

# Achte Landesgesundheits- konferenz Berlin

15. Dezember 2011  
Rathaus Schöneberg Berlin

Dokumentation



#### **Redaktion**

Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.)  
Annika Peters, Marion Amler, Katja Becker

#### **Satz und Layout**

Connye Wolf, [www.connye.com](http://www.connye.com)

#### **Herausgeber**

Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Land Berlin (April 2012)

#### **Fachliche Auskunft**

Stefan Pospiech

#### **Druck**

A & W Digitaldruck  
Ahrensfield & Wolf GbR  
Kameruner Straße 57  
13351 Berlin  
[www.aw-digital.de](http://www.aw-digital.de)

#### **Bildnachweise**

Alle Fotos André Wagenzik, [www.wagenzik.de](http://www.wagenzik.de) außer  
S.25, 26 (rechts), 43, 46,48,59,62: Marion Amler  
S.26 (links): Diakoniegemeinschaft Bethania e. V.  
S. 40 (links): Mirko Kubein  
S.31, 32: BLIQ  
S. 33, 34 (unten): Andreas Süß  
S. 37: Chaled Schmidt  
S. 63: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Die Fachstelle wird von der Senatsverwaltung für  
Gesundheit und Soziales finanziert.  
Träger ist Gesundheit Berlin-Brandenburg.

In den vorliegenden Texten wurde im Kontext der Gender  
Mainstreaming Beratung der LGK auf der sprachlichen Ebene ein  
Gender-Lektorat durchgeführt  
(Christiane Droste / gender+).

## Inhaltsverzeichnis

### Editorial

Stefan Pospiech,  
Leiter der Fachstelle für Prävention und  
Gesundheitsförderung im Land Berlin ..... 2

### Eröffnung

#### Eröffnungsbeitrag

Mario Czaja,  
Senator für Gesundheit und Soziales sowie  
Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz ..... 3

### Laudatio

Projekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“  
Mario Czaja,  
Senator für Gesundheit und Soziales sowie  
Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz ..... 4

### Fachvorträge

„Wie gesund sind die Berliner Kinder?“  
Dr. Susanne Bettge,  
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ..... 7

„Gesundes Aufwachsen für alle Berliner Kinder –  
Potenziale und Herausforderungen“  
Prof. Dr. Raimund Geene,  
Hochschule Magdeburg-Stendal ..... 11

### Themenblock I:

#### Gemeinsam handeln – Chancen verbessern! Präventionsketten für ein gesundes Aufwachsen aller Berliner Kinder

#### Gesprächsrunde

„Wie gelingt der Aufbau von Präventionsketten  
in den Berliner Bezirken?“ ..... 15

#### Fachbeiträge

„Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf –  
Modellvorhaben Präventionskette“  
Andrea Möllmann,  
Gesundheit Berlin-Brandenburg ..... 22

„Partizipative Qualitätsentwicklung in der  
Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Überblick“  
Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger  
Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung ..... 23

#### World Café

„Betroffene zu Beteiligten machen –  
Wie gelingt partizipative Qualitätsentwicklung?“ ..... 25

### Themenblock II:

#### Die Stadt bewegen: Bewegungsräume und -möglichkeiten für Mädchen und Jungen!

Moderierte Posterpräsentation ..... 27

#### World Café

„Bewegungsräume gemeinsam schaffen  
und gestalten“ ..... 40

### Themenblock III:

#### Bildung und Gesundheit im Setting Kita – Wo stehen wir?

#### World Café

„Handlungsfelder der Gesundheitsförderung  
in der Kita“ ..... 45

#### Fachvortrag

„Bildung und Gesundheit im Setting Kita:  
Wo stehen wir?“  
Henriette Heimgaertner, Milena Hiller,  
Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung ..... 49

#### Gesprächsrunde

„Die gesundheitsförderliche Kita“ ..... 53

### Abschlussplenum

„Perspektiven im Gesundheitszielprozess“ ..... 58

### Schlusswort

Emine Demirbüken-Wegner,  
Staatssekretärin für Gesundheit ..... 63

### Rahmenprogramm

Projektmesse ..... 65

Mitglieder der  
Landesgesundheitskonferenz Berlin ..... 68

Über die Fachstelle ..... 70

Webseite [www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de) ..... 71

## Editorial



*Stefan Pospiech  
Leiter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Land Berlin*

Sehr geehrte Damen und Herren,

„Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen erhöhen – Benachteiligungen abbauen“. Unter diesem Leitmotiv formulier- te die Landesgesundheitskonferenz Berlin im Jahre 2007 Ziele für ein gesundes Aufwachsen aller Berliner Mädchen und Jungen.

Auf der 8. Landesgesundheitskonferenz am 15. Dezember 2011 wurde eine erste Bilanz gezogen, ob und wie diese Ziele erreicht werden können. Im bisherigen Gesundheitszielprozess wurden wertvolle Erkenntnisse über wirksame Strategien und Maßnahmen gewonnen. Ein Beispiel ist der Aufbau von Präventionsketten in vielen Berliner Bezirken. Präventionsketten zielen darauf, in allen Lebensphasen – von der Schwangerschaft und Geburt über die Kita- und Schulzeit – Unterstützungsangebote ineinander greifen zu lassen.

Weitere Schwerpunkte der Konferenz, die sich in den Beiträgen der Dokumentation abbilden, waren die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten und die Gestaltung bewegungsförderlicher Lebenswelten im Stadtteil.

Der Zielprozess steht in dem Bewusstsein, dass eine gute und zielgerichtete Zusammenarbeit im Bereich der Gesundheits-

förderung und Prävention der Kooperation vieler Partner auf der Landes- und Bezirksebene, den Sozialversicherungsträgern und Verbänden, den Trägern von Lebenswelten und den vielfältigen Projekten und Initiativen auf der lokalen Ebene bedarf.

Gesundheitsziele entfalten ihre Wirkung besonders dann, wenn sich Viele in ihrem Handeln an ihnen orientieren. Die offenen Veranstaltungsformate der 8. Landesgesundheitskonferenz boten daher vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten für die 380 Teilnehmenden. Im Rahmen von offenen Diskussionsforen konnten die unterschiedlichen Perspektiven in die Beratungen einfließen. So wurden neue Sichtweisen, Erkenntnisse sowie Anregungen für potenzielle Lösungsansätze entwickelt. Diese geben wertvolle Impulse in den weiteren Zielprozess.



In der hier vorliegenden Dokumentation finden Sie alle fachlichen Beiträge, Reden und Gesprächsrunden sowie zahlreiche Beispiele guter Praxis aus Berlin.

Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin hofft, dass Sie aus den Ergebnissen der Konferenz wertvolle Anregungen für Ihre Arbeit ziehen können.

*Stefan Pospiech  
Leiter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Land Berlin*

# Eröffnung

## Eröffnungsbeitrag

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales sowie Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz Berlin



Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich willkommen zur 8. Landesgesundheitskonferenz. Zu Beginn dieser Landesgesundheitskonferenz und der neuen Wahlperiode erwarten Sie zunächst ein paar Worte dazu, wo unsere Arbeitsschwerpunkte in der großen Koalition liegen. In diesem Zusammenhang begrüße ich ganz herzlich den gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Fraktion, unseren Koalitionspartner, Herrn Thomas Isenberg.

Unsere Arbeitsschwerpunkte möchte ich Ihnen gerne in sechs wesentlichen Punkten umreißen. Der Koalitionsvertrag und damit die wesentlichen Schwerpunkte unserer Arbeit sind entlang der Versorgungskette strukturiert.

An erster Stelle steht das Thema Prävention. Mit dem Aktionsprogramm Gesundheit soll das Niveau der Gesundheitsförderung weiter erhöht werden. Dazu gehört auch, die Initiativen für sozialräumlich orientierte Präventionsketten zu bündeln und zu unterstützen.

Im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit haben wir das Ziel, einen „Stadtplan der Gesundheitsförderung“ zu erstellen. Mit diesem Stadtplan der Gesundheitsförderung können die ver-

schiedenen Aktivitäten erfasst und fachliche Best-Practice-Beispiele identifiziert werden. Dies erzeugt Transparenz über die Leistungen im Bereich der Prävention und Angebote werden so besser zugänglich.

Im Rahmen des Aktionsprogramms werden wir zudem die vom Senat bereits in den letzten Jahren gestartete „Initiative Gesundheit und Arbeit“ weiter intensivieren.

Ein zweiter wesentlicher Punkt dieser neuen Koalition und meines Hauses wird sein, die wohnortnahe Versorgung zu stärken und die Erfahrungen aus den Analysen der letzten Jahre aufzugreifen. Insgesamt betrachtet hat Berlin eine gute ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung. In bestimmten Ortsteilen Berlins gibt es jedoch Defizite in der wohnortnahen ärztlichen Versorgung, an anderer Stelle dagegen eine hohe Dichte von Ärztinnen und Ärzten. Das neue Versorgungsstrukturgesetz bietet erstmalig über eine Fülle neuer Instrumente die Möglichkeit, gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung dafür Sorge zu tragen, dass eine ausgeglichene Verteilung der wohnortnahen ambulanten, haus- und fachärztlichen Versorgung sichergestellt wird. Im Rahmen der Haushaltsplanaufstellung werden wir versuchen, das dafür zuständige Referat in der Gesundheitsverwaltung personell und materiell zu stärken.

Das dritte Thema, das uns sehr am Herzen liegt, war die Festschreibung des Mustergesundheitsamtes im Koalitionsvertrag und aller damit verbundenen Rahmenbedingungen. Das Mustergesundheitsamt soll in den nächsten fünf Jahren – auch durch externe Personalrekrutierung – mit mehr Leben gefüllt werden.

Eine vierte Herausforderung, vor der wir stehen, ist eine stärkere Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung. Eine integrierte Versorgung soll geschaffen werden. Darunter zählt sowohl die fachübergreifende, aber auch die sektorenübergrei-



fende Versorgung. Für mich bedeutet dies, dass Behandlungspfade gemeinsam mit den verschiedenen Akteuren und Akteurinnen beschrieben werden und sich dann eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen den Akteuren entwickelt. Sie finden im Koalitionsvertrag dazu die Formulierung, dass es einen Landesbeirat für integrierte Versorgung geben soll. Das ist mehr als integrierte Versorgung nach dem SGB V. Auch das Ver-

sorgungsgesetz bietet uns Möglichkeiten, dieses Thema stärker ins Auge zu fassen. Die vierte Herausforderung ist also: Verzahnung stationärer und ambulanter Leistungen.

Ein fünftes Thema, welches uns in der kommenden Wahlperiode intensiv beschäftigen wird, ist das Thema Pflege. Durch den neuen Zuschnitt der Ressorts ist es gelungen, Gesundheitspolitik und Pflegepolitik wieder zusammenzuführen. So können Chancen genutzt werden, die sich in der Zusammenarbeit mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales ergeben, um die Pflegequalität zu stärken. Dabei gilt es nicht nur auf die Senioren- und Pflegeheime zu schauen, sondern auch kleinere Einheiten wie Wohngemeinschaften in den Blick zu nehmen. Wichtig für die Pflegequalität ist es, den Pflegeberuf zu stärken. Ich weiß, dass in der letzten Wahlperiode hier viele gute Dinge geschehen sind, wie beispielsweise die Landesinitiative „Gute Arbeit in der Pflege“. Diese wollen wir fortentwickeln, aber zusätzliche Kampagnen für den Pflegeberuf sind dringend geboten. Eine Kampagne für den Pflegeberuf kann deutlich machen, was viele Männer und Frauen tagtäglich in der Pflege leisten. Diese Anerkennung sollten wir ihnen auch zugutekommen lassen.

Der sechste Punkt ist das Thema Gesundheitswirtschaft. Zu den großen Wachstumsmärkten und -potenzialen dieser Stadt gehört die Gesundheitswirtschaft. Daher wird die Stärkung dieses Wirtschaftszweiges eine stärkere Berücksichtigung finden, als das in der Vergangenheit der Fall war. Berlin hat einzigartige Voraussetzungen für den Gesundheitswirtschaftsstandort, eine hohe Versorgungsdichte mit der Kooperation von Charité und Vivantes und so auch einen hohen Patientenstamm für die Versorgungsforschung. Wir haben die größte Konzentration von Biotechnologie-Unternehmen in der Region Berlin-Brandenburg.

Wir sind auch Hauptstadt vieler chronisch Erkrankter. Das kann besondere Anreize für Unternehmen geben, hier für eine gute Versorgungslandschaft zu sorgen und ihre Entwicklungsprojekte nach vorne zu bringen. Beispielsweise leben 20 Prozent aller AIDS-Kranken Deutschlands in Berlin. Ein Grund hierfür ist unter anderem die gute ärztliche Versorgung. Aus diesen Besonderheiten Berlins für die Gesundheitswirtschaft etwas zu entwickeln, wird unsere Aufgabe sein. Dies wollen wir in Zusammenarbeit mit Charité und Vivantes, aber auch allen anderen Krankenhäusern sowie mit der Berlin School of Public Health tun, deren Entwicklung ich gern fördern möchte. Berlin hat gute Ausgangsvoraussetzungen für die Durchführung von Fortbildungen für Berliner Amtsärzte, so dass in Zukunft angestrebt ist, mehr Veranstaltungen direkt hier in Berlin durchzuführen.

Mit diesen sechs Punkten wollte ich Ihnen am Beginn dieser Landesgesundheitskonferenz unsere und meine Schwerpunkte deutlich machen. Wir möchten gerne mit Ihnen in einem intensiven Dialog bleiben und diese Schwerpunkte gemeinsam bearbeiten. Ich freue mich, dass eine meiner ersten Amtshandlungen ist, diese Landesgesundheitskonferenz zu eröffnen. Ich danke denjenigen, die zur Organisation der Konferenz beigetragen haben: Dem Team der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung und den Damen und Herren aus unserem Haus, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Mein Dank gilt dem Steuerungsausschuss der Landesgesundheitskonferenz für die inhaltliche Vorbereitung und mein Dank gilt natürlich den

Moderatorinnen und Moderatoren, den Referentinnen und Referenten und den Teilnehmenden, die sich in die Diskussion in den unterschiedlichen Foren einbringen. Ich freue mich auf die Gespräche mit Ihnen. Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und wünsche eine gute Konferenz.



Vertreter/innen der 38 Kitas, die sich am Modellprojekt „Kitas bewegen“ beteiligten, bei der Preisverleihung

## Laudatio

### „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales sowie Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus der Gesundheitsberichterstattung wissen wir, dass sich ein möglichst langer und frühzeitiger Kita-Besuch positiv auf die Gesundheit der Kinder auswirkt. In der Kita werden die wesentlichen Weichen für ein gesundes Aufwachsen aller in Berlin aufwachsenden Mädchen und Jungen schon früh gestellt.

Die Gesundheitsförderung in den Berliner Kitas zu stärken, ist eine wichtige Aufgabe, der sich auch die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz stellen. Ich freue mich daher sehr, dass in diesem Jahr die Auszeichnung für vorbildliche Praxis der Landesgesundheitskonferenz an die 38 Kitas geht, die sich an dem Modellprojekt „Kitas bewegen“ im Bezirk Mitte beteiligt haben.

### Warum hat sich die Landesgesundheitskonferenz für dieses Projekt entschieden?

Dafür gab es verschiedene Gründe. Zum einen wurde über die Projektlaufzeit in den beteiligten Kitas ein gezielter Entwicklungsprozess der Organisation Kita angestoßen. Zum anderen wissen wir aus der Wissenschaft und Praxis, dass Gesundheitsförderung in Kitas besonders dann erfolgreich ist, wenn sie in allen regelmäßig wiederkehrenden Routinen und Bildungsangeboten verankert ist.



*Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales sowie Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz Berlin*

Hervorzuheben ist, dass im Projekt dabei nicht nur die Gesundheit der Kinder im Mittelpunkt stand. Vielmehr waren auch die Erziehungspartnerschaften mit den Eltern sowie die Gesundheit der Erzieherinnen und Erzieher Teil des Prozesses.

Ein besonderes Ergebnis dieses erfolgreichen Modellprojektes ist, dass künftig noch deutlich mehr Kinder, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Eltern aus allen Berliner Bezirken vom Modellprojekt „Kitas bewegen“ profitieren dürfen. Denn die Erfahrungen des Modellprojektes werden in das „Berliner Landesprogramm Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“, einfließen und dafür sorgen, dass ab 2012 noch mehr Kindertageseinrichtungen unterstützt werden, die Bildungs- und Gesundheitschancen von Kindern zu steigern und Benachteiligungen abzubauen. Allein im Bezirk Mitte werden 15 zusätzliche Einrichtungen hinzukommen.

Die besondere Motivation und das große Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Modellprojekt werden heute ausgezeichnet. Selbstverständlich stehen diese 38 Kitas

damit auch stellvertretend für die engagierte und gute Arbeit in vielen anderen Berliner Kitas.

Der Dank gilt natürlich auch all denen, ohne deren Partnerschaft dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre: Neben der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft waren dies das Bezirksamt Mitte, die AOK Nordost sowie die Bertelsmann Stiftung.

Ich freue mich, dass ich als Vorsitzender der Landesgesundheitskonferenz den anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Projekt „Kitas bewegen“ heute eine Urkunde für vorbildliche Praxis im Namen der Landesgesundheitskonferenz überreichen darf.

Neben dieser ideellen Anerkennung ist es dank der Unterstützung der AOK Nordost möglich, allen Kitas auch noch ein hochwertiges Präsent zu überreichen.

Bevor ich das Geheimnis um dieses Geschenk lüfte, übergebe ich das Wort an Herrn Mall, den Leiter des Unternehmensbereichs Prävention der AOK Nordost, der Ihnen vorstellen wird, auf was sich die Kinder in den Kitas freuen können.

Herzlichen Glückwunsch an diese 38 vorbildlichen Einrichtungen!



*Werner Mall, Leiter des Unternehmensbereichs Prävention der AOK Nordost*

Die AOK Nordost, als Kooperationspartner des Projektes „Kitas bewegen“, überreichte den ausgezeichneten Kindertagesstätten die Box „Pffikus im Bewegungsfluss“ mit vielen Anregungen zur Bewegungsförderung im Kita-Alltag.

## Folgende Kindertagesstätten wurden ausgezeichnet:

- EKT „Eisbär“, Verein zur Förderung integrativer Erziehung e.V.
- EKT „Kleine Himmelswolke“, Verein kleine Himmelswolke e.V.
- EKT „Pustebär“, Verein zur Förderung integrativer Erziehung e.V.
- INA Kindergarten Habersaathstraße
- INA Kindergarten Lüneburger Straße
- INA Kindergarten Lützowstraße
- Integrationskita Schulstraße, Kindergärten City
- Kath. Kita St. Laurentius, Kath. Pfarrgemeinde St. Laurentius
- Kindergarten „Alegria“ e.V., Mohrenstraße 7
- Kindergarten „Alegria“ e.V., Schmidstraße 4
- Kindergarten „Alegria“ e.V., Voßstraße 12
- Kinderladen „Biberbau“, „Frecher Spatz“ e.V.
- Kinderladen „Frecher Spatz“, „Frecher Spatz“ e.V.
- Kinderladen „Gänseblümchen“, EKT „Gänseblümchen“ e.V.
- Kinderladen „Katz & Kedi“, „Frecher Spatz“ e.V.
- Kinderladen „Schneckenhaus“, „Frecher Spatz“ e.V.
- Kinderladen „Wolke 7“ e.V.
- Kita „Fantasia“, Orte für Kinder GmbH
- Kita „Hansa-Spatzen“, Kinder in Bewegung gGmbH
- Kita „Kleiner Frosch“, Türkischer Elternverein in Berlin-Brandenburg e.V.
- Kita „Sonnenschein“, Käpt’n Browser gGmbH
- Kita „Sprachwelt“, Jugend-und Sozialwerk gGmbH
- Kita „Weiße Wolke“ e.V.
- Kita A 13, Deutscher Kinderschutzbund Berlin
- Kita Freienwalder Straße 19c, „Natur Kita“, Kindergärten City
- Kita Fürstenberger Straße 4, Kindergärten City
- Kita Gottschedstraße 28, Kinder in Bewegung gGmbH
- Kita Lichtenberger Straße 32-34, Kindergärten City
- Kita Liebenwalder Straße 45, Kindergärten City
- Kita Lynarstraße 10-12, Kindergärten City
- Kita Ramlerstraße 9-10, Kindergärten City
- Kita Rathenower Straße 15, Kindergärten City
- Kita Reinickendorfer 98, Kindergärten City
- Kita Schönwalder Straße 19a, Kindergärten City
- Regenbogenkita, Pfefferwerk Stadtkultur gGmbH
- RokoKids Kita, Ki. E. Ka. e.V.
- Schillerpark Kita, Ki. E. Ka. e.V.
- SOS Kindertagesstätte, SOS-Kinderdorf Berlin-Moabit

## Fachvorträge

### „Wie gesund sind die Berliner Kinder?“

Dr. Susanne Bettge,  
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Im Jahr 2007 hat die Landesgesundheitskonferenz Gesundheitsziele für Kinder verabschiedet und nun, nach vier Jahren, ist es Zeit, sich die Frage zu stellen, wie es im Vergleich zu der damaligen Ausgangslage heute um die Kindergesundheit in dieser Stadt bestellt ist. Für Aussagen zur Kindergesundheit bieten sich die Einschulungsuntersuchungen in Berlin als wesentliche Datenbasis an und wurden daher auch zur Formulierung und Überprüfung von Gesundheitszielen für Kinder herangezogen.



Dr. Susanne Bettge, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

#### Die Einschulungsuntersuchung als Datenquelle

Bei der Einschulungsuntersuchung handelt es sich um eine jährliche Vollerhebung der Kinder, die im kommenden Schuljahr eingeschult werden. Die Teilnahme ist nach §55a des Berliner Schulgesetzes verpflichtend. Die Einschulungsuntersuchungen werden in den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten der zwölf Berliner Bezirke nach einem berlinweit einheitlichen Verfahren durchgeführt und dokumentiert.

Die Einschulungsuntersuchung verfolgt auf der individuellen Ebene das Ziel, Gesundheit und Entwicklungsstand jedes einzelnen Kindes zu untersuchen und – wenn nötig – schon vor dem Schulbesuch Maßnahmen wie Diagnostik, Therapie oder Förderung einzuleiten. Zusätzlich werden mit den Daten aller untersuchten Kinder Auswertungen unter anderem für die Berliner Gesundheitsberichterstattung durchgeführt, und zwar sowohl auf der Ebene der Bezirke als auch auf Senatsebene, wo die Einschulungsdaten aller zwölf Bezirke zusammengeführt werden. Neben einer jährlich durchgeführten und veröffentlichten Grundausswertung der wesentlichen Merkmale aus den Einschulungsdaten werden vertiefende Auswertungen zu einzelnen Themen vorgenommen – wie z. B. zum Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Lage – und in Form von Gesundheitsberichten veröffentlicht.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden durch Befragung der Eltern, Untersuchung des Kindes und Durchsicht der Gesundheitsdokumente des Kindes Informationen gesammelt zu

- soziodemografischen Merkmalen der Kinder und ihrer Familien, z. B. den Bildungsabschlüssen der Eltern,
- Gesundheits- und Risikoverhalten in den Familien der Kinder, z. B. Rauchen im Haushalt oder Zahnpflege,
- gesundheitlichen Problemen der Kinder, z. B. Übergewicht oder Entwicklungsverzögerungen und
- ihrem sozialen Umfeld und ihrer sozialen Integration, z. B. dem Kitabesuch und den Deutschkenntnissen der Kinder.

Die Auswertung aller Merkmale erfolgt differenziert nach Geschlecht, sozialer Lage der Familie und Migrationshintergrund auch in Verbindung mit Deutschkenntnissen von Kind und Eltern. Alle Merkmale werden räumlich differenziert ausgewertet, grundsätzlich für die zwölf Bezirke, ausgewählte Merkmale auch kleinräumiger für die 60 Prognoseräume. Präventionsrelevante Gesundheitsmerkmale, wie z. B. Übergewicht oder die sprachliche Entwicklung der Kinder, werden zusätzlich nach der Kitabesuchsdauer differenziert, weil aus vorangegangenen Auswertungen bekannt ist, dass ein längerer Kitabesuch vor dem Schulbeginn positiv mit diesen gesundheitlichen Merkmalen verknüpft ist.



### Der Berliner Gesundheitszieleprozess

Gesundheitsziele helfen bei der Prioritätensetzung, weil die Zielformulierung einen Konsens der beteiligten Akteure und Akteurinnen voraussetzt, die in ihren Verantwortungsbereichen verbindliche und konkrete Vereinbarungen treffen, auf deren Grundlage die vorhandenen Ressourcen gebündelt und konzentriert werden. Gesundheitsziele liefern auch Ansatzpunkte für die Maßnahmenentwicklung, indem sie die Zielgrößen definieren, die positiv beeinflusst werden sollen. Nicht zuletzt kann mit Gesundheitszielen und der Überprüfung der Zielerreichung die Gesundheitspolitik als Ganzes evaluiert werden.

Für die Formulierung der Kindergesundheitsziele in Berlin waren Themenbereiche ausgewählt worden, in denen Handlungsbedarf gesehen wurde und für die zugleich Daten aus den Einschulungsuntersuchungen zur Verfügung standen, anhand derer sie quantifiziert und überprüft werden können. Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf die Ergebnisziele auf der Basis der Einschulungsdaten, nicht auf die im Zielesystem der Landesgesundheitskonferenz 2007 ebenfalls formulierten Struktur- und Prozessziele.

Als Ausgangsbasis für die Gesundheitszielformulierung wurden die Einschulungsdaten des Jahres 2005 gewählt, die im Sommer 2007 ausgewertet vorlagen. Der Zeitraum für die Zielerreichung wurde von 2007 bis 2011 und damit recht kurzfristig festgelegt, um ein Nachsteuern anhand der gemachten Erfahrungen zu erleichtern und eine erste Evaluation der Zielerreichung in der mittlerweile abgelaufenen Legislaturperiode von 2006 bis 2011 vornehmen zu können.

Als Themenschwerpunkte für die Kindergesundheitsziele wurden die Bereiche Bewegung, Ernährung und Sprache ausgewählt, für die jeweils Indikatoren aus den Einschulungsuntersuchungen herangezogen werden können. Neben den quantifizierten Gesundheitszielen für alle Berliner Jungen und Mädchen wurden Unterziele zum Abbau von Benachteiligung formuliert. Diese Unterziele tragen der Erkenntnis Rechnung, dass sich sowohl ein familiärer Migrationshintergrund als auch eine ungünstige soziale Lage der Familie negativ auf die gesundheitliche Lage der Kinder bereits im Vorschulalter auswirken. Deshalb sollten Anstrengungen unternommen werden, diese sozial bedingten

gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren, und zwar jeweils auf die Hälfte der in den Einschulungsuntersuchungen 2005 beobachteten Unterschiede.

Für die drei Themenbereiche Motorik, Ernährung und Sprache wird nachfolgend überprüft, ob die 2007 formulierten Gesundheitsziele erreicht werden konnten.

### Gesundheitsziel Motorik

Im Handlungsfeld Motorik war als Gesundheitsziel bis zum Jahr 2011 formuliert worden, dass der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination von 68 Prozent im Einschulungsjahrgang 2005 auf 75 Prozent ansteigen sollte. Tatsächlich ist der Anteil der Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bereits bis zum Jahr 2007 auf 73 Prozent angestiegen und schwankt seither jährlich um 2 Prozentpunkte zwischen 73 und 75 Prozent (vgl. Tabelle 1). Die Zielmarke von 75 Prozent ist bereits im Einschulungsjahrgang 2008 und auch im Jahrgang 2010 annähernd erreicht.

*Tabelle 1:  
Kinder mit unauffälliger Körperkoordination bei den  
Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 –  
Angaben in Prozent*

Einschulungs- jahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	68,2	65,3	69,6	64,7	70,2
2006	69,6	67,9	70,4	65,6	71,8
2007	72,9	69,0	74,8	68,5	75,5
2008	74,8	72,8	75,7	70,6	76,6
2009	72,5	72,2	73,1	69,5	74,1
2010	74,8	73,4	75,7	71,3	76,6

Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, dass die Einschulungsjahrgänge von 2005 bis 2007 den sogenannten „natürlichen“ Verlauf abbilden, weil die Gesundheitsziele ja erst 2007 auf Basis der Daten von 2005 verabschiedet wurden und somit die bis 2007 zu beobachtende Verbesserung in der Körperkoordination der Kinder nicht dem Gesundheitszieleprozess zugeschrieben werden kann.

Bezüglich der Unterziele zum Abbau von Benachteiligung ist festzustellen, dass sich der Abstand im Anteil von Kindern mit unauffälliger Körperkoordination zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund von 4,3 Prozent im Jahr 2005 auf 2,3 Prozent im Jahr 2010 verringert hat (vgl. Tabelle 1). Dies ist in etwa eine Halbierung und entspricht dem 2007 formulierten Ziel.

Betrachtet man allerdings den Anteil von Kindern mit unauffälliger Körperkoordination in Abhängigkeit von der sozialen Lage ihrer Familie, so hat sich der Abstand zwischen Kindern, die der unteren sozialen Schicht zugeordnet wurden, und Kindern der mittleren oder oberen sozialen Schicht im gleichen Zeitraum nicht verändert (vgl. Tabelle 1). Somit wurde hier das Ziel der Halbierung verfehlt.

### Gesundheitsziel Ernährung

Im Themenfeld Ernährung war als Gesundheitsziel eine Erhöhung des Anteils normalgewichtiger Kinder von 81 auf 83 Prozent angestrebt worden. Aus den Daten in Tabelle 2 ist ersichtlich, dass der Anteil normalgewichtiger Kinder zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen sich über die Jahre nur unbedeutend verändert hat und somit keine Annäherung an das Gesundheitsziel zu verzeichnen ist.

**Tabelle 2:**  
Normalgewichtige Kinder bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in Prozent

Einschulungs-jahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	80,8	76,5	82,7	77,3	83,0
2006	81,3	77,0	83,4	76,6	83,9
2007	81,0	76,8	83,1	76,8	83,3
2008	81,7	77,7	83,7	76,4	84,0
2009	80,4	77,8	81,8	76,7	82,4
2010	81,0	77,9	82,8	75,7	83,6

Auch im Unterziel Abbau von Benachteiligung hinsichtlich des Körpergewichts lassen sich über die Zeit keine substanziellen Erfolge erkennen (vgl. Tabelle 2). Im Jahr 2005 lag der Anteil normalgewichtiger Kinder bei Kindern mit Migrationshintergrund um 6 Prozent unter dem der Kinder deutscher Herkunft, im Jahr 2010 betrug dieser Abstand noch 5 Prozent. Damit wurde das Ziel einer Halbierung deutlich verfehlt. Zwischen Kindern der unteren und der mittleren und oberen sozialen Schicht hat der Unterschied im Anteil Normalgewichtiger sogar von knapp 6 auf 8 Prozent zugenommen. Somit ist der Abstand vom Gesundheitsziel heute größer als zu Beginn des Gesundheitszieleprozesses.

### Gesundheitsziel Sprache

Das dritte Themenfeld im Gesundheitszieleprozess ist die Sprache. Aus den bei der Einschulungsuntersuchung durchgeführten Tests zur sprachlichen Entwicklung wurde als Indikator ein unauffälliges Ergebnis im Test „Sätze nachsprechen“ ausgewählt, weil dieser Test als guter Prädiktor für schulischen Erfolg gilt. Als Gesundheitsziel wurde die Erhöhung des Anteils von Kindern mit unauffälligem Ergebnis im Test „Sätze nachsprechen“ von 71 Prozent im Jahr 2005 auf 75 Prozent angestrebt.

Tatsächlich ist der Anteil der Kinder mit unauffälligem Testergebnis im „Sätze nachsprechen“ im Jahr 2006 zunächst auf 67 Prozent zurückgegangen und dann bis 2010 wieder auf 70 Prozent angestiegen. Das Gesundheitsziel eines Anteils von 75 Prozent Kindern mit unauffälligem Testergebnis wurde damit deutlich verfehlt.

**Tabelle 3:**  
Kinder mit unauffälligem Test „Sätze nachsprechen“ bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005 bis 2010 – Angaben in Prozent

Einschulungs-jahrgang	Gesamt	nach Migrationshintergrund (MH)		nach sozialer Lage	
		mit MH	ohne MH	untere Schicht	mittl./obere Schicht
2005	70,7	42,4	82,0	52,9	81,1
2006	66,9	38,8	79,5	46,0	78,2
2007	68,5	41,7	80,8	47,9	79,7
2008	69,3	45,2	80,9	47,7	80,1
2009	69,5	45,8	81,6	48,0	80,7
2010	70,2	47,5	82,0	50,1	80,0

Ähnlich sieht es auch hier bei den Unterzielen zum Abbau von Benachteiligung aus. Der Unterschied zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund hat sich zwar um fünf Prozentpunkte verringert, aber das Ziel einer Halbierung des Unterschieds wurde bei weitem nicht erreicht. Bei der Differenzierung nach sozialer Lage hat sich keine deutliche Veränderung ergeben, der Abstand zwischen den beiden Gruppen im Anteil unauffälliger Testergebnisse ist nach wie vor groß.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass nur im Handlungsfeld Motorik das Gesundheitsziel für ganz Berlin annähernd erreicht wurde, wobei dies aufgrund der jährlichen Schwankungen um zwei Prozentpunkte mit Vorsicht zu betrachten ist. In den beiden Handlungsfeldern Ernährung und Sprache ist keine Annäherung an das formulierte Gesundheitsziel festzustellen.

Bei den Unterzielen zum Abbau von Benachteiligung fällt die Bilanz noch ungünstiger aus. Im Handlungsfeld Motorik wurde das Unterziel für Kinder mit Migrationshintergrund erreicht, deren Ergebnisse sich im Zeitverlauf deutlicher verbessert haben als die der Kinder deutscher Herkunft. Hinsichtlich der sozialen Lage hat in keinem der Handlungsfelder eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stattgefunden, beim Gesundheitsziel Normalgewicht hat sich der Abstand der beiden Gruppen sogar vergrößert.

### Sozialräumliche Betrachtung

Um vorhandenen Handlungsbedarf auch räumlich zuzuordnen und den Akteuren vor Ort Anhaltspunkte zu geben, wo ihre Anstrengungen besonders dringend erforderlich sind, bietet sich eine Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Sozialräumen an. Deshalb wurden anhand der Ausgangsdaten des Jahres 2005 für alle drei Handlungsfelder im Gesundheitszieleprozess Sozialräume mit (dringendem) Handlungsbedarf identifiziert. Als Sozialräume mit dringendem Handlungsbedarf wurden solche Räume definiert, in denen mehr als 20 Prozent der Kinder Auffälligkeiten in dem jeweiligen Gesundheitsmerkmal aufweisen.

Bei der Sichtung der Daten stellte sich heraus, dass in drei Sozialräumen in allen drei Handlungsfeldern des Gesundheits-

zieleprozesses dringender Handlungsbedarf zu erkennen war, und zwar im Prognoseraum Gesundbrunnen im Bezirk Mitte, im Prognoseraum Kreuzberg Nord und in Reinickendorf-Ost (vgl. Abbildung 1). Diese drei Räume wurden in der Konsequenz als Modellregionen für die beispielhafte Analyse und Weiterentwicklung vorhandener Präventions- und Interventionsangebote bestimmt.

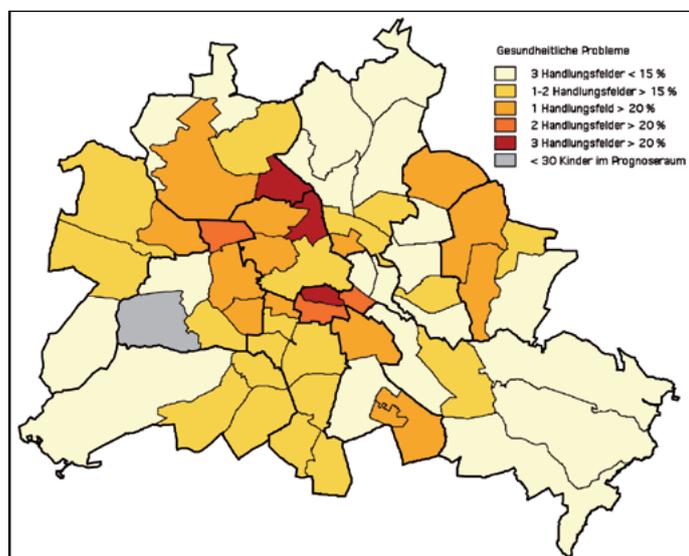


Abbildung 1:  
Sozialräume mit Handlungsbedarf – Anteil von Kindern mit gesundheitlichen Problemen in den drei Handlungsfeldern des Gesundheitszieleprozesses bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin 2005

Im Jahr 2005 lagen in allen drei Modellregionen die Anteile auffälliger Kinder in den drei Merkmalen Motorik, Körpergewicht und Sprachentwicklung deutlich unter dem Berliner Durchschnitt. Im Zeitverlauf hat in den Zielmerkmalen Sprachentwicklung und Körpergewicht keine deutliche Annäherung an den Berliner Durchschnitt stattgefunden, im Test Körperkoordination haben sich die Ergebnisse in zwei der drei Modellregionen deutlich verbessert, in Gesundbrunnen jedoch verschlechtert. Auch in den Modellregionen ist somit eine Annäherung an das Gesundheitsziel lediglich im Handlungsfeld Motorik zu erkennen. Immerhin hat sich die gesundheitliche Lage der Kinder in den Modellregionen im Zeitraum von 2005 bis 2010 nicht verschlechtert, obwohl in allen drei Modellregionen der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund noch angestiegen ist.

## Diskussion und Ausblick

Die Einschulungsuntersuchungen haben sich in Berlin nicht nur, aber auch im Zusammenhang mit der Formulierung und des Monitoring der Gesundheitsziele für Kinder als nützliche Datenquelle erwiesen, die „Daten für Taten“ liefern. Allerdings muss die Datenlage über die Einschulungsuntersuchungen hinaus als unbefriedigend bezeichnet werden. Weder im Kleinkind- bzw. Kita-Alter noch im späteren Schul- und Jugendalter liegt eine vergleichbare Datenquelle vor, die aber für eine Gesundheitsberichterstattung über verschiedene Altersgruppen und für längsschnittliche Betrachtungen äußerst wünschenswert wäre. Um die Datenlage insbesondere im Kita-Alter noch vor den Einschulungsuntersuchungen zu verbessern, ist eine Kooperation mit der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft angedacht.

Bei der Fokussierung auf gesundheitliche Problemlagen und Sozialräume mit dringendem Handlungsbedarf darf nicht übersehen werden, dass den Kindern in Berlin anhand der Daten der Einschulungsuntersuchungen eine mehrheitlich gute gesundheitliche Lage bescheinigt wird. Ein Handlungsbedarf für die Kindergesundheit besteht insbesondere dann, wenn Kinder von mehreren gesundheitlichen Problemen oder Gefährdungen betroffen sind. Dies ist häufiger in den benachteiligten Gruppen der Kinder mit Migrationshintergrund und der Kinder aus Familien in schwieriger sozialer Lage der Fall, wobei Migrationshintergrund und ungünstige soziale Lage nicht voneinander unabhängig sind. Gesundheitsfördernde Angebote sind vor allem in Sozialräumen notwendig, in denen eine hohe Problembelastung besteht.

Angesichts der Ergebnisse der ersten Phase des Berliner Gesundheitszieleprozesses stellt sich die Frage, ob man in eine zweite Phase dieses Gesundheitszieleprozesses für Kinder eintreten möchte. Hierfür können die Erfahrungen, die in der jetzt abgelaufenen ersten Phase gemacht wurden, genutzt werden. Allerdings zeigen die Daten deutlich, dass zum Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten vermehrte Anstrengungen nötig sind. Ein Monitoring der gesundheitlichen Lage der Mädchen und Jungen in Berlin wird auch zukünftig mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen erfolgen – auf die wünschenswerte Einbeziehung weiterer Altersgruppen wurde bereits hingewiesen.

## „Gesundes Aufwachsen für alle Berliner Kinder – Potenziale und Herausforderungen“

Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal



Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal

Wie ist die gesundheitliche Situation von Kindern heute? Vor welchen Herausforderungen stehen wir und welche Potenziale gibt es? Welchen Einfluss hat die soziale Lage, insbesondere Familienarmut, auf die Kindergesundheit? Welche Strategien zur Verbesserung der Kindergesundheit sind daraus zu entwickeln? Und welche Handlungsansätze können empfohlen werden? Diese Fragen möchte ich nachfolgend diskutieren und dabei mögliche Antworten skizzieren.

### Die gesundheitliche Situation von Kindern

Die Kinder in Deutschland sind heute so gesund wie nie zuvor und haben eine so hohe Lebenserwartung wie keine andere Generation vor ihnen. Hinzu kommt, dass die Erziehung heute weitestgehend gewaltfrei ist. Das lässt den Schluss zu, dass in Deutschland die Kinder in guter Gesundheit aufwachsen können.

Dies trifft allerdings nicht auf ungefähr 20 Prozent der Kinder zu, die in schwieriger sozialer Lage aufwachsen. Menschen, die sich in schwierigen sozialen Lagen befinden, sind sehr viel stärker gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, z. B. durch schlechte Wohnverhältnisse, ein belastendes Wohnumfeld, ungesunde Ernährungsgewohnheiten und durch das häufigere Auftreten psychischer Probleme. Gleichzeitig verfügen sie über weniger Bewältigungsressourcen.

Im Vergleich haben Menschen aus dem unteren Einkommensdrittel in jeder Lebenslage – von der Wiege bis zur Bahre – ein mindestens doppelt so hohes Risiko, schwer zu erkranken, schwer zu verunfallen oder von Gewalt betroffen zu sein als Menschen aus dem oberen Einkommensdrittel. Bezieht man das konkret auf die Kinder aus sozial benachteiligten Familien heißt das, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr Unfälle haben und häufiger Gewalt erfahren. Sie leiden zudem häufiger an Übergewicht sowie Depressionen und erhalten öfter die Diagnose ADS oder ADHS. Sie schauen mehr Fernsehen und bewegen sich seltener bei einer gleichzeitig weniger abwechslungsreichen Ernährung.

Das zeigen u. a. die Ergebnisse der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts.

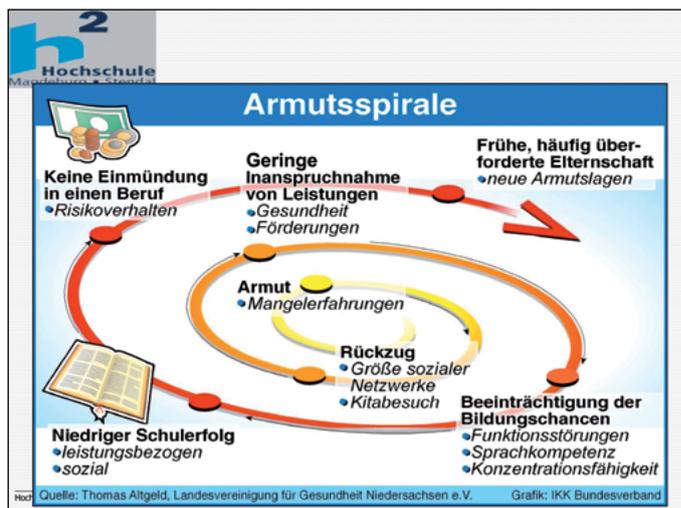
In der Kindheit werden die Grundlagen für die spätere Gesundheit gelegt. In Abhängigkeit der Voraussetzungen in der Kindheit kann es im ungünstigen Fall im Erwachsenenalter zu gesundheitlichen Problemen kommen. Männer aus dem unteren Einkommensviertel haben beispielsweise eine um etwa zehn Jahre kürzere Lebenserwartung als Männer aus dem oberen Einkommensviertel. Bei Frauen beträgt der Unterschied etwa fünf Jahre. Somit ist das Einkommen ein hochrelevanter Faktor für die Gesundheit, da dieses ebenso mit vorherigen Erkrankungen und auch mit den entsprechenden Belastungen korreliert.



### Kinder- und Familienarmut

Um die Zusammenhänge zwischen Armut auf der einen Seite und Gesundheit von Kindern und Eltern auf der anderen Seite zu verdeutlichen, werden nachfolgend unterschiedliche Erklärungsansätze dargestellt.

Warum Menschen in schwieriger sozialer Lage höheren Belastungen ausgesetzt sind und gleichzeitig über geringere Gesundheitsressourcen verfügen, illustriert die von Thomas Altgeld entwickelte Armutsspirale.



Armut führt zu Mangelerfahrungen. Um die eigene Armut und die damit verbundenen Folgen zu verbergen, ziehen sich viele Familien häufig zurück. Das kann zur Folge haben, dass die Größe von und die Einbindung in soziale Netzwerke abnimmt und insbesondere der Kitabesuch, der als Protektivfaktor für die Gesundheit eines Kindes gelten kann, vermieden wird. So fällt die Zahl sozial benachteiligter Kinder, die eine Kita besuchen, insbesondere im jungen Alter deutlich geringer aus. Entsprechend der Armutspirale setzt sich dieser Trend zum Rückzug fort. So werden auch Gesundheits- und Förderleistungen von sozial Benachteiligten weniger in Anspruch genommen. Das trifft z. B. auf Angebote der Frühförderung zu, welche von sozial benachteiligten Familien vergleichsweise selten genutzt werden.

Mit dem Eintritt in die Schule sind diese Kinder hinsichtlich ihrer Bildungschancen, bedingt durch Funktionsstörungen, geringere Sprachkompetenzen und/oder eine verminderte Konzentrationsfähigkeit bereits beeinträchtigt. Das Kind internalisiert diese externe Benachteiligung und schreibt sie sich selber zu. Misserfolge in der Schule sind häufig die Folge. Schlechte Schulrückmeldungen chronifizieren sich in schlechten Schulnoten, welche schließlich in einen schlechten Schulabschluss resultieren können, häufig mit der Konsequenz, dass die Einmündung in den Beruf kaum oder schlechter gelingt. Dies kann wiederum, vor allem bei jungen Männern, zu einem stärker ausgeprägten gesundheitlichen Risikoverhalten führen. Die Armutspirale mündet schließlich, mitunter schon in jungen Jahren, sinn- und identitätsversprechend mit einer frühen und dann auch häufig überforderten Elternschaft und beginnt von Neuem.

#### ■ Ontologisierung und habituelles Verhalten

Mit Blick auf den Verlauf innerhalb der Armutspirale wird ein Problem besonders deutlich: Armutbedingt können die Kinder nur schwer und wenig Selbstwirksamkeitserfahrungen sammeln. Das führt zu Strategien der Vermeidung. Dadurch werden kulturelle, soziale und materielle Ressourcen nur unzureichend aufgebaut mit der Folge, dass der Kohärenzsinn und auch Resilienz nur gering ausgeprägt werden. Diese Art des Vermeidens wird bestimmt durch den Habitus. Habitus ist nach Pierre Bourdieu ein System dauerhafter und übertragbarer Dispositionen, Verhaltensmuster und Einstellungen, welche unbewusst sowie sozial erworben und damit möglichst präzise an das soziale Feld angepasst sind. Dementsprechend bestimmt der Habitus maßgeblich das Verhalten und damit auch das Gesundheitsverhalten eines Menschen.

Die habituellen Räume, in denen sich ein Mensch befindet, werden als eigene sowie als subjektiv, als selbst gewählt empfunden. Hinzu kommt, dass habituelles Verhalten, wie z. B. Vorlieben und Hobbys, als identitätsstiftend erlebt wird. Über den Habitus wird auch Gemeinsamkeit und Zugehörigkeit vermittelt und lebenslagenbezogene Rationalitäten spiegeln sich darin wider.

Beim Versuch der Einflussnahme auf die Entwicklung habitueller Verhaltensweisen ist größte Sensibilität geboten. Dementsprechend sollte der Habitus grundsätzlich nicht von außen attackiert werden. Jeder, der Kinder hat, weiß das: Je mehr die Eltern auf Fastfood-Buden schimpfen, desto attraktiver werden

sie für die Kinder. Doch es bestehen auch Entwicklungsmöglichkeiten, z. B. wenn entsprechende unterstützende Maßnahmen an die Lebensrealität der Kinder anknüpfen, spezifische Bewältigungsaufgaben aufgreifen und die Lebensweltgestaltung in den Fokus rücken.

#### ■ Kumulationsmodell

Krankheiten werden oft durch die Kombination verschiedener Risiken ausgelöst. Das Kumulationsmodell beschreibt die Summierung gesundheitlicher Belastungen, die innerhalb eines Lebens auftreten. Insbesondere bei sozial benachteiligten Menschen kann es zu Anhäufungen von sozialen und gesundheitlichen Risiken kommen. Strategien, die dem Kumulationseffekt entgegenwirken, können einerseits auf Abbau sozialer Ungleichheiten abzielen und andererseits die Reduzierung von Belastungen und Gesundheitsrisiken insgesamt in den Blick nehmen. Allerdings sind Gesundheitsdeterminanten wie Einkommensverhältnisse, Arbeitsverhältnisse und soziale Teilhabe nur sehr begrenzt durch das Gesundheitswesen steuerbar. Damit sind auch dem Prozess der Berliner Kindergesundheitsziele Grenzen gesetzt.

#### ■ Pfadmodell

Das „Pfadmodell“ oder auch das „Modell der Risikoketten“ ist ein weiterer wichtiger Erklärungsansatz für den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit. Im Fokus des Modells stehen die Übergänge, auch Transitionen genannt. Dabei werden die Übergänge als kritische Lebensereignisse verstanden, deren Verlauf sich in Abhängigkeit der sozialen Lage und Unterstützung positiv oder negativ auf die Gesundheit eines Menschen auswirken kann. Um die Übergänge mit Blick auf die Gesundheit positiv zu gestalten, kann mit Impulsinterventionen gearbeitet werden wie beispielsweise niedrigschwelliger Beratung und freizügiger Unterstützung von sozialen Hilfen für Schwangere, insbesondere Erstgebärenden, die sie bei der Familiengründung unterstützen, oder eine aktive Elternarbeit durch Hausbesuche, Mitwirkungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten beim Eintritt in die Kita oder auch beim Übergang in die Schule. Allgemeiner ausgedrückt, bestehen solche Impulsförderungen im Aufbau sicherer Netzwerke, in Fortbildungen zu einer wertschätzenden Haltung gegenüber Eltern auch in schwierigen Lebenslagen, zu partizipativer Gestaltung der Settings und zur Förderung der Bewältigungskompetenzen von Kindern und Eltern, denen Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht werden sollten.

Zu den Übergängen, die kritische Lebensereignisse darstellen können, gehören:

- Schwangerschaft und Familiengründung
- die Geburt und die ersten Lebenswochen
- die Lebensphase dritter bis zwölfter Monat
- das zweite und dritte Lebensjahr
- Übergang in die Kita-Phase
- Grundschulphase
- Sekundarschulphase
- Phase der beruflichen Einfädung
- Familiengründungsphase

Alle diese Übergänge erfordern jeweils spezifische Ansätze der Förderung und Unterstützung, wie bereits kurz skizziert, damit der Einstieg in die jeweils neue Lebensphase gelingt.

### Strategien für Kindergesundheit

Vor dem Hintergrund der vorausgegangenen Ausführungen zur Gesundheit von Kindern in Deutschland und den Zusammenhängen zwischen sozialer Lage und Gesundheit sollen nun Strategien für die Gesundheitsförderung bei Kindern dargestellt werden. Zwei Strategien sollen hier herausgestellt werden: die frühkindliche familiäre Gesundheitsförderung mit dem Modell der sogenannte „Präventionsketten“ und die gesundheitsfördernden Settings.

#### ■ Frühkindliche, familiäre Gesundheitsförderung

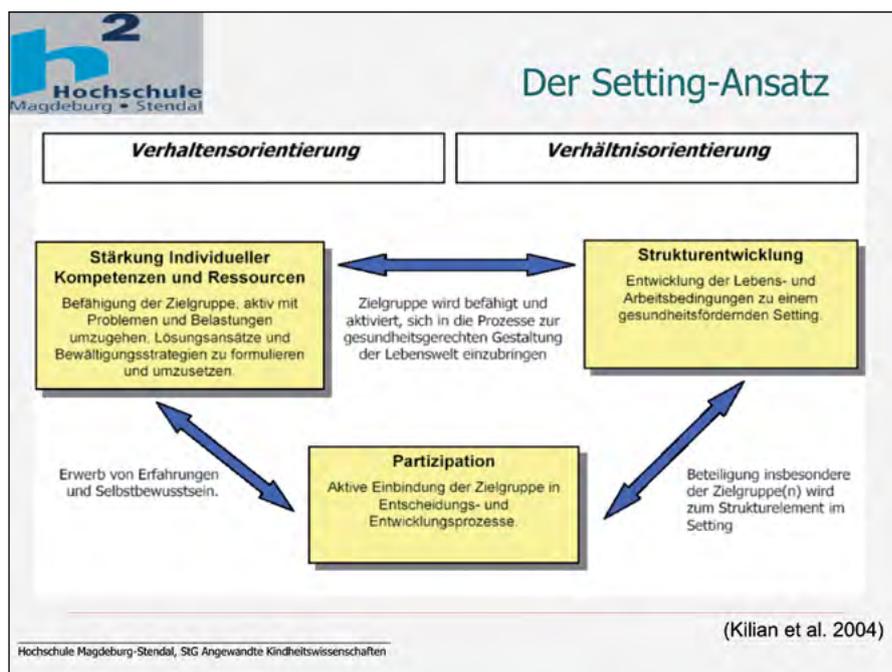
Besonders in den Phasen frühkindlicher Entwicklung ist es von entscheidender Bedeutung, Übergänge positiv zu gestalten, damit sich bei den Kindern analog zur Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation ein physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden einstellen kann. Dafür ist es notwendig, dass Eltern Gesundheitskompetenz im Sinne von „Health Literacy“ erwerben bzw. sich aneignen, ein sogenanntes „Wissen zum Wohlbefinden“. Die Schlüsselstrategie dabei ist, Müttern wie Vätern zunächst in der Familiengründungsphase und schließlich in den ersten Monaten nach der Geburt ihres Kindes zu helfen, ihre Lebenswünsche für sich, ihr Kind und soweit vorhanden auch für ihre Partnerschaft zu realisieren. Dazu sollten beide Elternteile zunächst dabei unterstützt werden, sich ihre impliziten Erziehungskonzeptionen bewusst zu machen. Dadurch kann vermieden werden, dass Eltern durch Überforderung in Negativschleifen geraten. In diesem Zusammenhang hat sich die kontinuierliche Einbindung der Eltern in soziale Netze bewährt. Hier können Impulse gesetzt und die Eltern in der Herausbildung von „Health Literacy“ unterstützt werden.

Exemplarisch sei an dieser Stelle die Stadt Dormagen genannt. Diese im Siedlungsraum zwischen Köln, Düsseldorf, Neuss und Wuppertal gelegene Kommune hat zur Förderung der Kindergesundheit, besonders in den genannten kritischen Übergangsphasen, das Modell der „Präventionsketten“ entwickelt. Dabei werden für die verschiedenen Settings jeweils spezifische Impulse gesetzt, um das Wohlbefinden bei Eltern und Kinder in den jeweiligen Transitionsphasen von vornherein zu entwickeln. Für den Fall, dass ein Übergang misslingen sollte, wurden zudem Netzwerke aufgebaut, um die betroffenen Familien aufzufangen.

In Stendal bemühen wir uns aktuell darum, das Modell der Präventionskette mit einem Familiengesundheitszentrum aufzugreifen, indem wir uns in Kooperation mit dem Johanniter-Klinikum vor allem darum bemühen, die Versorgungsangebote rund um die Geburt zu verdichten, und davon ausgehend weitere Settings kinder- und familienfreundlich auszurichten. Wichtig dabei ist das kontinuierliche Setzen von positiven, altersspezifischen Impulsen in den jeweiligen Lebensphasen. Zudem ist die nachhaltige Sicherung der Prozessqualität entscheidend, um funktionsfähige Präventionsketten aufzubauen.

#### ■ Gesundheitsfördernde Settings

Eine weitere Strategie der Gesundheitsförderung bei Kindern ist die Umsetzung des Setting-Ansatzes. Der Setting-Ansatz nimmt gleichermaßen das Verhalten und die Verhältnisse, in denen Menschen leben und arbeiten, in den Blick. Individuelle Kompetenzen und Ressourcen werden herausgebildet oder gestärkt, während gleichzeitig die Strukturen des Settings gesundheitsförderlich gestaltet werden. Die kontinuierliche Einbindung der Zielgruppen in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse ist dabei von großer Bedeutung.



Wie der Setting-Ansatz erfolgreich umgesetzt werden kann, soll nachfolgend am Beispiel der Kita verdeutlicht werden. Als gesunde Lebenswelt soll die „Gute gesunde Kita“ für Wohlbefinden und positive Selbstwirksamkeitserfahrungen sorgen. Die „Gute gesunde Kita“ ist dem Prinzip des Organisationslernens verpflichtet, was die ganzheitliche und systematische Integration von Gesundheitsförderung in die Organisation impliziert. Wichtige Zielgrößen sind dabei Aktivierung, Empowerment und Emanzipation – sowohl bei den Kindern, Müttern und Vätern als auch bei den Erzieherinnen und Erziehern. Die gesunden Bedingungen in der Kita werden dann durch sogenannte „Tools“ („Werkzeuge“) geschaffen. Zu diesen Tools gehören beispielsweise:

- aktive Essensvorbereitung und -gestaltung
- Trinkbrunnen
- Freiflächen/bewegter Pausenhof
- betriebliche Gesundheitsförderung für das und mit dem Erziehungspersonal
- Vernetzung/Koordination mit Eltern, freien Trägern und dem kommunalen Umfeld

Ein häufiges Problem ist, dass statt der Umsetzung des Setting-Ansatzes einzelne kleine Projekte durchgeführt werden, ohne die Gesamtstruktur zu verändern. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Setting-Ansatz durch Krankenkassen unterstützt wird, um eben statt punktueller Einzelaktivitäten eine systemische Strukturentwicklung zu erreichen.

Im Ergebnis kann sich eine gesunde Kita zu einem gesundheitsfördernden Setting entwickeln. Die Interessen aller Beteiligten – Erzieherinnen und Erzieher, Eltern, Kinder und Träger – fließen durch ernst gemeinte und verbindlich vereinbarte Partizipation in die Gestaltung des Settings ein, damit gemeinsame Strukturen geschaffen werden, in denen sich alle wohlfühlen können.

#### ■ Qualität

Der Setting-Ansatz ist eine hoch komplexe Intervention. Es ist deutlich, dass eine konsequente Umsetzung des Setting-Ansatzes zu Gesundheitsgewinnen führt, jedoch sind diese aufgrund der eben hochkomplexen Bedingungsfaktoren nur schwer nachzuzeichnen. Die Wirksamkeit von entsprechenden Maßnahmen kann daher nur über Langzeitmessungen nachgewiesen werden. Ersatzweise kann auf Prozess- und Strukturqualitäten

abgezielt werden, anhand derer dargestellt werden kann, ob die Langzeitwirkungen aufgrund der entsprechenden strukturellen und prozessualen Bedingungsfaktoren zu erwarten sind. Kurzzeitmessungen auf Ergebnisziele können die Entwicklungen aber nicht angemessen abbilden und verzeichnen kaum mehr als Mitnahmeeffekte. Langzeitmessungen dagegen, wie beispielsweise Morbiditätskompressionen, verweisen darauf, dass der *return on investment* (ROI) von primärer Prävention ungemein hoch sein kann. Die jüngst von Ute Meier-Gräwe und Inga Wagenknecht für das Nationale Zentrum Frühe Hilfen erstellte Expertise zu Kosten-Nutzen-Berechnungen hat ergeben, dass der ROI hinsichtlich vermeidbarer Folgekosten durch Frühe Hilfen in unterschiedlichen Messbereichen zwischen 1:3 und 1:50 liegt. Im Sachverständigengutachten für das Bundesgesundheitsministerium von 2009 wird ausgewiesen, dass bei sozial Bessergestellten die Kompression von Morbidität schon seit Jahrzehnten gelingt: Die Menschen leben nicht nur länger, sondern auch länger beschwerdefrei, ihre Krankheitsphasen werden trotz längerer Lebensdauer dennoch insgesamt kürzer. Ein entscheidender Faktor dafür ist ausgeprägte Gesundheitskompetenz im Sinne der „Health Literacy“ – genau hier zeigt sich auch der besondere Bedarf an Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten.

Teilindikatoren wie beispielsweise die Fehlzeiten im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung oder der DMFT-Status im Bereich der Zahngesundheit, können auch vergleichsweise kurzfristig Gesundheitsgewinne im Sinne von Ergebnisqualitäten abbilden. Aber auch diese Ergebnisse basieren auf einem umfassenden Ansatz der Gesundheitsförderung mit verhältnispräventiven Ansätzen. Eine wichtige Rolle bei der Weiterentwicklung der Qualität von Angeboten spielt das Lernen an Modellen guter Praxis. Der integrierte Handlungsansatz, die Partizipation der Zielgruppen und der Setting-Ansatz sind dabei drei wichtige Qualitätskriterien, mit deren Berücksichtigung es möglich ist, sowohl der Kumulation von Risiken entgegenzuwirken als auch entsprechend dem Pfadmodell unterstützende Impulsinterventionen zu entwickeln.

Ich möchte Ihnen herzlich dafür danken, dass Sie sich dieser Fragestellung hier mit der Landesgesundheitskonferenz so engagiert annehmen und ich wünsche Ihnen für den weiteren Zieleprozess viel Glück und vor allem auch viel Ausdauer!

## **Themenblock I: Gemeinsam handeln – Chancen verbessern! Präventionsketten für ein gesundes Aufwachsen aller Berliner Kinder**

### **Gesprächsrunde**

#### **„Wie gelingt der Aufbau von Präventionsketten in den Berliner Bezirken?“**

*Die folgende Diskussion basiert auf den Transkriptionen der 8. Landesgesundheitskonferenz, welche durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung überarbeitet wurden.*

#### **Diskutantinnen und Diskutanten:**

Dr. Gudrun Borchardt, Techniker Krankenkasse,  
Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Andreas Höhne, Stadtrat für Jugend, Familie und Soziales,  
Bezirksamt Reinickendorf

Falko Liecke, Stadtrat für Jugend und Gesundheit,  
Bezirksamt Neukölln

Kerstin Moncorps, Organisationseinheit für  
Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination, Bezirksamt  
Marzahn-Hellersdorf

#### **Moderation:**

Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Herzlich Willkommen. Ich stelle zunächst einmal das Podium vor. Leider ist Dagmar Pohle, die vormalige Bezirksbürgermeisterin und jetzige Stadträtin von Marzahn-Hellersdorf erkrankt. Aber dankenswerterweise ist Kerstin Moncorps vom Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf hier und wird sie vertreten.

Falko Liecke ist Stadtrat für Gesundheit und Jugend und stellvertretender Bezirksbürgermeister in Neukölln, wo im letzten Jahr schon Gesundheitskonferenzen zum Thema „Präventionsketten“ stattgefunden haben.

Dr. Gudrun Borchardt ist bei der Techniker Krankenkasse für den gesamten Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zuständig. Sie wird schildern, wie sich krankenkassenseitig der Prozess begleiten und unterstützen lässt.

Andreas Höhne ist Stadtrat für Jugend, Familie und Soziales und stellvertretender Bürgermeister in Reinickendorf, hatte zuvor das Gesundheitsressort und kann insofern die Problematik sehr gut aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten.

Die Ergebnisse der Berliner Einschulungsuntersuchungen zeigen, dass es neben dem guten Gesundheitszustand vieler Berliner Einschüler/innen eine Gruppe gibt, die in großem Maße benachteiligt ist. Um diesen Zustand zu verändern, gibt es das Modell der „Präventionsketten“. Ziel dieser Präventionsketten ist es, Schnittstellenproblematiken zu schließen und Familienhilfe aus einer Hand anzubieten. Kerstin Moncorps, könnten Sie bitte darüber berichten, was Sie in Marzahn-Hellersdorf in den letzten Jahren auf den Weg gebracht haben?

#### **Kerstin Moncorps:**

Wir haben in Marzahn-Hellersdorf drei Quartiersmanagementgebiete der Sozialen Stadt und einen Aktionsraum, der im Groben das Großsiedlungsgebiet umfasst. Das sind sechs Stadtteile, in denen zwei Drittel der Bevölkerung auf einem Drittel der Fläche leben. Im Aktionsraum ist es das Ziel, soziale Ungleichheiten zu vermindern und die Bürger/innen vor Ort in ihren Zukunftschancen

zu stärken. In dem Modell der Präventionskette sehen wir eine Möglichkeit, das gesunde Aufwachsen von Kindern, beginnend mit der Schwangerschaft bis hin zur Ausbildung, zu unterstützen. Wir konnten dabei auf vielfältige Strukturen und Angebote zurückgreifen, die für sich allein sehr gut funktionieren. Wir stellten aber schnell fest, dass es Schwierigkeiten in der Vernetzung untereinander und bei der Gestaltung der Übergänge gibt.

Ein sehr schönes Beispiel für einen Bruch in den Übergängen der Prävention ist der Ersthäusbesuch. Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) bietet direkt nach der Geburt einen Ersthäusbesuch an. Die Meldung der Geburt erfolgt sechs Wochen danach über das Landeseinwohneramt. Hier entsteht im Bereich der Prävention ein Bruch, den wir mit dem Netzwerk „Rund um die Geburt“ zu schließen versuchen. Dies geschieht, indem Entbindungseinrichtungen in unserem Bezirk Kontakt zum KJGD aufnehmen. Ein zweiter Erfolg ist, dass darauf geachtet wird, dass nach Möglichkeit alle jungen Mütter und Familien eine Hebamme haben. Diese Schnittstellen konnten schon bearbeitet werden. Aber es fehlen noch weitere Impulse und Anregungen, um eine Präventionskette bis hin zur Ausbildung umzusetzen. Der Aktionsraum<sup>plus</sup> gab uns die Möglichkeit, mit Unterstützung von sehr vielen Partnern wie der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Krankenkassen und weiteren Trägern, diese Präventionskette zu entwickeln und zu initiieren. Der Planungsprozess begann 2010, wir sind jetzt in die Planungsphase rund um die Geburt eingestiegen und wollen die Kette dann entwicklungsbezogen bis hin zur Ausbildung fortführen. Geplant ist, einzelne Stadtteile als Modellregionen zu nutzen und zu versuchen, das Ganze dann im kompletten Aktionsraum, wie man so schön sagt, auszurollen.

#### Prof. Dr. Raimund Geene:

Wie gehen Sie konkret vor, um die Träger, die Geburtseinrichtungen, die Fachärzte und -ärztinnen für Kinder, Allgemeinmedizin und Gynäkologie einzubinden?



Kerstin Moncorps

#### Kerstin Moncorps:

Durch direkte Kommunikation. Auch das Netzwerk „Rund um die Geburt“ greifen wir auf, stellten aber fest, dass gerade die zentralen Akteure, die so wichtig sind, die Hebammen, Fachärztinnen und -ärzte für Kinder und im Bereich Gynäkologie nicht in dem Maße vertreten sind, wie wir uns das wünschen würden.

#### Prof. Dr. Raimund Geene:

Andreas Höhne, in Reinickendorf waren Sie bislang für den Bereich Gesundheit zuständig, jetzt für den Bereich Jugend, Familie und Soziales. Was sind Ihre Pläne, sich dieser Frage von Präventionsketten, einer lückenlosen Versorgung, anzunähern?



Prof. Dr. Raimund Geene (links), Dr. Gudrun Borchardt, Andreas Höhne

#### Andreas Höhne:

Das Stichwort Präventionskette beschreibt die Aufgabe der Prävention als lückenlosen Weg, dies kann nur durch direkte Kooperation gelingen und durch das, was ich als Wort heutzutage eigentlich gar nicht mehr mag, den Begriff des „Netzwerkes“. In Reinickendorf geschieht dies insbesondere über die Kiezrunden aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz § 78. Dort gibt es dann teilweise noch Unterkiezrunden, die auf kleinräumiger Ebene die beteiligten Träger in dem Kiez wie Schulen, den KJGD und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst mit ins Boot holen.

Wir sind sehr früh eingestiegen in eine Kooperationsvereinbarung mit der Charité; d. h. die Abteilungen Gesundheit, Jugend und die Charité. Das war ein Projekt, welches insbesondere Kinderschutzfälle und die Informationswege kanalisiert. Das ist sicherlich keine Primärprävention, das ist schon Reparatur, aber Reparatur zu einem ganz, ganz frühen Zeitpunkt. Wir haben eine ähnliche Kooperationsvereinbarung in diesem Jahr abgeschlossen zwischen dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst, dem Jugendamt und der Klinik in Buch, die der Versorger für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist. Über regelmäßige Fallkonferenzen sind hier auch die Schulen eingebunden. Sie wissen vielleicht, dass der Bezirk Reinickendorf vor einigen Jahren noch kaum in der Lage war, die Pflichtaufgaben des KJGD zu erfüllen. Die Ersthäusbesuche durch die im Kinderschutz Mitarbeitenden sind vorrangig und danach erst kann man zusätzliche Maßnahmen machen.

Und das, was Sie eben aus Marzahn-Hellersdorf berichtet haben, das kann ich für Reinickendorf natürlich auch sagen: Ein Quartiersmanagement-Gebiet ist wichtig. Wir haben es das erste

Mal in Berlin geschafft, ein Quartiersmanagement dort hinzubekommen, wo das Kind noch nicht 100-prozentig in den Brunnen gefallen war. Das bedeutet, dass wir aus dem Programm „Soziale Stadt“ Projektmittel in Anspruch nehmen können. Wichtig ist vor allen Dingen, dass das Quartiersmanagement ein niedrigschwelliges Angebot für die Bewohnerinnen und Bewohner des Kiezes bietet. Das Gesundheitsamt wird von den Menschen als etwas niedrigschwelliger empfunden als das Jugendamt.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Unsere Zielsetzung der Landesgesundheitskonferenz geht auch in die Richtung, bevor die Versorgung notwendig wird, präventiv tätig zu werden. Nehmen wir die Kiezerunden, von denen Sie gesprochen haben, als Beispiel: Inwieweit gelingt es, kleinteilig vor Ort Zusammenhänge herzustellen und Menschen miteinander ins Gespräch zu bringen?

**Andreas Höhne:**

Entscheidend bei diesen Kiezerunden ist, dass zumindest in einigen Kiezerunden auch ortsansässige Krankenkassen mitarbeiten, um finanzielle Unterstützung bieten zu können.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Herr Liecke, wie sieht die Vision gesundheitsfördernder Präventionsketten in Neukölln aus?

**Falko Liecke:**

Wir in Neukölln sind in der Tat noch nicht in der konkreten Umsetzung, aber die Vision oder das Ziel ist da. Unsere Strategie ist es, eine Transparenz über Angebote, Projekte, Träger herzustellen und zu überlegen, wie das Thema Präventionskette angegangen werden soll.

Wir haben dazu zwei Gesundheitskonferenzen durchgeführt, auch die Beteiligten nach ihren Bedarfen gefragt und es ist unbestritten, dass wir so etwas wie eine Familienbegleitung benötigen. Es gab Überlegungen zur Umsetzung, bei der das Dormagener Modell als Grundlage dient. Soweit zur strategischen Ausgangslage. Finanziert werden soll dies über die Hilfen zur Erziehung. Wir haben dafür in Neukölln 44 Millionen Euro zur Verfügung bei 47 Millionen Euro Ausgaben. Also muss dort eine Umsteuerung stattfinden in den nächsten zehn Jahren. Dies ist eine Möglichkeit, Familien, die es nötig haben, möglichst früh zu unterstützen. Dabei haben wir gemerkt, dass es eine ganze Menge Schwierigkeiten gibt. Beispielsweise: Wie können wir die Familien erreichen? Wir bekommen zwar durch das Krankenhaus Neukölln mitgeteilt, dass Kinder geboren wurden und im Regelfall, dass die Kinder auch angemeldet werden. Das ist aber nicht selbstverständlich. Z. B. kommen viele Roma mit Wehen in die Rettungsstelle, entbinden und sind kurz darauf wieder weg.

Dieses Problem muss grundsätzlich politisch angegangen werden. Im Rahmen der Koalitionsvereinbarungen hat sich unsere Koalition darauf verständigt, das Einladewesen des Kinderschutzgesetzes noch verbindlicher zu machen. Denn ich glaube, wir müssen – ähnlich wie Dormagen – auf der einen Seite in einer

Begrüßungsmentalität ein Angebot machen und zum anderen muss dabei ein gewisses Maß an Druck aufgebaut werden. Das Kinderschutzgesetz auf Bundesebene ist ja im Vermittlungsausschuss, davon erhoffe ich mir auch einiges.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Ein Frage würde ich gerne anschließen: Wie können wir alle Eltern erreichen? Sie nannten das Roma-Beispiel und haben ja schon angedacht, bestimmte sozialräumliche Schwerpunkte in Neukölln zu setzen und nicht nach dem Gießkannenprinzip vorzugehen.

**Falko Liecke:**

Genau, da wir uns das Gießkannenprinzip nicht leisten können, werden wir ein sozialräumliches Gebiet herausgreifen. Mein Wunsch wäre, die Gropiusstadt als Modellbereich für die Präventionskette zu nutzen, um zu verhindern, dass sich der Negativtrend dort fortsetzt. Und diesen Bereich dann perspektivisch auszuweiten. Nord-Neukölln bildet sich zahlenmäßig fast 1:1 in der Gropiusstadt ab.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Nun haben Sie eben schon den idealen Übergang gemacht, das nächste Stichwort heißt noch einmal „Bundeskinderschutzgesetz“. Die Länder hatten bis zuletzt gefordert, dass nach dem SGB V die Krankenkassen einbezogen und Familienhebammen in das gesamte Gesundheitswesen integriert werden. Nun hat offenbar die Bundesfamilienministerin vorgestern einen Gesetzesentwurf vorgelegt, der beinhaltet, die Familienhebammen auf eine langfristige Bundesfinanzierung zu stellen. Das FDP-geführte Ministerium ist hart geblieben, daher wird es keine Beteiligung der GKV an den „Frühen Hilfen“ und an den „Präventionsketten“ geben. Ist das aus Ihrer Sicht richtig oder falsch, Frau Dr. Borchardt und welche Erfahrungen haben Sie in dem ganzen Bereich als Krankenkasse?

**Dr. Gudrun Borchardt:**

Ich möchte jetzt keinen Kommentar im Detail zum Kinderschutzgesetz abgeben, was ja noch nicht verabschiedet ist. Es ist gut, dass eine vernünftige Lösung gefunden wurde, dass die Gelder trotzdem zur Verfügung gestellt werden, wenn auch aus einem anderen Topf. Zum Thema Präventionsketten sage ich meist am Anfang solcher Gesprächsrunden: Es gibt den § 20 SGB V, darin ist unser Auftrag festgeschrieben und diesem Auftrag kommen wir als Krankenkassen nach. An der Stelle möchte ich noch den Qualitätsleitfaden nennen, den wir zur Arbeit in diesem Bereich zusammen mit entsprechender Expertise entwickelt haben. Soweit zum Ausgangspunkt.

Was machen wir eigentlich im Bereich Setting, Prävention, Präventionsketten? Wir sind ein lernendes System, auch wir haben angefangen, den § 20 umzusetzen, indem einzelne Projekte gefördert wurden. Dann kam die wissenschaftliche und politische Diskussion zum Setting-Ansatz, an der wir uns beteiligt haben. Speziell für das Setting Kommune haben wir Kooperationsvereinbarungen geschlossen, mit dem „Deutschen Institut

für Urbanistik“ und auch mit dem „Gesunde Städte-Netzwerk“, und haben begonnen, einzelne Setting-Kommune-Projekte zu unterstützen. In der Regel waren das finanzielle Unterstützungen. Die TK gibt aber auch indirekte Unterstützung. Wir haben z. B. hier in Berlin unter anderem das Netzwerk „Rund um die Geburt“ mit unterstützt. Als ein sehr viel umfassenderer Antrag an uns Krankenkassen zur Mitfinanzierung an dem Modellprojekt im Aktionsraum<sup>plus</sup> über den Regionalen Knoten Berlin zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligter herangetragen wurde, haben wir uns gefreut. Gefreut deshalb, weil auf den verschiedenen Ebenen und auch in den ersten Schritten eine ressortübergreifende Arbeit und ein ressortübergreifender Ansatz gefunden wurde. Sowohl die Senatsverwaltung für Gesundheit als auch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung waren an diesem großen Gesamtprojekt beteiligt, das ist schon einmal ein sehr wichtiger Ansatz.

Natürlich bieten wir auch Fördermittel, aber diese sollten so angelegt sein, dass wir die sogenannte Präventionskette auf den Weg bringen können. Dabei sollte z. B. nicht im Bereich Kita isoliert vorgegangen werden, sondern dies waren die ersten Schritte, die auch weitergeführt wurden zu den Landesprogrammen Kita und Schule in Berlin. Interessierte Kitas kamen auf uns zu, die gern am Landesprogramm teilgenommen hätten, denen aber die Ressourcen fehlten und denen auch die Ressourcen des Landesprogrammes nicht ausgereicht hätten. Wir schlugen das Setting Kommune vor, in dem es für diese Kitas nun möglich ist, viel mehr Ressourcen zu bündeln und auch zu erhalten. Von der „Projektitis“ haben wir uns schon mit dem Landesprogramm entfernt, aber nun sind die Vernetzungen im Quartier, im Kiez ein weiteres Ziel. Das ist es, was uns als Krankenkassen motiviert, in diese Präventionsketten mit einzusteigen.

Die Strategie ist es, eine Präventionskette aufzubauen, von Geburt an bis zum gesunden Älterwerden. „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ ist ja für die Landesgesundheitskonferenz das nächste Gesundheitsziel, das verabschiedet wurde. Aber auch diesen Prozess mit zu begleiten mit der Förderung, mit dem Einbringen in diese Projekte, das ist unser Ziel. Das ist nicht nur eine Frage der Finanzierung, sondern auch des Engagements. Das muss natürlich mit Ressourcen unteretzt werden, aber unser Ansatz ist, als eine bundesweite Kasse bundesweit zu agieren und zu lernen, die Erfahrungen zu verarbeiten und auf diesem Wege immer nach Lösungen zu suchen.

Die Idee der Netzwerkbildungen unterstützen wir immer. Wenn z. B. Friedrichshain-Kreuzberg auf uns zukommt, oder demnächst wahrscheinlich Mitte, und uns um Unterstützung im Setting Kommune bitten, dann sagen wir „ja“ und „Lasst uns anfangen!“.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Worin besteht die kassenseitige Unterstützung dieses Prozesses?

#### **Dr. Gudrun Borchardt:**

Wir haben einen relativ langen Diskussionsprozess mit Friedrichshain-Kreuzberg hinter uns und haben darüber beraten, was wir an Bewegungsangeboten mit einbringen können in so ein Programm. Welche Unterstützung können wir leisten? Wie kön-



nen frühere Projekte eventuell integriert werden? Welche weiteren Player können mit einbezogen werden, in diesem Fall beispielsweise das ZAGG – das Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften. Wir sind Mitgestalter des Prozesses und der konzeptionellen Ausrichtung. Wir achten darauf, dass eine Evaluation durchgeführt wird.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Wir haben eine ganze Menge von Fragenkomplexen aufgeworfen. Die eine ist, Andreas Höhne sprach es an, die Frage von Netzwerken. Kerstin Moncorps hatte die große Schwierigkeit der Einbeziehung des klassischen Gesundheitswesens angesprochen. Das ist ein zentraler Faktor für diese Art von Netzwerkbildung, nämlich die Akteure einzubeziehen und die Informationen darin lückenlos zu machen, um der Entwicklung zweier paralleler Systeme vorzubeugen. Ein Schwerpunkt bei Herrn Liecke war die Frage: Welche Eltern können wie erreicht werden? Und dabei haben Sie, Herr Liecke, dann noch als weiteren Punkt die Kostenfrage angesprochen. Die Dormagener rechnen uns vor, dass auf lange Sicht mit einer Präventionskette erhebliche Kosten gespart werden können. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit überhaupt der politische Wille besteht, ein Programm dieser Dauer zu etablieren.

Kerstin Moncorps, Sie hatten gesagt, dass es ein konkretes Projekt gibt, das jetzt gerade stark an dieser Vernetzung arbeitet. Sie haben von verschiedenen Programmen gesprochen. Wie kommen Sie bei dieser ganzen Vielfalt dazu, das konkret anzupacken, den Wald vor lauter Bäumen zu sehen?

#### **Kerstin Moncorps:**

Durch Unterstützung von „Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.“, die uns bei der Entwicklung dieser Präventionskette helfen. Im Rahmen eines Modellprojektes haben wir die Möglichkeit, mit Unterstützung der fachlichen Expertise eines externen Partners vorzugehen.

Es wird z. B. für die Phase rund um die Geburt im Januar ein Werkstattgespräch geben, bei dem Mitarbeitende aus Hellersdorf-Nord zusammensitzen, um herauszufinden, wie sie ganz speziell für diese Phase Mütter und Väter erreichen können. Wo sind Schnittstellen? Wo grenzen sie sich untereinander ab? Um

diese Schnittstellen im Sinne der Präventionskette aktiv mitzugestalten. Dafür braucht es die fachliche Ebene. Es klang mehrfach an, dabei ressortübergreifend vorzugehen. Gesundheit, Jugend und auch Städtebau sind zentrale Bestandteile in diesem Prozess, bei dem es von Vorteil ist, wenn man mit der Sicht eines externen Partners begleitet wird.

Ein positives Beispiel ist die Einrichtung einer Eltern-AG in unserem Bezirk, welche durch das Modellvorhaben realisiert werden konnte. Diese Eltern-AG ist ein Empowerment-Programm, dessen elementarer Bestandteil es ist, unterstützende Netzwerke vor Ort aufzubauen. Dieses Angebot knüpft sehr schön an unseren Familiengutschein an, den wir ja auch schon im Bezirk als Begrüßung vorhalten. Mit diesem Familiengutschein werden ganz gezielt Angebote an Eltern vermittelt, die zur Unterstützung der Bindungsfähigkeit sowie Eltern- beziehungsweise Familienbildung beitragen und im Anschluss daran wird versucht, diese Familien für weitere Angebote zu gewinnen.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Kann man sich die Präventionskettenarbeit, die Sie leisten, strukturiert nach einem Masterplan vorstellen? Gibt es wie im Dormagener Modell eine systematische Bestandsaufnahme, nach der dann vorgegangen wird oder setzen Sie vor allem Impulse, alles wachsen zu lassen, um dann zu prüfen, an welchen Schnittstellen es noch Verbesserungsbedarf gibt?

#### **Kerstin Moncorps:**



*Dr. Christine Klapp*

Sowohl als auch, würde ich sagen. Es gibt Bestandsaufnahmen und die Strukturen und Daten sind uns bekannt. Was im Modellvorhaben neu mit eingeflossen ist, ist z. B. die Sicht der Eltern. Hier gab es Bedarfsanalysen durch Befragungen der Zielgruppe. Das Ergebnis war, dass die Eltern sich sehr positiv einschätzten, während andere Einrichtungen noch Bedarf sahen. Nun gilt es, diese Kluft zu überwinden, indem dieses positive Empfinden und die Weiterentwicklung von Kompetenzen unterstützt werden.

#### **Dr. Christine Klapp:**

Ich arbeite im Virchow-Klinikum in der Geburtsmedizin. Ich höre das alles mit großen Ohren und denke, das Problem ist, dass man diesen Zugang für die Eltern schaffen muss.

Wir sind derzeit dabei, etwas zu entwickeln, auch wenn es keine Neuerung ist. Vielleicht ist Ihnen das Projekt „Babylotse“ aus Hamburg bekannt, wo in einem Screening-Projekt Eltern und deren besondere Motivation bei der Geburt eines Kindes untersucht werden. Das ist ein wichtiger Umbruchzeitpunkt, um einen Bedarf festzustellen. Die Eltern, bei denen Bedarf festgestellt wird, können dann übergeleitet werden in Projekte oder an eine Familienhebamme. Wir sind dabei, dies zusammen mit den Hebammen, unserem Sozialdienst und unseren ärztlichen Teams zu realisieren. Ich könnte mir vorstellen, dass das vielleicht ein kleiner Brückenschlag werden könnte.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Das ist das, was ich vorhin in meinem Vortrag erwähnte: Familiengesundheitsfindung direkt in der Klinik. Wichtig dabei ist, dass nicht nur die medizinischen Risiken berücksichtigt werden, sondern auch der psychosoziale Betreuungsbedarf.

Herr Liecke, haben Sie Ideen, wie es Ihnen gelingen kann, die Geburtsklinik vom Klinikum Neukölln mit einzubeziehen?

#### **Falko Liecke:**

Diese Ideen haben wir. Wie in Reinickendorf gibt es auch in Neukölln eine Kooperationsvereinbarung mit dem Klinikum, dem Jugendamt, dem Gesundheitsamt. Aber es gibt nach wie vor diese Schnittstellenproblematik der Datenübermittlung. Ich war in der letzten Legislaturperiode verantwortlich für den Bereich Bürgerdienste. Mir war unklar, warum der KJGD seine Daten über das Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) bekommt, wenn er von der Meldestelle direkt die Daten bekommen kann. Die Datenübermittlung zu beschleunigen, ist absolut notwendig.

Der KJGD ist nach der Geburt beauftragt, einen Ersthäusbesuch zu machen und formuliert, wenn die Familien vor Ort erreicht werden können, entsprechende Angebote. Dieser Zugang ist wichtig, um eventuell intervenieren zu können. Ein Begrüßungspaket bringt den Familien dabei auf der einen Seite Wertschätzung entgegen, auf der anderen Seite muss ihnen bewusst gemacht werden, dass sie sich kümmern und sich bei Schwierigkeiten melden müssen. Da dies nur eine kurze Momentaufnahme ist, die wir als KJGD haben, ist es günstig, dass jetzt in Neukölln der Bereich Jugend und Gesundheit eng verzahnt wird.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Wofür wir Ihnen auch wirklich ausgesprochen dankbar sind und loben, dass endlich Gesundheit und Jugend bei Ihnen zusammengeführt sind.

#### **Sigrid Homann:**

Ich bin Physiotherapeutin. Ich war im Präventionsbereich im Mustergesundheitsamt tätig, bin nun im Zentralen Personalüberhangmanagement (ZeP) und habe einen Übergangseinsatz in einer Kita in Moabit. Da ich früher in diesem Bereich gearbeitet habe, biete ich jetzt auf Eigeninitiative hin einen sogenannten

Rückbildungskurs an. Die Mütter können dabei ihre Kinder ab drei Monaten mitbringen. Dieses Angebot hat einen sehr großen Zulauf. Durch ein Angebot in der Stunde vor der Abholphase von 14.30 bis 15.30 Uhr schaffen es die Eltern oder Mütter, diesen Termin in ihren Alltag zu integrieren. In Absprache mit der Gruppenerzieherin nehmen die Mütter dann anschließend die älteren Kinder mit nach Hause.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Ich finde enorm wichtig, dass man sich nicht nur auf die Unzulänglichkeiten bezieht, falls etwas nicht funktioniert, sondern dass man darin auch Wege der Motivation sucht. Interessanterweise erfuhr ich vor kurzem, wie Ende der 70er Jahre die Strukturen in Dormagen entstanden sind. Das Jugendamt war vollkommen zerstritten, keiner wollte mehr richtig mit dem bzw. der Anderen arbeiten. Prof. Dr. Wolff von der Alice Salomon Hochschule hat dann in drei Tagen Supervision mit dem Team quasi aus dem Status quo des großen Streits und des Frustes die Vision eines gut funktionierenden Jugendamtes gemacht. Herr Höhne, kriegen Sie das auch hin mit Ihren Leuten in Reinickendorf?

#### **Andreas Höhne:**

Ich denke nicht, dass das Modell Dormagen automatisch übertragbar ist auf jede andere Kommune und insbesondere nicht auf Berlin, das ja eine zweigeteilte Verwaltung hat. Ich würde gerne zwei Sachen sagen: Zum einen müssen wir uns endgültig von der Wunschvorstellung verabschieden, alle Eltern zu erreichen. Es wird immer Lücken geben, an die wir nicht herankommen.

Dass die Finanzierung eine wichtige Rolle dabei spielt, ist klar. Ganz ohne Geld geht es nicht. Da mag es Steuerungsmöglichkeiten geben, aber die Budgetierungssystematik in Berlin ist tendenziell die, dass das Geld immer eher nicht reicht. Und wenn es schon nicht reicht, dann müssen im Bezirksamt Schwerpunkte gesetzt werden. An dieser Stelle sind wir dann beim Mustergesundheitsamt. Ich persönlich war immer gegen diese Musterämter, weil sie vom Finanzsenat verstanden worden sind als Maximalämter mit einer maximalen Ausstattung. Damit ist aber das gesamte System der Budgetierung im Land Berlin auf den Kopf gestellt und die Bezirke kriegen Globalsummen für bestimmte Tätigkeiten.

Wenn ich mich als Jugendstadtrat nicht durchsetzen kann, indem ich deutlich mache, dass es sehr wichtig ist, dort etwas mehr Geld auszugeben, dann habe ich ein Problem. Aber das ist mein Problem in meinem Bezirk. Das ist nichts, was man durch solche Musterämter lösen kann, weil die Musterämter nur dazu führen, dass zum Schluss alle wenig haben. Und das kann es nicht sein. Ein Bezirk muss Schwerpunkte setzen können.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Dazu seien Sie ganz ausdrücklich ermuntert! Herr Liecke, was werden Sie machen, wenn Sie es nicht schaffen sollten, aus den Hilfen zur Erziehung Mittel zur Prävention freizusetzen?



*Falko Liecke (links) und Prof. Dr. Raimund Geene (rechts)*

#### **Falko Liecke:**

Mit der Erkenntnis weiter daran arbeiten, dass es anders nicht geht. Dormagen hat 1992 angefangen, die Präventionskette einzuführen. Heute ist es ein Erfolg. Sie sehen, da braucht man einen langen Atem. Und wenn wir nicht als Politik heute anfangen, dann werden wir irgendwann 50 Millionen oder 55 Millionen oder 60 Millionen Euro Hilfen zur Erziehung haben. Wir könnten wesentlich mehr in diesem Bereich ausgeben, wenn ausschließlich nach fachlichen Gesichtspunkten entschieden würde. Die Situation in den Familien ist also wesentlich schlechter als die Entwicklung im Haushalt es abzeichnet. Wir haben mit vielen Experten und Expertinnen gesprochen, wir haben eine Bestandsanalyse gemacht, um zu schauen was notwendig ist und festgestellt, dass dort ein Wechsel stattfinden muss.

Dies kann nicht dadurch realisiert werden, die entsprechenden Mittel in den kommenden Jahren durch Federstrich einzusparen und in die Präventionskette zu investieren. Ich weiß aber, dass das in anderen Bezirken möglich ist, denn wir haben aus meiner Sicht keine andere Chance.

#### **Marion Ebeling:**

Ich bin ursprünglich Hebamme aus Friedrichshain-Kreuzberg. Ich habe viele Jahre im Charlottenburger Geburtshaus gearbeitet, arbeite mittlerweile aber als systemische Familienberaterin, Familientherapeutin und auch viel mit Schrei-Babys. Wir haben in Berlin unglaublich viele Hebammen, und ich denke, Hebammen haben einen großen Vorteil gegenüber vielen anderen Berufsgruppen. Sie führen Berufsgruppen und Ämter zusammen. Ich möchte Sie einladen, den Fokus nicht nur auf die Familienhebammen zu richten, denn ich glaube, dass wir im Bereich der Hebammen viele Ressourcen haben, die nicht genutzt werden. Ich habe es in England sehr positiv erlebt, dass viele Frauen, die nicht zum Gynäkologen gehen würden, sehr wohl eine Hebamme zu sich kommen lassen, gerade durch diese niedrigschwelligen Komm-Strukturen. Wenn wir auf die sogenannten vulnerablen Familien gucken, dann werden die identifiziert anhand bestimmter Faktoren, aber wir wissen, dass ein Grund, arm zu werden, ganz oft darin liegt, Kinder zu bekommen. D. h. viele Leute, die ursprünglich gar nicht arm waren, können durch Kinder, vor allen Dingen, wenn es allein erziehende Eltern sind, in eine Armut rein-

rutschen. Auch dies erfahren zum Teil die Hebammen und später die in der Kita Erziehenden. Die werden hier meiner Meinung nach viel zu selten genannt.

#### **Dr. Claudia Kaufhold:**

Ich bin Amtsärztin im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf und ich möchte die Aussage von Herrn Höhne nicht unwidersprochen im Raum stehen lassen. Der öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet subsidiär und sozialkompensatorisch, d. h. er muss die Gesundheit der Schwächsten unserer Bevölkerung fördern und schützen, die sonst keinen Zugang zum Gesundheitssystem haben. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden in einer langjährigen Arbeit dezidiert festgelegt, für welche gesetzlich definierten Aufgaben wie viel Zeit gebraucht wird. Und daraus ist das sogenannte Mustergesundheitsamt entstanden, das die dafür notwendige Personalausstattung widerspiegelt. Das ist keine Maximalausstattung, sondern das ist die Ausstattung, die man braucht, um die gesetzlich niedergelegten Aufgaben der Gesundheitsförderung zu erfüllen.

Vorhandene Angebote sollten besser koordiniert, integriert und anschlussfähig gemacht werden. Das ist nicht immer eine Frage zusätzlicher Finanzen, denn viele Angebote sind im System schon vorhanden. Ich sehe, dass diese Anschlussfähigkeit momentan nicht da ist zwischen den Hausbesuchen, die stattfinden, den weiterführenden Angeboten wie den Familienhebammen und z. B. auch diesen Multiplikatorenprojekten wie Stadtteil- und Kiezmütter, die es ja auch schon in sehr vielen Bezirken mit besonderem Förderbedarf gibt. Also das heißt, es sind schon wunderbare Ansätze vorhanden, aber diese existieren nebeneinander und kooperieren nicht zwangsläufig.

Eine weiteres Problem sind die Zugänge, nicht nur zu den schwer erreichbaren Zielgruppen, sondern auch Zugänge innerhalb des professionellen Systems. Wie können Professionelle erreicht werden und wie bindet man sie alle ein in solche Prozesse? Da würde ich dafür plädieren, wirklich kleinräumiger vorzugehen – also zwar weg von der Projektitis, aber hin zu wirklich kleinen, überschaubaren Sozialräumen.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Herzlichen Dank! Es ist sehr schön, dass Sie in Ihren Beiträgen noch einmal die vielen Facetten deutlich gemacht haben und dass unsere große Aufgabe dabei sein muss, darüber eine Klammer zu setzen. Kerstin Moncorps hat vorhin sehr schön dargestellt, dass es auf der einen Seite darum geht, eine Matrix zu haben, um eine Zusammenarbeit zu ermöglichen. Auf der anderen Seite geht es dann auch darum, ermutigende Einzelbeispiele durchzuführen. Für die Politik ist dabei vielleicht ganz wesentlich die Aufgabe, dass sie das, was in der Praxis geschieht, positiv sieht und wertschätzt und dass sie die Mittel dafür erkämpft.

Beim Abgleich der Gesundheitsziele auf der Ergebnisebene heute Morgen mussten wir feststellen, dass über Ergebnisziele im Sinne von: „Alle Kinder werden gesünder“ keine Erfolge generiert werden können. Dies kann allerdings über Prozessziele gelingen. Deswegen meine Schlussfrage an alle hier vorne auf dem Podium: Wie soll sich der Prozess oder sukzessive die Struktur

bei Ihnen in Ihrer Arbeit verbessert haben in den kommenden drei Jahren? Was wäre dabei Ihr persönliches Ziel?

#### **Andreas Höhne:**

Da ich für den Bereich Gesundheit nicht mehr zuständig bin, darf ich eigentlich nach der Zuständigkeitsverteilung in einem Bezirksamt keine Prozessziele mehr für diesen Bereich definieren. Aber ich könnte ja mal sagen, was meine Ziele gewesen wären, wenn ich weiter zuständig gewesen wäre. Im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich hätte ich die Anzahl der Hausbesuche weiterhin erhöht, die Entwicklung war zufriedenstellend, jedoch noch ausbaufähig. Das zweite Prozessziel in dem gesamten Bereich wäre sicherlich gewesen, die Subsidiarität und Sozialkompensatorik stärker auszubauen und in den sozial belasteten Gebieten eines Bezirkes vermehrt Aufklärungskampagnen, z. B. Impfkampagnen, durchzuführen.



*v.l.n.r.: Falko Liecke, Prof. Dr. Raimund Geene, Dr. Gudrun Borchardt, Andreas Höhne*

#### **Dr. Gudrun Borchardt:**

Ich möchte gern etwas dazu sagen, und dies gilt nicht nur für die Gesundheitsförderung und Landesgesundheitskonferenzen: Ich hoffe, dass wir uns nicht in akkumulierter Enttäuschungserfahrung verlieren in den Prozessen, in denen wir stehen, sondern dass wir weiter aktiv bleiben.

#### **Prof. Dr. Raimund Geene:**

Herr Liecke, wie wird es Ende 2014 in Neukölln aussehen?

#### **Falko Liecke:**

Wir haben dann eine Modellregion, in der die Präventionskette eingeführt ist und funktioniert. Damit erreichen wir möglichst viele Kinder und Familien. Dabei können wir Erfahrungen in der Modellregion sammeln und die Bereiche Jugend und Gesundheit sehr intensiv in Kombination zusammenwirken. Das Thema Familienhebamme muss einen kontinuierlichen Betreuungsprozess durchlaufen. Hebammen sind über die Krankenkassen nur für einen kurzen Zeitraum von acht Wochen finanziert. Die Frage ist, was nach diesen acht Wochen geschieht. Dafür eine Lösung zu finden, ist auch ein entscheidendes Prozessziel.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Das könnte ja vielleicht schon über das Bundeskinderschutzgesetz morgen erfüllt sein, wenn der Bundesrat das durchbringt. Frau Moncorps, wie ist Ihre Sicht auf das Jahr 2014?

**Kerstin Moncorps:**

2013 endet das Modellvorhaben und da werden wir erste Erfahrungen gesammelt haben und hoffentlich in einer Verstetigungsphase sein. Im Stadtbild oder Bezirksbild wird dann sichtbar sein, dass unsere Kinder gesund aufwachsen und wir da vielleicht einiges geschafft haben.

**Prof. Dr. Raimund Geene:**

Ihnen allen ganz herzlichen Dank für die heutige Diskussion und die vielen Beiträge! Ich hoffe, das Bewusstsein für Präventionsketten und ihren Bedarf ist hoch. Ich hoffe auch, dass die heutige Veranstaltung Ihnen ein bisschen Mut macht, den Weg auch bei Ihnen vor Ort weiterzugehen und ich wünsche Ihnen noch eine erfolgreiche Tagung. – Vielen Dank.

**Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf – Modellvorhaben Präventionskette**

Andrea Möllmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg

Für die Berliner Initiative Aktionsraum<sup>plus</sup> hat Gesundheit Berlin-Brandenburg das Modellvorhaben „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ entwickelt, das mit einer Laufzeit von drei Jahren (09/2010 – 09/2013) im Großsiedlungsgebiet Nord-Marzahn/Nord-Hellersdorf durchgeführt wird. Gefördert wird das Vorhaben durch die Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände.

Ziel ist es, gemeinsam mit bezirklichen Partnerinnen und Partnern eine kommunale Präventionskette für gutes und gesundes Aufwachsen nach dem Vorbild des Netzwerkes für Familien in Dormagen auf- und auszubauen. Mit dem Modellvorhaben wird so ein wichtiger Beitrag zum Berliner Gesundheitsziel im Bereich Kindergesundheit geleistet. Eines der Endprodukte des Modellvorhabens wird das Schema einer Präventionskette mit präventiven Bausteinen sein, die an die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen des Bezirks angepasst ist. Die Herausforderungen auf bezirklicher und lokaler Ebene bestehen darin,

- Eltern (Mütter wie Väter) in belastenden Lebenslagen tatsächlich zu erreichen und in ihren Erziehungskompetenzen zu stärken,
- die Übergänge zwischen den Lebensphasen positiv zu gestalten,
- ressourcenorientierte und bedarfsgerechte Regelangebote für Familien in ihren vielfältigen Erscheinungsformen, Kinder und Jugendliche in ihrem Wohnumfeld auf- und auszubauen
- Kita, Schule und Stadtteile zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten für Kinder, Eltern und Fachkräfte zu entwickeln.

Der Bezirk Marzahn-Hellersdorf bietet dafür viele gute Initiativen, Strukturen, Projekte und Angebote, an die das Modellvorhaben anknüpft. So ist es beispielsweise gelungen, das Programm Eltern-AG in allen sechs Bezirksregionen des Aktionsraum<sup>plus</sup> nachhaltig zu verankern. Mit dem Elternkurs werden zu 95 Prozent sozial benachteiligte Eltern tatsächlich erreicht, um sich mit professioneller Begleitung über „Freud und Leid“ eines immer wieder herausfordernden Familienalltags auszutauschen und soziale Kontakte zu Gleichgesinnten zu knüpfen. Eltern, die lernen, mit ihren Belastungen umzugehen und sich so wieder mehr auf die schönen Seiten des Zusammenlebens mit ihren Kindern zu konzentrieren, fördern damit die gute und gesunde Entwicklung ihrer Kinder.

Für die Phase rund um die Geburt wird in der Bezirksregion Hellersdorf-Nord mit den lokalen Partnerinnen und Partnern an der Umsetzung einer bezirklichen „Muster“-Präventionskette gearbeitet. Zu den gemeinsam vereinbarten Prioritäten gehört zunächst, dass z. B. sichergestellt wird, dass jede (werdende)

Familie von einer Hebamme betreut wird, sowie in bestehenden Einrichtungen zentrale Anlaufstellen ausgebaut werden, bei denen sowohl Familien als auch Fachkräfte in ihrer Funktion als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren verlässliche Information und Unterstützung in allen Lebenslagen erhalten bzw. vermittelt bekommen. Auch an der Überarbeitung von bestehenden Informationsmaterialien für Schwangere und junge Familien wird gearbeitet, die sowohl gesundheitsbezogene Themen aufgreifen als auch einen überschaubaren „Ämterfahrplan“ und wichtige Informationen zur Existenzsicherung bieten. Die Ergebnisse des gemeinsamen Lernprozesses werden für die Übertragbarkeit auf andere Bezirksregionen bzw. Berliner Bezirke aufbereitet und entsprechend verbreitet.

Weitere Aktivitäten und Maßnahmen sind die partizipative Entwicklung eines bezirklichen Leitbildes zum Thema „Zusammenarbeit mit Eltern und Aufbau von Erziehungspartnerschaften“ mit und für Kitas und Familienzentren, der Ausbau niedrigschwelliger und nachhaltiger Bewegungsangebote mit Familien, Kindern und Jugendlichen im Aktionsraum<sup>plus</sup>. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der besseren Beteiligung von sozial benachteiligten Mädchen und Jungen im Jugendlichenalter.

Gesundheit Berlin-Brandenburg

Andrea Möllmann

Tel.: 030 – 44 31 90 67

Email: moellmann@gesundheitbb.de

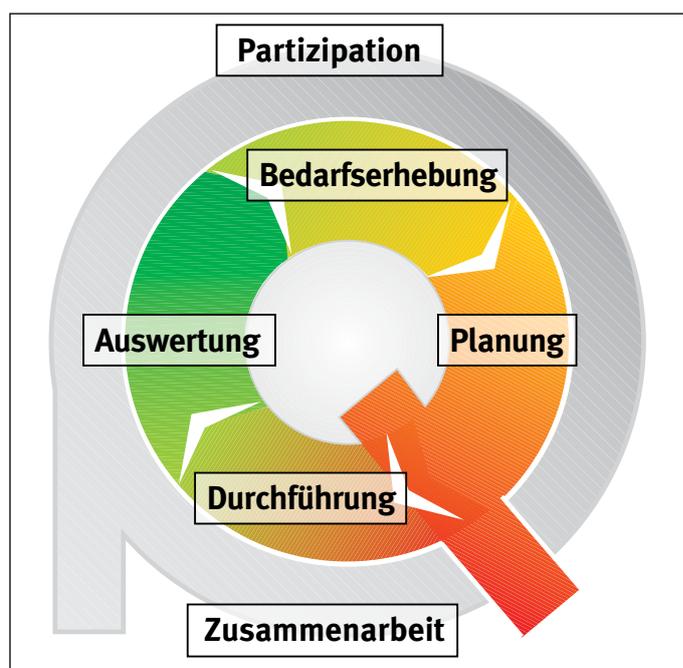
Internet: [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf)

## „Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Überblick“

Michael T. Wright, Martina Block, Hella von Unger,  
Netzwerk Partizipative Gesundheitsforschung

Die Qualität lebensweltorientierter Projekte lässt sich nur schwer mit standardisierten Instrumenten erfassen. Strukturen, Bedürfnisse sowie mögliche Kooperationspartner oder -partnerinnen variieren stark und müssen für eine erfolversprechende Projektarbeit vor Ort entsprechend berücksichtigt werden. „Partizipative Qualitätsentwicklung“ ist ein Ansatz, der die wichtigsten Prinzipien der Gesundheitsförderung – Partizipation, Kompetenzentwicklung und Empowerment – auch in der Qualitätsentwicklung selbst berücksichtigt. Ein starker Fokus liegt auf der möglichst gleichberechtigten Zusammenarbeit von Projektverantwortlichen, Zielgruppe und Geldgebern. Vor allem Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen sowie die Zielgruppe selbst sollen in kontinuierliche Entwicklungs- bzw. Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Dabei geht es nicht allein um eine Teilnahme, sondern vor allem um eine aktive Teilhabe an diesen Prozessen (Partizipation). Die Partizipative Qualitätsentwicklung (PQ) lebt maßgeblich vom lokalen Wissen der Beteiligten und unterstützt sie darin, dieses Wissen zu nutzen, zu reflektieren und zu erweitern.

Auf der Internetseite [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) finden Sie für alle Phasen der Projektarbeit Konzepte, Methoden und Praxisbeispiele. Bei der Orientierung und Navigation auf der Seite unterstützt der PQ-Zyklus:



Durch Klick auf den PQ-Zyklus können Sie direkt die gewünschte Projektphase auswählen und sich mit den Konzepten der Partizipativen Qualitätsentwicklung auseinandersetzen – z. B. beurteilen, auf welcher Stufe der Partizipation Sie sich mit Ihrem Projekt befinden. Die Informationstexte enthalten Literatur-

hinweise und Querverweise zu weiteren konzeptuellen Grundlagen sowie zu den Methoden.

Im Menüpunkt „Methodenkoffer“ können Sie direkt auf die Qualitätsinstrumente zugreifen. Hier finden Sie z. B. Beschreibungen zur Blitzbefragung, zu Fokusgruppen oder zur ZiWi-Methode. Eine Übersicht zeigt Ihnen, welche Methoden sich für welche Phasen der Projektarbeit eignen, so dass Sie diese gezielt auswählen können. Die Beschreibung der Methoden umfasst auch Informationen zu Voraussetzungen, Zeit- und Personalaufwand sowie eine detaillierte Darstellung der einzelnen Arbeitsschritte. Ergänzend stellt der Menüpunkt „Praxisbeispiele“ Projekte vor, die in Begleitung des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) Methoden zur Qualitätssicherung und Evaluation genutzt haben.

Im Rahmen von zwei umfangreichen Forschungsprojekten wurde der PQ-Ansatz am WZB in Zusammenarbeit mit mehr als 100 Praxisvertreterinnen und -vertretern (weiter-)entwickelt und erprobt. Er richtet sich in erster Linie an Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen, die für die Planung und Umsetzung von Projekten und Angeboten zuständig sind. Da die zur Verfügung gestellten Methoden auf das eigene Projekt zugeschnitten werden müssen, bietet PQ keine vorgefertigten Arbeitsinstrumente. Vielmehr sollten Sie dazu bereit sein, sich mit offenen Gestaltungs- und Anpassungsprozessen auseinanderzusetzen. Die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren und Akteurinnen wird vorausgesetzt, auch eine Aufgeschlossenheit für die Perspektiven Anderer ist erforderlich. Der gemeinsame Entwicklungsprozess setzt ebenfalls voraus, dass Sie sich kritisch mit Ihrer eigenen Arbeit auseinandersetzen und gegebenenfalls auch „neue“, zuvor nicht erahnte Wege gehen.

Die Anwendung von PQ bietet viele Vorteile:

- PQ fördert die Qualität des Projekts und die Qualität der Zusammenarbeit.
- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind aufgrund der Beteiligung an Planung, Durchführung und Evaluation ihres Projekts motivierter, sie erlernen neue Kompetenzen.
- Die Zielgruppe kann die eigene Situation zunehmend artikulieren und sich für Änderungen in ihrer Lebenswelt einsetzen.

Zielgruppenspezifische Bedürfnisse können besser erfasst werden.

- Die vielfältigen Perspektiven helfen Ihnen, die eigene Projektarbeit besser zu beurteilen.
- Die Anwendung der vorgeschlagenen Methoden unterstützt die systematische Planung und Dokumentation des Projekts.
- Die Auseinandersetzung mit den Konzepten und Methoden verdeutlicht Ziele und Wirkungswege sowie konzeptuelle Grundlagen der Prävention.
- Das Erlernen neuer Methoden erweitert die eigenen Kompetenzen.
- Implizite (nicht ausgesprochene) Erkenntnisse und Erklärungen können mithilfe partizipativer Methoden explizit gemacht und erweitert werden.
- PQ sorgt für verbesserte Transparenz nach innen und für eine verbesserte Außendarstellung.
- PQ unterstützt die Kompetenzentwicklung und das Empowerment bei Projektmitarbeitern und -mitarbeiterinnen sowie bei der Zielgruppe.

Allerdings ist der partizipative Ansatz nur schwer umsetzbar, wenn Sie

- in einer stark hierarchisch strukturierten Einrichtung tätig sind.
- eine Mitgestaltung durch die Zielgruppe in Ihrem Projekt nicht vorsehen.
- im Projekt-Team keine Unterstützung für diesen Ansatz finden.
- keine Zielgruppenvertreter oder -vertreterinnen finden, die sich aktiv in die Entscheidungsprozesse einbringen.

Die PQ-Praxis lernen Sie am besten im Rahmen eines Workshops kennen. Diese werden z. B. bei einigen Landesvereinigungen für Gesundheit angeboten und bieten u. a. Gelegenheit, die partizipativen Methoden zu erproben.

## World Café „Betroffene zu Beteiligten machen – Wie gelingt partizipative Qualitäts- entwicklung?“



### Rund um die Geburt

#### Impuls:

Dr. Christine Klapp, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Knapp ein Fünftel der weiblichen Bevölkerung Deutschlands hat einen „Migrationshintergrund“. Auch wenn es sich hier um eine stark heterogene Gruppe handelt, sind doch sowohl im praktischen Leben wie auch in verschiedenen Forschungszusammenhängen zu Körper- und Gesundheitswissen, Familienplanung und Verhütung, Inanspruchnahme von Präventionsangeboten etc. noch einige Unterschiede zur allgemeinen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund zu finden.

Lebensübergangsphasen sind dabei nicht nur „Krisen“, sondern sowohl intraindividuell (Entwicklung, Wachstum) wie interindividuell (Migration, Akkulturation) bei geweckter Neugier und Offenheit geeignet zur Neu-Orientierung und damit auch gute Ankerpunkte für Prävention.

Unsere Arbeitsgruppen in der Klinik (Geburtsmedizin Charité) einerseits und als NGO (Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau e. V. ÄGGF) andererseits, sind zu verschiedenen solcher Lebensphasen zum Thema Prävention vor Ort: Rund um Schwangerschaft und Geburt, in der Pubertät und während der Familienbildungsphase.

Hierzu möchte ich kurz Beispiele für erfolgreiche interkulturelle Präventionsarbeit aus dem ärztlichen und ärztlich-sozialpädagogischen Bereich vorstellen:

1. Im klinischen Bereich – hier rund um die Geburt, beginnend möglichst in der Schwangerenbetreuung – gibt es die Möglichkeit, ein psychosoziales Frühwarnsystem auf- bzw. auszubauen und ggf. die Überleitung in bestehende Hilfesysteme (Familienhebammen, Sozialdienste, Elternberatung etc.) zu veranlassen. Ergänzt wird dies durch die Einrichtung einer Routinebefragung zu Bedrohungen durch häusliche Gewalt, um diese frühzeitig zu eruieren und Schutzmaßnahmen veranlassen zu können. Damit werden wichtige vorhandene Strukturen rund um Sozialdienst und Kinderschutz weiter vernetzt. Ein solches Projekt wird gerade für die Charité Geburtsmedizin geprüft.
2. In Schule und VHS-Zielgruppen unserer auf Frauen- und Jugendgesundheitsförderung ausgerichteten Prävention in Form einer „Ärztinnen-Stunde“ (ÄGGF e. V.) sind:
  - Mädchen und junge Frauen – in der Schule
  - Frauen aller Altersgruppen – vorwiegend Mütter in Deutschkursen und Frauen-Cafés

Unter den heranwachsenden Schülerinnen und Schülern haben ca. 40-60 Prozent einen Migrationshintergrund – die Tendenz ist steigend. Gerade diese Jugendlichen haben besonders viele Fragen zur Funktion des Körpers, zum Pubertätsgeschehen, zum Umgang mit der Regel, über die Einschätzung von „Normalität“ in der Entwicklung, zu Virginität und Fruchtbarkeit, Verhütung von Schwangerschaft, sexuell übertragbaren Erkrankungen u. v. a. m.; Themen, die in ihrer Herkunftsfamilie traditionell oft wenig besprochen werden. In Berlin konnte unsere NGO ÄGGF e. V. hier über 8.000 Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund (von gesamt → 14.000) und bundesweit über 50.000 (von → 120.000) mit präventiven Inhalten erreichen. Als Ärztinnen genießen wir in beiden Gruppen hierzu besondere Glaubwürdigkeit und Akzeptanz.

#### Projekt für Migrantinnen (Frauen und Mütter) aus Drittstaaten

Schon lange fiel auf, dass viele der Informationen im Widerspruch zu traditionellen Erklärungen der Eltern stehen und es deshalb nicht selten zu Konflikten kommt, wenn Kinder außerhalb der Familie informiert werden. Dies trifft v. a. für tabubesetzte Themen zu – es ist ein Problem, wenn die Heranwachsenden hier mehr und anderes wissen als die Eltern. Deshalb entstand die Idee, sich auch den Müttern von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund zuzuwenden und ihnen Kompetenz im Umgang mit dem eigenen Körper, der Aufklärung ihrer Kinder und in der Nutzung medizinischer Angebote (z. B. Prävention) zu vermitteln. Letztlich geht es dabei um „Empowerment“ und auch um die Stärkung mütterlicher Autorität. Aus einem Pilotprojekt in Berlin und Hamburg entstand 2009 das EU-geförderte „Projekt zur interkulturellen Förderung der Frauengesundheit für Migrantinnen aus Drittstaaten“ (Nicht-EU-Ländern), das sich bei den Frauen höchster Akzeptanz erfreute.

### Ziele der „Arzt-Stunden für Migrantinnen:

- Wissenszuwachs von Frauen/Müttern zur Aufklärung und Gesundheit der Familie fördern
- Weibliche/Mütterliche Kompetenz erhöhen
- Kommunikation zwischen Kindern und Müttern zum Thema Sexualität fördern
- Wissen um kulturelle Besonderheiten fördern und helfen, diese dann im Alltag auch zu berücksichtigen
- Zugangsbarrieren zu Beratung und zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten senken

Entwicklungsbegleitende interkulturelle migrationssensible gynäkologische und psychosoziale Prävention von Frauen für Frauen, von Ärztinnen für Frauen, ist ein weiterer wichtiger Baustein für Integration.

## Elternarbeit

### Impuls:

Shiva Saber Fattahy, Diakoniegemeinschaft Bethania e. V.



MüfüMü (Mütter für Mütter)

**Träger:** Diakoniegemeinschaft Bethania e. V.

**Projektleitung:** Shiva Saber Fattahy

**Durchführung:** 2006-2011

**Finanzierung:** Programm Soziale Stadt/Vielfalt tut gut (2008)



### Idee und Ziele

Das Projekt leistet einen Beitrag zur interkulturellen Stärkung von Müttern und ihren Familien und schafft eine Brücke zwischen den Bedürfnissen der Familien mit Migratonsenerfahrung und den verschiedenen Beratungs- und Freizeitangeboten im Quartier. Unter dem Motto „Integration auf Augenhöhe“ werden bereits integrierte Mütter zu Multiplikatorinnen ausgebildet, um andere Mütter mit ihrem Wissen bei alltäglichen Problemen weiterzuhelfen. Die Projektidee setzt auf die eigene Migrations- und Integrationserfahrung der Multiplikatorinnen, aufgrund derer sie leichter Zugang und Vertrauen zur Zielgruppe finden.

### Umsetzung

2006 startete das Projekt MüfüMü mit der Ausbildung der Mütter als Multiplikatorinnen. Die so genannten „MüfüMüs“ verfügen neben guten Deutschkenntnissen über ein hohes Maß an sozialer Kompetenz. Sie werden alle zwei Monate in Schulungen zu Themen wie Gesundheitsförderung, Erziehung, Berliner Bildungssystem, politische Bildung, Partnerproblemen sowie zu Angeboten im Stadtteil weitergebildet und auf ihre beratende Tätigkeit vorbereitet. Mit diesem Wissen besuchen sie andere Mütter und deren Familien aus dem gleichen kulturellen und sozialen Milieu. Mit den Müttern führen sie Gespräche und informieren sie über die bestehenden Beratungs-, Bildungs- und Freizeitangebote oder unterstützen sie bei Arzt- und Krankenhausbesuchen, bei Schulproblemen oder Erziehungsfragen, bei finanziellen Notlagen oder beim Ausfüllen von Formularen.

### Erfolge

Das Projekt startete mit vier Müttern. Insgesamt wurden bisher 30 Mütter zu Multiplikatorinnen ausgebildet. Von ihnen besuchen derzeit 20 Mütter bis zu achtmal pro Monat die Familien. In

der



Gruppe sind ein Großteil der im Kiez gesprochenen Sprachen vertreten: Türkisch, Arabisch, Englisch, Polnisch, Persisch, Russisch, Tscherkessisch, Französisch, Kurdisch, Albanisch. Der Erfolg des Projekts lässt sich anhand der durch die MüfüMüs erreichten Familien ablesen. Im Jahr 2008 waren es 250 Familien, 2009 waren es 380 und im Jahr 2010 stieg die Zahl auf 500 Familien. Die erfolgreiche Umsetzung des Projekts bildet sich auch durch zahlreiche Preise ab: Die MüfüMüs waren 2006 Sieger des Wettbewerbs „start social“. Zudem wurden sie als integrationsfördernde Maßnahme mit dem „Integrationspreis“ des Bezirks Mitte ausgezeichnet. Zuletzt wurden die Frauen im Jahr 2009 mit dem „Hauptstadtpreis für Integration und Toleranz“ der Initiative Hauptstadt e. V. ausgezeichnet.

### Ausblick

Das Projekt MüfüMü ist mit anderen Mütterprojekten innerhalb Berlins und deutschlandweit vernetzt. Die Übertragung des Konzeptes ist beispielgebend.

## Themenblock II: Die Stadt bewegen: Bewegungsräume und -möglichkeiten für Mädchen und Jungen!

### Moderierte Posterpräsentation

#### Bewegung für ein gesundes Aufwachsen

Kinder möchten sich bewegen. Neben dem Spaß und der Lebensfreude ist die regelmäßige Bewegung eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen von Kindern. Zahlreiche Studien zeigen auf, dass Bewegung sowohl für die motorische, als auch für die kognitive Entwicklung von Kindern und Jugendlichen entscheidend ist. In der KiGGS-Studie wird festgehalten:

„Körperliche Bewegung ist nicht nur eine notwendige Voraussetzung für die organische und motorische Entwicklung, sie spielt auch bei der Bewältigung altersspezifischer Entwicklungsaufgaben und der Ausbildung sozialer Kompetenzen eine Rolle [...] Bewegungsmangel hingegen erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit von motorischen Defiziten, Übergewicht, Haltungsschäden, psychosozialen Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und einem verminderten Selbstwertgefühl.“<sup>1</sup>

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt daher, dass Kinder und Jugendliche möglichst den Weg zur Schule mit dem Fahrrad oder zu Fuß zurücklegen, sich drei- bis viermal in der Woche im Rahmen von Spiel und Sport bewegen und am Wochenende längere Ausflüge, wie z. B. Schwimmbadbesuche oder Fahrradausflüge machen sollten.<sup>2</sup>

Doch viele Kinder bewegen sich nicht in dem Maße, wie es für eine gesunde Entwicklung wünschenswert wäre. Nachgewiesen ist, dass etwa die Hälfte bis drei Viertel aller Kinder im Grundschulalter bzw. bis 12 Jahre gerne draußen spielen. Aber die andere Hälfte bzw. das andere Viertel sucht keine bewegungsorientierte Alltagsräume auf.<sup>3</sup> Diese Gruppe von Kindern kommt häufig aus Familien, die sich in einer schwierigen Lebenssituation befinden. Das Robert Koch-Institut konnte aufzeigen, dass Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, Migrationshintergrund und aus den neuen Bundesländern kommen. „Die deutlichsten Aktivitätsdefizite weisen Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund auf.“<sup>4</sup>



#### Was bewegt Kinder?

Deutlich wird, dass vielfältige Faktoren das Bewegungsverhalten von Mädchen und Jungen beeinflussen. Individuelle Einflussfaktoren, wie beispielsweise Alter, Geschlecht sowie Motivation, Überzeugungen und körperliche Fertigkeiten gehören dazu genauso wie das soziale Umfeld, also die Familie, die Freunde, die Kultur und die Einkommenssituation der Familie.

Im Folgenden wird ein dritter wichtiger Aspekt näher beleuchtet: Die Ausgestaltung der unmittelbaren und nächsten Lebenswelt, dem Wohnumfeld von Mädchen und Jungen.

Blickt man auf Untersuchungen zu den Aktionsräumen von Kindern außerhalb von Institutionen wie Kita und Schule, wird die Notwendigkeit deutlich, mehr Bewegungsräume zur Verfügung zu stellen. Grünflächen und Parks im Wohnumfeld erhöhen das Aktivitätsniveau von Mädchen und Jungen.

Nicht lediglich weitere möblierte Spielplätze sind gefragt, sondern für Kinder frei verfügbarer und gestaltbarer Raum. Ein anregendes Freiraumangebot kann dazu führen, dass Kinder vermehrt zum Spielen nach Draußen gehen. Die Gestaltung bewegungsförderlicher Wohnumgebungen gewinnt somit zunehmend an Relevanz.



Abb. 1: Edward, P.; Tsourus, A.: Solide Fakten. Bewegungsförderung und aktives Leben im städtischen Umfeld. Die Rolle der Lokalverwaltung. Weltgesundheitsorganisation 2010.

ist großartig, aber der ist so weit weg von mir. Außerdem ist der auch schon vollgesprüht. Sonst gibt es wirklich keine Spielplätze mehr in der Nähe.“<sup>5</sup>

Die bauliche Entwicklung in den Städten hat zu einer Veränderung der Bewegungsräume von Kindern geführt. Das Kinderspiel findet heute zum großen Teil auf Spielplätzen und auf speziell für Kinder reservierten Flächen statt. Das selbstständige Erkunden der häuslichen Umgebung, was ein gefahrloses Spielen auf Straßen, Gehwegen und Plätzen erfordert, ist zunehmend schwieriger geworden. Natürliche oder gestaltbare Freiflächen sind rar oder zu weit entfernt. Der Sport- und Erziehungswissenschaftler Stephan Riegger warnt vor der infolge solcher „Verinselung“ der Spielgelegenheiten entstehenden Bewegungsarmut. Ohne die Möglichkeit für bewegungsreiche Aktivitäten im Wohnumfeld bleibt für viele Kinder das Spielen im Kinderzimmer oder die Beschäftigung mit dem Computer übrig.<sup>6</sup>

Das Deutsche Kinderhilfswerk e. V. kritisiert, dass nicht in ausreichendem Maße sichergestellt wurde, dass Grünflächen für Kinder und Jugendliche reserviert werden. Kinder brauchen Räume – auch Naturräume –, in denen sie mit allen Sinnen erfahren und lernen können. Solche grünen Treffpunkte, Plätze, Brachen oder Grünflächen ermöglichen spontanes Spiel, Kommunikation und Bewegung.<sup>7</sup> Durch Verkehr sowie intensive Bebauung und Funktionalisierung der Außenräume seien Stadt und Gemeinde als Erfahrungsraum für Kinder untauglich gemacht worden.

Dies habe gravierende Auswirkungen auf die Entwicklung ihrer Gesundheit und soziale Kompetenzentwicklung.

Hier sind ressortübergreifend kommunale Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung, Stadt- und Umweltplanung zusammen mit Eltern- und Bürgergruppen, Kitas, Schulen sowie freie Träger der Kinder- und Jugendarbeit gefordert, das Wohnumfeld bewegungsfreundlicher zu machen. Kinder können so durch spannende Spiele zu mehr eigenständigem, spontanem Bewegen im öffentlichen Raum motiviert werden.

## Beeinflussung des Sport- / und Bewegungsverhaltens von Kindern und Jugendlichen (2-17 Jahre) durch die Erreichbarkeit öffentlicher Parks oder Grünflächen (P<0.05)

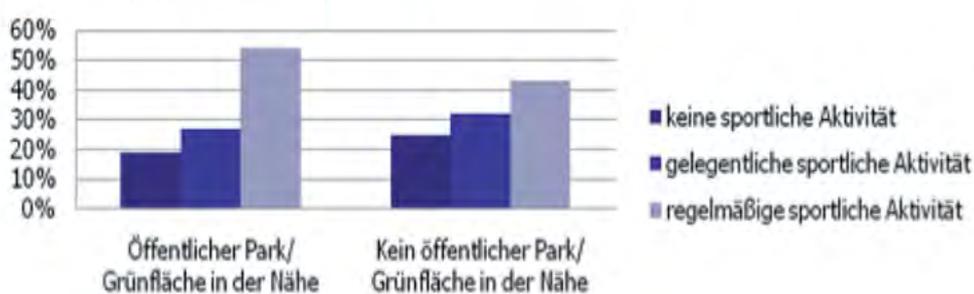


Abb. 2: Schoeppe, S.; Braubach, M.: Tackling Obesity by Creating Healthy Residential Environments. World Health Organization, 2007.

### Bewegungsräume als Voraussetzung für ein gesundes Aufwachsen

„Meistens spiele ich eher drinnen, aber wenn ich rausgehe, weiß ich nicht wohin. Bei mir in der Nähe gibt es einen ganz kleinen Spielplatz. Dort sind solche Drehscheiben ... Dort ist die Schrote auch nicht so schön, da sie so verdreckt ist. Dann gibt es noch den Alexander Puschkin-Spielplatz. Der ist zwar groß, aber er ist schon so alt. Dort gibt es ein Drehkarussell, ein Klettergerüst und eine Wippe. Dann gibt es noch den Schellheimer-Spielplatz. Der



*Tobias Prey, Bezirksamt Mitte, im Gespräch mit Birgit Funke*

Im Rahmen der 8. Landesgesundheitskonferenz wurden in Form einer moderierten Posterpräsentation verschiedene Projekte aus Berlin vorgestellt, denen es in besonderer Art und Weise gelungen ist, Bewegungsräume zu schaffen oder neue Bewegungsmöglichkeiten für Jungen und Mädchen zu realisieren. Diese können im Sinne einer „guten Praxis“ anderen Akteuren Anregungen und Ideen geben.

*Stefan Pospiech, Annika Peters,  
Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Land Berlin*

- 1 Opper, E.; Worth, A.; Wagner, M.; Bös, K.: Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007.
- 2 Cavill, N.; Kahlmeier, S.; Racioppi, F. (Hrsg.): Bewegung und Gesundheit in Europa. Erkenntnisse für das Handeln. Weltgesundheitsorganisation 2010.
- 3 Laging, R.: Bewegungsräume von Kindern gestalten. 2006. (<http://www.uni-marburg.de/fb21/ifsm/ganztagsschule/vortraege/bewegungsraeume>)
- 4 Lampert, Th.; Mensink, G.B.M.; Romahn, N.; Woll, A.: Körperlich- sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Springer Medizin Verlag 2007. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 5/6 2007.
- 5 Laging, R.: Bewegungsräume von Kindern gestalten. 2006. (<http://www.uni-marburg.de/fb21/ifsm/ganztagsschule/vortraege/bewegungsraeume>)
- 6 Riegger, S.: Wieso weshalb, warum – wer nicht spielt wird dumm! Zum gesunden und intelligenten Aufwachsen in der Stadt – oder: warum die Stadtplaner an der PISA Misere schuld sind. 2005. ([www.gesundestadt.de/Publikationen/Diskussion/uebergewicht.pdf](http://www.gesundestadt.de/Publikationen/Diskussion/uebergewicht.pdf))
- 7 [www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de/index.php](http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de/index.php) (Stand: 06.01.12)

## Vorstellung der Poster

### „Berlin Bolzt – im Aktionsraum<sup>plus</sup> Spandau Mitte“

Can Akca, Bildung durch Sport e. V.



Can Akca im Gespräch mit Tobias Prey

In Spandau wurde während der vergangenen Jahre durch das Programm Soziale Stadt die erste und größte Berliner Bolzplatzliga aufgebaut. Gemeinsam wurde das Projekt in den Quartiersmanagementgebieten Falkenhagener Feld Ost, Falkenhagener Feld West sowie Heerstraße etabliert. Seit Oktober 2010 wurde das Projekt auf das Aktionsgebiet „Aktionsraum<sup>plus</sup> in Spandau Mitte“ ausgedehnt.

*„Fußball ist der kleinste gemeinsame Nenner, den Kinder und Jugendliche unterschiedlicher Nationalität und Religionen haben. Ein Jeder kennt den Sport und die Regeln, die vorbehaltlos akzeptiert werden.“*



#### Themen

Jugendsozialarbeit, Integration, Gesundheit, Bildung, Qualifizierung, Vermittlung von sozialen Kompetenzen und Werten wie Fairness, Toleranz, Gewaltfreiheit.

#### Zielgruppe

Jugendliche (Mädchen und Jungs) ab acht Jahren und deren Eltern insbesondere aus sozial benachteiligten Familien, egal welcher kultureller Herkunft.

#### Teilnehmerzahl

Rund 600 Jugendliche (Stand: Nov.2011)

#### Aktivitäten mit Fußball

Ganzjährige Straßenfußballliga, Freizeit- und Ferienangebote, Teilnahme an überregionalen Turnieren, Workshops

#### Partner

Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Streetworker, Bezirksamt Spandau, Wirtschaftshof Spandau, Berliner Fußball Verband, Polizei, Stiftung Hertha BSC, ehm. Plus Warenhandels GmbH, Cineplex Berlin, Sporthaus Butterfly, Kickerworld, u.v.m.

#### Kurzbeschreibung

Am 15. August 2006 wurde das Projekt unter der Trägerschaft des 1. FFV Spandau e. V. in drei Spandauer Stadtteilmanagementgebieten Falkenhagener Feld Ost und West sowie Heerstraße ins Leben gerufen. Die Projektleitung übernahmen in den ersten Monaten Alexander Sobotta, Can Akca und Detlef Schneer. Seit Januar 2011 läuft das Projekt unter dem Träger Bildung durch Sport e. V. BDS e. V. wurde im August 2010 gegründet und befasst sich mit sozialen Projekten, welche das Ziel haben, die Bildung und v. a. die Lernfähigkeit der Jugendlichen in sozialen Brennpunkten zu stärken. Das Projekt Bolzplatzliga ist ein soziales Sport- und Freizeitprojekt für Kinder und Jugendliche in Berlin-Spandau, in dem Toleranz, Fairness und Gewaltfreiheit oberstes Motto sind. Schwerpunkt des Projektes ist die Organisation einer ganzjährigen Straßenfußballliga. Zentral ist die Vermittlung von sozialen Kompetenzen und Werten für ein gemeinschaftliches Zusammenleben.

Ziel ist es, Jugendliche aus sozial schwächeren Verhältnissen mit und ohne Migrationshintergrund durch den gemeinsamen Sport zueinander zu bringen, soziale Verantwortlichkeit zu entwickeln und zu erweitern.

Der Sport ermöglicht einen fairen Umgang miteinander, denn nirgendwo werden Regeln so vorbehaltlos akzeptiert wie auf dem Fußballfeld. Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Mitbestimmung, Flexibilität, Toleranz und Offenheit Anderen gegenüber werden durch die Bolzplatzliga „spielerisch“ erlernt und ausgebaut. Die Stärkung des Selbstvertrauens der Kinder und Jugendlichen steht an erster Stelle, genauso wie der Abbau von Ängsten und Aggressionen. Es soll durch das Spielen ein Gefühl für Fairness (auch außerhalb des Bolzplatzes) und die eigene Identität erarbeitet und entwickelt werden.

Die Kinder und Jugendlichen sollen sich durch den Fußball kennenlernen und somit vorhandene Gruppierungen abbauen. Die Jugendlichen sollen lernen, Verantwortung zu übernehmen, sich zu organisieren, Mannschaften zu bilden und Taktiken zu entwickeln, die dann gemeinsam auf dem Spielfeld angewendet werden. Fußball ist ein Mannschaftssport, bei dem das Team der Schlüssel zum Erfolg ist. Die Jugendlichen beginnen, sich gegenseitig zu unterstützen und anzuleiten. Gespielt wird auf richtigen Bolzplätzen und nach Käfigregeln. Da sich diese Plätze oft mitten in den Hochhaussiedlungen befinden, wo die Kinder und Jugendlichen wohnen, ist eine sehr enge Verknüpfung zwischen den Spieler/innen und der Liga möglich.

Hierbei profitieren auch die Eltern. Sie können und sollen sich gerne einbringen, bei der Betreuung des Platzes, der Mannschaft oder bei der Verpflegung können sie große Dienste leisten. Nebenbei lernen sie das soziale Umfeld ihrer Kinder besser kennen, was heutzutage nicht selbstverständlich ist. Seit Juli 2010 geht das Projekt intensiver auf Eltern ein und versucht, diese mit in das Projekt – mit eigenen kleinen Nebenprojekten (Vater-Kind-Turnier) – einzubinden.

Wie bereits erwähnt, richtet sich das Projekt stark an Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten und schwächeren Familien in Berlin Spandau. Oft spielt dabei auch der Migrationshintergrund eine große Rolle. Gelder für einen Vereinseintritt sind häufig nicht vorhanden bzw. nicht für alle Kinder. Mit der Bolzplatzliga können wir diesen Jugendlichen das Ausüben eines Sports ohne finanziellen Aufwand ermöglichen und würden dies auch gerne für Kinder und Jugendliche in Spandau Mitte anbieten. Seit April 2007 haben wir in unserer „Jungenliga“ auch Mädchenmannschaften, die aktiv mitspielen und an den Turnieren teilnehmen. Hier ist besonders anzumerken, dass es sich zum Teil um moslemische Mädchen handelt. Schön finden wir, dass sie auch Unterstützung aus dem Elternhaus erhalten und ermuntert werden, an der Bolzplatzliga teilzunehmen.

## „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier Marzahn NordWest“

Bewegtes Leben im Quartier



Marzahn NordWest

### Projekthintergrund

Für Kinder gilt körperlich sportliche Aktivität als wichtige Voraussetzung für gesundes Aufwachsen, mit positiven Einflüssen auf die organische und motorische Entwicklung, auf das psychosoziale Wohlbefinden und auf das Erlernen sozialer Kompetenzen.

Mit dem Projekt „BLiQ – Bewegtes Leben im Quartier“ wurde von 2008 bis 2011 ein integriertes Handlungskonzept zur Bewegungsförderung von Kindern bis sechs Jahren und ihren Familien in Marzahn-NordWest von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. entwickelt, welches erweitert und verankert werden soll.

### Schwerpunkte und Ziele

„BLiQ“ ist ein Kooperationsprojekt, in dem Erfahrungen, die bei Bewegungsangeboten in anderen Projekten gemacht wurden, aufgegriffen und weiterführt werden sollen.

Im Rahmen des gesundheitsbezogenen Projektansatzes werden Akteurinnen und Akteure aus dem Quartier beteiligt und können hierzu ihre eigenen Kompetenzen ausbauen, erweitern und in den Austausch treten. Bewegungsförderung versteht sich als Leitbild für die Bündelung von Ressourcen und Angeboten.



### Projektbestandteile

- **Bewegte Winterspielplätze**  
kostenfreie Sonntagsangebote in den Wintermonaten, an dem BLiQ-Trainer und -Trainerinnen Bewegungsangebote für Familien gestalten
- **BLiQ-Trainer und Trainerinnen**  
Schulungen nach dem BLiQ-Konzept und Bildung eines Pools von BLiQ-Trainerinnen und -Trainern.



#### ■ **Bewegte Wege**

alltägliche Strecken im Kiez werden durch bunte Elemente, z. B. Schlangenlinien und Hüpfelder, gestaltet und laden zu Bewegung ein

#### ■ **Sportaktionswoche**

sportliche Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien im Rahmen der Herbstferien

#### ■ **Fonds für Bewegungsaktivitäten**

Unterstützung von Einrichtungen im Quartier, welche eigene Aktivitäten um bewegungsförderliche Elemente ergänzen wollen

### **Ergebnisse/Perspektiven**

Mit der Zielsetzung des Projektes, Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen, werden positive Effekte erreicht, wie das Erleben der Umwelt, die Gewinnung von Selbstvertrauen durch Bewegung, der Aufbau sozialer Kompetenzen, selbstständig werden und sich damit kindgerecht bilden.

### **Im Ergebnis des Projektes sollen**

1. Kinder und Jugendliche, Mädchen und Jungen, in ihrer gesundheitlichen Entwicklung gefördert werden.
2. Eltern und Familien quartiersbezogene Angebote aufgezeigt und zu deren Inanspruchnahme angeregt werden.
3. Maßnahmen zur bewegungsförderlichen Gestaltung des Quartiers initiiert und umgesetzt werden.

### **Kooperationspartner und -partnerinnen:**

- Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin Abt. Gesundheit, Soziales und Planungskoordination OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes
- Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin, Abt. Jugend, Familie und Weiterbildung, Kultur Jugendamt – Regionaler Dienst 1
- Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., Migrationszentrum Marzahn-Hellersdorf
- Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
- GskA mbH, Projekt Outreach – Mobile Jugendarbeit
- Kinder-, Jugend- und Familienzentrum Haus „Windspiel“ der Jugendwerk Aufbau Ost JAO gGmbH und die Kita's „Windlicht“ und „Rabennest-Jahresuhr“
- Kiek in e. V., QuartiersBüro Marzahn-NordWest, Stadtteilzentrum Kiek in, Kita „Kiek mal“
- Kinderring Berlin e. V., Kultur(en)hochhaus
- HVD LV Berlin e. V., Kita „Knirpsenhaus am Glitzerbach“
- DRK Berlin, Schulsozialarbeit an der Ebereschen-Schule

### **Kontakt**

Träger: Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin Abt. Gesundheit, Soziales und Planungskoordination OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes

**Laufzeit:** 2011 – 2013

**Finanzierung:** Teilprogramm Soziale Stadt QF 3

## „Bewegungsraum für alle – Der Nauener Platz“

Barbara Willecke, Landschaftsarchitektin planung.freiraum



**Vor dem Umbau.** Der Nauener Platz ist 5000 qm groß und liegt im Wedding an zwei vierspurigen Straßen, einer großen Kreuzung und einer U-Bahn-Station. Das Umfeld ist geprägt von Gründerzeithäusern und sozialem Wohnungsbau der 1970er und 80er Jahre. Ein sanierungsbedürftiger Platz – räumlich dicht – sozial herausfordernd – nicht im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.

**Im Stadtteil kommt es auf jeden an.** Unterstützt durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort wurde eine Bürgerbeteiligung initiiert. Mehr als 230 Anwohnende des Nauener Platzes wurden zu Konflikten und Wünschen befragt, darunter Gruppen von Mädchen, Jungen, Senioren, Frauen und Männern.

**Lesbare Strukturen vereinfachen das Miteinander.** Funktionale Bänder für Sport/Fitness/Bewegung und Spiel gliedern den Platz und ermöglichen das Nebeneinander unterschiedlichster Nutzungen. Bäume, Sträucher, Stauden und Rosen schaffen eine freundliche Stimmung und strukturieren den Platz.

**Die Wahrnehmung von Schönem mindert das subjektive Lärmempfinden.** Eigens für den Nauener Platz hat das Planungsbüro Aufenthaltselemente entwickelt, die Schall abweisen und in Ohrenbank und Ohrenring auf Knopfdruck Meeresrauschen, Vogelgezwitscher oder Kiezradio einspielen. Gräser und Bäume unterstützen die positiv empfundenen soundscapes des umgestalteten Platzes.

**Gender – Rollen und Rollenmuster im öffentlichen Raum.** Freiräume in der Stadt können im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft, traditionellen Geschlechter-Rollen und dem Verhandeln neuer Rollenmuster einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung neuer gendergerechter Quartiere und Strukturen sowie Integration leisten. Dabei stehen Wahlmöglichkeiten für alle denkbaren Nutzerinnen und Nutzer im Vordergrund.

**Die Generation 60+ will nicht nur Tauben füttern im Park.** Im Rahmen der Befragungen wurde deutlich, dass die Bewohnerschaft sich Bewegung an frischer Luft wünscht. Unterstützt durch Expertise aus der Rehamedizin entstand „Giro Vitale“: Bewegungselemente, die Koordination, Muskulatur, Kondition trainieren und die Bewegungsfreude fördern, Schwellenangst nehmen, Annäherungen ermöglichen, Begegnungen initiieren.

**„Your space“.** Der Nauener Platz war Anlass für die Entwicklung einer Reihe von generationsübergreifend die Menschen ansprechenden Aufenthaltselementen, die sich in besonderer Weise den Themen „draußen zu Hause“, Flexibilität und Miteinander, den unterschiedlichen Bedürfnissen und ästhetischen Präferenzen der Generationen und Nutzergruppen widmen. Wichtige Aspekte: Nähe und Distanz, Licht und Schatten, Schaukeln für alle.

**Das Ende der finsternen Ecken.** Um das Sicherheitsgefühl für Eltern und Kinder, Alte, Mädchen, Nachtschwärmer und Frühaufsteher zu gewährleisten, wurde ein Beleuchtungskonzept entwickelt. Teil des Sicherheitskonzeptes ist auch, dass eine starke Nutzung des Platzes zu allen Tageszeiten das individuelle Sicherheitsempfinden stärkt und Vandalismus vorbeugt.

**Saldo.** Die Neugestaltung des Nauener Platzes belegt, dass schwierige innerstädtische Plätze umfassende und dennoch respektvolle Interventionen benötigen. Entwurf und Gestaltung sind die Essenz aus der Zusammenarbeit verschiedenster Beteiligter und Fachrichtungen. So ist ein Freiraum für Bewegung, Begegnung, kurze Pausen, lange Gespräche, Alt und Jung entstanden. Starke Frequentierung sorgt für ausgewogene soziale



Kontrolle. Jungen verweilen, Mädchen spielen Basketball. Viele fühlen sich in unterschiedlichem Tun draußen zu Hause. Der Nauener Platz ist zum Platz seiner Anwohner und Anwohnerinnen geworden. Aneignung fördert das Miteinander, das Gefühl der Zu- und Zusammengehörigkeit. Die hier angewandte Methode ist auch auf andere Plätze anwendbar. Im Ergebnis erhält man einen besonders präzisen, bedürfnisorientierten Entwurf und eine finanziell nachhaltige, vandalismussichere Umgestaltung.

**Idee Konzept Planung Koordination:**  
planung.freiraum Barbara Willecke

**Bausumme:** 150 EUR/qm netto

**Bauherr:** Bezirksamt Mitte von Berlin

**Förderung:** Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Stadtentwicklung, ExWoSt-Förderung „Innovationen für familien- und altengerechte Stadtquartiere“

## „Generationenübergreifender Spielraum und interkultureller Nachbarschaftsplatz – Der Letteplatz“

Barbara Willecke, Landschaftsarchitektin planung.freiraum



Barbara Willecke, Landschaftsarchitektin planung.freiraum

Der Letteplatz ist im besten Sinne ein Schwimmbad ohne Becken, eine Reise ohne Gepäck und ein Wohnzimmer im Kiez. Er vermittelt durch seine Gesamtgestaltung und Farbgebung interkulturell und generationenübergreifend lesbare Bilder von Urlaub und Heimat und ermöglicht das dichte Neben- und Miteinander unterschiedlichster Nutzungen und Nutzergruppen. Etwa 20 Prozent der Anwohnenden stammen aus vorwiegend arabisch-muslimischen Ländern. Der Letteplatz fördert mit seinem Gesamtkonzept Integration, Begegnung und Kommunikation, lädt ein, nimmt Schwellenangst, ermöglicht langsame Annäherung, schützt die Vorsichtigen, lenkt die Stürmischen, er nimmt die Alten in die Mitte und die Kleinsten an die Hand.

Durch vielfältige Gestaltungselemente und die durchdachte Zonierung ist es gelungen, eine Stimmung zu erzeugen, die die Menschen über alle Alters-, Herkunfts- und Geschlechterunterschiede hinweg anspricht. Die gut lesbare Struktur des Platzes ermöglicht es allen ihn Besuchenden, immer wieder neu eigenen Raum zu finden, mittendrin oder am Rand, schattig oder auf einer Sonnenliege. Die Menschen nehmen die Wahlmöglichkeiten an, lassen sich aufeinander ein, füllen den Platz mit ihren eigenen Vorlieben, lassen teilhaben und lernen dazu.

Seit dem Tag der Eröffnung ist der Letteplatz ganztagig stark frequentiert; Schulen aus der Nachbarschaft nutzen den Sportplatz, Familien aus ganz Berlin machen Wochenendausflüge. Durch diese Art der Beachtung und Wertschätzung erfährt das Quartier eine Aufwertung, die das Wir-Gefühl stärkt, Identifikation stiftet und sich positiv auf das Lebensgefühl der Anwohnerinnen und Anwohner auswirkt. Diese Faktoren erhöhen das individuelle Sicherheitsempfinden auf dem Platz und sind die bestmögliche Vandalismusprävention.

**Projektname:** Umgestaltung Letteplatz Berlin Reinickendorf, generationenübergreifender Spielraum und interkultureller Nachbarschaftsplatz

**Ort:** Letteplatz (Pankower Allee/Mickestraße/Letteallee)

**Bauherr:** Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Rüdiger Zech (Leiter Abteilung Bauwesen und Sport, Garten- und Straßenbauamt)

**Landschaftsarchitektin:** barbara willecke planung.freiraum

**Leistungsphasen:** 2 – 8

**Mitarbeit:** Clara Jäkel, Ronny Kraeft, Leonie Rhode, Frank Skupin

**Fläche:** circa 7.300 qm

**Bausumme:** 480.000 Euro/65 Euro pro qm netto 559.000 Euro brutto/76 Euro pro qm brutto

**Fertigstellung:** Frühjahr 2011



## „Friedrichshain-Kreuzberg in Bewegung – Gesunder Bezirk“

Detlef Kuhn, Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften (ZAGG)

Bezirksamt  
Friedrichshain-Kreuzberg  
von Berlin

Abt. Gesundheit, Soziales und  
Beschäftigung  
Planungs- und Koordinierungsstelle  
Gesundheit (QPK)

be  Berlin



### „Friedrichshain-Kreuzberg in Bewegung – Gesunder Bezirk“

Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg und die Techniker Krankenkasse haben einen Kooperationsvertrag geschlossen (1. März 2011 bis 28. Februar 2013), um gemeinsam das Projekt „Friedrichshain-Kreuzberg in Bewegung – Gesunder Bezirk“ umzusetzen. Der Schwerpunkt liegt in der Bewegungsförderung im Alltag in Familie, Kita und Schule. In Kooperation mit dem ZAGG Zentrum für angewandte Gesundheitsförderung und Gesundheitswissenschaften und weiteren PartnerInnen soll das Projekt mit vielfältigen Maßnahmen erfolgreich realisiert werden. Ziel ist es, an bestehende Strukturen der Sport- und Bewegungsförderung anzuknüpfen und diese in einem partizipativen Prozess weiterzuentwickeln.



Im Vordergrund steht, die Versorgungs- und Betreuungsangebote für Kinder und Familien, insbesondere türkischer und arabischer Herkunft, bedarfsgerecht zu verbessern, die Kommunikation zwischen den Anbietern (wie etwa Dienste der kommunalen Verwaltung, Gemeinweseneinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfe, Sporteinrichtungen, Hebammen, Ärzte, Krankenhäuser u.a.) auszubauen und niedrigschwellige Angebote an die Zielgruppe zu vermitteln.



Darüber hinaus sollen vorhandene Bewegungsräume wie Grünflächen und Sportanlagen besser für eine Bewegungskultur im Alltag nutzbar gemacht werden und MultiplikatorInnen (aus dem Projekt „Gesund sind wir stark“ und BLIQ) bei der Organisation von betroffenen Bewegungsangeboten eingebunden werden. Alle beteiligten PartnerInnen verfügen über langjährige und vielfältige Erfahrungen sowohl in diesem Feld als auch mit dieser Zielgruppe.



Interessierte können sich melden bei:

Ingrid Papies-Winkler

Detlef Kuhn

Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg,  
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit  
Yorckstr. 4 - 11, 10965 Berlin  
Tel.: 9 02 98 - 35 46 Fax: 9 02 98 - 35 39  
Ingrid.Papies-Winkler@ba-fk.verwalt-berlin.de

ZAGG GmbH  
Kantstraße 72, 10627 Berlin  
Tel.: 030 - 306 956 20 Fax: 030 - 306 956 66  
info@zagg.de www.zagg.de



## „Moabit macht mobil mit den Projekten ‚Moabiter Bewegungslandschaft‘ und ‚Blaue Schuhe‘“

Birgit Funke, BERLINbewegt e. V.



Im Jahr 2008 wurde in Moabit das Gesundheitsprojekt „Moabit macht mobil“ vom Quartiersmanagement Moabit West, dem Bezirksamt Mitte – Abteilung Gesundheit, BERLINbewegt e. V., der Techniker Krankenkasse, der Humboldt-Universität zu Berlin und der Unfallkasse Berlin gestartet. Ziel des Projektes ist es, Gesundheitsförderungsangebote im Quartier zu implementieren. Ein Schwerpunkt ist die Bewegungsförderung im Stadtraum.

In diesem Zusammenhang entstand die Idee der „Moabiter Bewegungslandschaft“. Im Rahmen der Untersuchung und der Erarbeitung des Konzeptes für die Moabiter Bewegungslandschaft wurden Spiel-, Bewegungs- und Aufenthaltsräume von Kindern und Jugendlichen durch Studierende der Humboldt-Universität untersucht und ein Konzept zur Umsetzung erstellt. Ziel des Konzeptes ist es, in Moabit viele verschiedene Bewegungsräume einerseits für unterschiedliche Altersgruppen, aber auch mit unterschiedlichem Charakter zu schaffen. Zusätzlich soll sowohl ein Ort für Mädchen und junge Frauen (Mädchenspielplatz) entstehen, als auch die Qualität und Attraktivität der öffentlichen Räume für Mädchen gestärkt werden, da diese, wie die Untersuchung zeigt, im öffentlichen Raum kaum angetroffen werden.

Der Spielplatz Emdener Straße (als altersübergreifender Bewegungsort) befindet sich derzeit im Bau, der Spielplatz Reuchlinstraße (als naturnaher Spielplatz für die Altersgruppe 0-5) wurde im Jahr 2010 fertig gestellt. Ein wesentliches Element neben der bereits durchgeführten Planungsbeteiligung ist die Beteiligung der späteren Nutzerinnen und Nutzer an der Umsetzung sowie der Aufbau von Patenschaften. Der Spielplatz in der Zwinglistraße soll als Parkour-Anlage umgestaltet werden und von professionellen Parkour-Läufern betreut werden. Die Umgestaltung der Frei- und Spielflächen wird über das Programm „Soziale Stadt“ (QF IV) finanziert.

Neben vielen anderen Projekten und Maßnahmen zur Bewegungsförderung wurde in den Jahren 2009 und 2010 das Projekt „Blaue Schuhe – zu Fuß zur Schule“ an drei Grundschulen in Moabit durchgeführt. Zusammen mit den Schülerinnen und Schülern wurden in einem ca. 500m-Radius um die drei Moabiter Grundschulen geeignete Treffpunkte mit individuellem Schullogo markiert. Jede Schule erhielt so drei Ausgangspunkte für den gemeinsamen Schulweg. Ein Ziel des Projektes war, dass die älteren Schüler (5. Klasse), die im Rahmen des Projektes eine Schulwegpatenausbildung absolvierten, sich hier mit den jüngeren (1. Klasse und 2. Klasse) treffen und diese zu Fuß zur Schule begleiten. Zusätzlich wurden die Wege mit Hüpf- und Balancierspielen markiert, die gemeinsam mit den Klassen entwickelt wurden. Da es sich bei dem Projekt um ein Betei-



ligungsprojekt handelt, brachten sich die Schüler und Schülerinnen in alle Planungsschritte mit ein. Sie entwickelten die Spiele für die Gehwege, bereiteten die Schablonen für die Markierungsarbeiten vor und halfen, diese letztendlich auf die Gehwege aufzubringen.

Das Projekt wurde zusätzlich durch Unterrichtsinhalte begleitet, in denen die Beteiligten die schulischen und urbanen Räume erkundeten, beschrieben und zu beurteilen lernten.

Gemeinsam mit den Kindern von fünf Kitas aus dem Quartier Moabit West wurden dann im Jahr 2010 weitere Ideen für die Straßen-Bewegungs-Spiele entwickelt und im Sommer 2011 auf die Gehwege aufgetragen. So entstand ein blaues Wegesystem, welches sichere Wege zu Spielplätzen und Einrichtungen im Quartier markiert, die die Kitakinder häufig nutzen. Jung und Alt sind eingeladen, sich auf den blauen Spuren hüpfend, springend und balancierend, aber auch rechnend und buchstabierend im Straßenraum fortzubewegen und so etwas für die Gesundheit zu tun!

Die Ziele des Projektes „Blaue Schuhe – zu Fuß zur Schule und zur Kita und im Kiez unterwegs“ orientieren sich am Bewegungsmangel, den Kinder und Jugendliche heutzutage haben. Das Projekt basiert auf dem Gesundheitsnetzwerk „Moabit macht mobil“ und steht in diesem Zusammenhang für Gesundheitsförderung und Bewegungserziehung.

## „Sozialintegrativer Triathlon“

Katarina Prchal, Humboldt-Universität zu Berlin, Centrum für Sportwissenschaft und Sportmedizin Berlin (CSSB)

Das Sport- und Bewegungsangebot für sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche wurde im Rahmen des Drittmittelprojektes „Sozial integrativer Triathlon Berlin-Hohenschönhausen“ in Kooperation mit dem Sportverein Pfefferwerk e. V. und dem Bezirksamt Lichtenberg von Berlin entwickelt und umgesetzt. Konzeptionell folgt das Projekt den Ansätzen der Sozialraumorientierung und stellt den konsequenten Bezug zu den Interessen und Wünschen der Menschen in den Vordergrund.

Neben Integration und Bildung ist die Aktivierung und Unterstützung der Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen ein Schwerpunkt der Projektarbeit. Mittels eines niederschweligen Sport- und Bewegungsangebotes für ausgewählte Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe wird insbesondere sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen ein Zugang zu Bewegungs- und Sportangeboten außerhalb der üblichen Vereins- und Wettkampfstruktur vorgehalten.

Neben der Vermittlung von verschiedenen Sport- und Bewegungsangeboten werden die Kinder und Jugendlichen motiviert, sich am jährlichen „Triathlon Integrale“ in ihrem Stadtgebiet zu beteiligen. Durch die Teilnahme an einem großen Stadtevent wie dem „Triathlon Integrale“ erfolgt eine Identifizierung mit dem Stadtteil und gleichzeitig eine Verbesserung urbaner Lebensqualität.



### Ausgangssituation

Die Sozialstruktur im Projektgebiet kann als außerordentlich heterogen bezeichnet werden. Bereits die bauliche Struktur zeigt Unterschiede innerhalb des Bezirks Hohenschönhausen – auf der einen Seite finden sich Einfamilienhäuser und auf der anderen Plattenbausiedlungen wie Industriegebiete. Diese Struktur setzt sich auf der sozioökonomischen Ebene fort. Einige Quartiere sind durch eine auffallend hohe Anzahl von Menschen, die Transferleistung entsprechend SGB II, III und XII erhalten, gekennzeichnet. Auch liegt in diesen Gebieten der Prozentsatz der unter 15-jährigen, die Existenzsicherungsleistungen beziehen, zwischen 47,0 Prozent und 61,3 Prozent und damit weit über dem Berliner Durchschnitt von 37,4 Prozent<sup>1</sup>.

### Ziel

Ausgehend von dem Sozioökonomischen Status der Projektgebiete soll eine Zielgruppe angesprochen werden, die sozial benachteiligt ist und im Sozialraum eher auf Sport- und Bewegungsbarrieren trifft. Gesonderte Aufmerksamkeit erhalten im Projekt die Interessen und Bedarfslagen von Mädchen und jungen Frauen. Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche in ihrem Lebensraum, um:

- niederschweligen Zugang zu Sport- und Bewegungsangeboten zu ermöglichen,
- Sport- und Bewegungsangebote auf die Bedarfe und Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen abzustimmen,
- durch geschlechterspezifische Sport- und Bewegungsangebote gesellschaftliche und insbesondere sportbezogene Sozialisationen zu hinterfragen,
- Spiel- und Bewegungsräume im eigenen Quartier zu erobern,
- Partizipation zu aktivieren,
- Kinder und Jugendliche zu befähigen, selbst und gemeinschaftlich für ihre Bewegungszeit zu sorgen.

### Umsetzung

- zweiwöchentliches Sport- und Bewegungsangebot,
- Durchführung von leicht zugänglichen und trendsportlichen Spielen wie z. B. Takeshi, Flagfootball, Parkour oder Mattenrutschen,
- Kopplung der Sport- und Bewegungsangebote mit klassischen Ausdauer-, Bewegungs- und Koordinationsangeboten,
- Unterstützung und Begleitung zur Teilnahme am jährlichen OrankeOpen „Triathlon Integrale“



### Perspektiven

Das Sport- und Bewegungsangebot konnte in zwei Einrichtungen fest etabliert werden. Der Bezirk versucht perspektivisch, das Angebot in den Einrichtungen über die Projektlaufzeit aufrecht zu erhalten.

Darüber hinaus bietet der Kooperationspartner Pfefferwerk e. V. gemeinsame themenbezogene

Fortbildungen (Umgang mit Heterogenität, Möglichkeiten von Integration im Sport, interessenbezogene Sportangebote) für Kollegen und Kolleginnen der Lichtenberger Jugendhilfeeinrichtungen halbjährig an, um dauerhaft Sport- und Bewegungsangebote für sozial benachteiligte Kinder und Jugendlichen vorzuhalten.

<sup>1</sup> Monitoring Soziale Stadtentwicklung 2010

## „Spielleitplanung Pankow – Modellprojekt Pankow-Weißensee“

Jeanette Münch, Bezirksamt Pankow

### Verantwortlich:

Bezirksamt Pankow – Jugendamt sowie die Technische Universität Berlin – Institut für Stadt- und Regionalplanung

### Beschreibung des Projekts

Die Spielleitplanung ist ein Instrument der Stadtplanung für mehr Kinder-, Jugend- und Familienfreundlichkeit in der Stadt.

Im Modellprojekt Pankow-Weißensee der Stadt Berlin wurden in Kooperation u. a. mit vier Freizeiteinrichtungen und vier Schulen Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 10 und 17 Jahren beteiligt. In Befragungen sollten sie Auskunft zu ihrem Schulweg, schönen und nicht schönen (Spiel-)Orten, gefährlichen Verkehrssituationen und weiteren Veränderungswünschen geben. Ergänzt wurden die Befragungen durch ganztägige Fotostreifzüge mit den Routen der jungen Menschen, die durch Stadtplaner und -planerinnen beobachtet, hinterfragt und dokumentiert wurden. Dabei konnten direkte Bewertungen und Vorschläge für Neugestaltungen mit eingebracht werden.

Das Projekt ist Teil eines vom Kinderhilfswerk koordinierten Programms zur kinderfreundlichen Stadtgestaltung. In 18 weiteren Modellkommunen werden Spielleitplanungen erprobt, durchgeführt sowie umgesetzt.

### Ergebnisse in Berlin Pankow

Es wurde ein Spielleitplan erstellt, d. h. ein Katalog mit rund 70 Maßnahmen in den Bereichen Spielorte, Frei- und Grünflächen, Verkehr sowie „Miteinander im Kiez“.

Einige von den Kindern und Jugendlichen angeregte Maßnahmen konnten bereits umgesetzt werden, so eine wiederkehrende Säuberungs- und Pflanzaktion mit dem Ziel „Weißensee wird bunter“, die Einbeziehung der Kinder bei der Planung eines zu realisierenden Spielortes in der Lehderstraße, die Zusage einer Verkehrsinsel in der Gustav-Adolf-Straße oder der jährliche Weltspieltag (28.Mai) auf Straßen und Plätzen.

Ein Beschluss der Bezirksverordnetenversammlung (BVV) im Juli 2010 hat die Einbindung der Spielleitplanung in weitergehende Stadtplanungen für das Gebiet, die jährliche Kontrolle sowie die Prüfung der Übertragbarkeit der Spielleitplanung auf andere Gebiete gesichert.

### Laufzeit

Das Projekt begann im Oktober 2008. Der Beschluss erfolgte 2010. Die Realisierung erfolgt fortlaufend.



Jeanette Münch, Bezirksamt Pankow

### Kosten für die Projektumsetzung

Die Kooperationspartner tragen das Projekt. Zusätzlich unterstützen der Bezirk Pankow ressortübergreifend, Mittel aus Sonderförderungen im Bereich Stadtentwicklung und weitere Fördermittelgeber, wie Stiftungen und Vereine, das Projekt. Ein Teil der Maßnahmen wird durch die Selbsthilfe und das Eigenengagement der Bewohnerschaft Weißensees vorangebracht und getragen. Eine städtebauliche Förderkulisse ist im Gebiet nicht vorhanden.

### Kooperationspartner und -partnerinnen waren

- das Bezirksamt Pankow – insbesondere das Jugendamt
- die TU Berlin – Institut für Stadt- und Regionalplanung
- das Deutsche Kinderhilfswerk e. V.
- die Stiftung Sozialpädagogisches Institut „Walter May“ – Drehscheibe Kinder- und Jugendpolitik Berlin

### Kontakt:

Jeanette Münch  
Bezirksamt Pankow – Jugendamt  
E-Mail: [jeanette.muench@ba-pankow.verwalt-berlin.de](mailto:jeanette.muench@ba-pankow.verwalt-berlin.de)

Jan Abt  
Technische Universität Berlin – Institut für Stadt- und Regionalplanung  
E-Mail: [j.abt@isr.tu-berlin.de](mailto:j.abt@isr.tu-berlin.de)  
Internet: [www.spielplanung-berlin.de](http://www.spielplanung-berlin.de);  
[www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de](http://www.kinderfreundliche-stadtgestaltung.de) (Modellprogramm);  
[www.berlin.de/ba-pankow/verwaltung/jugend/politische-bildung.html](http://www.berlin.de/ba-pankow/verwaltung/jugend/politische-bildung.html)

## „PROjekt Erlebnisräume“

Angelika Staudinger, GSJ gGmbH, Landschaftsarchitektin



# GESELLSCHAFT FÜR SPORT UND JUGENDSOZIALARBEIT gGmbH

**Mobile Teams – immer da, wo sie gebraucht werden**

## PROjekt Erlebnisräume

Unterstützt Bezirksämter und Einrichtungen unter **Beteiligung von Kindern und Jugendlichen** bei der (Neu-/ Um-) Gestaltung bewegungsfreundlicher Stadträume. Vom Bewegten Schulhof bis zum öffentlichen Spielplatz. Vom Lernort Schulhof bis zum Naturerfahrungsraum.

Drei Wünsche — Umfrage zu Wohnumfeld und Angebotsstruktur für Kinder, Jugendliche und Familien (Marzahn)	Modellpräsentation — Jugendräumliche Analyse Moabit West	Modellpräsentation — Ein Spiel- und Sportpark aus Mädchensicht Hellersdorf
Bouldervand in der Karl-Weise-Grundschule — Planungsworkshop Spielplatz und Schulgarten, Kinder-Baustelle Neukölln	Waldspielplatz Wuhleheide — Planungsworkshop, Jugend-Baustelle, Waldspiel- und -Jugendkletterturm Oberschöneweide	Freizeumgestaltung — Planungsworkshop, Jugend-Baustelle Pro Social e.V. Lichtenberg
Jugendtreffpunkt Quitzowstraße — Planungsworkshop, Jugend-Baustelle mit den Schüler_innen der Moses-Mendelssohn-Oberschule Mitte	Niedrigseilgarten — Soziales Training im Klettercamp Buckow Neukölln	Kitagelände Wolgasterstraße — Bau einer Spielendschaft nach Planungsworkshop mit dem Kitakindern Wedding



PROjekt Erlebnisräume  
Tel. (030) 300 985 – 15/14  
Fax (030) 300 985 – 11

E-Mail [mail@erlebnisraeume.de](mailto:mail@erlebnisraeume.de)  
[www.klettercamp-buckow.de](http://www.klettercamp-buckow.de)

ErlebnisWerkstatt / Schule an der Haveldüne  
Tel. (030) 3650 9774  
Fax (030) 3650 9789 E-Mail [berlinativ@gmx.com](mailto:berlinativ@gmx.com)



### Freizeitsport-Team

Bewegung und Sport am Puls der Zeit: Trendsport, Abenteuersport und Gesundheitssport vor Ort für Vereine, Schulen und alle Interessierten, zum Beispiel kostenlos durch die Sportkiste für die bewegte Pause in weiterführenden Schulen und die dazugehörige Ausbildung von Lehrkräften und Schüler\_innen zur Sportkistenhelfer\_in.

Tel. (030) 300 985 – 22  
Fax (030) 300 985 – 11

E-Mail [mail@freizeitsport-team.de](mailto:mail@freizeitsport-team.de)  
[www.freizeitsport-team.de](http://www.freizeitsport-team.de)

[www.seilgarten-berlin.de](http://www.seilgarten-berlin.de)  
[www.dachseilgarten.de](http://www.dachseilgarten.de)



### Streetball-Team

Betreut Streetball-Points, organisiert Turniere, veranstaltet Streetball-Nights und die School-Finals-Berlin.

Unterstützt Jugendliche bei der Selbstorganisation zum Beispiel durch die kostenlose Ausbildung zur Streetball-Helfer\_in.

Tel. (030) 300 985 – 16  
Fax (030) 300 985 – 11

E-Mail [streetball-team@t-online.de](mailto:streetball-team@t-online.de)  
[www.streetball-team.de](http://www.streetball-team.de)



## World Café

### „Bewegungsräume gemeinsam schaffen und gestalten“

#### „Die Nutzung von Freiflächen in der Stadt“

##### Impuls:

Martina Reiche, Grün für Kinder e. V.

##### Der Kids' Garden

Zwischen Friedel- und Hobrechtstraße und den Brandwänden der angrenzenden Häuser erstreckt sich der ca. 3000 m<sup>2</sup> große „Kids' Garden“ in Berlin-Neukölln.



Der ökologisch ausgerichtete NaturSpielGarten ermöglicht es Mädchen und Jungen, mitten im Stadtgebiet frei und ungestört zu spielen und die Natur zu erleben: Boden, Wasser und Pflanzen können von mittlerweile ca. 350 Kindern „erfasst und erforscht“ werden. Die Kinder bauen auf eigenen Beeten Gemüse, Obst und Blumen an, sie pflegen und ernten und lernen so, Verantwortung für Natur und Umwelt zu übernehmen.

##### Der Verein

Im Verein „Grün für Kinder e. V. / Trägerverbund für Umweltbildung und -erziehung“ haben sich Eltern-Kind-Gruppen, Kinderläden und Kinderprojekte aus der Umgebung zusammengeschlossen. Seit 1998 nutzen und bewirtschaften sie gemeinsam den NaturSpielGarten „Kids' Garden“.



Katja Becker, Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.

Das Projekt lebt von der ehrenamtlichen Mitarbeit zahlreicher Vereinsmitglieder und -freunde. Der Verein setzt sich für eine nachhaltige Nutzung des „Gartens für Kinder“ ein und leistet damit seinen Beitrag zur kinderfreundlichen und ökologischen Entwicklung des Wohnquartiers. Privates und ehrenamtliches Engagement, die Unterstützung kommunaler Stellen sowie die Bereitstellung von Geldern zur Durchführung des Vorhabens haben gezeigt, wie bürgernahe und soziale Stadtgestaltung in Zukunft aussehen kann. Quartiersbindung und -identifikation werden auf diese Weise ebenso gefördert wie die Demokratisierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen.

##### Nutzung

Die Nutzer des Gartens sind Kindertagesstätten freier Träger im Reuterquartier, Schülerhorte sowie die Eltern-Kind-Gruppen des Nachbarschaftsvereins „elele“. Die Gartennutzer beteiligen sich ehrenamtlich im Reuterkiez in den Gremien Quartiersbeirat mit seinen Arbeitsgemeinschaften Wohnumfeld/Bildung.

##### Umweltbildung und -erziehung

Die Idee des Vereins und die Entstehung des „Kid's Garden“ beruhen auf der Überzeugung, dass Umweltbildung und -erziehung integrale Bestandteile der kindlichen Lebenswelt sein sollten. Insbesondere Kinder, die im innerstädtischen und an adäquaten Freiflächen armen Gebiet aufwachsen, sollen ein Spiel- und Naturerlebnis in Verbindung mit ökologischen Prinzipien erleben können.

So können Kinder aus der Umgebung im Garten ungehindert rennen und klettern, die Naturelemente Wasser, Erde und Pflanzen beobachten und begreifen sowie auf eigenen Beeten Gemüse und Obst anbauen. Sie erweitern ihre motorischen Fähigkeiten auf nicht genormten Spielflächen und erlernen ökologische Zusammenhänge.

[www.gruen-fuer-kinder.de](http://www.gruen-fuer-kinder.de)

## „Bewegte Nachbarschaften im Rahmen der Sozialen Stadt – Beispiele aus der Praxis im QM-Gebiet Zentrum Kreuzberg/Oranienstraße“

**Impuls:** Dr. Laila Atrache-Younes, QM Zentrum Kreuzberg/Oranienstraße



Zur Förderung der Gesundheit in sogenannte benachteiligten Quartieren bietet das Programm „Soziale Stadt“ Möglichkeiten, die vielfältigen

Bedarfe der Bewohner und Bewohnerinnen mittels zielgruppengerechter Maßnahmen anzugehen.

2010/11 wurde im QM-Gebiet Zentrum Kreuzberg/Oranienstraße das Projekt „Bewegt und gesund leben im Zentrum“ von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. gefördert, um den Prozess der Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote für sozial benachteiligte Familien und Kinder (insbesondere 0-6 Jahre) zu steuern. Wichtigstes Querschnittsthema war die Verbesserung der Vernetzung der Akteure und Akteurinnen im Stadtteil, insbesondere mit Fokus auf die Übergänge der verschiedenen Lebensphasen.

Zur Ermittlung des Ist-Zustandes wurde zunächst eine Bestandsaufnahme gesundheitsfördernder Angebote im Quartier durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse wurden in einem Diskussionsprozess mit den Akteuren des Stadtteiles Ideen für Maßnahmen und Angebote formuliert: a) Auf- und Ausbau gesundheitsfördernder Angebote rund um die Geburt für sozial benachteiligte Eltern; b) Auf- und Ausbau von Familienaktivitäten zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion; c) gezielte Unterstützung von Akteuren der Kinder- und Jugendarbeit/Schule/Kita zu spezifischen Gesundheitsthemen bzw. Vermittlung von lokalen Fachleuten; d) Aufbau themenspezifischer Kooperationen.

Die Koordinierung und Qualitätssicherung übernahm der neu eingerichtete Steuerungskreis „Gesundheit“, bestehend aus dem Projektträger, dem Quartiersmanagement, lokalen Vereinen und der Plan- und Leitstelle Gesundheit des Bezirksamtes Friedrichshain-Kreuzberg. Er begleitete die initiierten Angebote und Maßnahmen, wertete sie aus und ergänzte sie bei Bedarf. Eingebunden in die Ausgestaltung und Durchführung der gesundheitsfördernden Maßnahmen waren v. a. Bildungsinstitutionen, Freizeiteinrichtungen, Familien- wie Stadtteilzentren. Die Prämisse war stets, die neuen Angebote, darunter In-



formationen und Beratungen für Schwangere, Bewegung für Kinder mit Spielgeräteverleih, Mädchentanz, offenes Zirkustraining und Schwimmen sowie Familienaktivitäten und die bewegten Winterspielplätze, in bestehenden Strukturen zu verankern.

Rückblickend kann gesagt werden, dass vor allem durch die Vernetzung von Angeboten und Projekten eine großer Teil der Bewohnerschaft erreicht, aktiviert und bei Planung wie Durchführung von Aktivitäten und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und Bewegung einbezogen werden konnte. Zahlreiche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, Fachleute oder Menschen, die eine Bewegungspatenschaft übernommen haben, engagieren sich nach wie vor für die Verbesserung der Gesundheit, v. a. von Kindern aus sozial schwachen Familien.

„Gesunde Lebenswelten schaffen“ – unter diesem Leitsatz stehen auch die kommenden Jahre. Hier spielen die „Bewegten Nachbarschaften“ eine nicht unerhebliche Rolle. Denn durch die Verbindung von gemeinschaftlichen Aktivitäten mit Bewegung und Spaß stärken sie nicht nur das Gemeinschaftsgefühl der Bewohnerschaft, sondern tragen auch bei zur Prävention in der Gesundheitsförderung von Bewohnern und Bewohnerinnen in sogenannte benachteiligten Quartieren.

2012 werden über „Soziale Stadt“ u. a. mobile Ferienfreizeitangebote für Kinder im öffentlichen Raum und in Kitas die Fein- und Grobmotorik von Kleinkindern gefördert, um Bewegung stärker in den Alltag der Kinder zu integrieren. Andere erfolgreiche Maßnahmen konnten bereits in Einrichtungen verankert werden, wie z. B. die „Mutter-Kind-Disco“ in einer Kinderfreizeiteinrichtung und die 2011 gegründete „Mädchen-Fußball-AG“ für Mädchen aus dem türkisch- und arabischsprachigen Kulturkreis.

## „Bewegte Nachbarschaften im Rahmen der Sozialen Stadt – Warum engagiert sich das Berliner Quartiersmanagement für Gesundheit“

### Impuls:

Philipp Mühlberg, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt

Wenn wir die soziale Desintegrationsfrage nicht stellen, werden wir das Problem des erhöhten Gesundheitsrisikos in den benachteiligten Quartieren der Stadt nicht lösen können! Soziale und gesundheitliche Benachteiligung stehen in einem engen Zusammen-



Philipp Mühlberg, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt

menhang. Gesundheitsrisiken sind ein vorrangiges Problem der sozial schwachen Schichten. Armut und Desintegration haben in Berlin einen Ort. Sie treten verstärkt in bestimmten Berliner Quartieren auf. Die Tendenz einer sich weiterhin sozial ausdifferenzierenden Stadt hält an. Somit wird Berlin weiterhin Stadtteile haben, die geprägt sind von sozio-ökonomischen Problemlagen, in denen auch vermehrte Gesundheitsrisiken den Alltag der Quartiere beeinträchtigen.

Gegen eine sich selbstbeschleunigende gesellschaftliche Desintegration ganzer Stadtteile hat Berlin u. a. 1999 das Berliner Quartiersmanagement eingeführt. In Stadtteilen, in denen sich unterschiedliche Probleme überlagern und dadurch verstärken, wird seitdem in einem partizipativen und integrierten Stadtteilverfahren der soziale Zusammenhalt gestärkt. Das Konzept einer solidarischen Nachbarschaft stabilisiert und kompensiert schwierige Lebenslagen wie Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit von Transfereinkommen und gesellschaftliche Ausgrenzung. Dem

Zusammenfall von Armut und drohender Exklusion wird damit derzeit in 34 Stadtteilen Berlins, in denen ca. 400.000 Menschen leben, wirkungsvoll begegnet.

Seit der strategischen Neuausrichtung des Berliner Programms im Jahr 2005 wurde die gesundheitliche Prävention in den Maßnahmenkanon des Berliner Quartiersmanagements aufgenommen. Gesundheitliche Präventionsmaßnahmen stehen dabei nicht isoliert, sondern ordnen sich in ein fachübergreifendes Verfahren ein, das aus einer lebensweltlichen Perspektive unterschiedliche Fachpolitiken zusammenführt und in einer auf den jeweiligen Stadtteil ausgerichteten, integrierten Entwicklungsstrategie umsetzt.

Die Maßnahmen des Berliner Quartiersmanagement wirken dabei dreifach:

- 1.) Eine Vielzahl der Projekte, Initiativen und Maßnahmen im Rahmen des Berliner Quartiersmanagement leisten unmittelbar gesundheitliche Prävention, wobei gezielt gesundheitliche Benachteiligung reduziert und abgebaut wird.
- 2.) Das Gesundheitsthema ist Mittel zum Zweck, stabile Nachbarschaften zu etablieren. Projekte, die sich auf gesunde Lebensweise beziehen, sind attraktiv, machen besonders migrantische Bevölkerungskreise mit dem Quartiersmanagement bekannt und bieten einen guten Ansatz für darüber hinausgehendes Engagement.
- 3.) Das Ziel von Quartiersmanagement, solidarische Nachbarschaften zu organisieren, korreliert hochgradig mit dem erweiterten Gesundheitsbegriff, der nicht allein auf individuelles Wohlbefinden fokussiert, sondern „soziale Einbettung“ als Voraussetzung individueller Gesundheit thematisiert. In diesem Sinne ist das Berliner Quartiersmanagement beste gesundheitliche Präventionspolitik.

Die besondere partizipative Ausrichtung des Berliner Quartiersmanagements bildet dafür die Grundlage. Die Entscheidung darüber, welche Maßnahmen mit den Mitteln der Sozialen Stadt durchgeführt werden, wird in den Quartiersräten und maßgeblich von der Bewohnerschaft bestimmt. So gelingt es – ganz im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe – die in Berlin vorhandene Landschaft der präventiven Gesundheitsangebote, von gesunder Ernährung bis hin zu Drogenprävention – bekannt zu machen und den Zugang zu ihnen zu ermöglichen. Quartiersmanagement macht nicht alles selbst, sondern ermöglicht Zugänge, gibt Orientierung und entfaltet durch eine prägende Bewusstseinsänderung nachhaltige Wirkung.

Das Berliner Quartiersmanagement hat sich als wirkungsvolles Maßnahmenkonzept erwiesen, um den Zusammenfall von Armut und Desintegration, auch im Gesundheitsbereich, zu verhindern.

## „Den Schulalltag in Bewegung bringen“

**Impuls:** Rainer Bähr, Regionaler Koordinator  
„Gute Gesunde Schule“ Lichtenberg, und Iris Spitzner,  
IKK Brandenburg und Berlin

Den Schulalltag in Bewegung bringen – so könnte das Motto lauten, nach dem in der „Schule am Breiten Luch“ seit September 2007 im Rahmen des Berliner Landesprogramms „Gute gesunde Schule“ Bewegung in den Unterricht gebracht wird. Das Ziel ist, mehr Bewegung in allen Lebensbereichen der Schule zu integrieren und Unterricht gezielt mit Bewegung zu verbinden.

Die „Schule am Breiten Luch“ ist eine Grundschule und Schule der Sekundarstufe I mit dem Förderschwerpunkt „Lernen“ und seit 1994/95 ein Sonderpädagogisches Förderzentrum für die Klassenstufen 3-10. Neben einem offenen Ganztagsbetrieb gibt es eine Schulstation und schulergänzende Angebote. Mit der Lage im Neubaugebiet Hohenschönhausen wird ein großes Einzugsgebiet bedient, wobei sich das Umfeld der Schule in den letzten Jahren zum sozialen Brennpunkt entwickelt hat.

### Landesprogramm „Gute gesunde Schule“

Seit September 2007 nimmt die Schule am Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ teil, um die gesunde Entwicklung der Schülerinnen und Schüler zu fördern.



Das Landesprogramm orientiert sich an dem bundesweiten Programm „Anschub.de“ und zielt darauf ab, durch Investition in gesundheitsförderliche Maßnahmen, teilnehmende Regionen und Programmschulen bei der Verbesserung ihrer Schul- und Bildungsqualität zu unterstützen. Für den Aufbau regionaler Netzwerke werden dabei regionale Koordinatoren als Ansprechpartner vor Ort eingesetzt. Die Federführung liegt bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, für die erforderlichen Ressourcen auf Landes- und Bundesebene sorgen viele Kooperationspartner.

### Bewegung im Unterricht

Im Rahmen der Teilnahme an dem Programm „Gute gesunde Schule“ wurden im Schulprogramm der „Schule am Breiten Luch“ 2008-2012 die Themenfelder „Umwelt“, „Ernährung“ und „Bewegung“ als besondere Schwerpunkte ausgewählt. Für diese Schwerpunkte liegen jeweils einzelne Handlungskonzepte für die Gestaltung des Unterrichts in den verschiedenen Klassenstufen vor, um den Unterricht gesundheitsförderlich zu gestalten. Teil dieser Konzepte ist auch eine altersspezifische Handreichung für die Umsetzung von bewegtem Unterricht in den Jahrgangsstufen



3-10, in der verschiedene Einsatzmöglichkeiten von Bewegung in unterschiedlichen Fächern thematisiert werden. Für das Fach Deutsch werden beispielsweise u. a. Wortartenübungen mit dem Ball, ein Laufdiktat, oder Silben klatschen/ablaufen als Bewegungselemente genannt. Das komplette Curriculum kann hier eingesehen werden:

[http://gutegesundeschule-berlin.de/pdf/schule\\_am\\_breiten\\_luch.pdf](http://gutegesundeschule-berlin.de/pdf/schule_am_breiten_luch.pdf)

Nach Erfahrung der Akteure der Schule beginnen die Kinder nach einiger Zeit von selbst, Bewegungseinheiten im Schulunterricht einzufordern, nachdem sie die Möglichkeiten kennen und entwickeln ein Gefühl dafür, wann sie Bewegung brauchen. So kann der Unterricht auch verschiedenen Lerntypen gerecht werden, indem theoretisch besprochen und gleichzeitig praktisch und räumlich erfahren wird.

### Evaluation

In der „Schule am Breiten Luch“ findet die Teilnahme am Programm eine breite Zustimmung im Lehrerkollegium, was einen äußerst wichtigen Faktor für den Erfolg des Programmes darstellt. Durch regelmäßige Fortbildungen und partizipative

Entwicklung kann die Durchführung des Landesprogrammes an der Schule immer weiter verbessert werden. Bei einer intern durchgeführten Evaluation konnten sowohl positive Effekte auf Konzentrationsfähigkeit als auch auf die Kognition der Schülerinnen und Schüler festgestellt werden. Die Eltern der am Programm teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sehen ebenfalls positive Effekte, beispielsweise seien die Kinder ausgeglichener, seit sie auch am Wochenende den Snoezelen-Raum ihrer Schule gemeinsam mit ihren Müttern oder Vätern besuchen können, in dem Einrichtung und Licht für Ruhe und Entspannung sorgen. Der Wechsel von Ruhe und Bewegung kann so sinnvoll gestaltet werden.

Die IKK Brandenburg und Berlin unterstützt die Schule innerhalb des Landesprogrammes mit den Bewegungsmodulen „NIKKY – Bewegungshits für KlasseKids“ (Grundschulbereich) und „Bewegung im Unterricht“ (ab Klasse 4 möglich). Schulen, die sich ohne Einbindung in das Landesprogramm engagieren, können ebenfalls diese Bausteine erhalten, wenn sie einen entsprechenden Schwerpunkt entwickeln bzw. besitzen.

**Mehr Informationen:**

<http://gutegesundeschule-berlin.de>

<http://sabl.torgau.org/nutzer/sp130606.htm>

## Themenblock III: Bildung und Gesundheit im Setting Kita – Wo stehen wir?

### World Café „Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Kita“

#### Handlungsfeld Bewegung

**Impuls:** Marina Karius, Kita „Hansa-Spatzen“

Die KINDER IN BEWEGUNG gGmbH (KiB) ist die gemeinnützige Kindergarten-Trägersgesellschaft des Berliner Sports. Alleiniger Gesellschafter ist der Landessportbund Berlin (LSB) mit seiner Jugendorganisation, der Sportjugend Berlin (SJB).

Die Kindertagesstätten-Trägersgesellschaft des Berliner Sports betreibt 21 Kindertagesstätten in Berlin und ist in sieben Berliner Bezirken vertreten. Das Engagement des Trägers gilt einer hochwertigen Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder in Partnerschaft mit den Müttern und Vätern. Grundlage der pädagogischen Arbeit ist das „Berliner Bildungsprogramm für die Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Tageseinrichtungen bis zu ihrem Schuleintritt“. KiB arbeitet mit der Zielsetzung:

- Bewegung als pädagogisches Prinzip umzusetzen und
- die Förderung der Sprachentwicklung als Querschnittsaufgabe im Alltag methodisch zu verankern.

In allen 21 KiB-Kindergärten gelten außerdem Standards für gesunde Ernährung.



Die Kita „Hansa-Spatzen“ ist eine der KiB-Kindertagesstätten in Berlin und liegt in Berlin-Mitte im Hansa Viertel. Hier werden bis zu 93 Kinder im Alter von 8 Wochen bis zum Einschulungsalter betreut. Im Haus treffen Kinder mit vielen verschiedenen Sprachen aufeinander, so dass viele Kulturen in den Tagesablauf mit einfließen. Die Schwerpunkte liegen in der Kita bei Bewegung, gesunder Ernährung und Sprachentwicklung.

#### Bewegung als pädagogisches Prinzip nutzen

Bewegung wird als pädagogisches Prinzip begriffen: Kindern wird die Möglichkeit gegeben, umfassende Erfahrungen mit ihrem Körper und mit all ihren Sinnen zu machen. Bewegung ermöglicht die schrittweise Erweiterung kindlicher Handlungsfähigkeit. Kinder setzen die Bewegungsaktivität ein, um zu einem Wissen über die Beschaffenheit der Umwelt zu gelangen. Studien belegen, dass ein enger Zusammenhang zwischen der Bewegungsentwicklung von Kindern, ihrer Intelligenz und dem Grad ihrer Selbständigkeit existiert.

Um Bewegung als pädagogisches Prinzip umzusetzen, gibt es im Haus der Kita „Hansa-Spatzen“ Bewegungsbaustellen, wöchentliche Bewegungsangebote und einen Garten, in dem die Kinder viele Naturerfahrungen machen können.

Darüber hinaus nimmt die Kita „Hansa-Spatzen“ am Projekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ teil, das durch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft, das Bezirksamt Berlin-Mitte und die AOK Nordost geleitet wird.

Um die große Bedeutung einer bewegungsorientierten Entwicklungsbegleitung zu festigen („Bewegung als pädagogisches Prinzip“), ist die Idee zu einer Studie entstanden. Mit dieser Studie wurde die Wirksamkeit eines psychomotorischen Konzeptes in den „KiB-Kitas“ getestet. Die unter der Beteiligung der Uni Koblenz in den Kindergärten durchgeführte Studie betrachtete die motorische Entwicklung und die Konzentrationsfähigkeit von 4- bis 6-jährigen Kindern. Die Ergebnisse werden demnächst veröffentlicht, Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite von „KiB – Kinder in Bewegung“: <http://neu.kib-online.org>

## Handlungsfeld Ernährung

**Impuls:** Sandra Tobehn, Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Berlin



Immer mehr Kinder verbringen immer mehr Zeit in der Kita und essen und trinken hier – bis zu fünf Mahlzeiten am Tag. Damit tragen Kitas für das gesunde Aufwachsen der Kinder und für die Ausprägung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils, der das Ess-Verhalten einschließt, eine große Verantwortung.

Die Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung Berlin unterstützt, im Auftrag der Senatsverwaltung Bildung, Jugend und Wissenschaft, die Bekanntmachung und Umsetzung des Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) für die Verpflegung in Kitas und Schulen, gefördert vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, im Rahmen des Nationalen Aktionsplans IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung.

Mit den Qualitätsstandards liegen bundesweit einheitliche Empfehlungen für die Gestaltung einer ausgewogenen, vollwertigen Verpflegung in Kitas und Schulen vor, die über die ernährungsphysiologischen Kriterien hinaus auch klare Hinweise zu organisatorischen, rechtlichen und hygienischen Rahmenbedingungen geben; denn auch diese Faktoren beeinflussen maßgeblich die Qualität des Speisenangebots.

Die Vernetzungsstelle verfolgt dabei einen ganzheitlichen Ansatz. Nur über diesen Weg kann die erfolgreiche Umsetzung von Qualitätsstandards in Kitas gelingen.

Ganzheitlich bedeutet in diesem Zusammenhang die Zusammenführung des Bildungs- und Erziehungsauftrags von Kitas mit den Qualitätsstandards für die Verpflegung in einem Organisationsentwicklungsprozess. Mit dem Berliner Bildungsprogramm, der Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten (QVTAG) und den zugehörigen Materialien zur internen und externen Evaluation liegt in Berlin ein klarer Referenzrahmen vor, der Qualität und Qualitätsentwicklung in Kitas fordert und zudem zahlreiche Anknüpfungspunkte zur pädagogischen Einbindung der Kita-Mahlzeiten – von der Vorbereitung über die Gestaltung der Mahlzeiten – in das Gesamtkonzept von Kitas bietet. Über entdeckendes Lernen kann Ernährungsbildung zum Forschen anregen und den Kindern die Vielfalt von Lebensmitteln und Speisen näherbringen.

Voraussetzung für eine nachhaltig gute Qualität des Speisenangebots in der Kita, für Akzeptanz bei allen Beteiligten und für die Ausprägung eines gesundheitsförderlichen Ess-Verhaltens der betreuten Kinder sind gute Kommunikationsstrukturen, die alle Akteure einbinden – am besten am „Runden Tisch“ mit Vertretern des Kita-Trägers, der Kita-Leitung, der pädagogischen Fachkräfte, der Eltern und der Küchenfachkräfte bzw. des Caterers. Auch sollten Kommunikationswege für die Information und Beteiligung über den Runden Tisch hinaus gefunden werden. Ein Beispiel ist die Kommunikation zum Speisenplan, der mit Eltern gemeinsam erstellt werden kann oder zumindest Eltern rechtzeitig bekannt gemacht werden sollte und der, anschaulich visualisiert, auch schon Kinder im Vorschulalter täglich über das Mittagessen in der Kita informieren kann.

Wichtige Grundlage für die Qualitätsentwicklung im Bereich „Verpflegung und Ernährungsbildung in der Kita“ ist die Verständigung auf ein gemeinsames Verständnis von einem qualitativ hochwertigen Verpflegungsangebot. Denn darüber, welche Lebensmittel und Speisen „gesund“ sind, herrschen in einer Kita meist sehr konträre Ansichten. Der DGE-Qualitätsstandard für die Kita-Verpflegung kann hierbei als guter Orientierungsrahmen dienen.

Im Zuge des Projekts „Essen und Trinken in der guten gesunden Kita“ der AOK Nordost, der Bertelsmann Stiftung und der Vernetzungsstelle Schulverpflegung Berlin e. V. im Rahmen von „Kitas bewegen“ – einem Modellprojekt in Berlin-Mitte, das in das Landesprogramm für die gute gesunde Kita überführt werden konnte – konnte in einem ganzheitlichen Ansatz mit den Projekt-Kitas die Umsetzung des DGE-Qualitätsstandards partizipativ erprobt werden. Methodisch orientierten sich die Kitas am Organisationsentwicklungskreislauf von „Kitas bewegen“. Ein Ergebnis des Projekts ist die Broschüre „Essen und Trinken in der guten gesunden Kita – Ein Leitfaden zur Qualitätsentwicklung“, die in Kürze veröffentlicht wird.

## Handlungsfeld Mundgesundheit

**Impuls:** Rainer Grahlen, Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen und Inis Adloff, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin



Rainer Grahlen, Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen

Die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen erfüllt in Berlin den gesetzlichen Auftrag des § 21 SGB 5, der den Krankenkassen, den Zahnärzten und dem Land Berlin die Verpflichtung auferlegt hat, zahnmedizinische Gruppenprophylaxe durchzuführen.

Für die LAG Berlin ist seit längerer Zeit die Schaffung von Chancengleichheit ein besonderes Anliegen. Aus diesem Grunde hat sie bereits im Jahre 2005 ihr Konzept, in welchem sie ihre personellen und sächlichen Ressourcen in Berlin einsetzt, bedarfsorientiert konzipiert. Kurz gesagt: Dort, wo viel Karies anzutreffen ist, wird mehr und intensiver an gruppenprophylaktischen Maßnahmen erbracht als dort, wo der Kariesbefall nicht so hoch ist.

Realisiert wird dieses Programm auf der Basis von Untersuchungsdaten der bezirklichen zahnärztlichen Dienste, die mit den Daten des Sozialstrukturatlas in Einklang gebracht werden. Auf diese Weise entsteht eine „Rankingliste“.

Das Grundprinzip der Arbeit der LAG ist die Salutogenese: die Fragestellung nämlich, wie Gesundheit bewahrt bzw. erhalten werden kann.

Im Rahmen des emotionalen Lernens – das weniger auf kognitive Fähigkeiten als auf emotionale Ansprache ausgelegt ist – werden die Kinder und Jugendlichen gestärkt und „bevollmächtigt“, für ihre eigene Mundgesundheit soweit als möglich selbst zu sorgen („Empowerment“).

Bei Kindern unter drei Jahren ist es besonders wichtig, die Eltern in das Prophylaxekonzept einzubinden. Besonders bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischem Status bzw. aus Problemfamilien, ist eine vermehrte Kariesaktivität festzustellen (frühkindliche Karies oder Nuckelflaschenkaries).

Es gilt daher, speziell diese Eltern für den Gedanken der Prophylaxe zu gewinnen. Dieser Personenkreis ist auf „normalen“ Elternabenden nicht anzutreffen.

Im Rahmen eines Pilotprojektes („Abholsituation“) besuchen wir in der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe Kindertagesstätten in den Nachmittagsstunden, in denen die Kinder von ihren Eltern abgeholt werden. Zusammen mit der Krokodilhandpuppe sind Teams der zahnärztlichen Dienste bzw. Prophylaxemitarbeiterinnen der LAG Berlin vor Ort im Einsatz und können die Eltern gemeinsam mit ihren Kindern zu Mundgesundheitsthemen ansprechen. Dies ist umso leichter, als jedes Kind „Kroko“ kennt und liebt, sodass es seine Eltern dazu motiviert, mit ihm zu Kroko und der dazugehörigen Prophylaxefachkraft hinzugehen.

Die Arbeitsgruppe im World Café diskutierte dazu auch den von einer ZuhörerIn eingebrachten Schwerpunkt der ErzieherInnschulung zu der Thematik Mundgesundheit und Gruppenprophylaxe. In der lebhaften Diskussion wurde Einigkeit erzielt, dass die diesbezügliche Schulung von Erzieherinnen und Erziehern von großer Wichtigkeit ist.

## Handlungsfeld Gender und Diversity

**Impuls:** Christiane Droste, gender+



Christiane Droste, gender+

Die Grundlagen für gesundheitliche Entwicklung und Gesundheitsverhalten werden, strukturiert durch Gender Diversity (d. h. hier vor allem das Geschlecht, die soziale Lage, den Bildungsstatus und die Herkunftskultur), bereits im Kindesalter und damit auch im Kita-Alltag gelegt. Die entsprechenden Lernprozesse gehen dort wie in den Familien häufig noch mit dem Erlernen geschlechterstereotyper Verhaltensweisen einher. Die Entwicklung der Geschlechtsidentität und der Umgang mit dem eigenen Körper orientieren sich an traditionellen Rollenbildern für ‚zarte Mädchen‘ und ‚starke Jungs‘. Dies prägt den Umgang mit Gefühlen, Konflikten, Bewegung und Ernährung, zeigt Wirkung vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter. Geschlechterbewusste und kultursensible pädagogische Ansätze gewinnen vor diesem Hintergrund nicht nur im Bildungsauftrag von Kitas an Bedeutung, sondern auch als Schlüsselement der Gesundheitsförderung und von Erziehungspartnerschaften. Die pädagogische Forschung vermittelt Wissen zur Persistenz und Vermeidung von Ge-

schlechterstereotypen im Setting Kita: zur formalen Organisationsstruktur und informellen Organisationskultur der Einrichtungen und ihres Personals, zu den Familien in der Vielfalt ihrer Erscheinungsformen und der Zielgruppe, den Mädchen und Jungen unterschiedlicher Herkunft. Im pädagogischen Alltag werden dabei der Grad der Beteiligung von Kindern an der Entwicklung von Konzepten und Angeboten, der Sprachgebrauch, Arbeitsmaterialien, die Gestaltung von Raumstrukturen sowie die Dialogkulturen betrachtet. Die Praxis-Relevanz dieser Perspektive auf Bildungs- und damit auch gesundheitsfördernde Prozesse wird nicht zuletzt nachvollziehbar in gesetzlichen Rahmenbedingungen, Aspekten des Berliner Bildungsprogramms und durch die wachsende Nachfrage nach entsprechenden Weiterbildungsangeboten.



Im World Café brachten zahlreiche Expertinnen und ein Experte ihre Erfahrungen aus der Kita-Praxis, der medizinischen Versorgung, Verbänden und der Verwaltung in einen fruchtbaren Dialog zu Gender Diversity-orientierter gesundheitsfördernder Kitaarbeit ein. Als Erfolgsfaktoren wurden dabei der aktive Beitrag von Männern im Kitaalltag und die Zusammenarbeit von Frauen und Männern bei der Entwicklung und Durchführung geschlechtersensibler Angebote bewertet sowie beim Thema Ernährung die Auseinandersetzung mit für Kinder und ihre Familien notwendigen Gewöhnungsprozessen an neue Ernährungskulturen. Die Rolle von Männern in der Kita wurde kontrovers diskutiert: Blieb die Notwendigkeit, Männer für den Erzieherberuf zu gewinnen, unbestritten, wurde doch kritisch hinterfragt, ob mit dem massiven Werben um männliche Bewerber nicht die Haltung gestützt werde, dass geschlechtersensibles Arbeiten bereits durch das

Geschlecht der Betreuenden gesichert sei. Nicht zuletzt deswegen bedarf es fachlicher Dialoge im Team und offener Gespräche mit den Eltern zu den Rollen von (und möglichen Vorbehalten gegenüber) Erziehern im Kita-Alltag. Offen blieb, mit welchen Themen Väter für Erziehungspartnerschaften motiviert und dafür gewonnen werden können, aktiv zum Gesundheitsbewusstsein von Jungen beizutragen. Auf dem Weg, mit diesen Ansätzen Benachteiligungen abzubauen, begegnen den Teilnehmenden im Alltag folgende Barrieren: die geringe Bezahlung im Kitabereich, die das Berufsfeld insbesondere für Männer unattraktiv macht, die Tatsache, dass Männer kaum im Elementarbereich eingesetzt werden, die Notwendigkeit und Schwierigkeiten dabei, bei den Eltern Sensibilisierungs- und Überzeugungsarbeit zu leisten, sowie mangelnde Strukturen, besonders Jungen auf ihrem Bildungsweg im Übergang von der Kita in die Schule zu begleiten.

Als notwendige Ziele wurden insofern ein konsequentes Bekenntnis der Träger und Vorstände zu Gender Diversity-orientierter Arbeit sowie der systematische Einbezug von Gender Diversity in die Organisationsentwicklung von Kitas, ein pädagogischer Fokus auf die Gesundheitserziehung von Jungen und das Gesundheitsverhalten von Eltern/Vätern sowie eine stärkere Auseinandersetzung mit Erziehungskontexten in der Migration benannt. Eine handlungsleitende Frage in diesem Prozess könnte sein, welche pädagogischen Angebote Jungen und Mädchen unterschiedlicher Herkunft befähigen können, ihre eigene persönliche Geschlechtsidentität zu finden und sie flexibel zu handhaben. Für die Reflexion dieser Themen sind, so das Fazit der Diskussion, für das Kita-Personal eigene Reflexionsräume und fachliche Unterstützung sowie ein lebendiger interkultureller Dialog mit den Eltern zum eigenen Gesundheitsverhalten und kulturell differierten Erziehungszielen, zwischen Autonomie und Verbundenheit notwendig.

#### Lektüreempfehlungen für die Praxis:

Claudia Lutze/Tim Rohrmann (2010): ‚Starke Mädchen – starke Jungen! Geschlechterbewusste Pädagogik als Schlüssel für Bildungsprozesse in der Kita‘. Hrsg.: Sozialpädagogisches Institut Berlin-Brandenburg, Berlin.

Claudia Schneider/Magistrat der Stadt Wien (o.J.): Qualitätsstandards für geschlechtssensible Pädagogik. Wien.

Christiane Droste  
gender+  
Geusenstraße 2  
10317 Berlin  
Tel.: 030 – 80 92 47 59  
Email: [droste@genderplus.de](mailto:droste@genderplus.de)

## Fachvortrag

### „Bildung und Gesundheit im Setting Kita: Wo stehen wir?“

Henriette Heimgaertner; Milena Hiller, Berliner Kita Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi)



Henriette Heimgaertner, Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi)

„Bildung und Gesundheit im Setting Kita: Wo stehen wir?“ – zu diesem Thema hat das Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung (BeKi) eine Studie im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durchgeführt. Die Studie wurde von Dr. Christa Preissing und Milena Hiller erarbeitet. Im Folgenden werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Auf Basis welcher inhaltlichen Grundlagen wurde diese Untersuchung durchgeführt? Einerseits wurde Bezug genommen auf das Berliner Bildungsprogramm. Das Berliner Bildungsprogramm gibt es seit 2004, seit 2006 ist es die verbindliche Grundlage der Arbeit in allen 2000 Berliner Kitas. Die Qualitätsvereinbarung auf der Grundlage des Berliner Bildungsprogramms sieht vor, dass jede Kita eine hauseigene pädagogische Konzeption hat, dass Kitas regelmäßig Selbstevaluationsprozesse durchführen und auch extern evaluiert werden.

Die zweite inhaltliche Grundlage ist ein Referenzrahmen, den die Internationale Akademie für innovative Pädagogik, Psychologie

und Ökonomie gGmbH (INA) der Freien Universität Berlin, beauftragt von der Bertelsmann-Stiftung, als inhaltliche und konzeptionelle Grundlage für das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ geschaffen hat. Dieser ist im Moment im Abstimmungsprozess und wird im Mai 2012 in gedruckter Fassung erscheinen. In diesem Referenzrahmen werden die beiden Bereiche – Bildung und Gesundheit – auch inhaltlich und konzeptionell zusammengeführt.

#### Ganzheitlichkeit

Bildung und Gesundheit stehen in einer mehrfach dialektischen Beziehung zueinander. Gesundheit ist gleichzeitig Voraussetzung und Resultat gelingender Bildungsprozesse und auf der anderen Seite ist Bildung die Voraussetzung und das Resultat einer gesunden Lebens-, Lern- und Arbeitswelt. Diese beiden Bereiche sind also eng miteinander verschränkt. Bildung wird im Berliner Bildungsprogramm beschrieben als Bildung von Persönlichkeit, als Entwicklung von sozialen und kulturellen Gemeinschaften und als Erkundung und Gestaltung von Lebenswelten. Gesundheit – hier wird der Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation in der Ottawa-Erklärung zugrunde gelegt – wird verstanden als sozial-kulturelle Ressource und als Ressource für Gestaltungswillen und Veränderungsbereitschaft.

Bildung ist ein sozial-emotionaler, ein physio- und psychomotorischer und ein kognitiver Prozess. Als Gesundheit gilt sozial-emotionales, körperliches und seelisches sowie mentales Wohlbefinden. Bildung lässt sich als Einheit von Betreuung, Erziehung und Bildung beschreiben, während Gesundheit als eine Einheit von Alltagsgestaltung, Vorbildfunktion und Kompetenzerwerb in Bezug auf die Arbeit mit Kindern als auch in Bezug auf Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnengesundheit bezeichnet werden kann. Das BeKi legt bei seiner Arbeit also ein ganzheitliches und salutogenetisches Verständnis von Bildung und Gesundheit zugrunde.

#### Gemeinsame Orientierungsziele

Die gemeinsamen Orientierungsziele, die sowohl dem Berliner Bildungsprogramm als auch dem Referenzrahmen zugrunde liegen, sind die Stärkung von Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und Selbstachtung in einem Klima wechselseitiger Anerkennung und besonders wichtig, die Förderung und Unterstützung von Resilienz

bei Kindern und bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Zwei weitere gemeinsame Orientierungsziele beziehen sich auf die Ebene der Organisation. Dies ist zum einen die aktive Beteiligung aller Akteure im System Kita, zum anderen eine kontinuierliche und systematische Qualitäts- und Organisationsentwicklung. Hier sind die Träger, die Kommunalpolitik und das Jugendamt gefragt und natürlich auch die Verwaltung auf der Landesebene. Es geht darum, die Einrichtungen zu unterstützen, damit sie ihre Aufgaben auch gut wahrnehmen können.

**Gemeinsame Orientierungsziele**

- Kinder, Eltern, Pädagog(inn)en, Köche und Köchinnen, Träger und Kommunal-politiker (innen) an der Organisations- und Qualitätsentwicklung aktiv beteiligen
- Kontinuierliche und systematische Qualitäts- und Organisationsentwicklung verbindlich steuern und Anreize geben

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung www.beki-qualitaet.de

### Berichtsgrundlagen

Die Aufgabe des BeKi ist es, den gesamten Qualitätsprozess der Berliner Kindertagesstätten zu unterstützen und vor allen Dingen wissenschaftlich zu begleiten. Berichtsgrundlage der Untersuchung waren Sekundäranalysen. Folgende zwei Untersuchungen dienten dabei als Datenquelle:

Im Jahr 2008 wurde eine Zufallsstichprobe von 100 Konzeptionen aus Berliner Kitas gezogen, der Rücklauf lag bei 80 Prozent.

Im Jahr 2010 wurde eine flächendeckende Befragung in allen Berliner Kitas durchgeführt. Anhand eines Fragebogens wurde die Praxiserfahrung mit der internen Evaluation innerhalb der Kitas untersucht. Der Rücklauf betrug ca. 75 Prozent, das heißt also, mehr als 1.400 Fragebögen wurden ausgewertet.

Zu berücksichtigen ist, dass die Daten dieser beiden Datenerhebungen sehr unterschiedlich sind. Auf der einen Seite die Konzeptionen als qualitatives Ergebnis, die teilweise sehr ausführliche Beschreibungen enthalten, auf der anderen Seite ein achtseitiger Fragebogen. Besonders untersucht wurden die Fragebögen daher auf die Frage: Was sind die Zielvereinbarungen, wo sehen die pädagogischen Fachkräfte Veränderungs- oder Entwicklungsbedarf?

### Analysebereiche

Der Analysebereich umfasst einzelne Bereiche und Indikatoren des Referenzrahmens, die näher ausgearbeitet wurden. Dabei gibt es Daten zu zwei generellen Ebenen, zur Prozessqualität und zur Strukturqualität. In der Prozessqualität wurde die Arbeit mit den

Kindern in den Bereichen Alltagsgestaltung, Partizipation, selbsttätiges entdeckendes Lernen, Eingewöhnung, Übergang Kita – Schule und Sozialraumorientierung untersucht. Der Referenzrahmen zeigt mehr Bereiche auf, die aber in diesem Rahmen nicht alle dargestellt werden können. Bei der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitergesundheit wurden drei Bereiche angesehen: die Leitungskultur, die Teamkultur und die Fort- und Weiterbildung.

Bei der Strukturqualität wurden in der Arbeit mit Kindern zwei Dinge betrachtet: gesunde Ernährung, Bewegungs- und Erfahrungsräume und bei der Strukturqualität der Institution die Arbeitsorganisation im Allgemeinen und die Kooperation mit den Grundschulen.

### Prozessqualität

Die Daten der beiden Erhebungen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Bezugsgrößen. In der Konzeptionsanalyse wurden 80 Kita Konzeptionen untersucht, die Daten beziehen sich dabei immer auf diese feste Größe. Die interne Evaluation analysierte die Zielvereinbarungen und dabei jeweils die Zielvereinbarung, die alle Kitas, die sich mit der Alltagsgestaltung beispielsweise beschäftigt haben, getroffen haben. Mit verschiedenen Bereichen haben sich also unterschiedlich viele der 1.400 Kitas beschäftigt, das bedeutet die Bezugsgröße ist eine variable Größe.

Der erste Bereich in dem die Prozessqualität in der Arbeit mit Kindern untersucht wurde ist die Alltagsgestaltung. Die roten Zahlen zeigen beispielsweise, dass die flexible Beachtung der kindlichen Bedürfnisse in den Konzeptionen nur gering berücksichtigt wurde. Um hier an genauere Informationen zu gelangen, ist es notwendig die einzelnen Institutionen zu analysieren, denn eine Nichterwähnung in der Konzeption bedeutet nicht unbedingt, dass die Erzieherinnen und Erzieher die kindlichen Bedürfnisse nicht flexibel beachten. Dies gibt einen Hinweis darauf, wie wichtig es ist, Informationen wie diese schriftlich zu fixieren, um deutlich zu machen, was in der Institution getan wird.

<b>Prozessqualität in der Arbeit mit Kindern</b>		
<b>Alltagsgestaltung</b>	<b>Konzept</b>	<b>IE</b>
<b>a. Transparenter Tagesablauf</b>	45,2%	30,0%
<b>b. Ausreichend lange Spielphasen</b>	45,2%	37,5%
<b>c. Flexible Beachtung der kindlichen Bedürfnisse</b>	6,5%	15,0%
<b>d. Orientierung am Entwicklungsstand</b>	38,7%	7,5%
<b>e. Rhythmisierung: Aktivität und Entspannung</b>	22,6%	7,5%

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung www.beki-qualitaet.de

Der zweite Bereich ist die Partizipation von Kindern. Die Erfahrung von Selbstwirksamkeit ist ein relevanter Faktor für die Bildung von Bewältigungsressourcen. An den Daten ist erkennbar, dass die Partizipation von Kindern insgesamt eher weniger im Fokus ist.

Ähnlich gestaltet es sich auch beim selbsttätigen und entdecken Lernen, welches ebenfalls die Möglichkeit bietet Selbstwirksamkeit zu erfahren. Das Konzept der kollegialen Beobachtung und Beratung ist in der Konzeption nicht erwähnt, hingegen in der internen Evaluation sehr häufig. Eine Deutungsmöglichkeit wäre, dass sich Konzeptionen stärker auf die Arbeit mit den Kindern beziehen, weniger auf die Teamarbeit, während die Teamarbeit dann wieder in der internen Evaluation stärker in den Fokus rückt. Ein Fazit ist, dass es in diesen Bereichen einen relativ großen Entwicklungsbedarf gibt und hier dann Projekte auch sehr gut ansetzen könnten.

Väter beteiligt werden, aber es wird nicht noch einmal ausformuliert.

Im Übergang von der Kita in die Schule zeigt sich ein Bruch. Zwar scheint die Vorbereitung der Kinder auf die Schule sehr stark im Bewusstsein der Erzieherinnen und Erzieher zu sein. Allerdings ist die institutionelle Zusammenarbeit, also die Kooperation zwischen Erzieherinnen und Erziehern mit Lehrerinnen und Lehrern und auch die individuelle Beratung von Eltern ein Entwicklungsfeld.

Auch der Sozialraum ist ein Gesundheitsfaktor, bei dem, wie bei dem Übergang Kita – Schule – wieder eine Zweiteilung deutlich wird. Die Kitas nutzen den Sozialraum sehr stark für eigene Aktivitäten. Sie bringen sich dort ein, allerdings ist die Einbeziehung von Dritten in das Kita-Leben nicht ausgeprägt oder völlig ausgeblendet.

Prozessqualität in der Arbeit mit Kindern			
Partizipation der Kinder		Konzept	IE
	a. Fragen nach Wünschen und Ideen der Kinder	a.	25,8%
b. Anregung, Meinungen und Positionen zu äußern	b.	19,4%	1,4%
c. Mitsprache- und Entscheidungsrechte	c.	29,0%	16,7%
d. Beteiligung an Planung	d.	19,4%	27,8%
e. Strukturierte Beteiligungsformen	e.	12,9%	33,3%

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung [www.beki-qualitaet.de](http://www.beki-qualitaet.de)

Prozessqualität in der Arbeit mit Kindern			
Sozialraumorientierung		Konzept	IE
	a. Lernorte im Sozialraum mit Kinder erschließen	a.	79,1%
b. Eigene Aktivitäten für Vernetzung im Sozialraum	b.	88,4%	81,2%
c. Einbeziehung von Expert (inn)en aus dem Sozialraum	c.	0,0 %	0,0%
d. Kontakt zu Unternehmen	d.	0,0%	0,0%

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung [www.beki-qualitaet.de](http://www.beki-qualitaet.de)

Die Eingewöhnung stellt einen Übergang dar: den Übergang von der Familie in die Kita. Insgesamt ist die Eingewöhnung in den Konzeptionen stark verankert. Die erste Zeile zeigt, dass sich dennoch sehr viele Teams mit dem Eingewöhnungsmodell auch in der internen Evaluation beschäftigen. Obwohl sie es schon stark in der Konzeption verankert haben, sehen sie trotzdem noch einen weiteren Entwicklungsbedarf. Auffällig ist eventuell, dass die Prozentzahl der aktiven Beteiligung von Müttern und Vätern in der internen Evaluation viel geringer sind. Eine Interpretation dazu wäre, dass die Ursache vielleicht in der Formulierung zu suchen ist. Die Konzeptionen sind sehr ausführlich und die Zielvereinbarungen teilweise eher stichpunktartig verfasst. Das Eingewöhnungsmodell wird beschrieben, in dem implizit enthalten ist, dass Mütter und

Zur Untersuchung der Mitarbeitergesundheit gab es drei Untersuchungsbereiche: die Leitungskultur, die Teamkultur und die Fort- und Weiterbildung. Die Leitungskultur scheint wenig im Blick zu sein. Ohne Input wird wahrscheinlich keine Entwicklung zu erwarten sein, denn ein Bereich der ausgeblendet ist entwickelt sich auch nicht weiter. Das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ setzt beispielsweise hier an, indem es die Leitungskultur explizit zum Gegenstand der Entwicklung macht.

Prozessqualität in der Arbeit mit Kindern			
Eingewöhnung		Konzept	IE
	a. (Fachlich begründetes) Eingewöhnungsmodell ist im Team vereinbart	a.	67,7%
b. Mütter und Väter sind aktiv beteiligt	b.		11,9%
c. Dies wird als Chance für langfristige Zusammenarbeit gesehen	c.	61,3%	
d. Orientierung an Bedürfnissen von Kindern und Eltern	d.	19,4%	2,1%
		25,8%	1,7%

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung [www.beki-qualitaet.de](http://www.beki-qualitaet.de)

Prozessqualität Mitarbeitergesundheit			
Leitungskultur		Konzept	IE
	a. Führungsstil ist expliziert	a.	25,8%
b. Wertschätzende Kommunikation und MA-Gespräche	b.	32,2%	7,8%
c. Vermeidung von Überlastung	c.	0,0%	0,0%
d. Explizite „gesunde Führung“	d.	0,0%	0,0%

BeKi Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung [www.beki-qualitaet.de](http://www.beki-qualitaet.de)

Die Teamkultur wurde in der überwiegenden Menge der Kita-Konzeptionen berücksichtigt. Die erste Zeile der Tabelle zeigt, dass obwohl ein verbindlicher Rahmen für den Austausch im Team schon sehr stark in den Konzeptionen verankert ist, viele Teams darin dennoch einen Weiterentwicklungsbedarf zu haben scheinen. Denn auch in der internen Evaluation ist der verbindliche Austausch im Team oft genannt worden.

Prozessqualität Mitarbeitergesundheit			
Teamkultur			
	Konzept	IE	
a. Verbindlicher Rahmen für Austausch im Team			
a.	61,3%	60,7%	
b. Leitung übernimmt Verantwortung für Umsetzung von Absprachen			
b.		5,1%	
c. Leitung sorgt für konstruktive Konfliktbearbeitung	16,1%		
c.	32,3%	7,3%	
d. gemeinsame Gestaltung von Entwicklungsprozessen im Team	38,7%	12,9%	
		www.beki-qualitaet.de	

Die Fort- und Weiterbildung wird nach den Ergebnissen der Untersuchung nicht vernachlässigt, jedoch gibt es auch hier noch Entwicklungspotenzial.

### Strukturqualität

Die Untersuchung der Strukturqualität beginnt wieder bei der Arbeit mit den Kindern. Der erste Aspekt ist die gesunde Ernährung. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Kitas in diesem Bereich engagieren und dass das gesunde Ernährungsangebot in vielen Kitas grundsätzlich vorhanden zu sein scheint. Dass in der internen Evaluation sehr wenig zum Ernährungsangebot gearbeitet wurde könnte daran liegen, dass die Erzieherinnen und Erzieher darauf wenig Einfluss haben. Oft entscheidet der Träger, wie die Verpflegung in der Kita aussieht. Wenn Kitas keine eigene Küche haben, können sie auch wenig Einfluss auf die Ernährung der Kinder nehmen.

Insgesamt ist hier die Ausprägung des Bewusstseins darüber hoch, dass Kinder Bewegungs- und Erfahrungsräume für ihre Gesundheit brauchen. Die Raumgestaltung ist zudem einer der am häufigsten gewählten Aufgabenbereiche in der internen Evaluation.

Auf Ebene der Strukturqualität der Organisation zeigt sich eine sehr große Differenz zwischen dem Inhalt in den Konzeptionen und dem Inhalt in den Zielvereinbarungen der internen Evaluation. Die

Teams achten inzwischen vermehrt darauf, besser für sich selbst zu sorgen. Das hat möglicherweise auch dadurch zugenommen, dass in der Diskussion um den Personalschlüssel in den Jahren 2009 und 2010 die Zeiten für mittelbare pädagogische Arbeiten, d.h. Vorbereitung, Planungszeiten, Zeiten für Dokumentationen und die Zusammenarbeit mit Eltern und im Team, stark in den Fokus gerückt sind.

Strukturqualität der Organisation			
Arbeitsorganisation			
	Konzept	IE	
a. Zeitmanagement berücksichtigt Zeiten für mittelbare Arbeit und Leitungstätigkeit			
a.	16,1%	61,0%	
b. Dienstplan berücksichtigt ind. Bedürfnisse des Personals	19,4%	29,2%	
c. Leitung achtet auf Pausen	0,0%	12,5%	
d. Gesundheitsmanagementkonzept ist vorhanden	3,2%	0,0%	
e. Personal- und Besprechungsräume sind angemessen	6,5%	45,8%	
f. erwachsenengerechte Möbel	0,0%	8,3%	
		www.beki-qualitaet.de	

Die Kooperation mit Grundschulen ist sehr wichtig für die Anschlussfähigkeit der Erfahrungen, die Kinder in Bezug auf Bildung und Gesundheit in der Kita machen. Damit diese Erfahrungen in der Grundschule weiterentwickelt werden und der Übergang positiv erlebt wird. Auch hier besteht ein großer Entwicklungsbedarf, es wäre ein Input von außen notwendig. Dies wäre ein Ansatzpunkt für Projekte.

Die Gesamtergebnisse der Untersuchung zeigen, dass es mehrere Bereiche gibt, in denen hohe Entwicklungspotenziale oder Veränderungsbedarf vorhanden sind. Dazu gehören die Bereiche „Partizipation“, „Leiten und Leitungskultur“, „Übergänge gestalten“ und „Institutionelle Zusammenarbeit“. In manchen Fällen wird dies von den pädagogischen Fachkräften und Einrichtungen wahrgenommen, in anderen nicht.

Zu den beiden Bereichen Kita-Konzeption und Interne Evaluation wurden Berichte veröffentlicht. Es gibt ein kleines Heft mit Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Kita-Konzeption, das allen Kitas kostenfrei zur Verfügung steht und seit Anfang 2010 in allen Kitas vorhanden ist. Auf der Internetseite [www.beki-qualitaet.de](http://www.beki-qualitaet.de) finden Sie auch die Ergebnisse der Befragung zu den Praxiserfahrungen der internen Evaluation. Seit Anfang 2012 gibt es auch eine kurz gefasste Druckversion, die an alle Kitas und Träger versandt wurde.

Vielen Dank.

## Gesprächsrunde

### „Die gesundheitsförderliche Kita“

Die folgende Diskussion basiert auf den Transkriptionen der 8. Landesgesundheitskonferenz, welche durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung überarbeitet wurden.

#### Diskutantinnen:

Karin Hautmann,  
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft

Henriette Heimgaertner, Milena Hiller,  
BeKi – Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung

Barbara Henkys,  
FIPP e. V. – Fortbildungsinstitut für die pädagogische Praxis

Andrea Schadow, Boot e. V.,  
Kita „Haus Lach und Krach“

Claudia Sommerschuh,  
DAK – Deutsche Angestellten Krankenversicherung

#### Moderation:

Andrea Möllmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg

#### Andrea Möllmann:

Frau Hautmann, Sie haben das Berliner Bildungsprogramm und auch das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ mit auf den Weg gebracht. Was sagen Sie zu den Ergebnissen der Untersuchung des Berliner Kita-Instituts für Qualitätsentwicklung? Wo gibt es noch Entwicklungsbedarf?



Andrea Schadow, Boot e.V. (links) und Andrea Möllmann, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

#### Karin Hautmann:

Im Vortrag hat es Frau Hiller erwähnt: Wir dürfen nicht davon ausgehen, dass etwas, was nicht schriftlich festgehalten ist, nicht vielleicht doch gemacht wird. Berlin hat als einziges Bundesland in der Vereinbarung über die Qualitätsentwicklung in Berliner Kindertagesstätten (QVTAG) des Berliner Bildungsprogramms eine interne und externe Evaluation verbindlich für alle Einrichtungen geregelt. Was in der Alltagsarbeit oft zu kurz kommt, ist die Verschriftlichung der Prozesse und das Festhalten der Ergebnisse, so dass die Kita-Konzeptionen, die in 2008 erhoben worden sind, nicht unbedingt den aktuellen Ist-Stand wiedergeben und eine nächste Erhebung dort noch einmal deutlich andere Ergebnisse erreichen wird.

#### Andrea Möllmann:

Frau Sommerschuh, auch als Krankenkasse sind Sie stark involviert in das Setting Kita. Wo sehen Sie noch Entwicklungspotenzial?

#### Claudia Sommerschuh:

Die DAK ist seit vielen Jahren im Präventionsbereich tätig, besonders auch im Bereich Setting. Es fing an im Setting Schule, wir sind im Setting Kommune aktiv und engagieren uns nun auch im Setting Kita. Dies nicht zuletzt im Rahmen unseres Engagements in der Landesgesundheitskonferenz. Wir erleben in Kitas eine enorme Arbeitsverdichtung, ähnlich wie in vielen anderen Bereichen auch. Zusätzlich ist die Arbeit geprägt durch die sozialen Bedingungen, die in vielen Fällen schwierig sind. Die Auswirkungen der sozialen Veränderungen haben Einfluss auf die Arbeit und erschweren diese häufig. Wenn wir Projekte mit Kitas machen, liegt unser Schwerpunkt darauf, die Organisationsentwicklung in der Kita zu unterstützen. Jede Kita hat Ressourcen, die aber oftmals nicht bewusst wahrgenommen werden. Im ersten Schritt wird der Bedarf untersucht: Welchen Bedarf hat die Kita? Welche Ziele haben sie, wo wollen sie hin? Und dann arbeiten wir gemeinsam daran und schauen, wie wir Hilfestellung geben können, diese Ziele umzusetzen. Eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit den Kitas von unserer Seite ist, dass die Projekte in eine nachhaltige Struktur überführt werden.

Wenn in Deutschland die Rede von Prävention ist, heißt es oft: Es ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese Aufgabe muss aber auch gesamtgesellschaftlich wahrgenommen werden, sie kann nicht reduziert werden auf die einzelnen Akteure, wie Kitas, Kitaträger und Krankenkassen. Das ist einer der Beweggründe gewesen, warum wir nach dem erfolgreichen Verlauf des Landesschulprogramms Schule in das Landesprogramm Kita eingestiegen sind: weil wir hier mit konzentrierter Kraft – mit sehr vielen Krankenkassen und verschiedenen anderen Kooperationspartnern und -partnerinnen – die Möglichkeit haben, als Schwerpunkt Verhältnisprävention zu betreiben.

#### Andrea Möllmann:

Vielen Dank, Frau Sommerschuh, genau dieser Ansatz der Organisationsentwicklung muss noch weiter verbreitet werden. Damit Kinder ihr Potenzial richtig entwickeln können, sind starke Erziehungspartnerschaften zwischen den in der Kita Erziehenden

und den Eltern wichtig. Frau Schadow, was können Sie von Ihrer Arbeit in der Kita „Haus Lach und Krach“ dazu berichten?

**Andrea Schadow:**

Kurz etwas zu meiner Person: Ich bin seit 19 Jahren Kita-Leiterin der Kita „Haus Lach und Krach“, des Trägers „Boot e. V.“. Ich arbeite mit einem Team von 27 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und 155 Kindern in einem sogenannten „sozialen Brennpunkt“. Wir sprechen dabei aber nicht von Kindern aus sozial schwachen Familien, sondern eher von Kindern von Eltern in schwierigen Lebenssituationen.

Wie kann der Dialog zwischen Eltern und Kita im Sinne von dauerhaften Erziehungspartnerschaften gelingen? Und wie kann die Beteiligung der Mütter und Väter an der Gesundheitsförderung in der Kita gewährleistet werden? Da wir einen hohen Anteil an Eltern haben, die sich in schwierigen Situationen befinden, haben wir viel ausprobiert: Projekte angeboten, Beratungsstellen in die Kita geholt und dabei festgestellt, dass das so in der Praxis nicht immer funktioniert. Wir haben die Erkenntnis gewonnen, dass alle Eltern Ressourcen im Umgang mit ihren Kindern haben und wir ihnen dabei helfen können, diese herauszufinden. Wo stehen die Eltern, wo können wir sie abholen? Genauso wie bei den Kindern versuchen wir es auch bei den Eltern zu machen und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Die Bildung von Erziehungspartnerschaften, sie zu leben und zu erhalten, ist jeden Tag eine neue, wichtige Herausforderung. Das bedeutet, den Anderen wahrzunehmen, ihn in seiner Andersartigkeit zu schätzen und zu akzeptieren. Das hört sich wie eine Phrase an, ist aber jeden Tag eine große Herausforderung für meine Erzieherinnen. Dazu haben wir in den letzten Jahren viele Weiterbildungen, Kommunikationstrainings und Supervisionen durchgeführt und versucht, auf gleicher Augenhöhe mit den Eltern zu stehen. Für mich ist auch die Vorbildrolle einer Leitung in so einem Team ganz wichtig. Wenn Eltern Probleme oder Sorgen haben, können sie jederzeit zu Gesprächen kommen. Es gibt keine starren Sprechzeiten, wie man sie aus vielen Kitas kennt. Auch die Begleitung von Amts- und Arztgängen wird bei Bedarf übernommen. Ängste vor dem Jugendamt, die in unserem Stadtbezirk weit verbreitet sind, sollen so abgebaut werden. Wir versuchen, zusammen Lösungswege zu finden und Vernetzungen für die Eltern aufzubauen, um ihnen dadurch Hilfe an die Seite zu stellen. Ein wichtiges Schlagwort dabei ist Vertrauen. Wenn wir es schaffen, vom ersten Tag an eine Vertrauensbasis aufzubauen, dann haben wir viel gewonnen und können auch viel mit allen Eltern aus unserem Wohnumfeld erreichen.

Wie gehen wir dabei konkret vor? Wir haben z. B. unseren Garten gemeinsam mit den Eltern und einem Landschaftsarchitekten umgestaltet, der ein Jahr lang regelmäßig in die Kita gekommen ist und unseren Eltern, Kindern und uns Mitarbeitenden erklärt hat: Was haben wir für einen Baumbestand? Was haben wir für Sträucher und Pflanzen? Neben einer Menge Wissen ist dabei ein Amphitheater entstanden. Dort können Eltern kleine Geburtstagsfeiern mit ihren Kindern machen und vieles andere mehr.

Ein weiteres Beispiel ist unser Eingangsbereich mit einem großen Mosaikgebilde, das über drei Jahre lang gemeinsam mit Eltern

und Kindern gestaltet wurde. Zu Beginn fingen die Eltern an, jede Woche eine Fliese mitzubringen. Dann haben die Kinder in Eimern die Farben sortiert, kleine Kinder von 1 bis 2 Jahren haben die Fliesen zerschlagen, die großen Kinder haben dann Bilder an die Wand gemalt, bis dann die Erwachsenen geholfen haben, die Fliesen aufzukleben. In diesem Jahr wird es wieder neu gestaltet.

**Andrea Möllmann:**

Frau Henkys, wie kann es aus Ihrer Sicht gelingen, funktionierende Erziehungspartnerschaften als Teil der Organisationsentwicklung aufzubauen?

**Barbara Henkys:**

Als Vorbemerkung möchte ich auf den Vortrag von Frau Heimgärtner eingehen: Dass wenig Zahlen zum Thema „Eltern und Gesundheit“ vorliegen, zeigt, dass dieses Thema bisher unterbeleuchtet war. Die Auswertung der Konzeptionen in Hinblick auf Gesundheitsförderung bieten eine gute Grundlage, um bei der Konzeptentwicklung, in der wir die Kitas unterstützen, das Thema noch stärker einzubeziehen.

Aus Trägerperspektive möchte ich darauf eingehen, wie es gelingt, in Kitas einen Dialog mit den Eltern zu beginnen, im Sinne einer dauerhaften Erziehungspartnerschaft. Wichtig dabei ist, das Wohlbefinden des Kindes in das Zentrum des Dialoges mit den Eltern zu stellen. Es sollte als wichtigste Voraussetzung für gelingende Bildungsprozesse betrachtet und in das Gespräch mit den Eltern eingebracht werden. Wir bereiten uns auf Entwicklungsgespräche mit den Eltern vor, indem wir eine ressourcenorientierte Beobachtung des Spiels der Kinder machen. Daraus möchten wir erkennen: Wie ist das Wohlbefinden des Kindes? Wie engagiert ist es? Als Grundlage für diese Beobachtung nutzen wir die Kriterien für Wohlbefinden der Leuvenener Engagiertheitsskala. Dann machen wir den Eltern ein Gesprächsangebot, bei dem es darum geht, wie sich das Kind fühlt und wie gut es die Möglichkeiten der Kita nutzen kann. Den Eltern wird keine isolierte Einschätzung dazu gegeben, wie entwickelt das Kind in Feinmotorik, Grobmotorik oder Sprache ist, sondern das Kind wird sehr viel ganzheitlicher betrachtet.

Natürlich gibt es Situationen, in denen problemorientierte Gespräche notwendig sind. Diese werden ganz deutlich von den anderen getrennt, um auf diese Weise Eltern und die Bindung zwischen Eltern und Kind zu stärken. Insgesamt wird ein besonderer Wert auf die Gestaltung des Anfangs der Zusammenarbeit, also die Eingewöhnungsphase, gelegt. Dabei wird, auch in der Kommunikation mit den Kindern, das Bedürfnis der Kinder nach Bindung in den Mittelpunkt gestellt. Auf diese fachliche Entwicklung wird ein besonderer Schwerpunkt gesetzt: Wie können wir das Bindungsverhalten der Eltern unterstützen? Wie kann die Bindung zwischen Eltern und Kind gestärkt werden? Während des gesamten Aufenthalts der Kinder in der Kita sollte darauf geachtet werden, dass die Bindung sowohl der Eltern an die Erzieher oder Erzieherinnen als auch der Kinder an die in der Kita Erziehenden unterstützt wird.

Aus diesem Grund achten wir darauf, dass den Kindern feste Bezugspersonen zugeordnet sind. Die Kinder werden sorgfältig

eingewöhnt, eventuell auch schon durch Krabbelgruppen. Die Krabbelgruppen gehen über den Auftrag, für den wir finanziert werden, hinaus. Insofern stellt sich die Frage: Wie kann das personell und räumlich organisiert werden? Im Rahmen der vorhandenen Ressourcen versuchen wir, Möglichkeiten zu schaffen, Krabbelgruppen in den Kitas anzusiedeln, um den Eltern und Kindern Erfahrungen zu vermitteln, mit denen sie leichter in die Kita hereinkommen und sich auch die Bindung an die sie dort Betreuenden leichter aufbaut. Die Eröffnung eines Dialogs ist Aufgabe der Erzieherinnen und Erzieher. Für den Aufbau einer Bindung zwischen ihnen und den Eltern hat sich das Eingangsinterview des Sprachlerntagebuches als hilfreich erwiesen.

Wir nutzen Methoden, die im Rahmen der vorurteilsbewussten Bildung und Erziehung entwickelt worden sind, um mit Eltern ins Gespräch über Erziehungsvorstellungen zu kommen. Diese erweisen sich als handhabbar, anregend und sinnstiftend und insofern Verbindungen stiftend zwischen dem pädagogischem Personal und den Eltern, aber auch zwischen den Eltern untereinander.

Eine Methode, die sich besonders bewährt hat, sind die in der Kita angeleiteten Elterngesprächskreise, in denen sich die Eltern am Anfang über Erziehungsfragen austauschen, aber nach einer Weile genug Vertrauen entsteht, um z. B. auch Erziehungsprobleme oder Geldsorgen zu besprechen. Dieses Verfahren ist methodisch aufwändig, weil das Team für seine Anwendung eine längere Fortbildung, Freiräume und Zeiten braucht.

#### **Andrea Möllmann:**

Vielen Dank für die Beispiele, die aufzeigen, wie gute Ansätze in die Praxis umgesetzt werden können. Von guten Projekten zur nachhaltigen Veränderung der Organisationsstruktur – auf diesen Weg haben sich schon viele Kitas gemacht. Wie können diese Ansätze noch weiter verbreitet werden, Frau Hautmann?

#### **Karin Hautmann:**

Ich bin sehr dankbar, dass wir hier in Berlin das Modellprojekt „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ durchführen konnten. In der intensiven Auseinandersetzung mit allen Partnern und Partnerinnen wurden die Ziele und Inhalte erstellt, die notwendig sind, um Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen auf eine sehr gute und solide Basis zu stellen. So gelingt es, nachhaltige Entwicklungen anzustoßen.

Wie bringen wir dieses in die Fläche? Das Berliner Bildungsprogramm wird seit 2006 umgesetzt und wir haben im Rahmen der gemeinsamen Zusammenarbeit festgestellt, dass wir schon sehr weit mit dem Bildungsbereich Gesundheit sind. Auch die Ergebnisse des 13. Kinder- und Jugendhilfberichts bestätigten, dass das Berliner Bildungsprogramm als einer der wenigen Bildungspläne der Bundesländer den Gesundheitsbegriff der WHO aufgreift und Gender- und Diversity-Ansätze explizit beschreibt. Darauf sind wir stolz, haben aber im Landesprogramm auch gemerkt, dass wir angesichts der Datenlage der gesundheitlichen Situation der Kinder weiter intensiv daran arbeiten müssen.

Anhand der Ergebnisse, die zusammengetragen wurden, wird das Berliner Bildungsprogramm überarbeitet werden. Auch die Materialien zur internen Evaluation, die umfangreich in den verschiedenen Aufgabenbereichen vorhanden sind, werden um die Aufgabenbereiche „Gesundheit“ und insbesondere die „Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ erweitert. Die Materialien „Interne Evaluation“, „Externe Evaluation“, „Berliner Bildungsprogramm“ und „Konzeptionsentwicklung“ sind in den Qualitätsvereinbarungen verpflichtende Basis. Wir haben hier mit dem BeKi einen guten Partner an unserer Seite. Die ersten Ergebnisse der internen Evaluation zeigen, dass diese tatsächlich als Qualitätsentwicklungsinstrument von den Fachleuten in der Praxis anerkannt und auch als solches genutzt werden.



*Karin Hautmann, Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (mittig) und Henriette Heimgärtner, BeKi*

#### **Henriette Heimgaertner:**

Ich möchte anfügen, dass Berlin das einzige von den 16 deutschen Bundesländern, das durch die Qualitätsvereinbarungen einen kodifizierten Qualitätsentwicklungsprozess festgelegt hat, der auch die Arbeitsgrundlage des Berliner Kita-Instituts ist. Darin ist festgehalten, dass in Konzeptionsentwicklungen die interne Evaluation und externe Evaluation wichtige Aspekte der Qualitätsentwicklung sind. Die heute vorgestellten Analysen von 2008 und 2010 werden als Datengrundlage für weitere Untersuchungen dienen. Wir werden im Jahr 2012 von 100 Konzeptionen eine neue Stichprobe ziehen, nicht von den Kitas aus der ersten Stichprobe, weil wir den Kitas Zeit für institutionelle Veränderungen geben wollen. Wir werden uns 2014 wieder die Konzeptionen der Kitas von 2008 vornehmen, da sechs Jahre ein guter Zeitraum sind, um Veränderungen festzustellen. Wir werden aber auch im nächsten Jahr mit der zweiten Welle der Untersuchung zu den Konzeptionen sehen, was sich allgemein in dem Themenfeld getan hat. Ähnlich ist es bei den Praxisbefragungen „Interne Evaluation“: dort werden ab 2012 jedes Jahr jeweils 50 Prozent der Einrichtungen befragt werden.

#### **Andrea Möllmann:**

Ich bin sehr optimistisch, dass mit dem Landesprogramm und dem Berliner Bildungsprogramm ein Prozess in Gang gesetzt wird, in Folge dessen sich viele Kitas auf den Weg zur Organisationsentwicklung machen. Dabei sollte die Frage im

Blick behalten werden: Wie können wir es schaffen, die soziale und gesundheitliche Ungleichheit bei den Kindern abzumildern oder zu vermeiden?

**Karin Hautmann:**

In der Vorbereitung zum Landesprogramm haben wir die Bezirke angeschrieben, informiert und darauf hingewiesen, dass wir bei der Auswahl der Kindertageseinrichtungen und Träger unterstützen. Zur Vorbereitung der Gespräche haben wir die aktuellen Gesundheitsdaten aus 2010 explizit für den jeweiligen Bezirk aufbereitet, um eine gute Entscheidungsgrundlage zu haben. Derzeit läuft noch bis Ende Januar 2012 die Entscheidungsphase in den Bezirken ab. Die Steuerung des Landesprogramms über die Bezirke ist ein erheblicher Faktor zum Gelingen. Die Bezirke entscheiden, ob sie die Ressourcen haben mitzumachen und in welchen Gebieten die Kindertagesstätten ausgewählt werden. Das Programm wird, wie das Landesprogramm „Gute gesunde Schule“, sukzessive in Zwei-Jahres Schritten ausgebaut werden.

**Claudia Sommerschuh:**

Gesundheitliche Chancengleichheit kann nur über den Weg hergestellt werden, der geschildert wurde. Zum einen über Präventionsketten, zum anderen über Setting-Interventionen. Dazu muss am Bildungssystem in diesem Land angesetzt werden, damit alle Kinder eine Chance haben. Wir können es uns nicht leisten, so viele Kinder mit Benachteiligungen aufwachsen zu lassen. Nicht vordergründig aus Kostengründen, sondern aus der Verantwortung heraus, für alle Beteiligten die gleichen Chancen zu bieten.

**Andrea Schadow:**

Bei uns in der Kita ist es so, dass wir an dem Modellprojekt „Ich gehe zur U! Und du?“ teilnehmen. Inzwischen liegt die Quote der teilnehmenden Kinder bei ungefähr 95 Prozent. Außerdem haben wir als erster Träger unsere Erzieherinnen zu Sprachfördererzieherinnen ausgebildet. Vor zwei Jahren haben wir angefangen, das Frühstück und das Vesper selber zu erstellen, um Ernährungsdefiziten zu begegnen.

**Barbara Henkys:**

Wir haben jetzt mehr Methoden, mehr Wissen, mehr Ideen im Umgang mit sozialer Benachteiligung. Dennoch müssen Wissen und Fortbildungen weiter ausgebaut werden. Ich war kürzlich auf einem Fachtag zum Thema „Armut“ mit vielen Beschäftigten aus Kindertagesstätten und stellte fest, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema noch nicht sehr tief ist. Viele Kolleginnen und Kollegen haben Mühe, solche Themen auch mit Eltern zu besprechen und dort unterstützend tätig zu sein.

**Andrea Möllmann:**

Vielen Dank! Ich frage nun in das Publikum: Haben Sie zu dem Thema „Bildung und Gesundheit im Setting Kita – Wo stehen wir?“ noch Beiträge oder Nachfragen?

**Claudia Lutze:**

Ich arbeite im Sozialpädagogischen Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg und bin dort einerseits zuständig für den Bildungsbereich „Körper, Bewegung, Gesundheit“ und zugleich für die Querschnittthematik „Geschlechtsbewusste Arbeit/Vorurteilsbewusste Bildung und Erziehung“. Uns beschäftigt in unseren Gesprächen perspektivisch immer mehr, inwieweit die Weiterentwicklung der unterschiedlichen guten Berliner Instrumente zusammen gedacht werden kann. Die Bereiche „Gesundheit“, „Gender“ und „Inklusion“ sind gemeinsame Bestandteile, um gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Als wir im letzten Jahr die Evaluationsinstrumente für die interne Evaluation unter Gender-Gesichtspunkten überarbeitet haben, kamen diese Felder alle zusammen.

**Andrea Möllmann:**

Das ist die Erfahrung, die wir auch in dem Bereich Gesundheitsförderung machen. Wenn das Thema „Gesundheitsförderung“ angesprochen wird, denken viele, „Nicht noch ein zusätzliches Thema, wir haben schon so viele!“ Wie sollte vermittelt werden, dass unter Gesundheitsförderung nicht nur Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung verstanden wird, sondern ein ganzheitlicher Aspekt, also der enge Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit?

**Barbara Henkys:**

An dieser Stelle ist es ganz wichtig, dass es Institutionen wie das BeKi gibt, die vordenken, damit die Praxis solche Dinge aufgreifen und umsetzen kann. Damit Themen nicht nur isoliert eingebracht werden und jeder Fachbereich seine eigenen Konferenzen veranstaltet, ist es wichtig, dass Fragestellungen wie heute zusammengefasst werden.

**Henriette Heimgaertner:**

Das Landesprogramm „Gute gesunde Kita“ hat spezifische Qualitätsentwicklungsmaterialien, die für einen internen Evaluationsentwicklungsprozess benutzt werden, die sich hauptsächlich auf die Bereiche „Gesundheit und Bildung“ und eben den großen Bereich „Mitarbeitergesundheit“ beziehen. Dass man in diese Materialien noch weitere Bereiche perspektivisch einbezieht, kann ich mir sehr gut vorstellen, auch wenn dies nicht morgen oder übermorgen möglich sein wird. Wir werden mit den Anregungen aus dem Landesprogramm „Gute gesunde Kita“ unsere Fragebögen zu den Praxiserfahrungen mit der internen Evaluation im nächsten Jahr anders gestalten und pointiertere Fragen stellen zum Thema „Gesundheit und Bildung“.



*Claudia Sommerschuh, DAK (mittig), Andrea Möllmann, Karin Hautmann (rechts)*

#### **Andrea Möllmann:**

Zum Abschluss eine Frage an alle: Welche Anregungen nehmen Sie aus der Diskussion mit, was möchten Sie voranbringen?

#### **Barbara Henkys:**

Ein wesentlicher Punkt, der bisher nicht thematisiert wurde, ist, inwieweit Kitas zu Familienzentren weiterentwickelt werden sollen und inwieweit das gefördert wird. Heutzutage brauchen die Menschen Unterstützung, um das Berufsleben und die Erziehung zusammenzubringen. Die Familienzentren sind nicht nur auf Eltern in schwierigen Lebenssituationen ausgerichtet. Gleichzeitig bieten sie gute Voraussetzung, um spezifische Zugänge zu ermöglichen. Denn wenn diese Eltern in einer solchen Struktur verankert sind, können Zugänge zu anderen Angeboten geschaffen werden, die es in den Bezirken gibt.

#### **Karin Hautmann:**

Im Koalitionsvertrag der neuen Regierung ist das Thema festgehalten. Wir müssen jetzt sehen, wie sich dies im Rahmen der Haushaltsverhandlungen gestaltet. Konzeptionelle Überlegungen in diese Richtung liegen vor.

#### **Andrea Schadow:**

Ich möchte einen Punkt herausgreifen, der in der Diskussion genannt wurde: Es geht nicht nur um Eltern, die in sozial schwierigen Situationen sind. Wir haben bei unseren Projekten gemerkt, dass gerade auch junge Eltern, unerfahrene Eltern, Eltern, die keine familiäre Unterstützung haben, Hilfe benötigen.

#### **Claudia Sommerschuh:**

In Diskussionen lernt man immer dazu – so auch beim eigenen Sprachgebrauch. Ich finde die Begrifflichkeit „in schwierigen Lebenssituationen“ treffender als das häufig gebrauchte „sozial benachteiligt“. Ich wurde in der Veranstaltung bestätigt, dass wir grundsätzlich auf dem richtigen Weg sind. Wir können es nur gemeinsam schaffen, daher bin ich optimistisch, auch wenn uns noch ein langer Weg bevorsteht.

#### **Henriette Heimgaertner:**

Die Diskussion hat deutlich gemacht, dass sich die Kita sehr stark verändert und dass die Kita schon lange nicht nur eine Betreuungs-, Erziehungs- und Bildungsinstitution ist, sondern dass sie den Eingang für viele Eltern und Familien in die Gesellschaft darstellt. Das muss gut koordiniert und gut gestaltet werden, damit auch die Partizipation in den späteren Lebensphasen gelingen kann.

#### **Milena Hiller:**

Ich finde wichtig, die Anschlussfähigkeit solcher Prozesse auch nach der Kita zu sichern. Der Gedanke, der hier noch nicht ausgesprochen wurde, ist: Kita – und dann? Wie geht es weiter?

#### **Karin Hautmann:**

Ich schließe mich Frau Sommerschuh an und sage: Wir sind stark, wenn wir starke Partner und Partnerinnen haben und diese haben wir im Landesprogramm. Ich freue mich, dass dies in Berlin möglich ist. Man muss der Verknüpfung von Bildung und Gesundheit Zeit lassen, damit sie nachhaltig verankert werden kann. Wenn wir das geschafft haben und es in alle Bereiche Eingang findet, egal ob bei „Ernährung“, „Bewegung“ oder bei „Gender und Diversity“, hat sich unser Engagement gelohnt.

## Abschlussplenum „Perspektiven im Gesundheitszielprozess“

*Die folgende Diskussion basiert auf den Transkriptionen der 8. Landesgesundheitskonferenz, welche durch die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung überarbeitet wurden.*

### Diskutantinnen und Diskutanten:

Stephan Bernhardt,  
Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin

Gabriela Leyh,  
Geschäftsführerin vdek Landesvertretung Berlin/Brandenburg

Werner Mall,  
Leiter Unternehmensbereich Prävention AOK Nordost

Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider,  
Sprecherin und Studiengangsleiterin der  
Berlin School of Public Health

Ingrid Papies-Winkler,  
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit  
im Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg

### Moderation:

Stefan Pospiech,  
Leiter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung  
im Land Berlin

### Stefan Pospiech:

Herzlich willkommen zur Abschlussdiskussion der 8. Landesgesundheitskonferenz. Anknüpfend an die Beratungen des heutigen Tages wollen wir drei Themen nochmals vertiefen:

1. Die Zusammenarbeit der Akteure und Akteurinnen in einer Landesgesundheitskonferenz
2. Die Steuerung gesundheitspolitischer Prozesse über Gesundheitsziele
3. Die Qualitätsentwicklung im Bereich der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung

Frau Dr. Bettge hat heute Morgen in der Eröffnungsveranstaltung vorgestellt, dass nicht alle quantifizierten Ziele erreicht werden konnten, die sich die LGK 2007 gesetzt hatte. Welche Rückschlüsse können bei einer Zwischenauswertung für den Gesundheitszielprozess gezogen werden? Frau Prof. Maschewsky-Schneider, war der Gesundheitszielprozess erfolgreich oder nicht erfolgreich oder müssen wir nicht auch andere Indikatoren berücksichtigen?

### Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:

Das ist eine brisante Frage und ich hoffe, dass heute Morgen durch den guten Vortrag von Frau Dr. Bettge nicht der Eindruck entstanden ist, die Landesgesundheitskonferenz erreiche nicht ihre Ziele. Vor einigen Jahren wurde hier ein breites Spektrum von Zielen beschlossen und nicht für alle Ziele liegen Daten vor. Eine profunde Datenbasis sind die Einschulungsuntersuchungen, die aber nur für einige Ziele Daten und Erkenntnisse liefern.

Die Frage ist: Was wollen wir tun, um diese wissenschaftlichen, epidemiologischen Ziele zu erreichen? Was ist unser Beitrag in dem Gesamtprozess? Über welche Zwischenziele wollen wir diese messbaren Ziele erreichen? Kein Ziel, das wir wissenschaftlich an guten Daten messen können, ist unabhängig zu sehen von Zwischenzielen. Die Erfahrung bei der Evaluation von Gesundheitszielen ist, dass man diese Zwischenebenen, die sogenannten Prozessziele und die Strukturziele berücksichtigen muss. Das

heißt, man sollte keine vorschnellen Schlüsse ziehen, sondern die Ziele aus den Daten der Eingangsschuluntersuchungen müssen vor dem Hintergrund bewertet werden, dass diese Entwicklung ein langfristiger Prozess ist.

#### **Stefan Pospiech:**

Frau Leyh, wie ist die Position der Krankenkassen in einem solchen langfristigen Prozess? Die Krankenkassen spielen in der Landesgesundheitskonferenz eine starke Rolle, sie sind sehr engagiert und stark vertreten, stehen aber gleichzeitig auch in einem Wettbewerb untereinander. Inwieweit kann ein Gremium wie die Landesgesundheitskonferenz helfen, solche langfristigen Schritte gemeinsam zu gehen?

#### **Gabriela Leyh:**

Es ist unabdingbar, sich Ziele zu setzen, wenn man etwas erreichen will. Nun gehört zu einem Zielprozess immer dazu, dass ein Abgleich stattfindet – sind die Ziele erreicht worden oder nicht? Aber den Prozess auf den Weg zu bringen, ist ja schon einmal ein großer Teilerfolg, den die Landesgesundheitskonferenz mit all ihren Mitgliedern auf jeden Fall erreicht hat.

Aus meiner Sicht ist es besonders wichtig, dass möglichst viele Institutionen und Akteure einbezogen werden, diesen kontinuierlichen Weg zu gehen. Im Hinblick auf Ihre Frage zur Wettbewerbssituation, kann ich für meine Kasse sagen, dass es hier um mehr Humanität, um mehr Menschlichkeit und um die Verminderung der Ungleichheit von Gesundheitschancen geht. Das ist kein Wettbewerbsfeld, in dem die Konkurrenz im Vordergrund steht. Es ist auch nicht nur eine Frage der Kostenträger oder derjenigen, die in den Bezirken dafür zuständig sind, sondern das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Hier spielt natürlich auch das Land Berlin eine große Rolle. Wir begrüßen es daher, dass dieses Themenfeld jetzt auch im Koalitionsvertrag so stark verankert ist. Nun gilt es, auch die Öffentlichkeit noch mehr einzubeziehen, um das Thema noch weiter zu verbreiten.

#### **Stefan Pospiech:**

Herr Mall, möchten Sie etwas dazu ergänzen?



*Ingrid Papies-Winkler und Werner Mall im Gespräch*

#### **Werner Mall:**

Krankenkassen stehen im Wettbewerb, das weiß jeder und das ist auch gut so. Nichtsdestoweniger ist eine Veranstaltung wie die Landesgesundheitskonferenz für mich ein Beispiel dafür, dass dieser Wettbewerb eben nicht bewirken muss, dass wettbewerbliches Handeln ab sofort nur noch das Drucken von bunten Broschüren bedeuten muss. Vielmehr kann es auch Wettbewerb um die besten Ideen bedeuten, um in einem Sachthema voranzukommen. Das ist aus meiner Sicht ein großer Vorteil der Landesgesundheitskonferenz, dass sie zeigt, wie man verschiedene Akteure oder Akteurinnen – und nicht nur Krankenkassen, auch Bezirke und Institutionen, die untereinander im Wettbewerb stehen – auf einer Plattform versammeln kann, sodass tatsächlich koordiniertes Handeln dabei herauskommt. In diesem Sinne ist das Konzept der Landesgesundheitskonferenz aufgegangen.

Man muss außerdem das Konzept der Landesgesundheitskonferenz im Vergleich sehen zu den Alternativen, die es gegeben hätte. In der Zeit, als die Landesgesundheitskonferenz gegründet worden ist, hatten wir verschiedene Gesetzesentwürfe für ein Präventionsgesetz auf dem Tisch. Und auch kürzlich ist wieder über ein Präventionsgesetz diskutiert worden. Damals ging es im Wesentlichen um die Frage: Wer entscheidet über die Verwendung der Mittel, die zur Verfügung stehen? Dieses Präventionsgesetz ist nicht gekommen und es sieht auch im Moment nicht danach aus. Aber wir haben in Berlin gezeigt, dass es sehr wohl möglich ist, auch ohne ein solches Präventionsgesetz, ohne einen Eingriff des Staates, die entsprechenden Akteure zu koordinieren. Das ist ein zweites positives Ergebnis der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz.

#### **Stefan Pospiech:**

Ich würde gerne an die Frage des Wettbewerbs um die guten Ideen anknüpfen. Die Ärzteschaft nimmt eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem ein. Dabei ist ihr Handeln vorwiegend – und das ist ja auch ihre Funktion – auf die Heilung von Krankheiten orientiert. Herr Bernhardt, wo sehen Sie die Rolle der Ärzte im Bereich der Prävention, welche Ideen bringen sie ein?

#### **Stephan Bernhardt:**

Ich denke, der Bereich der Prävention gehört zum Rollenverständnis der Ärzteschaft genauso dazu wie die Behandlung. Wir sind eigentlich froh, wenn jemand nicht behandelt werden muss, sondern wenn eine Krankheit oder eine Fehlentwicklung verhindert werden konnte. Denn wir haben eine abnehmende Zahl von Ärzten bzw. Ärztinnen und im fachärztlichen Bereich sind auch nur noch diejenigen Zielgruppe, die wirklich diese Leistung brauchen. Wir haben in den nächsten Jahren ein Generationsproblem vor uns: Durch eine älter werdende Gesellschaft werden wir mehr Patientinnen und Patienten haben. Bei einer gleichzeitig abnehmenden Zahl von Ärzten und Ärztinnen müssen wir also um eine Vermeidung von Krankheiten bemüht sein. Dazu muss auch ein Mentalitätswechsel stattfinden. Ein Arzt ist in unserer gesellschaftlichen Auffassung jemand, der etwas repariert. Das ist jedoch nicht seine alleinige Aufgabe. Im internationalen Vergleich, beispielsweise in Amerika oder

Australien, wird ein viel stärkerer Fokus auf die Prävention gelegt. Dabei wird auch in öffentlichen Kampagnen, in Radiospots oder im Fernsehen auf bestimmte Krankheitsrisiken hingewiesen.

Einen Punkt möchte ich noch hinsichtlich der Krankenkassen ansprechen. Eine Krankenkasse, die in unserem heutigen System die Erkrankung eines Kindes, die vielleicht in 10 oder 15 Jahren eintreten könnte, präventiv verhindert, hat davon keinen Benefit. In einem schnelllebigen Krankenkassensystem weiß die Krankenkasse nicht mehr, ob das dann überhaupt noch ein Kunde von ihr ist. Verstehen Sie das nicht als Vorwurf, sondern als Denkanstoß, denn Prävention wirkt langfristig. Hier bedarf es Schutzmechanismen für die Krankenkassen, wenn sie in Prävention investieren.

#### **Stefan Pospiech:**

Diesen Denkanstoß nehme ich gerne für später auf. Wir haben nun einige Sichtweisen auf die Zusammenarbeit in der Landesgesundheitskonferenz gehört. Und wir haben gehört, dass es wichtig ist, zur Einschätzung der Zielerreichung auf die Strukturen und Prozesse zu schauen.

Frau Papies-Winkler, eine Frage zu diesen Strukturen und Prozessen und zur Nachhaltigkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung: Sie arbeiten eng mit den Akteuren und Akteurinnen in den Quartieren zusammen. Eine Zeit lang prägte der Begriff der „Projektitis“ das Feld der Gesundheitsförderung, d. h. Projekte blühten auf und verschwanden wieder. Kann man diese Sichtweise noch aufrechterhalten oder konnten im Zielprozess in den Bezirken und Quartieren nachhaltige Strukturen und Prozesse aufgebaut werden?



#### **Ingrid Papies-Winkler:**

Wir sollten langsam wegkommen von dem Begriff „Projektitis“, der hat sich zum großen Teil überlebt. Ich will anknüpfen an die Struktur- und Prozessziele, die seinerzeit zu Beginn der Landesgesundheitskonferenz formuliert wurden. Diese werden auf der kommunalen, lokalen Ebene umgesetzt. Ich denke, da ist seit der Vereinbarung der Ziele eine Menge auf den Weg gekommen, was sich aber noch nicht an den Ergebnissen der Eingangsschuluntersuchungen ablesen lässt.

Durch die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, mit freien Trägern, unterschiedlichen Ressorts der Bezirke, auch im Bereich Stadtentwicklung/Quartiersmanagement wurden auf der strukturellen Ebene Netzwerke aufgebaut, die tragfähig geworden sind. Wir haben es geschafft, mit der Techniker Krankenkasse im Rahmen der Zusammenarbeit im „Gesunde Städte-Netzwerk“ ein großflächiges, mehrjähriges Projekt auf den Weg zu bringen: „Friedrichshain-Kreuzberg in Bewegung – Gesunder Bezirk“. Auch die „Gute gesunde Kita“ wurde schon angesprochen. Das sind Strukturen, die letztendlich nachhaltig wirken. Es wurden Multiplikatoren-Projekte auf den Weg gebracht, gefördert durch Bundesmodellvorhaben und es gibt inzwischen viele Netzwerkpartner und -partnerinnen, die an der Umsetzung in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Sprachentwicklung arbeiten, aber auch Elternkompetenzen fördern und so versuchen, Chancengleichheit herzustellen.

#### **Stefan Pospiech:**

Ich möchte Sie nun einladen, sich in die Landesgesundheitskonferenz und diese Diskussion einzubringen. Die LGK lebt vom Dialog, daher sind wir an Ihren Positionen und Fragen interessiert.

#### **Frau Höll:**

Ich komme aus dem Schulzentrum Edith-Stein. Es wurde des Öfteren erwähnt, dass die gesundheitlichen Probleme ihre Ursachen in den sozialen Unterschieden haben. Inwiefern gab es Bemühungen, dass diese Gruppe der sozial Benachteiligten an dieser Landesgesundheitskonferenz auch beteiligt wird? Wir sprechen ganz viel über Menschen, könnten stattdessen aber auch mit ihnen sprechen.

#### **Stefan Pospiech:**

Als Leiter der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, die diese Konferenz mit den Mitgliedern der LGK umsetzt, möchte ich zunächst selbst antworten. Dies ist eine Herausforderung, die wir bei Veranstaltungen immer wieder zu lösen versuchen. Auch bei dem Kongress „Armut und Gesundheit“, den der Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg organisiert, stellt sich immer wieder die Frage, wie von Armut betroffene Menschen in solchen Konferenzen beteiligt werden können. Das ist sehr schwierig, aber wir arbeiten in kleineren Formaten mit sehr partizipativen Methoden. Daher verfolgen wir bei einer so großen Konferenz einen anderen Ansatz und haben uns bemüht, auf dieser Konferenz Themen zu verankern, die Akteure dazu befähigen, in ihrer Arbeit Methoden kennen zu lernen, wie man Betroffene einbinden kann. Im Rahmen dieser partizipativen Qualitätsentwicklung haben wir Projekte ausgewählt, die sich an solchen Ansätzen orientieren. Wir sind jedoch dankbar für weitere Ideen, die gerne an die Fachstelle herangetragen werden können. Vielleicht kann uns Frau Papies-Winkler aus ihrer Arbeit Anregungen liefern?

#### **Ingrid Papies-Winkler:**

Es ist selbst auf der lokalen Ebene unglaublich schwer, dies zu erreichen. Wenn wir Projekte entwickeln, tun wir das partizipativ,

d. h. wir befragen die Zielgruppen, was die tatsächlichen Bedarfe sind. Die Zielgruppen, z. B. Eltern, werden mit einbezogen und daraus werden Projektideen und Maßnahmen weiterentwickelt. Auf Tagungen dieser Art ist ein solcher Austausch schwer möglich, auch Bürgerbeteiligungsprozesse in den Bezirken haben nicht diesen Erfolg, den wir uns eigentlich erhofft haben. Dafür werden andere Modelle genutzt, z. B. Kinderbeteiligung, Bürgerbeteiligung oder Kiezbegehungen, wo Betroffene mit einbezogen werden.

#### **Hermann Henke:**

Ich bin Leiter der Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit in Steglitz-Zehlendorf. Ich möchte den letzten Punkt gerne aufgreifen, um meine Sicht auf diese Konferenz darzustellen. Zum einen ist es wichtig, sich zu vergegenwärtigen, wer die Zielgruppe ist und auf welcher Ebene eine Veranstaltung wie die Landesgesundheitskonferenz stattfindet. Ich verstehe die Landesgesundheitskonferenz als eine Veranstaltung, die vorrangig den Fachleuten und den Multiplikatoren in dieser Stadt Methoden, Erkenntnisse und vor allen Dingen auch Impulse für die praktische, konkrete Arbeit mitgibt.

Bezogen auf die heutige Konferenz und auch auf das Thema finde ich es wichtig, dass eine Kontinuität in der Zielverfolgung hergestellt wird. In dem Moment, wo man sich Ziele setzt, setzt man sich auch der Kritik aus, wie das ja heute auch angeklungen ist. Aber indem ich mir Ziele setze, versetze ich mich in die Möglichkeit, Kräfte zu bündeln und aktiv zu werden, um überhaupt etwas zu erreichen und zu verändern. Dass dies im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention besonders schwierig ist, kann jeder bestätigen, der mit diesem Thema schon lange zu tun hat.

In der Gesundheitsförderung müssen wir uns bewusst sein, dass wir nur an einem Hebel ansetzen, dass es aber ganz viele andere Faktoren gibt, die wir mit beeinflussen müssten, damit wir nach 10 Jahren oder nach 15 Jahren erkennbar etwas erreicht haben. Daher ist es wichtig, immer wieder zu gucken: Haben wir das, was wir angefangen haben, auch wirklich erreicht und sind wir auf dem richtigen Weg? Wir brauchen die wissenschaftliche Begleitung, auch auf einem einfachen Niveau, in den Bezirken, indem man z. B. eine Befragung macht zum Thema Suchtverhalten. Den Zielprozess auf Landesebene macht wertvoll, dass dadurch wissenschaftlichen Untersuchungen, die in die Tiefe gehen und mit größeren Ressourcen bewegt werden können, auch als Orientierung für unsere Arbeit konkret vor Ort dienen können.

#### **Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider:**

Ich möchte an Ihre Aussage zur Zielsetzung, der ich vollkommen zustimme, anknüpfen, Herr Henke. Die Landesgesundheitskonferenz hat in den letzten Jahren gemeinsam im Dialog mit den Einrichtungen und Organisationen hier in Berlin versucht, die Ziele, „bottom up“, d. h. von unten nach oben zu entwickeln. Nicht eine Expertengruppe hat sich die Daten angeguckt und Ziele festgelegt, sondern wir haben als Expertinnen und Experten sukzessive in den verschiedenen Bereichen Ziele entwickelt auf der Basis dessen, wo die einzelnen beteiligten Organisationen und Institutionen Bedarf sehen. Denn nur bei einem solchen Vorgehen machen sich auch alle die Ziele zu eigen.



So sind es unsere gemeinsamen Ziele und unser gemeinsamer Prozess, an dem alle in Berlin mitarbeiten. Diese lebendige Bewegung muss auf jeden Fall in den nächsten Jahren weitergetragen werden und dann wird man auch an den wissenschaftlichen Daten Veränderungen erkennen können.

#### **Werner Mall:**

Frau Maschewsky-Schneider, ich möchte Ihr Plädoyer für den langen Atem aufgreifen. Mit Blick auf die Ziele, die wir uns gesetzt haben, werden wir diesen langen Atem brauchen. Gleichzeitig ist, wenn wir in den Katalog der Struktur- und Prozessziele schauen, in den paar Jahren doch eine ganze Menge geschehen. In der Gesundheitsberichterstattung beispielsweise haben wir heute einen hohen Detaillierungsgrad und eine Präzision der Aussagen vorliegen, was sehr hilfreich für die Praxis ist.

Auch im Bereich Ausbau von Netzwerken ist eine Menge geschehen. Mittlerweile gibt es zwei Landesprogramme im Land und eine ganze Reihe von Projekten. Zwei Landesprogramme, die es geschafft haben, eine Fülle von Akteuren in der Stadt zu einem bestimmten Thema zusammenzubringen. Auch das ist zu Beginn der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz noch nicht denkbar gewesen. Das, was wir heute Morgen an Ergebnissen gesehen haben, ist nicht schlecht für eine Laufzeit von fünf Jahren. Nichtsdestoweniger müssen wir uns natürlich in weiteren fünf und auch in zehn Jahren fragen, ob die Prozesse, die angestoßen wurden und die Strukturen, die aufgebaut wurden, auch die gewünschten Ergebnisse bewirken. Die Frage können wir nicht jetzt beantworten, sondern wir werden sie in einem sehr langen Zeitraum zu beantworten haben. Nichtsdestoweniger haben wir mit den Gesundheitszielen den Grundstein dafür gelegt, diese Frage überhaupt beantworten zu können, nämlich mit einer quantifizierbaren Formulierung der Ziele. Wichtig ist daher, dass wir Ziele tatsächlich quantifizierbar formulieren, auch im neuen Gesundheitszielprozess „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“, sodass auch in zehn Jahren eine Wirkung überprüft werden kann.

Auf den Denkanstoß von Herrn Bernhardt, dass die Krankenkassen sich nicht sicher sein können, von den Ergebnissen präventiver Maßnahmen zu profitieren, die sie angestoßen haben, haben wir bereits reagiert. Wir engagieren uns für Prävention in Schulen, wo wir gar nicht fragen, wo die Kinder versichert sind. Das gibt



Stephan Bernhardt und Gabriela Leyh im Gespräch

uns die Gewähr, dass selbst die Fusionen, die wir betreiben, uns an der Fortführung der Prävention nicht hindern.

#### **Gabriela Leyh:**

Ich möchte auch auf den Denkanstoß von Herrn Bernhardt reagieren. Es ist gut, wenn solche Dinge öffentlich angesprochen werden. Ist das tatsächlich so, dass die Krankenkassen jetzt rechnen – lohnt sich das überhaupt? Wenn solche Dinge ins Spiel kommen, dann gucke ich immer gerne ins Gesetz. Da steht drin, dass die Krankenkassen zum Abbau der Ungleichheit in den

Gesundheitschancen sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung und auch für die Verminderung von Risiken im Arbeitsalltag sorgen sollen und müssen (§ 20 SGB V, Anmerkung der Redaktion). Wenn sich alle Kassen dazu bekennen, dann erreichen wir auch etwas, z. B. wenn wir den Aufbau von Präventionsketten unterstützen. Wenn wir die Bedarfe erfragen, die Sorgen kennen, investieren wir auch gerne zusammen, das ist unser gesetzlicher Auftrag, da rechnet kein Mensch. Da geht es um gesamtgesellschaftliche Entwicklung. Das ist unsere Gesellschaft, die wir damit gestalten.

Gleichzeitig muss man natürlich schauen, dass die Gelder sinnvoll eingesetzt werden. Deshalb ist es ja auch wichtig, dass wir an diesem Forum Landesgesundheitskonferenz und seinen Steuerungsgremien festhalten, solche Prozesse zu koordinieren, damit wir unsere Kräfte bündeln, alle zusammen. Dieses Bündeln ist wichtig, wenn gleichzeitig die Freiheit und Möglichkeit jedes Partners besteht zu sagen: Da sehe ich meinen Schwerpunkt, da investiere ich und engagiere ich mich besonders.

#### **Stefan Pospiech:**

Wie man sieht, ist die Landesgesundheitskonferenz ein Dialog, bei dem man auch wieder zusammenfindet, was sehr schön ist. Ich würde jetzt die Diskussion, so spannend sie ist, schließen mit Blick auf die Uhr, weil ich der neuen Staatssekretärin für Gesundheit, Frau Demirbüken-Wegner die Gelegenheit geben möchte, die abschließenden Worte dieser Konferenz an Sie zu richten. Wir freuen uns alle sehr, dass Sie heute kommen konnten und danken Ihnen herzlich für Ihr Engagement!

## Schlusswort

Emine Demirbüken-Wegner, Staatssekretärin für Gesundheit



Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren,

ja, Sie haben recht, für viele Dinge braucht man einen langen Atem. Das musste ich insbesondere auch immer wieder in meiner langjährigen Tätigkeit als Angestellte der Verwaltung erfahren. Seit 1988 habe ich nämlich das Amt der Integrationsbeauftragten dieses Bezirkes inne, unterbrochen durch meine Tätigkeit als Abgeordnete und jetzt als Staatssekretärin für Gesundheit. Doch zwei andere Begrifflichkeiten haben mir noch in Ihrer Diskussion gefehlt: Das sind Hartnäckigkeit und der Glaube an die Sache. Ohne die geht nichts, will man seine Ziele auch erreichen.

Da diese Grundeinstellung mir in der beruflichen wie politischen Arbeit zur Überzeugung geworden ist, eilt mir der Ruf voraus, dass es sehr, sehr schwierig sei, mich von einem Weg abzubringen, an den ich glaube. Manche meinen sogar ironisch: Die hat ihre Meinung – irritiert sie nicht mit Tatsachen. Aber wer mich kennt, weiß, dass ich offen bin für andere Meinungen und für neue Ideen und Anregungen. So verstehe ich auch den heutigen Tag, der zahlreiche Impulse vermittelt hat und auf dem Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, viele Eindrücke gewinnen

und vielseitig erleben konnten, wie erfolgreich Gesundheitsförderung sein kann.

Ich freue mich vor allem, dass Sie heute – auch ausgehend von der Berichterstattung von Frau Dr. Bettge – erfahren konnten, wie herausfordernd aber auch erfolgreich Prävention und Gesundheitsförderung insbesondere für Kinder und Jugendliche umgesetzt werden kann. Um diese wirksam werden zu lassen, müssen Partnerschaften in vielen Bereichen gefunden werden, das wurde heute vielfach genannt. Folgerichtig stand daher im Mittelpunkt der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz in diesem Jahr die Diskussion um die Ziele, welche sich die Landesgesundheitskonferenz unter dem Leitmotiv „Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und Benachteiligung abzubauen“ für den Zeitraum von 2007 bis 2011 gesetzt hatte.

Und natürlich ist es keine Binsenweisheit: Um gesundheitliche Benachteiligung abzubauen, braucht es wirksame Prävention. Deswegen steht die Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflicht, nicht nur ihre Umsetzbarkeit, sondern auch ihre Wirksamkeit unter Beweis zu stellen. Das lässt sich, wie wir alle wissen, nicht immer leicht messen. Deshalb müssen die Partner und Partnerinnen in diesem Prozess eng zusammenarbeiten. Gleichzeitig ist jedoch ein Paradigmenwechsel notwendig, der sich auch darin widerspiegelt, dass der Prävention ein angemessener Raum auf politischer Ebene wie auch im Landeshaushalt gegeben wird.

Dass nicht alle Ziele in dem anvisierten Zeitraum erreicht worden sind, wurde in der Landesgesundheitskonferenz und ihren Gremien diskutiert und analysiert. Der Schluss daraus ist, dass sich die Mitglieder verständigt haben, den Schwerpunkt der Arbeit noch stärker auf die Entwicklung und Unterstützung von geeigneten Strukturen und Prozessen zu legen, die den Akteuren die zielgerichtete Zusammenarbeit erleichtern. Hier kann ich anknüpfen an das, was Frau Leyh in der Diskussion sagte: Ziele setzen, Prozesse in Bewegung bringen, Ziele evaluieren – aber auch die positiven Effekte richtig bewerten, wie Prof. Maschewsky-Schneider betonte.

Eine solche zielgerichtete Zusammenarbeit muss auf der kommunalen Ebene Wirkung entfalten. Der Beitrag von Frau Papies-

Winkler zeigte, wie solchen Worten Taten folgen können. Es ist ungemein wichtig, diese langjährigen Erfahrungen auf der lokalen Ebene, wie sie z. B. in Friedrichshain-Kreuzberg gemacht werden, weiterzugeben und in die Arbeit zu integrieren. Die vielen erfolgreichen Programme, Konzepte und Maßnahmen, um die es heute ging, sind wichtig. Es gilt aber, diese auch richtig umzusetzen. Umzusetzen bedeutet, die Voraussetzungen zu verbessern, um eine gemeinsame Qualitätsentwicklung zu fördern, um geeignete Angebote und Maßnahmen zu verstetigen und den Transfer zu ermöglichen.

Ich bin mir sicher, dass auch in diesem Jahr die Ergebnisse der LGK gründlich analysiert werden und die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung diese in bewährter Weise dokumentieren wird. Eine solche Ergebnisdokumentation darf nicht nur eine Handreichung für den Schrank sein, sondern die Grundlage, auf Basis derer die nächsten Handlungsschritte geplant werden können.

Dies trifft auch für den zweiten Gesundheitszielprozess der Landesgesundheitskonferenz zu: Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten. Auf der 6. und 7. Landesgesundheitskonferenz 2009 und 2010 haben die Mitglieder das gesunde Älterwerden in den Mittelpunkt gestellt, um zur Verbesserung bzw. den Erhalt der Gesundheit älterer Menschen beizutragen. Die Lebenserwartung der Berlinerinnen und Berliner ist über die Jahre kontinuierlich gestiegen. Angesichts dieser positiven Entwicklung gilt es, rechtzeitig die Weichen dafür zu stellen, dass die gewonnenen Lebensjahre auch in guter Gesundheit verbracht werden können. Mit den Gesundheitszielen wird dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zur Vermeidung bzw. Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch die Landesgesundheitskonferenz eine hohe Priorität eingeräumt, was mich sehr freut. Dieser Bereich wird für uns alle eine sehr große Herausforderung sein, weil die Gesundheitsziele für ältere Menschen, auch im Hinblick auf Menschen mit Migrationshintergrund, nochmals zusätzliche Schwerpunkte bedeuten werden.

Nicht alle Berliner und Berlinerinnen haben die gleichen Chancen oder auch die gleichen Voraussetzungen, gesund aufzuwachsen und auch gesund alt zu werden. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit ist ein Thema in unserer Stadt, das uns auch heute intensiv beschäftigt. In beiden Zielprozessen geht es daher besonders darum, die Gesundheitschancen von benachteiligten Gruppen zu stärken. Diese Gruppen haben das größte Potenzial,

um durch Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheitschancen zu verbessern.

Leider konnte ich an der heutigen Konferenz nicht in Gänze teilnehmen, aber in Absprache mit meiner Verwaltung möchte ich einige Punkte nennen, die für den weiteren Prozess von Bedeutung sind.

Die Erfahrungen mit dem Aufbau von Präventionsketten, die derzeit in den Bezirken und Sozialräumen gemacht werden, gilt es zu sichern und für andere Bezirke und Akteure nutzbar zu machen. Die Lebenswelt Kommune ist die entscheidende Ebene, um die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger zu fördern. Dazu gehört auch, die Kindertagesstätten zu Orten weiterzuentwickeln, an denen die Gesundheit der Kinder, Eltern und der Beschäftigten in den Kitas eine hohen Stellenwert einnimmt. Die durch mein Haus beauftragte Evaluation im Rahmen des Berliner Bildungsprogrammes in Kooperation mit dem Berliner Kita-Institut für Qualitätsentwicklung, die heute vorgestellt wurde, zeigte, welches Potenzial in der Verknüpfung der Themen Gesundheit und Bildung liegt.

Wer Interesse hat, kann in der Koalitionsvereinbarung sehen, dass dies auch Schwerpunkte unserer Arbeit sein werden. Um dem Ziel der Verbesserung der Kindergesundheit einen entscheidenden Schritt näherzukommen, müssen auch Anschläge von außen aufgenommen werden. Ich denke hier beispielsweise an den Familienbeirat des Senats oder die neuen gesetzlichen Regelungen zum Kinderschutz.

Kurz vor Weihnachten dürfen Wünsche geäußert werden. Was mir am Herzen liegt und was mein größter Wunsch ist: Der Weg vom Reden zum Handeln muss schneller, kürzer und ertragreicher werden. Nach diesem Prinzip habe ich hier in diesem Bezirk als Integrationsbeauftragte gehandelt. Mit Blick auf die heutige Konferenz heißt das: Es wurde beraten, es wurden viele Ideen entwickelt und die Teilnehmenden haben diese Ideen und Anregungen mitgenommen.

Der Ausblick sollte sein: Wir wollen diese Ideen umsetzen und die Akteure zusammenbringen. In diesem Sinne wünsche ich uns allen eine aktive Zusammenarbeit.

Danke schön.

## Rahmenprogramm

### Projektmesse

#### Gesellschaft für Sport und Jugendsozialarbeit gGmbH



Die GSJ – Gesellschaft für Sport und Jugendsozialarbeit ist eine gemeinnützige GmbH. Sie ist eine Trägerorganisation des Vereins für Sport und Jugendsozialarbeit e. V. (VSJ) und eine Initiative der Sportjugend Berlin. Die GSJ ist anerkannter freier Träger der Jugendhilfe und arbeitet eng mit dem Landessportbund Berlin und seinen Vereinen und Verbänden zusammen. Die Projekte der GSJ kümmern sich um Kinder und Jugendliche in schwierigen Lebenslagen und sind in sozialen Brennpunkten aktiv. Die GSJ verbindet Sport und Jugendsozialarbeit. Die Angebote wirken gewaltpräventiv und fördern die soziale Integration.

#### Kontakt

Hanns-Braun-Straße / Friesenhaus II  
14053 Berlin  
Tel.: 030 – 300 985 0  
Fax: 030 – 300 985 11  
Email: [post@gsj-berlin.de](mailto:post@gsj-berlin.de)  
Internet: [www.gsj-berlin.de](http://www.gsj-berlin.de)

#### Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Gesundheit Berlin-Brandenburg ist die Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Die Arbeitsgemeinschaft vernetzt und koordiniert Angebote, Akteure und Akteurinnen der Gesundheitsförderung, pflegt vorhandene und regt neue Themenfelder im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung an. Schwerpunkte der Arbeit liegen u. a. im fachlichen Austausch, in der Fortbildung und in der Informationsvermittlung, sowie in der Vorbereitung und Durchführung von Veranstaltungen zu Themen der Gesundheitsförderung.

#### Kontakt

Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 443 190 60  
Fax: 030 – 443 19063  
Email: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)  
Internet: [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### Landesarbeitsgemeinschaft zur Verhütung von Zahnerkrankungen e. V.



Die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen (LAG) ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, dessen Mitglieder die Krankenkassen, das Land Berlin und die Zahnärztekammer Berlin sind.

Die LAG betreibt in Berlin zahnmedizinische Gruppenprophylaxe gemäß §21 SGB V. Sie versorgt jährlich ca. 300.000 Kinder und Jugendliche mit allem, was Kinder und Jugendliche wissen/können müssen, um eigenverantwortlich für ihre Mundhygiene zu sorgen. Hauptakteure vor Ort sind die Teams der bezirklichen zahnärztlichen Dienste sowie die Prophylaxefachkräfte, die bei der LAG angestellt sind.

#### Kontakt

Fritschestraße 27-28  
10585 Berlin  
Tel.: 030 – 3640660-0  
Fax: 030 – 3640660-22  
Email: [info@lag-berlin.de](mailto:info@lag-berlin.de)  
Internet: [www.lag-berlin.de](http://www.lag-berlin.de)

### Landesprogramm „Gute gesunde Kita“



Das Landesprogramm „Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita“ basiert auf dem seit 2007 durchgeführten Projekterfahrungen von „Kitas bewegen“ im Bezirk Mitte. „Kitas bewegen“ schafft mit einem ganzheitlichen und ressortübergreifenden Ansatz ein Bewusstsein bei Erzieherinnen und Eltern, dass Bildung und Gesundheit zusammengehören und im Kita-Alltag die Förderung von Bewegung, gesunder Ernährung, Bildung und Gesundheit in einer strukturierten Entwicklung ineinander aufgehen.

#### Kontakt

(Karin Hautmann)  
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Bernhard-Weiß-Straße 6  
10178 Berlin  
Tel.: 030 – 90227 6539  
Email: [Karin.Hautmann@senbwf.berlin.de](mailto:Karin.Hautmann@senbwf.berlin.de)

### Landesprogramm „Gute gesunde Schule“



Das Landesprogramm „Gute gesunde Schule“ orientiert sich an dem bundesweiten Programm „Anschub.de“ und zielt unter Federführung der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft darauf ab, durch Investition in gesundheitsförderliche Maßnahmen, teilnehmende Regionen und Programmschulen bei der Verbesserung ihrer Schul- und Bildungsqualität zu unterstützen.

#### Kontakt

(Elisabeth Müller-Heck, Landesreferentin/Programmleiterin)  
Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft  
Bernhard-Weiß-Straße 6  
10178 Berlin  
Tel.: 030 – 90227 5701  
Email: [elisabeth.mueller-heck@senbwf.berlin.de](mailto:elisabeth.mueller-heck@senbwf.berlin.de)

### Landessportbund Berlin



Der Landessportbund Berlin ist eine gemeinnützige Organisation, in der Fachverbände des Amateursports, der bezirklichen Sportarbeitsgemeinschaften, der Bezirkssportbünde und sonstige Institutionen des sportlichen Bereiches des Landes Berlins zusammengeschlossen sind.

#### Kontakt

Jesse-Owens-Allee 2  
14053 Berlin  
Tel.: 030 – 300 020  
Fax: 030 – 300 021 07  
Email: [info@lsb-berlin.org](mailto:info@lsb-berlin.org)  
Internet: <http://lsb-berlin.net>

### Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung



Das Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung ist ein neues gesamtstädtisch ausgerichtetes Angebot für pflegeunterstützende Dienste. Vorhandene und neue Strukturen im Bereich der flankierenden Pflege werden begleitet und weiterentwickelt. Ziel ist es, die Bedürfnisse von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, von Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen besser abzudecken.

#### Kontakt:

Silke Migala, M.Sc.  
Bismarckstraße 101  
10625 Berlin  
Tel.: 030 – 890 285 36  
Fax: 030 – 890 285 40  
Email: [migala@sekis-berlin.de](mailto:migala@sekis-berlin.de)  
Internet: [www.pflegeunterstuetzung-berlin.de](http://www.pflegeunterstuetzung-berlin.de)

### Vernetzungsstelle Kita- und Schulverpflegung

Die Vernetzungsstelle Schulverpflegung ist ein gemeinnütziger Verein, der jegliche Aktivitäten unterstützt, die geeignet sind, eine qualitativ hochwertige und gesundheitsfördernde Verpflegung von Kindern und Jugendlichen zu sichern sowie Ernährungs- und Verbraucherbildung aller an der Gemeinschaftsverpflegung beteiligten Akteure zu fördern.

#### Kontakt

Bernhard-Weiß-Straße 6  
10178 Berlin  
Tel.: 030 – 90227 54 55  
Email: [mail@vernetzungsstelle-berlin.de](mailto:mail@vernetzungsstelle-berlin.de)  
Internet: [www.vernetzungsstelle-berlin.de](http://www.vernetzungsstelle-berlin.de)

## Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz

Die Landesgesundheitskonferenz besteht seit dem Jahr 2004 und wurde 2006 im Dienstreformgesetz des öffentlichen Gesundheitsdienstes verankert. Sie stellt eine an Regeln gebundene Form der Zusammenarbeit der örtlichen Akteure aus dem Gesundheitswesen, der Politik, der Verwaltung, dem Bildungswesen und weiteren relevanten Bereichen dar. Diese stellen ihre Expertise und ihre Kompetenz gemeinsam in den Dienst der Ziele der Landesgesundheitskonferenz.

Die Arbeitsweise der LGK basiert darauf, gesundheitspolitische Empfehlungen zu geben. Die Umsetzung erfolgt im Rahmen der Selbstverpflichtung ihrer Mitglieder.

Die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz werden durch den Gesundheitssenator berufen. Die Landesgesundheitskonferenz verständigt sich auf Basis freiwilliger Übereinkunft zu gemeinsamen Strategien für ein gesundes Berlin. 20 Berliner Institutionen und Verbände sind derzeit Mitglied der Landesgesundheitskonferenz.

### ■ AOK Nordost

14456 Potsdam  
Tel.: 0800 – 26 50 800  
Fax: 0800 – 26 50 900  
Email: [service@nordost.aok.de](mailto:service@nordost.aok.de)  
Internet: [www.aok.de/nordost](http://www.aok.de/nordost)

### ■ Ärztekammer Berlin

Friedrichstraße 16  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 408 060  
Fax: 030 – 408 063 499  
Email: [kammer@aekb.de](mailto:kammer@aekb.de)  
Internet: [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)

### ■ Berliner Krankenhausgesellschaft e. V.

Hallerstraße 6  
10587 Berlin  
Tel.: 030 – 330 996 0  
Fax: 030 – 330 996 66  
Email: [mail@bkgev.de](mailto:mail@bkgev.de)  
Internet: [www.bkgev.de](http://www.bkgev.de)

### ■ BKK Landesverband Mitte

**Landesvertretung Berlin-Brandenburg**  
Kaiserin-Augusta-Allee 104  
10553 Berlin  
Tel.: 030 – 38 39 07-0  
Fax: 030 – 38 39 07-1  
Email: [www.bkkmitte.de/kontakt.html](http://www.bkkmitte.de/kontakt.html)  
Internet: [www.bkkmitte.de](http://www.bkkmitte.de)

### ■ Berlin School of Public Health, Charité Universitätsmedizin Berlin

Seestraße 73  
13347 Berlin  
Tel.: 030 – 450 570 822  
Fax: 030 – 450 570 972  
Internet: <http://bsph.charite.de>

### ■ BIG direkt gesund

Charlotten-Carree  
Markgrafenstraße 62  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 26 36 76 644  
Fax: 0231 – 555 719 9  
Email: [info@big-direkt.de](mailto:info@big-direkt.de)  
Internet: [www.big-direkt.de](http://www.big-direkt.de)

### ■ DGB Berlin-Brandenburg

Keithstraße 1/3  
10787 Berlin  
Tel.: 030 – 212 401 11  
Internet: [www.berlin-brandenburg.dgb.de](http://www.berlin-brandenburg.dgb.de)

### ■ Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

Friedrichstraße 231  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 443 190 60  
Fax: 030 – 443 190 63  
Email: [post@gesundheitberlin.de](mailto:post@gesundheitberlin.de)  
Internet: [www.gesundheitberlin.de](http://www.gesundheitberlin.de)

### ■ Industrie und Handelskammer Berlin

Fasanenstraße 85  
10623 Berlin  
Tel.: 030 – 315 100  
Fax: 030 – 315 101 66  
Email: [service@berlin.ihk.de](mailto:service@berlin.ihk.de)  
Internet: [www.ihk-berlin.de](http://www.ihk-berlin.de)

### ■ Innungskrankenkasse Brandenburg und Berlin

Ziolkowskistraße 6  
14480 Potsdam  
Tel.: 0331 – 646 30  
Fax: 0331 – 62 44 27  
Internet: [www.ikkbb.de](http://www.ikkbb.de)

### ■ Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Masurenallee 6A  
14057 Berlin  
Tel.: 030 – 310 030  
Fax: 030 – 310 033 80  
Email: [kvbe@kvberlin.de](mailto:kvbe@kvberlin.de)  
Internet: [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de)

■ **Landessportbund Berlin**

Jesse-Owens-Allee 2  
14053 Berlin  
Tel.: 030 – 300 020  
Fax: 030 – 300 021 07  
Email: [info@lsb-berlin.org](mailto:info@lsb-berlin.org)  
Internet: [www.lsb-berlin.net](http://www.lsb-berlin.net)

■ **LIGA der Spitzenverbände der  
Freien Wohlfahrtspflege in Berlin**

Brandenburgische Straße 80  
10713 Berlin  
Tel.: 030 – 860 011 02  
Fax: 030 – 860 012 60  
Email: [herchner@paritaet-berlin.de](mailto:herchner@paritaet-berlin.de)  
Internet: [www.ligaberlin.de](http://www.ligaberlin.de)

■ **Patientenbeauftragte des Landes Berlin**

Oranienstraße 106  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 9028-2010  
Email: [patientenbeauftragte@sengs.berlin.de](mailto:patientenbeauftragte@sengs.berlin.de)  
Internet: [www.berlin.de/lb/patienten](http://www.berlin.de/lb/patienten)

■ **Psychotherapeutenkammer Berlin**

Kurfürstendamm 184  
10707 Berlin  
Tel.: 030 – 887 140 0  
Fax: 030 – 887 140 40  
Email: [info@psychotherapeutenkammer-berlin.de](mailto:info@psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
Internet: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

■ **Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle (SEKIS)**

Bismarckstraße 101  
10625 Berlin  
Tel.: 030 – 892 660 2  
Fax: 030 – 890 285 40  
Email: [sekis@sekis-berlin.de](mailto:sekis@sekis-berlin.de)  
Internet: [www.sekis-berlin.de](http://www.sekis-berlin.de)

■ **Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft**

Bernhard-Weiß-Straße 6  
10178 Berlin  
Tel.: 030 – 902 275 050  
Email: [briefkasten@senbwf.berlin.de](mailto:briefkasten@senbwf.berlin.de)  
Internet: [www.berlin.de/sen/bjw/](http://www.berlin.de/sen/bjw/)

■ **Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales**

Oranienstraße 106  
10969 Berlin  
Tel.: 030 – 9028 0  
Email: [pressestelle@sengs.berlin.de](mailto:pressestelle@sengs.berlin.de)  
Internet: [www.berlin.de/sen/gessoz](http://www.berlin.de/sen/gessoz)

■ **Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)**

vdek-Landesverband Berlin/Brandenburg  
Friedrichstraße 50-55  
10117 Berlin  
Tel.: 030 – 25 37 74 0  
Fax: 030 – 25 37 74 19 /26  
Email: [lv-berlin.brandenburg@vdek.com](mailto:lv-berlin.brandenburg@vdek.com)  
Internet: [www.vdek.com](http://www.vdek.com)

■ **Bezirke**

Vier für Gesundheit zuständige Bezirksstadträte oder -stadträtinnen auf Vorschlag des für Gesundheit zuständigen Mitglieds des Senats

## Über die Fachstelle



Die Fachstelle unterstützt die Landesgesundheitskonferenz Berlin in ihrer Arbeit. Die Fachstelle verknüpft die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz mit den Aktivitäten vieler weiterer Akteure in Berlin und fördert so den gesundheitspolitischen Dialog. Ein Schwerpunkt dabei ist, durch Prävention und Gesundheitsförderung die Gesundheit und Lebensbedingungen der Menschen zu verbessern. Dies gilt besonders für Menschen in schwierigen Lebenssituationen: Hier ist das Potenzial, durch Gesundheitsförderung und Prävention Gesundheitsgewinne zu erzielen, besonders groß. Dies kann nur gelingen, wenn bereichs- und ressortübergreifend zusammengearbeitet wird, wie in der Landesgesundheitskonferenz Berlin. Eine der wesentlichen Aufgaben ist es, die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung durch Qualifizierungsangebote und fachlichen Austausch zu fördern. Dazu bündelt die Fachstelle Informationen, Aktivitäten und gute Beispiele in und aus Berlin.

### Aufgaben der Fachstelle

Seit 2008 übernimmt die Fachstelle eine Reihe von Aufgaben im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Geschäftsstellenfunktion der Landesgesundheitskonferenz Berlin

- fachliche Unterstützung der Arbeit der Landesgesundheitskonferenz, z. B. bei der Erarbeitung, Umsetzung und Beobachtung der Gesundheitszielprozesse
- fachliche Vor- und Nachbereitung der Gremien der Landesgesundheitskonferenz Berlin. Dies sind im Wesentlichen der Steuerungsausschuss sowie die Arbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz.
- Durchführung der Landesgesundheitskonferenzen, die mindestens einmal im Jahr öffentlich stattfinden

- Konzeption und Durchführung thematischer Gesundheitsforen der Landesgesundheitskonferenz
- Information der Öffentlichkeit über die Arbeit der Landesgesundheitskonferenz und ihrer Schwerpunkte. So wird beispielsweise vierteljährlich der Newsletter „Gesundheitsförderung aktuell“ herausgegeben, der Informationen aus Land und Bezirken bündelt.

### Gesundheitszielprozesse unterstützen

- Die Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt die Gesundheitszielprozesse der Landesgesundheitskonferenz, indem sie gemeinsam mit den Mitgliedern sowie weiteren Akteuren Themen und Handlungsfelder auswählt, in denen Gesundheitsziele formuliert werden. Die Fachstelle berät dabei die Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz fachlich und methodisch und sichert die Ergebnisse.
- Die Fachstelle begleitet die Umsetzung der Gesundheitsziele in Form eines Monitorings. Sie stellt dabei u. a. Informationen und Hinweise zu erfolgreichen Praxisbeispielen, zur Qualitätsentwicklung sowie zu bewährten Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zur Verfügung.

### Austausch und Verzahnung

- Die Bezirke tragen entscheidend zur Umsetzung der Berliner Gesundheitsziele bei. Die Fachstelle führt daher einen regelmäßigen Austausch mit den Qualitäts-, Planungs- und Koordinierungsstellen Gesundheit der Bezirksämter und unterstützt die Bezirke bei Zielprozessen und Gesundheitskonferenzen.
- Aufgabe ist auch die Zusammenarbeit und Unterstützung anderer Gesundheitsförderungsinitiativen, beispielsweise des Regionalverbundes des GesundeStädte-Netzwerkes, der Berliner Initiative für gesunde Arbeit (BIGA) oder des Masterplan Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg.
- Die Fachstelle führt des Weiteren zahlreiche Fachveranstaltungen, Expertengespräche und Workshops durch, um intersektorale und multiprofessionelle Kooperation zu fördern und Akteure zu qualifizieren.
- Ein wichtiger Partner ist die Fachstelle für Suchtprävention Berlin, die in diesem Themenfeld zahlreiche Präventionsaktivitäten durchführt.

## Webseite [www.berlin.gesundheitfoerdern.de](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de)

Mit unserer Webseite möchten wir:

- mehr Transparenz schaffen,
- die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention stärken und
- positive Impulse von der Praxis für die Praxis geben!

Auf der Webseite der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin stehen vielfältige Informationen rund um die Themen Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung. Neben den Aufgaben und Zielen der Landesgesundheitskonferenz und der Fachstelle finden Sie hier auch alle Publikationen wie etwa den vierteljährlich erscheinenden Newsletter „Gesundheitsförderung aktuell“ oder die Dokumentationen der Gesundheitsforen. Zur Unterstützung der Gesundheitsziele „Gesundheitschancen von Kinder und Jugendlichen nachhaltig verbessern – Benachteiligungen abbauen“ (2007) sowie „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten (2011)“ hat die Fachstelle fachliche Informationen, Beispiele guter Praxis sowie Empfehlungen zusammengestellt.

Sie sind hier: [Startseite](#)

### Die Fachstelle im Überblick

**Fachstelle**

Als Team der Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung begrüßen wir Sie herzlich auf unserer Internetseite!

Hier finden Sie Informationen rund um das Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Berlin. Wir möchten damit die Qualitätsentwicklung in verschiedenen Handlungsfeldern unterstützen und die Transparenz über Akteure, Aktivitäten und gute Beispiele verbessern. Mit unserer Arbeit unterstützen und begleiten wir die Partner der Landesgesundheitskonferenz Berlin im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

[» mehr](#)

### Landesgesundheitskonferenz

Mit der Landesgesundheitskonferenz besteht in Berlin eine Plattform, um die Prävention und Gesundheitsförderung, aber auch die gesundheitliche Versorgung im Zusammenspiel vieler Partner weiterzuentwickeln. Unter Vorsitz des Senators Mario Czaja sind in der Landesgesundheitskonferenz 22 Organisationen aus dem Gesundheits-, Bildungs-, Arbeits- und Sozialbereich vereint, um gemeinsame gesundheitspolitische Ziele zu definieren.

[» mehr](#)

**Aktuelles**

Februar 2012. Die Caritas startet die Kampagne „Armut macht krank“ und die Bertelsmann-Stiftung legt die Ergebnisse der neuen Studie zur Armut von Kindern unter drei Jahren vor. Lesen Sie hier

März 2012. Die neuen Merkblätter zur Vermeidung von Kinderunfällen liegen vor. Herausgeber sind die gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Weitere Informationen erhalten Sie [hier](#).

Im Rahmen der Initiative „bauchgefühl“ zur Prävention von Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen hat der BKK Bundesverband einen bundesweiten Videowettbewerb für Kinder und Jugendliche zwischen 10

### „Gesund aufwachsen in Berlin“

Die Webseite der Fachstelle stellt in dieser Rubrik konkrete Informationen zur Verfügung, wie Prävention und Gesundheitsförderung rund um Schwangerschaft und Geburt und bei Kindern im Alter von null bis sechs Jahren nachhaltig und erfolgreich umgesetzt werden können. Neben fachlichen Informationen finden sich auf der Webseite bezirkliche Beispiele, Angebote, Strukturen, Kontakte und weiterführende sowie unterstützende Hinweise rund um das Thema „Gesund aufwachsen“.

**Gesundheitsthemen**

Transparenz und Orientierung

Eltern stärken

Bereichsübergreifende Zusammenarbeit

Unterstützung in besonderen Lebenslagen

Qualifizierung von Fachkräften

### Gesund aufwachsen in Berlin

**Alles auf einen Blick**

Über die nachstehende Matrix, die sowohl die Themenbereiche als auch die Lebensphasen und die entsprechenden Settings beinhaltet, erhalten Sie schnell und unkompliziert einen direkten Zugang zu den von Ihnen gewünschten Informationen. Klicken Sie dazu einfach die entsprechende Spalte, Zeile oder Zelle an!

	Schwangerschaft & Geburt	Säuglingsalter (1. Lebensjahr)	Kindergartenalter (2. - 6. Lebensjahr)
▶ Gesundheitsthemen			
Bewegung			
Ernährung		Ernährung - Säuglingsalter (1. Lebensjahr)	
Sprachentwicklung			
Psychosoziale Entwicklung			
Zahngesundheit			
▶ Transparenz und Orientierung			
Eltern stärken			
▶ Bereichsübergreifende Zusammenarbeit			
▶ Unterstützung in besonderen Lebenslagen			
Qualifizierung von Fachkräften			
	Stadtteil	Stadtteil	Stadtteil
			Kita

**Lebensphasen**

Schwangerschaft und Geburt

Säuglingsalter (1. Lebensjahr)

Kindergartenalter (2. - 6. Lebensjahr)

**Settings**

Stadtteil

KiTa

In der Rubrik „Gesund aufwachsen in Berlin“ ermöglicht eine Matrix den bequemen und gezielten Zugriff auf die gewünschten Informationen. Diese übersichtliche Darstellung bietet den entscheidenden Vorzug, Informationen schnell und unkompliziert zu erreichen. So sind Informationen zu den Themenbereichen, den Lebensphasen und Settings, als auch Kombinationen dieser Suchkriterien abrufbar. Möchte man beispielsweise Näheres zum Thema Ernährung im Säuglingsalter erfahren, genügt ein Klick auf die entsprechende Zelle in der Matrix.

**Die einzelnen Themen sind nutzerorientiert aufbereitet:**

Eine allgemeine Einführung stellt die entsprechenden themen- und lebensphasenspezifischen Herausforderungen dar. Zur Veranschaulichung möglicher Herangehensweisen an diese Herausforderungen werden „Gute Beispiele“ aufgezeigt. Aus diesen werden Empfehlungen abgeleitet, um konkrete Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Links zu weiterführenden Informationen, Werkzeugen und Materialien erleichtern eine tiefer gehende Recherche.

**Gesundheitsthemen**

Bewegung

Ernährung

↳ **Sprachentwicklung**

Schwangerschaft und Geburt

Säuglingsalter

**Kindergartenalter**

Psychosoziale Entwicklung

Zahngesundheit

**Transparenz und Orientierung**

**Eltern stärken**

**Bereichsübergreifende Zusammenarbeit**

**Unterstützung in besonderen Lebenslagen**

**Qualifizierung von Fachkräften**

### Sprachentwicklung im Kindergartenalter

[▶ Allgemeines](#)  
[▶ Gute Beispiele](#)  
[▶ Empfehlungen](#)  
[▶ Links](#)

Um das erste Lebensjahr herum fangen die meisten Kinder an zu laufen, manche mit acht Monaten, manche mit achtzehn Monaten, auch die ersten Worte werden um den ersten Geburtstag herum ausgesprochen. Der Sprachschatz erweitert sich im zweiten Lebensjahr immer mehr und erfährt mit circa anderthalb Jahren die erste, regelrechte Explosion.

Beginnt ein Kind im Alter von etwa einem Jahr mit dem Zweitspracherwerb, also dem Alter, in dem in der Erstsprache mit der gezielten Äußerung von Einwortsätzen der Spracherwerb im engeren Sinne beginnt, so kann bei reichhaltigem Kontakt mit der Zweitsprache noch ein Einstieg in einen Doppelspracherwerb gelingen. Relativ problematisch ist der Einstieg in den Zweitspracherwerb in der Altersspanne zwischen einem und drei Jahren. Hier sind die grundlegenden Strukturen der Erstsprache noch nicht so gefestigt, dass sie als Grundlage

**Alles auf einen Blick**

**Lebensphasen**

Schwangerschaft und Geburt

Säuglingsalter (1. Lebensjahr)

Kindergartenalter (2. - 6. Lebensjahr)

**Settings**

Stadtteil

KiTa



