Einschränkung, nicht selbst entscheiden zu dürfen, wie viel Essen sie sich auf den Teller machen.

Als weiterer Gesundheitsbildungsaspekt nimmt die Kommunikation vor, während und nach den Mahlzeiten eine besondere Rolle ein: Warum ist es gesund Obst und Gemüse zu essen? Was esse ich überhaupt? Oftmals sind den Kindern diese Aspekte nicht bekannt und werden von den Fachkräften auch nicht hinterfragt.

Netzwerkpartner_innen

Die Bereiche Ernährung und Essverhalten der Kinder werden von den Netzwerkpartner_innen im Sozialraum kaum präzisiert. Ihnen ist ein erhöhter Fleischkonsum innerhalb der Familien bekannt, der jedoch in erster Linie nicht mit einem Gesundheitsdefizit der Kinder in Verbindung gebracht wird.

Aus der Praxis berichten sie ein vermehrt eintöniges Essensangebot für Kinder. Die Kita steht für eine gesunde Ernährung und hat demnach die Aufgabe, den Kindern ein „gesundes“ Essverhalten aufzuzeigen. Als Netzwerkpartner_innen im Sozialraum arbeiten sie nicht täglich in einem engen Kontext mit den Kindern, erläutern aber, dass die Kinder vermehrt mit kariesbefallenen Zähnen in die Kita kommen. Als Vermutung dieser Erkrankung könnte eine falsche Ernährung oder keine ausreichende Zahnhygiene aufgestellt werden. Anders als die Pädagog_innen in der Kita erhalten die Netzwerkpartner_innen im Sozialraum keinen Einblick in die Essensabläufe der Kinder und Familien.

Partizipation von Kindern

Wie im Kapitel „Bildung und Gesundheit treffen aufeinander“ (55ff) erläutert, ist Partizipation von Kindern sowohl aus gesundheits- als auch aus bildungswissenschaftlicher Perspektive unabdingbar und gleichzeitig auch ein Recht der Kinder (vgl. UN-KRK). Dies ist relevant in allen Aktivitäten und Maßnahmen, um die Kinder in ihren Entwicklungswegen zu unterstützen (vgl. Urie Bronfenbrenner: The Bioecological Model of Human Development in Theoretische Einordnung im Spannungsfeld Bildung und Gesundheit, 14) und nachhaltiges Lernen zu ermöglichen. Die Beteiligung der Kinder in allen Belangen, die sie betreffen, führt letztlich dazu, dass sie lernen, selbst Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen.

Dieser Anspruch geht zurück auf die UN-Kinderrechtskonvention, in der die Rechte auf Beteiligung von Kindern, an allen „das Kind berührenden Angelegenheiten“ festgelegt sind. Beteiligung bedeutet dabei, dass das Kind seine Sicht äußern darf und diese Sicht angemessen berücksichtigt wird (UN-KRK, Art. 12 (1)). Für die pädagogische Praxis bedeutet dieser Anspruch, insbesondere im Alltag Raum und Zeit für die Sichtweisen der Kinder auf Situationen zu schaffen, zu hören und zu ermöglichen, was Kinder wo und mit wem und wie lange spielen oder tun wollen.

Dieser Partizipationsanspruch entbindet die Erwachsenen nicht von ihrer Verantwortung für die Erziehung und die Gesundheit der Kinder: sie setzen den Rahmen dafür, dass Kinder immer mehr Wissen und Kompetenzen entwickeln, um mehr und mehr selbst zu entscheiden, was sie wie tun.

Herausforderungen stellen dabei immer wieder Entscheidungen, die die Selbstbestimmung von Kindern betreffen, dar. Vor allem, wenn die Pädagog_innen scheinbar „besser“ wissen, was Kinder tun oder lassen sollten. Hansen/Knauer/Sturzenhecker (2011, S. 26-31) stellen heraus, dass es bei Beteiligung immer um eine Verschiebung von Machtverhältnissen geht. Der erwachsene Wissensvorsprung und der Betreuungsauftrag gibt Pädagog_innen die Macht über die Kinder – und sie entscheiden in welchen Fällen sie diese Macht mit den Kindern teilen. „Partizipation verlangt unmittelbar, den Kindern als Subjekte zu begegnen, sie als gleichwertige Partner_innen ernst zu nehmen und mit ihnen in ergebnisoffene Dialoge zu treten“ (Hansen/Knauer/Sturzenhecker 2011, S. 41). Dies bedeutet nicht - und hier kommt die Verantwortung der Erwachsenen ins Spiel - alles so zu machen oder zuzulassen, wie die Kinder es wollen. Vielmehr können die Pädagog_innen ihre eigene Meinung oder das eigene Wissen in das Gespräch einbringen und damit das Lernen der Kinder anregen und beeinflussen. Bei jüngeren Kindern ist achtsames und feinfühliges Eingehen auf ihre Bedürfnisse eine Form der Beteiligung. Die Kinder erfahren, dass ihre Signale wahrgenommen und beantwortet werden und erleben, welche Wirkungen ihre „Entscheidungen“ haben.

Insbesondere das eigene Wissen, so bestätigen Praxiserfahrungen und Studien, ist häufig geprägt von eigenen Erfahrungen, die auf die Kinder übertragen werden, aber nicht immer unbedingt passend sind (vgl. Hansen/ Knauer/ Sturzenhecker 2011, 77). Die Aufforderung zum Dialog ist also für die

Pädagog_innen immer auch ein Anspruch, die eigenen Einschätzungen, Normen und das eigene Wissen zu hinterfragen und mit fachlich korrektem Wissen zu irritieren. Idealerweise geht dieser Wissens-Entwicklungs-Prozess gemeinsam mit den Kindern los: Wenn zum Beispiel Pädagog_innen und Kinder mit einer/m Hautspezialist_in über Sonnenschutz sprechen und sich gesichertes Wissen einholen, um verstehen zu können, warum Sonnenschutz im Sommer relevant ist und wie die Kinder ihre Haut schützen können.

Im Kita-Alltag sind diese längeren Aushandlungsprozesse mitunter schwer zu führen und es braucht oft schnellere „Ansagen“ oder Rahmungen der Erwachsenen, um das Leben zu strukturieren und zu organisieren. Die Auseinandersetzung mit Beteiligung zeigt allerdings, dass die Pädagog_innen bereit sind, immer weiter zu hinterfragen, woher manche Ängste/ Sorgen oder „Regeln“ kommen und sie sind mehr und mehr bereit, sich auf die Sichtweise der Kinder einzulassen und Spielräume von Selbstbestimmung zu erweitern (Hansen/ Knauer/ Sturzenhecker 2011, Höhme-Serke/ Priebe/ Wenzel 2012).

Der Partizipationsgedanke im Bildungsverständnis hat enge Bezüge zu Empowermentansätzen und zur indirekten Verhältnisprävention: Die Kinder brauchen Bedingungen, die es ihnen leicht machen, sich für eine gesundheitsstärkende Alternative zu entscheiden. Ihre Kompetenzen sollen anerkannt und die Weiterentwicklung ihres Kompetenzprofils unterstützt werden, damit sie selbstbestimmt teilhaben können.

Unsere Studienergebnisse zeigen, dass Kinder in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden kaum offene Handlungsspielräume haben. Sie werden wenig mit ihren Fragen zu Gesundheit wahrgenommen und selten beteiligt, wenn es um Gesundheitsthemen geht.

Die Pädagog_innen beschreiben authentisch, wie sie Kindern offene Handlungsspielräume einräumen, ihnen viel Zeit geben und sich an den Themen der Kinder orientieren – wenn es um von ihnen erkannte Bildungsgelegenheiten und Exploration geht. Bei Gesundheitsthemen scheint dieses pädagogische Handeln auszusetzen. Pädagog_innen nehmen eine direktivere Rolle ein, bewerten und kompensieren das Verhalten der Kinder und ihre Lebensbedingungen.

In den Kinderinterviews wird deutlich, dass in der Kita gesundheitsorientierte Situationen klar von Spielsituationen abgegrenzt sind. Insbesondere die Hauptmahlzeiten sind von Regeln bestimmt, die von Erwachsenen gemacht sind.

Eltern erzählen überwiegend von ihren eigenen Handlungsstrategien. Kinder werden zwar häufig gefragt, z.B. was sie gerne essen wollen, haben in den Familien aber offenbar wenige Entscheidungsspielräume.

Anders als andere Themen, wird Gesundheitswissen Kindern abstrakt vermittelt und selten mit ihren Fragen, Empfindungen und Gefühlen verbunden. Das führt z.B. dazu, dass die Kinder ihr Wissen über das Zähneputzen nicht mit sich selbst und der Bedeutung für ihre Zahngesundheit in Verbindung bringen. Mehr als in anderen Erfahrungsbereichen meinen Erwachsene, dass sie besser wissen, was für Kinder gut sein soll. Dabei handeln Erwachsene (Eltern, Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen) von ganzem Herzen aus Für-Sorge um die Kinder.

Ernährung

Bei der Ernährung wird den Kindern die Kompetenz zu eigenen Entscheidungen von den Eltern und Pädagog_innen am stärksten abgesprochen. Die Erwachsenen sagen, was gesund ist und was nicht. Für die Eltern sind vor allem frisch gekochte Fleischgerichte und für die Pädagog_innen Gemüse,

Teil B: Synopse

Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse anhand von Schlüsselthemen (Phänomenen), die sich aus der Untersuchung ergeben

Vollkornbrot und Milchprodukte gesund. Beide äussern die Sorge, Kinder würden sich hingegen für Süßes, Pizza oder Nudeln entscheiden, wenn sie die Wahl hätten.

Eltern stellen dar, dass sie die Kinder nicht bei der Zubereitung von Mahlzeiten einbeziehen, da das zu viel Zeit koste. Dennoch wird erläutert, dass die Eltern selbst so kochen, wie sie es von ihrer Mutter gelernt haben. Offenbar gibt es einen (späteren) Zeitpunkt, zu dem Kinder beim Kochen beteiligt werden. Die Kinder selbst berichten über offene Handlungsspielräume in der Kita beim Tischdecken und an den Trinkstationen. Den Speiseplan können die Kinder nicht ohne Hilfe lesen. Nützlich wäre ein bebildeter Speiseplan oder sogar ein Tisch, auf dem die Zutaten für das Mittagessen unverarbeitet wahrgenommen werden können. In einigen Kitas beteiligen die Pädagog_innen Kinder beim Einkauf und der Zubereitung von Frühstück und Vesper. Kinder und Pädagog_innen äußern sich darüber zufrieden. Teilweise wird eingeschränkt, dass die Kinder eher bei der Zubereitung von Ungesundem wie Keksen beteiligt werden.

Die Erwachsenen haben selbst kein fachlich reflektiertes Konzept von ausgewogener Ernährung und handeln darüber hinaus inkonsistent. Die Kinder erhalten also widersprüchliche Botschaften über ausgewogene Ernährung. Wir plädieren dafür, Kindern mehr Entscheidungs- und Handlungsspielräume in ihrer Ernährung zu ermöglichen. So erhalten die Kinder Gelegenheit, selbst zu erfahren, was ihnen gut tut und was nicht.

Bewegung und Ruhe

Die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder unterscheiden sich in den Lebenswelten Familie und Kita zum Teil erheblich. Viele Familien leben in engen Wohnverhältnissen und ihr Bewegungsradius ist häufig auf ihr direktes Wohnumfeld begrenzt.

Diese Bewegungseinschränkungen werden in den Kitas offenbar gut kompensiert: Die Pädagog_innen beschreiben die Kinder als überwiegend bewegungsfreudig. Die Bewegungsmöglichkeiten in der Kita werden gut angenommen. Kinder, die sich gerne bewegen wollen, können diesem Bedürfnis in der Kita im Alltag und bei angeleiteten Aktivitäten nachkommen. Die Kinder erzählen, dass sie wöchentlich ein Sportangebot wählen können. Einige Bewegungsaktivitäten, die räumlich gebunden sind, können von den Kindern nur zu bestimmten Zeiten genutzt werden.

Weniger Beteiligungsmöglichkeiten haben die Kinder, wenn es um Ruhe und Entspannung geht. Eltern bringen Ruhe mit Bewegung in Verbindung: die Kinder müssen sich am Tag auspowern, damit sie abends gut einschlafen können. Elterliche Entspannungsstrategien werden in Verbindung mit Körperkontakt, Medienkonsum oder den Mahlzeiten beschrieben. Pädagog_innen sehen Entspannung eher als Herausforderung für die Kinder, die ihrer Begleitung bedarf. Zufrieden wurde sich über frei nutzbare räumliche Ruhebedingungen geäußert. Ruheräume werden von den Kindern offenbar leichter individuell angenommen als feste Ruhezeiten. Die Kinder selbst nehmen Entspannungspausen nicht bewusst wahr. Entspannung erscheint also als von Erwachsenen dominiert, die Kinder selbst haben wenig Entscheidungsspielräume.

Es ist individuell unterschiedlich, ob sich ein Kind eher durch Ruhe oder durch Bewegung entspannt. Besondere Ruhebedürfnisse werden von den Pädagog_innen feinfühlig beantwortet. Die Bewegungsmöglichkeiten beschreiben die Pädagog_innen als vielfältig und die Kinder als bewegungsfreudig.

Angesichts der Bewegungseinschränkungen in den Wohnungen und im Wohnumfeld erscheint es wichtig, dass die vielfältigen Bewegungsmöglichkeiten in der Kita für die Kinder möglichst

uneingeschränkt frei zugänglich sind. Auch Entspannungsmöglichkeiten sollten von den Kindern nach individuellem Bedarf genutzt werden können. So erhalten die Kinder die Möglichkeit, ihre Bedürfnisse nach Ruhe oder Bewegung selbst einzuschätzen und zu befriedigen.

Zahngesundheit

Beim Zähneputzen haben die Kinder keine offenen Handlungsspielräume. Es gibt feste Zeiten zum Zähneputzen und die Kinder beschreiben, dass sie dabei kontrolliert werden. Daraus resultiert, dass sie ihr von Kroko, den Pädagog_innen oder Eltern vermitteltes abstraktes Wissen nicht mit sich selbst in Verbindung bringen. Kroko wird vor allem damit assoziiert, dass er die Kinder nass spritzt.

Kinder lernen, wenn sie sich mit etwas regelmäßig, über einen längeren Zeitraum und mit wachsender Komplexität beschäftigen und dabei engagiert sind.

Sprachentwicklung

Alltagsintegrierte Sprachbildung ist eng mit Partizipation verbunden: Aushandlungsprozesse erfordern eine immer differenziertere Sprache und wenn Kinder merken, dass sie mit Sprache etwas bewirken können, lohnt es sich für sie, ihre Sprachkompetenzen weiterzuentwickeln.

Eltern äußern sich nicht dazu, wie sie die Sprachentwicklung ihrer Kinder unterstützen. Sie sagen, dass ihre Kinder viel sprechen, vor allem mit ihren Geschwistern. Es gibt wenige Äußerungen dazu, worüber sie selbst mit den Kindern sprechen und es wird nicht deutlich, wie sie ihre Kinder sprachlich an Entscheidungen beteiligen.

Dahingegen wird die alltagsintegrierte Sprachbildung von den Pädagog_innen stark mit Partizipation verknüpft. Sie berichten von Gesprächskreisen mit den Kindern, bei denen sie alle Vorschläge der Kinder mitschreiben. Die Kinder erfahren so, dass ihre Äußerungen wichtig sind.

Nur wenn Kinder auch in Gesundheitsthemen mitbestimmen und entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, selbst Verantwortung für ihr Wohlbefinden zu übernehmen.

Praxisempfehlungen für Kitas

Ernährung

Die Entscheidungsspielräume der Kinder bei der Nahrungsmittelauswahl können erweitert werden. In einem ersten Schritt erzählen die Kinder, was bei ihnen z.B. zum Frühstück dazugehört. Da Kinder die Ebenen Familie und Kita auch bei den Interviews integriert erläutern, können die Pädagog_innen so einerseits etwas über das Frühstück in den Familien erfahren und andererseits, wie bewusst die Kinder das in der Kita angebotene Frühstück wahrnehmen. Alles, was die Kinder sagen, wird notiert – schriftlich und in Piktogrammen/Bildern. Wenn die Kinder fertig sind, werden die einzelnen Komponenten zu Kategorien zusammengefasst, z.B. Obst, Gemüse, Backwaren, Milchprodukte, Aufschnitt etc. Gemeinsam mit den Kindern und ggf. unter Einbeziehung von Ernährungsexpert_innen können diese Kategorien quantifiziert werden: Was gibt es täglich, was einmal pro Woche und warum? Für die Einkaufsliste kann nun wöchentlich von den Kindern eine ausgewogene Auswahl zusammengestellt werden. Darüber hinaus können die Kinder täglich selbst entscheiden, was sie aus dem Angebot essen und was nicht.

Teil B: Synopse

Zusammenführung der Untersuchungsergebnisse anhand von Schlüsselthemen (Phänomenen), die sich aus der Untersuchung ergeben

Die Beteiligung der Kinder bei der Speisenzubereitung kann auf reguläre tägliche Mahlzeiten ausgeweitet werden. Für Frühstück oder Vesper können Frucht- und Kräuterquark oder verschiedene Brotaufstriche von den Kindern selbst angerührt werden. Insbesondere können die Kinder selbst das mitgebrachte Obst und Gemüse schneiden.

Während für die Pädagog_innen die täglichen Essenszeiten fest in den Tagesablauf integriert sind, scheinen die Kinder vom Mittagessen immer wieder überrascht zu werden. Das Mittagessen unterbricht ihr Spiel. Kinder brauchen auch Entscheidungsspielraum über den Zeitpunkt des Essens. Die Sorge um den sozialen Zusammenhalt, den das Essen stiftet, halten wir für unbegründet. Wenn Kinder vor dem Essen noch fertig spielen wollen, werden sie das in kleinen Gruppen tun. Wir gehen zudem davon aus, dass Kinder lediglich einen Spielraum von einigen Minuten brauchen, um ihr Spiel sinnvoll zu beenden.

Eine Flexibilisierung der Essenszeiten ist auch sinnvoll, damit die Kinder ihr eigenes Hunger- und Sättigungsgefühl einschätzen können. Insbesondere die Äußerungen der Eltern lassen auf eine Überversorgung an Mahlzeiten schließen, die in der Kita nicht noch verstärkt werden sollte. Stattdessen können die Kinder ermutigt werden, nur dann zu essen, wenn sie auch Hunger haben.

Zahnhygiene

Wir plädieren in Bezug auf Zahnhygiene für mehr Entscheidungs- und offene Handlungsspielräume und auf eindeutige Botschaften, dass das Zähneputzen für alle Menschen wichtig ist. Wenn Kinder beim Zähneputzen kontrolliert werden und gleichzeitig nicht mitbekommen, dass sich auch die Erwachsenen ihre Zähne putzen, bekommen sie die Botschaft: Zähneputzen ist mit Macht verbunden. Nur Kinder müssen sich die Zähne putzen, später kann ich das dann auch wieder lassen. Wenn ich mir mal die Zähne nicht putze, bin ich den Erwachsenen ähnlicher.

Auf dem Fachtag zu dieser Studie sagte eine Pädagogin, dass sie sich selbst richtig gerne die Zähne putzt und das frische Gefühl im Mund sehr genießt. Das können die Pädagog_innen auch Vorbilder den Kindern transportieren. Wenn das Zähneputzen zu einer Situation wird, in der die Kinder viel Aufmerksamkeit von einer Bezugsperson erhalten, darüber gesprochen wird, wie die Zahnbürste am Gaumen kitzelt, wie die Zahnpasta schäumt und wie frisch sich der Mund danach anfühlt, wird das Zähneputzen zu einer Bildungsgelegenheit und die Kinder können ihr Wissen mit sich selbst verbinden.

Struktorempfehlungen an die bezirkliche Steuerung

Ernährung

Damit Kinder sowohl bei der Nahrungsmittelauswahl als auch bei der Speisenzubereitung Einfluss nehmen können, brauchen Kitas eigene Küchen. So können Kinder erleben und beeinflussen, wie gesundes Essen zubereitet wird. Außerdem können familiäre Essensgewohnheiten aufgegriffen und ergänzt werden.

Damit den Kindern eine ausgewogene Nahrungsmittelauswahl gegeben werden kann, plädieren wir im Sinne des Kindergesundheitsziels „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ dafür, insbesondere in diesem durch die Entwicklungsscreenings

nachweislich benachteiligten Sozialraum für eine Erhöhung des Verpflegungsanteils, welche bei niedrigem Einkommen vom Bezirk übernommen wird.

Bewegung

Pädagog_innen und Eltern weisen auf die schmutzigen und zum Teil wenig attraktiven Spielplätze im Sozialraum hin. Hier gilt es insbesondere zur Förderung von Bewegungsvielfalt ein besonderes Augenmerk in der Neu- und Umgestaltung zu legen. Die Planung der Erneuerung der Spielplätze ist auch ein klassisches und sehr passendes Projekt zur Mitbestimmung der Kinder und Familien im Sozialraum. Die Beteiligung kann auch bewirken, dass die höhere Identifikation durch die Mitbestimmung zu einer höheren Pflege der Spielgeräte etc. führt.

Empfehlung an Kitas und an die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.

Die Besuche von Kroko können partizipativer gestaltet werden als in der bisherigen Praxis. Jeder Besuch wird von den Pädagog_innen gemeinsam mit den Kindern vorbereitet. Die Kinder sammeln erste Fragen, das Zähneputzen in der Kita wird stärker pädagogisch (nicht kontrollierend!) begleitet und die Kinder bekommen die Gelegenheit, sich im Spiel mit vielfältigen Materialien rund um Zähne zu befassen. Kontinuierlich werden Fragen der Kinder gesammelt, die wahrscheinlich nach und nach komplexer werden. Die Kinder entscheiden, welche Fragen sie schon alleine und mit den Pädagog_innen klären konnten und welche Fragen sie Kroko stellen wollen. So wird der Besuch von Kroko zu einem Experteninterview, das die Kinder führen. So ist das hinzukommende Wissen über Zähne und Zahngesundheit für die Kinder nicht abstrakt, sondern mit ihnen selbst verknüpft.

Diversitätsbewusstsein

Für den Untersuchungsraum Neukölln Nord wahrscheinlich nicht unüblich, wird auch in der vorliegenden Studie deutlich, dass Umgang mit Diversität eine bedeutsame Rolle spielt. Der Stadtteil ist geprägt von einer soziokulturellen Vielfalt, welche schon beim Spaziergang über die Karl-Marx-Straße sichtbar wird. Ebenso finden sich in den Kitas viele Kinder, die mehrere Sprachen in ihren Familien sprechen und die unterschiedlichen soziokulturellen Milieus angehören: so gibt es eine Vielfalt aus armen und wohlhabenden Familien, muslimische, christliche und atheistische Familien, große und kleine Familien (Kinderzahl und Generationen), akademisch ausgebildete Eltern und Eltern ohne Schulabschluss, deutsche, türkische, arabische, französische, englische u.m. Familiensprachen sowie Gegensätze von traditionellen, modernen oder postmodernen Familienkulturen.

Der Umgang mit dieser Vielfalt ist also alltäglich für die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen im Bezirk und ebenso für die Menschen, die hier leben. Gleichzeitig gibt es immer wieder Herausforderungen, die sich aus unterschiedlichen Wünschen und Praktiken entwickeln, oder Herausforderungen, wenn die Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Gruppen im Bezirk schwierig ist.

Die Vielfalt der Familien anzuerkennen und darauf in der Arbeit Bezug zu nehmen, ist sowohl für die Pädagog_innen als auch für die Netzwerkpartner_innen handlungsleitend, zeigt sich in den Interviews und Diskussionen. Sie gehen auf die Eltern zu, bieten Hilfe an und sind interessiert an den Lebensverhältnissen der Kinder und Familien. Insbesondere die Sprache stellt hier einen Schwerpunkt dar, bei dem sich alle einbringen. Dies trifft das Bedürfnis der Familien, die deutsch

nicht als Familiensprache haben. Sie formulieren, dass sie die Kitas als zentrale Vermittlungsstelle für die deutsche Sprache und als „Einführung“ in das deutsche System verstehen.

Hier zeigt sich die andere Komponente, die in der Auseinandersetzung mit Diversität relevant ist: die verschiedenen (Familien-)kulturen stehen nicht gleichberechtigt nebeneinander, sondern sind in ein komplexes Bewertungssystem eingebunden, das manche Gruppen oder Menschen mit bestimmten Merkmalen als weniger anerkannt in der Gesellschaft sieht.

Birgit Rommelspacher spricht von Dominanzkultur, die bedeutet, „dass unsere ganze Lebensweise, unsere Selbstinterpretationen sowie die Bilder, die wir von anderen entwerfen, in Kategorien der Über- und Unterordnung gefasst sind“ (Rommelspacher, 1995, S. 22). Die Vorstellungen von Über- und Unterordnung werden sowohl von Angehörigen der Mehrheitsgesellschaft wie auch der Minderheiten verinnerlicht. Und sie werden an die nächstfolgenden Generationen weitergegeben: Kinder erwerben früh ein Wissen um die in ihrer Lebenswirklichkeit vorherrschende Dominanzkultur, in die sie sich selbst und andere einordnen.

Dominanzkulturelle Muster werden auch in der Studie deutlich, z.B. in der selbstverständlichen Forderung der Pädagog_innen und Akteur_innen an die Familien, sich in Gesundheitsfragen an den hier herrschenden und von ihnen vertreten Ansprüchen an Gesundheitshandeln für Kinder zu orientieren oder auch in der Erwartung, dass alle Kommunikation in deutscher Sprache geschehen sollte. Und es zeigt sich ebenso von Seiten der Familien in der Akzeptanz, dass die „deutsche“ Kultur in den Einrichtungen und in Neukölln einen hohen Stellenwert hat und sie die Kinder an diese Kultur heranführen müssen.

In Anlehnung an Louise Derman Sparks (2010) und Petra Wagner (2015) zeigen sich hierin also gesellschaftliche Hierarchien und Bewertungen deutlich: „‘Automatisch‘ setzt sich eher die dominante Kultur der deutschen gesellschaftlichen Mehrheit durch. Weil in ungleichen Machtverhältnissen ohne bewusste Steuerung das Zusammensein von Menschen mit unterschiedlichen Familien- und Kommunikationskulturen mit großer Wahrscheinlichkeit die herrschenden Machtverhältnisse reproduziert. Zu der alle beitragen, die Dominanten wie die Unterdrückten. Ohne sich dessen bewusst zu sein“ (Wagner 2013).

Bei den Familien wird dieses Spannungsfeld sehr deutlich. Sie werden insbesondere in Gesundheitsfragen von verschiedensten Erwartungen und Bedingungen beeinflusst und müssen die Botschaften, die sie aus der Umwelt und in den Kitas und von den Netzwerkpartner_innen erhalten, mit denen verbinden, die sie aus ihren Familien und soziokulturellen und religiösen Zusammenhängen erhalten. Vor diesem Hintergrund wird die große Verantwortung, die Fachkräfte und Institutionen haben, deutlich, „*die Heterogenität der Lebenslagen und die Wechselwirkung von unterschiedlich gelagerten Ungleichheiten anzuerkennen und auf diese angemessen zu reagieren. [Denn] gleiche Gesundheitschancen erfordern diversitätsgerechte Strukturen [...] einen gesamtgesellschaftlichen Blick auf die Vielfalt und das Miteinander in der Gesellschaft*“ (Voigt et al., 2015, S. 5).

Dennoch sehen sich die in der Studie befragten Eltern als Expert_innen und als zuständig für die Gesundheit und Ernährung ihrer Kinder, während sie die Vermittlung der deutschen Sprache und „Kultur“ klar an die Kita delegieren. Sie nehmen die Bemühung der Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen also zum Teil kaum wahr bzw. nur auf einer übergeordneten Ebene als gesellschaftliche Erwartungen, mit denen sie umzugehen haben. Die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen hingegen sehen großen Handlungsbedarf und schätzen das gesundheitliche Handeln

der Eltern überwiegend als unzureichend ein. Dies stellt eine große Diskrepanz dar zwischen Selbstverständnis und Fremdeinschätzung, die im Rahmen der Studie nicht aufzulösen war. Denn hier wird die Frage bedeutsam, was eigentlich das „richtige“ – anerkannte und wirksame – Gesundheitshandeln bedeutet. Wie schon im Kapitel „Gesundheit und Bildung“ ausgeführt, wurde in der Studie deutlich, dass dieser starre Gesundheitsbegriff von einem dynamischen und in seinen kulturellen Bezügen verstandenen Gesundheitsbegriff abgelöst werden muss. Diversitätsbewusstsein bedeutet also in Bezug auf Gesundheit eine Offenheit für andere Gesundheitskonzepte. Dies erfordert kleinteilige Erkundungen und Einzellösungen, in denen familienkulturelle Werte genauso ihren Platz haben, wie Ansprüche an Gesundheit, die von Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen formuliert werden.

In der Auseinandersetzung um Diversitätsbewusstsein werden Kompetenzen von Fachkräften beschrieben, die diesen komplexen Begriff reflektieren und lebendig werden lassen:

- Fachkräfte „erkennen die unterschiedlichen Identitätsmerkmale und Bezugsgruppenzugehörigkeiten von Menschen, insbesondere diejenigen, die sich deutlich von ihren eigenen unterscheiden;
- Sie erkennen an, dass die Welt aus gänzlich anderer Perspektive als der eigenen zunächst nicht erschließbar ist, sondern es einer bewussten Anstrengungen bedarf, um die ‚blinden Flecken‘ der eigenen Wahrnehmung auszuleuchten;
- Sie wissen, dass dies insbesondere für Angehörige der dominanten Gruppen einer Gesellschaft zutrifft, zu deren Privilegien es gehört, die Lebenslagen und Sichtweisen unterdrückter und marginalisierter Gruppen der Bevölkerung nicht wahr zu nehmen oder zu relativieren;
- Sie erkennen an, dass die Erweiterung von Perspektiven über Irritationen ermöglicht wird, die meist von außen kommen und Verunsicherung auslösen;
- Sie erfahren, dass Verunsicherungen und Irritationen produktiv gewendet werden können für wichtige Erkenntnisse um Diversität, sofern sie als Anlass für Reflexionen gemeinsam mit anderen genutzt werden.“

(Wagner 2012)

Ein Bewusstsein für die Diversität zu entwickeln heißt also in diesem Zusammenhang nicht nur Vielfalt lebendig werden zu lassen, sondern sich auch darüber klar zu werden, dass mit der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Gruppen oder „Kulturen“ Bewertungen einhergehen, die eben positiv bestärkend oder negativ ablehnend sind. Von den einzelnen Menschen sind diese bewertenden Botschaften oft nicht bewusst gewählt bzw. ist ihnen die Wirkung nicht bewusst. Doch haben diese Bewertungen einen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbildes der Kinder und ihre Sicht auf ihre Familien – sie bestärken damit die bestehende soziokulturelle Hierarchie. Ebenso wichtige „Botschafter“ im schlechten Sinne sind gar nicht einzelne Personen, sondern institutionelle Strukturen, die manchen einen einfachen Zugang ermöglichen und anderen nicht, oder gesellschaftliche und mediale Bilder und Botschaften, die ihre Wirkung auf Kinder entfalten.

Indem Kindern (z.B. in Kitas) Möglichkeiten geboten werden, sich mit dem Thema Vielfalt auseinanderzusetzen, gibt man ihnen die Gelegenheit, sich in Demokratiefähigkeit zu üben. Durch Begegnung und Selbstreflexion im Hinblick auf die eigene Familienkultur, sowie das eigene Lebensumfeld stärken Heranwachsende ihre eigene interkulturelle Identität (Voigt et al., 2015).

Empfehlungen

Es gilt, auch bei Gesundheitsthemen die eigenen Normalitätsvorstellungen zu reflektieren und sich darüber klar zu werden, dass sie in einem soziokulturellen Kontext entstanden sind und nicht universell gültig sind. Hier gibt es bei den Kitas und Netzwerkpartner_innen im Sozialraum vielfältige Ansatzpunkte: Daraus folgt, und hier gibt es bei den Kitas und anderen Netzwerkpartner_innen im Sozialraum vielfältige Ansatzpunkte:

- offen auf die Eltern/ Familien zuzugehen und herauszufinden, was den Familien warum wichtig ist,
- und damit umzugehen
- sowie gemeinsam win-win-Lösungen zu suchen.

Für die Reflexion und Auseinandersetzung mit den vielfältigen soziokulturellen Verstrickungen und der eigenen Positionierung darin brauchen Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen Zeit für Austausch und Supervision, Wir empfehlen für diesen Prozess eine Beratung/ Auseinandersetzung zu einem breiten Inklusionsverständnis (z.B. vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung oder andere Diversitytrainings).

Grundlage dafür ist, dass alle Beteiligten ihre eigenen Normvorstellungen reflektieren.

Sozialraum und Präventionskette – Rolle der Kita

Alle erwachsenen Befragten sind sich darüber einig, dass der Sozialraum keine guten Bedingungen für gesundes Aufwachsen bietet.

Pädagog_innen berichten von Problemen der Familien durch die Gentrifizierung des Sozialraums und engen Wohnverhältnissen, in denen Kinder sich nicht genug bewegen können. Darüber hinaus gebe es auch im öffentlichen Raum wenige Bewegungsmöglichkeiten für die Kinder.

Eltern und Pädagog_innen äußern sich übereinstimmend unzufrieden über die Spielplätze, die nicht in ausreichender Anzahl vorhanden, wenig attraktiv für bewegungsfreudige Kinder und häufig verdeckt sind.

Eltern äußern den eigenen Anspruch, den Bewegungsdrang ihrer Kinder zu befriedigen, stoßen jedoch an Grenzen aufgrund des Umfelds. Ihr Bewegungsradius ist insbesondere mit mehreren Kindern gering und die Bedingungen im Umfeld genügen ihnen nicht. Ihre Mobilität ist auch von finanziellen Ressourcen abhängig.

Die Auswertung der medizinischen Daten zeigt, dass die Kinder unserer Stichprobe zu zwei Dritteln der niedrigen sozialen Statusgruppe zugeordnet werden. Berlinweit lassen sich Auffälligkeiten bezüglich Körpergewicht und Zahngesundheit überproportional häufig bei Familien mit niedrigem sozialem Status finden. Tatsächlich waren die Ergebnisse der ESU in unserer Stichprobe in Bezug auf Sprachentwicklung, Körpergewicht und Zahngesundheit bei überproportional vielen Kindern auffällig.

Der Bezirk reagierte auf diese Problemlagen. Die Netzwerkpartner_innen begrüßen, dass die Amtsbereiche Jugend und Gesundheit zusammengelegt wurden und die Präventionskette aufgebaut wird (vgl. Kindergesundheitsziele und Präventionskette, 20).

Sowohl Pädagog_innen als auch Netzwerkpartner_innen betonen, dass es viele Unterstützungsangebote im Sozialraum gebe. Es wird jedoch eingeschränkt, dass diese selten passgenau für junge Kinder und ihre Familien in Wohnortnähe stattfinden. Beispielsweise wird angeführt, dass

Sportvereine ihre Angebote überwiegend an Kinder ab Grundschulalter richten. Für Eltern mit mehreren Kindern sei es zudem schwierig, für die Kinder verschiedene Angebote wahrzunehmen.

Sowohl Pädagog_innen als auch Netzwerkpartner_innen halten in der Arbeit mit den Familien personelle Konstanz für erforderlich. Diese Studie zeigt deutlich, dass hier die Kitas eine wichtige Rolle einnehmen. Keine andere Institution hat die Möglichkeit, über einen so langen Zeitraum derart eng mit den Familien zusammenzuarbeiten.

Als Herausforderung wird von Netzwerkpartner_innen die Erreichbarkeit möglichst aller Familien in schwierigen Lebenslagen benannt. Es wird als notwendig angesehen, Informationen noch breiter zu streuen und Internetseiten so anregend wie möglich zu gestalten. Gleichzeitig wird konstatiert, dass Familien am besten über persönliche Beziehungen erreichbar sind und neue Angebote eher annehmen, wenn diese persönlich empfohlen wurden. Auch Pädagog_innen merken an, dass es nicht einfach sei, aus dem breiten Angebot das jeweils passende herauszufiltern. Sie berichten teilweise von gelingenden Kooperationen der Kitas mit Netzwerkpartner_innen und von Vernetzungstreffen.

Unsere Studienergebnisse zeigen, dass Unterstützungsbedarfe zum Teil von Eltern anders eingeschätzt werden als von Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen. Beispielsweise sehen sich Eltern selbst als Expert_innen für die Ernährung ihrer Kinder, während Pädagog_innen die Ernährung in den Familien kritisieren. Aus den Fokusgruppen mit Eltern können wir tatsächlich eine Überversorgung der Kinder mit Mahlzeiten ableiten. Dies führt dazu, dass Kinder kein Gefühl für Hunger und Sättigung entwickeln können. Auch der hohe Anteil übergewichtiger Kinder bei der ESU wird damit zusammenhängen (vgl. Auswertung der medizinischen Daten der Kinder:

Auffälligkeiten und Defizite im Gesundheitszustand , 50). Dass Ernährungsbildung für Eltern als Notwendigkeit angesehen wird, heißt aber nicht, dass Eltern entsprechende Angebote annehmen würden. Schließlich empfinden sie sich als kompetent und haben differenzierte Strategien entwickelt, um ihre Kinder in ihrem Sinne gesund zu ernähren. Die Mahlzeiten in den Kitas finden sie dagegen wenig abwechslungsreich.

Erfolgversprechender halten wir daher einen offenen Dialog über Ernährungsvorstellungen oder die aktive Einbindung der Eltern in die Gestaltung der Mahlzeiten in der Kita. So wird allen Kindern ermöglicht, vielfältige Lebensmittel und Gerichte kennenzulernen, die Pädagog_innen bekommen einen differenzierteren Einblick in die Esskulturen der einzelnen Familien und die Eltern werden mit ihren Kompetenzen ernst genommen. Pädagog_innen und eingeladene Netzwerkpartner_innen können diese Situationen dann nutzen, um darüber ins Gespräch zu kommen, wie viel Essen Kinder eigentlich brauchen und wie wichtig es ist, dass Kinder lernen selbst Hunger und Sättigung einzuschätzen.

Rolle der Kita

Bildung und Gesundheit sind zwei umfangreiche Themen, die den Alltag von Kindern und Pädagog_innen nachhaltig prägen. Aufgrund des Zugangs, den die Pädagog_innen zu den Familien und den Kindern haben, ist es die Aufgabe der Kita, einen wesentlichen Teil zu Gesundheitsbildungsprozessen im Kitaalltag beizutragen.

Netzwerkpartner_innen

Für die Netzwerkpartner_innen im Sozialraum gilt die Kita als ein chancen- und ressourcenumfassendes Setting, „wo der Kontakt zu den Eltern so eng ist wie nirgendwo anders“. Die Pädagog_innen der Kita werden von ihnen als eine unterstützende Instanz wahrgenommen, da sie gegenüber den Eltern, Kindern und Netzwerkpartner_innen engagiert handeln: „In der Kita kann man

sehr viel bewegen“. Es zeigt sich ein umfassender Einfluss der Kita in Bezug auf die Förderung von Gesundheit, die Kooperation zwischen Familien und Einrichtung sowie das Erlernen der Zweitsprache Deutsch.

Die Rolle der Kita bei der Gesundheitsförderung von Kindern wird als unabdingbar analysiert sowie als ein ganzheitlicher Anspruch der Einrichtungen gesehen, so die Netzwerkpartner_innen. Ähnlich wie der Well-Being Ansatz erläutern sie gesundheitliches Wohlbefinden von Kindern, in Abhängigkeit von Bewegungsfreiheiten, ausgewogener Ernährung, kreativen Auswahlmöglichkeiten (bspw. „Musikerziehung“), der Abwesenheit von Krankheiten und einer gemeinsamen Sprache.

Die Einrichtung dient ebenso als ein Ort der Prävention: *„Wenn Kinder in einer Kita sind, geht es ihnen oftmals besser als zu Hause.“* Die Pädagog_innen in der Einrichtung unterstützen die Kinder und Eltern im Bereich der Gesundheitsförderung, da die Präventionsmöglichkeiten in der Kita aufgrund des offenen Zugangs zu den Familien besser gegeben sind, als bei den Familien, die keinen Zugang zu einer pädagogischen Institution haben.

Vielfach berichten die Netzwerkpartner_innen im Sozialraum darüber, dass eine feste Bindung zwischen den Familien und den Fachkräften in der Praxis besteht und die Eltern der pädagogischen Arbeit ein großes Vertrauen entgegenbringen. Im Rahmen der zugeteilten Aufgaben beschreiben die Netzwerkpartner_innen die Institution in erster Linie als eine Bildungseinrichtung, die einen Erziehungs- und Bildungsauftrag umsetzt. Dies zeigt sich auch im Hinblick auf das Erlernen der Zweitsprache.

Die Sprache spielt eine entscheidende Rolle für das Wohlbefinden der Kinder. Daher sei es den Netzwerkpartner_innen im Sozialraum wichtig, dass Kinder und Pädagog_innen eine gemeinsame Sprache sprechen. Die Kita gilt in den meisten Fällen als erster Ort, an dem die Kinder aus Familien mit Zuwanderungsgeschichte die deutsche Sprache erlernen. Ein Zugang zum Bildungssystem sei demnach nur möglich, wenn die Kinder deutsch sprechen und das Lehrpersonal in der Schule verstehen. Die Kita unterstützt diese Voraussetzung und eröffnet den ersten Weg ins Bildungssystem.

Kinder

Neben den erwachsenen Akteur_innen innerhalb des pädagogischen Sektors sind die Meinungen der Kinder ebenso wichtig. Ihnen bietet die Kita ein vertrauensvolles und ritualisiertes Setting, in dem ihnen die Abläufe zum Frühstück, Zähneputzen, Spielen, Mittag essen, Sport und Vespers vollends bekannt sind. Die Auseinandersetzung mit Gesundheit sollte sich umfassend in allen Aspekten des Kitaalltags widerspiegeln: Kinder erhalten Raum zur Entspannung, lernen partizipiert zu Handeln und kennen die Hintergründe ritualisierter Abläufe.

Kontakt mit Ärzt_innen haben Kinder zum Beispiel in der zahnärztlichen Untersuchung. Dazu kommt ein Zahnarzt in die Kita und untersucht das Gebiss der Kinder, soweit erläutern diese den Prozess: *„Na manchmal kommt ein Doktor und guckt ob die Zähne gut sind oder nicht. Und er sagt was passiert mit den Zähnen und so alles“*. Jedoch ist den meisten Kindern die Bedeutung vom Zähneputzen nicht klar.

Deutlich wird in den Darstellungen der Kinder die Bedeutsamkeit von Bewegungsfreiräumen im Alltag. Sie sind ein wichtiger Faktor innerhalb gefestigter Strukturen, Rituale und Angebote im Kitaalltag.

Pädagog_innen

Auch die Pädagog_innen in der Praxis sind sich der Rolle der Kita zur Auseinandersetzung mit Gesundheit bewusst. Ähnlich wie die Netzwerkpartner_innen im Sozialraum nehmen auch sie die Relevanz von Bewegung und Sprache wahr und wissen um ihre Bedeutung in der Kita.

In den Ausführungen der Pädagog_innen wird zum Teil ein hoher Bildungsanspruch deutlich, der aufzeigt, dass Gesundheit mit den Kindern thematisiert werden muss. Der Kita wird demnach eine große Verantwortung zugeteilt, wenn es um die gesundheitlichen Wissensbestände der Kinder geht. Die Pädagog_innen sind sensibilisiert gegenüber den Lebensumständen der Kinder und wissen um den enormen Einfluss der Familien. Sie definieren sich zum Teil als Anleiter_innen, Berater_innen und Unterstützer_innen der Eltern und gehen in einen aktiven Austausch miteinander, wenn Mütter und Väter Bedarfe äußern.

Als Vertreter_innen der pädagogischen Einrichtungen haben die Pädagog_innen ein Bewusstsein über die Relevanz von Sprachförderung, Exploration und der Orientierung an lebensweltbezogenen Themen der Kinder in Bezug auf das allgemeine gesundheitliche Wohlbefinden. Sie sehen ihre Aufgabe darin, bestimmte Gesundheitsthemen in die Familien der Kinder zu bringen, in dem sie mit den Eltern ins Gespräch kommen sowie den Kindern ein „gesundes“ Handeln suggerieren. Trotzdem wird an verschiedenen Stellen eine Ablehnung gegenüber „nicht-gesundem“ Essen der Familien deutlich, da die Pädagog_innen individuelle Vorstellungen von „gesunder“ Ernährung haben. An dieser Stelle zeigt sich ein eingeschränktes Verständnis von Vielfalt bezüglich des gesundheitlichen Handelns im Alltag. Dies entspricht der Rolle der Kompensation, die der Kita zugesprochen wird.

Eltern

Vielfach kristallisiert sich in den Ausführungen der Eltern ebenfalls eine hohe Bedeutung der Kita für ihre Kinder heraus. Sie sehen die Einrichtung in erster Linie als Bildungsakteur an, der die Kinder dazu befähigt Zählen sowie Deutsch sprechen zu lernen: „*Es ist nicht einfach nur die Aufnahme des Kindes und es machen zu lassen, was es will oder irgendwie. Es gibt wirklich Förderung, Entwicklung, Hilfe*“.

In Bezug auf die Gesundheit der Kinder greifen Eltern auf unterschiedliche Mechanismen sowie Vertrauenspersonen zurück, um die Kinder gesund aufzuziehen. Bei Unsicherheiten zu gesundheitlichen und allgemeinen Fragen rund um die Entwicklung und Erziehung der Kinder wird der Rat einer medizinischen Fachkraft bzw. eines Familienmitgliedes hinzugezogen. Die Erzieher_innen werden vordergründig nicht in der Rolle der Gesundheitsbildung gesehen. Zusammenfassend haben die Eltern Vertrauen gegenüber der Kita, wenn es um Entwicklungsförderungsmaßnahmen geht: „*Also ich denke schon, dass man sich hier sehr viel Mühe gibt*“.

Empfehlungen an Kitas, Vernetzungspartner_innen und Steuerung

Kitas werden übereinstimmend als Chance und Ressource für die kindliche Entwicklung wahrgenommen. Sie pflegen ein enges Vertrauensverhältnis mit den Familien. Keine andere Institution arbeitet über einen so langen Zeitraum in einer so hohen Intensität mit den Familien wie die Kita.

Wir plädieren daher dafür, Kitas als zentralen Ort in der Präventionskette für die Gesundheitsförderung von Kindern und die Erreichbarkeit von Familien zu stärken.

Die Präventionskette braucht eine Verankerung an Standorten, mit konkreten und kontinuierlichen Akteuren, die Familien aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven erreichen. Die Kitas sind

für die Familien bereits bekannte und gut erreichbare Orte. Kooperationen mit Netzwerkpartner_innen können dazu beitragen, dass Familien Angebote für Kinder unterschiedlichen Alters besser wahrnehmen können. Persönliche Kontakte zwischen Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen können dazu beitragen, dass Familien passende Angebote empfohlen oder in der Kita entsprechende Kontakte hergestellt werden. Beispielsweise können Netzwerkpartner_innen zu Elterntreffen eingeladen werden oder regelmäßige Sprechzeiten anbieten.

Gesundheitsstärkende Angebote sollten in Zusammenarbeit mit Kitas (weiter)entwickelt werden, um den Bedarfen von Familien zu entsprechen. Die Pädagog_innen sind in engem Kontakt mit den Familien und haben daher die Möglichkeit, deren Lebenslage und Bedarfe zu erkunden. Sie sind zudem die Expert_innen für frühkindliche Bildungsprozesse. Damit Maßnahmen zur Kindergesundheit wirksam sein können, müssen diese auch pädagogisch durchdacht werden

Pädagog_innen haben allerdings bereits vielfältige Aufgaben in der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung. Daher brauchen Kitas mehr Menschen, die mit arbeiten, um diese zentrale Rolle in der Präventionskette einnehmen zu können.

Für eine enge Vernetzung brauchen Kitas und ihre jeweiligen Netzwerkpartner_innen moderierte Zeit für die inhaltliche und konzeptionelle Arbeit in der Präventionskette an einem Standort. Es ist wichtig, dass gemeinsame Orientierungen, Begriffsverständnisse und Ziele entwickelt werden und so das konkrete Handeln gut abgestimmt wird (vgl. Sprache und Verständigung, 72).

Im Sozialraum und bei den Angeboten von Aktivitäten für Kinder empfehlen wir wohnortnahe zeitgleiche Angebote für Kinder unterschiedlichen Alters zu ermöglichen.

Sprache und Verständigung

Sprache und Verständigung wird als ein Schlüssel für gelingende Erziehungspartnerschaft und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen angesehen. Hierbei stellen die Akteursgruppen insbesondere den Erwerb und die Interaktion in der deutschen Sprache heraus.

Kitas sind ein Schlüssel für die deutsche Sprachentwicklung der Kinder

Die verschiedenen Akteursgruppen der Studie, also Eltern, Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen, sind sich einig, dass die Kita eine Schlüsselrolle in der Vermittlung der deutschen Sprache hat. Die Pädagog_innen beschreiben, in welchen Situationen sie mit den Kindern sprechen, zum Sprechen anregen und wie sie auch Gesprächsregeln üben und in den Gruppe etablieren (FK1, Z. 932-937). Insbesondere die zusätzliche Kraft, die im Rahmen des Bundesprogramms Frühe Chancen in allen Kitas der Studie gefördert wurde, trägt zur konzentrierten Auseinandersetzung und vielfältigen Zugängen zur der deutschen Sprache für die Kinder bei (Fk1, Z.899-904).

Auch die Eltern formulieren, dass sie von der Kita die Förderung der deutschen Sprache erwarten und sind auch überwiegend zufrieden mit den diesbezüglichen Maßnahmen der Kitas und Entwicklungen der Kinder. Dabei bemerken manche Eltern allerdings auch, dass die Sprachförderung sich allein auf die deutsche Sprache bezieht, weil überwiegend deutsche Pädagog_innen in den Kitas tätig sind.

Für die Netzwerkpartner_innen ist die Rolle der Kitas in der deutschen Sprachförderung nicht hoch genug einzuschätzen. Sie sehen hier die Möglichkeit alltagsintegriert die deutsche Sprache zu vermitteln, so dass die Kinder sich auch in ihrer weiteren Bildungsbiografie in Deutschland gut zurecht finden und den Anforderungen gerecht werden können. Dazu empfehlen sie einen möglichst flächendeckenden und frühen Kitabesuch der Kinder aus Familien mit anderen Sprachen. Diese

Entwicklung beschreiben die Pädagog_innen erfreulicherweise bereits: Bei Familien, die mehrere Kinder haben, werden die jüngeren Kinder immer früher in die Kita gebracht.

Leider bestätigen die medizinischen Daten den Erfolg dieser Bemühungen zum Teil nicht, insbesondere die Ergebnisse der ESU zeigen Sprachdefizite bei einem Großteil der Kinder unserer Stichprobe auf. Allerdings zeichnen die Einschätzungen der Reihenuntersuchungen, die in der Kita stattfinden und die Alltagssprache der Kinder einschätzen, ein positiveres Bild.

Dennoch zeigen Auswertungen der berlinweiten ESU-Auswertungen, dass die Sprachentwicklung deutlich positiver gelingt, je länger die Kinder in der Kita sind (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015). Insofern bestätigen sich die Einschätzungen der Akteursgruppen und die Bemühungen der Pädagog_innen. Es bleibt allerdings offen, ob unter den gegebenen Personalressourcen in den Kitas wirklich alle Kinder angemessen erreicht und individuell gefördert werden können.

Verständigung mit den Familien - ohne gemeinsame Sprache

Die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen beschreiben, wie schwierig es ist, mit den Familien den Kontakt zu pflegen und eine Verständigung über Erziehungsthemen zu gestalten, wenn keine gemeinsame Sprache gesprochen wird. Sie sind sich darüber im Klaren, dass die Lebensbedingungen der Familien eine bewusste Verständigung braucht, in der viel Zeit investiert wird in vertrauensbildende Maßnahmen, einen wertschätzenden und diversitätsbewussten Zugang. Und dann sind die unterschiedlichen Sprachen, in denen sich Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen bewegen, eine große Herausforderung, die mitunter Gespräche auf Augenhöhe schwierig machen. Dabei stellt sich eben aus einer diversitätsbewussten Perspektive die Frage, wie die Fachkräfte sich in der Kommunikation den Sprachen der Familien annähern können. Mitarbeiter_innen, die die Sprachen der Familien sprechen, zeigen, wie gut ein Kontakt herzustellen ist. Auch die Nutzung von Sprachmittler_innen oder Übersetzer_innen können eine wertvolle Unterstützung liefern.

Besonders wertvoll ist dabei, dass die Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen ihre Rolle und professionelle Verantwortung für die Kontaktaufnahme bewusst gestalten und nicht dabei stehen bleiben, bei den Eltern deutsche Sprachkenntnisse einzufordern.

Neben dem Problem der Verständigungssprache zwischen Familien und Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen ist mitunter die gemeinsame Sprache auch im übertragenen Sinn eine Herausforderung: Wünsche, Werte und Verständnis zwischen Familien und Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen sind manchmal so unterschiedlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe schwierig wird (vgl. Diversitätsbewusstsein, 65).

Verständigung zwischen Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen

Die Verständigung beschreiben die Akteursgruppen nicht nur in der Zusammenarbeit mit den Eltern als Herausforderung, vielmehr thematisieren sie auch die Kommunikation untereinander. Es scheint nicht immer selbstverständlich, dass Pädagog_innen und die unterschiedlichen Netzwerkpartner_innen eine gemeinsame Sprache sprechen. Da hier viele unterschiedliche Professionen zusammentreffen, ist auch die Bandbreite aus Fachsprache und Verständnissen der Lebenssituationen und möglichen Interventionen sehr unterschiedlich. Auch wird die Kommunikation durch den unterschiedlichen sozialen Status der verschiedenen Berufsgruppen erschwert (z.B. Mediziner_in und Erzieher_in). Hier geht es laut der Netzwerkpartner_innen um grundlegende Dinge wie Zuhören und sich auf das Einzulassen, was die Kooperationspartner sagen, sie betonen die gemeinsame Augenhöhe, die herzustellen ist. So erfordert die Verständigung oftmals hohe

Kapazitäten und eine Verbesserung bräuchte mehr Zeit für Austausch und die Entwicklung eines (im Idealfall) gemeinsamen Grundverständnisses.

Auch betonen die Netzwerkpartner_innen, dass das Fachwissen oft in den einzelnen Disziplinen verbleibt und wenig Austausch und voneinander lernen möglich ist.

Empfehlungen

Aus den Aussagen der Akteursgruppen wird deutlich, dass die Maßnahmen für Austausch und Verzahnung der verschiedenen Netzwerkpartner_innen weiter betrieben werden müssen. Hier kann explizit an den Errungenschaften der Präventionskette angeknüpft werden und in den bereits entstandenen Gruppen Zeit für Austausch geschaffen werden. Es wurde deutlich, dass der Austausch zielgerichteter erfolgen sollte, und eine Auseinandersetzung mit den grundlegenden Orientierungen, Begriffen und Zielen genauso in den Blick genommen werden muss, wie die bessere Verzahnung des konkreten Handelns mit den Familien an den verschiedenen Standorten.

Wir empfehlen dabei, die Kitas als Schlüsselort wahrzunehmen, an denen die anderen Maßnahmen andocken. Damit ist möglich, dass die Akteur_innen zusammenkommen, die mit den gleichen Familien arbeiten, und konkrete Zusammenarbeit als Aufhänger wirksam werden kann.

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen wird wahrscheinlich nie ohne Konflikte der Einschätzungen geschehen können, da unter Umständen Sichtweisen, Ansatzpunkte und Herangehensweisen sehr differieren. Hier gilt es nicht zu vereinheitlichen, sondern die Verschiedenheit sichtbar zu machen und damit unterschiedliche Zugänge zu definieren und nebeneinander zustellen.

Darüber hinaus empfehlen wir allen Akteursgruppen Weiterbildungen zu verschiedenen Themen wie Kommunikation oder Diversität, idealerweise kann durch eine gemeinsame Teilnahme wieder ein mehr an Zusammenhalt und gemeinsamer Aktivität geschaffen werden. Für alle Akteur_innen, die in Neukölln arbeiten, ist eine Reflexion und angeleitete Supervision zur Verständigung mit den Werten und Bedarfen der Familien wertvoll. Hierbei sehen wir es als zentral an, die eigene Rolle und Haltung den Familien gegenüber zu reflektieren und Ansatzpunkte für die vertrauensvolle Gestaltung der Beziehungen zu finden.

Die Aussagen der Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen machen deutlich, dass sie Unterstützung in der Auseinandersetzung und Akzeptanz der Lebensbedingungen der Familien gebrauchen können.

Für die Eltern wünschen sich die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen, dass sie mehr Unterstützung erhalten, die deutsche Sprache zu lernen, so dass die Kommunikation leichter wird.

Wie bereits ausgeführt, ergänzen wir hier die Empfehlung, dass auch Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen verstärkt ihre Sprachkompetenzen erweitern und die Kontaktaufnahme und Beziehungsaufnahme mit Worten und Sätzen aus den Familiensprachen gestalten können. Dieses Signal an die Kinder und ihre Familien, dass sie mit ihren Sprachen in den Einrichtungen willkommen sind, ist nicht hoch genug als Zeichen des Willkommens, der Zugehörigkeit und der Bemühungen um Verständnis von Seiten der Fachkräfte einzuschätzen. Auch der Fokus auf multikulturelle Teams, in denen Menschen selbst Migrationsgeschichten haben und einzelne Sprachen muttersprachlich sprechen können, kann ein wertvoller Zugang zu den Familien sein.

Teil C – Fazit

Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita – Zentrale Ergebnisse und
Empfehlungen

Fazit - Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita

Externe Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention auswählen

Für die Kita als Bildungseinrichtung ist relevant, diejenigen Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategien auszuwählen, die zum Kontext der Kita als Bildungseinrichtung passen bzw. Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention pädagogisch zu durchdenken.

Dazu sollten angebotene Maßnahmen oder Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung pädagogisch hinterfragt werden. Impulse dazu bilden diese Fragen:

- Welches Bild vom Kind transportiert die Maßnahme oder der Ansatz?
- An wen richten sich Ansätze oder Angebote (einzelnes Kind, Kindergemeinschaft, Eltern,...)
- Wer ist verantwortlich für die Durchführung (Eltern, Netzwerkpartner_innen im Sozialraum, Pädagog_innen, das Kind selbst,...)?
- (Wie) kann das Angebot in die pädagogische Arbeit integriert werden?
- Welchen Einfluss kann die Kita nehmen, um die Maßnahme pädagogisch zu gestalten und sie in die pädagogische Arbeit zu integrieren?

Nach dieser Analyse kann jede Kita entscheiden, welche Angebote angenommen und welche abgelehnt werden. Zur Kita passende Angebote der Gesundheitsförderung/Prävention bereichern das Kita-Leben und ergänzen die pädagogische Expertise um Fachwissen, was gesundheitsförderlich ist und was nicht. Unpassende Angebote unterbrechen den Kita-Alltag, ohne den Kindern, ihren Familien und den Pädagog_innen nachhaltige Vorteile zu bringen.

Diversitätsbewusstsein

Kita-Kultur und die Familienkulturen der einzelnen Kinder unterscheiden sich. Für jedes Kind ist es wichtig zu erleben, dass seine Eltern in der Kita respektiert und geachtet werden, denn die Familie ist für das Kind die primäre Bezugsgruppe. Gleichzeitig hat die Kita einen gesellschaftlichen Auftrag. Es gehört daher zur Bildungs- und Erziehungspartnerschaft, sich mit Eltern über Bildungs- und Erziehungsziele sowie über Themen, die für das Aufwachsen der Kinder in unserer Gesellschaft wichtig sind, auszutauschen. In diesem fortwährenden Dialog kommt den Pädagog_innen der professionelle und initiativ handelnde Part zu (BBP, S. 49ff; Diversitätsbewusstsein, S. 65).

Dies gilt insbesondere für Gesundheitsthemen und Prävention: Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen gehen mit dem Bewusstsein der unterschiedlichen Systeme und Einflussgrößen auf die Familien und ihr Gesundheitsverständnis und –handeln zu (Urie Bronfenbrenner: The Bioecological Model of Human Development, S. 14) und können vor diesem Hintergrund einen Dialog über gesundheitsstärkendes Verhalten eröffnen. Dabei ist zentral, dass sie sich bewusst sind, dass sie selbst soziokulturell und normativ einen Gesundheitsbegriff haben, der nicht richtiger ist als der der Eltern, sondern anders. Vor dem Hintergrund dieser Erkenntnis können Ernährungs-, Gesundheits- oder Bewegungsempfehlungen gemeinsam differenziert betrachtet werden. Im Sinne der Salutogenese steht dadurch die Kohärenz für Kinder und Familien im Vordergrund – und nicht normative Gesundheitsvorstellungen.

Gesundheit als Bildungsinhalt

Gesundheitsthemen und gesunde Entwicklung sollten im Setting Kita als ein Bildungsinhalt verstanden werden, der mit dem zuvor erläuterten Bildungsverständnis, pädagogischem Handeln und Kompetenzentwicklung verbunden ist (vgl. Bildung, S. 13).

Im BBP wird Gesundheit als Bildungsinhalt in einem eigenen Bildungsbereich dargestellt. Grundlage dieses Bildungsbereichs ist das oben erläuterte Bildungsverständnis. So kann der Bildungsbereich Gesundheit als Ausgangspunkt für das Konzept „Frühkindliche Gesundheitsbildung im Setting Kita“ gesehen werden:

„Das alltägliche Zusammenleben vieler Kinder in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege bietet eine Fülle von Möglichkeiten, um genau die Fähigkeiten aufzubauen, die Mädchen und Jungen in ihrer Gesundheit und ihrem Wohlbefinden fördern und stärken: Sie können aktiv sein, sie bestimmen mit, sie werden ernst genommen und erfahren, dass sie selbst etwas bewirken können.

So können die Kinder lernen, Verantwortung für ihr eigenes Wohlergehen und ihre Gesundheit zu übernehmen. Sie erhalten Anregungen zu gesundheitsförderlichem Verhalten und werden durch das Vorbild der Pädagoginnen und Pädagogen zu gesundheitsbewusstem Handeln motiviert.“
(BBP, S.69)

In diesem Zitat ist impliziert, dass Bildungsprozesse eng an das unmittelbare Erleben und die Erfahrungen von Kindern gebunden sind, dass in einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit von Situationen und Zusammenhängen wichtige Schutzfaktoren sind und dass das Ziel der Gesundheitsbildung die Entwicklung von Kompetenzen ist, die den Kindern ermöglichen selbst Verantwortung für ihr eigenes Wohlergehen und ihre Gesundheit zu übernehmen. Wiederum wird deutlich, dass pädagogisches Handeln einen begrenzten Einfluss auf die Bildungsprozesse der Kinder hat.

Unter *Frühkindlicher Gesundheitsbildung* wird insbesondere die Gestaltung von potentiell gesundheitsstärkenden Alltagssituationen als auch gezielte Aktivitäten, die zum Teil von außen an Kita herangetragen werden und die Projektgestaltung verstanden.

Um Gelegenheiten zur Förderung der gesunden Entwicklung von Kindern auch zu Bildungsgelegenheiten zu machen, ist planvolles Vorgehen erforderlich.

An erster Stelle steht die Erkundung, darauf folgt die Entwicklung von Zielen, erst an dritter Stelle die Handlung, bei der die Kinder in Planung und Umsetzung partizipativ eingebunden werden und zuletzt wird der Prozess reflektiert, auch unter der Frage, ob die Ziele erreicht werden konnten. Dieses Vorgehen kennzeichnet insbesondere Projekte im Sinne des BBP, es ist aber ebenso Grundlage für die Reflexion und Gestaltung von Alltagssituationen und Aktivitäten.

Viele Alltagssituationen in der Kita haben das Potential zur gesundheitsbewussten Gestaltung. Dazu gehören insbesondere die Pflegesituationen wie z.B. das Wickeln und Zähneputzen, die Mahlzeiten sowie Bewegungsanregungen und Ruhezeiten.

Jede dieser täglich wiederkehrenden Situationen kann ebenfalls mithilfe der vier Schritte analysiert und gestaltet werden.

Erkunden

Jede Aktivität zur frühkindlichen Gesundheitsbildung beginnt mit der Erkundung. Um die folgenden Fragen zu beantworten, eignen sich die Beobachtung der Kinder, Gespräche mit einzelnen oder

mehreren Eltern und den Kindern⁸ sowie der Austausch im Team über die Einschätzungen der Einzelnen. Im BBP sind zu jedem Bildungsbereich Erkundungsfragen exemplarisch aufgeführt. Hier werden zusätzliche Impulse gegeben, die sich aufgrund der Studienergebnisse als relevant herausstellten. Sie können und sollen von den Pädagog_innen präzisiert und ergänzt werden, damit sie zur Erkundung der individuellen Situation in der Kita und den Familien hilfreich sind.

- Wie ist die Gesundheitssituation der Kinder im Sozialraum?
- Was führt im Sozialraum insgesamt und in den einzelnen Familien zu dieser Situation?
- Welche subjektiven Gesundheitstheorien habe ich dazu und wie fließen diese in mein pädagogisches Handeln ein?
- Woran orientieren sich die Eltern in ihrem Gesundheitshandeln?
- Wie nehmen die Kinder ihre aktuelle Gesundheitssituation wahr? Was interessiert sie?
- Welche möglichen Netzwerkpartner_innen im Sozialraum beschäftigen sich mit diesen Gesundheitsthemen, die für die Kinder in unserer Kita relevant und interessant sind?
- Welche Rahmenbedingungen bietet die Kita für die gesunde Entwicklung der Kinder?
- ...

Diese Fragen zeigen schon deutlich, dass pädagogisch durchdachte Ansätze der Gesundheitsförderung für jede Kindergemeinschaft individuell konzipiert werden müssen. Die Pädagog_innen sind dabei Expert_innen für die Bildungsprozesse der Kinder. Sie brauchen zur gründlichen Erkundung und auch im weiteren Verlauf die Unterstützung von weiteren Expert_innen für Kindergesundheit, die mit ihnen partnerschaftlich kooperieren.

Bei Projekten ist die Herausforderung dieses ersten Schrittes, aus den vielen Feststellungen das Kernthema herauszuschälen, das mit den Kindern in der nächsten Zeit enträtselt werden soll. Beispielsweise könnte aus der Beobachtung, dass im Sozialraum viele Kinder übergewichtig sind durch die genaue Erkundung das Thema „Was macht mir Freude und hilft gegen Langeweile“ entwickelt werden, weil das Essen aus Langeweile oder als Ersatzhandlung zur Dopaminausschüttung als Ursache für das Übergewicht der Kinder in dieser Kita erkannt wurde. Häufig liegen hinter scheinbar offensichtlichen Sachthemen oder Einzelaspekten für die Kinder relevante komplexe soziale und persönliche Themen.

„Themen“ zielen dabei immer auf eine Aktivierung und hohe Beteiligung und Zustimmung der Kinder und Familien. Sie setzen an den Ressourcen an und lassen Kinder erleben, dass sie Situationen beeinflussen und verändern können.

Auch die (Neu-)Gestaltung von Alltagssituationen wie Wickeln, Zähne putzen, Mahlzeiten, Bewegungs- und Ruhemöglichkeiten beginnt mit der Erkundung:

- Wie empfinden wir und die Kinder die aktuelle Gestaltung dieser Situation?
- Welche Bedürfnisse und Ansprüche haben die Kinder in Bezug auf diese Situation, inwieweit werden diese berücksichtigt?
- Auf welche Bedingungen im Leben der Kinder außerhalb der Kita sollten wir bei der Gestaltung der Situation Rücksicht nehmen?
- Was wissen wir darüber, wie die Situation gesundheitsstärkend gestaltet werden kann?
- Wer kann uns bei der gesundheitsstärkenden Gestaltung der Situation beraten?

⁸ Insbesondere das Philosophieren mit Kindern gibt ihnen die Möglichkeit, ihre Einschätzungen und Bedürfnisse zur Sprache zu bringen.

Ziele entwickeln

Nach der Bestandsaufnahme folgt die Zielbestimmung. Was soll durch die Aktivitäten zur Gesundheitsbildung und/oder die Neugestaltung der Alltagssituation erreicht werden? Im BBP werden die Kompetenzen der Kinder als Richtungsziele für die Pädagog_innen beschrieben, an denen sich ihr pädagogisches Handeln orientiert. Das heißt, sie schaffen mit den Kindern und für die Kinder Bedingungen und Anreize, um ihnen die Entwicklung ihrer Kompetenzen zu ermöglichen.

Die Orientierung an den Kompetenzen der Kinder hat Parallelen zu Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung: Auch Empowermentansätze orientieren sich daran, was die Menschen der Zielgruppe selbst können und welche Kompetenzen sie brauchen, um die Gesellschaft mit zu gestalten und an ihr teilzuhaben. Indirekte Verhältnisprävention erleichtert es Menschen, selbst gesundheitsstärkende Entscheidungen zu treffen (vgl. Der Setting-Ansatz, 18).

Das Kohärenzgefühl (Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Sinnhaftigkeit) findet sich in etlichen im BBP genannten Ich-, Sozial-, Sach- und lernmethodische Kompetenzen (vgl. BBP, 27-29) wieder, z.B.:

Pädagoginnen und Pädagogen

- *ermutigen die Mädchen und Jungen, offen und neugierig auf Unbekanntes zuzugehen und geben ihnen gleichzeitig Sicherheit,*
- *bestärken die Kinder in ihrer Zuversicht und ihrem Selbstwertgefühl, etwas bewirken zu können, Brüche und Übergänge zu bewältigen und neue Herausforderungen anzunehmen,*
- *ermuntern sie, Kontakte aufzunehmen und zu erhalten, Hilfe anzubieten und Hilfe anzunehmen,*
- *lassen sie erleben, dass sie durch gemeinsames Tun etwas bewirken können,*
- *geben ihnen Zeit und Raum für das Experimentieren, für das Suchen, Ausprobieren und Übertragen von Lösungswegen,*
- *unterstützen Zielstrebigkeit, Wissbegier, Beharrlichkeit und Ausdauer bei der Lösung von Aufgaben und bestärken sie, bei Schwierigkeiten nicht gleich aufzugeben,*
- ...

Diese allgemeinen Ziele werden passend zum Thema, das aus der Erkundung hervorging, präzisiert⁹. Sie leiten im nächsten Schritt die Auswahl der Aktivitäten und angebotenen Materialien oder die Neugestaltung der Alltagssituation.

Deutlich wird, dass die Ziele immer auf die ganzheitliche Kompetenzentwicklung der Kinder gerichtet sind und an den Ressourcen der Kinder und Familien ansetzen. Sie sind nicht auf Ergebnisse wie die Gewichtsreduktion übergewichtiger Kinder ausgerichtet. Die Gewichtsreduktion kann sich daraus ergeben, dass die Kinder z.B. aufgrund ihrer gestärkten Kompetenzen nicht mehr aus Langeweile essen, sie ist aber nicht das Ziel pädagogischen Handelns.

Wenn der Dreiklang Verstehbarkeit – Handhabbarkeit – Sinnhaftigkeit und die im BBP beschriebenen Kompetenzen die Gestaltung des Kita-Lebens leiten, haben Kinder gute Chancen, sich gesund zu entwickeln und zu bilden.

⁹ Die im Bildungsbereich „Gesundheit“ aufgeführten Kompetenzen können dafür Anregungen bieten (BBP, S.74, S.78 und S.82).

Mit den Kindern gemeinsam handeln

Zum gemeinsamen Handeln gehören gemeinsam geplante und durchgeführte Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Kita, die (zeitweise) Umgestaltung der Räume, die (Neu)Gestaltung von alltäglichen Abläufen und Routinen und die Recherche relevanter Informationen, in die verschiedene Medien und Experten einbezogen werden.

Aktivitäten zur Gesundheitsbildung

Alle innerhalb eines Themas geplanten Aktivitäten orientieren sich an den vorherigen Schritten der Erkundung und der Zielentwicklung.

Sie sollen für die Kinder aktuell relevant sein, damit Kinder sich engagieren können. Einzelne Aktivitäten sollten den Kindern mehrmals angeboten werden und/oder verschiedene Aktivitäten zum Thema aufeinander aufbauen, damit die Kinder sich über einen längeren Zeitraum und mit zunehmender Komplexität mit dem Thema beschäftigen können (vgl. Urie Bronfenbrenner: The Bioecological Model of Human Development, 14).

Eltern wünschen sich auch in den Fokusgruppen dieser Studie, dass ihre Kinder in der Kita viele Ausflüge erleben. Sie bedauern, dass sie aufgrund ihrer Familiensituation wenig mobil sind. Diesem Wunsch können Kitas entsprechen, dabei aber im Blick behalten, ob die Ausflugsziele auch zur Erkundung und Zielentwicklung passen. Vielleicht ist es auch einigen Eltern eher möglich, einen Ausflug der Kita zu begleiten, als diesen Ort mit ihrer Familie zu besuchen.

Für Kinder ist es wichtig, dass ihre Familie in der Kita willkommen ist. Eltern in Aktivitäten einzubeziehen, ermöglicht es allen Kindern, verschiedene Familienkulturen kennenzulernen. Alle Kinder erleben so ihre eigene Familienkultur, die Kita-Kultur und die Familienkulturen der anderen Kinder und lernen unterschiedliche Werte und Vorgehensweisen kennen. Diese Erfahrung ist wichtig, damit Gewohnheiten und Routinen nicht als gegeben und unveränderlich sondern als in unterschiedlichen Gruppen/ Familien unterschiedlich und gestaltbar wahrgenommen werden.

Als Quelle für Informationen können Expert_innen für Kindergesundheit in einige Aktivitäten einbezogen werden. Dabei ist wichtig zu beachten, dass das Thema für die Kinder aktuell relevant ist und die Aktivität sollte pädagogisch gestaltet, vor- und nachbereitet werden.

Ebenso laden Treffen mit Expert_innen wie Kinderärzt_innen, Zahnärzt_innen, Ökotropholog_innen, Sport- oder Entspannungstrainer_innen Kinder dazu ein, Fachwissen von Fachleuten zu erfahren und deren Begeisterung zu erleben. Die Pädagog_innen unterstützen Kinder darin, Anknüpfungspunkte für das eigene Leben und Erleben zu finden. Sie unterstützen die Kinder auch darin, eigene Positionen zu ihrem Gesundheitsempfinden zu entwickeln und dafür zu sorgen, dass es ihnen gut geht.

Auch bei allen anderen Aktivitäten ist es wichtig, dass die Kinder selbst mit planen, denn zu wissen wie sie wo und mit wem etwas für ihre Gesundheit tun können, ermöglicht ihnen im Sinne des Empowerment-Ansatzes, sich auch außerhalb der Kita für gesundheitsstärkende Aktivitäten zu entscheiden.

Alltagssituationen und alltägliche Routinen hinterfragen und neu gestalten

Viele Alltagssituationen und alltägliche Routinen wie die Mahlzeiten, Pflege, Bewegungsanregungen und Ruhesituationen in der Kita lassen sich mehr oder weniger gesundheitsförderlich gestalten. Aus unserer Studie hat sich dabei herausgestellt, dass alle potenziell gesundheitsstärkenden Situationen auch pädagogisch durchdacht werden müssen: Nur dann ist der Anspruch der Gesundheitsbildung einzulösen und nur dann wird sich diese Handlungsweise nachhaltig in den Alltag integrieren lassen.

Es bietet sich also an, die Gestaltung dieser Situationen zu hinterfragen. Ist die aktuelle Praxis geeignet, um die zuvor formulierten Ziele zu erreichen? Können Kinder mithilfe dieser Situation das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit sowie Kompetenzen entwickeln?

Wenn es nun um die Neugestaltung der Situation geht, sollen Kinder, Eltern und Expert_innen für Kindergesundheit einbezogen werden. In der Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der pädagogischen Diskussion entspricht das der Strategie des Empowerments und der Partizipation.

Wenn gewohnte Routinen durchbrochen werden, brauchen die Kinder Einfluss auf die Neugestaltung. So können sie die Neugestaltung als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erleben und nachhaltig Verantwortung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden übernehmen.

Reflexion

Am Ende einer längeren Auseinandersetzung mit einem Gesundheitsthema oder der Neugestaltung einer Alltagssituation steht die Reflexion. Hier geht es darum, zurückzublicken und sich nochmal zu fragen, ob die Ausgangslage passend eingeschätzt wurde, welche Ziele erreicht werden konnten und bei welchen Aktivitäten welche Kinder wie intensiv beteiligt und engagiert waren.

Ernährung zum Thema machen – ein konkretes Beispiel

1. Erkunden

Die Pädagog_innen sind unzufrieden mit dem, was manche Kinder zum Frühstück in ihren Brotboxen mitbringen. Das ist doch alles nicht gesund! Sie beschließen, auf dem nächsten Elternabend die Bedeutung eines gesunden Frühstücks zu thematisieren und darüber mit den Eltern ins Gespräch zu kommen. Auf dem Elternabend machen die Eltern deutlich, dass ihnen die gesunde Ernährung ihrer Kinder sehr wohl am Herzen liegt. Sie versuchen sogar, ihre Kinder mit Tricks zu überzeugen: „Das ist Spiderman-Essen. Das ist auch gut für dich.“ Jetzt wollen die Pädagog_innen wissen, was die Kinder dazu sagen. Ein Mädchen sagt: „Ich weiß schon, das was mir schmeckt darf ich *eigentlich* nicht essen.“ Beim Austausch im Team merken die Pädagog_innen, dass sie sich auch gar nicht darüber einig sind, was eigentlich ein gesundes Frühstück ist. Sie recherchieren und finden heraus, dass die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) gar nicht von gesunder, sondern von vollwertiger Ernährung spricht.

2. Ziele entwickeln

Die Pädagog_innen wollen die Kinder darin unterstützen,

- ein Gespür dafür zu entwickeln, welches Frühstück ihnen gut tut,
- Wissen über vollwertige Ernährung zu erlangen und dafür Quellen zu erschließen,
- zu erleben, dass Menschen ganz unterschiedliche Vorstellungen von gesunder Ernährung haben.

Und sie wollen besonders zur vollwertigen Ernährung und den unterschiedlichen Vorstellungen von gesunder Ernährung für sich selbst mehr Wissen sammeln.

3. Aktivitäten gemeinsam mit den Kindern planen und durchführen

Am nächsten Morgen lassen die Pädagog_innen vor dem Frühstück die Kinder ihre Brotbox vorstellen. Sie verzichten dabei absichtlich darauf zu bewerten, ob das gesund ist oder nicht. Sie fragen stattdessen, ob die Kinder selbst entschieden haben, was in die Brotbox kommt und ob sie darauf jetzt Appetit haben. Manche Kinder haben zwar entschieden, was sie mitnehmen, hätten jetzt

aber trotzdem mehr Appetit auf das Frühstück von anderen. In Absprache mit den Eltern wird nach ein paar Tagen eine „Tauschbörse“ beim Frühstück eröffnet. Das zeigt sich aber als schwierig, weil es schnell besonders begehrte Boxen gibt und so Frust entsteht. Gemeinsam mit den Kindern überlegen die Pädagog_innen, wie das besser funktionieren könnte, und es entsteht der Vorschlag eines Buffets. Gemeinsam erstellen die Kinder und Pädagog_innen eine Liste, was alles auf so ein Frühstücks-Buffer gehört. Diese Liste wird ausgehängt und die Eltern tragen ein, was sie in der kommenden Woche mitbringen werden. Um die Liste nach und nach zu verfeinern, suchen die Kinder Anregungen im nahe gelegenen Supermarkt, in Kochbüchern und bei Ernährungsexperten. Wöchentlich werden ein paar Lebensmittel „abgewählt“ und andere hinzugefügt. Um ein Bewusstsein dafür zu befördern, warum die Kinder welche Lebensmittel vom Buffet wählen, etablieren die Pädagog_innen eine Runde, in der die Kinder jeden Morgen sagen, was sie sich genommen haben und warum. Mit der Zeit geben die Kinder immer differenziertere Antworten.

4. Das Erreichte reflektieren

Über die tägliche Auseinandersetzung mit den eigenen Ernährungsbedürfnissen entwickelten die Kinder immer differenziertere Begründungen für ihre Wahl. Sie erweiterten ihren Wortschatz mit Worten wie saftig, appetitlich oder gesättigt. Außerdem trafen sie nach und nach eine immer ausgewogenere Auswahl vom Buffet. Besonders lebhaft waren die Kinder bei der wöchentlichen Zusammenstellung der Buffetliste.

So – oder je nach konkreter Erkundung ganz anders – könnte die Auseinandersetzung mit Ernährung ohne Reglementierung in der Kita aussehen.

Ergebnisse und Empfehlungen der Studie im Überblick

Bildung und Gesundheit treffen aufeinander

Kitas haben vielfältige Chancen, die Gesundheit von Kindern zu thematisieren und mit den Eltern diesbezüglich zusammenzuarbeiten. Pädagog_innen haben einen hohen Bildungsanspruch: Sie beschreiben ausführlich und konsistent, wie sie die Themen der Kinder aufgreifen, ihnen Möglichkeiten zum Erforschen von Dingen und Zusammenhängen geben und ihre Explorationslust wach halten. Sie beteiligen Kinder und lassen ihnen viel Raum für kindliches Spiel.

Von Pädagog_innen, Netzwerkpartner_innen im Sozialraum und auch den Eltern wurde grundsätzlich ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis beschrieben. Ihnen allen geht es nicht nur um das körperliche, sondern auch um das seelische und insbesondere soziale Wohlbefinden der Kinder.

Bei Themen, Aktivitäten und Einschätzungen, die für die Pädagog_innen in erster Linie mit Gesundheit zusammenhängen, orientieren sie sich allerdings eher an einem trainingsorientierten Gesundheitsverständnis und beschreiben ihr Handeln und ihre Forderungen an Eltern entsprechend. Insbesondere bei Angeboten oder Ansätzen externer Gesundheitsakteure überwiegt Trainingsorientierung in der Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen. Dies entspricht weder dem Bildungsanspruch der Pädagog_innen und dem im BBP erläuterten Bildungsverständnis, noch aktuellen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung. Es scheint, dass das pädagogische Handeln aussetzt, sobald von außen ein Angebot zu Gesundheitsförderung oder Prävention an die Pädagog_innen herangetragen wird.

Empfehlungen für eine gesundheitsstärkende Gestaltung des Kita-Alltags

Empfehlung an Kitas und Träger:

A 1) Nutzen Sie Ihre pädagogische Kompetenz, wenn es um Kindergesundheit geht!

Gesundheit ist ein Bildungsinhalt. Das heißt einerseits, dass Gesundheitsförderung und Prävention in der Kita nichts zusätzliches sein muss, sondern sich in den pädagogischen Alltag integrieren lässt. Andererseits müssen Gesundheitsthemen ebenso pädagogisch durchdacht werden, wie alle anderen Themen auch.

Wenn Wissen über Gesundheitsförderung mit pädagogischem Fachwissen kombiniert wird, ist Gesundheitsbildung möglich. Orientieren Sie sich daher auch bei Gesundheitsthemen an den pädagogischen Planungsschritten Erkunden – Ziele entwickeln – mit Kindern gemeinsam handeln – Reflektieren (vgl. Gesundheit als Bildungsinhalt, S.77).

Machen Sie den Eltern deutlich, was Sie alles tun, um die Kinder in ihrer gesunden Entwicklung zu unterstützen, damit Eltern die Kita als Akteur der Gesundheitsbildung wahrnehmen können.

Empfehlung an Netzwerkpartner_innen im Sozialraum und Akteure des Gesundheitssystems

A 2) Stellen Sie sich Pädagog_innen und Kindern als Expert_innen zur Verfügung, damit sie ihre bedeutsamen Fragen zu Gesundheitsthemen bearbeiten können!

Pädagog_innen greifen in ihrer Arbeit die Themen und Fragen der Kinder auf und begeben sich mit ihnen in einen Prozess der Erforschung und Entdeckung. Dafür werden sie sich bei Gesundheitsthemen auch Informationen von Ihnen als

Gesundheitsexpert_innen wünschen. Es ist für die Kinder wichtig, dass Sie dann an ihren bedeutsamen Fragen anknüpfen und sich als Dialogpartner_in zur Verfügung stellen. Auch die Pädagog_innen können Informations- und Beratungsbedarf zur gesundheitsstärkenden Gestaltung des Kita-Lebens haben, den Sie als Gesundheitsexpert_innen erfüllen können.

Empfehlung an Politik und Steuerung:

A 3) Schaffen Sie gesundheitsstärkende Bedingungen in Kitas und unterstützen und ermöglichen Sie Vernetzung im Sozialraum!

Viele Neukölln Kitas haben Unterstützungsbedarf, um die Arbeit an Gesundheitsthemen unter Berücksichtigung der Vielfalt der Familien und ihrer Wertvorstellungen passgenau zu gestalten und weiterzuentwickeln.

Damit die Erkenntnisse dieser Studie Anwendung in den Kitas finden, brauchen Pädagog_innen Beratung und Fortbildungen, in denen sie Analysen, Ziele und Handlungswege entwickeln können, um verschiedene Gesundheitsaspekte mithilfe von Netzwerkpartner_innen gemeinsam mit den Kindern und Eltern zu bearbeiten.

In einem Modellprojekt können diese Prozesse intensiv begleitet und dokumentiert werden. Eine daraus entstehende Publikation verdeutlicht auch weiteren Kitas das Konzept der frühkindlichen Gesundheitsbildung anhand von Praxisbeispielen.

Für eine Verstetigung des Konzeptes der frühkindlichen Gesundheitsbildung braucht der Bezirk Multiplikator_innen für das Konzept der frühkindlichen Gesundheitsbildung, die Kitas kontinuierlich fachlich begleiten.

Kinder brauchen Vorbilder und ausreichend viele Pädagog_innen, die sich mit ihnen mit Gesundheitsthemen befassen. Diese Pädagog_innen sollten selbst ihre Gesundheit im Blick haben. Darüber hinaus brauchen sie Strukturen und Arbeitsbedingungen, die ihrer Gesundheit förderlich sind.

Partizipation und indirekte Verhältnisprävention hängen eng zusammen, damit es Kindern erleichtert wird, gesundheitsstärkendes Verhalten zu entwickeln.

Damit z.B. Kinder sowohl bei der Nahrungsmittelauswahl als auch bei der Speisenzubereitung Einfluss nehmen können, brauchen Kitas eigene Küchen.

Damit den Kindern eine ausgewogene Nahrungsmittelauswahl angeboten werden kann, plädieren wir im Sinne des Berliner Kindergesundheitsziels „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“, insbesondere in diesem durch die Entwicklungsscreenings nachweislich benachteiligten Sozialraum für eine Erhöhung des Verpflegungsanteils, welche bei niedrigem Einkommen vom Bezirk übernommen wird.

Empfehlungen für die Gestaltung von gesundheitsstärkenden Maßnahmen externer Akteur_innen

Empfehlung an Kitas und Träger:

A 4) Nutzen Sie Ihre pädagogische Kompetenz, wenn es um Kindergesundheit geht!

Fordern Sie von Akteur_innen des Gesundheitssystems und den Netzwerkpartner_innen eine individuelle pädagogische Konzeption von Programmen und Angeboten ein, damit sie zur Lebensrealität der Kinder und ihrer Familien passen bzw. wählen Sie solche Aktivitäten oder Ansätze aus, die zur Kita als Bildungseinrichtung passen.

Dazu sollte jede angebotene Maßnahme der Prävention und Gesundheitsförderung pädagogisch hinterfragt werden. Impulse dazu bilden diese Fragen:

- Welches Bild vom Kind transportiert die Maßnahme oder der Ansatz?
- An wen richten sich Ansätze oder Angebote (einzelnes Kind, Kindergemeinschaft, Eltern...)?
- Wer ist verantwortlich für die Durchführung der Maßnahme (Eltern, Netzwerkpartner_innen im Sozialraum, Pädagog_innen, das Kind selbst,...)?
- (Wie) kann das Angebot in die pädagogische Arbeit integriert werden?
- Welchen Einfluss kann die Kita nehmen, um die Maßnahme pädagogisch zu gestalten und sie in die pädagogische Arbeit zu integrieren?

Empfehlung an Netzwerkpartner_innen im Sozialraum und Akteure des Gesundheitssystems:

A 5) Konzipieren Sie individuell mit den Kitas Ansätze, Aktivitäten und Angebote zur Gesundheitsbildung der Kinder und Beratung der Familien!

Kinder lernen, wenn sie sich engagiert, über einen längeren Zeitraum und mit zunehmender Komplexität mit etwas beschäftigen. Pädagog_innen kennen die Interessen und Themen der Kinder. Sie sind die Expert_innen für frühkindliche Bildungsprozesse. Gesundheitsthemen müssen pädagogisch durchdacht werden, damit Kinder ihr Wissen mit sich selbst und ihren Bedürfnissen in Verbindung bringen können.

Pädagog_innen kennen die Lebensbedingungen und Bedürfnisse der Kinder und ihrer Familien, denn keine andere Institution arbeitet über einen so langen Zeitraum so eng mit ihnen zusammen und genießt so ein hohes Vertrauen der Eltern wie die Kita. Davon können auch Sie bei der Ausgestaltung Ihrer Angebote und der Erreichbarkeit der Familien profitieren.

Empfehlung an Politik und Steuerung:

A 6) Ansätze und Angebote der Gesundheitsförderung für Kinder und ihre Familien müssen auch pädagogisch durchdacht werden!

Pädagog_innen in Kitas sind Expert_innen für frühe Bildung. Expert_innen für Kindergesundheit sollen (neue) Ansätze und Angebote der Gesundheitsförderung mit Kitas gemeinsam und zur jeweiligen Kita passend konzipieren. Denn nur, wenn Gesundheitsthemen an den aktuellen Fragen und Themen der Kinder anknüpfen und die Kinder sich damit über einen längeren Zeitraum mit zunehmender Komplexität damit beschäftigen können, ist eine nachhaltige Wirksamkeit möglich. Daran können Ausschreibungsbedingungen und finanzielle Ressourcen gekoppelt werden.

Partizipation von Kindern

Der Partizipationsgedanke im Bildungsverständnis hat enge Bezüge zu Empowermentansätzen und zur indirekten Verhältnisprävention: Die Kinder brauchen Bedingungen, die es ihnen leicht machen, sich für eine gesundheitsstärkende Alternative zu entscheiden. Ihre Kompetenzen sollen anerkannt und die Weiterentwicklung ihres Kompetenzprofils unterstützt werden, damit sie selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Nur wenn Kinder auch in Gesundheitsthemen mitbestimmen und entscheiden können, erhalten sie die Möglichkeit, selbst Verantwortung für ihr Wohlbefinden zu übernehmen.

Unsere Studienergebnisse zeigen, dass Kinder in Bezug auf ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden kaum offene Handlungsspielräume haben. Sie werden wenig mit ihren Fragen zu Gesundheit wahrgenommen und selten beteiligt, wenn es um Gesundheitsthemen geht.

Die Pädagog_innen beschreiben authentisch, wie sie Kindern offene Handlungsspielräume einräumen, ihnen viel Zeit geben und sich an den Themen der Kinder orientieren – wenn es um von ihnen erkannte Bildungsgelegenheiten und Exploration geht. Bei Gesundheitsthemen scheint dieses pädagogische Handeln auszusetzen. Sie nehmen eine direktivere Rolle ein, bewerten und kompensieren das Verhalten der Kinder und ihre Lebensbedingungen.

In den Kinderinterviews wird deutlich, dass in der Kita gesundheitsorientierte Situationen klar von Spielsituationen abgegrenzt sind. Insbesondere die Hauptmahlzeiten sind von Regeln bestimmt, die von Erwachsenen gemacht sind.

Bei der Ernährung wird den Kindern die Kompetenz zu eigenen Entscheidungen von den Eltern und Pädagog_innen am stärksten abgesprochen. Die Erwachsenen sagen, was gesund ist und was nicht.

Auch beim Zähneputzen haben die Kinder keine offenen Handlungsspielräume. Es gibt feste Zeiten zum Zähneputzen und die Kinder beschreiben, dass sie dabei kontrolliert werden. Daraus resultiert, dass sie ihr von Kroko, den Pädagog_innen oder Eltern vermitteltes abstraktes Wissen nicht mit sich selbst in Verbindung bringen.

***Empfehlung an Kitas und Träger, Netzwerkpartner_innen und Politik/Steuerung:
B 1) Kinder haben ein Recht darauf, auch in Gesundheitsfragen ernst genommen zu werden!***

Kinder können auch in Gesundheitsthemen eigene Entscheidungen treffen, wenn die Erwachsenen ihnen das zutrauen.

Gesundheitsthemen mit pädagogischem Wissen und Handeln zu verbinden heißt, an den Fragen, Interessen und Kompetenzen der Kinder anzuknüpfen. Auch in Gesundheitsfragen brauchen Kinder Zeit und Material zur Exploration und zum Spielen. Kinder lernen, wenn sie sich engagiert, über einen längeren Zeitraum und mit zunehmender Komplexität mit einem Thema beschäftigen können.

Als Methode, die Fragen der Kinder aufzugreifen, hat sich das Philosophieren bewährt.

Die Kompetenzen im BBP, die das pädagogische Handeln leiten, passen gut zum salutogenetischen Gesundheitsverständnis. „Trainingsangebote“ haben dagegen wenig mit dem Bildungsanspruch der Pädagog_innen und des BBP zu tun. Sinnhaftigkeit und Verstehbarkeit sind im Sinne der Salutogenese und der Kompetenzentwicklung nachhaltigere Lernmotivatoren.

Dies betrifft beispielsweise Entscheidungsspielräume der Kinder bei der Nahrungsmittelauswahl, die Beteiligung der Kinder bei der Speisenzubereitung auch bei regulären täglichen Mahlzeiten, die Flexibilisierung der Essenszeiten und offene

Handlungsspielräume beim täglichen Zähneputzen (vgl. Praxisempfehlungen für Kitas, S. 63+64).

Empfehlung an Kitas und an die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.:

B 2) Kinder haben ein Recht darauf, auch in Gesundheitsfragen ernst genommen zu werden!

Die Besuche von Kroko können viel partizipativer gestaltet werden als in der bisherigen Praxis: Jeder Besuch kann von den Pädagog_innen gemeinsam mit den Kindern vorbereitet werden. Die Kinder sammeln erste Fragen, das Zähneputzen in der Kita wird stärker pädagogisch (nicht kontrollierend!) begleitet und die Kinder bekommen die Gelegenheit, sich im Spiel mit vielfältigen Fragen und Materialien rund um Zähne zu befassen. Kontinuierlich werden Fragen der Kinder gesammelt, die wahrscheinlich nach und nach komplexer werden. Die Kinder entscheiden, welche Fragen sie schon alleine oder mit den Pädagog_innen klären konnten und welche Fragen sie Kroko stellen wollen. So wird der Besuch von Kroko zu einem Experteninterview, das die Kinder führen. Das hinzukommende Wissen über Zähne und Zahngesundheit ist für die Kinder dann nicht abstrakt, sondern mit ihnen selbst verknüpft.

Dafür brauchen die Mitarbeiter_innen der LAG und die Pädagog_innen Zeit für Absprachen und Vorbereitungen.

Diversitätsbewusstsein

Für den Untersuchungsraum Neukölln Nord wahrscheinlich nicht unüblich, wird auch in der vorliegenden Studie deutlich, dass der Umgang mit Diversität eine bedeutsame Rolle spielt. Die Vielfalt der Familien anzuerkennen und darauf in der Arbeit Bezug zu nehmen, ist sowohl für die Pädagog_innen als auch für die Netzwerkpartner_innen handlungsleitend. Sie gehen auf die Eltern zu, bieten Hilfe an und sind interessiert an den Lebensverhältnissen der Kinder und Familien.

Dominanzkulturelle Muster werden in der Studie deutlich, z.B. in der selbstverständlichen Forderung der Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen an die Familien, sich in Gesundheitsfragen an den hier herrschenden und von ihnen vertretenen Ansprüchen an Gesundheitshandeln für Kinder zu orientieren oder auch in der Erwartung, dass alle Kommunikation in deutscher Sprache geschehen sollte. Und es zeigt sich ebenso von Seiten der Familien in der Akzeptanz, dass die „deutsche Kultur“ und die deutsche Sprache in den Einrichtungen und in Neukölln einen hohen Stellenwert hat und sie die Kinder an diese Kultur heranführen wollen.

Ein Bewusstsein für die Diversität zu entwickeln heißt in diesem Zusammenhang nicht nur Vielfalt lebendig werden zu lassen, sondern sich auch darüber klar zu werden, dass mit der Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Gruppen oder „Kulturen“ Bewertungen einhergehen, die eben positiv bestärkend oder negativ ablehnend sind. Von den einzelnen Menschen sind diese bewertenden Botschaften oft nicht bewusst gewählt bzw. ist die Wirkung nicht bewusst. Doch haben diese Bewertungen einen Einfluss auf die Entwicklung des Selbstbildes der Kinder und ihre Sicht auf ihre Familien – sie bestärken damit die bestehende soziokulturelle Hierarchie.

In Bezug auf Gesundheit und Ernährung ihrer Kinder sehen sich die Eltern als Expert_innen und als zuständig, während sie die Vermittlung der deutschen Sprache und „Kultur“ klar an die Kita delegieren. Die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen hingegen sehen großen Handlungsbedarf und schätzen das gesundheitliche Handeln der Eltern überwiegend als

unzureichend ein. Dies stellt eine große Diskrepanz dar zwischen Selbstverständnis und Fremdeinschätzung. Denn hier wird die Frage bedeutsam, was eigentlich das „richtige“ – anerkannte und wirksame – Gesundheitshandeln bedeutet. Wie schon im Kapitel „Gesundheit und Bildung“ ausgeführt, wurde in der Studie deutlich, dass dieser starre Gesundheitsbegriff von einem dynamischen und in seinen kulturellen Bezügen verstandenen Gesundheitsbegriff abgelöst werden muss.

Dies erfordert kleinteilige Erkundungen und Einzellösungen, in denen familienkulturelle Werte genauso ihren Platz haben, wie Ansprüche an Gesundheit, die von Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen formuliert werden.

***Empfehlungen an Kitas, Träger, Netzwerkpartner_innen und Politik/Steuerung:
C 1) Reflektieren Sie ihre eigenen Normvorstellungen, gehen Sie offen auf die Sicht der Eltern zu und suchen Sie nach Win-Win-Lösungen!***

Es gilt, auch bei Gesundheitsthemen die eigenen Normalitätsvorstellungen zu reflektieren und sich darüber klar zu werden, dass sie in einem soziokulturellen Kontext entstanden sind und nicht universell gültig sind. Hier gibt es bei den Kitas und Netzwerkpartner_innen im Sozialraum vielfältige Ansatzpunkte: Es geht darum, offen auf die Eltern/ Familien zuzugehen und herauszufinden, was den Familien warum wichtig ist, und damit umzugehen. Für die Reflexion und Auseinandersetzung mit den vielfältigen soziokulturellen Verstrickungen und der eigenen Positionierung darin brauchen Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen Zeit für Austausch und Supervision. Wir empfehlen für diesen Prozess eine Beratung/ Auseinandersetzung zu einem breiten Inklusionsverständnis (z.B. vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung oder andere Diversitytrainings).

Sozialraum und Präventionskette – Rolle der Kita

Alle erwachsenen Befragten sind sich darüber einig, dass der Sozialraum keine guten Bedingungen für gesundes Aufwachsen bietet.

Die Auswertung der medizinischen Daten zeigt, dass die Kinder unserer Stichprobe zu zwei Dritteln der niedrigen sozialen Statusgruppe zugeordnet werden. Bei überproportional vielen Kindern zeigten sich Auffälligkeiten in Bezug auf Sprachentwicklung, Körpergewicht und Zahngesundheit.

Der Bezirk reagierte auf diese schon seit längerem bekannten Problemlagen. Die Netzwerkpartner_innen begrüßen, dass die Amtsbereiche Jugend und Gesundheit zusammengelegt wurden und die Präventionskette aufgebaut wird.

Sowohl Pädagog_innen als auch Netzwerkpartner_innen betonen, dass es viele Unterstützungsangebote im Sozialraum gebe. Es wird jedoch eingeschränkt, dass diese selten passgenau für junge Kinder und ihre Familien in Wohnortnähe stattfinden. Beispielsweise wird angeführt, dass Sportvereine ihre Angebote überwiegend an Kinder ab Grundschulalter richten. Für Eltern mit mehreren Kindern sei es zudem schwierig, für die Kinder verschiedene Angebote wahrzunehmen.

Eltern und Pädagog_innen äußern sich übereinstimmend unzufrieden über die Spielplätze, die nicht in ausreichender Anzahl vorhanden, wenig attraktiv für bewegungsfreudige Kinder und häufig verdeckt sind.

Sowohl Pädagog_innen als auch Netzwerkpartner_innen halten in der Arbeit mit den Familien personelle Konstanz für erforderlich. Diese Studie zeigt deutlich, dass hier die Kitas eine wichtige

Rolle einnehmen. Keine andere Institution hat die Möglichkeit, über einen so langen Zeitraum derart eng mit den Familien zusammenzuarbeiten. Sie pflegen ein enges Vertrauensverhältnis mit den Familien, werden von Eltern aber nicht als Akteur für Gesundheitsbildung wahrgenommen. Unsere Studienergebnisse zeigen, dass Unterstützungsbedarfe zum Teil von Eltern anders eingeschätzt werden als von Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen.

***Empfehlung an Kitas, Träger, Netzwerkpartner_innen und Politik/Steuerung:
D 1) Kitas als zentralen Ort in der Präventionskette für die Gesundheitsbildung von Kindern und die Erreichbarkeit von Familien stärken!***

Die Präventionskette braucht eine Verankerung an Standorten mit konkreten und kontinuierlichen Akteur_innen, die Familien aus unterschiedlichen professionellen Perspektiven erreichen. Die Kitas sind für die Familien bereits bekannte und gut erreichbare Orte. Kooperationen mit Netzwerkpartner_innen können dazu beitragen, dass Familien Angebote für Kinder unterschiedlichen Alters besser wahrnehmen können. Persönliche Kontakte zwischen Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen können dazu beitragen, dass Familien passende Angebote empfohlen oder in der Kita entsprechende Kontakte hergestellt werden. Beispielsweise können Vernetzungspartner_innen zu Elterntreffen eingeladen oder regelmäßige Sprechzeiten angeboten werden.

Gesundheitsstärkende Angebote von Netzwerkpartner_innen sollten in Zusammenarbeit mit Kitas (weiter)entwickelt werden, um den Bedarfen von Familien zu entsprechen. Die Pädagog_innen sind in engem Kontakt mit den Familien und haben daher die Möglichkeit, deren Lebenslage und Bedarfe zu erkunden. Sie sind zudem die Expert_innen für frühkindliche Bildungsprozesse. Damit Maßnahmen zur Kindergesundheit wirksam sein können, müssen diese auch pädagogisch durchdacht werden.

Pädagog_innen haben allerdings bereits vielfältige Aufgaben in der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung. Daher brauchen Kitas mehr Menschen, die mitarbeiten, um diese zentrale Rolle in der Präventionskette einnehmen zu können.

Für eine enge Vernetzung brauchen Kitas und ihre jeweiligen Netzwerkpartner_innen moderierte Zeit für die inhaltliche und konzeptionelle Arbeit in der Präventionskette an einem Standort. Es ist wichtig, dass gemeinsame Orientierungen, Begriffsverständnisse und Ziele entwickelt werden und so das konkrete Handeln gut abgestimmt wird.

Dafür können in einem Modellprojekt Kitas in ihrer Vernetzung im Sozialraum gestärkt werden. Die daraus gemeinsam entstandenen Wege und kindgerechte Methoden, um Gesundheitsthemen aufzugreifen und nachhaltige Bildungsprozesse bei den Kindern und Familien anzustoßen, können die Netzwerkpartner_innen auf die Kooperation mit vielen weiteren Kitas übertragen.

Zur Verstetigung der Kooperation von Kitas und Netzwerkpartner_innen braucht der Bezirk Multiplikator_innen für das Konzept der *frühkindlichen Gesundheitsbildung*, die die Zusammenarbeit im Sozialraum dauerhaft begleiten.

***Empfehlung an Kitas, Träger, Netzwerkpartner_innen und Politik/Steuerung:
D 2) Rahmenbedingungen in Kitas als gesundheitsstärkende Lebenswelt für Kinder gestalten!***

Es geht nicht nur darum Gesundheitsbildung und Angebote von außen zu integrieren, sondern im Rahmen von Organisationsentwicklung die Rahmenbedingungen für Gesundheit und Bildung in der Kita zu gestalten. Dies geschieht durch die Auseinandersetzung mit Gesundheitsbildung im Kita-Team und bei den Netzwerkpartner_innen. Darüber hinaus sollten Rahmenbedingungen im Kita-Leben betrachtet und verändert werden z.B.

- brauchen viele Kitas kindgerechte moderne Sanitärräume,
- um eine vollwertige Ernährung zu ermöglichen sollten Speisen möglichst vor Ort zubereitet werden, dies braucht eine angemessene Küchenausstattung und entsprechend geschultes Personal,
- insbesondere die Vollverpflegung der Kinder, also dass alle Mahlzeiten in der Kita durch Kita-Personal bereit gestellt werden, ermöglicht eine gesunde Ernährung der Kinder,
- brauchen Kinder in Kitas viel Platz für Bewegung drinnen und draußen.

Empfehlung an Politik/Steuerung in Zusammenarbeit mit Kitas, Trägern und Netzwerkpartner_innen:

D 3) Eltern und Kitas an der Neu- und Umgestaltung des Sozialraumes beteiligen!

Pädagog_innen und Eltern weisen auf die schmutzigen und zum Teil wenig attraktiven Spielplätze im Sozialraum hin. Hier gilt es insbesondere zur Förderung von Bewegungsvielfalt ein besonderes Augenmerk in der Neu- und Umgestaltung zu legen. Die Planung der Erneuerung der Spielplätze ist auch ein klassisches und sehr passendes Projekt zur Mitbestimmung der Kinder und Familien im Sozialraum. Die Beteiligung kann auch bewirken, dass die höhere Identifikation durch die Mitbestimmung zu einer höheren Pflege der Spielgeräte etc. führt.

Sprache und Verständigung

Sprache und Verständigung wird als ein Schlüssel für gelingende Erziehungspartnerschaft und Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Professionen angesehen. Hierbei stellen die Akteursgruppen insbesondere den Erwerb und die Interaktion in der deutschen Sprache heraus.

Die Pädagog_innen beschreiben, in welchen Situationen sie mit den Kindern sprechen, zum Sprechen anregen und wie sie auch Gesprächsregeln üben und in den Gruppe etablieren.

Auch die Eltern formulieren, dass sie von der Kita die Förderung der deutschen Sprache erwarten und sind auch überwiegend zufrieden mit den diesbezüglichen Maßnahmen der Kitas und Entwicklungen der Kinder. Dabei bemerken manche Eltern allerdings auch, dass die Sprachförderung sich allein auf die deutsche Sprache bezieht, weil überwiegend deutsche Pädagog_innen in den Kitas tätig sind.

Für die Netzwerkpartner_innen ist die Rolle der Kitas in der deutschen Sprachförderung nicht hoch genug einzuschätzen. Sie sehen hier die Möglichkeit alltagsintegriert die deutsche Sprache zu vermitteln, so dass die Kinder sich auch in ihrer weiteren Bildungsbiografie in Deutschland gut zurecht finden und den Anforderungen gerecht werden können.

Die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen beschreiben, wie schwierig es ist, mit den Familien den Kontakt zu pflegen und eine Verständigung über Erziehungsthemen zu gestalten, wenn keine gemeinsame Sprache gesprochen wird.

Neben dem Problem der Verständigungssprache zwischen Familien und Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen ist mitunter die gemeinsame Sprache auch im übertragenen Sinn eine Herausforderung: Wünsche, Werte und Verständnis zwischen Familien und Pädagog_innen und Netzwerkpartner_innen sind manchmal so unterschiedlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe schwierig wird (vgl. Diversitätsbewusstsein, 65).

Es scheint nicht immer selbstverständlich, dass Pädagog_innen und die unterschiedlichen Netzwerkpartner_innen eine gemeinsame Sprache sprechen. Da hier viele unterschiedliche Professionen zusammentreffen, ist auch die Bandbreite aus Fachsprache und Verständnissen der Lebenssituationen und möglichen Interventionen sehr unterschiedlich.

So erfordert die Verständigung oftmals hohe Kapazitäten und es fehlt die Zeit für Austausch und die Entwicklung eines (im Idealfall) gemeinsamen Grundverständnisses.

Auch betonen die Netzwerkpartner_innen, dass das Fachwissen oft in den einzelnen Disziplinen verbleibt und wenig Austausch und voneinander lernen möglich ist.

Empfehlung an Kitas, Netzwerkpartner_innen und Politik/Steuerung:

E 1) Austausch mit Familien und innerhalb der Präventionskette installieren!

Aus den Aussagen der verschiedenen Akteursgruppen wird deutlich, dass die Maßnahmen zum Austausch und Verzahnung der verschiedenen Netzwerkpartner_innen weiter betrieben werden müssen. Hier kann explizit an den Errungenschaften der Präventionskette angeknüpft werden und in den bereits entstandenen Gruppen Zeit für Austausch geschaffen werden. Es wurde deutlich, dass der Austausch zielgerichteter erfolgen sollte und eine Auseinandersetzung mit den grundlegenden Orientierungen, Begriffen und Zielen genauso in den Blick genommen werden muss, wie die bessere Verzahnung des konkreten Handelns mit den Familien an den verschiedenen Standorten gelingen kann.

Wir empfehlen dabei, die Kitas als Schlüsselort wahrzunehmen, an denen die anderen Projekte und Netzwerkpartner_innen andocken. Damit ist möglich, dass die Akteur_innen zusammenkommen, die mit den gleichen Familien arbeiten, und konkrete Zusammenarbeit als Aufhänger wirksam werden kann.

Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen wird wahrscheinlich nie ohne Konflikte der Einschätzungen geschehen können, da unter Umständen Sichtweisen, Ansatzpunkte und Herangehensweisen sehr differieren. Hier gilt es nicht zu vereinheitlichen, sondern die Verschiedenheit sichtbar zu machen und damit unterschiedliche Zugänge zu definieren und nebeneinander zu stellen.

Darüber hinaus empfehlen wir allen Akteursgruppen Weiterbildungen zu verschiedenen Themen wie Kommunikation oder Diversität, idealerweise kann durch eine gemeinsame Teilnahme wieder ein mehr an Zusammenhalt und gemeinsamer Aktivität geschaffen werden.

Für alle Akteur_innen, die in Neukölln arbeiten, ist eine Reflexion und angeleitete Supervision zur Verständigung mit den Werten und Bedarfen der Familien wertvoll. Hierbei sehen wir es als zentral an, die eigene Rolle und Haltung den Familien gegenüber zu reflektieren und Ansatzpunkte für die vertrauensvolle Gestaltung der Beziehungen zu finden.

Für die Eltern wünschen sich die Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen, dass sie mehr Unterstützung erhalten, die deutsche Sprache zu lernen, so dass die Kommunikation leichter wird.

Auf der anderen Seite möchten wir empfehlen, dass auch Netzwerkpartner_innen und Pädagog_innen verstärkt ihre Sprachkompetenzen erweitern und die Kontaktaufnahme und Beziehungsaufnahme mit Worten und Sätzen aus den Familiensprachen gestalten. Dieses Signal an die Kinder und ihre Familien, dass sie mit ihren Sprachen in den Einrichtungen willkommen sind, ist nicht hoch genug als Zeichen des Willkommens, der Zugehörigkeit und der Bemühungen um Verständnis von Seiten der Fachkräfte einzuschätzen. Auch der Fokus auf multikulturelle Teams, in denen Menschen selbst Migrationsgeschichten haben und einzelne Sprachen muttersprachlich sprechen können, kann ein wertvoller Zugang zu den Familien sein.

Anhang

Literaturliste

Antonovsky Aaron (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *SocSci Med*, 36(6), S. 725–733.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Bezirksamt Neukölln von Berlin (2012): Handlungsleitfaden für die Neuköllner Präventionskette. Berlin.

Brandes, Sven / Stark, Wolfgang (2015): Empowerment / Befähigung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Online verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=10>, zuletzt geprüft am 23.12.2015.

Bronfenbrenner, Urie / Morris, Pamela (1998): The ecology of developmental processes. In: Lerner, Richard (Ed.): *Handbook of Child Psychology*. 5th ed., Vol. 1. New York: Wiley. S. 993-1028.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. VN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut mit Materialien. 5.Auflage Berlin.

Derman-Sparks, Louise (2010): Anti-Bias Education for Everyone - Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung für Alle. Vortrag im Rahmen der Internationalen Fachtagung „Bildung konsequent inklusiv“ von KINDERWELTEN/ INA gGmbH am 11.06.2010 in Berlin.

Faltermaier, Toni (2005): *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Flick, Uwe/Kardorff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2012): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 9. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

Fonds Gesundes Österreich: Gesundheitsdeterminanten. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/fotografiken/infografiken/gesundheitsdeterminanten-farbe-gezeichnet/?searchterm=dahlgren%20whitehead>. Zugriff am [16.02.2016].

Franke, Alexa (2015): Salutogenetische Perspektive. In BZgA (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A-Z*. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=72>. Zugriff am [03.02.2016].

Geene, Raimund/ Hungerland, Beatrice/ Liebel, Manfred/ Lutzmann, Franziska/ Borkowski, Susanne (2013): Subjektorientierung und Partizipation in den Kindheitswissenschaften. In R. Geene/C. Höppner/F. Lehmann (Hrsg.): *Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt*. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S. 69-90.

Geene, Raimund / Höppner, Claudia / Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): Kinder stark machen. Ressourcen, Resilienz, Respekt. Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundheit. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2015): Was ist eine Präventionskette? Unveröffentlichte Power-Point-Präsentation.

Gesundheit Berlin-Brandenburg (2014): Aktiv werden für Gesundheit – Arbeitshilfen für kommunale Prävention und Gesundheitsförderung. Heft 1 Gesunde Lebenswelten schaffen. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V..

Hansen, Rüdiger/ Knauer, Rainard/ Sturzenhecker, Benedikt (2011): Partizipation in Kindertageseinrichtungen. Weimar, Berlin: Verlag das Netz.

Hartung, Susanne / Rosenbrock, Rolf (2015): Settingansatz / Lebensweltansatz. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=72>. Zugriff am [03.02.2016].

Höhme-Serke, Evelyne/ Priebe, Michael/ Wenzel, Sascha (Hrsg.)(2012): Mit Kindern Demokratie leben. Aachen: Shaker Verlag.

<http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/settingansatz-lebensweltansatz>, Zugriff am [23.12.2015].

Hülst, Dirk (2010): Grounded Theory. In: Friebertshäuser, Barbara / Langer, Antje / Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Beltz Juventa, S. 281-300.

Hurrelmann, Klaus/ Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.

Kloss, Johanna/ Hungerland, Beatrice/ Wihstutz, Anne (2013). Kinder als Akteure – Die Soziologie der Kindheit. In R. Geene, C. Höppner & F. Lehmann (Hrsg.), Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S. 115-130.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015): Kriterien für gute Praxis der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin: Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): Fact Sheet Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?id=artikelautor&artikel2=757>. Zugriff am [16.02.2016].

Kryspin-Exner, Ilse/ Pintzinger, Nina (2014): Theorien der Krankheitsprävention und des Gesundheitsverhaltens. In: Klaus Hurrelmann (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Aufl. s.l.: Verlag Hans Huber, S. 25–35.

- Liebel, Manfred (2007). Wozu Kinderrechte – Grundlagen und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Lohaus, Arnold / Lißmann, Ilka (2006). Kognitive Entwicklung. In: Pawlik, Kurt (Hrsg.): Handbuch Psychologie (S. 293 – 317). Heidelberg: Springer.
- Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen, Rheinland Pfalz: Kinderrechte. Verfügbar unter: <http://kinderrechte.rlp.de/kinderrechtskonvention/> [Stand: 03.09.2013] (zitiert: unter Kinderechte RLP, 2013). Zugriff am [16.02.2016].
- Oberwöhrmann, Susanne / Bettge, Susanne / Hermann, Sabine / Meinlschmidt, Gerhard (2013): Migrationshintergrund als Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung im Einschulungsalter – ein multivariates Modell. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Richter-Kornweitz, Antje (2015): Gesundheitsförderung und Kindertageseinrichtungen. In BZgA (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Leitbegriffe A-Z. Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-kindertageseinrichtungen/?marksuchwort=1>. Zugriff am [16.02.2016].
- Richter-Kornweitz, Antje/ Utermark, Kerstin (2013): Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V..
- Rommelspacher, Birgit (1995): Dominanzkultur: Texte zu Fremdheit und Macht. Berlin: Orlanda Frauenverlag.
- Schulz, Marlen (2012): Quick an easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Stuttgart: Springer VS, S. 9–22
- Schulze, Romy/ Richter-Kornweitz, Antje,/ Klundt, Michael/ Geene, Raimund (2013): Kinderarmutsforschung im Wandel: Entwicklung, Ergebnisse, Schlussfolgerungen. In R. Geene, C. Höppner & F. Lehmann (Hrsg.), Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung. S. 327-360.
- Senatsverwaltung für Bildung, Jugend Und Wissenschaft (Hrsg.) (2014): Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege. Weimar/Berlin: Verlag das Netz.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2014.
- Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (2010): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz PVU.
- Strübing, Jörg (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatischen Forschungsstils. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.

Verfügbar unter: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/?idx=72>. Zugriff am [03.02.2016].

Voigt, Claudia/ Bräunling, Stefan/ Franzen, Henrieke (2015): Es ist normal, verschieden zu sein. Empfehlungen zur Förderung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund. Berlin: Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Wagner, Petra (2014): Was Kita-Kinder stark macht: Gemeinsam Vielfalt und Fairness erleben. Cornelsen Schulverlag, Berlin.

Wagner, Petra (2013): Diversität respektieren, Diskriminierung widerstehen - Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung im Rahmen von KINDERWELTEN. Online verfügbar unter <http://heimatkunde.boell.de/2012/08/01/diversitaet-respektieren-diskriminierung-widerstehen-vorurteilsbewusste-bildung-und>, zuletzt geprüft am 15.02.2016.

Wagner, Petra (2012): Inklusion und Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte. In: Kinderleicht, Heft 5/2012. S.22-25.

WHO (1946): Präambel der Verfassung der World Health Organization. Verfügbar über: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, Zugriff am [22.2.2016].

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf, Zugriff am [18.01.2016].

Tabellen

Tabelle 2: Migrationshintergrund Kind*Sozialstatus

		Sozialstatus ESU in 3 Gruppen				
		niedriger Status	mittlerer Status	hoher Status	Gesamtsumme	
Migrationshintergrund Kind	deutscher Herkunft	Anzahl	3	4	1	8
		% in Migrationshintergrund Kind	38%	50%	13%	100%
	einseitiger Migrationshintergrund	Anzahl	8	7	1	16
		% in Migrationshintergrund Kind	50%	44%	6%	100%
	beidseitiger Migrationshintergrund	Anzahl	33	9	0	42
		% in Migrationshintergrund Kind	79%	21%	0%	100%
Gesamtsumme		44	20	2	66	
		67%	30%	3%	100%	

Tabelle 3: Kreuztabelle Sozialstatus ESU in 3 Gruppen*Indikator Sprachdefizite (Datenpool)

		Indikator Sprachdefizite (Datenpool)		Gesamtsumme
		nein	ja	
Sozialstatus ESU in 3 Gruppen	niedriger Status	Anzahl 11	32	43
	% in Sozialstatus ESU in 3 Gruppen	25,6%	74,4%	100,0%
	mittlerer Status	Anzahl 12	6	18
% in Sozialstatus ESU in 3 Gruppen	66,7%	33,3%	100,0%	
hoher Status	Anzahl 2	0	2	
% in Sozialstatus ESU in 3 Gruppen	100,0%	0,0%	100,0%	
Gesamtsumme	Anzahl 25	38	63	
% in Sozialstatus ESU in 3 Gruppen	39,7%	60,3%	100,0%	

Tabelle 4: BMI-Perzentilen 5 Gruppen (AGA monatsgenau)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent
Gültig	deutliches Untergewicht	1	1,1	1,1
	Untergewicht	5	5,7	5,7
	Normalgewicht	63	72,4	72,4
	Übergewicht	10	11,5	11,5
	Adipositas	8	9,2	9,2
	Gesamtsumme	87	100,0	100,0