

Gesundheitsziele für Kinder im Land Berlin



Bisherige Ergebnisse und Ansätze für eine
Weiterentwicklung des Zieleprozesses

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Diskussionspapier

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Autorenschaft: AG Gesund aufwachsen der Landesgesundheitskonferenz Berlin

Koordinierung und
redaktionelle Bearbeitung: Dr. Susanne Bettge, Dr. Sylke Oberwöhrmann
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Technische Umsetzung: Referat I A
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin

Kontakt: Dr. Susanne Bettge, Dr. Sylke Oberwöhrmann
E-Mail: susanne.bettge@sengpg.berlin.de
sylke.oberwoehrmann@sengpg.berlin.de

Redaktionsschluss: Oktober 2018

Homepage: www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Mitglieder der UAG

Diskussionspapier:

Dr. Susanne Bettge (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Dr. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin), Simone Hertig (AOK Nordost), Dr. Elke Jäger-Roman (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin), Maren Janella (Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention im Land Berlin), Milena Lauer (Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung), Kerstin Moncorps (Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf), Gerald Müller (BKK Landesverband Mitte), Dr. Sylke Oberwöhrmann (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Claudia Peil (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie), Tobias Prey (Bezirksamt Mitte), Victoria Ring (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Sabrina Schönborn (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Dorothee Thielen (Der Paritätische Berlin)

weitere Beteiligte

für das Kapitel 3:

Sören Bott (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen), Kerstin Thätner, Esther Williges (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie)

Mitglieder der LGK-AG

Gesund aufwachsen:

Inis Adloff (Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf), Evelyn Bahn (Sportjugend Berlin), Dr. Susanne Bettge (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Ulrike Beyer (IKK Brandenburg und Berlin), Andreas Dietze (LAG Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen), Nancy Ehlert (Stiftung SPI), Dr. Ulrich Fegeler (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin), Tanja Götz-Arsenijevic (Bezirksamt Spandau), Simone Hertig (AOK Nordost), Vanessa Hönighaus (Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin), Dr. Elke Jäger-Roman (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Berlin), Maren Janella (Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention im Land Berlin), Wolfgang Jas (Bezirksamt Neukölln), Dr. Helmut Kesler (Zahnärztekammer Berlin), Detlef Kolbow (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Ann-Kristin Krick (Verband der Ersatzkassen vdek, Landesvertretung Berlin-Brandenburg), Annette Kuhlig (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), Milena Lauer (Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung), Claudie Lutze (Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg), Steffi Markhoff (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie und Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung), Jakob Maske (Ärztekammer Berlin), Kerstin Moncorps (Bezirksamt Marzahn Hellersdorf), Gerald Müller (BKK Landesverband Mitte), Jennifer Nickel (Gesundheit Berlin-Brandenburg), Dr. Sylke Oberwöhrmann (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Wolfgang Paech (BARMER Landesvertretung Berlin-Brandenburg), Claudia Peil (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie), Sonja Polz (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Christa Preissing (Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung), Tobias Prey (Bezirksamt Mitte), Grit Rohloff (DAK – Gesundheit), Marlene Schauer (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie), Regine Schefels (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie), Astrid Salomon (BKK Verkehrsbau Union), Elke Schiemann

(Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Gabriele Schmitz (Berliner Beirat für Familienfragen), Sabrina Schönborn (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung), Sabine Schweele (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg), Dorothee Thielen (Der Paritätische Berlin), Antje Walther (Techniker Krankenkasse), Rosmarie Weise (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	7
1. Einleitung	9
Inhalte und Ziele des Diskussionspapiers	12
2. Erarbeitung und Monitoring der Berliner Kindergesundheitsziele	13
3. Aktivitäten der LGK-Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern	17
Aktivitäten auf Landesebene	18
Aktivitäten auf Bezirksebene	22
Aktivitäten der gesetzlichen Sozialversicherungsträger	24
4. Stand der Zielerreichung – Ergebnisse des Monitorings	27
4.1. Übergeordnete Aspekte zu Ergebnissen aus Daten der Einschulungsuntersuchungen	27
4.2. Übergeordnete Aspekte zu Ergebnissen aus dem Kitabereich	31
4.3. Handlungsfeld Ernährung	32
Unterziel 1.1 Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.	33
Unterziel 1.2 Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.	36
Unterziel 1.3 Die ErzieherInnen der Kitas sind in Hinsicht auf gesunde Ernährung qualifiziert.	38
Unterziel 1.4 Eine gesunde Ernährung ist – wie in der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen dargelegt – integraler Bestandteil in jeder Berliner Kita.	39
Unterziel 1.5 Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um. Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur ist Thema in Elternkursen und -beratung rund um die Geburt.	42
Unterziel 1.6 Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist erhöht.	42
4.4. Handlungsfeld Bewegung	44
Unterziel 2.1 Der Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	45
Unterziel 2.2 Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.	49
Unterziel 2.3 Die LeiterInnen und ErzieherInnen der Kitas sind über die wichtige Bedeutung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter informiert und aufgeklärt. Sie sind in Hinsicht auf Bewegung sowohl theoretisch als auch praktisch qualifiziert.	50
4.5. Handlungsfeld Sprache	51
Unterziel 3.1 Der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist verringert.	52
Unterziel 3.2 Der Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	54
Unterziel 3.3 Möglichst alle Kinder besuchen während der 2 Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita.	61
4.6. Sozialräume mit Handlungsbedarf	62
4.7. Zusammenfassung der Ergebnisse des Monitorings	64

5. Diskussion und Ableitung von Empfehlungen für den weiteren Prozess	67
5.1. Planungsphase und Monitoring	67
5.2. Umsetzungsphase	73
5.3. Resümee und Ausblick	78
Anhang 1	81
Anhang 2	87
Anhang 3	99

Zusammenfassung

Das vorliegende Papier bilanziert den Kindergesundheitszieleprozess, der unter dem Oberziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ als erster Gesundheitszieleprozess im Land Berlin initiiert wurde. Die Kindergesundheitsziele für die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung und Sprache wurden von der Landesgesundheitskonferenz Berlin im Jahr 2007 beschlossen.

Im Jahr 2011 und erneut in den Jahren 2015/16 ergaben Auswertungen zum Monitoring des Zielerreichungsgrades, dass zwar in Teilbereichen eine Annäherung an die gesetzten Ziele gelungen ist, diese jedoch im Wesentlichen (noch) nicht erreicht werden konnten. Insbesondere bezüglich des Abbaus von Benachteiligung ist festzustellen, dass sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten im Zeitverlauf gleich geblieben bzw. in einigen Bereichen eher noch größer geworden sind, wogegen sich die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund durchweg verringert haben.

Die rückblickende Bewertung des Prozesses zeigt sowohl in der Planungsphase als auch in der Umsetzung und dem Monitoring Verbesserungspotenziale auf, aus denen Empfehlungen für eine Weiterentwicklung des Kindergesundheitszieleprozesses in Berlin, aber auch Handlungsbedarfe abgeleitet werden.

Die Mitglieder der AG „Gesund aufwachsen“ der Landesgesundheitskonferenz, in deren gemeinsamer Autorenschaft das Papier entstanden ist, sehen Datenlücken in verschiedenen Bereichen der Kindergesundheit sowie der Strukturen und Prozesse, die hierauf Einfluss nehmen. Die sukzessive Gewinnung von Daten und Erkenntnissen hierzu stellt eine Herausforderung für die Akteure der Landesgesundheitskonferenz dar, der es sich zu stellen gilt. Als Grundlage für eine bessere Planung und Koordinierung von Maßnahmen empfiehlt die AG, zukünftig das Konzept der Wirkungsorientierung bei der Weiterentwicklung der Berliner Kindergesundheitsziele zu berücksichtigen und für jedes Handlungsfeld ein Wirkmodell zu entwickeln. Weiterhin werden Empfehlungen für eine verstärkte Kommunikation unter den beteiligten Akteuren und in die Öffentlichkeit sowie eine nachvollziehbare Dokumentation aller Phasen des Prozesses ausgesprochen. Zusammenfassend wird Partizipation und die Herstellung von Transparenz in allen Phasen des Zieleprozesses als Schlüssel zur Erhöhung der Akzeptanz und damit Umsetzung der gemeinsam gesetzten Ziele gesehen.

Einige Fragen, u. a. die einer Gesamtkoordination des Prozesses in Planung, Umsetzung und Monitoring, konnten nicht abschließend geklärt werden und bedürfen noch eines zeitnahen und zielgerichteten Diskussionsprozesses der Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz.

Die Ergebnisse und Reflexion des Prozesses machen deutlich, dass für eine wirksame Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Chancenungleichheiten der Zugang zu vulnerablen Zielgruppen und die Vernetzung der Akteure verbessert werden müssen. In der Erreichung des Ziels, gesundheitliche Chancenungleichheiten abzubauen, liegt eine wesentliche Herausforderung für den weiteren Prozess.



1. Einleitung

Gesundheit wird schon seit langer Zeit ganzheitlich betrachtet und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als umfassendes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden aufgefasst.¹ Eine Vielzahl von Einflussfaktoren, die in der Regel im Rahmen eines Belastungs-Ressourcen-Paradigmas als Risiko- oder Schutzfaktoren klassifiziert werden können, wirkt auf den verschiedensten Ebenen auf die Gesundheit von Einzelpersonen und Bevölkerungsgruppen ein. Dabei sind nicht nur im Gesundheitswesen im engeren Sinne eine Vielzahl von Akteuren in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege tätig, sondern auch Rahmenbedingungen und Aktivitäten in anderen Lebensfeldern wirken sich auf die Gesundheit aus. Daher wird Gesundheit als politisches Querschnittsthema betrachtet und vielfach die Berücksichtigung gesundheitlicher Belange in allen Politikfeldern („health in all policies“) gefordert.²

Vor dem Hintergrund komplexer Zusammenhänge und angesichts begrenzter Ressourcen sollen Gesundheitsziele Prioritäten setzen, das Handeln der verschiedenen Akteure bündeln und an gemeinsamen Zielsetzungen ausrichten. Gesundheitsziele als politisches Instrument sind dabei noch relativ jung. Erst in den 1970er und 1980er Jahren gab es hierzu internationale erste Ansätze³, die sich beispielsweise in der WHO-Strategie „Health For All“⁴ niederschlugen. Eine globale Gesundheitszielstrategie muss jedoch notwendigerweise recht pauschal bleiben und bringt mit sich, dass aufgestellte Ziele in einzelnen Ländern weniger relevant, längst erreicht oder aber auch im vorgegebenen Zeitrahmen nicht erreichbar sind. Daher hat das Regionalkomitee der WHO für Europa ab 1984 europäische Gesundheitsziele formuliert, die in der Folge mehrmals überarbeitet wurden und derzeit in Form von „Health 2020 targets“⁵ vorliegen.

Gegen Ende der 1980er Jahre begann auch in der Bundesrepublik Deutschland die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheitsziele⁶, jedoch dauerte es noch bis zum Jahr 2000, bis der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ gegründet wurde. Seit dem Jahr 2003 hat der Kooperationsverbund acht nationale Gesundheitsziele entwickelt und publiziert, darunter das lebensphasenbezogene Ziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, das zuerst 2003 verabschiedet und 2010 überarbeitet wurde.⁷ Ein weiteres nationales Gesundheitsziel rund um die Schwangerschaft und Geburt wurde 2017 verabschiedet.

In Berlin widmete sich erstmals ein Projekt im Rahmen des Berliner Forschungsverbundes Public Health der Entwicklung von Gesundheitszielen.⁸ Für verschiedene Themenbereiche wurden für einen Zehn-Jahres-Zeitraum (1995-2005) quantifizierte Ergebnisziele auf Basis vorhandener Gesundheitsdaten mittels statistischer Prognoseverfahren abgeleitet. Eine Fortsetzung fand die Diskussion um Gesundheitsziele für Berlin mit der Gründung der Berliner Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

1 WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946. Official Records of the World Health Organization 2, Kopenhagen: WHO.

2 WHO (1986). Ottawa Charta for Health Promotion. International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario/Canada, 17.-21.11.1986.

3 WHO (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013.

4 European Commission (2013). The EU explained: Public health. Improving health for all EU citizens. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

5 Koalitionsvereinbarung Berlin (2016). Berlin gemeinsam gestalten. Solidarisch. Nachhaltig. Weltoffen. Koalitionsvereinbarung zwischen Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) Landesverband Berlin und DIE LINKE Landesverband Berlin und BÜNDNIS 90/ Die Grünen Landesverband Berlin für die Legislaturperiode 2016-2021.

6 Schoppa, A. (2001). Gesundheitsziele für das frühe Kindesalter: Konzepte, Datenbasis, Methoden und Vorschläge bis zum Jahr 2010. München: Urban & Vogel.

7 WHO (1978). Declaration of Alma-Ata. In: International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR (Vol. 6, p. 12).

8 WHO (1993). Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung September 1991. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

9 WHO (2014). Targets and indicators for Health 2020. Version 2. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

10 Angele, S. (2003). Die Entwicklung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 46, 109-113.

11 Altgeld, T. (2003). Gesundheitsziel Kindergesundheit. Ein Beitrag zur Chancengleichheit für die heranwachsenden Generationen? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 46, 120-127.

12 Kooperationsverbund gesundheitsziele.de (2010). Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

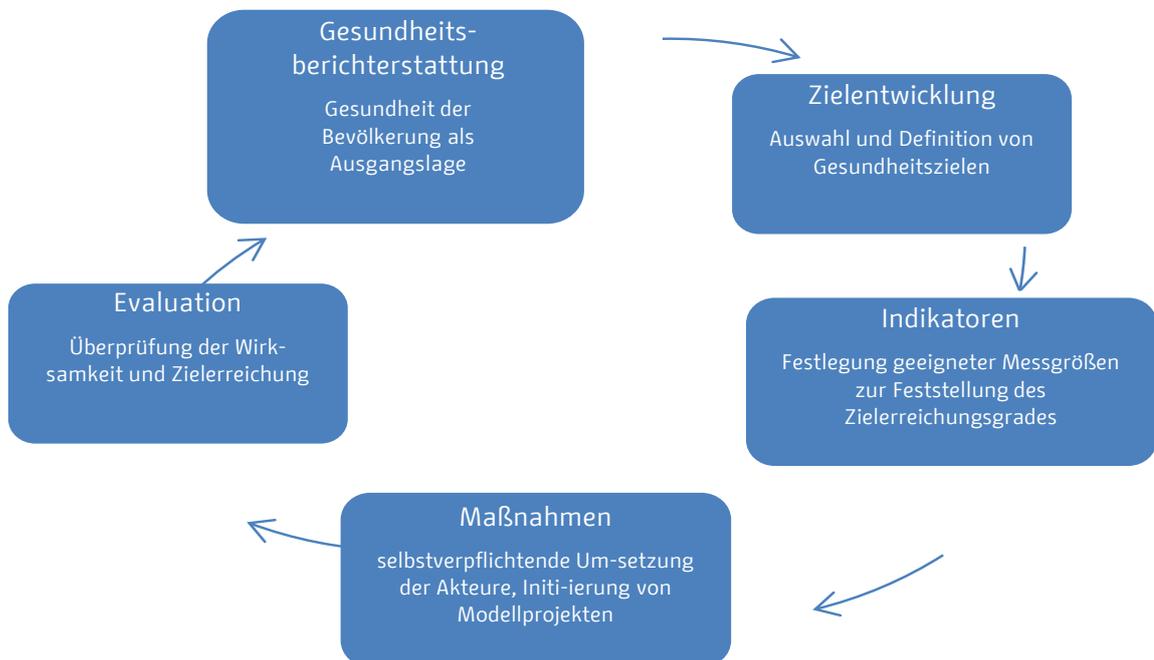
13 Bergmann, K.E., Baier, W. & Meinschmidt, G. (Hrsg.) (1996). Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge. Berlin: de Gruyter.

und Prävention⁹, aus der im Jahr 2004 die Landesgesundheitskonferenz¹⁰ hervorging. Die Landesgesundheitskonferenz Berlin ist ein Zusammenschluss von örtlichen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen. Sie erarbeitet gesundheitspolitische Empfehlungen, die im Rahmen freiwilliger Selbstverpflichtung von ihren Mitgliedern umgesetzt werden. Die Landesgesundheitskonferenz hat 2007 das Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ beschlossen (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2011 wurde das Gesundheitsziel „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ verabschiedet. Seit 2013 wird das Gesundheitsziel „Gesundes Arbeiten in Berlin stärken“ entwickelt, operationalisiert und umgesetzt.

Gesundheitszieleprozesse sind vielfältig und unterscheiden sich in zentralen Aspekten wie z. B. den an der Zielformulierung Beteiligten und der dabei praktizierten Rollenaufteilung von Politik und Wissenschaft, der Spezifizierung und Quantifizierung von Zielen und Zielindikatoren, der Umsetzung und den Auswirkungen.¹¹ Konsens besteht, dass ein Gesundheitszielprozess sich idealerweise am Public Health Action Cycle¹² (vgl. Abbildung 1) orientieren sollte.¹³ Verschiedentlich wird eine partizipative Gestaltung von Zieleprozessen gefordert, was bedeutet, dass einerseits an der Zielformulierung, der Gestaltung und Umsetzung von Maßnahmen und der Evaluation der Zielerreichung die betroffenen Bevölkerungsgruppen selbst beteiligt werden¹⁴ und andererseits durch die mit dem Zieleprozess verbundenen gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzungen und Maßnahmen eine höhere Transparenz und Mitwirkungsmöglichkeit für die Betroffenen erwächst.¹⁵

Abbildung 1:

Public Health Action Cycle bezogen auf Gesundheitsziele (nach Rosenbrock 1995)



9 Kleiber, D. (2001). Einleitung: Gesundheitsförderung und Prävention in Berlin 2000plus. In: D. Kleiber (Hrsg.), Gesundheitsziele und Strategien der Gesundheitsförderung für Berlin (13-18). München: Profil.

10 <http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/Landesgesundheitskonferenz.1012.0.html> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2018)

11 Wismar, M. (2003). Gesundheitsziele in internationaler Perspektive. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 46, 105-108.

12 Rosenbrock, R. (1995). Public Health als Soziale Innovation. Das Gesundheitswesen, 57 (3), 140-144.

13 Bergmann, K.E. & Bergmann, R.L. (2000). Gesundheitsziele zwischen Politik und Wissenschaft. In: R. Geene, E. Luber (Hrsg.), Gesundheitsziele. Planung in der Gesundheitspolitik (11-15). Frankfurt am Main: Mabuse.

Hess, R. (2012). gesundheitsziele.de. Ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden. G+G Wissenschaft, 12 (2), 16-23.

14 Trojan, A. (2004). Nachhaltige Gesundheitsförderung durch Partizipation. Gesundes Österreich.

Wright, M.T. (Hrsg.) (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber.

15 Kurth, B.-M. (2003). Gesundheitsziele haben die Erhaltung oder Verbesserung von Gesundheit zum Ziel. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 46, 103-104.

Aus vorliegenden Daten und Erkenntnissen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. bestimmter Bevölkerungsgruppen werden vorrangige, der Gesundheitsförderung und Prävention zugängliche, Themen und Ziele abgeleitet. Für Anforderungen an eine Zielformulierung können einerseits die SMART-Kriterien (spezifisch – messbar – aktionsorientiert – realistisch – terminiert) verwendet werden¹⁶, andererseits werden die Kriterien Relevanz, Gestaltbarkeit, Bündelung (Abdeckung eines möglichst breiten Wirkungsbereichs durch ein konkretes Gesundheitsziel) und Evaluierbarkeit genannt.¹⁷

Die Zielformulierung erfolgt üblicherweise gestaffelt in Oberziele oder Zielvorstellungen („objectives“), die den angestrebten Zielzustand übergreifend und allgemein formulieren, und Unterziele oder Zielvorgaben („targets“), die konkrete Zielindikatoren und quantitative Zielvorgaben für einen festgelegten Zeitraum spezifizieren. Unterschieden wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebniszielen.¹⁸ Strukturziele geben an, welche Angebote und Infrastrukturen vorhanden sein sollen. Prozessziele definieren die angestrebten Abläufe bezüglich der Erreichung der Gesundheitsziele. Ergebnisziele beschreiben den angestrebten Gesundheitszustand „nach Art, Maß und Zeit“¹⁹, d. h. welcher konkrete Gesundheitsindikator sich in welchem Zeitraum um welchen Betrag oder hin zu welcher Zielgröße verändern soll.

Anforderungen für die Bestimmung von Indikatoren lassen sich aus dem sogenannten ZWERG-Schema²⁰ ableiten. Dabei steht Z für zentrale Bedeutung des Indikators, der aussagekräftige Hinweise auf die Zielerreichung liefern soll, W für Wirtschaftlichkeit und somit dafür, dass der Indikator mit vertretbarem Aufwand erfasst werden kann, E für Einfachheit auch im Sinne von Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit, R für Rechtzeitigkeit, was bedeutet, dass die Daten zum erforderlichen Zeitpunkt verfügbar sind, und G für Genauigkeit d. h., dass der Indikator auch tatsächlich das erfasst, was erfasst werden soll.

Nach der Zielformulierung folgt die Umsetzung. Es sind konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung zu benennen. Der Zielerreichungsstrategie und den zur Zielerreichung ergriffenen Maßnahmen sollte ein Wirkmodell zugrunde liegen²¹, das aufgrund empirischer Befunde oder anhand theoretischer Erwägungen beschreibt, wie die geplanten Schritte und Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele beitragen können. Für die am Zielprozess Beteiligten sollte weiterhin nachvollziehbar sein, wer was wann zum Zweck der Erreichung der Gesundheitsziele veranlasst und durchgeführt hat.

Die Auswirkungen sind schließlich einer Evaluation zu unterziehen, die Auskunft darüber gibt, was konkret zur Erreichung der Gesundheitsziele unternommen wurde (Struktur- und Prozessevaluation) und wie sich die Gesundheitslage der Bevölkerung hinsichtlich der Zielindikatoren verändert hat (Ergebnisevaluation). Im Idealfall erfolgt hieraus eine Anpassung der Zielsetzungen und der Prozess wird kontinuierlich weiterentwickelt. Angelehnt an die Kategorie „Planungsqualität“, die in jüngerer Zeit im Rahmen der Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention in Ergänzung zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität genannt wird²², sollte auch der Prozess der Zielentwicklung (Zielplanung) in die Evaluation mit einbezogen werden.

In Gesundheitszieleprozessen bietet es sich an Kindergesundheit als einen Schwerpunkt zu wählen, weil eine positive Beeinflussung der Gesundheit und des Gesundheitsverhaltens im Kindesalter das Potenzial hat, lebenslang positive Auswirkungen nach sich zu ziehen und somit als besonders lohnend betrachtet

16 Wismar, M., Ernst, K., Srivastava, D. & Busse, R. (2006). Health targets and (good) governance. *Health*, 8 (1).

17 Baier, W. (1996). Von der Datenerhebung zur Zielsetzung. In: K.E. Bergmann, W. Baier, G. Meinschmidt (Hrsg.), *Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge*, 155-172. Berlin: de Gruyter.

18 gesundheitsziele.de (2001). *Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte*. Schriftenreihe der GVG, Band 37.

19 Bergmann, K.E., Baier, W. & Meinschmidt, G. (1996). Einleitung: Gesundheitsziele diesseits von Utopien. In: K.E. Bergmann, W. Baier, G. Meinschmidt (Hrsg.), *Gesundheitsziele für Berlin. Wissenschaftliche Grundlagen und epidemiologisch begründete Vorschläge*, 1-8. Berlin: de Gruyter.

20 <https://www.quint-essenz.ch/de/topics/1133> (zuletzt aufgerufen am 16.10.2018)

21 gesundheitsziele.de (2001). *Gesundheitsziele für Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte*. Schriftenreihe der GVG, Band 37.

22 Kolip, P. (2015). Quartier, Stadtteil, Aktivität. Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität. Vortrag auf der Regionalkonferenz Hamburg am 15.1.2015 (<http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/1128.pdf>).

wird. Vor dem Hintergrund einer vergleichsweise geringen Krankheitslast im Kindes- und Jugendalter sind Gesundheitsziele für diese Altersgruppe stärker auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet.²³ Dabei wird auch dem Abbau von Belastungen und Risiken schon früh im Lebenslauf eine große Bedeutung zugemessen, zumal soziale Benachteiligung sich bereits im Kindesalter auf die Gesundheitschancen auswirkt.²⁴ Gesundheitsziele, die sich auf die Lebensabschnitte Kindheit und Jugend beziehen, wurden bereits in der ersten Phase des nationalen Gesundheitszieleprozesses in Deutschland verabschiedet.²⁵ In Berlin wurde das Gesundheitsziel „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ im Jahr 2007 als erster Gesundheitszieleprozess durch die Landesgesundheitskonferenz initiiert.

Inhalte und Ziele des Diskussionspapiers

Im vorliegenden Diskussionspapier wird der bisherige Kindergesundheitszieleprozess der Berliner Landesgesundheitskonferenz bilanzierend betrachtet. Die Grundlage für das Diskussionspapier stellen die Arbeiten der AG „Gesund aufwachsen“ der Landesgesundheitskonferenz in den Jahren 2015 bis 2018 sowie der zu diesem Zweck im Jahr 2018 gegründeten temporären Unter-AG zur Aufarbeitung des bisherigen Kindergesundheitszieleprozesses dar. Ziel ist eine Darstellung des Prozesses von seinem Beginn bis heute, eine Zusammenstellung der Ergebnisse und eine kritische Diskussion des Kindergesundheitszieleprozesses einschließlich der Ableitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung der formulierten Ziele im Bereich der Kindergesundheit sowie für den Kindergesundheitszieleprozess allgemein.

Zunächst werden der Prozess der Formulierung des Gesundheitsziels „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ und das daraus resultierende Zieleraster beschrieben und vorgestellt. Im Anschluss werden exemplarisch Aktivitäten der LGK-Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern in der Altersgruppe von 0 bis 6 Jahren in den drei Handlungsfeldern dargestellt, die zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele geeignet sein können. Im Kapitel zu den Ergebnissen des Monitorings wird für die im Zieleraster beschriebenen Zielindikatoren die zeitliche Entwicklung dargestellt, soweit Daten hierzu vorliegen. Ein Großteil der Ergebnisse stammt aus den Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen, da im Rahmen der Zielformulierung 2007 für die Mehrzahl der quantifizierten Ergebnisziele Indikatoren aus dieser Datenquelle operationalisiert wurden. Darüber hinaus wurden Datenquellen aus den Bereichen des zahnärztlichen Dienstes Berlin, des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) sowie der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie herangezogen. In der Diskussion wird der bisherige Kindergesundheitszieleprozess einer kritischen Reflektion unterzogen und es werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitszieleprozesses „Gesund aufwachsen“ der Berliner Landesgesundheitskonferenz gegeben. Das Papier endet mit einem abschließenden Resümee und Ausblick auf die Weiterentwicklung des Prozesses.

²³ Altgeld, T. (2003). Gesundheitsziel Kindergesundheit. Ein Beitrag zur Chancengleichheit für die heranwachsenden Generationen? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 46, 120-127.

²⁴ Bettge, S., Oberwöhrmann, S., Hermann, S. & Meinschmidt, G. (2011). Sozialstruktur und Kindergesundheit - Ein Atlas für Berlin auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 2007/2008. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2011 – 1. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin. Im Internet abrufbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/gbe_spezial_2011_1_ssa0708.pdf.

²⁵ gesundheitsziele.de (2003). Bericht - Auszug der Ergebnisse von AG 7 Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.

2. Erarbeitung und Monitoring der Berliner Kindergesundheitsziele

Der Berliner Kindergesundheitszieleprozess wurde von der Landesgesundheitskonferenz Berlin (LGK) initiiert, beschlossen und seither begleitet. Die LGK ist ein Zusammenschluss von seinerzeit 23, derzeit 30 Mitgliedern (Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen), die von der für Gesundheit zuständigen Senatorin berufen werden.²⁶ Die LGK formuliert gesundheitspolitische Empfehlungen und setzt diese im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder um. Sie besteht seit dem Jahr 2004 und führt jährlich eine öffentliche Sitzung durch, in der aktuelle Themen, Praxisbeispiele und Arbeitsergebnisse vorgestellt und diskutiert werden. Seit 2008 führt die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin, die sich in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg befindet, die Geschäftsstelle der LGK.

Die LGK hatte zunächst folgende drei Arbeitsgruppen ins Leben gerufen:

- AG 1 Gesundheitsziele und monitoring, Qualitätssicherung und Evaluation,
- AG 2 Migration und Gesundheit,
- AG 3 Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen.

Die AG „Gesundheitsziele und monitoring“ hat aufgrund von Beschlüssen der LGK in den Jahren 2005 und 2006 unter Mitarbeit der beiden weiteren LGK-AGs einen Vorschlag zur Definition von Gesundheitszielen für Berlin erarbeitet. Hierbei wurden Querschnittsziele, zielgruppenbezogene Ziele zur Stärkung von Strukturen der Gesundheitsförderung und krankheitsbezogene Gesundheitsziele unterschieden.

Im Sommer 2006 wurden anlässlich der 3. Landesgesundheitskonferenz die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2004 in Berlin vorgestellt und im Hinblick auf die Ableitung von Gesundheitszielen diskutiert. Es wurden anhand der Daten Problemfelder mit Handlungsbedarf identifiziert und die Settings Familie, Kita und Sozialraum als für Gesundheitsförderung und Prävention relevant benannt. Für die LGK-Mitglieder wurde hiermit ersichtlich, dass die jährlich erhobenen Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin sowohl für die Ermittlung von Bedarfen und Zielgruppen für Gesundheitsförderung und Prävention als auch für ein Monitoring einer auf die identifizierten Problemfelder zielenden gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik geeignet sind.

Im weiteren Verlauf wurden zunächst die auf die Kindergesundheit bezogenen Ziele konkretisiert und in mehreren Workshops Anfang des Jahres 2007 eine Zielmatrix erarbeitet. Als Oberziel wurde „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“ benannt, die Zielgruppe aber zugleich auf Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren eingeschränkt. In Anlehnung an das bundesweite Kindergesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ und mit Blick auf die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen sowie die verfügbaren Daten wurden die Handlungsfelder Motorik/ Bewegung, Ernährung und Sprache ausgewählt. Maßnahmen sollten sich auf die für die Altersgruppe relevanten Settings Familie, Kindertagesstätte und Stadtteil beziehen. Hierbei wurden die bereits vorher formulierten, auf Struktur- und Prozessqualität bezogenen Querschnittsziele beibehalten, aber nicht weiter konkretisiert oder ausdifferenziert.

Für die Handlungsfelder Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung wurden Ergebnisziele ausgearbeitet, wobei handlungsfeldübergreifend das Ergebnisziel „Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen benachteiligten und nicht benachteiligten Zielgruppen sind reduziert“ vorangestellt wurde.

²⁶ http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-LGK/Litse_Mitglieder_LGK.pdf (zuletzt aufgerufen am 16.10.2018)

Bezogen auf die Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin wurden als benachteiligte Zielgruppen Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht und Kinder mit Migrationshintergrund identifiziert.²⁷ Für die ausgewählten Ergebnisziele wurden Messgrößen und Indikatoren spezifiziert und festgehalten, welche Daten von welchem Akteur zum Monitoring herangezogen werden können.

Als zeitlicher Bezug wurde für die Ergebnisziele, für die Einschulungsdaten herangezogen wurden, der Zeitraum von 2005 bis 2011 gewählt. Zum Zeitpunkt der Erstellung der Zielmatrix Anfang 2007 war der Einschulungsjahrgang 2005 (Kinder, die zum Schuljahr 2005/06 eingeschult wurden) der aktuellste Jahrgang, für den die Daten ausgewertet vorlagen. Daher wurden die Ergebnisse dieses Einschulungsjahrgangs als Ausgangsbasis zur Feststellung der „Ist“-Werte genutzt. Eine recht kurze zeitliche Perspektive bis zum Jahr 2011 wurde gewählt, um eine erste Evaluation noch in der laufenden Legislaturperiode sicherzustellen. Außerdem wurde es für wahrscheinlich erachtet, dass aufgrund noch fehlender Erfahrungen mit Gesundheitszieleprozessen im Land Berlin anfangs ein Nachsteuern erforderlich sein würde, welches durch eine kurze zeitliche Perspektive erleichtert würde. Für die Mehrheit der weiteren, nicht durch Daten der Einschulungsuntersuchungen unterlegten Ergebnisziele wurden kein zeitlicher Bezug und keine konkreten Quantifizierungen angegeben. Die Kindergesundheitsziele wurden auf der 4. Landesgesundheitskonferenz am 13. Juni 2007 vorgestellt, diskutiert und beschlossen (vgl. Zielesystem im Anhang).

Um für die Akteure einen Orientierungsrahmen bereitzustellen, wo in der Stadt ein besonderer Bedarf an gesundheitsförderlichen Angeboten besteht, wurden die Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 im Hinblick auf Sozialräume mit Handlungsbedarf ausgewertet. Für die Indikatoren des Kindergesundheitszieleprozesses, die auf den Einschulungsdaten beruhen, wurde auf der Ebene der 60 Prognoseräume in Berlin ausgewertet, welcher Anteil der Kinder auffällige Testergebnisse bzw. Befunde hat. Dabei wurde Handlungsbedarf angenommen, wenn mindestens 15 % der Kinder im Prognoseraum einen auffälligen Befund hatten, womit diese Prognoserräume zumeist auch über dem Berliner Durchschnitt lagen. Dringender Handlungsbedarf wurde angenommen, wenn 20 % oder über 20 % der Kinder einen auffälligen Befund aufwiesen. Bei diesen Auswertungen kristallisierten sich die drei Prognoserräume Gesundbrunnen (Bezirk Mitte), Kreuzberg Nord (Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg) und Reinickendorf-Ost (Bezirk Reinickendorf) heraus, in denen in allen drei Gesundheitszielbereichen mehr als 20 % der Kinder Auffälligkeiten aufwiesen. Auf der 5. LGK im Jahr 2008 wurde beschlossen, die Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder in diesen drei Sozialräumen mit dringendem Handlungsbedarf exemplarisch zu erproben.

Auf der 8. LGK im Jahr 2011 wurden Auswertungen der Einschulungsdaten 2005 bis 2010 präsentiert, die zeigten, dass die quantifizierten Gesundheitsziele, insbesondere was den Abbau von Benachteiligung betrifft, mehrheitlich nicht erreicht wurden. Weiterhin wurden Projekte und Programme mit Bezug zu den Kindergesundheitszielen präsentiert sowie der Kindergesundheitszieleprozess reflektiert und diskutiert.

Der Steuerungsausschuss der LGK verständigte sich Anfang 2011 darauf, dass angesichts fehlender Erhebungsinstrumente und Daten für mehrere Teilziele des Kindergesundheitszieleprozesses sowie begrenzter Mittel ein Monitoring des Kindergesundheitszieleprozesses in Form einer Teilauswertung für das Setting Kita mit Schwerpunkt auf der Umsetzung des Modellvorhabens „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ erfolgen sollte.

²⁷ Zur Definition und Methodik der Erfassung von sozialer Schicht und Migrationshintergrund vgl. jeweilige Abschnitte zur Methodik in der Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2016.

Im Mai 2011 konstituierte sich die LGK-AG Kita und Gesundheit, um das Monitoring der Kindergesundheitsziele mit Daten der Einschulungsuntersuchungen durch eine evaluierende Begleitung des Programms „Kitas bewegen“²⁸ zu ergänzen. Seitens der damaligen Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wurden in der Folge Aufträge an das Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) vergeben. Durch eine Analyse von ausgewählten Kita-Konzeptionen sowie von Daten zu den Erfahrungen von Kitas mit der internen Evaluation im Rahmen des Berliner Bildungsprogramms im Quer- und Längsschnitt wurde ein Überblick über gesundheitsförderliche Ansätze in Kitas und Handlungsbedarfe gewonnen und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet. Ergänzend wurde eine qualitative Befragung von Kita-Leitungen und Kita-Kindern von der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt.

Nachdem die LGK-AG Kita und Gesundheit über einige Jahre schwerpunktmäßig dem Austausch über Handlungsansätze zur Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder diente, fand Anfang 2015 eine Re-Fokussierung auf das Monitoring des Berliner Kindergesundheitszieleprozesses statt. Im Laufe der Jahre 2015 und 2016 wurden durch die Mitglieder der AG Kita und Gesundheit Daten und Erkenntnisse zum Zielerreichungsgrad zusammengetragen, aber auch der bisherige Prozess evaluiert und kritisch reflektiert. Die Ergebnisse dieses Arbeitsprozesses sind in den nachfolgenden Kapiteln dargestellt. Der Diskussionsprozess in der AG mündete im Oktober 2016 in den Beschluss der LGK das Kindergesundheitsziel unter Erweiterung der Zielgruppen zu überarbeiten und in diesem Zusammenhang die AG in „Gesund aufwachsen“ umzubenennen.

²⁸ Das Programm „Kitas bewegen“ ist der Vorläufer des „Landesprogramms gute gesunde Kita“ (LggK). Näheres hierzu s. Kapitel Ergebnisse.



3. Aktivitäten der LGK-Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern

Seit der Verabschiedung der Gesundheitsziele für Kinder im Jahr 2007 wurden zum Teil mit, zum Teil aber auch ohne expliziten Bezug zu den Zielen zahlreiche Aktivitäten für Kinder der Altersgruppe von 0 bis 6 Jahren in den drei Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprache initiiert bzw. bereits bestehende Aktivitäten entsprechend darauf ausgerichtet. Gesundheitsförderung und Prävention können in einer frühen Lebensphase gesundheitsförderliches Verhalten entscheidend beeinflussen. Dabei kommt settingbezogenen Ansätzen der Verhältnisprävention eine besondere Bedeutung zu.

Schon zu Beginn des Kindergesundheitszieleprozesses in Berlin wurde der Bedarf festgestellt, sich einen Überblick über Aktivitäten und Maßnahmen zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele zu verschaffen. Verschiedene Ansätze wie z. B. eine Projektdatenbank und ein „Stadtplan Gesundheitsförderung“ wurden diskutiert, aber letztlich aufgrund des hohen Pflege- und Aktualisierungsaufwandes nicht dauerhaft etabliert. Ende des Jahres 2012 wurde von der Landesgesundheitskonferenz der Einstieg in eine **LGK-interne Interventionsberichterstattung** beschlossen. Es sollten Informationen über Aktivitäten der LGK-Akteure erfasst und zur Verfügung gestellt werden, um die Abstimmung und Zusammenarbeit unter den LGK-Mitgliedern weiterzuentwickeln. Ein weiteres Ziel wurde in der Optimierung der Steuerung der Aktivitäten und ihrer Ausrichtung an den identifizierten Bedarfen gesehen.

Eine erste Erhebung im Rahmen der Interventionsberichterstattung wurde 2013 durchgeführt. Erfragt wurden im Setting Kita durchgeführte Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung in den Jahren 2012 und 2013. Die Auswertung der eingegangenen Antworten durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin ergab, dass die Aktivitäten sich den drei Kategorien

- Teilnahme am Landesprogramm gute gesunde Kita bzw. an dessen Modellphase
- Aktivitäten in Kitas im Handlungsfeld Bewegung
- GKV-Aktivitäten in Kitas

zuordnen ließen. Durch kartografische Aufbereitung der Angaben zu teilnehmenden Kitas konnten eine sozialräumliche Zuordnung und ein Abgleich mit der Berliner Sozialstruktur erfolgen, um daraus Erkenntnisse über mögliche Angebotshäufungen und -lücken zu ziehen. Die erstmalige Durchführung der Interventionsberichterstattung der LGK Berlin zeigte Potenziale und Grenzen dieses Instruments. Als eine wesentliche Herausforderung stellte sich die vollständige Erfassung von Aktivitäten im Spannungsfeld zwischen Anspruch und Machbarkeit dar.

In Anbetracht dessen, dass eine vollständige Darstellung aller Aktivitäten eine derzeit noch nicht gelöste Herausforderung darstellt und eine solche in detaillierter Form zudem den Rahmen dieses Papiers sprengen würde, werden nachfolgend **exemplarisch Aktivitäten von LGK-Akteuren** dargestellt, die sich auf Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern beziehen und zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele geeignet sein können. Es handelt sich bewusst um eine Auswahl größerer Projekte und Programme verschiedener Akteure, die von den Vertreterinnen und Vertretern der Unterarbeitsgruppe der AG Gesund aufwachsen im Zuge der Erstellung dieses Berichts zusammen getragen wurde. Die Auswahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Aktivitäten auf Landesebene

Das **Berliner Bildungsprogramm (BBP)** (erstmalig veröffentlicht 2004, aktualisiert in 2014) ist die verbindliche pädagogische Grundlage für alle öffentlich finanzierten Kitas. Bei der Aktualisierung des BBP war Gesundheit ein Vertiefungsschwerpunkt, für den Erfahrungen aus dem Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ aufgegriffen wurden. Das BBP enthält relevante Aussagen und vielfältige Qualitätsansprüche u. a. auch zu den in den Kindergesundheitszielen angesprochenen Bereichen Ernährung, Bewegung und sprachliche Bildung. Die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit ist bedeutsam - dabei spielen Grundsätze der Kohärenz wie Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit im Bildungsverständnis und für die Gesundheitsförderung in den Kitas eine wesentliche Rolle. (BBP 2014, S. 22: „Gesundheit umfasst körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.“ BBP 2014, S. 69: „Gesundheitsförderung setzt an den Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Kita an (Setting-Ansatz)). Neben inhaltlichen Themen wie Resilienz, Körper und Sexualität, Ernährung, Bewegung, Hygiene und Körperpflege haben auch die Rahmenbedingungen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder sowie der Pädagoginnen und Pädagogen. Ziel des pädagogischen Handelns im Sinne des Berliner Bildungsprogramms ist die Entwicklung von Ich-, Sozial-, Sach- und lernmethodischen Kompetenzen (BBP 2014, S. 27-29). So soll Kindern im Bildungsbereich Gesundheit ermöglicht werden, nach und nach selbst Verantwortung für ihr eigenes Wohlergehen und ihre Gesundheit zu übernehmen (BBP 2014, S. 69).

Im **Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB)** werden mit Bezug auf das BBP Fortbildungen im Bereich „Gesundes Aufwachsen ermöglichen“ für Pädagoginnen und Pädagogen angeboten.

Das **Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ (LggK)** entstand aus der Pilotphase eines Kooperationsprojekts der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Berlin, der Bertelsmann Stiftung und der AOK Nordost im Bezirk Berlin Mitte. Nach der erfolgreichen Umsetzung und einer positiv evaluierten Pilot- und Modellphase in den Jahren 2007 bis 2012 im Bezirk Mitte²⁹ wurde das Projekt schließlich im Jahr 2012 als Landesprogramm für die gute gesunde Kita mit einer Vielzahl an verschiedenen Kooperationspartnern verstetigt, vor dem Hintergrund die Umsetzung des Berliner Bildungsprogramms (BBP) zu unterstützen sowie auch die Kindergesundheitsziele zu fördern. Das Landesprogramm hatte von Beginn an einen ganzheitlichen, partizipativen und salutogenetischen Ansatz und verfolgt das Ziel einer gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung zur Steigerung der Bildungs- und Gesundheitsqualität in Kitas. Zielgruppen aller Aktivitäten sind die Kinder, pädagogischen Fachkräfte, Kita-Leitungen, Trägerverantwortlichen und Eltern.

Das Landesprogramm beinhaltet ein Multiplikator/innenkonzept zur Vermittlung von Methoden u. a. zur Schaffung von Transparenz zum Thema Qualität, Bildung und Gesundheit. Grundlegend werden für alle Kitas Qualifizierungen und Materialien, insbesondere zu den Themen Ernährungsbildung, Verpflegungsangebot, Bewegungsförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung von Mitarbeiter/innen und Kindern, angeboten. Aufbauend auf einer gemeinsam mit dem gesamten Team und allen Eltern durchgeführten Ist-Analyse zur Bildungs- und Gesundheitsqualität werden konkrete Wirkungsziele und Maßnahmen festgelegt. In der gesamten Umsetzungsphase werden die Kitas von Koordinatoren auf Bezirks- und Landesebene begleitet. Das Landesprogramm befindet sich im Jahr 2018 in der vierten Umsetzungsphase mit zirka 250 teilnehmenden Kitas in sieben Berliner Bezirken. Insgesamt 21 Kooperationspartner aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich arbeiten in der strategischen Steuerung des Programms zusammen, darunter 13 Akteure der LGK (<http://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/partner/>). Die Landeskoordination konzipiert,

²⁹ Evaluationsbericht im Internet verfügbar unter <http://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/app/uploads/2017/10/factsheet-evaluation-modellphase.pdf> (zuletzt aufgerufen am 18.6.2018)

entwickelt und steuert im Auftrag der federführenden Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie den Gesamtprozess. Evaluationsergebnisse von „INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung“, der Universität Leipzig und auch programminterne Befragungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigen positive Wirkungen des Landesprogramms auf.³⁰

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse internationaler Bildungsstudien wie PISA u. a. und der Einführung des „Berliner Bildungsprogramms für die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen bis zu ihrem Schuleintritt“ wurde 2008 die **verbindliche vorschulische Sprachförderung im Schulgesetz** verankert (§ 55 SchulG). Hiernach nehmen alle Kinder, die im übernächsten Schuljahr regelmäßig schulpflichtig werden, an einem standardisierten Sprachstandsfeststellungsverfahren teil. Kinder, bei denen festgestellt wird, dass sie nicht über hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache für eine erfolgreiche Teilnahme am Schulunterricht verfügen, erhalten eine vorschulische Sprachförderung im Rahmen ihres Kitabesuchs. Kinder, die bisher keine Kita besuchen, sind zur Teilnahme an einer entsprechenden Fördermaßnahme in einer Kita verpflichtet.

Bereits vor der Einführung der verbindlichen vorschulischen Sprachförderung wurde 2006 die begleitende Sprachdokumentation in der Kindertagesbetreuung (Kita) konzipiert, die mit dem Gesetz seit 2008 für jedes Kind verbindlich zu führen ist. In Vorbereitung des Schulbesuchs und der Sicherung einer nahtlosen Weiterführung der Förderung durch die Grundschule sollen in Absprache mit den Erziehungsberechtigten relevante Unterlagen aus der Sprachdokumentation an die Grundschule weitergegeben werden. Die Sprachstandsfeststellung in der Kindertagesbetreuung und Kindertagespflege wird durch die „Qualifizierte Stuserhebung Sprachentwicklung vierjähriger Kinder in Kitas und Kindertagespflege“ (QuaSta), die auf der Grundlage der Arbeit mit dem Bildungsprogramm (BBP) und insbesondere der Arbeit mit dem Sprachlerntagebuch rund 15 Monate vor Schuleintritt des Kindes durchgeführt wird, eingelöst.

Das Land Berlin ist durch die Beteiligung an zwei umfangreichen Programmen der Bundesregierung, „Bildung durch Sprache und Schrift“ (BiSS) und „Sprach-Kitas“ (www.fruehe-chancen.de), intensiv in die bundesweite Fachdiskussion eingebunden. In Kooperation mit den Trägerverbänden, Trägern und pädagogischen Fachkräften, den Jugendämtern und öffentlich geförderten Kindertagespflegestellen, der Arbeitsgruppe zur Qualitätsvereinbarung Tageseinrichtungen (AG QVTAG) und dem Berliner Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) konnte der erfolgreiche Weg der Unterstützung der sprachlichen Bildung aller Kinder durch das Land Berlin ausgebaut werden. Die Maßnahmen auf Landesebene werden durch Konzepte und Aktivitäten der Träger wesentlich ergänzt und ausgestaltet.

Seit 2012 ist das Land Berlin an der Umsetzung der Bundesinitiative **Netzwerke Frühe Hilfen** und Familienhebammen beteiligt, die 2018 in die unbefristete Bundesstiftung Frühe Hilfen überführt wurde (<https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/kinderschutz/fruehe-hilfen/>). In allen 12 Berliner Bezirken wurden Netzwerke für Frühe Hilfen aufgebaut und Angebote zur psychosozialen Unterstützung von Familien gemäß § 3 Abs. 4 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) entwickelt bzw. ausgebaut. Auf Landesebene sind die Frühen Hilfen strukturell in das Berliner „Netzwerk Kinderschutz“ eingebunden und werden koordiniert über die Landeskoordinierungs- und Servicestelle Frühe Hilfen in der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie. Hauptverantwortlich für die Umsetzung der Maßnahmen auf bezirklicher Ebene sind die Jugendämter in enger Abstimmung mit den Gesundheitsämtern.

³⁰ Evaluationsergebnisse im Internet verfügbar unter <http://gute-gesunde-kitas-in-berlin.de/app/uploads/2018/07/Auszug-Programmevaluation-LgkK-2014.pdf>

Ziele der Frühen Hilfen sind die Erziehungs-/Bindungs- und Versorgungskompetenz von Eltern zu stärken und das gesunde und geschützte Aufwachsen von Kindern zu fördern. Mit den Frühen Hilfen sollen Familien mit Kindern von 0-3 Jahren, insbesondere in (psychosozial) belasteten Lebenslagen, niedrigschwellige und passgenaue Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen. Darüber hinaus sollen mit den Angeboten der Frühen Hilfen Familien angesprochen werden, die durch Regelangebote nicht umfassend erreicht werden. In diesem Sinne tragen Frühe Hilfen zu Chancengleichheit und einem gesunden Aufwachsen bei. Ein wesentliches Merkmal der Frühen Hilfen sind koordinierte Angebote im regionalen Unterstützungssystem an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen: dazu gehören der Einsatz von Familienhebammen und Familien-, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern/innen, Lotsenangebote (siehe Beitrag zu Babylotsen), ehrenamtliche Unterstützung von Familien, Kurse und Beratungsangebote.

Die Umsetzung der Frühen Hilfen wird durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Darüber hinaus wurden in Berlin zu verschiedenen Aspekten und Teilbereichen der Frühen Hilfen Evaluationen und Studien durchgeführt.

Das Programm „**Babylotsen Berlin**“ wurde in Berlin erstmals mit Unterstützung der Bundesinitiative Frühe Hilfen im Rahmen eines Modellprojektes an der Berliner Charité 2012 entwickelt und eingeführt. Nach positiver Evaluation in 2013 wurde das Programm auf weitere Kliniken ausgeweitet. Ziel des Präventionsprogramms „Babylotsen Berlin“ ist es, werdende Familien mit hohen psychosozialen und/oder gesundheitlichen Belastungen frühzeitig, niedrigschwellig, systematisch, nicht stigmatisierend zu identifizieren und sie in Angebote der Frühen Hilfen und andere soziale Sicherungssysteme überzuleiten. Die Babylotsinnen sind Ansprechpartnerinnen für Mütter und Väter in der Zeit rund um die Geburt. Sie klären in einem persönlichen Gespräch, ob die Familie in der ersten gemeinsamen Zeit mit dem Neugeborenen eine Unterstützung braucht und vermitteln konkrete Anlaufstellen und/oder passgenaue Hilfen. Sie kooperieren dazu mit Fachkräften in Geburtskliniken, Schwangerenberatungsstellen, Gesundheitsämtern und den Frühen Hilfen. Das Angebot ist für die Familien kostenlos.

Alle Babylotsen-Projekte Deutschlands haben sich zudem im „Qualitätsverbund Babylote“ zusammengeschlossen, um qualitative Standards weiterzuentwickeln und abgestimmte Kennzahlen auszuwerten. Aktuell sind insgesamt 13 Babylotsinnen in 7 Berliner Geburtskliniken tätig und können damit etwa 56 % aller Geburten abdecken. Bis Ende 2019 sollen in allen Geburtsstationen der Berliner Krankenhäuser Babylotsenangebote zur Verfügung stehen. Dafür werden im Jahr 2018 Mittel in Höhe von 750.000 €, im Jahr 2019 Mittel in Höhe von 1,5 Mio. € im Berliner Landeshaushalt zur Verfügung gestellt (www.berlin.de/babylotsen).

Das von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie seit 2012 geförderte **Landesprogramm der Berliner Familienzentren** (<https://www.berliner-familienzentren.de/>) sieht eine verbindliche Angliederung der Familienzentren an bestehende Kindertageseinrichtungen vor, die Alltagsorte für Mütter und Väter mit Kindern im Vorschulalter. Die enge Verzahnung von Familienzentren und Kitas stärkt die Kooperation zwischen beiden Einrichtungen und erzeugt Synergieeffekte. Inzwischen wirken berlinweit 42 Familienzentren im Rahmen des Landesprogramms. Das Programm wurde 2015 positiv evaluiert.³¹

Familienzentren dienen als niedrigschwellige und interkulturelle Anlaufpunkte für Familien in all ihrer Vielfalt. Ziele der Familienzentren sind die Optimierung der Infrastruktur, damit Familien besser erreicht und unterstützt sowie Angebote besser aufeinander abgestimmt werden können, die Stärkung der Erziehungsfähigkeit von Eltern sowie die Förderung der Zusammenarbeit und Vernetzung der Leistungserbringer im Interesse einer optimalen Nutzung der vorhandenen Ressourcen. Die Angebote der Familienzentren umfassen Treffpunktmöglichkeiten in Form von Familiencafés oder Familienclubs

³¹ Evaluationsbericht im Internet abrufbar unter https://www.berliner-familienzentren.de/berliner-familienzentren.de/content/e769/e5215/e5221/evaluation_landesprogramm_berliner_familienzentren.pdf (zuletzt aufgerufen am 18.6.2018)

(auch für Familien, deren Kinder nicht die betreffende Kita besuchen), Informationen über Hilfs- und Unterstützungsangebote für Familien im Sozialraum, Familienbildungs- und Beratungsangebote für Eltern insbesondere aus dem Spektrum Erziehungskompetenz, Gesundheit, Haushaltsführung, Spracherwerb und Sprachförderung. Mit Blick auf die Gesundheitsziele finden hier Angebote der Gesundheits- und Bewegungsförderung statt wie z. B. Kinderyoga oder -turnen, Eltern-Kind-Sportangebote, Ernährungsberatung oder gemeinsame Koch- und Essensaktivitäten. Durch aufsuchende Arbeit können die Familien – hier insbesondere die Zielgruppe der geflüchteten Familien – gut erreicht und an diese offenen Angebote im Familienzentrum heran geführt werden. Die Familienzentren pflegen in der Praxis eine intensive Zusammenarbeit mit den Jugendämtern und Beratungsstellen, mit Familienhebammen oder Stadtteilzentren sowie weiteren Akteuren im Sozialraum. Im Verlauf der letzten Jahre hat die Zusammenarbeit mit Gesundheitseinrichtungen und Stadtteilmüttern noch einmal deutlich zugenommen. Die Familienzentren übernehmen häufig eine Lotsenfunktion und vermitteln qualifizierte Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Im Rahmen des von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung initiierten **„Aktionsprogramm Gesundheit“ (APG)** erfolgt seit 2014 die Weiterentwicklung und Bündelung von setting-bezogenen Ansätzen der Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin aus Mitteln des Landeshaushaltes (<https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/aktionsprogramm-gesundheit/>). Ziel des APG ist die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, insbesondere auch als Beitrag zur Umsetzung des Präventionsgesetzes. Zur ressortübergreifenden Beratung über Fördermaßnahmen, konzeptionelle Weiterentwicklung und Evaluation wurde ein Koordinierungsgremium unter der Leitung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung gegründet, dem neben Vertreter/innen der Senatsverwaltungen für Stadtentwicklung und Wohnen, für Inneres und Sport, für Bildung, Jugend und Familie, zwei Vertreter/innen aus den Berliner Bezirken sowie des Zentrums für Bewegungsförderung angehören.

Die Mittel des APG werden seit 2016 insbesondere für den Auf- und Ausbau integrierter bezirklicher Strategien für Gesundheitsförderung („Präventionsketten“) bzw. gesundheitsfördernder Settings (Kitas, Schulen, Pflegeeinrichtungen, Parkanlagen, Stadtteilzentren) genutzt. Seit 2015 werden die zwei Landesprogramme gute gesunde Kita / gute gesunde Schule (Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie) gefördert sowie modellhafte Maßnahmen und Kooperationsprojekte unterstützt (Beispiel „Soziale Stadt“ der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen), die sich dabei an den Lebensphasen „gesund aufwachsen“, „gesund altern“ sowie dem Querschnittsbereich „Sport und Bewegung“ (Beispiel „Stark im Park“ der Senatsverwaltung für Inneres und Sport) orientieren. Im Rahmen der gesamtstädtischen Strategie für niedrigschwellige Bewegungsförderung werden Projekte innerhalb des Kindergesundheitszieleprozesses in den Settings Kita und Sozialraum gefördert. Im Mittelpunkt der gesundheitsfördernden Maßnahmen stehen Kinder in sozial benachteiligter Lage, deren Handlungsspielräume für Bewegung aufgrund ihrer Lebenslage begrenzt sind.

Das **Berliner Quartiersmanagement im Rahmen des Bund-Länder-Programms der Städtebauförderung „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“** wurde bereits 1999 und damit deutlich vor der Verabschiedung von Gesundheitszielen in Berlin eingeführt (<https://www.quartiersmanagement-berlin.de>). Ziel ist es im Sinne einer Interventionsstrategie zur Unterstützung benachteiligter Quartiere, Nachbarschaften zu stabilisieren und den sozialen Zusammenhalt von Stadtteilen zu stärken, u. a. durch Initiierung und Stärkung lokaler Netzwerke und Kooperationen, Aufwertung der sozialen Infrastruktur sowie Verbesserung des Zugangs zu Bildung. Der Aspekt Gesundheit wird im Handlungsfeld Nachbarschaft mit berücksichtigt, steht jedoch gemäß den Programmzielen nicht im Mittelpunkt. Die Intervention ist zeitlich begrenzt und soll strukturelle

Veränderungen hervorbringen, die nach Ende des Quartiersmanagementverfahrens für die Stadtteilarbeit erhalten bleiben. Für alle Stadtteile gilt deshalb, die Verstetigung (Aufbau selbsttragender Strukturen) von Anfang an mitzudenken.

Das Berliner Quartiersmanagement verfolgt einen partnerschaftlichen Ansatz zwischen Bewohnerschaft, sozialen Einrichtungen, lokaler Ökonomie, Wohnungsbaugesellschaften, Verwaltung und anderen in Verbindung mit ehrenamtlichem Engagement. Die Aktivierung und Einbeziehung der Bewohnerschaft zählt von Beginn an zum wichtigsten Bestandteil der Quartiersarbeit. Die Quartiersräte sind Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie institutioneller Akteure ihres Kiezes, entscheiden über den Einsatz der Mittel des Quartiersfonds und erarbeiten gemeinsam mit weiteren Verfahrensbeteiligten im Integrierten Handlungs- und Entwicklungskonzept (IHEK) die Schwerpunkte der Quartiersentwicklung. Derzeit werden 34 Quartiere in 8 Bezirken unterstützt, in denen eine vergleichsweise sehr hohe Kinderarmut vorliegt.

Beispiele von Projekten, die im Rahmen des Quartiersmanagements oder mit Förderungen aus dem Programm zur Kindergesundheit in den letzten Jahren entwickelt und auf den Weg gebracht wurden, sind das „Netzwerk Gesund aufwachsen“ in Spandau, Aufbau eines Elterntreffs im Ina-Kinder-Garten in Schöneberg sowie „Übergänge gut gestalten – gesunde Zukunftsperspektiven unterstützen“ in Marzahn-Hellersdorf und Neukölln. Das Quartiersmanagement in Berlin wird durch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen gemeinsam mit den Bezirken umgesetzt. Seit 2016 werden Gesundheitsprojekte der Sozialen Stadt gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen, den Krankenkassenverbänden und den für Gesundheit und Stadtentwicklung zuständigen Senatsverwaltungen im Rahmen einer Clearingstelle betreut und gemeinsam finanziert. Eine ressortübergreifende Abstimmung mit weiteren Senatsverwaltungen und Institutionen im Gesundheitsbereich erfolgt im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit sowie der Landesgesundheitskonferenz. Mittelfristiger strategischer Schwerpunkt liegt auf der Bewegungsförderung – und hier mit Priorität der Kinder – mit aktuell 42 Projekten in 22 QM-Gebieten sowie 7 Netzwerkfondsprojekten und mit insgesamt rund 3,1 Mio. € Förderung.

Aktivitäten auf Bezirksebene

Das **Projekt Stadtteilmütter in Neukölln** wurde von der Diakoniewerk Simeon gGmbH Netzwerk Neukölln initiiert und in der Folge durch das Bezirksamt Neukölln und die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt in Kooperation mit dem Jobcenter Neukölln sowie Mitteln aus dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) finanziell weiter abgesichert (<https://www.berlin.de/sen/wirtschaft/gruenden-und-foerdern/europaeische-strukturfonds/efre/projektbeispiele/artikel.367135.php>). Die Stadtteilmütter sind ein niedrigschwelliges primärpräventives Angebot, das sich an Eltern mit Migrationshintergrund richtet, um diese in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und an (Regel-)Angebote anzubinden. Zuvor arbeitslose Mütter mit Migrationshintergrund werden in einem 6-monatigen Kurs für ihre Tätigkeit als Stadtteilmütter qualifiziert. Im Rahmen ihrer aufsuchenden Beratungstätigkeit, den so genannten Familienbesuchen, informieren die Stadtteilmütter in zehn Terminen zu den Themenkomplexen Bildung, Erziehung und Gesundheit. Die besuchten Eltern erhalten hierdurch Orientierung, werden ermutigt, eigene Ressourcen zu erkennen, bezirkliche Angebote zu nutzen sowie Hilfen in der Umgebung wahrzunehmen, um ihre Kinder frühzeitig zu fördern. Darüber hinaus unterstützen die Stadtteilmütter gezielt Familienzentren und Bildungsinstitutionen in deren Elternarbeit und es besteht eine enge Kooperation mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD). Die Fachkräfte des KJGD und ZÄD werden an allen Standorten im Bezirk von den Stadtteilmüttern in ihrer Arbeit unterstützt. Stadtteilmütter sind bei Bedarf in den Sprechstunden des KJGD und ZÄD vor Ort und begleiten die KJGD-Ersthausbesuche. Der KJGD wiederum vermittelt Familien gezielt an die Stadtteilmütter.

Seit Projektstart 2006 wurden von den Stadtteilmüttern mehr als 10.000 Familien besucht und zahlreiche mehr konnten im Rahmen der Kooperationen mit dem KJGD, dem ZÄD und den Bildungsinstitutionen unterstützt werden. Die Wirksamkeit des niedrigschwelligen Ansatzes hinsichtlich der Einbindung sozial benachteiligter migrantischer Familien in das Bildungs-, Erziehungs- und Gesundheitssystem wird kontinuierlich durch die bezirkliche Projektsteuerung überwacht und wurde bereits im Rahmen mehrerer Evaluationen nachgewiesen. Die Stadtteilmütter in Neukölln haben als Vorbild für ähnliche Projekte in diversen Quartiersmanagement-Gebieten in Berlin gedient. Das Land Berlin plant dieses wichtige Angebot der aufsuchenden Familienförderung ab 2020 im Rahmen eines Landesprogramms regelhaft im Haushalt zu verankern.

Der Bezirk Mitte entschied sich 2009 dazu, einen eigenen **bezirklichen Gesundheitszieleprozess zur Kindergesundheit** zu initiieren (<https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/gesundheitsfoerderung/artikel.515540.php>). Dabei wurde auf eine inhaltliche Kongruenz zu den Gesundheitszielen der Landesgesundheitskonferenz geachtet, indem die Handlungsfelder Bewegung, Ernährung und Sprachförderung übernommen wurden. Es wurde jedoch auf Empfehlung des Arbeitskreises „Gesunder Bezirk Mitte“ zusätzlich das Handlungsfeld „Gesunde und gewaltfreie psychische Entwicklung“ in den Zielkatalog integriert, da diesem für den Erfolg in den anderen Handlungsfeldern eine zentrale Bedeutung beigemessen wurde. Darüber hinaus wurde die Zielstruktur vollständig verändert und das Hauptaugenmerk auf die Benennung von Struktur- und Prozesszielen gelegt. Dies folgte der auch in dem vorliegenden Papier dargelegten Einschätzung der nicht ausreichenden Steuerbarkeit des angestrebten gesundheitlichen Impacts auf bezirklicher Ebene. Ebenso wurden sämtliche Ziele mit einer strategischen Ebene unterlegt, um entsprechende Maßnahmen zuordnungsfähig werden zu lassen. Der Gesundheitsziele-Katalog „Gesundheitsziele für Berlin-Mitte“ wurde 2010 durch das Bezirksamt verabschiedet. In der Folge wurden zum einen Maßnahmen identifiziert und zugeordnet, die bereits außerhalb des Gesundheitszieleprozesses in die Wege geleitet worden waren, zum anderen wurden gezielt Maßnahmen entworfen und umgesetzt. Die Gesundheitsziele wurden 2014/2015 einer umfassenden Revision unterzogen und in einer etwas modifizierten Form fortgeschrieben. Der Gesundheitszielprozess befindet sich damit aktuell im zweiten Prozessdurchlauf.

Um der besonderen Bedeutung von Kitas als geeignete Orte für Aktivitäten der Gesundheitsförderung für Kinder nachzugehen und einen detaillierten Einblick in Ist-Stand und Herausforderungen zu erhalten, wurde im Jahr 2010 eine **Befragung der Kitas in Mitte** durchgeführt. Erhoben wurde der Bestand an durchgeführten Maßnahmen und Programmen, gesundheitsbezogenen Aktivitäten, die in den Kita-Alltag eingebunden sind, die Wahrnehmung gesundheitlicher Belastungen aus Kita-Sicht, weiterer Bedarf sowie **Barrieren für eine intensivere Befassung**. Deutlich zutage traten hierbei der Bedarf an Aktivitäten, die die Gesundheit des pädagogischen Personals adressieren, sowie ein Mangel an zeitlichen oder personellen Ressourcen als Hauptfaktor für die als zu gering empfundenen Aktivitäten der Gesundheitsförderung.

Im Jahr 2010 wurde in den drei Bezirken Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Marzahn-Hellersdorf mit dem Auf- und Ausbau der ersten **bezirklichen Präventionsketten** durch bezirkliche und lokale Akteure begonnen. Ziel von Präventionsketten ist es, im Sinne einer integrierten kommunalen Strategie zur Gesundheitsförderung gute Bedingungen im Bezirk und den Stadtteilen zu schaffen, damit alle Berlinerinnen und Berliner gut und gesund aufwachsen, ein Leben in Wohlbefinden führen und gesund älter werden können. Durch die unterschiedlichen Voraussetzungen und Zielsetzungen in den Bezirken werden hierbei verschiedene Strategien umgesetzt, unterschiedliche Prozesse angestoßen sowie bedarfsgerechte Produkte und Maßnahmen entwickelt, um ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Im Rahmen der Förderung durch die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

(Aktionsprogramm Gesundheit) sowie die gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände unterstützt die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin die Berliner Bezirke beim Auf- und Ausbau von Präventionsketten. Ziel ist es, Fachkräfte in ihren Kompetenzen zu stärken, Transparenz über Prozesse zum Aufbau von Präventionsketten zu schaffen und Ansätze guter Praxis aus den Bezirken sichtbar zu machen (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/>).

Exemplarisch wird nachfolgend das **Netzwerk „Gesund aufwachsen – Präventionskette aufbauen“ im Bezirk Spandau** vorgestellt. Den Startschuss zur Entwicklung einer integrierten kommunalen Strategie „Gesund Aufwachsen in Spandau“ stellte im Jahr 2011 das „Netzwerk Prävention und Gesundheitsförderung - Kiju Fit“ dar, welches aus Mitteln der Sozialen Stadt und des Bezirks gefördert wird. In Kooperation mit dem Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau wurde gemeinsam mit dem Bezirksamt dieses Netzwerk zunächst für eine Bezirksregion exemplarisch aufgebaut. Auf Basis dieser Aktivitäten und Maßnahmen wird das Netzwerk seit dem Jahr 2015 für den gesamten Bezirk und die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren systematisch entwickelt (<https://www.quartiersmanagement-berlin.de/projekte-des-monats/kiju-fit-netzwerk-fuer-praevention.html>).

Koordiniert wird der Prozess durch die ämterübergreifende AG „Gesund aufwachsen – Präventionskette aufbauen“ und deren altersspezifische Unterarbeitsgruppen Junge Familie (vor der Geburt bis zum Alter von 3 Jahren), Kitaalter und Schulalter. Aufgaben des Netzwerks sind unter anderem die Herausarbeitung von Schnittstellen der anwesenden Fachbereiche, sodass Ressourcen langfristig gebündelt werden sowie die Formulierung aufeinander abgestimmter Ziele und Strategien, die ein gesundes Aufwachsen in Spandau mittel- und langfristig fördern und einen gebundenen Handlungsrahmen bieten, sodass Transparenz über Ansätze und Vorgehensweisen in den einzelnen Altersgruppen und Settings besteht und eine Gesamtstrategie entwickelt werden kann. Zur Gewährleistung eines strukturierten und aufeinander abgestimmten Aufbaus der Präventionskette wird ein besonderes Augenmerk auf die Schaffung von Transparenz zwischen strategischer und operativer sowie strategischer und politischer Ebene gelegt. Seit dem Jahr 2016 ist u. a. ein bezirklicher Schwerpunkt die Erarbeitung eines integrierten kommunalen Bewegungsförderungskonzeptes.

Aktivitäten der gesetzlichen Sozialversicherungsträger

Die gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände sowie die gesetzlichen Unfallversicherungsträger engagieren sich in vielfältiger Form im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags für Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. Beispielsweise werden das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ sowie das im Grundschulalter daran anschließende Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ durch verschiedene Sozialversicherungsträger unterstützt. Weiterhin fördern die Krankenkassen und die Krankenkassenverbände den Gesundheitszielen entsprechend den Aufbau bezirklicher Präventionsketten. Kindertageseinrichtungen, Grundschulen und weiterführende Schulen, die Gesundheitsförderung nach dem Settingansatz durchführen und sich zu einem gesundheitsförderlichen Lebens- und Lernort entwickeln wollen, können finanzielle Unterstützung bei Sozialversicherungsträgern beantragen. Dabei wird ein Schwerpunkt auf verhältnispräventive Ansätze gelegt, die Sozialversicherungsträger bieten hierfür eine Prozessbegleitung durch eine fachliche Beratung an. Für Kinder im Alter von 0 bis 6 Jahren und ihre Familien hat die Techniker Krankenkasse ihr Antragsmodell für Familienzentren insbesondere in Friedrichshain-Kreuzberg geöffnet. Im Vordergrund steht hier die motorische Entwicklung.

Im Rahmen der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Berlin wurde 2016 vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes die **Clearingstelle Gesundheit für Quartiere der sozialen Stadt** eingerichtet. Sie unterstützt Quartiersmanagementgebiete darin, gute Gesundheitsförderungsprojekte

umzusetzen und bestehende Ressourcen für Gesundheitsförderung zu bündeln (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte/clearingstelle-gesundheit/>). Im Sinne von integrierten Strategien für Gesundheitsförderung bindet sie dabei weitere Akteurinnen und Akteure auf lokaler, bezirklicher und Landesebene ein. Im Rahmen eines Interessenbekundungsverfahrens wurden elf Quartiere der Sozialen Stadt ausgewählt, die von der Clearingstelle Gesundheit darin begleitet und beraten werden, Quartiersprojekte für Gesundheit in guter Qualität umzusetzen. Neben den Projektfondsmitteln der Sozialen Stadt stellen die gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände im Rahmen des bundesweiten Präventionsgesetzes zusätzliche Mittel bereit. Mit den Mitteln aus dem Projektfonds der Sozialen Stadt und den Mitteln der Krankenkassen entstehen so Verbundprojekte, die die Gesundheitsförderung in den Quartieren vor Ort insgesamt stärken und die in die Strukturen, Steuerungsrunden und die Netzwerke der Quartiersmanagements (QMs) eingebunden werden. Die Partner der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen und der Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung haben im Juli 2017 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen, die ihr gemeinsames Engagement für die Unterstützung von Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Quartier unterstreicht.

Neben dem dargestellten Engagement sind einige Krankenkassen und die Unfallkasse Berlin auch in der Entwicklung und Durchführung eigener Programme aktiv, von denen nachfolgend exemplarisch eines vorgestellt wird.

Die AOK Nordost hat nach Verabschiedung der Kindergesundheitsziele im Land Berlin in Abstimmung mit dem gesetzlichen Auftrag zu Leistungen von Primärprävention besonders im Bereich der Lebenswelten gezielt Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in den Settings Kita, Schule und Kommune initiiert oder Maßnahmen unter Berücksichtigung der Zielelemente weiterentwickelt. Beispielsweise wurde für die Weiterentwicklung des AOK Kita-Programms „TigerKids“ zu „JolinchenKids“ das Zielesystem von 2007 berücksichtigt. Kernelement des ganzheitlichen Programms ist die Befähigung von pädagogischen Fachkräften, Themen wie Ernährung, Bewegung und seelisches Wohlbefinden im Kitaalltag mit fundiertem Wissen und ansprechenden Materialien den Kindern nahe zu bringen. Neu entwickelt wurden Module, welche die Erzieherinnen in der Elternarbeit unterstützen und die Erzieherinnengesundheit selbst in den Fokus nehmen. So wirken die Gesundheitshemen im Sinne einer Organisationsentwicklung hin zu einem Mehr an gesundheitsförderlichem Verhalten und gleichzeitig gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen nicht nur in Kitas, sondern entfalten ihre Wirkung bis hinein in das familiäre Umfeld der Kinder (<https://www.aok.de/pk/nordost/inhalt/jolinchenkids-fit-und-gesund-in-der-kita-10/>).

Zusammengefasst zeigt die exemplarische Übersicht der Aktivitäten der LGK-Akteure eine große Vielfalt von Programmen, Projekten und weiteren Aktivitäten, die zum Teil unabhängig voneinander, zum Teil miteinander verzahnt von verschiedenen LGK-Akteuren initiiert und durchgeführt wurden und werden.

4. Stand der Zielerreichung – Ergebnisse des Monitorings

Das Monitoring der Berliner Kindergesundheitsziele erfolgt durch die LGK-AG Gesund aufwachsen (früher: AG Kita und Gesundheit). Angesichts begrenzter Ressourcen hatte sich der Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz im Jahr 2011 darauf verständigt, die Auswertung des Kinderzieleprozesses auf eine Teilauswertung für das Setting Kita zu beschränken. Daher werden nachfolgend ausschließlich Ergebnisse zu den Unterzielen bzw. Indikatoren in den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung dargestellt, für die ein Bezug zum Setting Kita herstellbar ist. Der Zeithorizont für die Ergebnisdarstellung wird nicht auf den ursprünglich beschlossenen Zeitraum bis 2011 beschränkt, sondern es werden soweit verfügbar die Daten bis 2015 herangezogen.

Die struktur- und prozessbezogenen Querschnittsziele (z. B. „Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit erhalten, stärken und bedarfsgerecht ausbauen“, „Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken“, „Beteiligung ermöglichen“, „Evaluation sicherstellen“) des im vorhergehenden Kapitel beschriebenen Zielesystems (vgl. Anhang) waren gemäß der oben erwähnten Konzentration auf Indikatoren mit Bezug zum Setting Kita nicht Teil der Bestandsaufnahme und des Monitorings. Aus dem gleichen Grund liegen keine Ergebnisse zu Unterzielen vor, die sich ausschließlich auf das Setting Familie oder das Setting Stadtteil beziehen. Dies betrifft die Unterziele 1.5 „Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um. Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur ist Thema in Elternkursen und beratung rund um die Geburt“, 2.4 „Eltern ermöglichen regelmäßig vielfältige Bewegungsanlässe für die Kinder“, 3.4 „Die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation für die Sprachentwicklung der Kinder ist Bestandteil der Fortbildungsangebote rund um die Geburt“ und 2.5 „Im Wohnumfeld gibt es vielfältige Bewegungsanlässe für Kinder“.

Nachfolgend werden zunächst übergeordnete Aspekte zu den Datenquellen aus den Einschulungsuntersuchungen und dem Kitabereich dargelegt. Im Anschluss werden die Ergebnisse zu den Indikatoren in der Reihenfolge der Zielenmatrix von 2007 (vgl. Anhang) berichtet.

4.1. Übergeordnete Aspekte zu Ergebnissen aus Daten der Einschulungsuntersuchungen

Über die Definition und Erfassung der einzelnen Merkmale der Einschulungsdaten geben die methodischen Erläuterungen in den jährlich publizierten Grundausswertungen³² Auskunft. Daher werden methodische Aspekte hier nicht ausführlich beschrieben. Es sei jedoch auf einige Besonderheiten hingewiesen, die bei der Interpretation der Ergebnisse im Zeitverlauf von zentraler Bedeutung sind.

Als Ausgangsbasis für die Zielformulierung wurden die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 herangezogen, weil dies zum Zeitpunkt ihrer Erstellung der aktuellste ausgewertete Einschulungsjahrgang war. Die Verabschiedung der Ziele erfolgte jedoch im Jahr 2007, weshalb die Ergebnisse der nachfolgenden Einschulungsjahrgänge 2006 und 2007 noch nicht vom Gesundheitszieleprozess beeinflusst waren.

³² Im Internet abrufbar unter <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/grundausswertungen/>

Vom Einschulungsjahrgang 2012 zum Einschulungsjahrgang 2013 fand ein Methodenwechsel statt, der sich auf die ausgewertete Grundgesamtheit der Kinder bezieht.³³ Dies führt für viele gesundheitliche Merkmale, darunter auch die Zielindikatoren in den Bereichen Bewegung und Sprachentwicklung, zu einem Bruch in der Zeitreihe. Die Veränderungen in diesen Merkmalen von 2012 zu 2013 beruhen größtenteils auf dem Wechsel der Methodik, nicht auf tatsächlichen Veränderungen in den Zielindikatoren.

Zielgruppen des Kindergesundheitszieleprozesses und mögliche Einflussgrößen unterliegen im Laufe der Zeit einer Veränderung. Veränderungen in den Gesundheitszielindikatoren über die Zeit können daher einerseits durch tatsächliche Veränderungen in den gesundheitsbezogenen Merkmalen begründet sein, andererseits auch durch eine veränderte Zusammensetzung der betrachteten Gruppen zustande kommen. Als benachteiligte Zielgruppen wurden bei der Zielformulierung Kinder mit Migrationshintergrund (im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft) und Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht (im Vergleich zu Kindern aus Familien der mittleren und der oberen sozialen Schicht) ins Auge gefasst. Nachfolgend sind Veränderungen in diesen Zielgruppen über die Zeit dargestellt.

Migrationshintergrund

Der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund ist von 30,5 % im Jahr 2005 annähernd stetig auf 38,8 % im Jahr 2014 angestiegen, der Anteil Kinder deutscher Herkunft im gleichen Ausmaß gesunken. Der sprunghafte Anstieg des Anteils der Kinder mit Migrationshintergrund von 2014 auf 45,1 % im Jahr 2015 ist überwiegend auf die im Einschulungsjahrgang 2015 erstmals verwendete neue einheitliche Definition des Migrationshintergrundes der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)³⁴ zurückzuführen.³⁵ Danach werden Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund (15,8 % aller untersuchten Kinder im Jahr 2015) erstmals vollständig erfasst, die nach der alten Definition nur zu einem Teil der Gruppe mit Migrationshintergrund zugeordnet wurden.

Eine differenzierte Betrachtung nach den bei der Auswertung der Einschulungsdaten verwendeten Herkunftsgruppen (Abbildung 2) zeigt, dass der Anteil der Kinder türkischer Herkunft von 2005 bis 2010 weitgehend stabil war, seither aber gesunken ist. Bei steigender Gesamtzahl untersuchter Kinder ist die absolute Anzahl türkischer Kinder pro Einschulungsjahrgang nahezu konstant geblieben, wodurch ihr Anteil rückläufig ist. Der Anteil der Kinder arabischer sowie osteuropäischer Herkunft und aus westlichen Industriestaaten ist von 2005 bis 2014 jeweils deutlich gestiegen. Der Anteil der Kinder aus sonstigen Staaten ist im gleichen Zeitraum weitgehend unverändert.

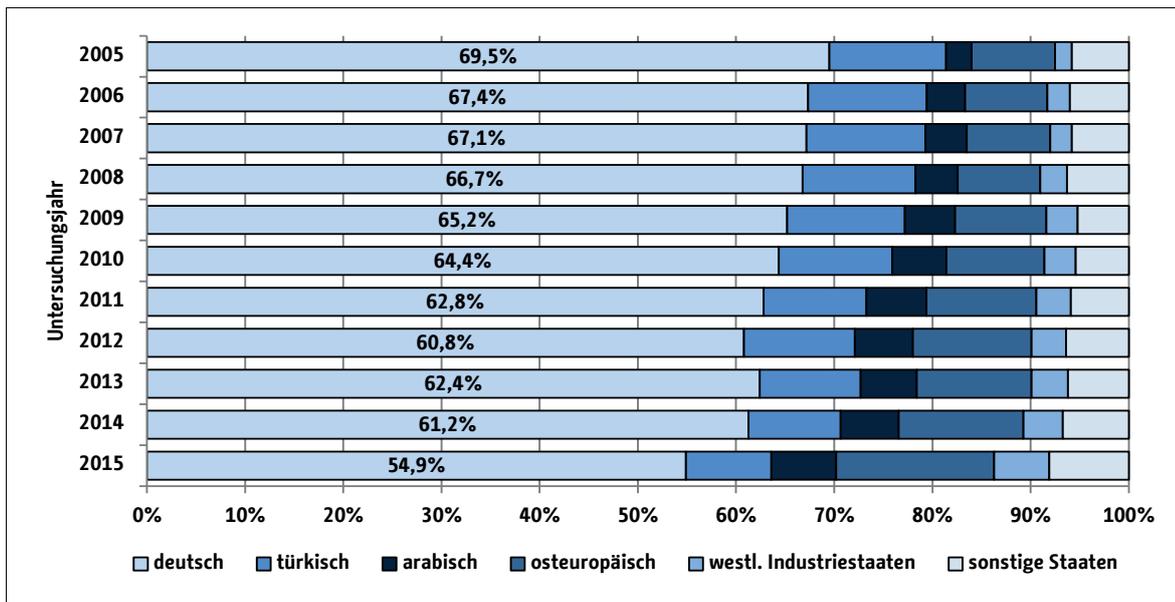
In den letzten Jahren hat sich der Anteil nicht in Deutschland geborener Kinder deutlich erhöht. Lag dieser von 2005 bis 2010 bei geringen Schwankungen zwischen 3,1 % und 3,4 %, so stieg er bis 2015 auf 8,1 % an.

³³ Bis 2012 bezogen sich die Auswertungen auf die Kinder, die im Sommer des Einschulungsjahrgangs tatsächlich eingeschult wurden und umfassten somit auch die Kinder, die im Vorjahr zurückgestellt worden waren. Die Daten der Kinder, die im jeweils aktuellen Jahr zurückgestellt werden, wurden nicht für die Gesundheitsberichterstattung erfasst. Seit 2013 beziehen sich die Auswertungen auf die Kinder, die im Einschulungsjahr zum ersten Mal zu einer Einschulungsuntersuchung vorgestellt wurden, unabhängig davon, ob sie im Sommer auch eingeschult oder um ein Jahr zurückgestellt wurden. Damit gehen nunmehr die im Vorjahr zurückgestellten Kinder nicht mehr in die Auswertungen ein. Für die Hintergründe und näheren Details des Methodenwechsels wird auf die Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2013 verwiesen. Im Internet abrufbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/ga2013_netz.pdf

³⁴ Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2013). Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei den Einschulungsuntersuchungen. Modellprojekt der AG GPRS der AOLG – Abschlussbericht. Spezialbericht 2013-1. Im Internet abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2013_1.pdf

³⁵ Oberwöhrmann, S. & Bettge, S. (2016). Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Im Internet abrufbar unter http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundausswertungen/ga2015_netz.pdf

Abbildung 2:
Herkunftsgruppen der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %

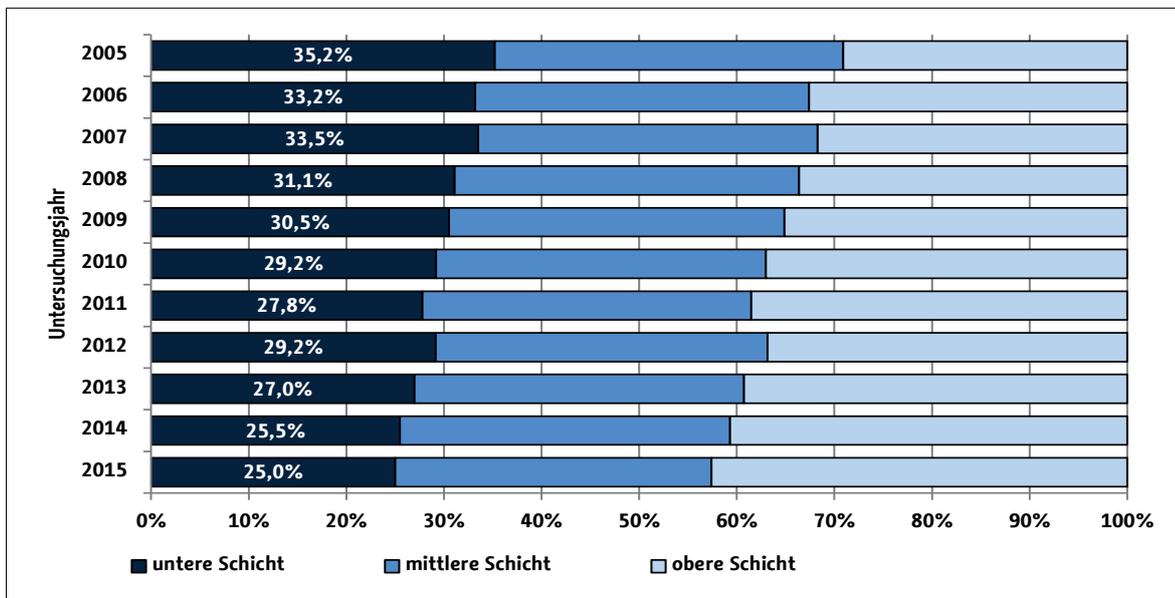


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Soziale Schicht

Von 2005 bis 2015 hat sich der Anteil der Kinder aus der unteren sozialen Schicht³⁶ deutlich verringert. Bei in etwa gleich bleibender Größe der mittleren sozialen Schicht hat der Anteil von Kindern der oberen sozialen Schicht entsprechend stark zugenommen (vgl. Abbildung 3). Die Veränderungen in der sozialen Schicht sind sowohl auf höhere Schulabschlüsse als auch auf eine höhere Erwerbsbeteiligung beider Elternteile zurückzuführen.

Abbildung 3:
Soziale Schicht der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

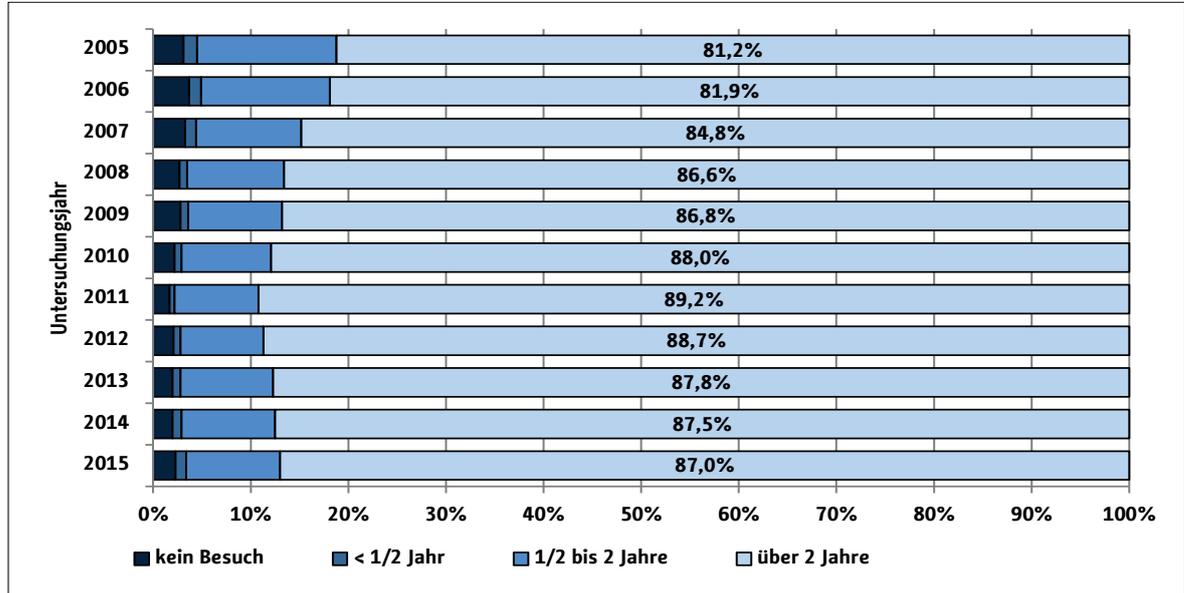
³⁶ Bei der Verabschiedung der Gesundheitsziele im Jahr 2007 wurde als Indikator der sozialen Lage der Familien der Kinder bei der Einschulungsuntersuchung der soziale Schichtindex berechnet. Mit der Einschulungsuntersuchung 2008 wurde der Sozialstatusindex eingeführt, der seitdem als Stratifizierungsmerkmal zur sozialen Lage standardmäßig verwendet wird. Da dieser für die Daten 2005 bis 2007 nicht nachberechnet werden kann und zudem die Zielformulierung auf dem sozialen Schichtindex beruht, wird dieser in der Evaluation verwendet.

Die Merkmale soziale Lage und Herkunft der Familie sind nicht voneinander unabhängig. In allen Einschulungsjahrgängen ist in der Herkunftsgruppe aus den westlichen Industriestaaten der Anteil Kinder aus der oberen Schicht am größten, gefolgt von der deutschen Herkunftsgruppe. Das Mittelfeld hinsichtlich der sozialen Lage bilden die Herkunftsgruppen aus den sonstigen Staaten und aus osteuropäischen Staaten. Den niedrigsten Anteil mit Familien aus der oberen sozialen Schicht und zugleich den höchsten aus der unteren sozialen Schicht haben die Kinder arabischer und türkischer Herkunft. In allen Herkunftsgruppen hat sich analog zur Gesamtentwicklung die soziale Lage im Zeitverlauf positiv entwickelt. Dabei ist kein „Aufholen“ der Herkunftsgruppen mit ungünstiger sozialer Lage zu erkennen, aber auch keine zunehmende Auseinanderentwicklung.

Kitabesuch

Die Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin liegen für alle Kinder vor und sind somit nicht auf das Setting Kita beschränkt. Die Kita kann jedoch ein wichtiger Einflussfaktor auf die kindliche Entwicklung sein und bietet einen Zugang für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Daher wird die Kitabesuchsdauer der Kinder bis zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung erfasst. Im Zeitverlauf von 2005 bis 2011 hat ein zunehmend größerer Anteil der Kinder bis zur Einschulungsuntersuchung bereits länger als zwei Jahre eine Kita besucht, im Jahr 2011 liegt dieser bei 89,2 %. Seitdem ist der Anteil wieder leicht rückläufig (vgl. Abbildung 4). Der Rückgang dieses Anteils von 2012 zu 2013 ist bedingt durch den oben angesprochenen Methodenwechsel³⁷ und nicht mit einem realen Rückgang gleichzusetzen. Eine weitere Differenzierung der Kitabesuchsdauer zeigt, dass vor allem ein Kitabesuch von mehr als vier Jahren Dauer zugenommen hat.

Abbildung 4:
Kitabesuchsdauer der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Betrachtet man die zahlenmäßig kleinen Gruppen der Kinder ohne oder mit sehr kurzem Kitabesuch (weniger als ein halbes Jahr) genauer, so fällt eine deutliche Überrepräsentation der Kinder aus der unteren sozialen Schicht auf: Zwei Drittel der Kinder ohne Kitabesuch sind dieser Schicht zuzuordnen, in der Gruppe mit sehr kurzem Kitabesuch liegt der Anteil dieser Kinder mit 60 % nur wenig niedriger. Zudem ist der Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund in den beiden Gruppen über die Jahre

³⁷ Seit 2013 sind Kinder, die im Vorjahr vom Schulbesuch zurückgestellt waren und stattdessen die Kita besucht haben, nicht mehr im Datensatz enthalten (vgl. Grundausswertung der Einschulungsuntersuchungen 2013).

überproportional zum Gesamtberliner Trend gestiegen und liegt 2014 bei rund 75 %. Der Zuwachs dürfte in großem Maße auf die gestiegene Zuwanderung zurückzuführen sein, denn parallel ist auch der Anteil der nicht in Deutschland geborenen Kinder im beobachteten Zeitraum in diesen Subgruppen um das Vier- bis Fünffache auf rund 60 % gestiegen. Es handelt sich hiermit zu einem recht hohen Anteil um eine Gruppe von Kindern aus Familien, die aufgrund von Zuwanderung oder fehlenden Deutschkenntnissen keinen früheren Zugang zur Kita haben oder finden.

4.2. Übergeordnete Aspekte zu Ergebnissen aus dem Kitabereich

Bezüglich der Darstellung des **Berliner Bildungsprogramms** (BBP) und des **Landesprogramms gute gesunde Kita** (LggK) wird auf das Kapitel 3 verwiesen.

Im Jahr 2006 wurde zwischen den Verbänden der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin, dem Dachverband Berliner Kinder- und Schülerläden (DaKS), später auch den Eigenbetrieben als Träger von Kindertageseinrichtungen und dem Land Berlin die Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten (**QVTAG**) abgeschlossen. Ihr Ziel ist es, die Implementierung des Berliner Bildungsprogramms durch eine fortlaufende Qualitätsentwicklung in den Berliner Kitas zu gewährleisten. Nach der QVTAG sind die Träger öffentlich geförderter Kindertageseinrichtungen seit 2008 bzw. seit 2010 u. a. zu einer verbindlichen **internen und externen Evaluation** auf Grundlage der Qualitätsansprüche des BBP verpflichtet.

Die **interne Evaluation** ist ein Instrument der Qualitätsentwicklung durch eine regelmäßige Selbstreflexion sowohl der einzelnen pädagogischen Fachkraft als auch des Kita-Teams. Dabei ist es den Trägern freigestellt, mit welchen Instrumenten sie die interne Evaluation durchführen. Das gewählte Verfahren muss sich dabei an den Qualitätsansprüchen des BBP orientieren.

Die **externe Evaluation** ist im Verbund mit den fortlaufenden Anpassungen der Kita-Konzeptionen und der internen Evaluation zentraler Bestandteil des Qualitätsentwicklungssystems im Berliner System der Bildung, Erziehung und Betreuung in Kindertageseinrichtungen. Mit der Organisation und Steuerung sowie der wissenschaftlichen Begleitung des Prozesses ist das Ende 2008 gegründete Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) durch die für Jugend zuständige Senatsverwaltung beauftragt. Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden regelmäßig auf der Homepage des Instituts veröffentlicht (www.beki-qualitaet.de). Die Ergebnisse der Evaluation der einzelnen Kitas werden dieser und dem Träger in einem Auswertungsgespräch sowie einem Evaluationsbericht zur Verfügung gestellt und dienen dort der Weiterentwicklung der pädagogischen Qualität. Eltern werden in geeigneter Form informiert. Es ist im System nicht vorgesehen, Auswertungen einzelner Kitas oder Träger der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung zur Verfügung zu stellen. Am 31.12.2015 wurde der erste Zyklus externer Evaluation abgeschlossen. Bis auf ganz wenige, begründete Ausnahmen haben alle Kindertageseinrichtungen erstmals eine externe Evaluation ihrer pädagogischen Arbeit nach dem Berliner Bildungsprogramm durchlaufen.

Darüber hinaus erhebt das BeKi in anonymisierter Form „die laufenden Qualitätsentwicklungsprozesse, wertet deren Erfolge, Probleme und Hemmnisse aus und stellt die Ergebnisse den Vereinbarungspartnern der QVTAG, den bezirklichen Jugendämtern und Trägern für die zielgerichtete Steuerung des weiteren Prozesses zur Verfügung“ (BeKi 2017; <http://www.beki-qualitaet.de/index.php/wir-ueber-uns/wir-ueber-uns.html>).

Analysen des BeKi

In 2008 führte das BeKi erstmalig eine qualitative Analyse von Kita-Konzeptionen bei 100 zufällig ausgewählten Kitas verschiedener Träger durch, woraus Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Kita-Konzeptionen abgeleitet und allen Berliner Kitas zur Verfügung gestellt wurden. In 2012 wurde die Konzeptionsanalyse mit anderen 100 zufällig ausgewählten Kitas wiederholt. Dabei kam ein überarbeiteter und zum Teil ausdifferenzierter Forschungsleitfaden zum Einsatz, sodass die Vergleichbarkeit zwischen den Jahren eingeschränkt ist. Der überarbeitete Forschungsleitfaden basierte auf dem zu diesem Zeitpunkt aktualisierten Berliner Bildungsprogramm und den konkreten Anregungen der untersuchten Konzeptionen (induktive Anpassung).

Das BeKi wurde von der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung mit einer regelmäßigen Befragung zu den Praxiserfahrungen der Kitas mit der internen Evaluation beauftragt, die in einem zweijährigen Turnus durchgeführt wird. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die bisherigen BeKi-Befragungen zur internen Evaluation.

Tabelle 1:
Befragungen des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) zur internen Evaluation in Kindertageseinrichtungen in Berlin

Jahr	Befragte Kitas		Rücklauf
	Anzahl	Anteil ¹	
2010	1.942	100%	72,7%
2012	1.000	50%	94,5%
2014 ²	1.142	50%	72,2%

¹ Die Anzahl der Kitas in Berlin verändert sich von Jahr zu Jahr. Der Anteil befragter Kitas bezieht sich jeweils auf die Gesamtzahl der Kitas zum Zeitpunkt der Befragung.

² In 2014 wurden die Kitas befragt, die nicht in 2012 für die Befragung angeschrieben wurden.

(Quelle: BeKi / Darstellung: SenGPG - I A -)

4.3. Handlungsfeld Ernährung

Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.

Mit einer ausgewogenen Nahrungsmittelauswahl, dem Genuss von Speisen und gemeinsam erlebter Esskultur hat die Ernährung erheblichen Einfluss auf das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden von Kindern.

Demgegenüber stehen ernährungsbedingte Risikofaktoren in Deutschland an erster Stelle, was den Verlust an gesunden Lebensjahren anbelangt.³⁸ Ungesunde oder übermäßige Ernährung trägt demnach im Erwachsenenalter insbesondere zu kardiovaskulären Erkrankungen bei, stellt aber auch einen erheblichen Risikofaktor für bestimmte Krebserkrankungen und Diabetes dar. Auch im Kindesalter treten bereits ernährungsbedingte Krankheiten wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2 auf. Zudem werden Ernährungsgewohnheiten früh geprägt und haben damit das Potential, sich lebenslang auf Ernährungsgewohnheiten, Körpergewicht und Gesundheit auszuwirken.^{39,40}

In der EsKiMo-Studie, dem Ernährungsmodul der KiGGs-Studie, wurde festgestellt, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland zu wenig Obst und Gemüse, aber zu viel Fleisch und Wurst sowie Süßigkeiten verzehren.⁴¹ Für Schülerinnen und Schüler in Berlin ergab die Befragung im Rahmen der Studie „Health Behaviour in School-Aged Children“ im Jahr 2006, dass ein großer Teil der Befragten nicht vor der Schule frühstücken und nur wenige die empfohlenen Verzehrsmengen von Obst und Gemüse erreichen.⁴²

38 Global Burden of Disease Study 2015: www.healthdata.org/germany, zuletzt aufgerufen am 04.08.2017

39 Zwiauer, K. (2001). Langzeiteffekte der Ernährung in den ersten 2 Lebensjahren. Monatsschrift Kinderheilkunde, 149 [Suppl1], S71-S74.

40 Bundesministerium für Gesundheit (2010). Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

41 Robert Koch-Institut und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin: RKI.

42 Bettge, S., Nickel, J., Schulz, M., Helle, N., Hermann, S., Meinschmidt, G. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Gesundheits- und Risikoverhalten von Berliner Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse der HBSC-Studie 2006. Gesundheitsberichterstattung Berlin, Spezialbericht 2008-2. Im Internet abrufbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheits_assets/service/publikationen/gesundheitsberichterstattung/gbe_spezial_2008_2_hbsc2006.pdf

Wesentlich mit Fehlernährung assoziiert sind Übergewicht und Adipositas. Gemäß KiGGS-Studie sind in Deutschland rund 15 % der Kinder und Jugendlichen übergewichtig, darunter rund 6 % adipös, wobei der Anteil Adipöser mit dem Alter ansteigt.⁴³

Unterziel 1.1

Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.

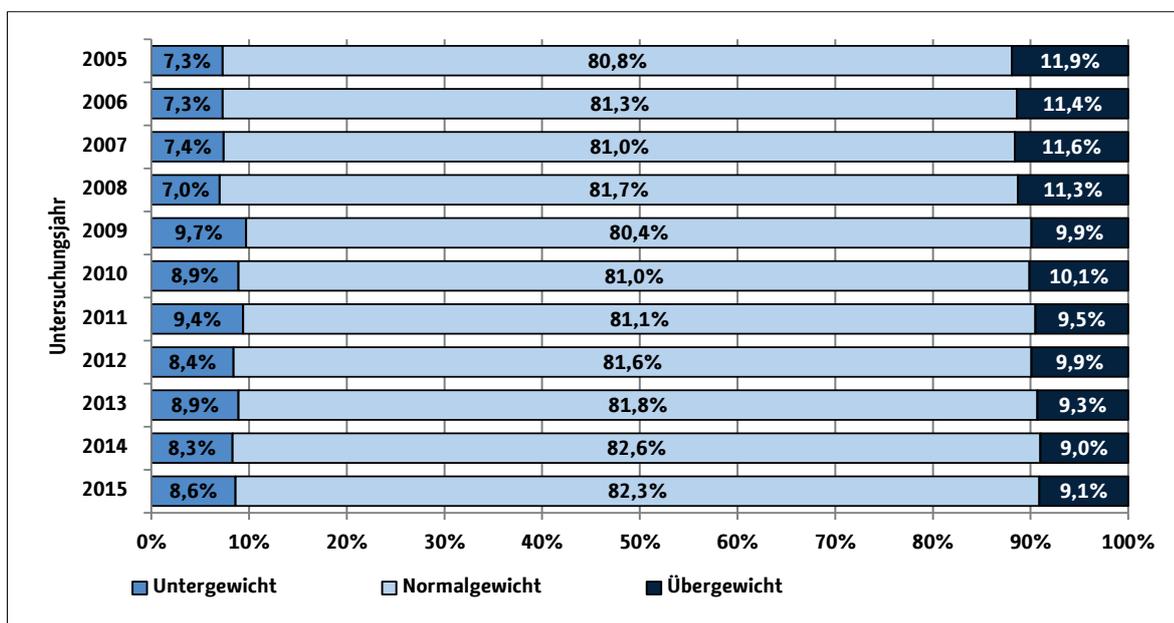
Zielsetzungen hierzu waren:

- Erhöhung des Anteils normalgewichtiger Kinder von 81 % im Jahr 2005 auf 83 % im Jahr 2011,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil normalgewichtiger Kinder von Kindern deutscher Herkunft gegenüber Kindern mit Migrationshintergrund um die Hälfte, d. h. von 6 auf 3 Prozentpunkte,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil normalgewichtiger Kinder von Kindern der unteren sozialen Schicht gegenüber Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht um die Hälfte, d. h. von 6 auf 3 Prozentpunkte.

Das Körpergewicht der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen ist ein im Zeitverlauf vergleichsweise stabiler Indikator (vgl. Abbildung 5). Der Anteil normalgewichtiger Kinder ist von 2005 bis 2011 im Wesentlichen unverändert,⁴⁴ von 2011 bis 2015 ist er dagegen leicht angestiegen, wodurch eine Annäherung an die Zielvorgabe (83 % normalgewichtige Kinder) stattgefunden hat, auch wenn das Ziel nicht vollständig erreicht wurde. Im Vergleich zum Ausgangszustand 2005 ist vor allem der Anteil der Kinder mit Übergewicht einschließlich Adipositas zurückgegangen (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5:

Körpergewicht der Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

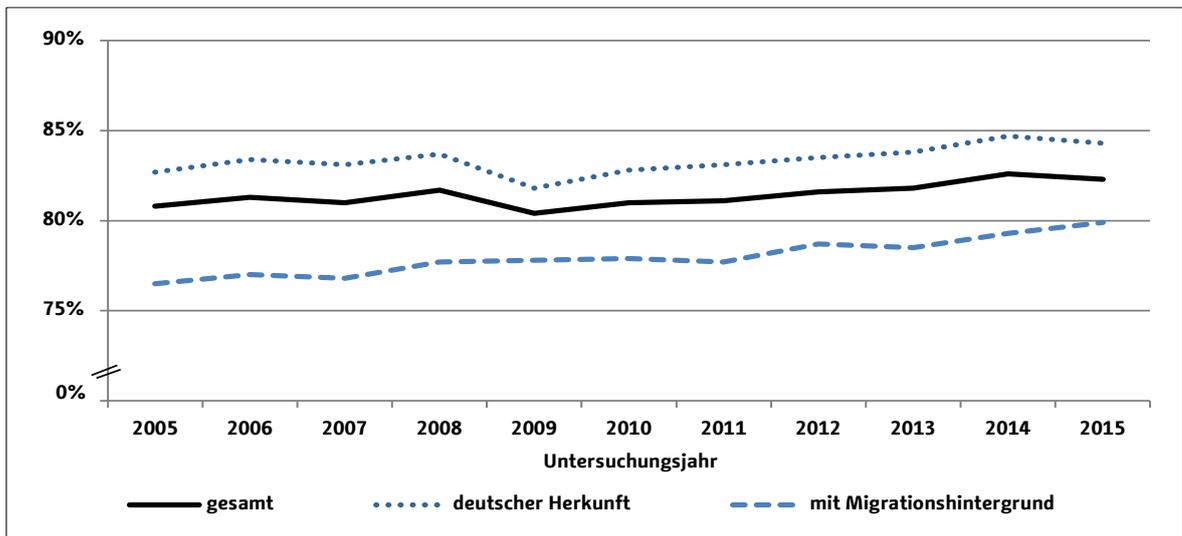
Die Zunahme des Anteils normalgewichtiger Kinder im Zeitverlauf fällt in der Gruppe mit Migrationshintergrund etwas stärker aus als in der Gruppe der Kinder deutscher Herkunft. Dadurch hat sich der Abstand zwischen Kindern deutscher Herkunft und Kindern mit Migrationshintergrund bei positiver Entwicklung in beiden Gruppen verringert, die Zielvorgabe zum Abbau von Benachteiligung

43 Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 50, 736-743.

44 Die sprunghaften Veränderungen im Anteil unter- bzw. übergewichtiger Kinder vom Einschulungsjahrgang 2008 zu 2009 sind möglicherweise Resultat einer Qualitätssicherungsmaßnahme zum Wiegen der Kinder im Jahr 2008.

wurde jedoch nicht erreicht (vgl. Abbildung 6). Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern deutscher Herkunft und Kindern nichtdeutscher Herkunft, der im Jahr 2005 6,2 Prozentpunkte betrug, lag im Jahr 2014 noch bei 5,4 Prozentpunkten, im Jahr 2015 waren es 4,4 Prozentpunkte⁴⁵.

Abbildung 6:
Anteile normalgewichtiger Kinder gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Der Anteil der übergewichtigen Kinder ist in beiden Gruppen leicht zurückgegangen, bei Kindern mit Migrationshintergrund sogar etwas stärker als bei Kindern deutscher Herkunft. Trotzdem ist der Anteil übergewichtiger Kinder in der Gruppe mit Migrationshintergrund nach wie vor mit 12,5 % im Jahr 2015 etwa doppelt so hoch wie in der Gruppe der Kinder deutscher Herkunft (6,3 %).

Die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund ist nicht homogen. Die bereits zu Beginn des Zeitraumes bestehenden Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsgruppen waren jedoch nicht Zielparame-ter im Gesundheitszieleprozess. Der Anteil normalgewichtiger Kinder ist am höchsten in der deutschen Herkunftsgruppe und bei Kindern aus westlichen Industriestaaten (2005 rund 83 %). Geringer ist der Anteil normalgewichtiger Kinder in der Herkunftsgruppe aus sonstigen Staaten (2005 rund 79 %) sowie der osteuropäischen und der arabischen Herkunftsgruppe (2005 rund 77 %), am geringsten in der Gruppe der Kinder türkischer Herkunft (2005 rund 74 %). Im Zeitverlauf von 2005 bis 2015 steigt der Anteil normalgewichtiger Kinder in allen Herkunftsgruppen mit Ausnahme der sonstigen Staaten an, der Anteil übergewichtiger Kinder geht in allen Herkunftsgruppen zurück. Am stärksten ist die positive Veränderung im Sinne der Gesundheitsziele bei den Kindern aus westlichen Industriestaaten sowie osteuropäischer Herkunft. In der türkischen Herkunftsgruppe ist dagegen der Anteil übergewichtiger Kinder auch im Jahr 2015 noch dreimal so hoch wie bei Kindern deutscher Herkunft oder aus westlichen Industriestaaten.

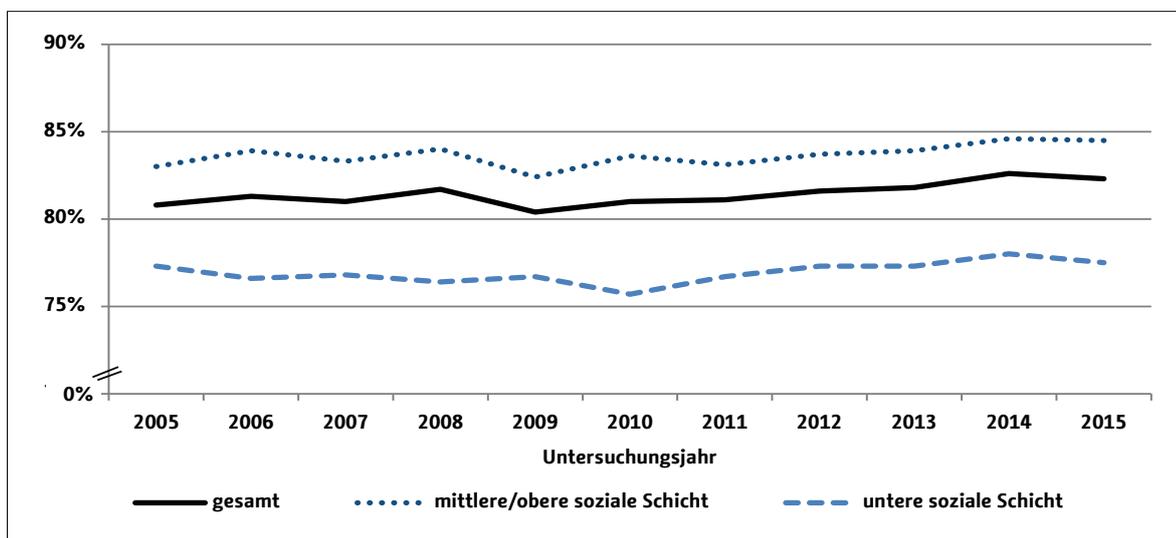
Der bereits im Ausgangsjahr 2005 geringere Anteil normalgewichtiger Kinder in der unteren sozialen Schicht hat sich im Zeitverlauf – von gewissen Schwankungen abgesehen – kaum verändert (vgl. Abbildung 7). In der zusammengefassten mittleren und oberen sozialen Schicht ist der Anteil normalgewichtiger Kinder dagegen im Zeitverlauf leicht angestiegen. Dadurch ist die Differenz im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen unterer und zusammengefasster mittlerer und oberer sozialer

⁴⁵ Die Ergebnisse des Jahres 2015 müssen aufgrund der hier erstmals verwendeten neuen Definition des Migrationshintergrundes mit Vorsicht betrachtet werden.

Schicht im Zeitverlauf sogar etwas größer geworden (2005: 5,7 Prozentpunkte, 2015: 7,0 Prozentpunkte). Betrachtet man die Differenzen zwischen unterer und mittlerer/oberer sozialer Schicht im Anteil übergewichtiger Kinder, sind diese sogar noch größer und steigen von 6,9 Prozentpunkten im Jahr 2005 auf 8,9 Prozentpunkte im Jahr 2015 an.

Ernährung und Körpergewicht gehören zu den Aspekten der Kindergesundheit, die auch im Setting Kita im Fokus stehen. Der Anteil normalgewichtiger Kinder ist bei Kindern mit längerem Kitabesuch höher als in der Gruppe der Kinder ohne oder mit kürzerem Kitabesuch. Auch über eine Kitabesuchsdauer von zwei Jahren hinaus erhöht sich der Anteil normalgewichtiger Kinder mit jedem zusätzlichen Besuchsjahr. Im Gegenzug ist der Anteil übergewichtiger Kinder in der Gruppe ohne Kitabesuch am höchsten und nimmt mit zunehmender Besuchsdauer ab. Kinder ohne Kitabesuch sind im Jahr 2015 doppelt so häufig übergewichtig wie Kinder mit einem Kitabesuch von über vier Jahren. Eine Erhöhung des Anteils normalgewichtiger Kinder im Zeitverlauf lässt sich lediglich in der Gruppe mit mehr als zwei Jahren Kitabesuch beobachten.

Abbildung 7:
Anteile normalgewichtiger Kinder gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Die multivariaten Analysen zeigen allerdings, dass die Unterschiede hinsichtlich des Körpergewichts zwischen den Kitabesuchsgruppen in erster Linie auf deren unterschiedliche soziale Zusammensetzung zurückzuführen sind. Mit längerem Kitabesuch nimmt der Anteil der Kinder aus der unteren sozialen Schicht ab.⁴⁶ Dieser Effekt hat sich im Zeitverlauf von 2005 bis 2015 noch verstärkt. Im multivariaten statistischen Modell erweist sich die soziale Lage als stärkster Einflussfaktor auf das Körpergewicht der Kinder, wobei die Einflussstärke im Zeitverlauf sogar noch zugenommen hat. Aus den vorliegenden Daten der Einschulungsuntersuchungen lässt sich somit nicht ablesen, dass allein die Tatsache eines (längeren) Kitabesuchs sich positiv im Sinne des Gesundheitsziels auswirkt. Ein Urteil darüber, ob die gesundheitsförderlichen Ansätze oder Maßnahmen in den Kitas geeignet sind, den Anteil normalgewichtiger Kinder zu erhöhen, kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden, zumal die Teilnahme an Maßnahmen bei den Einschulungsuntersuchungen nicht erfasst wird.

⁴⁶ In den multivariaten Modellen wurde zusätzlich für Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung, Geschlecht und Geburtsgewicht als Parameter einer Frühgeburtlichkeit kontrolliert.

Unterziel 1.2

Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.

Indikator für dieses Unterziel ist die „Anzahl der Kitas mit speziellen Angeboten“, die nach der ursprünglichen Vorstellung aus der Qualitätsentwicklungsvereinbarung Tageseinrichtungen entnommen werden sollte. Der zeitliche Bezug ist mit „laufend“ angegeben.

Das Unterziel ist nicht spezifisch auf das Handlungsfeld Ernährung formuliert und findet sich wortgleich auch für das Handlungsfeld Bewegung. Die Ergebnisse werden daher handlungsfeldübergreifend an dieser Stelle berichtet und zum Unterziel 2.2. hierauf verwiesen.

Im Berliner Bildungsprogramm heißt es zum Handlungsfeld Ernährung: „Eine ausgewogene Ernährung ist eine wesentliche Bedingung für die gesunde körperliche, emotionale und geistige Entwicklung eines Kindes. Kindertageseinrichtungen sind Orte, an denen Kinder in vielfacher Weise mit Wissen und Fertigkeiten bezüglich gesunder Ernährung vertraut werden und eine positive Esskultur erleben. [...] Der ganzheitliche Blick auf das Essen und Trinken reicht über den ausgewogenen und vollwertigen Speiseplan hinaus. Er richtet sich genauso darauf, welche vielfältigen sozialen, emotionalen und kulturellen Erfahrungen Kinder über das Essen und Trinken machen – Essen in der Kita ist sinnliches Erleben, Genuss, Gefühl, Austausch, Ritual, Rhythmus und Bildung gleichermaßen. Jedes Lebensmittel, das gemeinsame Zubereiten und jedes Gespräch zur Mahlzeit bietet eine Lerngelegenheit“ (vgl. BBP 2014, S. 70).

Ergebnisse aus Analysen des BeKi

Analyse von Kita-Konzeptionen

In der Konzeptionsanalyse von 2012 zeigte sich, dass in zwei Drittel der Konzeptionen Angaben zu besonderen Schwerpunkten gemacht wurden, in 7 % aller Konzeptionen wurde explizit ein Schwerpunkt im Bereich Bewegung/Gesundheit angegeben. Gleichzeitig finden sich in 86 % der Konzeptionen Ausführungen zum Bildungsbereich Gesundheit jenseits expliziter Schwerpunktnennungen.

Die Konzeptionsanalysen wurden nicht mit dem Ziel des Monitorings des Kindergesundheitsziels durchgeführt, hatten daher nicht explizit den obigen Indikator im Blick und waren auch vom Design her nicht passgenau für diese Fragestellung (Stichprobe, Analysefragen), sodass weder konkrete Angaben zur Anzahl der Kitas mit gesundheitsförderlichem Profil noch Aussagen zum zeitlichen Verlauf dieses Indikators abgeleitet werden können.

Befragungen zu Praxiserfahrungen mit der internen Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm (interne Evaluation)

Die Sichtung der Ergebnisse der Befragungen zur internen Evaluation unter dem Blickwinkel des Indikators durch das BeKi zeigt, dass ungeachtet der etwas unterschiedlichen Schwerpunktbezeichnungen, die über die Jahre nicht ganz konsistent waren, der Anteil an Kitas, die einen Schwerpunkt im Bereich Gesundheit angeben, von 2010 bis 2012 stark gestiegen ist. Dieser Anteil bleibt 2014 auf fast gleich hohem Niveau (vgl. Tabelle 2).

Neben Sprachbildung und Integration von Kindern mit Behinderungen werden die Schwerpunkte im Bereich Gesundheit am häufigsten genannt (Jahre 2012, 2014). Der hohe Anteil von Kitas mit gesundheitsbezogenem Schwerpunkt lässt sich allerdings nicht in dem Maße in den analysierten Konzeptionen wiederfinden (vgl. Ergebnisse der Analyse von Kita-Konzeptionen im vorherigen Abschnitt).

Tabelle 2:

Befragungen des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) zur internen Evaluation in Kindertageseinrichtungen in Berlin: Ergebnisse zur Schwerpunktsetzung in Kitas

Jahr	Schwerpunkt	Anzahl der Nennungen des Schwerpunkts ¹	Anteil der Kitas mit dem Schwerpunkt ¹
2010 ²	Gesundheitsförderung/ gesunde Ernährung	14	9,5%
	Körper und Bewegung	33	22,4%
2012	Gesundheit	394	42,5%
	Körper und Bewegung	609	65,6%
	Programm: Kitas bewegen - für die gute gesunde Kita	80	10,0%
	Projekt: Tiger Kids	19	2,0%
2014	Gesundheit (Körper, Ernährung, Wohlbefinden etc.)	299	37,2%
	Bewegung und Sport	386	48,1%
	Programm: Gute gesunde Kita (Kitas bewegen)	50	13,0%

¹ Mehrfachnennungen waren möglich.

² Im Jahr 2010 wurden nur 10% der Kitas zu Schwerpunkten befragt.

(Quelle: BeKi / Darstellung: SenGPG - I A -)

Landesprogramm für die gute gesunde Kita (LggK)

In der Modell- und beiden bisherigen Umsetzungsphasen haben zirka 150 Kitas aus fünf Bezirken an dem Programm teilgenommen. An der derzeit laufenden 3. Umsetzungsphase nehmen sechs Berliner Bezirke mit 84 Kitas teil. Es kann davon ausgegangen werden, dass die teilnehmenden Kitas ein besonderes gesundheitliches Profil leben.

Interpretation der Ergebnisse zum Unterziel 1.2

Der Begriff „gesundheitsförderndes Profil“ ist sehr allgemein und nicht spezifisch für gesunde Ernährung. Ferner werden in der Zielmatrix die im Indikator erwähnten „speziellen Angebote“ nicht näher spezifiziert, sodass unklar bleibt, was genau darunter zu verstehen sein soll. Angesichts dieser unzureichend operationalisierten Vorgaben ist ein Monitoring nur schwer möglich. Aufgrund der fehlenden expliziten Datenerhebung zu dem Indikator wurden die verfügbaren Analysen des BeKi ersatzweise herangezogen, wobei beachtet werden muss, dass die Daten nicht unter dem Blickwinkel des Unterziels im engeren Sinne erhoben wurden.

Es zeigt sich, dass gemessen an der Schwerpunktsetzung der Kitas das Bewusstsein für das Thema Gesundheit über die Jahre zugenommen hat, wobei der Begriff pädagogischer Schwerpunkt nicht vorab definiert wurde, um den Einrichtungen die Gelegenheit zu geben, ihrer Auffassung von Schwerpunktsetzung Ausdruck zu verleihen. Offen bleibt in diesem Zusammenhang, wie die Kitas ihren gesundheitsbezogenen Schwerpunkt in der Praxis ausgestalten. Für Erkenntnisse hierzu wären weitergehende qualitative Forschungsansätze erforderlich. Die augenscheinliche Differenz zwischen dem niedrigen Anteil einer Schwerpunktnennung in den Kita-Konzeptionen und den deutlich häufigeren Nennungen in den Rückmeldungen zur internen Evaluation ist am ehesten darauf zurückzuführen, dass eine implizite Schwerpunktsetzung in der Tätigkeit der Kita nicht zwingend auch in der Konzeption festgeschrieben wurde.

Aufgrund der Verstärkung des Landesprogramms für die gute gesunde Kita kann in den teilnehmenden Bezirken davon ausgegangen werden, dass der Anteil der Kitas mit einem Bewusstsein für

Gesundheitsförderung gestiegen ist. In wie weit dies die Kitas als „besonderes gesundheitsförderliches Profil“ ansehen oder die Gesundheitsförderung als Querschnittsthema so integriert wird, dass es nicht als besondere Profilbildung gesehen wird, muss offen bleiben. Das Programm wurde und wird jedoch von den LGK-Akteuren als ein beispielhafter Baustein zur Erreichung der Kindergesundheitsziele angesehen.

Unterziel 1.3

Die ErzieherInnen der Kitas sind in Hinsicht auf gesunde Ernährung qualifiziert.

Indikator für dieses Unterziel ist die „Anzahl der qualifizierten Erzieherinnen mit nachgewiesener Teilnahme“, die nach der ursprünglichen Vorstellung aus der regulären Evaluation der Fortbildungen zum Bildungsinhalt „Ernährung“ kommen sollten. Als zeitliches Ziel ist „bis 2010“ angegeben, wobei keine Angabe zur angestrebten Anzahl oder dem angestrebten Anteil qualifizierter Erzieherinnen gemacht wird.

Nach der QVTAG verpflichten sich die Träger „für die pädagogischen Fachkräfte ihrer Kindertagesstätten Fortbildungsplanungen zu erstellen und umzusetzen. Diese Planungen sollen den durch interne und externe Evaluation ermittelten Qualifizierungsbedarf [...] beachten. Das Land Berlin verpflichtet sich das Fortbildungsangebot der landeseigenen Fortbildungsstätte dem Qualifizierungsbedarf der Kindertagesstätten fortlaufend anzupassen. Zu diesem Zweck erhebt die für Jugend zuständige Senatsverwaltung bei Trägern und Multiplikator(inn)en jährlich den vorhandenen Fortbildungsbedarf.“

Im Rahmen der LGK-AG „Gesund aufwachsen“ konnte, neben der Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung im Rahmen des Landesprogramms für die gute gesunde Kita, kein Akteur identifiziert werden, der über vollständig quantifizierbare Angaben zu Fortbildungen von pädagogischen Fachkräften zum Thema Ernährung verfügt. In Anbetracht der Vielzahl an Kitas und Trägern sowie an Anbietern von Fortbildungen in der Kindertagesbetreuung ist aus heutiger Sicht eine umfassende Quantifizierung schwierig. Auch würde eine quantitative Erhebung noch keine Aussage zur Qualität der Fortbildungen beinhalten. Die Fortbildungslandschaft in Berlin zum Thema Ernährung in Kitas ist vielfältig. Durch die Verpflichtung der Träger im Rahmen der QVTAG ist hier bereits eine Sensibilisierung für das Thema geschaffen. Viele Kita-Träger arbeiten in dem Bereich Ernährung z. B. mit Ernährungsberater/innen und Köch/innen zusammen, sodass durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine Wissensweitergabe an die pädagogischen Fachkräfte ermöglicht wird.

Im Rahmen des Landesprogramms für die gute gesunde Kita ist das Thema „Essen und Trinken in der guten gesunden Kita“ ein wesentlicher Qualitätsentwicklungsbereich, zu dem am Landesprogramm teilnehmenden Kitas eine intensive Begleitung angeboten wird, u. a. in Kooperation mit dem Verein Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Berlin e. V. Letztere bietet als fachlich beratender Partner darüber hinaus vielfältige Beratungen und Fortbildungen zum Thema für Kita-Träger, pädagogisches Personal und Küchenfachkräfte an. Darüber hinaus besteht eine Kooperation der Vernetzungsstelle mit der Verbraucherzentrale Berlin. Diese Angebote sind aufgrund der im Landesprogramm benannten Bedarfe und entsprechender Nachfrage in den letzten Jahren stark gestiegen.

Die folgenden Übersichten zeigen die Themen und Teilnehmerzahlen, welche im Rahmen des Landesprogramms zu den Themen Verpflegungsangebot und Ernährungsbildung im weitesten Sinn angeboten wurden (Tabellen 3 und 4).

Tabelle 3:
Fortbildungsthemen und Teilnehmeranzahl im Rahmen der
Werkstatt für Kita-Träger des Landesprogramms für die
gute gesunde Kita (LgkK) im Bereich Ernährung 2013-2017

Fortbildungsthemen	Teilnehmende
1. „Essen und Trinken in der ggK – Leitfaden zur Qualitätsentwicklung“	36
2. Hygieneanforderungen	12
3. Allergien und Lebensmittelunverträglichkeiten	20
4. Verpflegung unter Einjähriger	20
5. Partizipation von Kinder und Eltern	21
6. Externe Vergabe der Verpflegung – DGE-Standard	13
7. Nahrungsmittelallergien	14
8. Qualität in der Mittagsverpflegung – Kriterien für Kita-Küchen und externe Essensanbieter	20
9. Ernährungsbildung am praxis-bezogenen Beispiel der Kita-Ideen-Box Krümel und Klecksi	11

(Quelle: SenBJF / Darstellung: SenGPG - I A -)

Tabelle 4:
Fortbildungsthemen und Teilnehmeranzahl der
Verbraucherzentrale Berlin für Fachkräfte aus Kitas im
Bereich Ernährung in Kooperation mit der Vernetzungsstelle
Kita- und Schulverpflegung 2013-2017

Fortbildungsthemen	Teilnehmende
Gesunde Ernährung Kinder unter 3 (U3)	88
Allergenmanagement	114
Speisenplancheck/ Gestaltung	76
Ernährungsbildung	95

(Quelle: SenBJF / Darstellung: SenGPG - I A -)

Der Verein Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Berlin e. V. bietet, gefördert von der AOK Nordost, seit 2013 selbst regelmäßig Fortbildungen zur Arbeit mit dem Leitfaden „Essen und Trinken in der guten gesunden Kita“ (vgl. Unterziel 1.4) exklusiv für Landesprogramm-Kitas an. An den Fortbildungen zum Leitfaden haben insgesamt 91 pädagogische Multiplikator/innen teilgenommen.

Die Qualifizierungsangebote des Sozialpädagogischen Fortbildungsinstituts Berlin-Brandenburg (SFBB) orientieren sich am Berliner Bildungsprogramm und umfassen u. a. auch den Themenbereich „Mahlzeiten/Ernährung als Bildungsgelegenheiten gestalten“. Anzahl der jährlichen Veranstaltungen sowie Teilnehmerzahlen werden jedoch nicht nach Themenbereichen getrennt erfasst, sodass keine quantifizierbaren Angaben gemacht werden können. Auch Verbände wie Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Verband Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder (VETK) und Dachverband Berliner Kinder- und Schülerläden (DaKS) bieten Fortbildungen an – die Träger und Kitas nutzen darüber hinaus noch weitere Anbieter.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass Nachfrage und Angebote der Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften zum Themenfeld Ernährung zugenommen haben. Allerdings kann dieser Indikator nicht wie angedacht mit spezifischen Daten für den Bereich Ernährung unterlegt und seine Entwicklung und der Zielerreichungsgrad daher nicht beurteilt werden.

Unterziel 1.4

Eine gesunde Ernährung ist – wie in der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen dargelegt – integraler Bestandteil in jeder Berliner Kita.

Indikator für dieses Unterziel ist in der Zielematrix „Umsetzungsgrad der Standards“. Eine zeitliche Perspektive wurde letztlich nicht festgelegt. Der Umsetzungsstand sollte nach der ursprünglichen Vorstellung den Berichten der neu einzurichtenden „Vernetzungsstelle Kitaverpflegung“ entnommen sowie durch stichprobenhafte Erhebungen der Kita-Träger in den Kitas untermauert werden. Die Verantwortung der Umsetzung von Maßnahmen für eine gesunde Ernährung in Kitas liegt nach der QVTAG in der Verantwortung der Kita-Träger: „Um eine gesunde Ernährung der Kinder sicher zu stellen

und den Anforderungen des Bildungsprogramms nach Förderung gesunder Essensgewohnheiten zu entsprechen, gewährleisten die Träger in ihren Kindertagesstätten eine qualitativ hochwertige Mittagsversorgung. Diese soll physiologisch ausgewogen, schmackhaft und abwechslungsreich sein und den Ernährungsbedürfnissen der unterschiedlichen Altersstufen entsprechen. Spezifische kulturelle Speisegebote und medizinisch erforderliche Einschränkungen für einzelne Kinder werden berücksichtigt. Frisches Obst und Gemüse werden den Kindern täglich angeboten. Eine ausreichende Versorgung mit kalorienarmen Getränken ist während des gesamten Tagesablaufs zu gewährleisten“ (vgl. QVTAG 2014, Abschnitt Maßnahmen, S. 5).

Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM wurden 2008 aufgrund eines Beschlusses des Bundestags in allen Bundesländern Beratungsnetzwerke zur Implementierung der Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) e. V. für die Verpflegung in Schulen und Tageseinrichtungen für Kinder eingerichtet. Im Land Berlin wurde der gemeinnützige Verein Vernetzungsstelle Schulverpflegung Berlin e. V. 2008 im Rahmen eines IN FORM-Projektes⁴⁷ von der für Bildung und Jugend zuständigen Senatsverwaltung mit dem Ausbau seines bestehenden Netzwerks hin zu einer „Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Berlin“ beauftragt (<http://www.vernetzungsstelle-berlin.de/ueber-uns.html>, letzter Aufruf 17.2.2017). Die Vernetzungsstelle kooperiert in vielfältiger Weise mit dem Landesprogramm für die gute gesunde Kita und stellt in Telefonberatungen sowie auf berlinweiten Fachtagen über das Landesprogramm ihre Angebote auch allen Kindertageseinrichtungen und Trägern des Landes Berlin zur Verfügung.

Im Bereich Kita konnte während der Laufzeit des IN FORM-Projektes (2008 – 2013) der DGE-Standard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder ab 2009 den meisten Trägern bekannt gemacht und seine Umsetzung bedarfsorientiert über Veranstaltungen für Multiplikator/innen unterstützt werden, eine verbindliche Implementierung des Standards in die QVTAG ist nicht geplant. Ein datenbasiertes Monitoring bzw. eine Evaluation der Umsetzung des DGE-Standards für die Gemeinschaftsverpflegung in Kitas ist nicht Aufgabe der Vernetzungsstelle, sodass dort keine Daten für den Indikator vorliegen. Nach Ablauf der ersten IN FORM-Förderphase im Jahr 2013 wurde die Beratungsarbeit zur Umsetzung des DGE-Standards von der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung im Rahmen von Werkverträgen und Zuwendungen gefördert.

Im Jahr 2012 wurde von der AOK Nordost, der Bertelsmann Stiftung und dem Verein Vernetzungsstelle Schulverpflegung Berlin im Kooperationsprojekt „Essen und Trinken in der guten gesunden Kita“, einem Teilprojekt von „Kitas bewegen“, ein Leitfadens zur Qualitätsentwicklung erarbeitet, der im Handlungsfeld „Verpflegung“ auf dem DGE-Standard basiert (<http://www.vernetzungsstelle-berlin.de/101.html>). Ziel des Leitfadens mit der entsprechenden Fortbildung ist es, Kitas bei der Umsetzung des Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, unter Einbeziehung aller am Kita-Alltag Beteiligten, zu unterstützen. Seither bietet der Verein mit Unterstützung der AOK Nordost fortlaufend Fortbildungen zur Umsetzung des Leitfadens an (siehe Unterziel 1.3.).

Seit 2016 setzt der Verein per Zuwendung durch die für Jugend zuständige Senatsverwaltung das Projekt „Beratungsangebot zur Verpflegung und Ernährungsbildung für Kitas und Kita-Träger“ im Rahmen des Landesprogramms „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ (LggK) um. Referenzrahmen des Projektes sind das Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege und der DGE-Standard.

Auf Wunsch der Träger wurde im Rahmen des Projektes 2016 in der sogenannten „Werkstatt für Kita-Träger“, basierend auf dem DGE-Standard eine „Beschreibung der Beschaffenheit der Speisen in der Mittagsverpflegung“ erarbeitet und auf der Webseite der Vernetzungsstelle eingestellt (http://www.vernetzungsstelle-berlin.de/fileadmin/bilder/Aktuelles/Kita-Traeger-Werkstatt/04.10.2016/Leistungsbeschr._Mittagessen_Kita.pdf).

⁴⁷ Der Nationale Aktionsplan „IN FORM - Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“ des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft verfolgt das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland bis zum Jahr 2020 nachhaltig zu verbessern.

Ergebnisse aus Analysen des BeKi

Analyse von Kita-Konzeptionen

Zum Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse der Kita-Konzeptionen durch das BeKi wird auf die Ausführungen im Text zum Unterziel 1.2 verwiesen. Aussagen zum Thema Ernährung finden sich in den Analysen von 2008 und 2012 übereinstimmend in 84 % der Kita-Konzeptionen, wobei auf unterschiedliche Aspekte der Kriterien der QVTAG in wechselnden Häufigkeiten eingegangen wird (vgl. Tabelle 5). Die Angaben in den beiden Jahren sind jedoch eingeschränkt vergleichbar, da ein überarbeiteter Forschungsleitfaden bei der qualitativen Analyse zum Einsatz kam, was sich auch in den abweichenden Kategorien ausdrückt.

Tabelle 5:

Konzeptionsanalysen des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung (BeKi) 2008 und 2012: Angaben zum Bereich Ernährung in den Konzeptionen Berliner Kitas (Zufallsstichprobe)

Jahr	Aussagen zum Themenbereich Ernährung	Anteil der Konzeptionen mit Nennung der Aussage
2008	insgesamt	84%
	frische Zubereitung der Mahlzeiten	70%
	tägliches Angebot an Obst	38%
	tägliches Angebot an Gemüse	43%
	freier Zugang zu Getränken	46%
	Milch zählt zu frei verfügbaren Getränken	28%
	expliziter Bezug zu DGE ² -Empfehlungen/ anderes ernährungswissenschaftliches Konzept für Kita-Kinder	13%
	Berücksichtigung kultureller, religiöser oder medizinisch indizierter Ernährungsvorschriften	44%
2012	insgesamt	84%
	Ausgewogenheit, Vollwertigkeit, Frische	63%
	täglich Obst und Gemüse	63%
	Orientierung an DGE ² -Empfehlungen	14%
	freier Zugang zu Wasser/ ungesüßter Tee als Getränkeangebot	41%
	Milch zählt zu frei verfügbaren Getränken	11%
	Berücksichtigung ethnisch-religiöser Essvorschriften	42%
	Berücksichtigung von Lebensmittelunverträglichkeiten	37%

¹ Mehrfachnennungen waren möglich.

² DGE: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.

(Quelle: BeKi / Darstellung: SenGPG - I A -)

Befragungen zu Praxiserfahrungen mit der internen Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm

Inhaltlich steht das Thema Ernährung für sich genommen nicht im Fokus der Erhebung zur internen Evaluation. Daher geben die Berichte nur wenig Auskunft zur Umsetzung des Unterziels. So zeigte sich, dass im Rahmen der Befragung zu Erfahrungen mit der internen Evaluation 2010 von 12,8 % der befragten Kitas Ernährung als pädagogischer Schwerpunkt angegeben wurde⁴⁸ und der inhaltliche Themenbereich Ernährung in der internen Evaluation 2012 in 1,7 % der Kitas alleiniger Gegenstand der internen Evaluation war⁴⁹. Daraus lassen sich aber weder Rückschlüsse zur Relevanz noch zur Umsetzung

48 Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (Hrsg.) (2011). Interne Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm in den Berliner Kindertagesstätten – Ergebnisse der Befragung von Kita-Fachkräften zu ihren Praxiserfahrungen mit der internen Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm 2010 (Abschlussbericht).

49 Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (Hrsg.) (2014). Interne Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm in den Berliner Kindertagesstätten – Ergebnisse der zweiten Befragung der Kita-Leitung zu ihren Praxiserfahrungen mit der internen Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm (Abschlussbericht).

in den Kitas ableiten. Je nach Verfahren wird das Themenfeld Ernährung innerhalb verschiedener Aufgaben- bzw. Themenbereiche evaluiert, beispielsweise im Aufgabenbereich „Die Gestaltung des alltäglichen Lebens ermöglicht Kindern vielseitige Lernerfahrungen.“⁵⁰

Interpretation der Ergebnisse zum Unterziel 1.4

Im Vergleich zu anderen Themenbereichen (Ergebnisse hier nicht gezeigt) kommt dem Thema Ernährung in den Kita-Konzeptionen über die Jahre eine gleichbleibend hohe Bedeutung zu. Alle öffentlich geförderten Träger von Kitas sind zur Umsetzung der QVTAG verpflichtet, sodass es zunächst erstaunen mag, dass sich die Aussagen nicht in den Konzeptionen aller Kitas finden. Allerdings bedeutet eine fehlende Nennung in der Konzeption nicht, dass die Kita die Maßnahmen nicht umsetzt. So kann es sein, dass in Kitas Maßnahmen so selbstverständlich im Alltag integriert und etabliert sind, dass sie nicht als expliziter Schwerpunkt angesehen und daher in der Konzeption nicht erwähnt werden. Es fällt jedoch auf, dass die Berücksichtigung bzw. der explizite Bezug zu den Empfehlungen der DGE nur in sehr wenigen Kitas Bestandteil der Konzeption sind. Der DGE-Standard ist für Kitas nicht verpflichtend, wird allerdings als Empfehlung ausgesprochen. Die pädagogischen Fachkräfte in den Kitas haben zum Teil einen begrenzten Einfluss auf das Ernährungsangebot, insbesondere, wenn die Kita keine eigene Küche hat bzw. diese von einem externen Anbieter betrieben wird. In diesem Zusammenhang kann eine bspw. den DGE-Standards entsprechende Ausschreibung hilfreich sein. Im BBP wird die Beteiligung der Kinder an der Auswahl der Lebensmittel sowie bei der Planung und Zubereitung von Mahlzeiten als Bildungsinhalt bzw. Qualitätsanspruch im Bildungsbereich Gesundheit formuliert (vgl. BBP 2014, S. 70, S. 79, S. 82).

Auch wenn die Nennung in den Kita-Konzeptionen auf eine Sensibilisierung der pädagogischen Fachkräfte für das Thema Ernährung hinweist, so lassen sich daraus jedoch keine Rückschlüsse auf die tatsächliche Umsetzung in den Kitas ziehen. Konzeptionen bewegen sich naturgemäß im Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis und können sowohl bereits umgesetzte Maßnahmen als auch angestrebte Zielvorstellungen abbilden.

Unterziel 1.5

Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um. Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur ist Thema in Elternkursen und -beratung rund um die Geburt.

Dieses Unterziel war nicht Teil der Bestandsaufnahme und des Monitorings (vgl. Einleitung am Anfang des Kapitels).

Unterziel 1.6

Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist erhöht.

Indikator für dieses Unterziel ist der dmft-Status der Kleinkinder sowie der 6-jährigen Kinder, der vom Zahnärztlichen Dienst (ZÄD) im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in Kitas, Grund- und Sonderschulen sowie bei anderen Vorsorgeanlässen erhoben wird. Eine Quantifizierung oder konkrete zeitliche Perspektive ist nicht angegeben.

Der ZÄD in Berlin führt zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen eines Jahrgangs u. a. in den Kitas und den ersten Klassen durch. Aus personellen Kapazitätsgründen kann nicht jeder ZÄD alle Einrichtungen in seinem Bezirk in jedem Jahr aufsuchen. Die Auswahl der vorrangig untersuchten Kitas und Schulen

50 Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (Hrsg.) (2015). Materialien für die interne Evaluation zum Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege. Berlin, S. 75-90.

erfolgt in Anlehnung an das Organisationskonzept der Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnkrankheiten (LAG). Hiernach werden die Untersuchungen vorrangig in Einrichtungen mit schlechtem Zahnstatus unter Berücksichtigung des Sozialindex des Sozialraumes der Schule durchgeführt. Durch diese Risikoselektion ergibt sich eine Verzerrung hin zu einem höheren durchschnittlichen dmft-Wert bzw. einem geringeren Anteil von Kindern mit einem naturgesunden Gebiss. Der Anteil der vom ZÄD untersuchten 3-Jährigen an allen 3- bis unter 4-jährigen Kindern dieses Jahrgangs schwankt je nach Untersuchungsjahr zwischen 35,3 % und 48,5 %. Der Anteil der untersuchten 6-Jährigen an allen 6- bis unter 7-Jährigen schwankt je nach Untersuchungsjahr zwischen 66,3 % und 73,2 %.

Der sogenannte dmft-Status⁵¹ (decayed, missing, filled teeth) gibt an, wie viele Zähne im Milchgebiss von Karies betroffen sind, aufgrund von Karies fehlen oder mit Füllungen versorgt wurden. Der mittlere dmft-Wert liegt in Berlin in dem Zeitraum 2008/2009 bis 2014/2015 bei den untersuchten 3-Jährigen zwischen 0,64 und 0,74, bei den 6-Jährigen zwischen 2,03 und 2,17.

Des Weiteren wird basierend auf dem dmft-Wert vom ZÄD auch für jedes Kind dokumentiert, ob es ein naturgesundes, kariesfreies Gebiss (dmft-Status gleich 0), ein behandlungsbedürftiges oder ein saniertes Gebiss hat. Der Anteil der Kinder mit einem naturgesunden Gebiss (dmft-Status gleich 0) ist in den Tabellen 6 und 7 ausgewiesen.

In der Gruppe der untersuchten 3-jährigen Kinder liegt der Anteil der Kinder mit einem naturgesunden Gebiss mit rund 81 % durchweg höher als bei der Gruppe der untersuchten 6-jährigen Kinder, von denen nur rund die Hälfte ein naturgesundes Gebiss aufweist (Tabellen 6 und 7).

Der höhere Anteil von Kindern mit einem naturgesunden Gebiss in der Altersgruppe der 3-Jährigen ist plausibel, da mit zunehmendem Alter und damit potentiell längerem Einwirken von kariogenen Einflussfaktoren die Kariesprävalenz zunimmt. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass durch die deutlich niedrigeren Untersuchungsraten bei den 3-Jährigen die Ergebnisse mit Blick auf diese Altersgruppe auch als weniger generalisierbar anzusehen sind. Insgesamt zeigen die Daten, dass der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss vom Schuljahr 2007/2008 bis zum Schuljahr 2012/2013 im Wesentlichen in beiden Altersgruppen mit gewissen Schwankungen stabil geblieben ist. Das Gesundheitsziel wurde damit nicht erreicht.

Tabelle 6:

Zeitreihe Anzahl untersuchter Kinder und Anteil 3-jähriger Kinder mit einem naturgesunden Gebiss bei Vorsorgeuntersuchungen des zahnärztlichen Dienstes in den Schuljahren 2007/2008 bis 2014/2015 in Berlin

Schuljahr	3-jährige Kinder			
	3- bis unter 4-jährige (EWR) ¹	untersuchte Kinder	Anteil untersuchter Kinder mit naturgesundem Gebiss in %	Anteil untersuchter Kinder in %
2007/2008	28.689	11.991	81,8	41,8
2008/2009	28.291	11.629	80,8	41,1
2009/2010	29.267	12.384	80,9	42,3
2010/2011	30.908	10.900	81,2	35,3
2011/2012	31.798	12.774	82,1	40,2
2012/2013	31.983	12.779	81,9	40,0
2013/2014	32.997	15.998	82,9	48,5
2014/2015	34.816	14.777	82,4	42,4

¹ Bevölkerung der 3- bis unter 4-Jährigen gemäß Einwohnermelderegister (EWR) jeweils zum 31.12. des in der Spalte "Schuljahr" erstgenannten Jahres.

(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

⁵¹ Der dmft-Status im Milchgebiss wird durch kleine Buchstaben, der DMFT-Status im bleibenden Gebiss durch die entsprechenden Großbuchstaben bezeichnet.

Tabelle 7:

Zeitreihe Anzahl untersuchter Kinder und Anteil 6-jähriger Kinder mit einem naturgesunden Gebiss bei Vorsorgeuntersuchungen des zahnärztlichen Dienstes in den Schuljahren 2007/2008 bis 2014/2015 in Berlin

Schuljahr	6-jährige Kinder			
	6- bis unter 7-Jährige (EWR) ¹	untersuchte Kinder	Anteil untersuchter Kinder mit naturgesundem Gebiss in %	Anteil untersuchter Kinder in %
2007/2008	26.653	18.027	48,8	67,6
2008/2009	26.763	19.273	49,0	72,0
2009/2010	26.734	19.366	51,7	72,4
2010/2011	27.961	19.458	50,9	69,6
2011/2012	27.802	18.446	51,3	66,3
2012/2013	28.781	20.147	49,7	70,0
2013/2014	31.516	23.084	52,4	73,2
2014/2015	32.175	20.659	52,1	64,2

¹ Bevölkerung der 6- bis unter 7-Jährigen gemäß Einwohnermelderegister (EWR) jeweils zum 31.12. des in der Spalte "Schuljahr" erstgenannten Jahres.

(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

4.4. Handlungsfeld Bewegung

Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.

Bewegung ist ein Grundbedürfnis von Kindern und befördert ihre Lernprozesse. In Bewegung erschließen sie sich ihre Welt, erproben Regeln sozialer Beziehungen und erfahren ihre körperlichen Möglichkeiten und Grenzen. Dafür und für die Entwicklung von Risikokompetenz brauchen sie anregende und herausfordernde Bewegungsmöglichkeiten.

Körperliche Inaktivität gilt mittlerweile als der viertgrößte Risikofaktor der weltweiten Mortalität insgesamt und ist ein anerkannter Risikofaktor für diverse Erkrankungen, u. a. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes und Krebserkrankungen.⁵² Unabhängig davon ist eine regelmäßige körperliche Bewegung im Kindes- und Jugendalter wichtig für die gesunde körperliche, psychosoziale und geistige Entwicklung.⁵³ Hinzu kommt, dass im Kindes- und Jugendalter etablierte Verhaltensweisen sich tendenziell im Erwachsenenalter fortsetzen.⁵⁴

Zur körperlich-sportlichen Aktivität und zur motorischen Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen liegen mit dem Motorik-Modul zur KiGGS-Studie bundesweite Daten vor. In Deutschland liegt der Anteil der Kinder, die seltener als einmal in der Woche sportlich aktiv sind, je nach Alter und Geschlecht zwischen rund 10 % und 30 %.⁵⁵ Die Literaturübersicht im Abschlussbericht des Motorik-Moduls kommt zusammenfassend zu der Bewertung, dass die motorische Leistungsfähigkeit gegenüber früheren Generationen eher abgenommen hat.⁵⁶ Demgegenüber zeigt sich im Zeitvergleich der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) mit der Folgerhebung (Welle 1, 2009-2012) die motorische Leistungsfähigkeit insgesamt weitgehend unverändert bei positiven Entwicklungen in Teilbereichen vor allem im Grundschulalter.⁵⁷ Für Berlin liegen zur körperlichen Aktivität bzw. Inaktivität von Kindern und Jugendlichen keine vergleichbaren repräsentativen Daten vor; es gibt jedoch keinen Anhalt dafür, dass die Situation in Berlin besser ist als im Bundesdurchschnitt.

52 WHO (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health.

53 BMSFSJ (2009): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Nomos Verlag, Baden-Baden.

54 Lohaus, A. (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe. Zitiert nach WHO (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health.

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

56 BMSFSJ (2009): Motorik-Modul: Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos.

57 Albrecht, C., Hanssen-Doose, A., Börs, K. et al. (2016). Motorische Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Sportwissenschaft, 46, 294-304.

Unterziel 2.1

Der Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden ist erhöht.

Als Indikatoren aus den Daten der Einschulungsuntersuchungen wurden für diesen Zielbereich die Screeningtestergebnisse zur Körperkoordination und zur Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) ausgewählt.

Körperkoordination

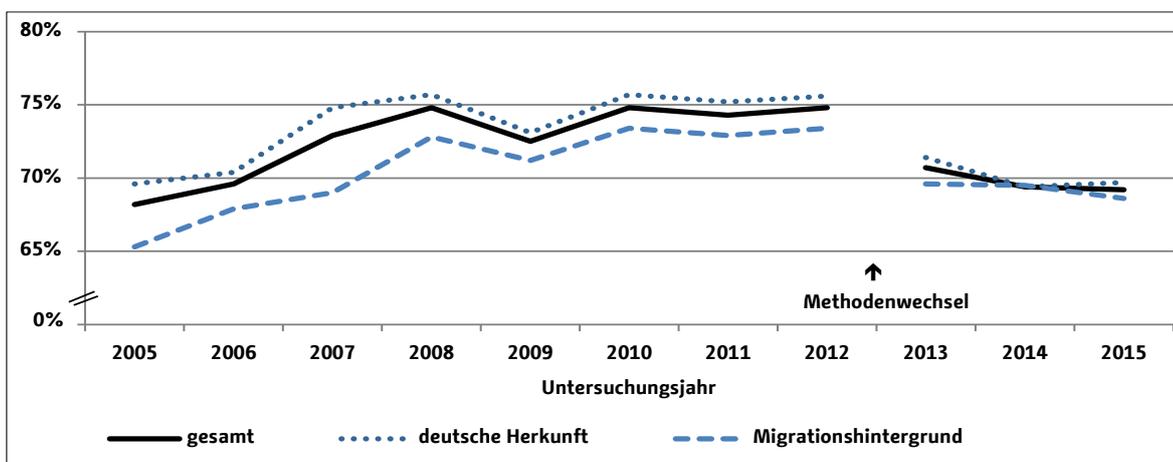
Zielsetzungen für diesen Indikator waren:

- Erhöhung des Anteils von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von 68 % im Jahr 2005 auf 75 % im Jahr 2011,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern deutscher Herkunft gegenüber Kindern mit Migrationshintergrund um die Hälfte, d. h. von 4 auf 2 Prozentpunkte,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern der unteren sozialen Schicht gegenüber Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht um die Hälfte, d. h. von 6 auf 3 Prozentpunkte.

Die Erhöhung des Anteils der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis auf 75 % wurde bereits 2008 mit 74,8 % nahezu erreicht. Der Wert erwies sich aber in den Folgejahren nicht als stabil und schwankte bis 2012 zwischen 72,5 % und 74,8 %. Durch den Methodenwechsel in 2013 kam es zu einem deutlichen Abfall von rund 4 Prozentpunkten im Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis, der im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass in der Grundgesamtheit zurückgestellte Kinder mit dem Testergebnis im Jahr ihrer Zurückstellung eingehen und nicht wie bis 2012 ein Jahr später im Jahr der Einschulung (vgl. Einleitung zu Kapitel 4.1). Der Trend in den Folgejahren bis 2015 zeigt eine weiterhin leicht rückläufige Entwicklung, sodass davon ausgegangen werden muss, dass sich die Körperkoordination der Kinder insgesamt unter Abzug der Effekte des Methodenwechsels nicht weiter verbessert hat, sondern stagniert (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8:

Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Körperkoordination gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



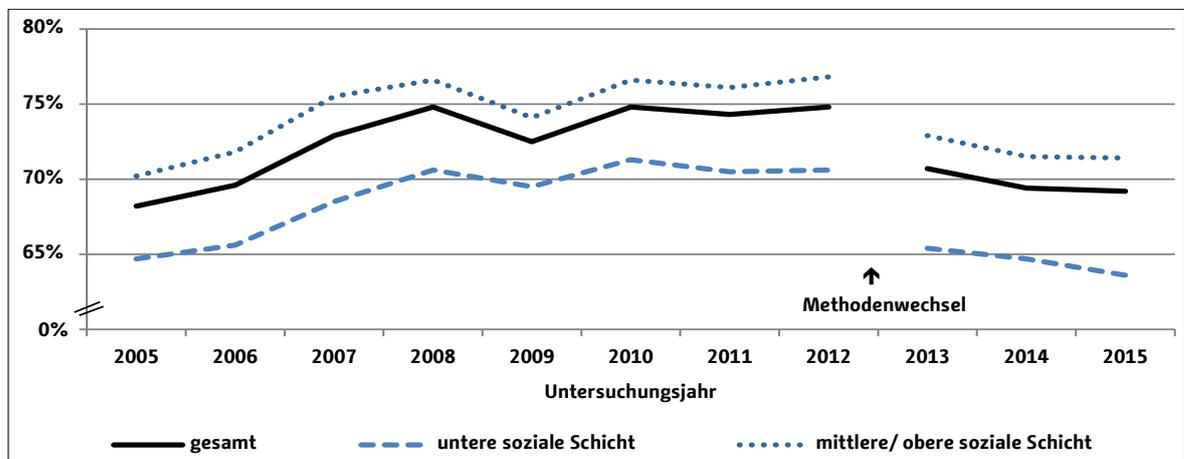
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund lag 2011 bei 2,3 Prozentpunkten und ist 2014 erstmals nicht mehr zu beobachten. Die Zielsetzung wurde damit erreicht, im weiteren zeitlichen Verlauf sogar übertroffen (vgl. Abbildung 8).

Die bereits zu Beginn des Zeitraumes bestehenden Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsgruppen waren hingegen nicht Zielparame-ter im Gesundheitszieleprozess. Während die Kinder türkischer und arabischer Herkunft sowie aus den westlichen Industriestaaten einen deutlich niedrigeren Anteil mit unauffälliger Körperkoordination aufwiesen, lag dieser Anteil bei den osteuropäischen Kindern und Kindern aus sonstigen Staaten auf dem Niveau der Kinder deutscher Herkunft. Im Zeitverlauf verbessern sich alle Herkunftsgruppen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Im Jahr 2015 liegt der Anteil unauffälliger Kinder in den Herkunftsgruppen sonstige und osteuropäische Staaten höher als in der deutschen Herkunftsgruppe und bei den Kindern aus westlichen Industriestaaten. Am niedrigsten ist der Anteil nach wie vor unter den Kindern arabischer und türkischer Herkunft.

Anders als die Unterschiede zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft sind die Unterschiede zwischen den Kindern der sozialen Schichten im Zeitverlauf größer geworden (vgl. Abbildung 9). In beiden Gruppen hat von 2005 bis 2012 der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bei gewissen jährlichen Schwankungen zugenommen und ist aufgrund des Methodenwechsels in 2013 deutlich abgefallen. Der Unterschied zwischen der unteren und den beiden oberen Schichten hat sich 2005 bis 2012 geringfügig vergrößert. Bis 2015 hat er weiter zugenommen und beträgt nun 7,8 Prozentpunkte.

Abbildung 9:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Körperkoordination gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Ebenso wie in anderen Handlungsfeldern des Gesundheitszieleprozesses wurde auch bei dem Thema Bewegung ein wesentlicher Ansatzpunkt im Setting Kita gesehen. Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von über zwei Jahren verfügen in allen Jahren in einem höheren Maße über eine unauffällige Körperkoordination als Kinder ohne bzw. mit einem kurzen Kitabesuch. Ihr Anteil steigt mit jedem zusätzlichen Kitabesuchsjahr an, was am ehesten darauf zurückzuführen sein dürfte, dass der Anteil von Kindern der unteren sozialen Schicht mit zunehmender Kitabesuchsdauer absinkt. Die zeitliche Entwicklung verläuft in den Gruppen parallel, d. h. auch unter den Kindern ohne bzw. mit nur kurzem Kitabesuch steigt der Anteil an Kindern mit unauffälliger Körperkoordination im entsprechenden Zeitfenster an und fällt bedingt durch den Methodenwechsel in 2013 wieder ab. Der Zusammenhang von längerer Kitabesuchsdauer und höherem Anteil unauffälliger Körperkoordination zeigt sich grundsätzlich

auch in den Subgruppen deutsche/nichtdeutsche Herkunft und den sozialen Schichten. Bemerkenswert ist, dass Kinder mit Migrationshintergrund und einem maximal zweijährigen Kitabesuch seit 2014 deutlich besser abschneiden als ihre deutschen Altersgenossen mit gleicher Kitabesuchsdauer. Eine Erklärung für dieses Phänomen lässt sich nicht ohne Weiteres aus den Daten ablesen.

Beim Vergleich nach sozialer Schicht ist der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination in der unteren sozialen Schicht mit einer mehr als zweijährigen Kitabesuchsdauer in etwa auf dem Niveau der Kinder aus der mittleren/oberen sozialen Schicht mit einer kurzen Kitabesuchsdauer. Der Abstand zwischen den Schichten vergrößert sich im Zeitverlauf bis 2012 unabhängig von der Kitabesuchsdauer, ab 2013 ist der Unterschied zwischen den Schichten bei längerem Kitabesuch deutlich größer als bei kürzerem Kitabesuch.

Aus den vorliegenden Daten der Einschulungsuntersuchungen lässt sich somit nicht ablesen, dass allein die Tatsache eines (längeren) Kitabesuchs sich positiv im Sinne des Gesundheitsziels auswirkt. Ein Urteil darüber, ob die gesundheitsförderlichen Ansätze oder Maßnahmen in den Kitas geeignet sind, die Körperkoordination insbesondere sozial benachteiligter Kinder zu verbessern, kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden, zumal die Teilnahme an Maßnahmen bei den Einschulungsuntersuchungen nicht erfasst wird. Auch in multivariaten statistischen Modellen⁵⁸ mit gleichzeitiger Berücksichtigung von sozialer Lage, Migrationshintergrund und Kitabesuch zeigt sich kein eindeutig signifikanter Einfluss der Kitabesuchsdauer auf die Ergebnisse im Bereich der Körperkoordination der Kinder.

Visuomotorik

Zielsetzungen für diesen Indikator waren:

- Erhöhung des Anteils von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von 73 % im Jahr 2005 auf 77 % im Jahr 2011,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern deutscher Herkunft gegenüber Kindern mit Migrationshintergrund um die Hälfte, d. h. von 12 auf 6 Prozentpunkte,
- Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern der unteren sozialen Schicht gegenüber Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht um die Hälfte, d. h. von 19 auf 9,5 Prozentpunkte.

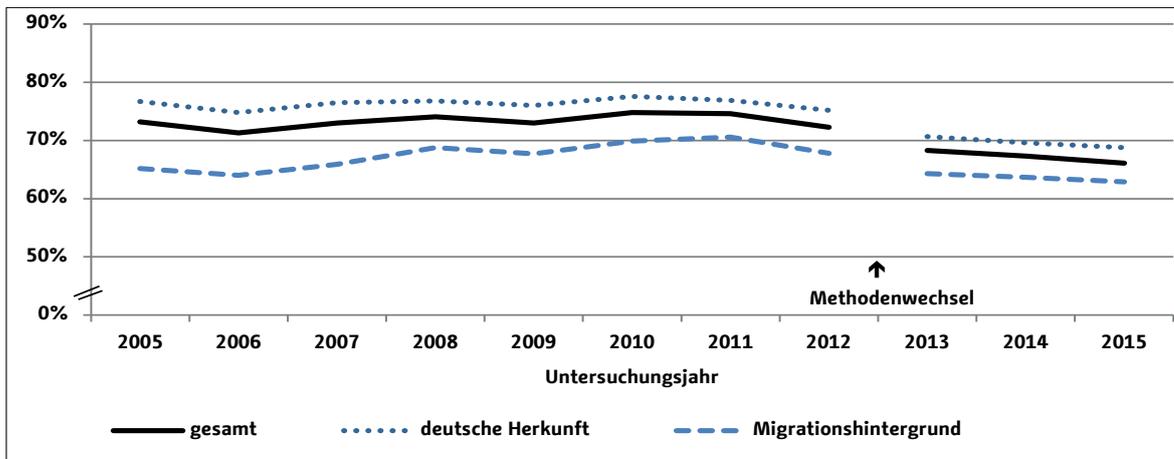
Der Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis in der Visuomotorik schwankte ohne eine eindeutige Tendenz von 2005 bis 2012 zwischen 71,3 % und 74,8 %. Die Erhöhung des Anteils der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis auf 77 % wurde im Zeitverlauf nicht erreicht. Durch den Methodenwechsel in 2013 kam es zu einem deutlichen Abfall von rund 4 Prozentpunkten im Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis, der im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass in der Grundgesamtheit zurückgestellte Kinder mit dem Testergebnis im Jahr ihrer Zurückstellung eingehen und nicht wie bis 2012 ein Jahr später im Jahr der Einschulung (vgl. Einleitung zu Kapitel 4.1). Der Trend in den Folgejahren bis 2015 zeigt eine weiterhin leicht rückläufige Entwicklung, sodass davon ausgegangen werden muss, dass sich die Visuomotorik der Kinder insgesamt unter Abzug der Effekte des Methodenwechsels nicht verbessert hat bzw. sogar eher in Richtung Verschlechterung tendiert (vgl. Abbildung 10).

Der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund lag 2014 und 2015 bei 5,9 Prozentpunkten, sodass diese Zielsetzung als erreicht anzusehen ist (vgl. Abbildung 10).

Wie auch bei den anderen Indikatoren waren die bereits zu Beginn des Zeitraumes bestehenden Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftgruppen nicht Zielparame-ter im Gesundheitszieleprozess.

⁵⁸ In den multivariaten Modellen wurde zusätzlich für Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung, Geschlecht und Geburtsgewicht als Parameter einer Frühgeburtlichkeit kontrolliert.

Abbildung 10:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Visuomotorik gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



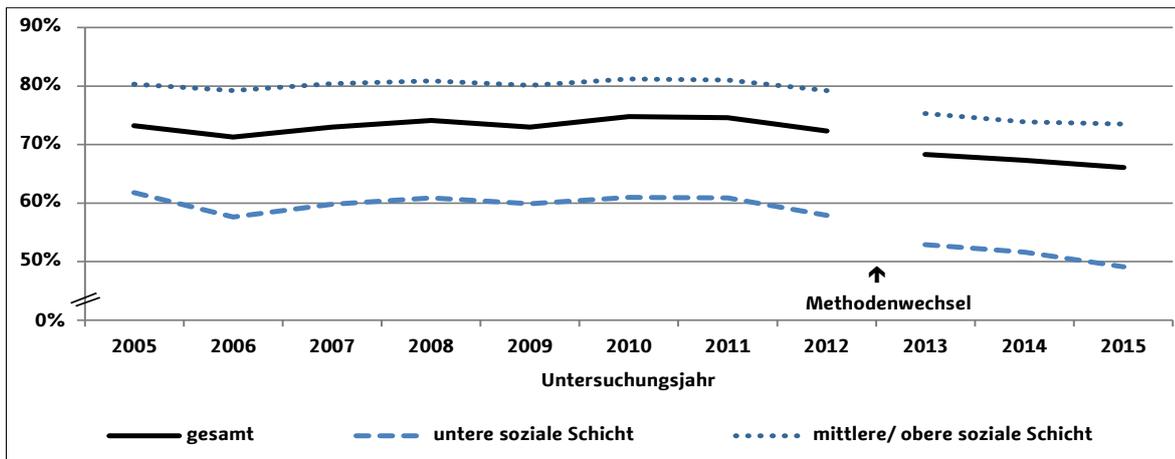
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Zu Beginn des betrachteten Zeitraums hatten deutsche Kinder und die Kinder aus westlichen Industriestaaten die höchsten Anteile unauffälliger Visuomotorik. Die Kinder aus den anderen Herkunftsgruppen wiesen z. T. deutlich niedrigere Anteile auf, am größten war der Abstand zu den Kindern arabischer Herkunft, von denen lediglich 51 % eine unauffällige Visuomotorik aufwiesen. Von 2005 bis 2015 verlief die zeitliche Entwicklung der Visuomotorikergebnisse bei den Kindern deutscher Herkunft, osteuropäischer Herkunft und türkischer Herkunft weitgehend parallel, sodass die Abstände zwischen den Gruppen im Wesentlichen gleich blieben. Der Anteil Kinder mit unauffälliger Visuomotorik aus sonstigen Staaten zeigte seit 2005 eine deutliche Verbesserung und erreichte 2010 das Niveau der Kinder deutscher Herkunft. Die Ergebnisse der Kinder aus westlichen Industriestaaten verbesserten sich im Zeitverlauf ebenfalls und liegen seit 2013 über denen der deutschen Kinder. Auch bei den Kindern arabischer Herkunft zeigt sich eine Verbesserung insbesondere von 2005 zu 2011, der Abstand zwischen ihnen und den Kindern deutscher Herkunft ist 2015 mit rund 17,5 Prozentpunkten jedoch weiterhin sehr groß.

Anders als die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hat der Unterschied zwischen den Kindern der sozialen Schichten sich im Zeitverlauf nicht verringert, sondern sogar deutlich zugenommen (vgl. Abbildung 11). Während die jährlichen Schwankungen in den beiden Gruppen bis 2011 weitgehend parallel verliefen, ist seit 2012 eine kontinuierliche Auseinanderentwicklung zu beobachten, sodass die Differenz 2015 rund 25 % beträgt und damit 6 Prozentpunkte größer ist als 2005. Bei der Analyse der drei sozialen Schichten wird deutlich, dass im Falle der Visuomotorik die Veränderungen in der unteren und mittleren Schicht weitgehend parallel verlaufen. Die Auseinanderentwicklung ist daher eher darauf zurückzuführen, dass die Ergebnisse der Kinder aus der oberen Schicht weitgehend stabil bleiben, sich hingegen in beiden anderen Gruppen verschlechtern. So hat der Unterschied zwischen der mittleren und oberen sozialen Schicht von 2005 bis 2015 von 7 % auf 12 %, der Unterschied zwischen der unteren und oberen sozialen Schicht im gleichen Zeitraum von 23 % auf 30 % zugenommen.

Ebenso wie in anderen Handlungsfeldern des Gesundheitszieleprozesses wurde auch bei dem Thema Bewegung ein wesentlicher Ansatzpunkt im Setting Kita gesehen. Kinder mit einer Kitabesuchsdauer von über zwei Jahren verfügen in allen Jahren in einem höheren Maße über eine unauffällige Visuomotorik als Kinder ohne bzw. mit einem kurzen Kitabesuch. Ihr Anteil steigt mit jedem zusätzlichen

Abbildung 11:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Visuomotorik gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Kitabesuchsjahr an, was am ehesten darauf zurückzuführen sein dürfte, dass der Anteil von Kindern der unteren sozialen Schicht mit zunehmender Kitabesuchsdauer absinkt. Die zeitliche Entwicklung verläuft in den Gruppen parallel.

Auch bei Differenzierung nach Migrationshintergrund zeigt sich, dass der Anteil der Kinder mit unauffälliger Visuomotorik mit längerer Kitabesuchsdauer zunimmt. In der Gruppe der Kinder mit keinem oder kurzem Kitabesuch sind ab 2013 keine relevanten Unterschiede zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund mehr zu beobachten. Eine Erklärung für dieses Phänomen lässt sich nicht ohne Weiteres aus den Daten ablesen.

Die schichtspezifischen Unterschiede im Anteil Kinder mit unauffälliger Visuomotorik sind ebenfalls auch in den Gruppen mit unterschiedlicher Kitabesuchsdauer zu finden. So nimmt der Abstand zwischen den sozialen Schichten auch bei Kindern mit einem Kitabesuch von mehr als 2 Jahren zu. Darüber hinaus fällt auf, dass Kinder aus der unteren sozialen Schicht und einer 2 Jahre und längeren Kitabesuchsdauer deutlich seltener über eine unauffällige Visuomotorik verfügen, als Kinder aus der mittleren/oberen sozialen Schicht, aber einer Kitabesuchsdauer von bis zu 2 Jahren. Der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen beträgt im Mittel rund 10 Prozentpunkte.

Mit längerem Kitabesuch nimmt der Anteil der Kinder aus der unteren sozialen Schicht ab. Dieser Effekt hat sich im Zeitverlauf von 2005 bis 2015 noch verstärkt. Im multivariaten statistischen Modell erweist sich die soziale Lage als stärkster Einflussfaktor auf die Visuomotorik der Kinder, wobei die Einflussstärke im Zeitverlauf sogar noch zugenommen hat.⁵⁹ Zwar ist im Unterschied zu den Analysen im Bereich der Körperkoordination ein gewisser Einfluss der Kitabesuchsdauer festzustellen, der Effekt ist aber deutlich geringer als der Einfluss der sozialen Lage.

Unterziel 2.2

Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.

Das Unterziel ist identisch mit dem Unterziel 1.2. Es wird daher auf den Abschnitt zum Unterziel 1.2 verwiesen.

⁵⁹ In den multivariaten Modellen wurde zusätzlich für Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung, Geschlecht und Geburtsgewicht als Parameter einer Frühgeburtlichkeit kontrolliert.

Unterziel 2.3

Die LeiterInnen und ErzieherInnen der Kitas sind über die wichtige Bedeutung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter informiert und aufgeklärt. Sie sind in Hinsicht auf Bewegung sowohl theoretisch als auch praktisch qualifiziert.

Indikatoren für das Unterziel sind der „Anteil der Teilnahme an Fortbildungen in Theorie und Praxis“ sowie die „Anzahl der Einrichtungen mit einem gesundheitsorientierten Profil bzw. einem bewegungsorientierten Ansatz“. Die Teilnahme an Fortbildungen sollte gemäß Zieleraster durch eine Teilnahmebestätigung oder ein Zertifikat nachgewiesen werden. Als weitere Qualifizierungsmöglichkeit ist auch ein Zertifikat im Bereich Bewegungserziehung (z. B. Zertifikatskurs Psychomotorik) benannt. Eine weitere Zielgröße ist, dass in jeder Kita mindestens ein/e Erzieher/in für den Bereich Bewegungsförderung qualifiziert sein soll. Zum zeitlichen Bezug ist festgelegt, dass in jeder Kita mindestens zwei Erzieherinnen pro Jahr an einer Fortbildung im Bereich Bewegungsförderung teilnehmen müssen.

Im Berliner Bildungsprogramm heißt es zum Handlungsfeld Bewegung: „Bewegung bildet die Grundlage für vielseitige Lernprozesse und ist Voraussetzung für die Entwicklung kognitiver, emotionaler, sozialer und sprachlicher Fähigkeiten. [...] Mädchen und Jungen werden ermutigt, in der Gemeinschaft aller Kinder vielfältige grob- und feinmotorische Bewegungserfahrungen zu sammeln. Sie werden dabei unterstützt, ihre Spiel- und Bewegungsräume zu erweitern. Ziel ist es, ihnen die Erfahrung von Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit zu ermöglichen. [...] Erholungsphasen sind ebenso wichtig wie aktive Phasen“ (vgl. BBP 2014, S. 69 f).

Nach der QVTAG verpflichten sich die Träger „für die pädagogischen Fachkräfte ihrer Kindertagesstätten Fortbildungsplanungen zu erstellen und umzusetzen. Diese Planungen sollen den durch interne und externe Evaluation ermittelten Qualifizierungsbedarf [...] beachten. Das Land Berlin verpflichtet sich das Fortbildungsangebot der landeseigenen Fortbildungsstätte dem Qualifizierungsbedarf der Kindertagesstätten fortlaufend anzupassen. Zu diesem Zweck erhebt die für Jugend zuständige Senatsverwaltung bei Trägern und Multiplikator(inn)en jährlich den vorhandenen Fortbildungsbedarf“ (vgl. QVTAG 2014, Abschnitt Maßnahmen, S. 4).

Im Rahmen der LGK-AG „Gesund aufwachsen“ konnte kein Akteur identifiziert werden, der über vollständige quantifizierbare Angaben zu Fortbildungen von pädagogischen Fachkräften in diesem Themenbereich verfügt. Die für die Erhebung der Daten für das Monitoring dieses Zielbereichs angedachte zentrale Koordinierungsstelle, welche die Umsetzung und Entwicklung anhand von Teilnahmenachweisen bzw. Kompetenznachweisen verfolgen sollte, wurde nicht eingerichtet. In Anbetracht der Vielzahl an Kitas und Trägern sowie an Anbietern von Fortbildungen in der Kindertagesbetreuung ist aus heutiger Sicht eine umfassende Quantifizierung schwierig. Auch würde eine quantitative Erhebung noch keine Aussage zur Qualität der Fortbildungen beinhalten.

Den Berliner Kitas stehen vielfältige Möglichkeiten zur Fortbildung im Bereich Bewegung zur Verfügung, so z. B. im Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut (SFBB; vgl. hierzu auch Ausführungen zum Unterziel 1.3.), im Landesprogramm für die gute gesunde Kita (LggK) mit seinen Partnern (z. B. Krankenkassen, Unfallkasse Berlin) sowie im Landessportbund (LSB). Die folgende Übersicht zeigt exemplarisch die Anzahl der Seminare und Teilnehmerzahlen, welche von der Unfallkasse Berlin im Bereich der Bewegungsförderung angeboten wurden (Tabelle 8).

Tabelle 8:
Anzahl der Seminare und die jeweilige Gesamtteilnehmeranzahl der Unfallkasse Berlin für Fachkräfte aus Kitas im Bereich Bewegungsförderung 2006 bis 2016

Jahr	Anzahl Seminare	Teilnehmende insgesamt
2006	29	411
2007	28	447
2008	25	476
2009	21	262
2010	28	315
2011	23	265
2012	12	168
2013	11	185
2014	12	192
2015	7	86
2016	10	146

(Quelle: Unfallkasse Berlin / Darstellung: SenGPG - I A -)

Auch Verbände wie Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt, Caritas, Verband Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder (VETK) und Dachverband Berliner Kinder- und Schülerläden (DaKS) bieten Fortbildungen an – die Träger und Kitas nutzen darüber hinaus noch weitere Anbieter.

Im Rahmen des Landesprogramms für die gute gesunde Kita wählten die Kitas der zweiten Umsetzungsphase als Zielthemen für Ihre Qualitätsentwicklung „Bewegungs- und Erfahrungsräume für Kinder gestalten“ und „Außenflächengestaltung“ an dritt- und vierthöchster Stelle. Zudem ist das Thema Bewegungsförderung durch naturnahe Außenflächengestaltung („Grün für die gute gesunde Kita“) ein wesentlicher Qualitätsentwicklungsbereich, zu dem am Landesprogramm teilnehmenden Kitas im Rahmen der zweijährigen Umsetzungsphase auch eine intensive Begleitung angeboten wird. Der Bereich zielt auf die Schaffung von naturnahen Erfahrungs-

und Spielräumen in den Kitas, die u. a. vielfältige Bewegungsanreize für die Kinder bieten. Das Programm „Grün macht Schule Kindergarten“ steht allen Berliner Kitas zur Verfügung.

Im Landesprogramm für die gute gesunde Kita wurden im Jahr 2013 und 2015 berlinweite Fachtage zum Thema „Naturnahe Außenflächen in Kitas – Grün für die gute gesunde Kita“ angeboten. Zu diesen Fachtagen meldeten sich 175 Teilnehmer/innen an.

Sowohl in den Analysen der Kita-Konzeptionen als auch in den Befragungen zur internen Evaluation in den Kitas (beides vom BeKi) ist das Themenfeld „Fort- und Weiterbildung“ gemäß der QVTAG ein Analysebereich. In beiden Fällen geht es jedoch nicht um quantifizierbare Angaben zu in Anspruch genommenen Fortbildungen, sondern im Sinne der Steuerung und Unterstützung des Systems darum, wie die laut QVTAG 3.5 geforderte Fortbildungsplanung von den Kita-Trägern ausgestaltet wird und welche Fortbildungsbedarfe pädagogische Fachkräfte benennen, um die Qualität ihrer Kita weiterzuentwickeln.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Möglichkeiten der Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften zum Themenfeld Bewegung zugenommen haben. Allerdings kann dieser Indikator nicht wie angedacht mit spezifischen Daten für den Bereich Bewegung unterlegt und seine Entwicklung und der Zielerreichungsgrad daher nicht beurteilt werden.

4.5. Handlungsfeld Sprache

Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Eine altersgerechte Sprachentwicklung und gute Deutschkenntnisse sind sowohl für den weiteren Bildungsweg von zentraler Bedeutung als auch für die gesamte kindliche Entwicklung wichtig und

haben darüber auch Auswirkungen auf die soziale und psychische Gesundheit.^{60,61} Sprache ist für Kinder ein Werkzeug für immer differenziertere Bildungsprozesse, für die Beteiligung an Entscheidungen, zum Ausdruck ihrer Bedürfnisse, Wünsche und Beschwerden. Sprachkompetenzen entwickeln sich grundsätzlich in der alltäglichen Interaktion mit Erwachsenen und anderen Kindern. Dies wird durch anregende Materialien und Aktivitäten sowie einen zugewandten Dialog und die Erfahrung, mit Sprache etwas bewirken zu können, unterstützt.

Wenn Einschränkungen einer altersgemäßen Sprachkompetenz vorliegen, wird zwischen Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen (SES) und Kindern mit mangelnden deutschen Sprachkenntnissen unterschieden, wobei dies oft schwierig ist, da die Auffälligkeiten sich zum Teil ähneln, die Ursachen jedoch unterschiedlich sind. Hier gilt es, dass medizinische und pädagogische Professionen zusammenwirken. Die Unterscheidung zwischen Sprachentwicklungsstörungen und mangelnden deutschen Sprachkenntnissen ist vor allem in Hinblick auf die Fördermaßnahmen relevant. Mangelnde Sprachkenntnisse können durch Sprachförderung verbessert werden, bei Sprachentwicklungsstörungen sind logopädische bzw. sprachheiltherapeutische Maßnahmen durchzuführen (Zitat nach⁶²). Bei sozial benachteiligten Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund werden häufiger unzureichende (deutsche) Sprachkenntnisse beobachtet, was auf die z. T. diesbezüglich anregungsärmeren Entwicklungsbedingungen zurückgeführt wird.⁶³

Die Häufigkeit spezifischer Sprachentwicklungsstörungen im Vorschulalter wird im deutschsprachigen Raum mehrheitlich mit 5-8 % angegeben.⁶⁴ Dabei sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen, wofür eine genetische Prädisposition mit Beeinträchtigung bestimmter Reifungsprozesse diskutiert wird.⁶⁵ Die potentiellen Ursachen sind vielfältig und umfassen sowohl medizinische Ursachen als auch soziokulturelle Faktoren.

Die Angaben über den Anteil der Kinder mit mangelnden (deutschen) Sprachkenntnissen schwanken zwischen 15 und 35 %⁶⁶, wobei berücksichtigt werden muss, dass die Publikation den Stand von 2007 wiedergibt und damit potenzielle Effekte der verstärkten Zuwanderung der letzten Jahre noch nicht berücksichtigt. Ein Migrationshintergrund bzw. Bilingualität in der Familie sind nicht per se Risikofaktoren, jedoch gibt es Hinweise darauf, dass unzureichende Sprachvorbilder in beiden oder einer der beiden Sprachen zu Schwierigkeiten beim Spracherwerb, im ungünstigsten Fall in beiden Sprachen führen können.⁶⁷

Unterziel 3.1

Der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist verringert.

Zu diesem Unterziel ist kein expliziter Indikator operationalisiert. Der Anteil soll über spezifische Parameter im vorschulischen Sprachtest gemessen werden. Ein zeitlicher Bezug wurde zunächst nicht festgelegt.

Das Berliner Bildungsprogramm beschreibt ausführlich wesentliche Aspekte der Sprache und Sprachbildung bei jüngeren Kindern (vgl. S. 16, S. 101 ff.). Dabei wird sprachliche Bildung als Querschnittsaufgabe verstanden, die alltagsintegriert erfolgt (BBP 2014, S. 109). Im BBP wird die Bedeutung der sprachlichen Bildung für den weiteren Bildungsverlauf betont.

⁶⁰ Sachse, S. (2005): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: W. von Suchodoletz (Hrsg.), Früherkennung von Entwicklungsstörungen, 155-189. Göttingen: Hogrefe.

⁶¹ Sachse, S. (2016): Frühe Sprachentwicklung und ihre Auffälligkeiten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164, 558-564.

⁶² Lisker, A. (2011): Additive Maßnahmen zur vorschulischen Sprachförderung in den Bundesländern. Expertise im Auftrag des Deutschen Jugendinstituts (DJI).

⁶³ Kany, W. & Schöler, H. (2007): Fokus Sprachdiagnostik. Leitfaden zur Sprachstandsbestimmung im Kindergarten. Berlin.

⁶⁴ Sachse, S. (2016): Frühe Sprachentwicklung und ihre Auffälligkeiten. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 164, 558-564.

⁶⁵ Sachse, S. (2005): Früherkennung von Sprachentwicklungsstörungen. In: W. von Suchodoletz (Hrsg.), Früherkennung von Entwicklungsstörungen, 155-189. Göttingen: Hogrefe.

⁶⁶ Schöler, H. & Welling, A. (Hrsg.) (2007): *Sonderpädagogik der Sprache - Band 1*. Göttingen.

⁶⁷ Zorowka, P.G. (2008): Sprachentwicklungsstörung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 156, 875-884.

In Berlin besteht seit 2008 für alle Kinder, die im übernächsten Schuljahr regelmäßig schulpflichtig werden, eine gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an dem vorschulischen standardisierten Sprachstandsfeststellungsverfahren (§ 55 Schulgesetz von Berlin). Die für Bildung und Jugend zuständige Senatsverwaltung führt ein laufendes Monitoring seit dem Zeitpunkt der Einführung der verpflichtenden Sprachstandserhebung durch. Die Zuständigkeit für die Durchführung des Verfahrens liegt für Kinder, die bereits eine Kita oder Kindertagespflegestelle besuchen, bei der für Jugend zuständigen Senatsverwaltung und wird in der Einrichtung durchgeführt, die das Kind zu dem Zeitpunkt besucht. Für Kinder, die zu diesem Zeitpunkt keine Kita oder Kindertagespflegestelle besuchen bzw. besucht haben, liegt die Zuständigkeit bei der für das Bildungswesen zuständigen Senatsverwaltung. Für diese Kinder bestimmt die jeweils zuständige Schulaufsichtsbehörde eine Einrichtung, in der das Verfahren durchgeführt wird.

Anders als bei den Einschulungsuntersuchungen wird im Bereich der Kindertagesstätten und Schulen nicht das Merkmal „nichtdeutsche Herkunft“, sondern das Merkmal „nichtdeutsche Herkunftssprache“ erhoben und verwendet. Daher können die nachfolgenden Ergebnisse auch nur nach diesem Merkmal differenziert werden.

Qualifizierte Stuserhebung Sprachentwicklung vierjähriger Kinder in Kitas und Kindertagespflege (QUASTA)

Die Erhebung des Sprachstandes der Kinder im Rahmen der QUASTA beruht auf der Lerndokumentation im Sprachlerntagebuch sowie dem Sprachlerntagebuch selbst und wird für jedes Kind anhand eines vierseitigen Erhebungsbogens dokumentiert. Pädagogische Fachkräfte greifen dabei auf die Beobachtungen und Dokumentationen zurück, die sie seit dem Eintritt des Kindes in die Kindertagesbetreuung gemacht haben. In der Handreichung zum Sprachlerntagebuch finden sich Erläuterungen für die pädagogischen Fachkräfte. Die Ergebnisse der Erhebung sind ab dem Jahr 2009 verfügbar.

Die Ergebnisse in Tabelle 9 zeigen, dass der Anteil von Kindern mit Sprachförderbedarf von 2009 bis 2015 - abgesehen von gewissen jährlichen Schwankungen von maximal 1,1 Prozentpunkten - auf einem Niveau von im Mittel 16,6 % stabil geblieben ist. Auch bei der Differenzierung nach Herkunftssprache⁶⁸ der Kinder bleiben die Anteile auf ihrem jeweiligen Niveau stabil. Dabei ist der Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf in der Gruppe der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache rund viermal so hoch wie in der Gruppe der Kinder deutscher Herkunftssprache.

Tabelle 9:
Zeitreihe Anteil von Kindern mit Sprachförderbedarf in Kindertageseinrichtungen in Berlin differenziert nach Herkunftssprache 2009 bis 2015 - Angaben in %

Jahr	Anzahl Kinder in Kindertageseinrichtungen			Anteil Kinder mit Sprachförderbedarf		
	gesamt	deutscher Herkunftssprache	nicht deutscher Herkunftssprache	gesamt	deutscher Herkunftssprache	nicht deutscher Herkunftssprache
2009	26.640	18.184	8.453	16,5	8,2	34,3
2010	26.451	17.972	8.479	17,1	9,2	33,7
2011	27.093	18.254	8.839	17,0	8,6	34,4
2012	28.728	19.526	9.202	16,3	8,1	33,7
2013	29.537	20.138	9.399	15,9	8,5	31,5
2014	29.849	20.167	9.682	16,6	8,5	33,3
2015	30.843	20.610	10.233	17,0	8,2	34,7

(Datenquelle: SenBJF / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

⁶⁸ Gemäß der Verordnung über die Schularten und Bildungsgänge der Sekundarstufe I (Sek-I VO) ist das Merkmal nichtdeutsche Herkunftssprache (ndH) wie folgt definiert: Schülerinnen und Schüler nichtdeutscher Herkunftssprache sind ungeachtet ihrer Staatsangehörigkeit Kinder und Jugendliche, deren Kommunikationssprache innerhalb der Familie nicht Deutsch ist. Diese Definition findet auch im Kita-Bereich in analoger Weise Anwendung.

Sprachstandsfeststellung der Kinder ohne bisherigen Kitabesuch mit Deutsch Plus 4

Eltern, deren Kinder zum Zeitpunkt der gesetzlich verpflichtenden Sprachstandsfeststellung keine Kita oder Einrichtung der Kindertagespflege besuchen, werden durch die zuständige Schulbehörde über die Pflicht ihres Kindes zur Teilnahme an dem Sprachstandsfeststellungsverfahren schriftlich informiert und aufgefordert, die Sprachstandsfeststellung in einer der durch die Schulaufsichtsbehörde benannten Tageseinrichtung der Jugendhilfe durchführen zu lassen (§ 5 Absatz 4 SprachFestFöV Berlin). Die Sprachstandsfeststellung mit dem standardisierten Instrument Deutsch Plus 4 wird in einer von der Schulaufsichtsbehörde benannten Tageseinrichtung der Jugendhilfe von den qualifizierten regionalen Sprachberaterteams durchgeführt.

Die Anzahl der Kinder, die zum Zeitpunkt der gesetzlich verpflichtenden Sprachstandsfeststellung keine Kita oder Einrichtung der Kindertagespflege besuchen und mit Deutsch Plus 4 getestet werden, ist vergleichsweise klein und liegt je nach Jahrgang zwischen rund 500 und 700 Kindern. Die Ergebnisse der Sprachstandsfeststellung werden nicht differenziert nach Herkunftssprache (deutsch/nicht deutsch) erhoben, da diese Information für das Verfahren selbst nicht relevant ist.

Interpretation der Ergebnisse zum Unterziel 3.1

Das Unterziel der Verringerung des Anteils von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht erreicht worden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich der Anteil der Kinder mit nichtdeutscher Herkunftssprache u. a. durch die gesteigerte Zuwanderung im betrachteten Zeitraum leicht erhöht hat. Kürzlich zugewanderte Kinder, die noch nicht lange in einer Kindertagesstätte betreut werden, werden jedoch naturgemäß eher einen Förderbedarf bezüglich der deutschen Sprache haben. Möglicherweise hat diese Zunahme an Förderbedarfen eine Abnahme im Anteil von Förderbedarfen von Kindern nichtdeutscher Herkunftssprache mit einem längeren Kitabesuch ausgeglichen. Diese Hypothese kann mit den vorliegenden Daten nicht bewiesen werden, da eine Differenzierung der Kinder nach Kitabesuchsdauer bisher nicht möglich ist.

Unterziel 3.2

Der Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist erhöht.

Als Indikatoren aus den Daten der Einschulungsuntersuchungen wurden für diesen Zielbereich die Screeningtestergebnisse Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen ausgewählt. Während der Test Pseudowörter nachsprechen als relativ sprachunabhängig gilt, ist dies für die Tests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen nicht gegeben, weshalb diese bei Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen ausgelassen werden können. Dies ist jedoch nur bei einer Minderheit dieser Kinder der Fall, in der Mehrzahl wird der Test durchgeführt und das Ergebnis auch dokumentiert.

Grad der Zielerreichung insgesamt

Zielsetzungen für diese Indikatoren waren die Erhöhung der Anteile von Kindern mit einem unauffälligen Ergebnis

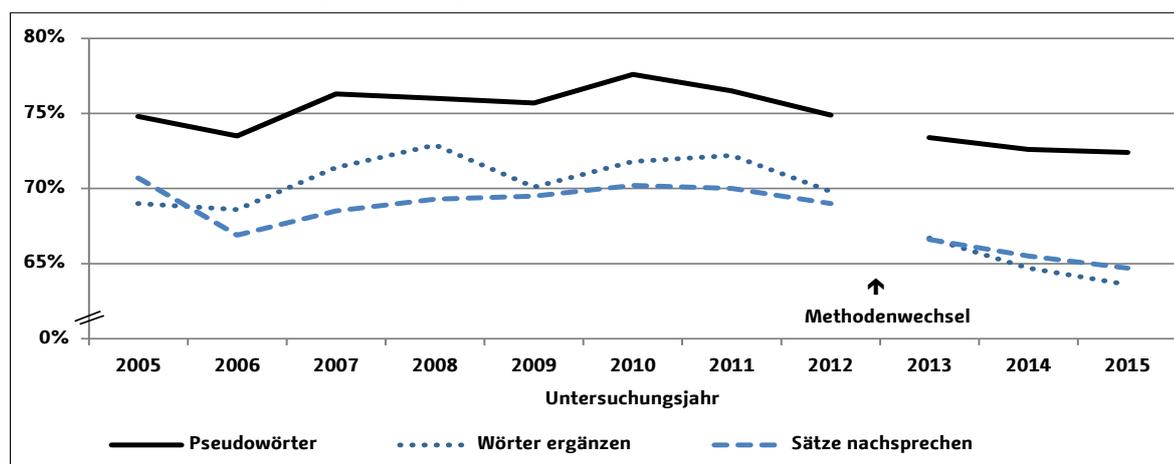
- im Test Pseudowörter nachsprechen von 75 % im Jahr 2005 auf 78 % im Jahr 2011,
- im Test Wörter ergänzen von 69 % im Jahr 2005 auf 71 % im Jahr 2011 und
- im Test Sätze nachsprechen von 71 % im Jahr 2005 auf 75 % im Jahr 2011.

Im Test Pseudowörter nachsprechen wurde die angestrebte Erhöhung des Anteils der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis auf 78 % bereits 2010 mit 77,6 % nahezu erreicht. Der Wert erwies sich aber in den Folgejahren nicht als stabil und sank bis 2012 wieder auf den Ausgangswert ab. Im

Test Wörter ergänzen steigt der Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis bis 2008 an. Die angestrebten 71 % Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis wurden bereits 2007 erreicht und 2008 überschritten. In der Folge zeigte sich jedoch, dass sich ein solcher Anstieg im Rahmen der Schwankungsbreite im Zeitverlauf bewegt und nicht Ausdruck einer dauerhaften Entwicklung ist. Insgesamt ist hier über den Zeitverlauf keine relevante Verbesserung zu beobachten. Der Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis im Test Sätze nachsprechen fällt unerklärlich von 2005 zu 2006 um 4 Prozentpunkte ab, steigt im weiteren Verlauf bis 2010 wieder leicht an, erreicht aber nicht mehr den Ausgangswert (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12:

Anteile der Kinder mit unauffälligen Ergebnissen in den Tests Pseudowörter nachsprechen, Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Durch den Methodenwechsel in 2013 kam es in allen drei Indikatoren zu einem Rückgang im Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis, der im Wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass in der Grundgesamtheit zurückgestellte Kinder mit dem Testergebnis im Jahr ihrer Zurückstellung eingehen und nicht wie bis 2012 ein Jahr später im Jahr der Einschulung (vgl. Einleitung zu Kapitel 4.1). Der Trend in den Folgejahren bis 2015 zeigt eine weiterhin leicht rückläufige Entwicklung. Somit ist für die Gesamtgruppe der Kinder die Zielsetzung lediglich für den Test Wörter ergänzen in den Jahren 2007, 2008, 2010 und 2011 vorübergehend erreicht worden, insgesamt aber im Bereich der Sprachentwicklung keine nachhaltige Verbesserung erkennbar. Die Ergebnisse in den Bereichen Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen tendieren sogar eher in Richtung Verschlechterung (vgl. Abbildung 12).

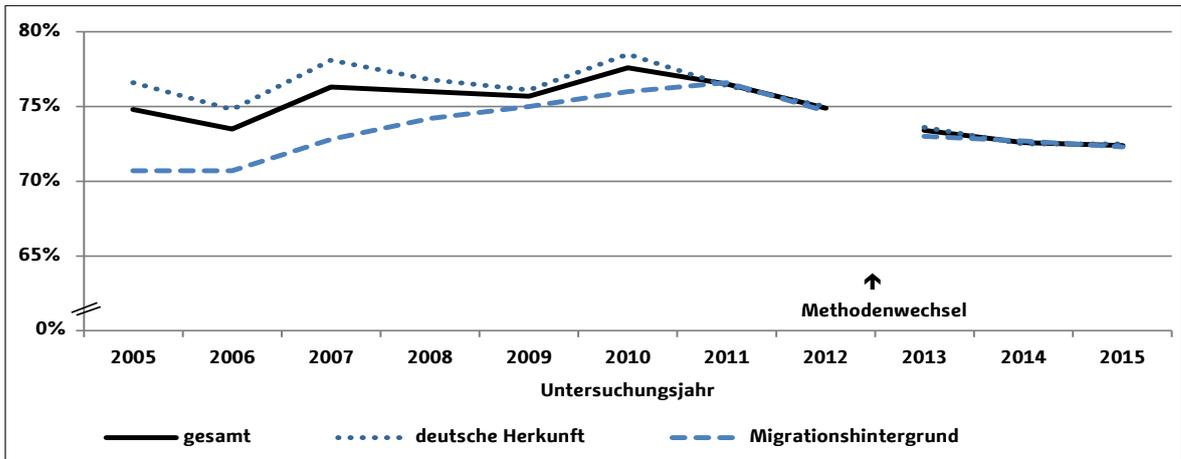
Abbau von Benachteiligung aufgrund eines Migrationshintergrundes

Zielsetzung war die Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern deutscher Herkunft gegenüber Kindern mit Migrationshintergrund um die Hälfte, d. h.

- im Test Pseudowörter nachsprechen von 6 auf 3 Prozentpunkte,
- im Test Wörter ergänzen von 28 auf 14 Prozentpunkte und
- im Test Sätze nachsprechen von 40 auf 20 Prozentpunkte.

Im Test Pseudowörter nachsprechen ist der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund seit 2011 mit diskreten Schwankungen nicht mehr vorhanden. Die Zielsetzung wurde damit erreicht, im weiteren zeitlichen Verlauf sogar übertroffen (vgl. Abbildung 13).

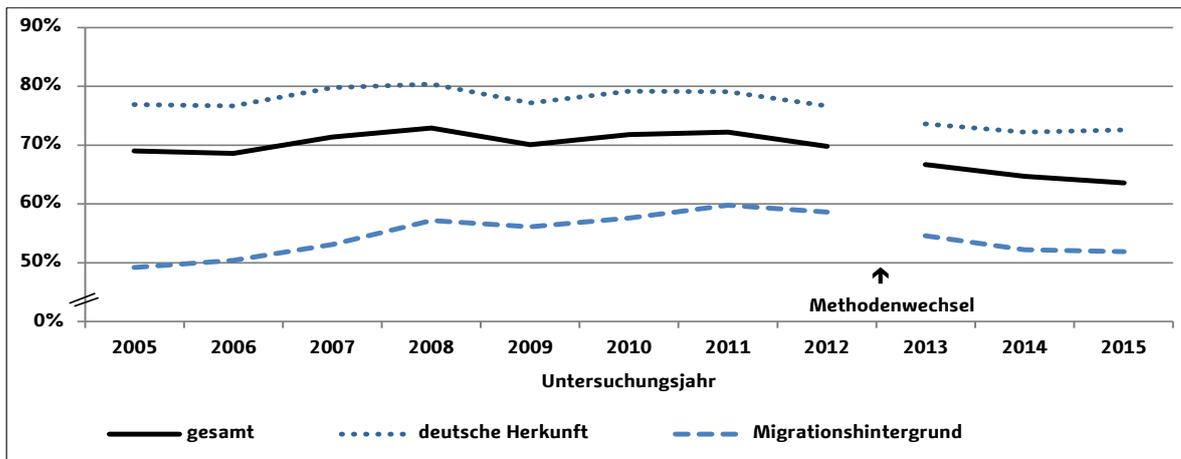
Abbildung 13:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Pseudowörter nachsprechen gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Auch im Test Wörter ergänzen ging der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund bis 2012 auf rund 18 Prozentpunkte zurück, stieg allerdings seitdem wieder leicht auf rund 21 Prozentpunkte in 2015 an (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Wörter ergänzen gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %

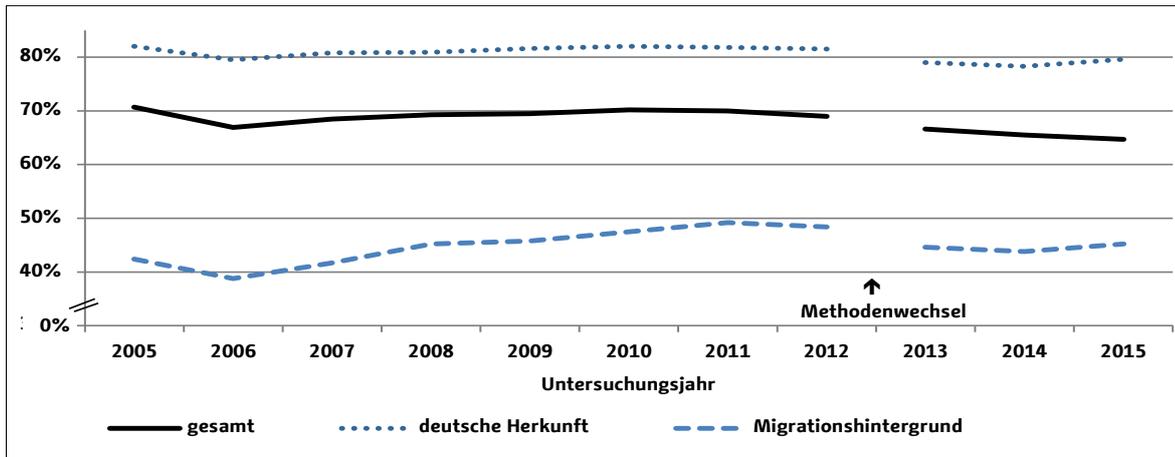


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Test Sätze nachsprechen sank bis 2011 auf rund 33 Prozentpunkte und stieg seitdem wieder leicht auf rund 35 Prozentpunkte in 2015 an (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15:

Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Sätze nachsprechen gesamt und nach Migrationshintergrund bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Es fand somit bezüglich der von der Muttersprache abhängigen Tests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen eine zwischenzeitliche, nicht stabile Annäherung an das Ziel einer Halbierung des Unterschieds statt, das eigentliche Ziel wurde aber nicht erreicht. In allen drei Tests im Bereich der Sprachentwicklung kommt die Verringerung der Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund dadurch zustande, dass der Anteil der Kinder mit unauffälligem Testergebnis in der Gruppe mit Migrationshintergrund im Zeitverlauf von 2005 bis 2012 zugenommen hat, in der Gruppe der Kinder deutscher Herkunft dagegen nicht.

Die bereits zu Beginn des Zeitraumes bestehenden Unterschiede zwischen einzelnen Herkunftsgruppen waren hingegen nicht Zielparame-ter im Gesundheitszieleprozess. In allen Herkunftsgruppen sind jährliche Schwankungen zu beobachten, die sich nicht immer ohne Weiteres erklären lassen. Während die deutsche Herkunftsgruppe im Zeitverlauf in allen drei Tests im Bereich der Sprachentwicklung unter Berücksichtigung des Methodenwechsels im Wesentlichen gleichbleibende Ergebnisse zeigt, ergeben sich in den verschiedenen Herkunftsgruppen teils deutliche Veränderungen. Dabei zeigt sich ein deutliches Gefälle zwischen den einzelnen Sprachtests. Während die Kinder deutscher Herkunft beim sprachunabhängigen Test Pseudowörter nachsprechen eher im Mittelfeld rangieren und sich insbesondere die Kinder der arabischen Herkunftsgruppe und aus westlichen Industriestaaten deutlich verbessert haben, schneiden die Kinder deutscher Herkunft in den Subtests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen erwartungsgemäß am besten ab, gefolgt von den Kindern aus westlichen Industriestaaten. Die Kinder osteuropäischer Herkunft und aus sonstigen Staaten liegen gemeinsam im Mittelfeld, die Kinder türkischer und arabischer Herkunft weisen – nach einer zwischenzeitlichen deutlichen Verbesserung – ab 2014 wieder die schlechtesten Testergebnisse auf, die sich nahe den Ausgangswerten bewegen.

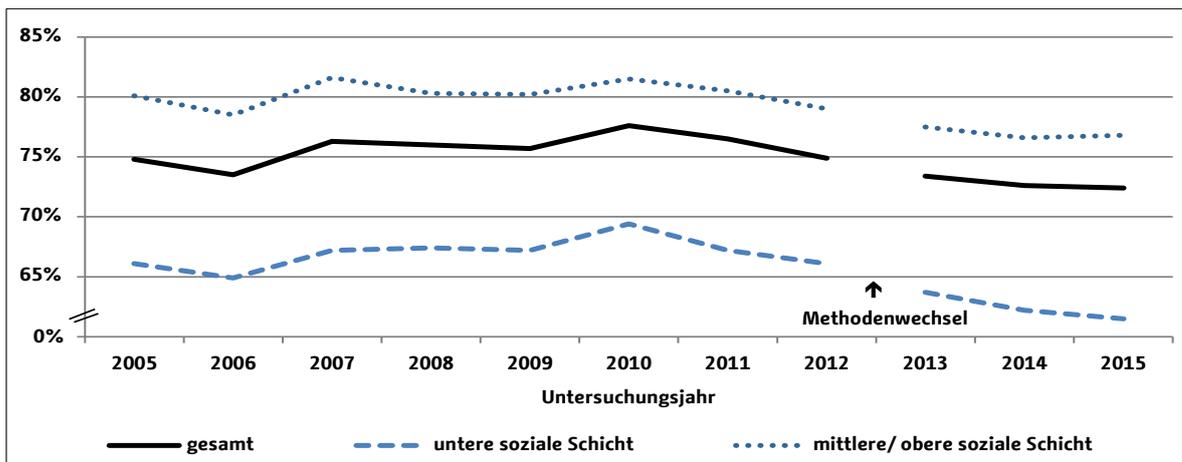
Die Veränderungen in den letzten Jahren lassen sich nur teilweise durch das aktuelle Zuwanderungsgeschehen erklären (z. B. im Falle arabischer Kinder), für Kinder türkischer Herkunft greift dieser Erklärungsansatz nicht, da hier keine gestiegene Zuwanderung zu beobachten ist.

Abbau von Benachteiligung aufgrund der sozialen Lage

Zielsetzung war die Reduktion des Unterschieds im Anteil von Kindern mit einem unauffälligen Testergebnis von Kindern der unteren sozialen Schicht gegenüber Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht um die Hälfte, d. h.

- im Test Pseudowörter nachsprechen von 14 auf 7 Prozentpunkte,
- im Test Wörter ergänzen von 23 auf 11,5 Prozentpunkte und
- im Test Sätze nachsprechen von 28 auf 14 Prozentpunkte.

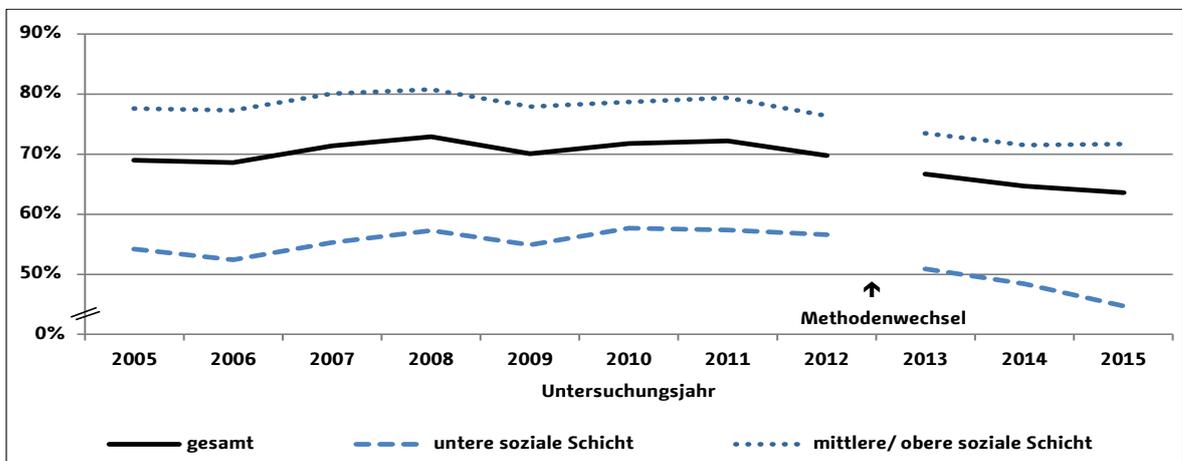
Abbildung 16:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Pseudowörter nachsprechen gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Im Test Pseudowörter nachsprechen gibt es im Gegensatz zur Aufhebung der Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund keine Angleichung zwischen den Kindern der sozialen Schichten, tendenziell sogar eine weitere Auseinanderentwicklung im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 16). Der zeitliche Verlauf ist in beiden Gruppen nahezu parallel, 2015 liegt die Differenz mit 15,3 Prozentpunkten über dem Ausgangswert von 14 Prozentpunkten in 2005. Das angestrebte Ziel wurde somit nicht erreicht.

Abbildung 17:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Wörter ergänzen gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %

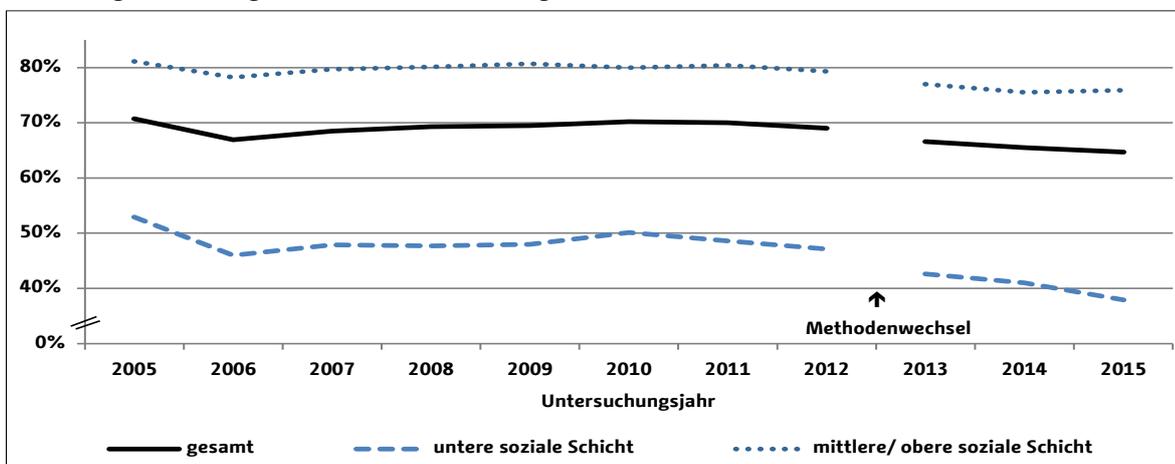


(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Der Unterschied zwischen den Kindern der sozialen Schichten im Test Wörter ergänzen hat zunächst bis 2012 um rund 4 Prozentpunkte abgenommen, was hauptsächlich auf eine Verbesserung der Kinder aus der unteren sozialen Schicht zurückzuführen ist. Nach 2012 ist diese Entwicklung jedoch deutlich rückläufig. Die Differenz liegt 2015 bei 27 Prozentpunkten und damit deutlich über dem Ausgangswert von 2005 (vgl. Abbildung 17). Auch dies ist wie die Verbesserung zuvor hauptsächlich auf eine Verschlechterung in den Ergebnissen der Kinder aus der unteren sozialen Schicht zurückzuführen.

Im Test Sätze nachsprechen hat sich der Unterschied zwischen den Kindern der sozialen Schichten im Zeitverlauf nicht verringert, sondern sogar deutlich zugenommen (vgl. Abbildung 18). Während die jährlichen Schwankungen in den beiden Gruppen in ihrer Richtung parallel verliefen, ist jedoch von Anfang an eine nahezu kontinuierliche Auseinanderentwicklung zu beobachten, sodass die Differenz 2015 rund 38 Prozentpunkte beträgt und damit 10 Prozentpunkte größer ist als 2005.

Abbildung 18:
Anteile der Kinder mit unauffälligem Testergebnis Sätze nachsprechen gesamt und nach sozialer Schicht bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2015 - Angaben in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Bei der ergänzenden Analyse der drei sozialen Schichten wird deutlich, dass die Unterschiede zwischen der unteren und mittleren Schicht in allen drei Testbereichen etwa doppelt so groß sind wie zwischen der mittleren und oberen Schicht. Im Test Sätze nachsprechen ist die Konstanz der (guten) Ergebnisse in der oberen sozialen Schicht zudem am größten, während die jährlichen Schwankungen in der unteren und mittleren Schicht bis 2012 weitgehend parallel verlaufen. Ab 2013 fällt eine deutlich negativere Entwicklung der Testergebnisse bei Kindern aus der unteren sozialen Schicht auf.

Effekte im Setting Kita

Gerade im Handlungsfeld Sprache wird den Fördermöglichkeiten im Setting Kita große Bedeutung beigemessen, zumal die ersten fünf Lebensjahre für den Spracherwerb als entscheidend angesehen werden. Tatsächlich zeigt sich in allen drei Sprachtests eine Zunahme im Anteil von Kindern mit unauffälligem Testergebnis mit zunehmender Kitabesuchsdauer. Dabei kristallisiert sich die – relativ kleine – Gruppe mit kurzem Kitabesuch bis zu einem Jahr als Risikogruppe heraus, die teils noch schlechtere Ergebnisse aufweist als die Gruppe ohne Kitabesuch. Dies kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass sich in dieser Gruppe auch die Kinder befinden werden, die aufgrund eines auffälligen Ergebnisses in der Sprachstandserhebung zur Teilnahme an der vorschulischen Sprachförderung verpflichtet wurden.

Im Test Pseudowörter nachsprechen verläuft die zeitliche Entwicklung der Ergebnisse in den Kitabesuchsgruppen parallel, wobei die Testergebnisse der Kinder deutscher Herkunft stagnieren, während sich die Testergebnisse der Kinder mit Migrationshintergrund mit und ohne Kitabesuch im Zeitverlauf verbessert haben. Im Unterschied dazu weisen die Ergebnisse im Test Wörter ergänzen bei Kindern mit und ohne Migrationshintergrund mit längerem Kitabesuch eine positivere zeitliche Entwicklung auf als mit kurzem oder keinem Kitabesuch. Im Test Sätze nachsprechen ist nur in der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund eine positivere Entwicklung der Testergebnisse mit längerem Kitabesuch zu erkennen. Zusammengefasst zeigen sich in den komplexeren Sprachtests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen positive Effekte des Kitabesuchs vornehmlich für Kinder mit Migrationshintergrund.

Bezüglich der sozialen Schichten zeigen sich in der Gruppe der Kinder mit längerem Kitabesuch ausgeprägtere Unterschiede als bei Kindern mit kurzem oder keinem Kitabesuch, hinsichtlich der Tests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen sogar im Zeitverlauf noch eine Auseinanderentwicklung der sozialen Schichten in der Gruppe mit längerem Kitabesuch. Somit kann mit den vorliegenden Daten der Einschulungsuntersuchungen ein sozialkompensatorischer Effekt des Kitabesuchs im Sinne des formulierten Unterziels zum Abbau von Benachteiligung im Handlungsfeld Sprache nicht festgestellt werden. Dies ist u. a. damit zu erklären, dass Kinder aus der mittleren/oberen sozialen Schicht in ihrer Sprachentwicklung ebenfalls deutlich vom Kitabesuch profitieren.

Ergebnisse multivariater Analysen

Die multivariaten Analysen zeigen einen deutlichen und signifikanten Einfluss der sozialen Schicht auf die Sprachtestergebnisse der Kinder, der bezüglich des Tests Sätze nachsprechen am stärksten ist und im Zeitverlauf auch noch zunimmt.⁶⁹ Der Kitabesuch hat dagegen geringeren, jedoch meist ebenfalls signifikanten Einfluss auf die Sprachtestergebnisse. Dabei kristallisieren sich im Zeitverlauf zunehmend die Gruppen mit kürzerem Besuch, insbesondere die Gruppe mit einem Kitabesuch von unter einem Jahr zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung, als Risikogruppe heraus. Im Test Pseudowörter nachsprechen schneiden Kinder mit Migrationshintergrund und guten Deutschkenntnissen besser ab als Kinder deutscher Herkunft, lediglich Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen von Kind und begleitendem Elternteil sind benachteiligt. Hingegen erweist sich in den beiden stärker von der Muttersprache abhängigen Tests Wörter ergänzen und Sätze nachsprechen der Migrationshintergrund in Verbindung mit unzureichenden Deutschkenntnissen – nicht überraschend – als stärkster Risikofaktor, dessen Bedeutung im Zeitverlauf bezüglich des Tests Sätze nachsprechen sogar noch zunimmt. Daher muss bei der Interpretation dieser Sprachtestergebnisse berücksichtigt werden, dass hier bei Kindern mit Migrationshintergrund nicht die sprachliche Entwicklung abgebildet wird, sondern vorwiegend ihre Kenntnisse der deutschen Sprache.

⁶⁹ In den multivariaten Modellen wurde zusätzlich für Alter zum Zeitpunkt der Untersuchung, Geschlecht und Geburtsgewicht als Parameter einer Frühgeburtlichkeit kontrolliert.

Unterziel 3.3

Möglichst alle Kinder besuchen während der 2 Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita.

Zu diesem Unterziel ist kein expliziter Indikator operationalisiert. Die Anzahl der Kinder mit einem entsprechenden Kitabesuch soll der Kita-Statistik entnommen werden. Der zeitliche Bezug sollte durch die für Bildung und Jugend zuständige Senatsverwaltung festgelegt werden.

Für den Indikator wurde durch die für Jugend zuständige Senatsverwaltung eine Auswertung des Datenbestandes im Kita-Fachverfahren vorgenommen. Aufgrund der Datenlage in der Kita-Statistik war eine Auswertung ab den Vertragsdaten 2007 und somit für das Einschulungsjahr 2009/2010 möglich. Es wurden die Kinder ermittelt, deren Kita-Vertrag am 30.06. oder 31.07.⁷⁰ des Jahres endete, in dem die Kinder aufgrund ihres Alters schulpflichtig wurden oder bereits waren, und für die kein Folgevertrag abgeschlossen wurde. Aus der Datenlage ist nicht ersichtlich, ob mit Vertragsende auch tatsächlich eine Einschulung verbunden ist oder ggf. das Vertragsende auf einen Wohnortwechsel zurückzuführen ist. Die hierdurch potentiell bestehende Möglichkeit von Verzerrungen wird mit Blick auf die große Gesamtzahl jedoch als vernachlässigbar eingestuft. Als Bezugsgröße zur Berechnung des Anteils der Kinder, die während der zwei Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita besucht haben, wurde die Anzahl der zum jeweiligen Schuljahr in öffentlichen und privaten Schulen eingeschulten Kinder aus dem Bereich der Schulstatistik von der für Bildung zuständigen Senatsverwaltung bereitgestellt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10:
Zeitreihe Anteil der Kinder, die während der 2 Jahre vor Schuleintritt eine Berliner Kita besucht haben, an den eingeschulten Kindern - Angaben in %

Schuljahr	eingeschulte Kinder (n =)	Anteil Kinder mit 2-jährigem Kitabesuch
2009/2010	26.950	83,0
2010/2011	27.702	84,3
2011/2012	27.843	85,5
2012/2013	28.639	84,8
2013/2014	29.967	85,3
2014/2015	30.975	84,5
2015/2016	31.431	84,5

(Datenquelle: SenBJF / Berechnung und Darstellung: SenGPG - I A -)

Im Mittel haben 84,6 % der Kinder 2 Jahre vor Schuleintritt durchgehend eine Kita besucht. Der Anteil ist mit gewissen kleineren Schwankungen über die Schuljahre stabil.

Interpretation der Ergebnisse zum Unterziel 3.3

Das angestrebte Ziel, dass alle Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung zwei Jahre eine Kita besucht haben, wurde nicht erreicht. Die Größenordnung von rund 85% ist in etwa mit der aus den jährlichen Einschulungsuntersuchungen vergleichbar, nach denen der Anteil der Kinder mit einem über 2-jährigen Kitabesuch im Mittel bei 88 % liegt. Letztere beziehen sich auf die Kitabesuchsdauer zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung und basieren auf Angaben der Eltern, womit sie gewissen Verzerrungen unterliegen dürften (z. B. Recall-Bias, Rundungseffekte). Andererseits gehen in die Daten der Kitastatistik naturgemäß nicht die Kinder ein, die in den letzten zwei Jahren vor Schulbeginn nach Berlin zugezogen sind und bereits am früheren Wohnort eine Kita besucht haben und auch nicht Berliner Kinder, die eine Kita im Berliner Umland besucht haben, sodass eine gewisse Unterschätzung des Anteils auf der Basis der Daten der Kitastatistik wahrscheinlich ist.

Ein mindestens zweijähriger Kitabesuch von möglichst allen Kindern vor Schuleintritt stellt ein sehr hoch gestecktes Ziel dar. Zum einen haben Eltern die Wahlfreiheit, ob sie ihre Kinder in eine Fremdbetreuung geben oder sie selbst betreuen möchten, die zwar durch Anreizsysteme wie die beitragsfreien Kitajahre

⁷⁰ Beendigungen zum 30.6. erfolgen auch aufgrund einer finanziellen Ersparnis für einen Monat vor Einschulung

in gewissem Rahmen beeinflussbar ist, jedoch grundsätzlich auch gegenteilige Entscheidungen der Eltern zulässt. Über die Beweggründe von Eltern für eine solche Entscheidung kann nur spekuliert werden. Jenseits der Wahlfreiheit können zum anderen kürzlich zugewanderte Kinder bis zur Einschulung keine zweijährige Kitabesuchsdauer aufweisen. Der Anteil dieser Kinder ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen: so stieg der Anteil nicht in Deutschland geborener Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen von 3,4 % in 2010 auf 8,1 % in 2015 an. Korrespondierend dazu ist der Anteil der nicht in Deutschland geborenen Kinder in den Gruppen der Kinder mit keinem oder mit maximal halbjährigem Kitabesuch von 2010 bis 2015 von 17 % auf rund 59 % bzw. von rund 26 % auf rund 62 % angestiegen. Vor diesem Hintergrund kann zumindest konstatiert werden, dass der Anteil der Kinder mit einer mindestens zweijährigen Kitabesuchsdauer trotz der verstärkten Zuwanderung konstant gehalten werden konnte.

4.6. Sozialräume mit Handlungsbedarf

Im Jahr 2008 beschloss die Landesgesundheitskonferenz, die Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder exemplarisch in drei Sozialräumen zur erproben, in denen ein dringender Handlungsbedarf identifiziert wurde: Gesundbrunnen, Kreuzberg Nord und Reinickendorf-Ost.⁷¹ Diese Prognoseräume waren ausgewählt worden, weil in ihnen in allen drei Handlungsfeldern des Gesundheitszieleprozesses ein sehr hoher Anteil an Kindern mit auffälligen Entwicklungsbefunden zu verzeichnen war. Die Entwicklung der Gesundheitsindikatoren aus den Einschulungsdaten in diesen Räumen wurde im Zeitverlauf beobachtet.

In den drei als Modellregionen mit Handlungsbedarf identifizierten Prognoseräumen sind die benachteiligten Gruppen im Vergleich zu Berlin gesamt überproportional stark vertreten. Die Entwicklungen der sozialen Lage und der Migrationsmerkmale von 2005 bis 2015 stellen sich folgendermaßen dar:

Gesundbrunnen hatte im Ausgangsjahr 2005 den zweithöchsten Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund (75 %) von allen 60 Berliner Prognoseräumen. Dieser ist im Zeitverlauf weiter auf 86 % im Jahr 2014 gestiegen und betrug 2015 84 %. Die insgesamt größte Herkunftsgruppe der türkischen Kinder ist im Zeitverlauf kleiner geworden, während die arabische und osteuropäische Herkunftsgruppe wie auch die westlichen Industriestaaten hohe Zuwachsraten aufweisen. Zwei Drittel der Kinder gehörten 2005 der unteren sozialen Schicht an. Dieser Anteil hat sich bis 2015 deutlich auf gut 50 % verringert, der Anteil der Kinder in der oberen sozialen Schicht entsprechend erhöht. Die Verbesserung der sozialen Lage ist allerdings in der osteuropäischen und türkischen Herkunftsgruppe nur eingeschränkt bis gar nicht zu beobachten. Einen Kitabesuch von mehr als zwei Jahren Dauer hatten 2005 rund 64 % der Kinder, dieser Anteil erhöhte sich bis 2015 deutlich auf rund 78 %.

In **Kreuzberg Nord** war der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund 2005 berlinweit am höchsten (80 %). Auch hier ist der Anteil im Zeitverlauf bis 2012 auf 89 % noch weiter angestiegen, seitdem jedoch wieder rückläufig und liegt 2015 bei 85 %. Auch hier ist die türkische Herkunftsgruppe am größten, den stärksten Zuwachs über die Zeit verzeichnet die arabische Herkunftsgruppe. Im gesamten Zeitverlauf von 2005 bis 2015 gehören jeweils etwa zwei Drittel der Kinder der unteren sozialen Schicht an. Damit nimmt Kreuzberg Nord ab 2011 den letzten Rangplatz der 60 Berliner Prognoseräume ein. Hat sich die soziale Lage der Kinder deutscher Herkunft im Zeitverlauf noch sichtbar verbessert, so ist in allen anderen Herkunftsgruppen eine Stagnation bzw. Verschlechterung zu beobachten. Der Anteil der Kinder mit einem Kitabesuch von über zwei Jahren stieg von 71 % im Jahr 2005 auf 83 % im Jahr 2015 an.

⁷¹ Fachstelle für Gesundheitsförderung (2008). Dokumentation der 5. Landesgesundheitskonferenz Berlin. Im Internet abrufbar unter: https://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheit/dokumentation_lgk_2008_1_.pdf

In **Reinickendorf-Ost** lag der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund 2005 mit 40 % zehn Prozentpunkte über dem Berliner Durchschnitt und ist bis 2015 sehr deutlich auf 65 % gestiegen. Die größte Herkunftsgruppe stellen durchgehend die Kinder deutscher Herkunft, den stärksten Zuwachs weist die osteuropäische Herkunftsgruppe auf, die 2015 erstmals größer ist als die türkische. 2005 gehörte die Hälfte der Kinder der unteren sozialen Schicht an, dieser Anteil hat sich bis 2015 um fünf Prozentpunkte verringert. Die Verringerung des Anteils von Familien der unteren sozialen Schicht ist allerdings nur in den Herkunftsgruppen deutsch, türkisch und sonstige Staaten zu beobachten. Der Anteil der Kinder mit längerem Kitabesuch von über zwei Jahren lag 2005 bis 2011 etwa in der gleichen Größenordnung wie für Berlin insgesamt, sank aber dann wieder auf 82 % im Jahr 2015 ab.

Auch die zeitliche Entwicklung der Zielindikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen ist in den jeweiligen Räumen etwas unterschiedlich verlaufen.

Der Anteil normalgewichtiger Kinder liegt in den drei Prognoseräumen im gesamten Zeitverlauf niedriger als in Berlin insgesamt, allerdings ist er im Zeitraum von 2005 bis 2015 in den drei Prognoseräumen um jeweils ca. drei Prozentpunkte gegenüber dem Ausgangswert angestiegen. Bemerkenswert ist ein im Vergleich zu ganz Berlin stärkerer Rückgang des Anteils übergewichtiger Kinder im Prognoseraum Gesundbrunnen. Bei insgesamt positiver Entwicklung im Sinne des Gesundheitsziels nehmen die drei betrachteten Räume bezüglich des Körpergewichts der Kinder in der Rangreihe der Prognoseräume in Berlin nach wie vor hintere Plätze ein, wobei Gesundbrunnen und Reinickendorf-Ost sich im Zeitverlauf um einige Rangplätze verbessern konnten.

Bezüglich des Zielindikators Körperkoordination weisen die drei Prognoseräume eine sehr heterogene Ausgangslage auf. Während im Jahr 2005 Gesundbrunnen mit einem Anteil von 82 % Kindern mit unauffälliger Körperkoordination deutlich über dem Berliner Durchschnitt lag, lagen Reinickendorf-Ost leicht und Kreuzberg mit nur 42 % Kindern mit unauffälliger Körperkoordination deutlich darunter. Im Zeitverlauf bis 2015 ist allerdings in Gesundbrunnen der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination deutlich auf 65 % abgesunken, wodurch sich dieser Prognoseraum auch in der Rangreihe erheblich verschlechtert. In Reinickendorf-Ost und besonders in Kreuzberg Nord hat dagegen der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination zugenommen und liegt 2015 mit 73 % (Reinickendorf-Ost) bzw. 70 % (Kreuzberg Nord) sogar über dem Berliner Durchschnitt. Inwieweit die erfreuliche Entwicklung in Kreuzberg Nord und Reinickendorf-Ost mit konkreten Maßnahmen im Zusammenhang steht, kann aus den Daten nicht beurteilt werden.

In der Visuomotorik waren die Ergebnisse im Jahr 2005 in allen drei Prognoseräumen deutlich schlechter als in Berlin insgesamt, in Gesundbrunnen erreichte nicht einmal die Hälfte aller Kinder ein unauffälliges Testergebnis. Wie auch für Berlin gesamt, zeigt sich in den drei Prognoseräumen hinsichtlich der Visuomotorik kein klarer zeitlicher Trend.

In den Sprachtestergebnissen schneiden alle drei Prognoseräume deutlich unterdurchschnittlich ab, was angesichts hoher Anteile von Kindern mit Migrationshintergrund nicht überrascht. Dabei weist Gesundbrunnen von den drei betrachteten Prognoseräumen fast durchgehend den niedrigsten Anteil von Kindern mit unauffälligen Testergebnissen auf. Die zeitlichen Verläufe sind heterogen. In allen drei sprachbezogenen Indikatoren haben sich die Ergebnisse im Zeitverlauf in Gesundbrunnen deutlich verbessert, bleiben aber noch weit unter dem Berliner Durchschnitt. In Kreuzberg Nord lässt sich in den beiden Tests Pseudowörter nachsprechen und Wörter ergänzen kein klarer zeitlicher Trend erkennen, im Sätze nachsprechen sind die Ergebnisse verbessert, bleiben aber weit unter dem Berliner Durchschnitt. In Reinickendorf-Ost sind starke Schwankungen erkennbar, im Test Pseudowörter nachsprechen haben sich

die Ergebnisse eher verschlechtert, im Test Wörter ergänzen dagegen in den letzten Jahren verbessert. Auch hier bleiben die Ergebnisse trotz insgesamt etwas günstigerer Ausgangslage hinter dem Berliner Durchschnitt teils deutlich zurück.

Auch wenn in einzelnen Teilbereichen wie z. B. der Körperkoordination der Kinder in Kreuzberg Nord und Reinickendorf-Ost bzw. den Sprachtestergebnissen in Gesundbrunnen positive Entwicklungen zu beobachten sind, so zeigen die Ergebnisse doch, dass der Handlungsbedarf in den drei Sozialräumen im Wesentlichen weiterhin bestehen bleibt, da sich hier nach wie vor eine Kumulation von Risiko- und Problemlagen findet.

4.7. Zusammenfassung der Ergebnisse des Monitorings

Folgende Oberziele wurden in den drei Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprache vereinbart:

1. Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.
2. Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.
3. Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Die Ziele wurden im Jahr 2007 mit Unterzielen, Messgrößen und Indikatoren untersetzt, anhand derer das Monitoring durchgeführt wurde. Probleme und Unzulänglichkeiten der Indikatoren- und Messgrößenauswahl werden im Diskussionsteil ausführlich dargelegt und bewertet.

Die Ergebnisse im Handlungsfeld Ernährung zeigen, dass der Indikator Körpergewicht bei den Einschulungsuntersuchungen im Zeitverlauf vergleichsweise stabil ist. Der Anteil normalgewichtiger Kinder liegt von 2005 bis 2011 im Wesentlichen unverändert bei 81 %, von 2011 bis 2015 ist er dagegen leicht angestiegen, der Zielwert von 83 % wurde jedoch nicht erreicht. Ein weiterer Zielparameter in diesem Handlungsfeld ist der Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen. Die erhobenen Daten zeigen auf, dass der Anteil der Kinder mit naturgesundem Gebiss vom Schuljahr 2007/2008 bis zum Schuljahr 2014/2015 im Wesentlichen mit gewissen Schwankungen stabil geblieben ist. Das Gesundheitsziel, den Anteil der Kinder mit naturgesunden Zähnen zu erhöhen, wurde danach nicht erreicht.

Im Handlungsfeld Bewegung beruht das Monitoring auf den Testergebnissen des Entwicklungs-Screenings zur Körperkoordination und Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) bei den Einschulungsuntersuchungen. Die Erhöhung des Indikators Anteil der Kinder mit einem unauffälligen Testergebnis in der Körperkoordination auf 75 % wurde bereits 2008 nahezu erreicht. Aufgrund der Schwankungen in den Folgejahren und einer seit 2013 eher rückläufigen Entwicklung ist insgesamt jedoch von einer Stagnation in diesem Bereich auszugehen. Der Anteil der Kinder mit unauffälligem Testergebnis in der Visuomotorik hat sich dagegen im Zeitverlauf nicht erhöht, sondern tendiert sogar eher in Richtung Verschlechterung.

Die Erhebung des Sprachstandes bei Kitakindern rund eineinhalb Jahre vor Schuleintritt ergibt, dass der Anteil von Kindern mit Sprachförderbedarf von 2009 bis 2015 auf einem Niveau von im Mittel 16,6 % stabil geblieben ist. Auch bei Differenzierung nach Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunftssprache zeigen sich keine substanziellen Veränderungen im jeweiligen Anteil der Kinder mit Sprachförderbedarf, sodass das Unterziel der Verringerung des Anteils von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf nicht erreicht worden ist. Die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen im Handlungsfeld Sprache lassen im Bereich der Sprachentwicklung ebenfalls keine nachhaltige Verbesserung erkennen. Die Ergebnisse in den Tests Wörter ergänzen und

Sätze nachsprechen tendieren sogar eher in Richtung Verschlechterung. Das Unterziel der Erhöhung des Anteils von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist auf Basis der vorliegenden Daten des Monitorings nicht erreicht worden. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass sich der Anteil der Kinder nichtdeutscher Herkunftssprache u. a. durch die gestiegene Zuwanderung im betrachteten Zeitraum erhöht hat.

In den drei Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprache wurde neben den eigentlichen Kernzielen auch die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit als Querschnittsziel formuliert. Abgeleitet aus den Daten der Berliner Einschulungsuntersuchungen wurden Kinder mit Migrationshintergrund (im Vergleich zu Kindern deutscher Herkunft) und Kinder aus Familien der unteren sozialen Schicht (im Vergleich zu Kindern aus Familien der mittleren und der oberen sozialen Schicht) als Zielgruppen von sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit identifiziert.

Da Änderungen in der Zusammensetzung der sozialen Gruppen Einfluss auf die Entwicklung der Zielparameter im Zeitverlauf haben können, wird zunächst die zeitliche Entwicklung der Gruppenzusammensetzung betrachtet. Anschließend werden die Ergebnisse des Monitorings zum Abbau von Benachteiligung dargestellt. Der Anteil von Kindern mit Migrationshintergrund ist von 30,5 % im Jahr 2005 annähernd stetig auf 38,8 % im Jahr 2014 angestiegen, der Anteil Kinder deutscher Herkunft im gleichen Ausmaß gesunken.⁷² Von 2005 bis 2015 hat sich der Anteil der Kinder aus der unteren sozialen Schicht deutlich verringert. Bei in etwa gleich bleibender Größe der mittleren sozialen Schicht hat der Anteil von Kindern der oberen sozialen Schicht entsprechend stark zugenommen. Die Veränderungen in der sozialen Schicht sind sowohl auf höhere Schulabschlüsse als auch auf eine höhere Erwerbsbeteiligung beider Elternteile zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung zurückzuführen.

Betrachtet man die Zielgruppe der Kinder mit Migrationshintergrund über die drei Handlungsfelder hinweg, so zeigen die Daten des Monitorings, dass sich in einigen Teilbereichen die Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund verringert haben. Solch eine Verbesserung ist unter anderem im Handlungsfeld Bewegung festzustellen. So ist bei Testergebnissen im Bereich der Körperkoordination seit 2014 erstmals kein Unterschied mehr zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund zu beobachten. Des Weiteren konnte ebenfalls eine Verringerung von Unterschieden bei der Visuomotorik festgestellt werden. Im Test Pseudowörter nachsprechen ist der Unterschied zwischen den Kindern mit und ohne Migrationshintergrund seit 2011 nicht mehr vorhanden. Kinder mit Migrationshintergrund und guten Deutschkenntnissen erzielten bei diesem Test sogar bessere Ergebnisse als Kinder deutscher Herkunft.

Die Ziele zum Abbau von Benachteiligung aufgrund der sozialen Lage wurden dagegen sämtlich nicht erreicht. Insbesondere im Bereich der Visuomotorik zeigen die vorhandenen Daten, dass sich der Unterschied zwischen den Kindern der sozialen Schichten im Zeitverlauf nicht verringert, sondern sogar deutlich zugenommen hat. Während in diesem Entwicklungsbereich die jährlichen Schwankungen in den Gruppen der mittleren/oberen sozialen Schicht und der unteren sozialen Schicht bis 2011 weitgehend parallel verliefen, ist seit 2012 eine kontinuierliche Auseinanderentwicklung zu beobachten, sodass die Differenz 2015 rund 25 % beträgt und damit 6 Prozentpunkte größer ist als 2005.

Berücksichtigt man mehrere der potenziellen Einflussfaktoren in Kombination (multivariate statistische Analysen), so zeigt sich für alle Zielindikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen, dass die soziale Lage der stärkste Einflussfaktor ist. Der Kitabesuch hat dagegen einen geringeren, jedoch in den Bereichen Visuomotorik und Sprachentwicklung ebenfalls signifikanten Einfluss auf die Ergebnisse. Kinder mit längerem Kitabesuch schneiden in allen betrachteten Jahrgängen in den Entwicklungstests

⁷² Aufgrund der Umstellung der Erfassung auf die bundesweit einheitliche Definition des Migrationshintergrundes bei Einschulungsuntersuchungen im Jahr 2015 ist die Größenordnung des Migrationshintergrundes 2014 und 2015 nicht direkt vergleichbar, weswegen hier nur die Daten bis 2014 berichtet werden.

besser ab als Kinder ohne oder mit kürzerem Kitabesuch. Dabei kristallisieren sich im Zeitverlauf zunehmend die Gruppen mit kürzerem Besuch, insbesondere die Gruppe mit einem Kitabesuch von unter einem Jahr zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchung, als Risikogruppe heraus.

Ernährung, Körpergewicht und Bewegung gehören zu den Aspekten der Kindergesundheit, die auch im Setting Kita im Fokus stehen. So zeigt sich, dass gemessen an der Schwerpunktsetzung der Kitas das Bewusstsein für das Thema Gesundheit über die Jahre zugenommen hat. Es wird angenommen, dass die Teilnahme am Landesprogramm für die gute gesunde Kita sich in den beteiligten Einrichtungen u. a. auch in einem gestiegenen Bewusstsein für Gesundheitsförderung auswirkt. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass Nachfrage und Angebote der Qualifizierung von pädagogischen Fachkräften zum Themenfeld Ernährung und Bewegung zugenommen haben.

Unter dem Aspekt einer nachhaltigen Fördermöglichkeit der sprachlichen Kompetenzen in der Kita wurde im Handlungsfeld Sprache das Unterziel formuliert, dass möglichst alle Kinder vor Schulbeginn eine Kita besuchen sollten. Die Quote der Kinder mit mindestens zweijährigem Kitabesuch in Berlin liegt mit 83 % bis 85 % auf einem recht hohen Niveau, hat sich jedoch vom Schuljahr 2009/10 bis zum Schuljahr 2015/16 kaum verändert. Vor dem Hintergrund einer in den letzten Jahren deutlich gestiegenen Zuwanderung kann jedoch zumindest konstatiert werden, dass der Anteil der Kinder mit einer mindestens zweijährigen Kitabesuchsdauer trotz der verstärkten Zuwanderung konstant gehalten werden konnte.

5. Diskussion und Ableitung von Empfehlungen für den weiteren Prozess

Aufbauend auf der Darstellung des bisherigen Kindergesundheitszieleprozesses und den Ergebnissen des Monitorings folgt die Diskussion des bisherigen Zieleprozesses und dessen Umsetzung. Die hieraus gemeinsam von den Akteuren abgeleiteten Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele und des Prozesses sind in Textkästen in den Diskussionstext integriert.

5.1. Planungsphase und Monitoring

Der Kindergesundheitszieleprozess war der erste Zieleprozess der Landesgesundheitskonferenz Berlin, weshalb bei den Akteuren mehrheitlich noch keine Erfahrungen mit einem solchen Prozess vorlagen. Ausgehend von dem Nationalen Gesundheitsziel Gesund aufwachsen (verabschiedet 2003, Aktualisierung 2010) und seinen Handlungsfeldern erfolgte bei der Erstellung des Zielerasters eine Prioritätensetzung auf Unterziele, die gut operationalisierbar waren und für die Daten für ein Monitoring vorhanden waren bzw. deren Erhebung bereits geplant war. Die Daten der Einschulungsuntersuchung stellten eine der wenigen verfügbaren Datengrundlagen zur Kindergesundheit dar, die auch Aspekte der Handlungsfelder Ernährung und Bewegung bedienen konnten. Aufgrund der einheitlichen und standardisierten Routineerhebung, dem jährlichen Erhebungsrhythmus, der Erfassung aller einzuschulenden Kinder und der Erhebung sozialer Parameter wurden sie zumindest für ausgewählte Gesundheitsbereiche als eine gute Datengrundlage zur Ermittlung von Bedarfen und Zielgruppen sowie für ein nachfolgendes Monitoring erachtet. Der Aspekt „Stressbewältigung“ (nach Aktualisierung 2010: „Lebenskompetenz“) des Nationalen Gesundheitsziels Gesund aufwachsen wurde hingegen ausgeklammert, da zu Ressourcen und Aspekten psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Berlin keine verfügbaren Daten vorlagen.⁷³

Für eine Konzentration auf Unterziele, für die geeignete Indikatoren und Daten für ein Monitoring bereits verfügbar sind, spricht, dass es nur bei vorhandenen Indikatoren und Daten möglich ist, die Ausgangslage detailliert zu erfassen und zu beschreiben sowie Fortschritte bei der Zielerreichung zu beurteilen. Die Daten bilden somit das Fundament für den Auf- bzw.

Ziele können auch für Bereiche mit unzureichender Datenlage formuliert werden. Die Schließung von Datenlücken zur Untersetzung des Ziels sollte dann als eigenständiges, prioritäres Unterziel mit aufgenommen werden.

Ausbau erforderlicher Strukturen sowie die Weiterentwicklung und Steuerung von Prozessen, um im Ergebnis zu einer Verbesserung der Gesundheit von Kindern zu kommen und diese auch dokumentieren und beurteilen zu können. Dies war seinerzeit auch das Argument der LGK-Akteure, mit diesen Zielen zu beginnen und sie stark auf die Daten der Einschulungsuntersuchung auszurichten. Jedoch besteht die Gefahr, dass relevante Bereiche nicht bearbeitet werden, wenn man die bereits bestehende Verfügbarkeit von Daten für Ausgangslage und Monitoring zur obligaten Voraussetzung der Zielformulierung macht. So können Bedarfslagen beispielsweise auch dadurch erkannt werden, dass mehrere Akteure vor Ort sie übereinstimmend einschätzen. Darüber hinaus kann eine Fixierung auf vorhandene Datenquellen dazu verleiten, dass Unterziele ausgewählt werden, die nur sehr eingeschränkt in einer Wirkungsbeziehung zum eigentlichen Ziel stehen. So beruhte das Unterziel „Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist

⁷³ Im Rahmen des Monitorings der Kindergesundheitsziele durch die AG Gesund aufwachsen der Landesgesundheitskonferenz wurden die Formulierung und Auswahl der Unterziele und Indikatoren sowie die Operationalisierung der Unterziele kritisch betrachtet. Die detaillierte Ausführung aller Diskussionspunkte zu den einzelnen Unterzielen würde an dieser Stelle den Rahmen sprengen. Um die besprochenen Aspekte bei der Weiterentwicklung der Kindergesundheitsziele berücksichtigen zu können, sind sie im Anhang tabellarisch zusammengestellt.

erhöht“ im Handlungsfeld Ernährung auf der Verfügbarkeit der Daten des Zahnärztlichen Dienstes, ohne im eigentlichen Sinne Aussagen über Ernährungsgewohnheiten zu ermöglichen.

Der starke Blick auf die Verfügbarkeit von Daten birgt außerdem bei der Auswahl von Indikatoren für das Monitoring das Risiko, dass nur Teilaspekte des eigentlichen Ziels beleuchtet werden, wodurch der Eindruck entstehen kann, nur die mit Indikatoren und Daten unterlegten Aspekte des Gesundheitsziels seien relevant. Im Rahmen des Monitoringprozesses wurde deutlich, dass es auf allen Ebenen einen Mehrbedarf an Daten über die bisher verfügbaren hinaus gibt.

Für die Weiterentwicklung und Begleitung des Gesundheitszieleprozesses ist eine breitere Datenbasis zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Altersgruppen und Themenbereichen sowie zu Strukturen und Prozessen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erschließen.

Dies betrifft nicht nur Daten zur Gesundheit von Kindern, sondern auch Daten zu Strukturen und Prozessen. So wurde beispielsweise im Berliner Kitabetreuungssystem bereits 2006 zwischen den Verbänden der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Berlin, dem Dachverband Berliner Kinder- und Schülerläden (DaKS), später auch den Eigenbetrieben als Träger von Kindertageseinrichtungen und dem Land Berlin die Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten (QVTAG) abgeschlossen und in der

Folge ein verbindliches Qualitätsentwicklungs- und sicherungssystem entwickelt, das eine regelmäßige interne und externe Evaluation bezüglich vielfältiger und umfangreicher Aufgabenfelder für alle Kitas vorsieht. Das Konzept der Qualitätsentwicklung und der darin als Instrument verankerten internen und externen Evaluationen sieht keine externe Berichterstattung zur Qualität einzelner Kitas oder Gruppen von Kitas, z. B. eines Trägers, vor. Veröffentlicht wird die wissenschaftliche Evaluation des Qualitätsentwicklungsprozesses an sich bzw. die Qualitätsentwicklung in verschiedenen übergeordneten Aufgabenfeldern des BBP insgesamt. Die Daten aus der Qualitätsentwicklung bzw. den Kita-Evaluationen sind daher in der derzeitigen Form nicht für eine Sekundärauswertung für das Monitoring im Rahmen der Gesundheitsziele nutzbar.

Bei der Erschließung neuer Datenquellen ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es bei einem „Mehr“ an Daten nicht um eine möglichst große Datensammlung geht, sondern darum, zielgerichtet aussagekräftige Angaben und Daten zu erheben. Die Datenerhebung befindet sich immer in

einem Spannungsfeld zwischen Erkenntnisinteresse auf der einen und Aufwand bzw. Realisierbarkeit auf der anderen Seite. Eine solide Datenbasis ist nicht ohne einen gewissen Aufwand zu haben.

Alle Akteure der LGK sollten prüfen, in wie weit sie Daten aus ihrem Bereich zur Verfügung stellen können, die dem Prozess der Kindergesundheitsziele dienen.

Im Sinne einer salutogenetischen Ressourcenorientierung wurden die Ziele und Unterziele 2007 bewusst positiv formuliert. Dabei geriet jedoch aus dem Blick, dass in einigen Unterzielen eigentlich eine Problemreduktion erreicht werden sollte, welche durch die positive Formulierung jedoch nicht mehr erkennbar war. So war seinerzeit das Übergewicht im Kindesalter stark im Fokus der Aufmerksamkeit und damit verbunden das Bestreben, den Anteil übergewichtiger Kinder zu senken. Unter der Maßgabe einer möglichst positiven Formulierung der Ziele wurde das Unterziel „Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht“ formuliert, welches auch durch eine Reduktion der Kinder mit Untergewicht hätte erreicht werden können, dessen gesundheitliche Bedeutung jedoch weniger eindeutig ist und das zudem nicht im Fokus der Akteure stand.

Die in der Zielmatrix vorangestellten Struktur- und Prozessziele⁷⁴ (vgl. Zielmatrix im Anhang) wurden nicht weiter ausdifferenziert oder operationalisiert, sodass weder ein Monitoring noch eine Steuerung erfolgte. Auch einige der unter den Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung und Sprachentwicklung aufgeführten Unterziele sind Struktur- bzw. Prozessziele, wurden jedoch nicht als solche eindeutig kenntlich gemacht.

Die Operationalisierungen und Indikatoren der Unterziele in der eigentlichen Zielmatrix beziehen sich überwiegend auf Ergebnisse, jedoch sind Strukturen und Prozesse für die Zielerreichung gleichermaßen relevant und ermöglichen erst die Erreichung der Ergebnisziele.

Die Formulierung der Ergebnisunterziele in 2007 orientierte sich an den ermittelten Bedarfslagen und der augenscheinlich impliziten Annahme, dass zur Erreichung der Ziele dann entsprechende, als wirksam evaluierte Aktivitäten von den Akteuren angestoßen werden würden. Rückblickend erscheint die Formulierung von ambitionierten Ergebniszielen, ohne den Weg dahin zu beschreiben, d. h. ohne ein postuliertes Wirkmodell und die Benennung entsprechender Maßnahmen als ungünstig, da Anhaltspunkte für Gelingens- oder Misserfolgskriterien weitgehend fehlen.

Bei der Entwicklung eines Wirkmodells sollten erforderliche Strukturen definiert, Empfehlungen zur Ausgestaltung von Aktivitäten sowie realistische Zielsetzungen unter Berücksichtigung der Handlungs- und Einflussmöglichkeiten der LGK-Akteure formuliert werden. Hierbei sollten auch Strukturen, Prozesse und Akteure jenseits der LGK mit in den Blick genommen werden.

Darüber hinaus ist ohne ein Wirkmodell und die Benennung von Maßnahmen ein koordiniertes und gemeinsames Vorgehen von Akteuren erschwert. In einem Wirkmodell könnten des Weiteren auch die Grenzen der Beeinflussbarkeit bestimmter Ziele durch Akteure klarer identifiziert und benannt werden. So können Kindertageseinrichtungen zwar das von ihnen angebotene gesunde Nahrungsangebot gestalten, die mindestens ebenso wichtige Ernährungsweise in der Familie ist nur bedingt beeinflussbar.

Betrachtet man die Ergebnisse des Monitorings zu den Ergebniszielen des Kindergesundheitszieleprozesses, so erweist es sich als schwierig bis unmöglich, Erreichtes auf konkrete Aktivitäten und nicht Erreichtes auf unzureichende Aktivitäten zurückzuführen. Dieser Abschnitt des Prozesses gleicht insofern einer „Black-Box“.

In diesem Zusammenhang ist es erforderlich, zwischen Evaluation und Monitoring zu unterscheiden (s. Begriffsdefinitionen Monitoring, Evaluation und Indikator im Kasten).

Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele sind klar als solche zu kennzeichnen und mit konkreten Indikatoren und Zielvorgaben zu operationalisieren. Bei der Entwicklung von Indikatoren sind die ZWERG-Kriterien zu berücksichtigen.

⁷⁴ Übergeordnete Struktur- und Prozessziele laut Zieleraster: Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit erhalten, stärken und bedarfsgerecht ausbauen, Sozialstrukturatlas fortschreiben und bedarfsgerecht anpassen; Gesundheitsförderung im Setting (Sozialraum) weiter ausbauen bzw. entwickeln und stärken; bestehende Netzwerke ausbauen und stärken; Eigenverantwortung entwickeln und verbessern; Migrationsspezifische Angebote verbessern und ausbauen; Projekttransparenz herstellen; Qualität abbilden; Beteiligung ermöglichen; Evaluation sicher stellen.

Monitoring: Kontinuierliche oder periodische systematische Datenerfassung zur Überwachung von Prozessen und Ergebnissen (Quintessenz).

Die Analyse von Wirkungszusammenhängen ist explizit nicht Bestandteil eines Monitorings, sondern es geht um die Deskription der Entwicklungsverläufe (Stockmann 2002). Das heißt umgekehrt nicht, dass bei der Auswahl der Indikatoren für das Monitoring Wirkhypothesen unberücksichtigt bleiben, sie können aber mit dem Monitoring nicht überprüft werden.

Evaluation: Systematische Sammlung und Analyse von nicht routinemäßig verfügbaren Informationen über verschiedene Aspekte eines Projekts, einer Intervention, und deren kritische Beurteilung unter Berücksichtigung verschiedener Perspektiven und gezielter Verwendung (sozial-)wissenschaftlicher Forschungsmethoden und Theorien (Quintessenz).

Indikator: Ein Indikator ist eine empirisch messbare, beobachtbare oder analysierbare Dimension. Indikatoren dienen als Hilfsgrößen für die Beurteilung von (meist komplexen) Sachverhalten, die selbst nicht direkt gemessen oder bewertet werden können (Quintessenz).

Quellen:

Quintessenz – Gesundheitsförderung Schweiz - <https://www.quint-essenz.ch/de/concepts> - zuletzt aufgerufen am 18.5.2018.
Stockmann, R. (2002). Was ist eine gute Evaluation? CEval Arbeitspapiere Nr. 9. Saarbrücken: Centrum für Evaluation.

Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich auf verschiedenen Ebenen untersuchen und beurteilen. Hierfür ist eine wissenschaftliche Evaluation erforderlich, die idealerweise neben der Begleitung eines Pilotprojektes auch die Begleitung der breiteren Umsetzung in den Alltag umfasst, um zu prüfen, ob die Wirksamkeit erhalten bleibt oder möglicherweise nur auf besonderes Engagement der Beteiligten in der Pilotphase zurückzuführen ist. Für eine Evaluation sind in der Regel eine begleitende umfangreichere Datenerhebung und die Einbeziehung externen wissenschaftlichen Sachverständigen erforderlich. Sie ist nicht mit Daten des Monitorings zu leisten. Sofern eine erprobte und wirksame Aktivität in der Breite unter Alltagsbedingungen zum Einsatz kommt, sollte sich ihre Wirksamkeit auch in Veränderungen der Indikatoren des Monitorings abbilden, sofern ein ausreichender Anteil der Zielgruppe von der Maßnahme erreicht wird.

Bei der Erstellung des Zielerasters waren eine Rückkoppelung von Zwischenergebnissen des Monitorings an Akteure und darauf aufbauend die Fortschreibung bzw. Weiterentwicklung des Prozesses (im Sinne des Public Health Action Cycle) unzureichend berücksichtigt und verankert worden. Auch Hinderungsgründe, die Akteure an der Umsetzung formulierter Gesundheitsziele scheitern lassen, werden im Monitoringansatz des Zielerasters 2007 nicht berücksichtigt.

Der Zielprozess sollte sich am Public Health Action Cycle orientieren. Dies schließt ein regelmäßiges Monitoring, die Bewertung der Ergebnisse durch die Akteure sowie die Berücksichtigung von Hinderungsgründen der Umsetzung bei der Fortschreibung der Prozesse mit ein.

Andererseits steht außer Frage, dass es durchaus gute Aktivitäten zur Erreichung der Kindergesundheitsziele gab, deren Wirksamkeit teilweise auch erwiesen ist. Allerdings bildet sich dies nicht unbedingt im durchgeführten Monitoring ab. Aus den Ergebnissen des Monitorings darf daher nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass keine wirksamen Aktivitäten zur Zielerreichung stattgefunden haben.

Das Querschnittsziel „Abbau von Benachteiligung“ wurde in der Zielmatrix 2007 nicht in allen Unterzielen explizit benannt. Fraglich ist aus heutiger Sicht, ob dies eine zielgerichtete Entscheidung der Mitwirkenden war oder ob die Übertragung des Querschnittsziels auf alle Unterziele implizit als Transferaufgabe vorausgesetzt wurde. Es wäre nicht überraschend, wenn hieraus bei den LGK-Mitgliedern Unklarheiten und unterschiedliche strategische Ausrichtungen in Bezug auf initiierte Aktivitäten resultierten.

Zielgruppen sind so präzise wie möglich zu beschreiben und ggf. in Untergruppen zu differenzieren, um Aktivitäten möglichst passgenau darauf ausrichten zu können.

Die Zielformulierungen und Indikatoren beziehen sich größtenteils auf die Gesamtheit der Bevölkerung im jeweiligen Altersbereich (größtenteils Einschulungsalter) oder der Einrichtungen (Kitas). Auch die Unterziele zum Abbau von Benachteiligung stellen pauschal jeweils zwei

Gruppen (Kinder mit vs. ohne Migrationshintergrund, Kinder der unteren vs. der mittleren/oberen sozialen Schicht) gegenüber. Bei der Analyse im Rahmen des Monitorings hat sich z. B. im Falle der Differenzierung nach Herkunftsgruppen jedoch gezeigt, dass dies durchaus zu vertieften, potentiell handlungsrelevanten Erkenntnissen führen kann und durch die pauschale Darstellung ggf. vulnerable bzw. überwiegend betroffene Zielgruppen übersehen werden können. Ungeachtet dessen fehlte es auch an einer Möglichkeit des Austausches zu vom Zieleraster abweichenden Bedarfseinschätzungen einzelner Akteure. Beispielsweise wurden in den Bezirken teilweise andere Bedarfe und Zielgruppen als prioritär eingeschätzt und sich diesen daher vorrangig gewidmet. Dieser aus Sicht einzelner Akteure erforderlichen Prioritätensetzung wurde im Planungs- und Umsetzungsprozess nicht hinreichend Rechnung getragen.

Als zeitlicher Horizont für die Erreichung der Kindergesundheitsziele, die aus den Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin abgeleitet wurden, war das Jahr 2011 angegeben worden. Damit wurde ein sehr kurzer Zeitraum gewählt. Die Ziele wurden zwar auf Basis der Daten der Einschulungsuntersuchungen 2005 formuliert, aber erst im Jahr 2007 verabschiedet. Eine Wirkung von Maßnahmen, die aufgrund des Kindergesundheitszieleprozesses ergriffen wurden, konnte somit frühestens in den Daten der Einschulungsuntersuchung 2011 erkennbar werden, wenn man berücksichtigt, dass die Implementation einige Zeit in Anspruch nimmt und für nachweisbare Wirkungen eine gewisse Durchführungsdauer gegeben sein muss. Der kurze Zeithorizont wurde jedoch bewusst gewählt, weil zum einen noch in der damals laufenden Legislaturperiode eine erste Bilanz gezogen werden sollte und es zum anderen für wahrscheinlich gehalten wurde, dass ein Nachsteuern erforderlich werden würde, das zeitnah gewährleistet werden sollte. Dennoch muss bei der Bewertung des Grades der Zielerreichung bedacht werden, dass positive Wirkungen von Gesundheitsförderung und Prävention häufig erst mit einer größeren zeitlichen Latenz festzustellen sind.^{75,76} Andererseits sind seit der Verabschiedung der Kindergesundheitsziele mittlerweile zehn Jahre verstrichen, sodass eine positive Wirkung zumindest denkbar wäre.

Weiterhin stellt sich die Frage, ob die in den quantifizierten Ergebniszielen angestrebten Größenordnungen der Veränderungen realistisch waren. Es gibt Beispiele von substanziellen Veränderungen in Gesundheitsparametern innerhalb einer Zeitspanne von zehn Jahren, wie beispielsweise die Daten zum Rauchverhalten Jugendlicher der KiGGS-Studie zeigen. Hier ist der Anteil rauchender 11- bis 17-Jähriger von 21,4 % in der ersten Erhebung (2003-2006) auf 7,2 % in Welle 2 (2014-2017) zurückgegangen.⁷⁷ Bei der Aufstellung der Kindergesundheitsziele in Berlin lagen diesbezüglich für die Parameter in den Handlungsfeldern mehrheitlich keine konkreten Erfahrungen vor. Jedoch wurden begründete Anhaltspunkte herangezogen, indem beispielsweise die Testergebnisse der Normstichprobe bei der Erprobung der Testverfahren bei Einschulungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen als Zielvorgaben verwendet wurden. Demgegenüber war die Konstanz des Parameters Körpergewicht bekannt⁷⁸ (vgl. auch Daten der Berliner Gesundheitsberichterstattung) und daher

⁷⁵ Evers, S., Aarts, M.-J. & Alayli-Goebels, A. (2015). Measurement challenges in the economic evaluation of public health interventions. In: D. McDaid, F. Sassi, S. Merkur (Eds.), Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case (33-50). Berkshire: Open University Press.

⁷⁶ Guggenbühl, L. (2017). Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren. Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema „Gesundheitsförderung wirkt!“. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 42, Bern und Lausanne.

⁷⁷ Zeiher, J., Starker, A. & Kuntz, B. (2018). Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3 (1), 40-46.

⁷⁸ Moss, A., Klenk, J., Simon, K., Thaiss, H., Reinehr, T. & Wabitsch, M. (2012). Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. European Journal of Pediatrics, 171 (2), 289-299.

bereits bei der Verabschiedung des Gesundheitsziels in 2007 lediglich eine Erhöhung des Anteils normalgewichtiger Kinder von zwei Prozentpunkten festgeschrieben worden. Diese erwies sich trotzdem nicht als erreichbar, was sich auch in den aktuellen Daten des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys des Robert Koch-Instituts auf Bundesebene ähnlich darstellt.⁷⁹

Auch die Ziele zum Abbau von Benachteiligung müssen in ihrer Pauschalität (Halbierung der Unterschiede unabhängig von der Ausgangslage) vermutlich zumindest teilweise als unrealistisch eingestuft werden.

So haben sich die Unterschiede zwischen den Gruppen von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund im Zeitverlauf verringert, die Unterschiede zwischen Kindern, die der unteren und der mittleren/oberen

Schicht zugeordnet werden, jedoch eher vergrößert. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass Familien mit Migrationshintergrund durch bisherige Bemühungen stärker adressiert wurden oder leichter zu erreichen sind als sozial benachteiligte Familien. Darüber hinaus sind Benachteiligungen aufgrund des Migrationshintergrundes möglicherweise vorrangig durch mangelnde deutsche Sprachkenntnisse bedingt, die leichter anzugehen sind als soziale Deprivation. Aber auch Veränderungen in der Populationszusammensetzung müssen in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden.

So ist die Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund nicht zuletzt durch die nicht vorhersehbare Zuwanderung im Zeitverlauf größer geworden, die Gruppe sozial benachteiligter Kinder gemäß der für die Einschulungsdaten angewendeten Einteilung in soziale Schichten anhand der Bildungsabschlüsse und Erwerbsbeteiligung der Elternteile jedoch kleiner. Diese Veränderungen könnten ebenfalls einen Erklärungsbeitrag zur gegenläufigen Entwicklung der Benachteiligungen leisten. Wenn sich Größe und Zusammensetzung der verschiedenen Bevölkerungsgruppen verändern, ändern sich damit auch die Rahmenbedingungen des Aufwachsens der Kinder, mithin der soziale Kontext. Diese gesellschaftlichen Veränderungen insbesondere auf sozialräumlicher Ebene werden sich meistens nicht bei der Zielaufstellung antizipieren lassen, sind aber wichtig für die Ergebnisbewertung und müssen daher mit erhoben werden.

Bei der Interpretation von Veränderungen im Zeitverlauf sind Veränderungen in der Population, von bestehenden Strukturen, bei Akteuren oder weiteren Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, deren Erfassung daher im Monitoringkonzept berücksichtigt werden muss.

Die Frage der Quantifizierung von Zielen bzw. Indikatoren bedarf unter Abwägung von Pro und Contra noch der Klärung durch die LGK-Akteure.

Vor diesem Hintergrund gibt es eine Diskussion unter den LGK-Akteuren, ob die Quantifizierung von Ergebniszielen überhaupt sinnvoll und zielführend ist. Die Mehrheit der Gesundheitszieleprozesse in Deutschland konzentriert sich

auf Struktur- und Prozessziele. Sofern überhaupt Ergebnisziele formuliert sind, sind diese nur teilweise quantifiziert. Da die Erreichung bevölkerungsbezogener Zielvorgaben in hohem Maße auch anderen als den durch die LGK gesteuerten Faktoren unterliegt, wird das Risiko gesehen, dass die Akzeptanz und Glaubwürdigkeit des Zielprozesses geschwächt wird, wenn die Zielerreichung auch bei guter Koordination der LGK-Akteure angesichts der enormen Komplexität der Wirkzusammenhänge und der Grenzen der Beeinflussbarkeit nicht gelingt. Für die Angabe eines konkreten Zielwertes spricht andererseits, dass damit ein klarer Maßstab für die Beurteilung der Zielerreichung gesetzt wird und ohne diesen der Erfolg des Zieleprozesses durch eine gewisse Beliebigkeit gefährdet ist. Eine besondere Herausforderung bei der Quantifizierung von Ergebniszielen besteht darin, dieser inhaltliche Kriterien zugrunde zu legen und entsprechende Daten zur Verfügung zu haben.

⁷⁹ Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1), 16-23.

Im Zuge der Reflexion des Gesamtprozesses der Zielentwicklung, der Erarbeitung der Indikatoren und der Ableitung von Maßnahmen zeigte sich, dass diese nicht so transparent und koordiniert erfolgten, wie es aus heutiger Sicht erforderlich erscheint. So lässt sich nicht mehr rekonstruieren, welche LGK-Akteure an den Workshops zur Erstellung des Zielerasters beteiligt waren und welche Gründe es für die Nicht-Teilnahme gab. Es ist unklar, inwieweit sich die an der Zielentwicklung Beteiligten mit ihrer jeweiligen Institution sowie ggf. mit ihren Unterorganisationen und mit weiteren LGK-Akteuren zur Zielentwicklung rückgekoppelt und abgestimmt haben. Einige Akteure der LGK fühlten sich bei der Zielentwicklung nicht mitgenommen und agierten in der Folge nicht mit Bezug auf die verabschiedeten Ziele.

Jenseits der Problematik einer unzureichenden Identifikation mit den Zielen und den daraus möglichen Folgen birgt eine unzureichende Einbeziehung von Akteuren in den Zielentwicklungsprozess auch das Risiko, dass relevantes Fachwissen, Erfahrungen und möglicherweise verfügbare Daten und Erkenntnisse nicht genutzt werden können. Bereits in der Planungsphase zeigten sich somit Schwächen in der Kommunikation und Koordination, die sich nachteilig auf den weiteren Kindergesundheitszieleprozess auswirkten. Eine koordinatorische Gesamtverantwortung für den Zielentwicklungsprozess wurde aus heutiger Sicht rückblickend nicht ausreichend definiert. Dadurch wies auch die Kommunikation mit den Akteuren im Kontext der Zielentwicklung Mängel auf, wichtige Informationen gelangten nicht an alle potenziell relevanten Adressatinnen und Adressaten. Der Zielentwicklungsprozess selbst wurde seinerzeit nicht bzw. nicht ausreichend transparent dokumentiert, sodass die Rationale für Unterziel-, Zielgruppen- und Indikatorenauswahl nicht deutlich und nachvollziehbar ist.⁸⁰ Eine unzureichende Dokumentation erschwert zudem ihrerseits Kommunikation und Koordination, insbesondere dann, wenn es zu personellen Wechseln bei einzelnen Akteuren kommt.

Die Ziele sollen bereits in der Planungsphase unter den Akteuren der LGK und innerhalb ihrer Mitgliedsorganisationen, ggf. unter Einbeziehung relevanter externer Akteure, intensiv diskutiert und abgestimmt werden, um einen breiten Konsens für die Ziele zu schaffen. Hierfür sind Transparenz und Rückkoppelungsmöglichkeiten auf allen LGK-Ebenen stärker zu berücksichtigen.

Der Planungsprozess sollte zudem nachvollziehbar dokumentiert werden.

5.2. Umsetzungsphase

Kommunikation zwischen Akteuren, Koordination und gemeinsames Handeln

Das Kapitel zur Umsetzung der Kindergesundheitsziele zeigt auf, dass seit 2007 vielfältige Aktivitäten stattgefunden haben, die grundsätzlich zur Erreichung der formulierten Ziele geeignet erscheinen. Dabei haben sich Akteure der LGK im Rahmen ihrer Selbstverpflichtung in den Handlungsfeldern zum Teil in Kooperation mit anderen LGK-Akteuren engagiert, zumeist jedoch im Rahmen von Aktivitäten, die bereits vor dem Zieleprozess angestoßen worden waren und oftmals ohne explizite Berücksichtigung der vereinbarten Unterziele stattfanden. Das Zieleraster wurde in vielen Fällen eher als „Überschrift“ für bestehende und zukünftige eigene Aktivitäten gesehen, jedoch eher nicht zum Anlass genommen, sich bei neuen Aktivitäten mit anderen Akteuren abzustimmen und zu vernetzen.

Trotz vielfältiger Aktivitäten zeigt sich im Monitoring der quantifizierten Ergebnisziele, dass diese weitgehend verfehlt wurden. Eine konkrete Benennung von Ursachen hierfür ist auf Basis des

Kooperative Aktivitäten der LGK-Akteure zur gesundheitsförderlichen Organisationsentwicklung von Settings sind Maßnahmen der 1. Wahl.

Jenseits von Pilotprojekten zur Erprobung neuer Ansätze sind zeitlich befristete Projekte („Projektitis“) zu vermeiden.

⁸⁰ Beispielsweise wurden die Ziele nicht geschlechtsspezifisch formuliert, wofür es gute Gründe gegeben haben kann, die aber nicht offen gelegt wurden.

bisherigen Prozesses nicht möglich, da es weder eine vollständige Transparenz über die Aktivitäten und deren Wirksamkeit gibt, noch im Planungsprozess ein zugrunde liegendes Wirkmodell erstellt wurde, in das sich die Maßnahmen einbetten lassen. Es besteht jedoch weitgehende Einigkeit unter den beteiligten Akteuren, dass rückblickend kein koordiniertes, abgestimmtes Handeln der Akteure der Berliner Landesgesundheitskonferenz zur Zielerreichung stattgefunden hat, welches zumindest innerhalb der LGK kommuniziert worden wäre. Dies gilt insbesondere auch für die im Rahmen des Kindergesundheitszieleprozesses identifizierten Sozialräume mit Handlungsbedarf. Wie schon in der Planungsphase der Kindergesundheitsziele, fand auch in der Umsetzungsphase keine Gesamtkoordination in Form einer strukturellen Prozessbegleitung statt. Die Kommunikation und Abstimmung der LGK-Akteure untereinander zu ihren Aktivitäten und Maßnahmen zur Erreichung der gesetzten Ziele erfolgte daher nur punktuell und nicht in einem Ausmaß, wie es für eine zielführende

Koordiniertes Handeln und Vernetzung bedürfen einer stärkeren Transparenz über die Umsetzungsaktivitäten der LGK-Akteure. Das Spannungsfeld zwischen dem Bedarf an Transparenz und dem Aufwand der Dokumentation ist aktiv anzugehen. Hierbei sollte die Nutzbarkeit von vorhandenen Dokumentationen der Akteure geprüft werden.

Planung, Bündelung und Steuerung von Aktivitäten und Ressourcen wünschenswert wäre. Die Erwartung, dass die vereinbarten Ziele aufgrund der freiwilligen Selbstverpflichtung der Akteure quasi automatisch gemeinsam umgesetzt werden und die Akteure sich in ihrem Handeln untereinander so abstimmen, dass die Aktivitäten auch koordiniert und passgenau für die benannten Zielgruppen durchgeführt werden, hat sich als unrealistisch herausgestellt.

Im Zusammenhang mit dem Bedarf an einer Koordination des Umsetzungsprozesses werden von den Akteuren unter anderem die Zusammenstellung von Handlungsansätzen der LGK-Akteure und der von ihnen umgesetzten Maßnahmen, ein Schnittstellenmanagement zu angrenzenden Programmen und Prozessen sowie die Sicherstellung der LGK-internen sowie externen Kommunikation benannt (Sammlung der Aufgaben einer Gesamtkoordination aus Sicht der LGK-Akteure vgl. Anhang).

Während das Erfordernis einer Koordination auch in der Umsetzungsphase grundsätzlich unstrittig ist, besteht hingegen Uneinigkeit unter den beteiligten Akteuren über die konkrete Ausgestaltung einer solchen. Viele Akteure sehen einen Bedarf an einer übergeordneten Gesamtkoordination in Form einer klar benannten, eigenständigen Stelle der LGK, die mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet sein soll. Diese soll sowohl die laufenden Aktivitäten und die beteiligten Akteure mit ihren Potentialen und Grenzen im Blick haben und auf dieser Basis die Vernetzung von Akteuren befördern, als auch die Steuerung von gemeinschaftlichen Aktivitäten unter Einbeziehung der beteiligten Akteure voranbringen. Andere Akteure hingegen sehen eine zusätzliche koordinierende und steuernde Überinstanz als zu realitätsfern und als eine Überfrachtung des Prozesses und der bereits bestehenden Koordinierungsstrukturen auf der Ebene einzelner Programme an.

Das Thema einer Gesamtkoordination für die Umsetzungsphase bedarf hinsichtlich der Aufgaben und der Ausgestaltung in der Praxis einer zeitnahen Klärung unter den LGK-Akteuren.

Hinderlich für eine konsequente Umsetzung der Gesundheitsziele können auch Kommunikationshürden innerhalb der einzelnen Mitgliedsorganisationen der LGK sein. Die Mitgliedsorganisationen entsenden in die LGK-Gremien Vertreter/innen, die teils der Fachebene, teils der Leitungsebene angehören. Auch im jeweils gleichen LGK-Gremium (z. B. AG Gesund aufwachsen, Steuerungsausschuss der LGK) ist eine personelle Kontinuität über längere Zeiträume nicht immer gegeben. Daher entsteht Abstimmungsaufwand innerhalb jeder einzelnen LGK-Mitgliedsorganisation. Hinzu kommt, dass oft Unterorganisationen der LGK-Akteure die eigentlichen Akteure im Sinne der Umsetzung von

Es sollte eine Klärung der Rollen, Abhängigkeiten und Kommunikationsbeziehungen von Dachorganisationen und Unterorganisationen der LGK-Mitglieder im Kontext der LGK erfolgen.

Aktivitäten sind (z. B. Sportvereine/-verbände im LSB, in Wohlfahrtsverbänden organisierte Kitaträger). Die Dachorganisationen sind aber ihren Unterorganisationen in der Regel nicht weisungsbefugt. Unklar ist, ob und wie die Kommunikation zwischen der Dachorganisation und ihren Unterorganisationen bezüglich LGK-Aktivitäten bisher erfolgt.

Auch die Kommunikation über die Ziele und Aktivitäten der LGK in die (Fach-)Öffentlichkeit jenseits der LGK-Akteure wird rückblickend als unzureichend angesehen, was angesichts dessen, dass viele Akteure außerhalb der LGK im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention tätig sind (z. B. Kitaträger, die keinem Dachverband innerhalb der LGK angehören, Träger der Jugendhilfe), vermutlich dazu führt, dass Potentiale nicht genutzt werden.

Es ist ein Kommunikationskonzept zu entwickeln, das sowohl die LGK-interne Kommunikation als auch die Kommunikation der LGK mit der Öffentlichkeit sowie mit LGK-externen Akteuren umfasst.

Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten

Das Zieleraster von 2007 benennt Familie, Kindertagesstätte und Stadtteil als Settings, in denen das strategische Ziel der Erhöhung der Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche und des Abbaus von Benachteiligung verfolgt werden soll.

Die Akteure der LGK sollten bei ihren Aktivitäten in den Settings den Zugang zu den Familien stärker in den Blick nehmen.

Bei der Formulierung von familienbezogenen Zielen sollte ein Schwerpunkt auf die Stärkung elterlicher Kompetenzen im Sinne eines „Empowerments“ gelegt werden.

Die **Familie** ist von zentraler Bedeutung für die kindliche Entwicklung und Gesundheit. Unterstützung, Stärkung und Befähigung von Familien sind insbesondere dann erforderlich, wenn Eltern damit überfordert sind, ihren Kindern die notwendigen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen und Anregungen für eine optimale Entfaltung ihrer angeborenen Kompetenzen zur Verfügung zu stellen. Hierbei kann es nicht darum gehen, die Verantwortung für das kindliche

Wohlergehen an die eine oder andere Instanz (z. B. Familie, Kita, Gesellschaft) zu delegieren, sondern die Verantwortung gegenüber den Kindern gesamtgesellschaftlich wahrzunehmen. Insbesondere wird ein Bedarf in der Gestaltung der Schnittstelle von Kita und Familie gesehen. Hier kommt der Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen Kita und Eltern eine besondere Bedeutung zu, weswegen dem Thema im Berliner Bildungsprogramm ein eigenes Kapitel gewidmet ist.

In die Ziele matrix wurden familienbezogene Ziele seinerzeit nur stark eingeschränkt und unzureichend operationalisiert aufgenommen. Dies mag u. a. daran gelegen haben, dass die Kita zunächst einen einfacheren und praktikableren Zugangsweg für Gesundheitsförderung für die Akteure der LGK geboten hat und dass zudem weder Daten zur Ausgangslage noch zum Monitoring familienbezogener Gesundheitsziele verfügbar waren. Mit Blick auf die Kindergesundheitsziele und den Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit besteht eine besondere Herausforderung darin, Angebote für Familien so zu gestalten, dass sozial benachteiligte Familien sich gleichermaßen angesprochen fühlen und eine soziale Durchmischung in der Inanspruchnahme erreicht wird.

LGK-Akteure mit Zugang zu Familien sollten stärker angesprochen und ihre ressortübergreifende Vernetzung gefördert werden.

Aktivitäten, die sich direkt an Kinder richten, sollen pädagogisch durchdacht und in den Alltag integriert sein.

Unabhängig vom jeweiligen Setting sind bei der Konzeption von Aktivitäten die Kriterien guter Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu berücksichtigen.

Umsetzung und Monitoring des Berliner Kindergesundheitszieleprozesses waren stark auf das **Setting Kita** fokussiert, auf Eltern bzw. Familien und das Setting Stadtteil bezogene Ziele wurden demgegenüber zurückgestellt. Im Setting Kita wird per se erhebliches Förderpotenzial gesehen. Seit Beginn des Kindergesundheitszieleprozesses gab es zudem vielfältige Ansätze der Qualitätsentwicklung und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in Berliner Kitas. Betrachtet man die Daten der Einschulungsuntersuchungen, so muss konstatiert

werden, dass deren Aussagekraft hinsichtlich möglicher Wirkungen des Kitabesuchs im Sinne einer Kausalität dadurch eingeschränkt ist, dass keine Erkenntnisse über die Ausgangslage der Kinder zum Zeitpunkt des Kitabeginns vorliegen und somit auch individuelle Entwicklungen im Zeitverlauf nicht erfasst werden. Kinder zeigen mit jedem Jahr längerem Kitabesuch bessere Ergebnisse bezüglich der kindlichen Entwicklung. Der Einfluss des Kitabesuchs erweist sich bei der Berücksichtigung weiterer Faktoren auf die Kindergesundheit hingegen als schwächer als beispielsweise die soziale Lage der Familie oder mangelnde deutsche Sprachkenntnisse in Familien mit Migrationshintergrund. So scheinen z. B. Kinder aller sozialen Schichten von einem längeren Kitabesuch zu profitieren, sodass der Abstand zwischen den Schichten sich nicht verkleinert. Zudem zeigen Analysen der Einschulungsdaten, dass Kinder aus der unteren sozialen Schicht und in Deutschland geborene Kinder mit Migrationshintergrund deutlich häufiger erst im 3. oder 4. Lebensjahr in die Kita kommen als Kinder aus den anderen sozialen Schichten bzw. Kinder deutscher Herkunft. Damit setzt auch die Förderung dieser Kinder in der Kita später ein und es steht weniger Zeit für Förderung bis zur Einschulung zur Verfügung. In der Bewertung der Ergebnisse des Monitorings wird davon ausgegangen, dass ohne Kitabesuch und ohne Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita die Befunde bei den Einschulungsuntersuchungen insgesamt vermutlich (noch) schlechter ausfallen würden.

Es ist ein stärkerer Fokus auf den Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu legen, um dem Ziel gesundheitlicher Chancengerechtigkeit näher zu kommen.

Sowohl mit dem Landesprogramm gute, gesunde Kita als auch durch das Berliner Bildungsprogramm in Verbindung mit der QVTAG wird die Qualitätsentwicklung in Kitas gefördert. Über die tatsächliche Umsetzung von Konzepten der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas jenseits des Landesprogramms gute gesunde Kita und Einzelprojekten gibt es allerdings keinen landesweiten Überblick. Zwar legt die Analyse von Kitakonzeptionen im Rahmen des Monitorings nahe, dass es ein zunehmendes Bewusstsein für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen in den Kitas gibt, in wie weit diese konkret umgesetzt werden, bleibt jedoch offen. So hat die verbindliche Festschreibung einer gesunden Ernährung als integralem Bestandteil jeder Kita in der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen hier sicher Maßstäbe gesetzt. Es werden jedoch keine landesweiten Daten darüber erhoben, ob in der Praxis des Kitaalltags z. B. wirklich nur kalorienarme bzw. ungesüßte Getränke angeboten werden und die Mittagsversorgung den gesteckten hohen Qualitätsansprüchen entspricht. Insgesamt liegen also bis auf Erkenntnisse aus dem LggK und einzelnen Projekten wenig gesammelte Anhaltspunkte darüber vor, wo Prävention und Gesundheitsförderung in der Kita bereits gelingen und wo im Bereich der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Kitaalltags noch weitere Potenziale genutzt werden können.

Die Aufarbeitung der Berliner Einschulungsdaten im hier dargestellten Zeitraum zeigt, dass die Differenzen zwischen Kindern der drei sozialen Schichten und zwischen Kindern mit und ohne

Migrationshintergrund nur in Ansätzen bei Kindern mit Migrationshintergrund bezüglich einzelner Indikatoren kleiner geworden sind. Die Aufarbeitung betrifft jedoch nicht die Ebene der einzelnen Kitas, die in den Einschulungsuntersuchungen nicht abgebildet wird.

Das Spannungsfeld Definition von Zielgruppen versus Stigmatisierung ist mit Blick auf das Ziel des Abbaus sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit zu klären.

Mit dem Gesundheitsziel „Benachteiligung abbauen“ und der Zielformulierung „Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen benachteiligten und nicht benachteiligten Zielgruppen sind reduziert“ ist ein sozialkompensatorischer Auftrag an die Akteure der LGK formuliert. Die Ergebnisse aus dem Monitoring

des bisherigen Kindergesundheitszieleprozesses in Berlin legen nahe, dass Kitas eine wichtige Rolle als niedrigschwelliger Zugangsweg für Gesundheitsförderung zukommt. Kindertageseinrichtungen haben gemäß dem Berliner Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG, § 1) die Aufgabe, allen Kindern gleiche Bildungschancen zu bieten, unabhängig von ihrem Geschlecht, ihrer ethnischen und religiösen Zugehörigkeit, der sozialen und ökonomischen Situation ihrer Familien und ihren individuellen Fähigkeiten. Die Förderung soll soziale Benachteiligungen möglichst ausgleichen. Auch wenn der Bildungsauftrag für alle Kinder gleichermaßen gilt, muss eine Förderung in den Kitas in diesem Sinne differenziert erfolgen. Wie bei der Benennung und spezifischen Förderung benachteiligter Zielgruppen eine Stigmatisierung vermieden werden kann, ist Gegenstand der Diskussion unter den LGK-Akteuren.

Das **Setting Stadtteil** wird lediglich mit dem Unterziel 2.5 „Im Wohnumfeld gibt es vielfältige Bewegungsanlässe für Kinder“ konkret angesprochen, welches in der Folge nicht weiter ausdifferenziert und verfolgt wurde. Darüber hinaus wurden im weiteren Zieleprozess auf der Basis der Indikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen drei Sozialräume mit Handlungsbedarf benannt. Hierzu gab es zwar einen Beschluss der LGK, es fand jedoch im Vorfeld kein Austausch zu den Auswahlkriterien statt und Bedarfsindikatoren aus anderen Quellen als den Einschulungsdaten, wie z. B. dem Programm soziale Stadt, wurden nicht einbezogen. Dadurch war die Auswahl der benannten Räume von einigen Akteuren, z. B. in den Bezirken, nicht nachvollziehbar. Die Folge war eine mangelnde Akzeptanz, aufgrund derer auch keine gezielte Umsetzung erfolgte.

Bei der Identifikation von Sozialräumen mit Handlungsbedarf und sozialräumlichen Schwerpunktsetzungen sind die Bezirke zu beteiligen.

Die Zielsetzung der Priorisierung von einzelnen Sozialräumen sollte begründet und transparent gemacht werden.

Bei der Umsetzung von Maßnahmen im Setting Stadtteil werden mit Blick auf die Anbindung an den Zieleprozess insbesondere zwei Aspekte als besonders relevant erachtet. Die auf Landesebene identifizierten Zielgruppen verteilen sich nicht gleichmäßig über die Stadtteile, sodass in einigen Stadtteilen unter Umständen eine Modifikation erforderlich ist. Außerdem unterliegen die Stadtteile auch Veränderungen aufgrund externer Einflüsse, die im Zieleprozess weder antizipiert noch gestaltet werden können, mit denen aber vor Ort umgegangen werden muss (z. B. Gentrifizierung).

Die unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Akteure sind zu berücksichtigen.

Der Settingansatz wird auch im **Präventionsgesetz** aufgegriffen. Hier werden u. a. Kindertagesstätten und Sozialräume (Kommune/Quartier/Stadtteil) als für Kindergesundheit relevante Lebenswelten

benannt. Bundesweit richten sich große Hoffnungen auf eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten durch das Präventionsgesetz und die in diesem Kontext abgeschlossenen Landesrahmenvereinbarungen. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass der Ressourceneinsatz von Sozialversicherungsträgern an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist. So müssen zu fördernde

Maßnahmen explizit benannt werden und die Kriterien des GKV-Leitfadens Prävention erfüllt sein. Strukturen, z. B. langfristig angelegte Stellen, dürfen von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht finanziert werden. Aber auch die Zuständigkeiten und Verantwortungsbereiche anderer LGK-Akteure sind gesetzlich verankert (z. B. Gesetze zur Jugendhilfe) und daher mit in den Blick zu nehmen.

Grundsätzlich werden unzureichende strukturelle Voraussetzungen und schwierige Rahmenbedingungen als ernstzunehmende Hindernisse dafür gesehen, dass Maßnahmen, für die ein Bedarf erkannt wurde, überhaupt umgesetzt werden und greifen können. So können beispielsweise Lotsendienste im Rahmen der Frühen Hilfen nur dann ihre Funktion entfalten, wenn es entsprechende und ausreichende Angebote (z. B. Familienhebammen, Kitaplätze) gibt. Auch für Kitas werden die Rahmenbedingungen schwieriger, es fehlt zunehmend an Kitaplätzen und qualifiziertem Personal in ausreichender Anzahl. Für sozial benachteiligte oder anderweitig stark belastete Familien ist es bei Angebotsengpässen noch schwieriger als für Familien mit größeren Ressourcen, Zugang zu den Angeboten zu finden.

5.3. Resümee und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich anhand des Verlaufs und der bisherigen Ergebnisse des Kindergesundheitszielprozesses im Land Berlin feststellen, dass eine Weiterentwicklung der Ziele und des gesamten damit verbundenen Prozesses erforderlich ist, um bessere Erfolgschancen bei der Erreichung der gesteckten Ziele zu haben. Auch wenn bei der Formulierung, Kommunikation und Umsetzung der bestehenden Kindergesundheitsziele vielfach Mängel und auch Datenlücken bezüglich des erforderlichen Monitorings gesehen werden, sollte daraus nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die im Jahr 2007 vereinbarten Ziele unbrauchbar sind und bei der Weiterentwicklung des Kindergesundheitszielprozesses fallen gelassen werden können. Vielmehr sollten sinnvolle Zielsetzungen beibehalten und unter Berücksichtigung der Kritikpunkte und Verbesserungsbedarfe qualifiziert werden.

Die wesentliche Grundlage für die Ermittlung von Bedarfen, die Koordinierung von Aktivitäten und das Monitoring des Prozesses ist eine **aussagefähige Datenbasis** auf allen Ebenen, d. h. sowohl zu Strukturen und Prozessen als auch zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in den verschiedenen Lebensphasen und im Zeitverlauf über die Lebensphasen hinweg. Dies schließt auch Daten zum Monitoring der Umsetzung der vereinbarten Ziele ein. Die Ergebnisse des Monitorings sowie die Betrachtung des gesamten Prozessverlaufes haben deutlich gezeigt, dass die vorhandene Datenbasis allein nicht ausreicht. So ist sowohl die Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit zu stärken und bedarfsgerecht auszubauen, als auch Transparenz über bestehende Strukturen und Prozesse sowie Aktivitäten der LGK-Akteure zur Zielerreichung herzustellen.

Bei der sich an die Bedarfsermittlung anschließenden Erarbeitung und Ausgestaltung der Ziele und ihrer Unterziele wurden Wirkzusammenhänge bisher unzureichend reflektiert und thematisiert. Hier sollte zukünftig nach dem **Konzept der Wirkungsorientierung**⁸¹ vorgegangen werden. Wirkungsorientierung heißt, „dass die Perspektive auf konkret erzielte Wirkungen in allen Phasen der Arbeit (Planung, Umsetzung, Bewertung) präsent ist. Erwünschte Wirkungen werden als konkrete Ziele formuliert und mit Indikatoren unterlegt, an denen sich die Aktivitäten und ihre Steuerung ausrichten.“⁸² Durch die Wirkungsorientierung wird es für die Akteure leichter, ihren jeweiligen Beitrag zur Zielerreichung in ein Gesamtmodell einzuordnen, Stärken und Schwächen des Prozesses zu erkennen und daraus Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung abzuleiten.

⁸¹ Kurz, B. & Kubek, D. (2015). Kursbuch Wirkung. Berlin: PHINEO gAG.

⁸² Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (2018). Wirkungsorientierung. Themenblatt 1-2018. im Internet abrufbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=ef12e1bbb12803d650eb5204f15c9512>

Allerdings besteht in der Gesundheitsförderung eine enorme Komplexität der Wirkzusammenhänge, für deren Messung und Bewertung in vielen Fällen noch keine bewährten Konzepte existieren. Die angestrebten Wirkungen unterliegen zudem nicht alle der Steuerbarkeit der LGK-Akteure, sodass auch zukünftig angestrebte Wirkungen nicht immer im gewünschten Umfang erreicht werden können. Eine wirkungsorientierte Steuerung durchläuft im Sinne des Public Health Action Cycle immer wieder den Prozess von Planung, Umsetzung, Überprüfung der Wirkung und Weiterentwicklung. Dabei kommt dem konstruktiven Umgang mit „Misserfolgen“ eine wichtige Bedeutung zu.⁸³ Voraussetzung für ein Gelingen ist, dass eine Verständigung über notwendige Strukturen, Prozesse und angestrebte Ziele erfolgt und dass die hierfür erforderlichen Ressourcen auch nachhaltig abgesichert werden.

Im bisherigen Kindergesundheitszieleprozess hat sich gezeigt, dass sowohl der **Herstellung von Transparenz** als auch einer **stärkeren Partizipation** in allen Phasen des Prozesses mit Blick auf die Akzeptanz des Prozesses eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei sind relevante Akteure unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in der LGK einzubeziehen. Für mehr Transparenz bedarf es einerseits eines Kommunikationskonzeptes sowohl innerhalb der LGK als auch mit der (Fach-)Öffentlichkeit und LKG-externen Akteuren, andererseits einer nachvollziehbaren Dokumentation zentraler Entscheidungen im Prozessverlauf. Die durch mehr Transparenz und Partizipation erreichbare Akzeptanz ist eine unverzichtbare Grundlage für eine gelingende, kooperative Umsetzung der Aktivitäten auf dem Weg zur Erreichung der Kindergesundheitsziele.

Ein weiterer wichtiger Gelingensfaktor wird in einer **Gesamtkoordination** des Gesundheitszieleprozesses gesehen, die bisher insbesondere in der Umsetzungsphase nicht gegeben war. Hier sind die Akteure der LGK aufgerufen, zeitnah ihre Bedarfe hinsichtlich einer übergreifenden Koordination abzustimmen und eine Verständigung zur genauen Ausgestaltung derselben herbeizuführen. Ziele der Gesamtkoordination sind eine stärkere Vernetzung von Akteuren und deren Aktivitäten sowie eine Abstimmung zu vorhandenen und geplanten Aktivitäten, um damit Synergieeffekte zu nutzen und Parallelprozesse oder Doppelstrukturen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang sind sicherlich auch die neuen Perspektiven, die sich durch das Präventionsgesetz ergeben, mit zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse des bisherigen Monitorings haben gezeigt, dass trotz vielfältiger und engagierter Aktivitäten das gesteckte übergeordnete Ziel der **Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit im Kindesalter** nicht erreicht werden konnte und es Anzeichen dafür gibt, dass die Schere der Verteilung gesundheitlicher Chancen bei Kindern aus unterschiedlichen Sozialstatusgruppen tendenziell sogar noch weiter auseinandergeht. Der Konzeption und Implementierung von Aktivitäten mit Ausrichtung auf den **Fokus Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit** sollte daher zukünftig eine hohe Priorität eingeräumt werden.

Die im Juli 2018 **unterzeichnete Landesrahmenvereinbarung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß § 20f SGB V** im Land Berlin (LRV Berlin) knüpft an die LGK Berlin, ihre Strukturen und Prozesse an und bezieht sich explizit auf die von der LGK verabschiedeten Gesundheitsziele. Mit der Aufnahme neuer Mitglieder in die LGK im Zuge der Erarbeitung der LRV Berlin eröffnen sich neue Chancen das Querschnittsthema Gesundheitsförderung im Sinne des **Health in all policies**-Ansatzes ressortübergreifend noch stärker zu verankern und die Potentiale eines solchen Ansatzes besser zu nutzen. Hier sind alle Akteure aufgefordert, sich im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für das Thema Gesundheit einzubringen.

⁸³ Kilian, H. (2018). Wirkungsorientierung - Ein Konzept für die soziallagenbezogene Gesundheitsförderung? In: Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit (Hrsg.), Wirkungsorientierung. Themenblatt 1-2018. im Internet abrufbar unter <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=ef12e1bbb12803d650eb5204f15c9512>

Parallel zum Monitoring und der Reflexion des bisherigen Kindergesundheitszieleprozesses haben die Akteure der LGK-AG Gesund aufwachsen bereits mit der Weiterentwicklung begonnen und sich der Identifikation von **weiteren Themenfeldern** im Kindes- und Jugendalter gewidmet. Bei dieser Weiterentwicklung wurden bereits Erkenntnisse aus der hier dargestellten Reflexion berücksichtigt. So wurden die Handlungsfelder analog dem Vorgehen bei der Erarbeitung nationaler Gesundheitsziele⁸⁴ anhand eines modifizierten Kriterienkatalogs auf ihre Relevanz und Machbarkeit bewertet und anschließend hinsichtlich der zeitlichen Reihenfolge ihrer Bearbeitung priorisiert. Im Herbst 2018 startete die Ausarbeitung von drei neuen Handlungsfeldern „Lebenskompetenz“, „Impfen“ und „Mundgesundheit im Kindes- und Jugendalter“ in einem strukturierten und moderierten Prozess. Hierbei wird die ebenfalls parallel von den drei LGK-Arbeitsgruppen überarbeitete **neue Ziелеmatrix** zugrunde gelegt.

Die mit diesem Papier von den Akteuren der AG Gesund aufwachsen vorgelegte kritische Reflexion des bisherigen Kindergesundheitszieleprozesses der LGK Berlin schafft die Basis für die Weiterentwicklung des Prozesses und gibt den Akteuren in den bestehenden, neuen und künftigen Handlungsfeldern des Gesundheitszieleprozesses Orientierung und hilfreiche Hinweise.

⁸⁴ Evaluationsbeirat (2012). Überarbeiteter Kriterienkatalog zur Auswahl von Gesundheitszielen. gesundheitsziele.de. Im Internet abrufbar unter http://gesundheitsziele.de/cms/medium/1017/Kriterienkatalog_final_121024.pdf

Anhang 1

Landesgesundheitskonferenz Berlin 2007

Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen

Strategisches Ziel:

- **Oberziel:** „Gesundheitschancen für Kinder und Jugendliche erhöhen – Benachteiligung abbauen“
- **Zielgruppe:** Kinder in der Altersgruppe 0 – 6 Jahre; Maßnahmen beziehen sich insbesondere auf „Problemgruppen“ und / oder Kinder mit Migrationshintergrund
- **Handlungsfelder:** Motorik, Ernährung und Sprache
- **Setting:** Familie, Kindertagesstätte, Stadtteil

Struktur- und Prozessziele

- Gesundheitsberichterstattung zur Kinder- und Jugendgesundheit erhalten, stärken und bedarfsgerecht ausbauen; Sozialstrukturatlas fortschreiben und bedarfsgerecht anpassen.
- Gesundheitsförderung im Setting (Sozialraum) weiter ausbauen, bzw. entwickeln und stärken
- Bestehende Netzwerke ausbauen und stärken
- Eigenverantwortung entwickeln und verbessern
- Migrationsspezifische Angebote verbessern und ausbauen
- Projekttransparenz herstellen
- Qualität abbilden
- Beteiligung ermöglichen
- Evaluation sicherstellen

Ergebnisziele:

- 0. Gesundheitliche Ungleichheiten zwischen benachteiligten und nicht benachteiligten Zielgruppen sind reduziert.**
1. Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig; Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.
2. Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.
3. Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Einleitende Bemerkungen von Frau Dr. Bettge, SenGUV, Ref. I A

Auswahl der bearbeiteten Ziele: Aus der Tabelle „Zielesystem zur Entwicklung von Gesundheitszielen“ habe ich zur Konkretisierung nur die Unterziele ausgewählt, die sich mit Daten der Einschulungsuntersuchungen in Berlin messen und evaluieren lassen. Nur für diese Unterziele liegen mir Daten zur Ausgangslage vor, anhand derer quantitative Zielvorgaben entwickelt werden können. Für alle Unterziele mit Kita-Bezug (Unterziele 1.2, 1.3, 1.4, 2.1, 2.2, 2.3, 3.3) und das Unterziel 3.1 (Kinder nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf) erscheint es sinnvoll, wenn die Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung hierfür quantitative Zielvorgaben formuliert. Die Unterziele mit Bezug auf Eltern (Unterziele 1.5 und 2.4) lassen sich mangels hierzu erhobener Daten und wegen noch nicht entwickelter Instrumente zur Messung derzeit keine quantitativen Zielvorgaben entwickeln. Das Unterziel 1.6 (Kinder mit naturgesunden Zähnen) könnte vom Zahnärztlichen Dienst konkretisiert werden. In der Einschulungsuntersuchung werden Angaben zum Zahnpflegezustand erhoben, die aber nicht die Präzision eines durch Fachleute erfassten Gebisszustandes nach dem dmft-Index erreichen.

Zeitlicher Bezug: Als Ausgangsdaten für die Zielformulierung wurden die Daten der Einschulungsuntersuchung 2005 in Berlin verwendet. Für die Zielerreichung wurde jeweils ein Zeitraum bis 2011 vorgegeben. Diese recht kurzfristige Zeitperspektive erscheint aus folgenden Gründen sinnvoll:

- Zu Beginn des Gesundheitsziele-Prozesses sollte keine zu langfristige Perspektive gewählt werden, weil dies ein Nachsteuern erschwert.
- Die laufende Legislaturperiode endet 2011, welche politischen und strukturellen Änderungen anschließend eintreten, lässt sich nicht vorher-sagen. Die Evaluation der Zielerreichung scheint dadurch nach 2011 unsicher.

Die Festsetzung des zeitlichen Bezugs auf den Zeitraum 2005 bis 2011 bedeutet für die verwendbaren Daten, dass zur Überprüfung der Zielerreichung die Daten der Einschulungsuntersuchung 2010 herangezogen werden können, die im Frühjahr 2011 vorliegen werden. Für die Konzipierung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Intervention bedeutet dies jedoch, dass nur ein kurzer Zeitraum für den Planungsvorlauf bis zur Implementierung verbleibt. Zu berücksichtigen ist, dass Maßnahmen ja teilweise bereits eingeleitet sind – wenn auch mehrheitlich nicht mit Schwerpunkt auf dem Abbau von Benachteiligung –, die in diesem Zeitraum ebenfalls in ihren Auswirkungen auf die Erreichung der Gesundheitsziele evaluiert werden können.

Innerhalb des gewählten Zeitraums ist eine jährliche Zwischenkontrolle möglich und empfehlenswert, um schon vor Ablauf der Frist zu beurteilen, ob eine Entwicklung in die angestrebte Richtung stattfindet und die Erreichung des angestrebten Gesundheitsziels realistisch erscheint, ob weitere Anstrengungen zur Zielerreichung erforderlich sind oder ob das Ziel modifiziert werden muss.

Maßnahmen: Je nach der Zielgruppe (alle Kinder in Berlin, Kinder nichtdeutscher Herkunft, sozial benachteiligte Kinder, Kinder in bestimmten Stadtteilen) müssen Maßnahmen auch auf die speziellen Bedürfnisse dieser Zielgruppe zugeschnitten werden. Es genügt beispielsweise nicht, bereits entwickelte mittelschichtorientierte Informationskampagnen schwerpunktmäßig in Bezirken mit sozialen Brennpunkten durchzuführen. Stattdessen müssen in jeder Zielgruppe die Voraussetzungen und Begleiterscheinungen vorhandener gesundheitlicher Probleme und Gefährdungslagen betrachtet und durch die Maßnahmen angegangen werden. Beispielsweise ist bei Maßnahmen für Kinder aus sozial benachteiligten Familien jeweils eine Komponente der Stärkung von Ressourcen (Selbstwert, Selbstwirksamkeit, soziale Unterstützung, elterliche Kompetenz etc.) vorzusehen

Zielesystem

Ernährung

Nr.	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
1.1	Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.	Körpergröße Körpergewicht Lebensalter Geschlecht	Body-Mass-Index (BMI)-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)	von 2005 bis 2011 um 2 Prozentpunkte (von 81 % auf 83 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
1.1.1	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	s. o. Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte)	s. o.
1.1.2	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	s. o. soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 Prozentpunkten auf 3 Prozentpunkte)	s. o.
1.2	Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.		Anzahl der Kitas mit speziellen Angeboten	laufend	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>
1.3	Die Erzieherinnen der Kitas sind in Hinsicht auf gesunde Ernährung qualifiziert.	Nachgewiesene Teilnahme	Anzahl	bis 2010	Reguläre Evaluation Fortbildungen Bildungsinhalte Ernährung
1.4	Eine gesunde Ernährung ist - wie in der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i> dargelegt –integraler Bestandteil in jeder Berliner Kita.	Umsetzungsgrad	Standards*	laufend	Berichte der „Vernetzungsstelle Kitaverpflegung“ (neu einzurichten) Stichproben der Kita-Träger in Kitas
1.5	Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um. Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur ist Thema in Elternkursen und -beratung rund um die Geburt	Erreichungsgrad der Eltern	Gesundheitszustand der Kinder	laufend	U8/9-Untersuchungen (Auswertung notwendig!!, Berichterstattung)
1.6	Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist erhöht.	- Zahngesundheit der Kleinkinder Zahngesund der 6-Jährigen Kinder (vollendetes 6. LJ)	Zahnstatus nach dmft und DMFT	laufend	Zahnärztlicher Dienst Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen

Bewegung

2.1	Der Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik		von 2005 bis 2011 um 7 Prozentpunkte (von 68 % auf 75 %) von 2005 bis 2011 um 4 Prozentpunkte (von 73 % auf 77 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
2.1.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 4 auf 2 Prozentpunkte) von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 12 auf 6 Prozentpunkte)	s. o.
2.1.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	- S-SENS-Subtest Körperkoordination - S-ENS-Subtest Visuomotorik soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 6 auf 3 %punkte) von 2005 bis 2011 auf die Hälfte (von 19 auf 9,5 %punkte)	s. o.

Nr.	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
2.2	Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>	Zahl der Kitas mit speziellen Angeboten	laufend	Parameter aus der <i>Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen</i>
2.3	Die LeiterInnen und ErzieherInnen der Kitas sind über die wichtige Bedeutung von Bewegung im Kindes -und Jugendalter informiert und aufgeklärt. Sie sind in Hinsicht auf Bewegung sowohl theoretisch als auch praktisch qualifiziert.	Nachgewiesene Teilnahme an Fortbildungen in Theorie und Praxis (durch LSB, SJB, BTB und andere durch gezielte Informationsveranstaltungen und praxisbezogene Workshops). Nachweis über Besuch der Fortbildungen entweder durch Teilnahmebestätigungen oder ein Nachweis des Lernerfolgs durch ein Zertifikat. Zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeiten der ErzieherInnen: Zertifikat nach Ablegung einer Lehrprobe im Bereich Bewegungserziehung (z.B. Zertifikatskurs Psychomotorik) In jeder Kita muss mindestens eine Erzieherin zusätzlich für den Bereich Bewegungsförderung qualifiziert sein.	Anteil der Teilnahme, Anzahl der Einrichtungen mit einem gesundheitsorientierten Profil bzw. einem bewegungsorientierten Ansatz.	In jeder Kita müssen pro Jahr mindestens zwei Erzieherinnen an einer Fortbildung im Bereich Bewegungsförderung teilnehmen.	Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle, um anhand der Daten (Teilnahmenachweis, Kompetenznachweis anhand von Lehrproben) die Umsetzung und Entwicklung verfolgen zu können.
2.4	Eltern ermöglichen regelmäßig vielfältige Bewegungsanlässe für die Kinder.				
2.5	Im Wohnumfeld gibt es vielfältige Bewegungsanlässe für Kinder	Anzahl der Kinderspielplätze; Anzahl verkehrsberuhigter Zonen;		Sukzessive ab sofort	

Sprachentwicklung

Nr.	Unterziele	Messgrößen	Indikatoren	Zeitlicher Bezug	Messung durch / Recherche vorh. Daten
3.1	Der Anteil von Kindern nicht deutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist verringert.			Festlegung durch SenBild-Wiss,	spezifische Parameter im vorschulischen Sprachtest.
3.2	Der Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen 		von 2005 bis 2011 - um 3 Prozentpunkte (von 75 % auf 78 %) - um 2 Prozentpunkte (von 69 % auf 71 %) um 4 Prozentpunkte (von 71 % auf 75 %)	KJGD im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung
3.2.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen - S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen Herkunft	s. o.	von 2005 bis 2011 - auf die Hälfte (von 6 auf 3 Prozentpunkte) - auf die Hälfte (von 28 auf 14 Prozentpunkte) auf die Hälfte (von 40 auf 20 Prozentpunkte)	s. o.
3.2.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	<ul style="list-style-type: none"> - S-ENS-Subtest Pseudowörter - S-ENS-Subtest Wörter ergänzen - S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen soziale Schicht	s. o.	von 2005 bis 2011 - auf die Hälfte (von 14 auf 7 Prozentpunkte) - auf die Hälfte (von 23 auf 11,5 Prozentpunkte) auf die Hälfte (von 28 auf 14 Prozentpunkte)	s. o.
3.3	Möglichst alle Kinder besuchen während der 2 Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita.	Anzahl der Kinder		Festlegung durch SenBild-Wiss,	Kita-Statistik
3.4	Die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation für die Sprachentwicklung der Kinder ist Bestandteil der Fortbildungsangebote rund um die Geburt	Modul o.ä. in Konzeption der Angebote			

Anhang 2

Übersicht über die im Zieleprozess verwendeten Indikatoren und ihre kritische Würdigung unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen im Monitoring und mit Blick auf die zukünftige Weiterentwicklung bzw. Neuentwicklung von Indikatoren

Oberziel Themenfeld Ernährung: Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.			
Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
1.1	Der Anteil der Kinder mit Normalgewicht ist erhöht.	Body-Mass-Index (BMI)-Perzentile nach Kromeyer-Hauschild et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> Im Fokus der Aufmerksamkeit stand seinerzeit eigentlich die Reduzierung von Übergewicht/Adipositas. Eine Zunahme des Anteils normalgewichtiger Kinder kann aber auch durch eine Abnahme untergewichtiger Kinder erzielt werden. Die bewusst positiv gewählte Umformulierung des Problems verstellt den Blick auf das Monitoring des eigentlich dahinter stehenden Ziels. Normalgewicht ist nicht per se Indikator für gesunde und vielfältige Ernährung. Kinder können sich gesund ernähren und übergewichtig oder untergewichtig sein, normalgewichtige Kinder können unausgewogen oder fehlernährt sein. Zudem ist die Entwicklung von Übergewicht/Adipositas ein multifaktorielles Geschehen, in dem Ernährung nur ein Faktor von vielen ist. Übergewicht stellt im Einschulungsalter in der Gesamtgruppe der Kinder noch kein vorrangiges Gesundheitsproblem dar, jedoch weisen einzelne Zielgruppen (z. B. Kinder türkischer und arabischer Herkunft, Kinder der unteren sozialen Statusgruppe) deutlich erhöhte Anteile übergewichtiger Kinder auf. Daher sollten diese Zielgruppen im Fokus der Zielformulierung stehen und nicht nur in Unterzielen adressiert werden.
1.1.1	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	Zusätzliche Differenzierung nach Herkunft (Migrationshintergrund) und sozialer Schicht (untere vs. mittlere/obere)	
1.1.2	Der Unterschied im Anteil normalgewichtiger Kinder zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	Quelle: ESU	

Oberziel Themenfeld Ernährung:

Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
			<ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht weist allerdings eine hohe Persistenz vom Kindesalter ins Erwachsenenalter auf und ist zugleich ein bedeutender lebensstilabhängiger Risikofaktor für metabolische und andere Erkrankungen. Daher wird der Anteil der Kinder mit Übergewicht/Adipositas auch in anderen Gesundheitszieleprozessen und in der Präventionsberichterstattung als Indikator im Monitoring genutzt (z. B. Datenmonitor Kindergesundheit Brandenburg, Monitoring der Nationalen Gesundheitsziele Österreich, Präventionsberichterstattung Bayern) und für den Berliner Kindergesundheitszieleprozess als sinnvoller Indikator erachtet.
1.2	<p>Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.</p>	<p>Anzahl der Kitas mit speziellen Angeboten</p> <p>Quelle: Parameter aus der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtung (QVTAG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Der Indikator ist sehr allgemein formuliert, sodass nicht deutlich wird, welche Angebote genau gemeint sind/erfasst werden sollen. • Der Indikator wurde letztlich gar nicht erhoben, weil die Ausgestaltung der QVTAG zum Zeitpunkt der Zielformulierung noch nicht abgeschlossen war und nach Abschluss eine Erhebung des Parameters im Rahmen der QVTAG in dieser oder vergleichbarer Form nicht (mehr) vorgesehen war. • Da Kita-Träger erheblichen Einfluss auf die Schwerpunktsetzung und deren Ausgestaltung in den Kitas nehmen, sollte die Zielformulierung auch auf Kita-Träger erweitert werden. • Ggf. zusätzlicher Indikator Teilnahme von Kitas am LggK

Oberziel Themenfeld Ernährung:

Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
1.3	Die Erzieherinnen der Kitas sind in Hinsicht auf gesunde Ernährung qualifiziert.	Anzahl pädagogische Fachkräfte mit nachgewiesener Teilnahme Quelle: reguläre Evaluation Fortbildungen Bildungsinhalte Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Es existiert keine reguläre berlinweite Evaluation zu in Anspruch genommenen Fortbildungen pädagogischer Fachkräfte und es wäre zu prüfen, ob eine berlinweite Erfassung angesichts der Vielzahl der verschiedenen Fortbildungsträger und datenschutzrechtlicher Belange überhaupt machbar wäre. • Die bloße Anzahl der pädagogischen Fachkräfte, die an einer Fortbildung zu gesunder Ernährung teilgenommen haben, sagt nichts über die Qualifizierung der Nicht-Teilnehmerinnen in diesem Bereich aus. • Pädagogische Fachkräfte haben nur begrenzten Einfluss auf die Ernährung in der Kita, insbesondere, wenn die Kita keine eigene Küche hat. Um eine gesunde Ernährung in der Kita sicherzustellen, sind strukturelle Maßnahmen nötig.
1.4	Eine gesunde Ernährung ist - wie in der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen dargelegt - integraler Bestandteil in jeder Berliner Kita.	Umsetzungsgrad der Standards Quelle: Berichte der „Vernetzungsstelle Kitaverpflegung“ (neu einzurichten) Stichproben der Kita-Träger in Kitas	<ul style="list-style-type: none"> • Die angedachte „Vernetzungsstelle Kitaverpflegung“ wurde in dieser Form nicht eingerichtet, stattdessen wurde die bestehende „Vernetzungsstelle Schulverpflegung“ erweitert. • Die Kontrolle des Umsetzungsgrades der Standards gehört nicht zu den Aufgaben der Vernetzungsstelle und ist auch in der QVTAG nicht vorgesehen, da das Konzept der Qualitätsentwicklung partizipativ angelegt ist.

Oberziel Themenfeld Ernährung:

Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
1.5	<p>Eltern setzen regelmäßig eine gesunde Kinderernährung um.</p> <p>Gesunde Ernährung und gesunde Esskultur sind Thema in Elternkursen und -beratung rund um die Geburt.</p>	<p>Indikator: Gesundheitszustand der Kinder</p> <p>Messgröße: Erreichungsgrad der Eltern</p> <p>Quelle: U8/9-Untersuchungen (Auswertung notwendig, Berichterstattung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der nachrangigen Bearbeitungspriorität zum Zeitpunkt der Erstellung des Zielerasters wurde keine nähere Spezifizierung vorgenommen. Daher erfolgte auch kein zielbezogenes Monitoring. • Die Datengrundlage U-Untersuchungen ist für das Monitoring dieses Ziels ungeeignet und steht auch nicht für eine Auswertung zur Verfügung. • Die Operationalisierung ist unklar, ungenau und nicht realistisch. Der Gesundheitszustand der Kinder sagt wenig über Elternwissen und -verhalten aus. Der Erreichungsgrad der Eltern könnte allenfalls eine Aussage über den zweiten Teil der Zielformulierung ermöglichen, hierzu liegen aber keinerlei Erkenntnisse vor.
1.6	<p>Anteil der Kinder mit (natur)gesunden Zähnen ist erhöht.</p>	<p>Zahnstatus nach dmft und DMFT der Kleinkinder und der 6-jährigen Kinder</p> <p>Quelle: zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auch wenn die Ernährung ein wichtiger Einflussfaktor für die Zahngesundheit ist, so ist der Zahnstatus ähnlich wie das Normalgewicht nicht per se ein Indikator für eine gesunde Ernährung. • Der Indikator ist besser in einem Monitoring von Zielen im Bereich der Verbesserung der Mundgesundheit angesiedelt. Mundgesundheit wird als eigenständiges Handlungsfeld im Zuge der Weiterentwicklung der Kindergesundheitsziele etabliert. • Die Aussagekraft (Repräsentativität) des Indikators für die Zahngesundheit ist dadurch eingeschränkt, dass nicht alle Kinder erfasst werden. Nur ca. 90 % der 3-6-Jährigen sind in der Kita und die Untersuchung kann nur bei Zustimmung der Personensorgeberechtigten

Oberziel Themenfeld Ernährung:

Kinder ernähren sich regelmäßig und vollwertig: Ernährungsbildung, Speiseplangestaltung und Esskultur fördern ihre gesunde Entwicklung.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
			<p>erfolgen. Nach der Verordnung zum Kindertagesförderungsgesetz (KitaFöG) ist die jährliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung festgeschrieben. Derzeit kann dieser zeitliche Rahmen aus personellen, einrichtungsgegebenen o. a. Gründen nicht umgesetzt werden. In diesem Fall wird die fehlende Vorsorgeuntersuchung innerhalb des folgenden Kitajahres erfolgen.</p>

Oberziel Themenfeld Bewegung:			
Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.			
Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
2.1	Der Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	S-ENS-Subtest Körperkoordination S-ENS-Subtest Visuomotorik	<ul style="list-style-type: none"> • Das Screening zur Körperkoordination erfasst einen wichtigen Bewegungsaspekt und erscheint auch rückblickend adäquat und geeignet einen Beitrag zum Monitoring im Sinne eines Ergebnisindikators zu leisten. • Das Screening zur Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) erfasst einen wichtigen Entwicklungsbereich, aber keinen Bewegungsaspekt im engeren Sinne des gesetzten Ziels. • Beide Indikatoren erlauben keine Aussage darüber, ob Kinder sich genügend bewegen, welcher Art diese Bewegung ist und ob sie es gerne tun. Diese Aspekte sind aber im Interesse einer Herausbildung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils von Bedeutung, daher sollten hierfür Indikatoren entwickelt werden. • Das Ergebnis auf Bevölkerungsebene hängt auch von weiteren Faktoren innerhalb der untersuchten Population ab (z. B. Einschulungsalter, Zurückstellungen), sodass Änderungen bei den Rahmenbedingungen bei der Interpretation mit berücksichtigt werden müssen. • Im Fokus der Aufmerksamkeit stand seinerzeit eigentlich die Reduzierung von Kindern mit Auffälligkeiten in der Motorik. Eine Zunahme im Anteil von Kindern mit unauffälligen Entwicklungstests kann aber auch durch eine Abnahme des Anteils der Kinder mit grenzwertigen Testergebnissen erzielt
2.1.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	Zusätzliche Differenzierung nach Herkunft (Migrationshintergrund) und sozialer Schicht (untere vs. mittlere/obere) Quelle: ESU	
2.1.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen motorischen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.		

Oberziel Themenfeld Bewegung: Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.			
Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
			<p>werden. Die bewusst positiv gewählte Umformulierung des Problems verstellt den Blick auf das Monitoring des eigentlich dahinter stehenden Ziels.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Betrachtung nach Herkunft ist zu prüfen, in wie weit es sinnvoll ist, Unterschiede in einzelnen Herkunftsgruppen differenzierter und nicht global nach Migrationshintergrund ja/nein zu betrachten. • Bei der Analyse nach sozialer Lage sollten alle drei Gruppen ausgewiesen werden und nicht die mittlere und obere Schicht/ Statusgruppe zusammengefasst betrachtet werden, da die Entwicklung in diesen nicht immer parallel verläuft.
2.2	Der Anteil der Kitas mit besonderem gesundheitsförderndem Profil ist erhöht.	Zahl der Kitas mit speziellen Angeboten Quelle: Parameter aus der Qualitätsentwicklung Tageseinrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Der Indikator ist sehr allgemein formuliert, sodass nicht deutlich wird, welche Angebote genau gemeint sind/erfasst werden sollen. • Wichtig ist nicht nur die Aufnahme in das Kita-„Programm“, sondern auch die Verankerung im Bewusstsein des Kita-Personals. So können pädagogische Fachkräfte in Kitas ohne explizites gesundheitsförderliches Profil entsprechende Aspekte in ihren Alltag integriert haben, während sie in anderen Kitas „nur“ in der Konzeption stehen und in der Praxis nicht zum Einsatz kommen. • Der Indikator wurde letztlich gar nicht erhoben, weil die Ausgestaltung der QVTAG zum Zeitpunkt der Zielformulierung

Oberziel Themenfeld Bewegung: Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.			
Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
			<p>noch nicht abgeschlossen war und nach Abschluss eine Erhebung des Parameters im Rahmen der QVTAG in dieser oder vergleichbarer Form nicht (mehr) vorgesehen war.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Da Kita-Träger erheblichen Einfluss auf die Schwerpunktsetzung und deren Ausgestaltung in den Kitas nehmen, sollte die Zielformulierung auch auf Kita-Träger erweitert werden.
2.3	Die LeiterInnen und ErzieherInnen der Kitas sind über die wichtige Bedeutung von Bewegung im Kindes- und Jugendalter informiert und aufgeklärt. Sie sind in Hinsicht auf Bewegung sowohl theoretisch als auch praktisch qualifiziert.	<p>Nachgewiesene Teilnahme an Fortbildungen in Theorie und Praxis (durch LSB, SJB, BTB und andere durch gezielte Informationsveranstaltungen und praxisbezogene Workshops).</p> <p>Nachweis über Besuch der Fortbildungen entweder durch Teilnahmebestätigungen oder ein Nachweis des Lernerfolgs durch ein Zertifikat.</p> <p>Zusätzliche Qualifizierungsmöglichkeiten der ErzieherInnen: Zertifikat nach Ablegung einer Lehrprobe im Bereich Bewegungserziehung (z. B. Zertifikatskurs Psychomotorik).</p> <p>In jeder Kita muss mindestens eine Erzieherin zusätzlich für den Bereich</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es existiert keine reguläre berlinweite Evaluation zu in Anspruch genommenen Fortbildungen pädagogischer Fachkräfte und es wäre zu prüfen, ob eine berlinweite Erfassung angesichts der Vielzahl der verschiedenen Fortbildungsträger überhaupt machbar wäre. • Die bloße Anzahl der pädagogischen Fachkräfte, die an einer Fortbildung zu Bewegungsförderung teilgenommen haben, sagt nichts über die Qualifizierung der Nicht-Teilnehmerinnen in diesem Bereich aus. Eine Vorgabe der Anzahl qualifizierter Fachkräfte unabhängig von der Größe der Kita erscheint wenig zielführend.

Oberziel Themenfeld Bewegung: Kinder bewegen sich regelmäßig; motivierende Bewegungsanlässe fördern ihre gesunde Entwicklung.			
Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
		<p>Bewegungsförderung qualifiziert sein.</p> <p>Quelle: Einrichtung einer zentralen Koordinierungsstelle, um anhand der Daten (Teilnahmenachweis, Kompetenznachweis anhand von Lehrproben) die Umsetzung und Entwicklung verfolgen zu können.</p> <p>Anteil der Teilnahme, Anzahl der Einrichtungen mit einem gesundheitsorientierten Profil bzw. einem bewegungsorientierten Ansatz.</p>	
2.4	Eltern ermöglichen regelmäßig vielfältige Bewegungsanlässe für die Kinder.		<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der nachrangigen Bearbeitungspriorität zum Zeitpunkt der Erstellung des Zielerasters wurde keine nähere Spezifizierung vorgenommen. Daher erfolgte auch kein zielbezogenes Monitoring.
2.5	Im Wohnumfeld gibt es vielfältige Bewegungsanlässe für Kinder.	<p>Anzahl der Kinderspielplätze</p> <p>Anzahl verkehrsberuhigter Zonen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund der nachrangigen Bearbeitungspriorität zum Zeitpunkt der Erstellung des Zielerasters wurde keine nähere Spezifizierung vorgenommen. Daher erfolgte auch kein zielbezogenes Monitoring.

Oberziel Themenfeld Sprache:

Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
3.1	Der Anteil von Kindern nichtdeutscher Herkunft mit Sprachförderbedarf ist verringert.	Quelle: spezifische Parameter im vorschulischen Sprachtest	<ul style="list-style-type: none"> • zwischenzeitlich Änderung des Verfahrens: Der Sprachstand von Kindern, die im Alter von 4 Jahren eine Kita besuchen, wird per QUASTA erhoben. Hier wird auch nach deutscher/ nichtdeutscher Herkunftssprache differenziert. Kinder, die zum Zeitpunkt der Sprachstandserhebung keine Kita besuchen, werden mit Deutsch Plus 4 getestet, allerdings werden nicht alle Kinder erfasst und eine Differenzierung nach deutscher/ nichtdeutscher Herkunftssprache wird nicht als sinnvoll erachtet.
3.2	Der Anteil von Kindern mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden ist erhöht.	S-ENS-Subtest Pseudowörter S-ENS-Subtest Wörter ergänzen	<ul style="list-style-type: none"> • Für das Monitoring wurde als Bezugsgröße die Gesamtheit aller Kinder unabhängig von ihren Deutschkenntnissen gewählt unter der Überlegung, dass dadurch der Anteil der Kinder ausgewiesen wird, der über eine ausreichend gute Sprachentwicklung in deutscher Sprache verfügt. Bis auf den Subtest „Pseudowörter nachsprechen“ sind die Tests jedoch nicht unabhängig von der deutschen Muttersprache und müssen bei Kindern mit nicht bzw. kaum vorhandenen Deutschkenntnissen auch nicht durchgeführt werden. Dadurch werden einerseits Kinder mit unzureichenden Deutschkenntnissen und nicht durchgeführtem Sprachtest nicht in den Auswertungen berücksichtigt, andererseits kann bei Kindern mit unzureichenden Deutschkenntnissen, bei denen der Sprachtest dennoch durchgeführt wurde, ein auffälliges Testergebnis als Sprachentwicklungsstörung fehlinterpretiert werden. • Aus heutiger Sicht wäre zu empfehlen für ein Monitoring den Indikator Sprachdefizite zu nutzen, der das Ergebnis des Subtests Sätze
3.2.1	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern deutscher und nichtdeutscher Herkunft ist verringert.	S-ENS-Subtest Sätze nachsprechen Zusätzliche Differenzierung nach Herkunft (Migrationshintergrund) und sozialer Schicht (untere vs. mittlere/obere)	
3.2.2	Der Unterschied im Anteil der Kinder mit unauffälligen sprachlichen Entwicklungsbefunden zwischen Kindern der unteren sozialen Schicht und Kindern der mittleren und oberen sozialen Schicht ist verringert.	Quelle: ESU	

Oberziel Themenfeld Sprache:

Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
			<p>nachsprechen sowie die Kinder mit Migrationshintergrund und unzureichenden Deutschkenntnissen kombiniert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Fokus der Aufmerksamkeit stand seinerzeit eigentlich die Reduzierung von Kindern mit einer verzögerten Sprachentwicklung/ unzureichenden Sprachkenntnissen. Eine Zunahme im Anteil von Kindern mit unauffälligen Entwicklungstests kann aber auch durch eine Abnahme des Anteils der Kinder mit grenzwertigen Testergebnissen erzielt werden. Die bewusst positiv gewählte Umformulierung des Problems verstellt den Blick auf das Monitoring des eigentlich dahinter stehenden Ziels. • Bei der Betrachtung nach Herkunft ist zu prüfen, in wie weit es sinnvoll ist, Unterschiede in einzelnen Herkunftsgruppen differenzierter und nicht global nach Migrationshintergrund ja/nein zu betrachten. • Bei der Analyse nach sozialer Lage sollten alle drei Gruppen ausgewiesen werden und nicht die mittlere und obere Schicht/ Statusgruppe zusammengefasst betrachtet werden, da die Entwicklung in diesen nicht immer parallel verläuft.

Oberziel Themenfeld Sprache:

Kinder verfügen vor Schuleintritt als wichtigem Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit über eine ausreichende Kompetenz in deutscher Sprache.

Nr.	Unterziele	Indikatoren	Kritische Würdigung
3.3	Möglichst alle Kinder besuchen während der 2 Jahre vor Schuleintritt regelmäßig eine Kita.	Anzahl der Kinder Quelle: Kita-Statistik	<ul style="list-style-type: none"> • Die Formulierung „möglichst alle“ stellt vor dem Hintergrund der elterlichen Wahlfreiheit und eines begrenzten Platzangebots eine unrealistische und nicht hinreichend präzierte Zielvorstellung dar. • Neben der Anzahl sollte auch der Anteil der Kinder bezogen auf die Berliner Bevölkerung der entsprechenden Altersgruppe ausgewiesen werden.
3.4	Die Bedeutung der sprachlichen Kommunikation für die Sprachentwicklung der Kinder ist Bestandteil der Fortbildungsangebote rund um die Geburt.	Messgröße: Modul o. ä. in Konzeption der Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Zielformulierung wurde kein Hinweis auf eine verfügbare Datenquelle zum Monitoring dieses Unterziels gegeben. Es liegen somit keine Daten zu diesem Unterziel vor, die eine Beurteilung der Zielerreichung ermöglichen würden.

Anhang 3

Aufgaben der Koordination in der Planungs- und Umsetzungsphase des Kindergesundheitszieleprozesses in Berlin

Die nachfolgenden Aspekte stellen eine erste Übersicht über potentielle Aufgaben im Rahmen einer Koordination des gesamten Prozesses dar, die in der UAG Diskussionspapier gesammelt wurden. Sie bedürfen einer Ausarbeitung und Konkretisierung nach der Klärung der grundsätzlichen Fragen der Gesamtkoordination unter den LGK-Akteuren.

Planungsphase

- Initiierung vorbereitender Arbeiten zur Identifikation der prioritären Zielthemen (Kriterien epidemiologische Relevanz, Beeinflussbarkeit, Machbarkeit etc.), Präsentation in LGK
- Identifikation relevanter Akteure (intern und extern)
- Strukturierung des LGK-weiten Festlegungsprozesses
- Analyse der Pros und Kontras der einzelnen LGK-Akteure zu den in Frage kommenden Zielthemen und deren Rolle/Bereitschaft/Hinderungsgründe bezüglich der Befassung mit dem Thema
- Organisation und Geschäftsführung von AGs zur Zielentwicklung, Akquise von Input zu Problemanalysen und Interventionsstrategien
- Ansprache/Einbeziehung relevanter Akteure
- gestufte Kommunikation des Zielentwicklungsprozesses nach innen und außen (Fachöffentlichkeit / Politik / Öffentlichkeit)
- Organisation fachöffentlicher Foren zur Diskussion der Entwicklungsergebnisse inkl. Aufbereitung der Erkenntnisse für die weitere Entwicklung
- Betreuung der Entwicklungsergebnisse durch die Gremien
- Kommunikation der Ziele extern
- Sicherstellung eines handlungsfeldübergreifenden Austausches der LGK-Akteure bei der Ausarbeitung von Gesundheitszielen zur Vermeidung von Doppel- bzw. Parallelstrukturen.

Umsetzungsphase

- Zusammentragen der vorhandenen/in Aussicht gestellten/potenziellen Handlungsansätze der LGK-Akteure
- Zusammentragen des Standes und der Möglichkeiten des Einbezugs von Unterorganisationen durch LGK-Akteure
- Abfrage von Möglichkeiten des Monitorings von Maßnahmen für die einzelnen LGK-Akteure mit vertretbarem Aufwand
- Zusammentragen und Kommunikation (intern/extern) umgesetzter Maßnahmen, sozialräumliche Aufbereitung
- Entwicklung der Schnittstellen zu anderen thematisch/organisatorisch angrenzenden Programmen oder Prozessen
- Recherche LGK-externer Akteure (Angebots- oder Kostenträger), die inhaltlich mit dem Zielthema befasst sind
- Initiierung (oder auch Durchführung) des Monitorings von Maßnahmen
- (Zwischen-)Berichterstattung in die LGK-Gremien
- Begleitung kleinräumiger Analysen zu Verteilung/Bedarf/Hinderungsgründen bezüglich der Inanspruchnahme der umgesetzten zielbezogenen Maßnahmen
- Berichterstattung zu den Ergebnissen des Zielprozesses, Organisation von Diskussionsforen dazu, Kommunikation extern

- Organisation einer AG zur Bewertung der Erkenntnisse aus dem Prozess
- Aufbereitung der Erkenntnisse zu Empfehlungen an die LGK zur weiteren Vorgehensweise

Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Oranienstr. 106

10969 Berlin

Tel (030) 9028-2853

www.berlin.de/sen/gpg

pressestelle@sengpg.berlin.de

© Senatsverwaltung für Gesundheit, Gleichstellung und Pflege