



Evaluierung des Pilotprojektes *gesunde kitas • starke kinder*

Abschlussbericht

Andrea Lasson, Christine Ulbrich, Wolfgang Tietze

Pädagogische Qualitäts-Informationssysteme gGmbH
Kooperationsinstitut der Freien Universität Berlin

Postfach 8, Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin

Kontakt: Tel.-Nr. 030 838 56653 Fax: 030 838 54407 e-mail: sekretariat@paedquis.de web:www.paedquis.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Gesellschaftlicher Kontext	7
2.1	Übergewicht und Adipositas als gesellschaftliche Herausforderung	7
2.2	Das Präventionsprojekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i>	9
3	Einbettung des Pilotprojekts <i>gesunde kitas • starke kinder</i> in die aktuelle Projektlandschaft	11
3.1	Vielfältige Projektlandschaft	11
3.2	Raster als Grundlage für vergleichende Analysen	17
3.3	Präventionsprojekte im Vergleich	21
3.4	Proprium des Pilotprojekts <i>gesunde kitas • starke kinder</i>	37
4	Methodik der empirischen Evaluation des Programms <i>gesunde kitas • starke kinder</i>	40
4.1	Untersuchungsfragen	40
4.2	Operationalisierung des Konzepts und Untersuchungsinstrumente	42
4.3	Untersuchungsdesign und Stichproben	47
4.3.1	Rekrutierung von Pilot- und Vergleichseinrichtungen	47
4.3.2	Stichprobenabgleich	49
4.4	Datenerhebung und Rücklauf	51
5	Umsetzung des Projekts <i>gesunde kitas • starke kinder</i> in der Praxis	55
5.1	Interne Konsistenz der Projektkomponenten	55
5.1.1	Die Bereiche <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung</i> und <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i> im Spiegel der Befragung der pädagogischen Fachkräfte	56
5.1.2	Die Bereiche <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung</i> und <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i> im Spiegel des Begeherinstruments	57
5.1.3	Der Bereich <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i> im Spiegel der Leiterinnen- und Elternbefragungen	58
5.1.4	Skalen im Vergleich	59
5.2	Umsetzung des Programms in der Perspektive beteiligter Akteure	60
5.2.1	Perspektive der pädagogischen Fachkräfte	60
5.2.2	Perspektive der externen Begeherinnen	64
5.2.3	Selbsteinschätzungen der pädagogischen Fachkräfte und Ratings der externen Begeherinnen im Vergleich	65
5.2.4	Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen	68
5.2.5	Integration der Komponenten <i>Ernährung, Bewegung</i> und <i>Entspannung</i> in den Bildungs- und Erziehungskontext im KiTa-Alltag	70
5.2.6	Qualitätsgewinn durch die Intervention aus der Perspektive der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte	78
5.2.7	Zusammenfassung	80
5.3	<i>Gesundheitsdialog</i> und Grundkomponenten <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung</i> aus der Perspektive der Eltern und Leiterinnen	81
5.3.1	<i>Gesundheitsdialog</i> aus der Sicht von Eltern und Leiterinnen	81

5.3.2	Zufriedenheit der Eltern mit der pädagogischen Arbeit in den Bereichen <i>Ernährung, Bewegung und Entspannung</i>	83
5.3.3	Elternsicht: Wichtigkeit einzelner Aspekte in den Bereichen <i>Ernährung, Bewegung und Entspannung</i> und deren Umsetzung in der Familie	84
5.3.4	Zusammenfassung	86
6	Die Implementierung aus der Perspektive der beteiligten Akteure	88
6.1	Perspektive der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte	88
6.2	Perspektive der an der Implementierung beteiligten Akteure	99
6.2.1	Projektsteuerung und Coaches	99
6.2.2	Perspektive von Akteuren aus den Arbeitsgemeinschaften	101
6.3	Zusammenfassung	104
7	Zusammenfassung und Empfehlungen	106
8	Anhang	112
8.1	Die Projekte im Raster	113
8.2	Literatur	143
8.3	Abbildungsverzeichnis	145
8.4	Tabellenverzeichnis	146

1 Einleitung

Mit dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* engagiert sich die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (*peb*) für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung und Gesundheits-erziehung, die sich als Teil der kindlichen Bildungs- und Entwicklungsprozesse begreift. *Peb* greift damit ein hoch aktuelles Thema der ganzheitlichen Förderung auf, das mit seinen Schwerpunkten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* zwar in pädagogischen Rahmenkonzeptionen vertreten ist (vgl. Nationaler Qualitätskriterien-katalog (Tietze & Viernickel, 2007); Bildungspläne der Länder (Friedrich, 2009)), jedoch in dem Programm *gesunde kitas • starke kinder* eine besondere Akzentuierung erfährt.

Ab dem Kindergartenjahr 2007/08 wurde das *peb*-Programm erstmals in 47 Tageseinrich-tungen für Kinder an den Standorten, Mülheim an der Ruhr und Bielefeld (Nordrhein-Westfalen) sowie München und der Region Augsburg (Bayern), implementiert.

Es handelt sich bei dieser Implementierung, die von dem Büro *hammerbacher GmbH – beratung & projekte* bis zum Frühsommer 2009 gesteuert und begleitet wurde, um ein Pilotprojekt, mit dem erste grundlegende Erfahrungen in der Praxis gesammelt, wissen-schaftlich aufbereitet und ausgewertet werden sollten, um diese Ergebnisse für weitere Schritte, auch eine potenzielle Verbreitung des Programms zu nutzen. Mit der Evaluierung dieses Pilotprojektes wurde PädQUIS gGmbH – Kooperationsinstitut der Freien Universität Berlin – mit leichter zeitlicher Versetzung beauftragt¹. Der Evaluationsauftrag stand dabei unter drei übergreifenden Fragestellungen:

1. Wodurch zeichnet sich das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* im Vergleich zu anderen Vorhaben im Kindergartenbereich, die auf die Prävention von Übergewicht und auf eine gesunde Lebensführung gerichtet sind, aus? Was ist das Besondere dieses Ansatzes im Vergleich zu anderen aktuellen edukativen Präventionsprojekten im Kindergartenbereich?
2. Wie gut konnte das Konzept *gesunde kitas • starke kinder* in den beteiligten Pilotein-richtungen in Mülheim an der Ruhr, Bielefeld, Augsburg und München aus der Sicht der KiTa-Leiterinnen² und der pädagogischen Fachkräfte, im Urteil unabhängiger externer Evaluatorinnen (Begeherinnen) und in der Bewertung beteiligter Eltern umge-setzt werden? Wie stellen sich die gesundheitsbezogenen Gegebenheiten in den Pilot-einrichtungen dar im Vergleich zu Vergleichseinrichtungen, die nicht an dem Pilotpro-jekt teilgenommen haben?

¹ Neben den Autoren waren verschiedene andere Mitarbeiterinnen an bestimmten Arbeiten der Evaluationsstudie beteiligt. Wir danken insbesondere Frau Dipl. Päd. Hee-Jeong Lee, Frau Dipl.-Psych. Katja Grenner und Frau Marina Jahn für ihre Unterstützung.

² In diesem Bericht wird die weibliche Form verwendet. Männer sind dabei immer mitgedacht.

3. Wie werden die Unterstützungsstrategie und die Hilfen (Workshops, Coaching, Materialien) für die Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder* von den Fachkräften in den beteiligten Piloteinrichtungen beurteilt? Wem nutzt das *peb*-Programm nach dem Urteil der Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte?

Es handelt sich damit zum einen um eine im Engeren vorempirische Fragestellung, zum anderen um zwei empirische Fragestellungen.

Im Hinblick auf die vorempirische Fragestellung war davon auszugehen, dass das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* nicht das einzige Vorhaben ist, das auf die Prävention von Übergewicht und auf eine gesunde Lebensführung von Kindern in Kindertageseinrichtungen gerichtet ist. Ein Vergleich mit 29 anderen Kindergartenprojekten, die seit 1995 in Deutschland durchgeführt wurden, dient deshalb der Verortung des *peb*-Projekts im Kontext aktueller Präventionsprojekte im Kindergartenbereich und der Herausarbeitung möglicher Besonderheiten.

In die empirische Evaluation einbezogen wurden alle 46 Pilot-Kindertageseinrichtungen³ aus den vier Projektstandorten Mülheim an der Ruhr, Bielefeld, Augsburg und München, die an dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* teilgenommen hatten. Als Vergleichsgruppe dienen 23 sog. Vergleichseinrichtungen. Diese verteilen sich anteilmäßig auf die vier Projektstandorte, unterscheiden sich in strukturellen und anderen projektrelevanten Bedingungen nicht von den Piloteinrichtungen, haben jedoch nicht an dem *peb*-Programm teilgenommen.

Alle Leiterinnen (69) sowie 353 zufällig ausgewählte pädagogische Fachkräfte (Gruppen-erzieherinnen) aus allen 69 Kindertageseinrichtungen wurden jeweils mit einem Selbstevaluationsfragebogen zur Realisierung der Qualitätskomponenten *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit Eltern* im pädagogischen Alltag befragt. Zusätzlich wurde die Umsetzung dieser Komponenten durch unabhängige externe Evaluatorinnen im Rahmen einer Begehung aller 69 Einrichtungen, verbunden mit einer im Durchschnitt fast vierstündigen Beobachtung, ermittelt.

Im Hinblick auf die dritte Fragestellung wurden die Leiterinnen (46) sowie die pädagogischen Fachkräfte (236) der Piloteinrichtungen zusätzlich zur Implementierungsstrategie des *peb*-Programms befragt. Ebenfalls wurden rund 1000 Eltern aus den Piloteinrichtungen zur Wichtigkeit und Umsetzung der Komponenten *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* aus ihrer Sicht und zum *Gesundheitsdialog* zwischen Einrichtungen und Eltern befragt.

In allen Phasen der Evaluation stießen wir auf eine engagierte Beteiligung der verschiedenen Adressaten. Dies lässt auf ein hohes Interesse aller Beteiligten an der Thematik schließen. Die folgende Darstellung ist entlang den drei überprüfenden Fragestellungen organisiert. Dargestellt werden die Methodik und die Ergebnisse. In einem abschließenden

³ Eine der ursprünglich 47 Piloteinrichtungen war im Laufe des Projekts ausgeschieden.

Einleitung

Teil werden diese verdichtet und auf ihrer Grundlage verschiedene Empfehlungen ausgesprochen.

2 Gesellschaftlicher Kontext

2.1 Übergewicht und Adipositas als gesellschaftliche Herausforderung

Seit der Jahrtausendwende sind Übergewicht und seine Folgen stark in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses gerückt. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO]) weist in ihrem Gesundheitsbericht aus dem Jahre 2002 darauf hin, dass überhöhtes Körpergewicht zu den 10 größten Risikofaktoren für die Gesundheit gehört (WHO, 2002, S. 7; 91).

Immer stärker sind auch Kinder und Jugendliche von Übergewicht und den Folgeerkrankungen betroffen (ebd., S. 60). Zahlen der WHO aus dem Jahre 2005 bestätigen einen kontinuierlichen Anstieg von Übergewicht und Adipositas bei der Weltbevölkerung (WHO, 2006b). Etwa 1,6 Milliarden Erwachsene (über 15-jährige) sind übergewichtig und mindestens 400 Millionen sind adipös. Bei den unter 5-jährigen Kindern sind mindestens 20 Millionen übergewichtig. Setzt sich dieser Trend fort, so schätzt die WHO, dass 2015 ca. 2,3 Milliarden Erwachsene übergewichtig und mehr als 700 Millionen adipös sein werden. Ursprünglich wurde Übergewicht und Adipositas als ein Gesundheitsproblem der „high-income countries“ angesehen. Mittlerweile wird es zunehmend auch in „low- and middle-income countries“, hier vor allem in Ballungsgebieten, ein Gesundheitsproblem.

Auch die Europäische Ministerkonferenz der WHO hat sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt und auf der Konferenz „Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO“ im November 2006 Ergebnisse für die europäische Region vorgestellt. Übergewicht ist in der europäischen Region für eine Million Todesfälle sowie 12 Millionen krank verbrachte Lebensjahre verantwortlich (WHO, 2006a, S. 4). Ohne Intervention werden 2010 ca. 150 Millionen Erwachsene und 15 Millionen Kinder von überhöhtem Körpergewicht betroffen sein (ebd., S. 4). Dabei ist der Zuwachs an Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auch im europäischen Raum alarmierend hoch. Die Zuwachsrate hat sich stetig beschleunigt, so dass sie 2006 auf das zehnfache gegenüber dem Jahr 1970 angestiegen ist (ebd., S. 4).

Für Deutschland wird dieser Trend von den 2006 veröffentlichten Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys belegt. Insgesamt sind 15% der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren übergewichtig und 6,3% leiden unter Adipositas (Kurth & Schaffrath Rosario, 2007, S. 737). Auf die verschiedenen Altersgruppen verteilt sich der Anteil wie folgt: 9% der 3- bis 6-jährigen Kinder, 15% der 7- bis 10-jährigen Kinder und 17% der 14- bis 17-Jährigen sind übergewichtig; 2,9% der 3- bis 6-jährigen Kinder, 6,4% der 7- bis 10-jährigen Kinder und

8,5% der 14- bis 17-Jährigen sind adipös (ebd.). Auch hier zeigen die Ergebnisse einen alarmierenden Anstieg von Übergewicht und Adipositas um 50% im Vergleich zu den Referenzwerten aus den 1980er und 1990er-Jahren. Dieser Anstieg ist jedoch in den verschiedenen Altersgruppen unterschiedlich. Der Anteil übergewichtiger Kinder steigt nach dem Schuleintritt rasch an. Bei den 14- bis 17-Jährigen hat sich der Anteil übergewichtiger Jugendlicher fast verdoppelt und der Anteil adipöser sogar verdreifacht (ebd.). Deutliche Unterschiede bei der Verteilung von Übergewicht und Adipositas zwischen Jungen und Mädchen konnten nicht festgestellt werden. Allerdings wurde ein höheres Risiko für Übergewicht und Adipositas bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus, bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern, deren Mütter ebenfalls übergewichtig sind, gefunden (ebd.). Mit dem Anstieg des Körpergewichts geht die Verringerung körperlicher und motorischer Leistungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen einher. Im Verlauf der letzten 25 Jahre ist die Belastbarkeit der Kinder hierdurch um mehr als 10 Prozent gesunken (Oppen et al., 2007, S. 880). Geringe Belastbarkeit und vor allem Übergewicht stellen erhebliche Gesundheitsrisiken dar. Typische Folgeerkrankungen von Übergewicht sind beispielsweise Bluthochdruck, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie Diabetes.

Vor diesem Hintergrund erweist sich nicht nur die Versorgung übergewichtiger und adipöser Kinder und Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland als eine bedeutsame, sondern vor allem stellt die Prävention eine zunehmend wichtige gesundheits-, sozial- und verbraucherpolitische Aufgabe dar. Die WHO hat im Jahr 2004 einen globalen Aktionsplan entworfen und damit alle Länder der Welt aufgerufen, zu den Themen *Ernährung, Bewegung* und *Gesundheit* auf globaler, nationaler, regionaler und individueller Ebene Strategien und Pläne zur Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht zu entwickeln (WHO, 2004, S. 5ff.).

In Deutschland wurde im September 2004 die „Plattform Bewegung und Ernährung e.V.“ (*peb*) auf Initiative des damaligen Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft sowie sieben weiteren Mitgliedern aus der Lebensmittelwirtschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, dem Bundeselternrat, dem Deutschen Olympischen Sportbund, den gesetzlichen Krankenkassen und der Gewerkschaft Nahrung-Genuss-Gaststätten gegründet (www.ernaehrung-und-bewegung.de). Diese Plattform ist mit rund 100 Mitgliedern aus Politik, Verbänden, wissenschaftlichen Institutionen, Interessenvertretungen und gesellschaftlichen Initiativen sowie einer Vielzahl an Unternehmen ein einzigartiges Netzwerk in Europa, das sich mit seiner Arbeit folgenden Zielen verpflichtet:

- Ab dem Jahr 2010 verringert sich der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder zum Zeitpunkt des Schulbeginns.
- Bis zum Jahr 2020 sinkt die Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen auf den Stand des Jahres 1990.

Deutschlandweit werden über diese Plattform Informationsveranstaltungen und vielfältige Aktivitäten und Projekte geplant, organisiert und durchgeführt. Ein Expertenbeirat mit namhaften Wissenschaftlern begleitet die Arbeit von *peb* mit wissenschaftlicher Expertise.

2.2 Das Präventionsprojekt *gesunde kitas • starke kinder*

Grundlegende Einstellungen und Gewohnheiten für gesundes bzw. ungesundes Verhalten entwickeln sich bereits in den ersten Lebensjahren. Daher sind diese Jahre entscheidend für die Prävention von Übergewicht und die Vermittlung eines gesunden Lebensstils. Verhaltensweisen, die im vorschulischen Alter erlernt werden, werden mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Leben lang beibehalten. Da über die Kindertageseinrichtungen über 90% der Kinder zwischen 3 und 6 Jahren erreicht werden können, hat *peb* die Arbeit mit Kindertageseinrichtungen zu ihrem Handlungsschwerpunkt gemacht. Das kindliche Verhalten wird von Bezugspersonen wie Eltern, Verwandten, Freunden, Erzieherinnen und Lehrerinnen, aber auch durch Medien geprägt; daher muss eine erfolgreiche Strategie gegen Übergewicht ebenfalls verschiedene Bezugsgruppen einbeziehen und vernetzt agieren. Für *peb* arbeiten daher Experten aus allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen intensiv zusammen.

Nach umfangreichen Recherchen über bestehende Präventions- und gesundheitsfördernde Programme sowie intensiven Diskussionen mit Best-Practice-Vorreitern und Fachpraktikern, wurde das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* ins Leben gerufen (Oldenburg, 2007). Das Programm basiert auf dem salutogenetischen Ansatz. Damit steht nicht die Vermeidung von Krankheit im Mittelpunkt, sondern die Förderung von Gesundheit. Zunächst geht es darum, die Schwerpunkte ausgewogene *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in die täglichen Abläufe des KiTa-Alltags zu integrieren. In einem weiteren Schritt soll die ganzheitliche Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung mit der Gesamtheit kindlicher Bildungs- und Entwicklungsprozesse in Verbindung gebracht werden und darüber hinaus zu einem intensiven Gesundheitsdialog mit den Eltern führen (ebd.)

Im Kindergartenjahr 2007/08 wurde das Programm *gesunde kitas • starke kinder* als Pilotprojekt in 46 Kindertageseinrichtungen an den vier Standorten Mülheim an der Ruhr, Bielefeld, Augsburg und München implementiert.

Neben dem *peb*-Projekt *gesunde kitas • starke kinder* gibt es eine Vielzahl weiterer Projekte im Setting Kindertageseinrichtung mit den Schwerpunkten *Ernährung* und / oder *Bewegung* und / oder *Entspannung*. Das Schwerpunktthema Gesundheitsprävention führte in vielen Bundesländern dazu, dass Präventionsprogramme auf Landesebene initiiert wurden. Teilweise beteiligen sich die Länder an bundesweiten Präventionsprojekten oder fördern eigene landesweite Modellprojekte, oft in Kooperation mit den jeweiligen Landessportbünden, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, den Verbraucherzentralen, den Krankenkassen etc. Daneben gibt es eine Fülle von Programmen und Projekten auf

regionaler Ebene, meist in Kooperation mit den Krankenkassen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, den Verbraucherzentralen und weiteren Beteiligten. Im Folgenden soll im Rahmen eines externen Evaluationsschritts zunächst ein ordnender Überblick über die einschlägige Projektlandschaft gewonnen werden, um anschließend das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* in dieser Projektlandschaft zu verorten. Für einen systematischen Vergleich dieser Projekte und Initiativen wird ein Kategoriensystem erarbeitet, das eine Orientierung innerhalb der Angebotsfülle ermöglicht und als Grundlage für die Einordnung der verschiedenen Projekte wie auch dann das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* dient. Auf der Grundlage dieser Analyse können Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen dem Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* und anderen ausgewählten Projekten identifiziert und das Proprium des *peb*-Programms heraus gearbeitet werden.

3 Einbettung des Pilotprojekts *gesunde kitas • starke kinder* in die aktuelle Projektlandschaft

3.1 Vielfältige Projektlandschaft

Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei den verschiedenen Bevölkerungsgruppen hat zur Entwicklung zahlreicher Interventions- und Präventionsprogrammen für unterschiedliche Adressatengruppen geführt. Auch im Kindergartenbereich sind zahlreiche Aktivitäten und Projekte entstanden. Kliche et al. (2008) ermitteln auf der Grundlage von annähernd 650 befragten Kindertageseinrichtungen aus verschiedenen Bundesländern zu Projekten und Ansätzen der Gesundheitsförderung allgemein, dass in rund 60% der KiTas solche Ansätze und Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt werden. Zählt man Projekte zur gesunden Ernährung, Bewegungsförderung und Stressbewältigung zur Kategorie der Prävention von Übergewicht und Adipositas, dann werden in zahlreichen KiTas auch solche Präventionen durchgeführt: In jeder 5. KiTa werden Projekte zu einer gesunden Ernährung, in jeder 10. KiTa zur Bewegungsförderung und in jeder 100. KiTa zur Stressbewältigung durchgeführt (ebd., S. 112f.). Die Dauer und Dichte der (aller) Projekte erwies sich dabei als sehr unterschiedlich und in vielen Fällen als eher kurz bzw. gering. Die Hälfte der Projekte dauerte weniger als sechs Wochen, rund 20% liefen höchstens zwei Wochen. Länger laufende Projekte mit einer Laufzeit von einem Jahr bildeten mit 13,1% eine Minderheit (ebd., S. 112). Der erwähnten Untersuchung lassen sich allerdings keine konkret identifizierbaren Projekte entnehmen. Die Analyseeinheiten in dieser Studie sind KiTas, nicht Projekte.

Für die vorliegende Studie mit ihrem ersten Evaluationsschritt, das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* im Kontext ähnlich gelagerter Projekte zu verorten, galt es daher eine eigene Recherche zu starten. Dabei wurde die im Qualitätssystem für Prävention und Gesundheitsförderung (QIP) enthaltene Projektdefinition zugrunde gelegt (BZgA & UKE, 2008, S. III):

„Ein Projekt ist ein abgegrenztes, in sich durchdachtes und zusammenhängend aufgebautes Vorhaben zur Prävention und Gesundheitsförderung. Man kann es z.B. erkennen an:

- Selbständiger Zielsetzung, Konzeption und Planung,
- Gesondertem Durchführungsauftrag,
- Eigener Ausstattung oder Budget,
- Besonderem Namen,
- Personell oder organisatorisch geregelter Zuständigkeit.“

Mit dieser Definition fallen Einzelmaßnahmen in einer KiTa wie z.B. ein Vortrag zu gesunder Ernährung oder zu Fragen des Übergewichts ebenso aus der Betrachtung heraus, wie breit angelegte Kampagnen und Initiativen, denen sich eine einzelne KiTa anschließen kann, ohne dass sie dabei im engeren Sinne ein Projekt durchführt. Eine weitere Einschränkung im Hinblick auf die hier infrage kommenden Projekte bestand darin, dass nur edukative, im Kindergarten verankerte und speziell auf Kinder im Kindergartenalter zielende Projekte betrachtet werden sollten, die – als Untergrenze – in wenigstens zwei Kindertageseinrichtungen liefen. Ausgeschlossen werden damit nicht nur Kleinstvorhaben, sondern auch sog. Setting-Projekte, die über bestimmte Programme oder Kampagnen in einem lokal-regionalen Raum gesundheitsbezogenes Verhalten und Verhältnisse verändern wollen. Weiterhin sollen die hier infrage kommenden Projekte in Deutschland ab 1995 durchgeführt worden sein und in Anlehnung an das zu evaluierende Pilotprojekt die Prävention von Übergewicht und Adipositas bzw. die Gesundheitsförderung im Allgemeinen zum Gegenstand haben.

Mit dieser Spezifizierung werden zahlreiche kommunale, lokale, auch teilweise landesweite und bundesweite Initiativen nicht in die Betrachtung einbezogen, auch solche, die z.B. im Rahmen des Konzept-Wettbewerbs „Besser essen. Mehr Bewegen. Der Wettbewerb“ (vgl. BMVEL, 2005) preisgekrönt worden waren. Es handelt sich bei den ausgeschlossenen Projekten um ein breites Spektrum von Initiativen, mit großer thematischer Nähe, die jedoch die o. a. Projektdefinition mit ihren zusätzlichen Spezifizierungen nicht erfüllen. Zu den nicht berücksichtigten Initiativen gehören z.B.:

Kommunal / lokal:

- *KIKS UP Bad Nauheim* (<http://www.kiksup.de/>⁴)
- *AnGel: Die Anlauf- und Koordinierungsstelle für gesundheitsbewusstes Leben* (Nordhausen) (www.angel.horizont-verein.de)
- *Paderborner Adipositasprävention und Intervention (PAPI)* (<http://papi-paderborn.de/>)
- *Es bewegt sich was in Malstatt* (Saarbrücken) (www.lags.de/Projekte)
- *Kinderregion Ostfriesland – Eine Initiative zwischen Emden und Aurich* (<http://www.besseressenmehrbewegen.de/index.php?id=183>)
- *Besser essen mehr bewegen in Groß Klein* (Rostock) (<http://www.bemb-rostock.de/>)
- *Gesund aufwachsen in ... Münster* (<http://www.muenster.de/stadt/gesundheitsamt/berg-fidel.html>)
- *Mittendrin* (Marburg) (<http://www.marburg-mittendrin.de/>)

⁴ Alle der in diesem Bericht angegebenen Internet-Adressen haben den Stand: Oktober 2009.

- *Lokale Initiative Barleben* (<http://www.liba-besseressenmehrbebewegen.de/>)
- *KINDERLEICHT – Quartier – stärken, was wirkt!* (Gelsenkirchen)
(<http://www.gesundheitshaus-gelsenkirchen.de/indexx.php?seite=kinderleicht>)
- *AGIL in Aachen – aktiver, gesünder is(s)t leichter!* (Aachen)
(<http://www.besseressenmehrbebewegen.de/index.php?id=136>)
- *Aktionsplan Holsteinische Schweiz: „Ganztags Leicht(er) leben* (Eutin)
(<http://www.bqoh.de/aktionsplan-holsteinische-schweiz.html>)
- *g’sund & g’scheit – Netzwerk für gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtungen und Schulen* (Stuttgart) (<http://www.stuttgart.de/item/show/145614>)
- *Kinderleicht und Bärenstark* (Frankfurt am Main)
(http://www.esstoerungen-frankfurt.de/downloads/Programm_2009.pdf)
- *Kinder im Gleichgewicht (KIG) Adipositas Kompetenz-Zentrum Euregio Bodensee*
(<http://www.kig-adipositas.net/>)
- *Fitti & Clever im Landkreis Leer*
(http://medien-erleben.de/public/jugendserver/index.php?option=com_docman&task=doc_view&qid=34)
- *Netzwerk Gesunde Kindergärten und Schulen im Rhein-Kreis Neuss*
(<http://www.rhein-kreis-neuss.de/de/buergerservice/presse/archiv/2005/968D66FFE0A5B8D6C1256F9D003230B7.html?PHPSESSID=0e8c7d0b48d63851900e17da6a0e2712>)
- *OptiStart Leipzig* (<http://www.optistart-leipzig.de/>)
- *Kindergarten-KNAXIADE* (Schwaben)
(<http://www.knaxiade.de/cms/website.php?id=/knaxiade/allgemeines/index.htm>)

Landesweit

- *Gesunde, soziale Stadt Hamburg*
(http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-933.html)
- *Bille in Bewegung – fitt, pfiffig und kooperativ* (Hamburg)
(http://www.billenetz.de/Bille_in_Bewegung)
- *Bremer Plattform für Ernährung und Bewegung e. V.*
(<http://www.kinderleichtgesund.de/>)
- *OPUS Netzwerk Bildung und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen*
(http://www.bug-nrw.de/cms/front_content.php?idcat=10)

- *Bewegungsfreundliche Kindergärten* – (Verbreitung in verschiedenen Bundesländern) (z.B. BewegungsKita Niedersachsen - <http://www.markenzeichen-bewegungskita.de/index.php?id=2>; BewegungsKita Hamburg - <http://www.hamburger-sportjugend.de/BewegungsKita.119.0.html>; Bewegungskindergarten Rheinland-Pfalz - <http://www.bewegungskindergarten-rlp.de/>; Bewegungsfreundliche Kindertagesstätte Thüringen - http://81.169.135.155/01/cms_lsb_ev/frontend/front_content.php?idcat=130&idart=455; Bewegungskindergärten Nordrhein-Westfalen - <http://www.wir-im-sport.de/templates/sportjugend/show.php3?id=320&nodeid=>)

Bundesweit

- *FIT KID - Die Gesund-Essen-Aktion für Kindertageseinrichtungen* (<http://www.fitkid-aktion.de/fitkit+aktion/startseite/>)
- *Fit von klein auf* (<http://www.fitvonkleinauf.de/11.0.html>)

Mit den vorgenannten Eingrenzungen als Bezugsrahmen wurde eine systematische Suche nach einschlägigen Projekten gestartet.

Die Recherche erfolgte im Wesentlichen über das Internet, mit den Suchmaschinen *google* und *google scholar* sowie über die folgenden Datenbanken:

- Datenbank „ProKiTa“ des Deutschen Jugendinstituts (www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=200)
- Praxisdatenbank der Plattform Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Gesundheit Berlin e.V. (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)
- Projektdatenbank der Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=viewcompiler&id_view=35)
- Datenbank des Öffentlichen Gesundheitsdienst in Baden-Württemberg (www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/menu/1183741/index.html)
- Projektdatenbank der Hochschule Magdeburg (www.kinderumweltgesundheit.de)
- Datenbank zur Präventionsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/842)
- Projektdatenbank des Wettbewerbs „Besser essen. Mehr Bewegen. Der Wettbewerb“ des Bundesministeriums für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (www.besseressenmehrbewegen.de/index.php?id=162type=9)

Die Recherche erbrachte 29 Projekte⁵; diese verteilen sich wie in Tabelle 1 wiedergegeben auf die Bundesländer

⁵ Die Projekt-Recherche wurde Mitte 2008 abgeschlossen.

Tabelle 1

Recherchierte Projekte nach Bundesland

Bundesland	Projekttitlel
Bundesweit	Kinder bewegen (www.kinder-bewegen.de)
Länderübergreifend	Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita (Nordrhein-Westfalen / Berlin) (www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/prj_33520.htm)
	Springmaus – Kindergarten in Bewegung (Rheinland-Pfalz / Bayern) (www.gsm-gesund.de/index.php?id=11)
Baden- Württemberg	Bewegter Kindergarten (http://213.133.108.158/cgi-bin/db/dbreout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=1925&reiter=1)
	Bewegungsfreundlicher Kindergarten (http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?435016.2.xml)
	Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund. (http://www.mhplus-krankenkasse.de/minifit.html)
	Kindergesundheit, Agenda 21 - Projekt der Stadt Karlsruhe (http://www3.karlsruhe.de/servlet/is/72503/)
	Komm mit in das gesunde Boot (http://www.gesunde-kinder-bw.de/projekt01/deutsch/home/index.html)
	Wie kommt Lisa nach Pisa? (http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_MS/Sport/AK_1_-_Vollmer.pdf)
Bayern	Gesunde Kinder – unsere Zukunft (http://www.naturheilbund.de/projekte/projekte4.htm)
	Nachhaltige Mobilitätsentwicklung - Ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten (http://www.lzg-bayern.de/netzwerk_praevention/2005/02_02_2005_080.pdf)
	Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik (http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-44195.html)
	TIGERKIDS – Kindergarten aktiv (http://www.tigerkids.de/)
Berlin	Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten (http://www.fitness-fuer-kids.de/front_content.php)
	Gesund groß werden! (http://www.kindermuseum-labyrinth.de/load_fs.html?gesund_gross_werden.html~content)

Brandenburg	Pfiffikus durch Bewegungsfluss (http://www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de/)
	Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt (http://www.besseressenmehrbeugen.de/index.php?id=79)
Niedersachsen	Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung – Eine kinderpolitische Maßnahme (www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/KUG_BEWEGUNG_ABELING_GUV.pdf)
	Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten (http://www.gesundheitberlin.de/download/Krause.pdf)
Nordrhein-Westfalen	Birnen-Bert und Süße-Susi (http://www.infoportal-praevention.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbId=372)
	Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung (http://www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/Huepfdotzchen.pdf)
	Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung (http://www.kreis-mettmann.de/index.phtml?NavID=478.700)
Rheinland-Pfalz	Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten (http://db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=2020&reiter=4,))
Saarland	Kindergarten Kids in Bewegung (www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/Projektbericht.pdf ,)
Sachsen	Gesunde Kita Leipzig (www.public-health.tu-dresden.de/dotnetnuke3/Portals/4/Veranstaltungen/KongressPraev/Praesentation/Schubert.pdf ,)
	Kinder fit machen (http://www.kinder-fit-machen.de/)
Schleswig-Holstein	Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg (http://www.flensburg.de/imperia/md/content/asp/flensburg/bildung_kultur/kitas/ernaehrungspraevention.pdf)
	Leibeslust-Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten (www.gesundheit-nds.de/downloads/05.07.07.forum3.kaestner.pdf)
Thüringen	Gesunde Kindertagesstätten erleben und gestalten (http://www.agethur.de/index.php?id=95)

3.2 Raster als Grundlage für vergleichende Analysen

Für die Analyse der Projekte galt es ein gemeinsames Raster zu entwickeln und anzuwenden. Als Ausgangspunkt hierfür wurde das von der BZgA (2005) entwickelte „Qualitäts-raster für Präventionsmaßnahmen“ herangezogen. Das Raster unterscheidet vier Hauptkategorien: Konzept-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität, die im Einzelnen genauer beschrieben werden (ebd., S. 17-29). Für den vorliegenden Zweck waren allerdings gewisse Veränderungen erforderlich. Zum einen galt es bei der Spezifizierung dieser vier Hauptdimensionen in Unterkategorien, eine gewisse Medizin-Lastigkeit zurückzunehmen und damit das Raster stärker für edukative Programme anzupassen. Zum anderen erwies es sich als sinnvoll, zwei weitere Hauptkategorien für die Analyse hinzuzufügen: die Kategorie „Rahmenbedingungen“, aufgegliedert in 10 Unterkategorien mit Informationen u.a. zu Projekttyp, Träger und Partnern, Projektsteuerung, teilnehmenden Einrichtungen, Laufzeit und Finanzierung sowie eine Kategorie „Dissemination“ mit Informationen zu Replikationen und Verbreitung des Projekts sowie weiteren begleitenden Forschungen.

Insgesamt entstand auf dieser Weise ein Raster mit 25 Einzelkategorien. Diese sind in der Tabelle 2 dargestellt. Die einzelnen Kategorien beziehen sich dabei auf folgende Sachverhalte:

Einbettung des Pilotprojekts *gesunde kitas • starke kinder* in die aktuelle Projektlandschaft

Tabelle 2

Kategoriensystem zur Bewertung von Präventionsprogrammen für Tageseinrichtungen für Kinder

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Name		1.6 Ort / Region
1.2 Projekttyp		1.7 Anzahl teilnehmender Einrichtungen
1.3 Projektträger		1.8 Projektlaufzeit
1.4 Projektsteuerung		1.9 Finanzierung
1.5 Projektpartner		1.10 Informationsquellen
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Zielgruppe	3.1 Zielbereiche / Interventionsbereiche	4.1 Programmablauf
2.2 Adressaten der Intervention	3.2 Einzelziele	4.2 Durchführung
2.3 Interventionszeitraum	3.3 Wissenschaftlicher Begründungs- zusammenhang	
2.4 Qualifikation der Leistungserbringer	3.4 Implementierungsstrategie	
2.5 Material für die Zielgruppe / Adressaten		
2.6 Netzwerk		
5 Ergebnisqualität Evaluation des Programms		
6 Dissemination		
6.1 Replikation & Verbreitung		
6.2 Weitere Begleitung / weitere Evaluation		

1. Rahmenbedingungen

Der **Name** (1.1) sowie der **Projekträger** (1.3) des Projekts dienen der grundlegenden Identifizierung des Projekts.

Um ein Projekt besser einordnen zu können und dessen Zielsetzungen zu verstehen, sollte eine Zuordnung zu einem **Projekttyp** (1.2) vorgenommen werden können. In der Regel lassen sich Projekte danach unterscheiden, ob sie einmalig durchgeführt werden, ob es sich um Modellprojekte mit einer beispielhaften Umsetzung handelt, die nach einem ersten Durchlauf in die Breite gehen oder um Pilotprojekte, bei denen vorgesehen ist, dass in der „Pilotphase“ wichtige Erfahrungen gesammelt werden können, um das Projekt-Konzept dann überarbeitet und verbessert weiterzuführen. Des Weiteren gibt es Forschungsprojekte, die wissenschaftlichen Fragen nachgehen bzw. Grundlage für die Entwicklung wissenschaftlicher Produkte sind. Projekte können weiterhin völlig unabhängig implementiert werden; sie können aber auch als eigenständiges Projekt in einem Netzwerk durchgeführt werden oder selbst ein Netzwerkprojekt bilden.

Die Gesamtheit der Tätigkeiten, die mit der erfolgreichen Umsetzung eines Projektes zusammenhängen, wird als **Projektsteuerung** (1.4) bezeichnet. Die Verantwortung für diese Steuerung wird von einigen Projektträgern selbst wahrgenommen, von anderen an andere Institutionen, Organisationen oder Personen delegiert.

Projektträger suchen häufig auch verschiedene **Projektpartner** (1.5), die das Projekt in einer bestimmten Art und Weise unterstützen.

Wichtig ist auch, dass der **Ort** bzw. die **Region** (1.6), in denen das Projekt durchgeführt wird, die **Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen** (1.7) und die **Projektlaufzeit** (1.8) des Projekts bekannt sind. In der Einzelkategorie Projektlaufzeit wird im Raster der Zeitraum angegeben, in dem das Projekt erstmalig durchgeführt wurde, d.h. der Zeitraum der Pilot- / Modellphase. Weiterhin ist die **Finanzierung** (1.9) ein bedeutsames Kriterium. Damit die wesentlichen Angaben nachvollzogen werden können, sollten entsprechende **Informationsquellen** (1.10) ausgewiesen sein.

2. Strukturqualität

Zur Strukturqualität eines Projekts gehört die Festlegung einer **Zielgruppe** (2.1) und der **Adressaten der Intervention** (2.2). Dabei wird der Begriff der Zielgruppe weit gefasst. Unter Zielgruppe werden die Personen zusammengefasst, bei denen potentielle Veränderungen durch direkte oder indirekte Maßnahmen erwartet werden. Die Adressaten sind demgegenüber Personen, an die sich bestimmte Maßnahmen direkt richten. Sie sind die Multiplikatorinnen / Mediatorinnen der Projekthalte.

Der **Interventionszeitraum** (2.3), der die Dauer eines Projektdurchgangs bezeichnet, sowie die **Qualifikation der Leistungserbringer** (2.4) sind weitere bedeutsame Faktoren dieser Qualitätsdimension. Weitere wichtige Kriterien der Strukturqualität sind das Vorhandensein

von projektbezogenem **Material für die Zielgruppen bzw. Adressaten** (2.5) sowie der Aufbau eines **Netzwerks** (2.6) zur Unterstützung des Projekts sowie seiner Nachhaltigkeit.

3. Konzeptqualität

In dieser Qualitätskategorie werden die **Zielbereiche bzw. Interventionsbereiche** (3.1) des Projekts benannt und die **Einzelziele** (3.2) formuliert. Dabei sollten Zielsetzungen nach Möglichkeit nicht nur für den Enderfolg, sondern auch für die Einzelschritte festgelegt werden. Neben konkreten Zielen, die sich auf die zentralen Bausteine beziehen, zählen auch allgemeine Ziele, wie z.B. die Sicherstellung der Nachhaltigkeit des vermittelten Wissens / Könnens bzw. die Möglichkeit der dauerhaften Implementierung der Projektinhalte zu den Einzelaspekten dieser Kategorie.

Für eine gute Konzeptqualität sollte ein **wissenschaftlicher Begründungszusammenhang** (3.3) vorhanden sein, welcher die zentralen Bausteine des Projekts beleuchtet sowie den Aufbau des Projektkonzepts theoretisch begründet.

Die **Implementierungsstrategie** (3.4) schließlich beschreibt, wie das Projekt bekanntgemacht und an die Zielgruppe herangetragen wird.

4. Prozessqualität

Zur Sicherung der Prozessqualität sollte ein **Programmablauf** (4.1) vorliegen, in dem die Inhalte, Methoden und Abläufe des Programms schriftlich festgehalten sind. Weiterhin gehört zur Prozessqualität eine Beschreibung der **Durchführung** (4.2) mit ihren einzelnen Komponenten.

5. Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird über eine Evaluation untersucht, die im Anschluss an Bortz und Döring hier als „die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzepts, des Untersuchungsplanes, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“ (2009, S. 96) verstanden wird. Je nach Stadium der Entwicklung eines Programms bzw. der Durchführung eines Projekts können unterschiedliche Aspekte, Ziele, Methoden und Arbeitsschritte im Vordergrund stehen sowie eine eher formative oder summative Evaluation vorgenommen werden. Ebenso kann zwischen einer von den Projektträgern selbst durchgeführten internen Evaluation und einer externen, von einer unabhängigen Instanz durchgeführten Evaluation unterschieden werden.

6. Dissemination

Bei der Unterkategorie **Replikation & Verbreitung** (6.1) interessiert, ob eine Ausdehnung des Projekts bereits im Vorfeld erwogen wird oder sich aus den Ergebnissen der Pilotphase

ergibt. Von Bedeutung ist auch, ob nach der Beendigung der Pilotphase **weitere Begleitung bzw. weitere Evaluation** (6.2) in Zusammenhang mit dem Projekt oder den Projektmaßnahmen vorgesehen ist oder durchgeführt wird.

Jedes der 29 recherchierten Projekte wurde nach Maßgabe der 25 Analysekatoren untersucht. Die Analyseergebnisse sind für jedes Projekt in Kurzform im Anhang dokumentiert (vgl. S. 114 – 143). Im Folgenden werden zusammengefasste Ergebnisse berichtet.

3.3 Präventionsprojekte im Vergleich

Bei der Sichtung des zum Teil sehr umfangreichen Informationsmaterials fällt auf, dass die Dokumentation der Projekte häufig nicht wissenschaftlichen Standards entspricht. Die Angaben in den Rastern sind daher zum Teil ungenau⁶. Bemühungen, in bestimmten Punkten nach zu recherchieren, waren nicht immer erfolgreich. In verschiedenen Unterdimensionen waren oft nur wenige bzw. unklare Informationen zu finden. Es kann angenommen werden, dass an diesen Stellen Lücken im Projekt-Konzept vorhanden sind. Dies betrifft Kernbereiche wie Angaben zu *Materialien für die Zielgruppe / Adressaten* (2.5), zur *Implementierungsstrategie* (3.4) und zum *Programmablauf* (4.1) sowie zur *Ergebnisqualität* (5) und zur *Dissemination* (6). Bezüglich der Informationen zum Programmablauf sollte allerdings nicht außer acht gelassen werden, dass detaillierte Informationen hierzu oft nur den Projekt-Mitarbeitern und den im Projekt teilnehmenden Personen zugänglich gemacht werden. Beim Vergleich der recherchierten Projekte mit dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* muss beachtet werden, dass den Autoren des vorliegenden Berichts aufgrund des Evaluationsauftrags tiefere Einblicke in das Projekt-Geschehen durch den Projektträger *peb* sowie durch die Projektsteuerung *hammerbacher GmbH – beratung & projekte* ermöglicht wurden als dies bei den anderen Projekten der Fall war.

Im Folgenden werden zuerst die 29 ermittelten Projekte zusammenfassend betrachtet. Anschließend wird das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* hinsichtlich der Qualitätsdimensionen analysiert.

Rahmenbedingungen

Von den insgesamt 29 Projekten sind 20 dem *Projekttyp* Modellprojekt zuzuordnen, d.h. es handelt sich dabei um Modelle, die nach einem ersten Durchlauf in die Breite gehen sollen. Zwei dieser Modellprojekte, *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt* sowie *Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung*, sind dabei in ein größeres Netzwerk

⁶ Die Projekt-Informationen in den Rastern wurden bis Mitte 2008 zusammengetragen. Es ist nicht auszuschließen, dass seitdem für einzelne Projekte weitere Informationen zugänglich sind.

unterschiedlicher Angebote zur Gesundheitsförderung in der Stadt Templin bzw. zur Prävention von Übergewicht im Landkreis Rhein Neuss eingebunden. Acht Projekte sind Pilotprojekte, also Projekte, bei denen in einer „Pilotphase“ wichtige Erfahrungen zusammen getragen werden, um nach anschließender Auswertung und Optimierung weitergeführt zu werden. Von diesen acht Pilotprojekten ist das Projekt *Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten* ebenfalls in ein Netzwerk, „Optimale Kindergesundheit des Landes Schleswig Holstein“ (optiKids), integriert. Das Projekt *Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund* stellt im Kern ein eigenes Netzwerkprojekt dar, d.h. dieses Projekt bietet den Kindertageseinrichtungen der Stadt Ludwigsburg nicht nur Gesundheitsförderung in den Einrichtungen, sondern bildet gleichzeitig ein Stützsystem verschiedener Informationsquellen sowie unterschiedlicher Veranstaltungen, auf das Kindertageseinrichtungen und Eltern zurückgreifen können.

Projektträger sind mehrheitlich die Gesundheitsämter der Städte bzw. Landkreise. Vier Projekte werden von Universitäten getragen bzw. mitgetragen. Zwei Projekte liegen in der Trägerschaft von Krankenkassen; Krankenkassen treten allerdings häufig als Projekt-Partner auf und sind in 12 Fällen auch Finanzgeber. Weitere Träger sind Stiftungen, Gesellschaften und Landesvereinigungen sowie Landes- bzw. Stadtsportbünde.

In 20 Projekten liegt die *Projektsteuerung* beim Projektträger, manchmal auch nur bei einem der genannten Projektträger, wenn mehrere Träger genannt werden. In weiteren sechs Projekten liegt die Projektsteuerung beim Projektträger, wird jedoch von weiteren Partnern in dieser Funktion ergänzt. Das heißt, die Steuerung der Projekte wird überwiegend (26 von 29) von dem Projektträger bzw. den Projektträgern selbst übernommen. Nur in zwei Projekten, nämlich *Kinder fit machen* sowie *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, handelt es sich bei der Projekt-Steuerung um ganz andere Institutionen. Bei einem Projekt konnten keine näheren Informationen zur Projektsteuerung ermittelt werden.

Projektpartner sind überwiegend Landesministerien und Ämter aus den Ressorts Jugend, Familie, Soziales und Gesundheit sowie Landwirtschaft und Sport. Weiterhin sind häufig Krankenkassen und einige Male auch der Gemeindeunfallversicherungsverband und die Landesunfallkasse sowie Universitäten Projekt-Partner. Landes- und Stadtsportbünde, Sportvereine sowie Kindertageseinrichtungen und Schulen werden ebenfalls in manchen Fällen genannt. Auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, die Verkehrswacht, das Deutsche Rote Kreuz und Gesellschaften und Vereine, verschiedene Wirtschaftsunternehmen sowie Fachberatungen, Freie Träger, Arztpraxen, einzelne Kleinunternehmen und vereinzelte andere Institutionen / Arbeitsgruppen / Menschen gehören zu den angegebenen Projektpartnern. Nur in dem Projekt *Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg* ist ein Bundesministerium, nämlich das Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft Partner. Bei fünf Projekten werden keine Partner angegeben.

Ort / Region: Von den insgesamt 29 Projekten wurden 16 Projekte in jeweils nur einer Stadt und vier Projekte in mehreren Städten durchgeführt. Weitere vier Projekte wurden in einem

Kreis und ein Projekt in einer Region implementiert. Ein Projekt ging landesweit in die Erprobung, zwei Projekte in zwei Bundesländern und nur ein Projekt bundesweit.

Die *Anzahl der an einem Projekt teilnehmenden KiTas* lag zwischen zwei und 117. Das in dieser Hinsicht größte Projekt ist mit 117 teilnehmenden Einrichtungen *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, das in verschiedenen Orten in Bayern durchgeführt wurde. Das Projekt mit der geringsten Zahl teilnehmender Einrichtungen, nämlich zwei Einrichtungen, eine in Rheinland-Pfalz und die andere in Bayern, ist *Springmaus – Kindergarten in Bewegung*. Die nächst größten Projekte nach *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* hatten 34, 29, 26 bzw. 20 teilnehmende Einrichtungen. An der überwiegenden Anzahl der Projekte nahmen zwischen drei und 13 Einrichtungen teil, mit einer Häufung bei drei, sechs und neun Einrichtungen. Drei Projekte, nämlich *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt* und *Gesunde Kinder – unsere Zukunft* sowie *Gesund groß werden!* bezogen auch Schulen mit ein, letzteres Projekt auch Horte und einen Freizeitclub. Das Projekt *Nachhaltige Mobilitätsentwicklung – ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten* spricht 40 bis 50 KiTa-Gruppen pro Jahr an. Dieses Modellprojekt wurde erstmals im Jahr 1995 durchgeführt. Von September 1996 bis Dezember 1997 wurde das Modellprojekt *Gesunde Kindertagesstätten erleben und gestalten* erprobt. Auch *Hüpfdötzchen – Kindergarten in Bewegung* führte die Modellphase im Kindergartenjahr 1996 / 1997 durch. Ab dem Jahr 1998 haben sukzessive weitere Projekte ihre Modell- / Pilotphase begonnen mit einer Häufung von Initiativen in den Jahren 2003 bis 2005. Die aktuellsten Projekte sind *Gesund groß werden!* mit einer Laufzeit der Modellphase bis März 2008 und *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita*, welches im Jahr 2009 die Modellphase abschließt. Bei sechs Projekten ist die Modell- / Pilotphase auf einen Zeitraum von unter einem Jahr begrenzt, z.B. in den Projekten *Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung* und *Kinder fit machen*. Der überwiegende Teil der Projekte führt eine Modell- / Pilotphase durch, die sich über rund ein Jahr (10 x) bzw. zwei Jahre (5 x) erstreckt. In vier Projekten, wie z.B. *Gesund groß werden!* und *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* erstreckt sich diese Laufzeit über ca. drei Jahre und in drei Projekten, u.a. *Kinder bewegen* und *Bewegter Kindergarten* über vier Jahre. In einem Projekt finden sich keine genauen Angaben über die Projektlaufzeit.

Die *Finanzierung* gestaltet sich sehr unterschiedlich. Nur zwei Projekte werden von den Projektträgern allein finanziert: *Komm mit in das gesunde Boot* und *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita*. In den meisten Fällen sind die Projektträger zusammen mit den Projektpartnern (8 x) bzw. nur die Projektpartner (6 x) die Geldgeber. Zwei Projekte werden von den Projektträgern und anderen Geldgebern finanziert und weitere zwei Projekte, *Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten* und *Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten* erhalten Geld von nicht beteiligten Stellen. Für neun Projekte bleibt unklar, wie sie finanziert werden.

Informationen über alle 29 Projekte sind im Internet verfügbar. Die Menge der Informationsquellen sowie die Ausführlichkeit dieser variieren stark. Einige Projekte, *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, *Früh übt sich*, *MINIFIT*, *Von klein auf gesund*, *Kinder fit machen*, *Kinder bewegen*, *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* sowie *Fitness für Kids – Frühprävention im*

Kindergarten, sind mit eigenen Internetseiten vertreten, auf denen viele verschiedene Informationen abrufbar sind. Die Mehrheit der Projekte werden jedoch über Internetseiten der Träger oder der ausführenden Städte bzw. Regionen beschrieben oder auch in verschiedenen Datenbanken, wie z.B. der Datenbank „ProKiTa“ des Deutschen Jugendinstituts oder der Projektdatenbank des Wettbewerbs „Besser essen. Mehr Bewegen. Der Wettbewerb“ erwähnt. Die Quantität sowie die Qualität der Informationen auf diesen Seiten variiert erheblich.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Typischerweise handelt es sich bezüglich der Rahmenbedingungen bei den hier analysierten Projekten um Modellprojekte, deren Träger überwiegend Gesundheitsämter von Städten oder Landkreisen sind und gleichzeitig auch die Projektsteuerung innehaben. Projektpartner sind neben Landesministerien und Ämtern aus den Bereichen Jugend, Familie, Gesundheit und Soziales sowie Landwirtschaft und Sport häufig auch Krankenkassen. Häufig beteiligen sich sowohl Projektträger wie auch Projektpartner an der Finanzierung des Projekts. Insgesamt dominiert das Modell des lokalen Vorhabens, gebunden an einen Ort mit einer typischen Anzahl von drei, sechs oder neun teilnehmenden Einrichtungen.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

Das *peb*-Projekt *gesunde kitas • starke kinder* stellt vom *Projekttyp* ein Pilotprojekt dar und ist ähnlich, wie manche anderen Projekte auch, in ein Netzwerk eingebettet. Eine gewisse Besonderheit besteht darin, dass der *Projektträger*, *peb*, nicht eine „Einzel-Institution“ darstellt, die mit anderen Institutionen in einem Netzwerk zusammen arbeitet, sondern selbst eine Netzwerkorganisation bildet mit Mitgliedern aus verschiedenen Bereichen und damit auch unterschiedlichen Interessenschwerpunkten. *Peb* als Träger verfügt damit über einen breiten Referenzrahmen mit einer Fülle an Informationen und Wissen, Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten, muss diese aber vorab in ein Programm integrieren.

Entgegen den üblichen Übereinstimmungen von Träger und *Projektsteuerung* wurde in dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* die Projektsteuerung ausgelagert. Eine ähnliche Vorgehensweise findet sich in den Projekten *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* und *Kinder fit machen*. Die Auslagerung der Projektsteuerung hat den Vorteil, dass dem Projektträger eine weitere Institution zur Seite steht, die das gesamte Vorhaben gestaltet und durchführt, als Ergänzung zu möglicherweise einseitigen Auffassungen des Projektträgers und unabhängig von internen, evtl. hinderlichen Organisationsstrukturen.

Projektpartner sind jeweils die Projektkommunen, in München zusätzlich die freien Träger. Solche Partnerschaften sind auch in den anderen Projekten üblich.

Ort / Region: Im Vergleich zu den meisten Projekten unüblich, agiert das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* bereits in der Pilotphase Bundesland übergreifend. Von den recher-

chierten Projekten gibt es nur zwei, nämlich *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita* und *Springmaus – Kindergarten in Bewegung*, die ihr Programm in der Pilotphase in zwei unterschiedlichen Bundesländern implementieren.

Mit 46 *teilnehmende Einrichtungen* liegt das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* in Bezug auf die Projektgröße über dem Durchschnitt. Nur das Projekt *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* ist ähnlich groß angelegt. Hier werden in zwei Pilotphasen 42 bzw. 75 Kindertagsstätten mit einbezogen. Für die wissenschaftliche Evaluation ist eine größere Anzahl beteiligter Einrichtungen von Vorteil, da nur bei einer angemessenen Stichprobengröße verlässliche Aussagen getroffen werden können.

Zusammen mit den Modellprojekten *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita* und *Gesund groß werden!* gehört das Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* zu den aktuellsten Modell- / Pilotprojekten. Mit einer *Projektlaufzeit* von insgesamt zwei Jahren liegt *gesunde kitas • starke kinder* im üblichen Zeitrahmen der einschlägigen Projekte.

Üblicherweise ist der Projektträger auch in die *Finanzierung* mit eingebunden, so auch bei *gesunde kitas • starke kinder*. Zusätzlich wird dieses Projekt jedoch auch und überwiegend aus Bundesmitteln (Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und vom Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL)) finanziert, was in keinem anderen Projekt der Fall ist.

Zur *Information* der Öffentlichkeit pflegt das Netzwerk eine eigene Homepage, in der das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* einen eigenen Bereich hat. Diese ergiebige Art der Informationsaufbereitung im Internet findet sich auch in einigen anderen Projekten wie *Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.*, *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, *Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten*, *Pfiffkuss durch Bewegungsfluss* und *Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung* sowie *Kinder fit machen*.

Strukturqualität

In 18 der 29 Projekte werden als *Zielgruppe* Kinder, pädagogische Fachkräfte und Eltern angegeben, in weiteren 10 Projekten werden diese Zielgruppen noch um weitere Personengruppen ergänzt⁷. Dazu gehören u.a. das KiTa-Team inkl. hauswirtschaftliches Personal, Übungsleiterinnen, Angehörige von Sportvereinen, Verantwortliche auf kommunaler Ebene und des Gesundheitssystems, Träger, Lehrerinnen, Fachkräfte aus dem Bereich *Ernährung* und *Gesundheit* sowie diverse Multiplikatorinnen. In einem Projekt, nämlich *Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten*, werden Kinder und pädagogischen Fachkräfte, nicht aber die Eltern als Zielgruppe angegeben. Da alle 29 Projekte im Setting Kindergarten stattfinden, ist davon auszugehen, dass es sich bei der Zielgruppe Kind um Kinder im vorschulischen

⁷ In dem Begriff „Zielgruppe“ werden die Personen zusammengefasst, bei denen potentielle Veränderungen durch direkte oder indirekte Maßnahmen erwartet werden. Demgegenüber bezeichnet der Begriff „Adressaten“ die Personen, an die sich bestimmte Maßnahmen direkt richten und die dann als Multiplikatoren / Mediatoren der Projekthalte wirken.

Alter handelt. Ob damit immer die gesamte Altersspanne gemeint ist, bleibt bei 14 Projekten unklar. In den anderen 15 Projektbeschreibungen wird die Zielgruppe durch konkrete Altersangaben eingegrenzt. Danach gehören überwiegend 3 bis 6-jährige Kinder zur Zielgruppe. In zwei Projekten ist das Alter sogar auf 4- bzw. 5- bis 6-jährige eingegrenzt. Weitere zwei Projekte erklären auch 2-jährige Kinder zur Zielgruppe. In drei Projekten zählen Kinder von Geburt an zur Zielgruppe: *Kindergesundheit, Agenda-21 – Projekt der Stadt Karlsruhe, Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik* und *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt*.

Adressaten der Intervention sind in allen Projekten die pädagogischen Fachkräfte bzw. das KiTa-Team. In 20 Projekten werden auch Eltern und in 15 Projekten ausdrücklich auch Kinder als Adressaten genannt. In 10 Projekten sind neben den pädagogischen Fachkräften und / oder Eltern und / oder Kindern weitere Adressaten aufgeführt, nämlich hauswirtschaftliches Personal der Kindertageseinrichtungen, Übungsleiterinnen, Sportvereine, Verantwortliche auf kommunaler und lokaler Ebene und des Gesundheitssystems, Träger, Lehrerinnen, Fachkräfte aus dem Bereich *Ernährung* und *Gesundheit* sowie diverse Multiplikatorinnen. In sechs Projekten sind Zielgruppe und Adressaten identisch.

Überwiegend ist der *Interventionszeitraum* identisch mit der Projektlaufzeit. Dies ist nicht der Fall bei *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, welches eine Interventionszeit von einem Jahr aufweist, sich jedoch in der Pilotphase insgesamt über zwei Jahre erstreckt. Grund hierfür ist, dass die der Intervention vorangegangene Entwicklungsphase Bestandteil der Projektlaufzeit ist. Auch das Projekt *Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten* läuft insgesamt über zwei Jahre, obwohl die eigentliche Interventionszeit nur ein Jahr beträgt, da hier die Modifizierung und eine erneute Erprobung des Projekt-Konzepts zur Laufzeit der Pilotphase dazu gehört. Das Projekt *Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten* weist eine 6-monatige Interventionszeit auf, erstreckt sich jedoch insgesamt über 15 Monate. Auch hier gehört eine Phase der Materialentwicklung zum gesamten Zeitraum des Pilotprojekts. In 10 Projekten liegt die *Interventionszeit* unter einem Jahr. Die kürzeste Intervention ist dabei 12 Wochen und zwar im Projekt *Kinder fit machen*. In acht Projekten ist sie auf ein KiTa-Jahr begrenzt, in vier Projekten läuft die Intervention zwei und in drei Projekten drei Jahre. In den Projekten *Kinder bewegen, Bewegter Kindergarten* und *Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg* erstreckt sich die Intervention über vier Jahre. Für *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt* ist keine zeitliche Begrenzung des Interventionszeitraums vorgesehen.

In vier Projekt-Informationen wurden keine klaren Angaben über die *Qualifizierung der Intervenierenden* gefunden. In zwei Projekten wurden fachspezifische Dozentinnen angegeben. In weiteren sieben Projekten wird Fachpersonal der Projekt-Partner eingesetzt. In den restlichen 16 Projekten wurden verschiedene Angaben gemacht. Überwiegend wurde angegeben, dass Übungsleiterinnen, Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte, Sportpädagoginnen, Ökothrophologinnen, Ärzte, Sozialpädagoginnen und Therapeuten die Intervention in den Einrichtungen durchführen.

Die Informationen über vorhandene *Materialien für die Zielgruppen / Adressaten* waren sehr unterschiedlich und unvollständig, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass es mehr Materialien gibt als an dieser Stelle recherchiert werden konnte. In den Beschreibungen von 12 Projekten wurden keine näheren Angaben zu Materialien gemacht. Für die Projekte, in denen Material erwähnt wird, konnte in den meisten Fällen kein Einblick in die Materialien selbst erfolgen. Im Rahmen von vier Projekten sind Materialien, wie z.B. Flyer, Newsletter, Elternbriefe sowie Faltblätter vorhanden. Umfangreichere Materialien, wie z.B. konkrete Arbeits- und Umsetzungsvorschläge für die pädagogischen Fachkräfte, häufig deklariert als Handbuch, lose Blattsammlung, Skripte, Handreichungen oder Stundenentwürfe, wurden in 13 Projekten erwähnt. Die Materialien der Projekte *Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten*, *Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten*, *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* und *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* sowie *Gesund groß werden!* sind besonders erwähnenswert, da sie sowohl Unterlagen zur Vorbereitung bzw. Einarbeitung und Anleitung als auch solche zur Durchführung der Projekt-Konzepte zur Verfügung stellen.

Zum Aufbau eines *Netzwerks* werden in sieben Projekten keine näheren Angaben gefunden, in einem Projekt ist ein solcher Aufbau nicht vorgesehen. Die Vernetzung der teilnehmenden KiTas wird ausdrücklich in drei Projekten unterstützt. In den restlichen Projekten ist eine Vernetzung mit Sportvereinen und Sportanbietern, Schulen, städtische, staatliche und private Institutionen und politischen Instanzen sowie anderen Netzwerken und Projekten vorgesehen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Typischerweise handelt es sich bezüglich der Strukturqualität bei den hier analysierten Projekten um solche, die sich an pädagogische Fachkräfte von Kindertageseinrichtungen, Eltern und Kinder wenden. Die Intervenierenden sind meist Übungsleiterinnen, Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte, Sportpädagoginnen und Ökotrophologinnen. Die Projekte zeigen ein breites Spektrum an Interventionszeit: zwischen 12 Wochen und 4 Jahren. Projektmaterialien sind kein Standard. Sie sind in sehr unterschiedlichem Umfang und Konkretisierungsgrad vorhanden. Eine Vernetzung der Projekte wird verschieden stark forciert.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

<p>Die <i>Zielgruppe</i> des Projekts <i>gesunde kitas • starke kinder</i> sind Kinder im Vorschulalter. Das Projekt hat damit einen eindeutigen Fokus. Im Vergleich zu anderen Projekten ist die Zielgruppe jedoch nicht auf das Kindergartenalter (3 – 6 Jahre) begrenzt, sondern erstreckt sich auf die gesamte Altersspanne der 0- bis 6-jährigen Kindern. Nur in den Projekten <i>Kindergesundheit</i>, <i>Agenda 21-Projekt der Stadt Karlsruhe</i>, <i>Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik</i>, <i>Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt Templin</i> und <i>Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung</i> gehören auch die jüngsten Kinder zur Zielgruppe. Ähnlich wie in vielen anderen Projekten, gehören neben den Kindern auch die Eltern</p>

sowie die KiTa-Teams zu der Zielgruppe.

Als *Adressaten der Intervention* werden in dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* nur die pädagogischen Fachkräfte, bzw. das KiTa-Team angesprochen. Dies ist auf dem ersten Blick ungewöhnlich, da der *Gesundheitsdialog mit den Eltern* ausdrücklich zu den zentralen Komponenten des Projekts gehört. Dass die Eltern nicht als direkte Adressaten in Erscheinung treten, liegt daran, dass das KiTa-Team im Verlauf des Projekts Strukturen und Methoden speziell für die Elternarbeit entwickelt und Eltern auf diesem indirekten Weg in den Verlauf und die Inhalte des Projekts eingebunden werden. In diesem Vorgehen kann ein Vorteil gesehen werden, insofern als sich die Kindergärten den individuellen Gegebenheiten anpassen können und ihre bisherigen Erfahrungen zur Elternarbeit projektbezogen in ihre Elternarbeit einfließen lassen können.

Der *Interventionszeitraum* von 12 bis 18 Monaten⁸ ist bei *gesunde kitas • starke kinder* länger als der Interventionszeitraum bei der Mehrheit der Projekte. Ähnlich wie bei *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv, Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten* und *Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten* unterscheidet sich die Interventionszeit von der Laufzeit des Projektes, da die der eigentlichen Interventionszeit in den Einrichtungen vorausgehenden Arbeiten auch zum Projekt gehören.

Wie in allen recherchierten Projekten handelt es sich bei den *Intervenierenden* um geschultes, qualifiziertes Fachpersonal. Erwähnenswert erscheint eine gezielte Führung des intervenierenden Fachpersonals durch die Projektsteuerung.

Das *Material für die Zielgruppe / Adressaten* des Projektes *gesunde kitas • starke kinder* ist im Netz für alle Interessierten und Beteiligten einsehbar und verfügbar (Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte, Faltblatt, sämtliche Dokumentationen der Auftakt- und Informationsveranstaltungen sowie der Netzwerkkonferenzen). Der Umfang der im Netz dokumentierten und nutzbaren Projektunterlagen erscheint größer als bei den meisten anderen Projekten.

Die *Netzwerkbildung* des Projektes ist außerordentlich ausgeprägt. Zum einen profitiert das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* von dem bereits bestehenden Netzwerk der *peb*. Zum anderen ist eine zusätzliche Vernetzung von lokalen Ansprechpartnern und / oder zuständigen Experten aus themennahen Bereichen für die direkte Begleitung der Pilotphase über die sogenannten örtlichen Projekt-Arbeitsgemeinschaften (Projekt-AG's) initiiert worden. Eine solche Vernetzung ist zwar häufig auch in anderen Projekten festzustellen, allerdings ist der Grad dieser Vernetzung, die Einbindung der Netzwerkpartner und die Koordination deutlich stärker als in anderen Projekten. Diese Projekt-AG's stellen eigene unterstützende Ebenen zur Sicherung der Projektrealisation dar. Sie beinhalten regelmäßige, fest installierte Treffen, mit dem Ziel, das aufgebaute Netzwerk sowie die Projektinhalte auf Dauer zu verankern. Der Aufbau dieser Netzwerke mit lokalen Partnern sowie ihren Möglichkeiten der Unterstüt-

⁸ Die große Spanne im Interventionszeitraum kommt daher zu Stande, dass die Intervention in den einzelnen Standorten zeitversetzt begonnen wurde.

zung sind Bestandteil der jeweiligen Kooperationsvereinbarungen. Weiterhin hat *peb* durch die Berufung einer Beratergruppe aus Fachwissenschaftlerinnen und Fachpraktikerinnen ein überregionales Netzwerk aufgebaut, welches das Pilotprojekt kritisch begleitet. Zusätzlich finden im Verlauf der Projektzeit zwei überregionale Netzwerkkonferenzen zu verschiedenen Themen statt.

Konzeptqualität

Von den insgesamt 29 Projekten widmen sich 10 Projekte ausschließlich dem *Zielbereich / Interventionsbereich Bewegung* und vier Projekte ausschließlich dem Ziel- / Interventionsbereich *Ernährung*. Eine Kombination der Bereiche *Bewegung* und *Ernährung* findet sich in vier Projekten. Weitere sieben Projekte thematisieren *Bewegung*, *Ernährung* sowie andere Bereiche wie z.B. *Verkehrserziehung*, *Mobilität*, *Sicherheit* oder *Naturheilkunde*. Zwei Projekte beschäftigen sich mit dem Bereich *Bewegung* im Zusammenhang mit *Gesundheitsbildung*. Das Projekt *Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten* thematisiert die *allgemeine Gesundheitsförderung* durch Selbstwertstärkung. Das Projekt *Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung* thematisiert *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung*.

Die *Einzelziele* in den jeweiligen Zielbereichen sind in allen Projekten sehr ähnlich. Es werden jedoch unterschiedliche Schwerpunkte je nach Zielbereich gesetzt. Außerdem unterscheiden sich die genannten Ziele in dem Grad der Konkretisierung. Es gibt kein Projekt ohne Angabe von Zielen. Insgesamt wird in folgenden sechs Projekten ausdrücklich die Prävention von Übergewicht und Bewegungsmangel angegeben als ein Übergeordnetes Ziel: *Springmaus – Kindergarten in Bewegung*, *Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund*, *Gesunde Kinder – unsere Zukunft*, *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*, *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt* und *Birnen-Bert und Süße-Susi*.

Die Informationen über den *wissenschaftlichen Begründungszusammenhang* sind sehr unterschiedlich. In einigen Projekt-Beschreibungen wird deutlich auf den dem Projekt zugrundeliegenden theoretischen Rahmen verwiesen, in anderen ergeben sich Hinweise auf das theoretische Gerüst zwischen den Zeilen. In fünf Projekten konnten keine näheren Hinweise gefunden werden. Die Mehrzahl der Projekte, nämlich zehn, stützt sich auf entwicklungstheoretisches und bewegungstherapeutisches Wissen. Von diesen zehn Projekten verbinden jeweils zwei diese Grundlagen mit der aktuellen Bildungspolitik (*Hüpfdötzchen – Kindergarten in Bewegung* und *Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung – Eine kinderpolitische Maßnahme*) bzw. mit ernährungswissenschaftlichen Aspekten (*Kindergesundheit, Agenda-21 – Projekt der Stadt Karlsruhe* und *Komm mit in das gesunde Boot*). Weitere vier Projekte stützen sich auf Grundlagen aus den Bereichen der Psychomotorik, Bewegungstherapie und Sportpsychologie. Fünf Projekte verweisen ausdrücklich auf ernährungswissenschaftliche Zusammenhänge, davon konzentriert sich das Projekt *Gesunde Kita Leipzig* auf die Entstehung von Adipositas. Das Projekt *Ich bin Ich – Gesund-*

heitsförderprogramm für Kindergärten basiert auf dem salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky, *Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund und Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindesalter* wurden in Anlehnung an Praxiserfahrungen entworfen, das Projekt *Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik* fußt auf der Grundlage des Bewegungsansatzes von Emmi Pikler und Elfriede Hengstenberg und das Projekt *Gesund groß werden!* entstand als Reaktion auf regionalpolitische Entwicklungen.

In 17 Projekt-Beschreibungen wird die *Implementierungsstrategie* der Projektträger bzw. der Projektsteuerung, ihr Vorhaben bekannt zu machen und KiTas zu finden, in denen das Programm implementiert werden kann, beschrieben, allerdings unterschiedlich detailliert. In der Regel wurden die Einrichtungen der Stadt bzw. der Region angesprochen und aufgrund eigener Interessensbekundung ihrerseits als Modell-KiTas ausgesucht. Sowohl die Implementierungsstrategie des Projekts *Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg* als auch die des Projekts *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* wirken besonders ausgereift. Der Anstoß für das Projekt in Flensburg kam aus der Praxis selbst. In einer Leiterinnen-Runde wurde besprochen, dass die Ernährungssituation in den Flensburger KiTas verbessert werden muss und dafür fachliche Unterstützung notwendig sei. Die Thematik wurde theoretisch aufbereitet und ein Ist-Zustand in den Einrichtungen ermittelt. Diese Erkenntnisse führten zur Entwicklung und Durchführung des Interventionskonzepts. Schon im Vorfeld der eigentlichen Interventionsphase werden im Projekt *Pfiffikus* funktionierende Strukturen etabliert und Rahmenbedingungen geschaffen, so dass dieser organisatorische Teil nicht Zeit von der eigentlichen Arbeit mit den pädagogischen Fachkräften in dem Zielbereich wegnimmt. Bei 12 Projekten waren keine Angaben über die Vorgehensweise ersichtlich.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Typischerweise handelt es sich bezüglich der Konzeptqualität bei den hier analysierten Projekten um solche, die *Bewegung* als Zielbereich fokussieren, ggf. kombiniert mit *Ernährung*. Insoweit ähneln sich die angegebenen Ziele der Projekte, setzen jedoch unterschiedliche Schwerpunkte und werden verschieden konkretisiert. Die Informationen zur wissenschaftlichen Fundierung variieren; oft werden unterschiedliche theoretische Ansätze kombiniert. Die Implementierungsstrategie wird häufig nur z. T. dargestellt bzw. selten differenziert beschrieben; bei fast der Hälfte der Projekte lässt sich keine explizite Implementierungsstrategie erkennen.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

<p>Das Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> ist durch folgende <i>Zielbereiche</i> gekennzeichnet: <i>Bewegung</i>, <i>Ernährung</i> und <i>Entspannung</i> verbunden mit einem darauf gezielten <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i>. Eine solche Kombination der drei Zielbereiche <i>Bewegung</i>, <i>Ernährung</i> und <i>Entspannung</i> findet sich nur in einem weiteren Projekt: <i>Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung</i>. Mit der gleichwertigen Betonung des Bausteins <i>Entspannung</i> hebt sich</p>

das peb-Projekt von den anderen Projekten ab. Zwar findet sich das Thema *Entspannung* auch in anderen Projekten, jedoch eher unterschwellig, z.B. als integrierter Bestandteil von Bewegung. Eine Besonderheit besteht darin, dass die Zielbereiche in der Umsetzung explizit mit der üblichen Bildungsarbeit in den KiTas verbunden werden, also in eine ganzheitlich ausgerichtete KiTa-Arbeit integriert werden. Weiterhin erhält der Einbezug der Eltern durch einen eigenen Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* einen besonderen Stellenwert und wird dadurch stärker akzentuiert als in den meisten anderen Projekten. Eine detaillierte Ausführung der *Einzelziele* im Referenzrahmen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b) bietet den Projektteilnehmern eine außerordentliche Konkretisierungshilfe bei der Umsetzung.

Der theoretische Hintergrund ist bei vielen Projekten ein Bestandteil des *wissenschaftlichen Begründungszusammenhangs*. So finden sich auch im peb-Projekt theoretische Ausführungen z.B. zu Bedingungen der Salutogenese, zum Wechselverhältnis von Gesundheit und Bildung oder zu speziellen Risikogruppen hinsichtlich kindlicher Gesundheit. Erwähnenswert ist die intensive Auseinandersetzung mit Hintergrundrecherchen zu Best-Practice Beispielen sowie zur Prävention von Übergewicht und Adipositas. Insofern schließt der wissenschaftliche Begründungszusammenhang ein breites, durch Auswertung externer Quellen gewonnenes Erfolgswissen ein. Von den 29 Projekten fußt nur das Projekt *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* auch auf einer solchen interdisziplinären Recherche zur Wirksamkeit von Präventionsprojekten.

Die *Implementierungsstrategie* des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* folgt einer detaillierten Strategie auf mehreren Ebenen und erscheint deutlich differenzierter als in allen anderen Projekten. Auf einer ersten Ebene wird das Projekt und seine Thematik, über verschiedene überregionale Veranstaltungen bekannt gemacht. Auf einer zweiten Ebene ist die Implementierung auf die Bildung lokaler Netzwerke, den Projekt-AG's, verschiedene Gruppierungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zur lokalen Verankerung und Unterstützung des Projekts, gerichtet. Auf einer dritten Ebene wird die Implementierung in den KiTas durch einen sich über ein bzw. eineinhalb Jahren erstreckenden Interventionsprozess in den Einrichtungen mit Materialien, Workshops und Coaching-Prozessen unterstützt, Maßnahmen, die einem strukturierten Ablaufkonzept folgen. Diese komplexe Implementierungsstrategie auf verschiedenen Ebenen wird durch eine zentrale Steuerungsinstanz organisiert und begleitet.

Prozessqualität

Ob die oft sehr knappen Informationen zum Ablauf der Projekte überhaupt im Sinne eines *Programmablaufs* zu werten sind, ist nicht immer leicht zu entscheiden. In drei Fällen wurden keine Angaben hierzu gefunden, bei vier weiteren Projekten lässt sich aus anderen Projektinformationen vermuten, dass ein schriftlicher Ablauf existiert. Für 16 Projekte gab es kurze

Einblicke oder Überblicke, was in der Interventionszeit geschieht, für weitere zwei Projekte ist ein solches Programm im Entstehen. Detaillierte Angaben zum Programmablauf weisen folgende vier Projekte auf: *Wie kommt Lisa nach Pisa?* (Projektdokumentation), *Gesunde Kindertagesstätten erleben und gestalten* (Handbuch), *Nachhaltige Mobilitätsentwicklung – Ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten* (schriftlich ausgearbeitete Stundenvorschläge) und *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* (Fortbildungscurriculum).

Schwerpunkt bei der *Durchführung* der Projekte bildet die Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte (24x). In fünf Projekten erhalten die pädagogischen Fachkräfte eine Art Anleitung oder Beratung zur Umsetzung der Projektinhalte (z.B. *Nachhaltige Mobilitätsentwicklung – ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten* und *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt*). In sechs der 24 Projekte, wie z.B. im Projekt *Wie kommt Lisa nach Pisa?* und dem Projekt *Bewegungsfreundlicher Kindergarten*, werden die Fortbildungen individualisiert auf die Situation in der einzelnen KiTa zugeschnitten. In einigen Projekten, z.B. *Lott Jonn – Kindergarten in Bewegung*, in dem auch ein Körperkoordinationstest bei den Kindern durchgeführt wird, werden ergänzend zu den Fortbildungen der pädagogischen Fachkräfte auch Vor- und Nachbesprechungen sowie Auswertungsseminare durchgeführt. In wenigen Projekten, in denen die KiTa-Teams Fortbildungen erhalten, werden sie zusätzlich bei der praktischen Umsetzung der Inhalte durch eine Begleitung während der Interventionszeit unterstützt. Die Qualität sowie die Quantität dieser Begeleitung variiert jedoch. So wird den pädagogischen Fachkräften im Projekt *Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik* eine telefonische Begleitung angeboten, während im Projekt *Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten* ca. alle 2 Monate Beratungstreffen vor Ort stattfinden. Die Teilnehmerinnen des Projekts TIGERKIDS – Kindergarten aktiv erfahren während der Intervention eine Begleitung über das Internet. Die an den Projekten *Gesunde Kinder – unsere Zukunft* und *Gesund groß werden!* teilnehmenden Einrichtungen erhalten nach Abschluss des Projekts Zertifikate.

In 15 der insgesamt 29 recherchierten Projekte vermitteln von außen kommende Fachkräfte Kenntnisse und praktische Projektinhalte direkt an die Kinder, üblicherweise im Rahmen von Aktionstagen, Übungsstunden oder Bewegungstests. Dies geschieht in einigen Projekten gleichsam modellhaft, als „Vorlage“ für die pädagogischen Fachkräfte, so dass diese die Intervention am Kind selbstständig weiterführen können. Derart durchgeführte Projekte sind z.B. *Fitness für Kids - Frühprävention im Kindergarten* und *Gesunde Kinder – unsere Zukunft*. Eine Ist-Analyse der Bewegungsfertigkeiten der Kinder wird in einigen Projekten wie z.B. *Bewegter Kindergarten* ergänzend durchgeführt.

In 23 von den recherchierten 29 Projekten gehört die Einbindung von Eltern zur Projektdurchführung. Die häufigsten Formen sind Elternabende, Elternbriefe und Infoveranstaltungen, mit entsprechenden Themenschwerpunkten. In dem Projekt *Komm mit in das gesunde Boot!* werden eigens für die Eltern 4 Bausteine angeboten. In einem weiteren Projekt werden die Eltern verköstigt (*Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt*), in zwei anderen Projekten wird der Elternabend extern angeleitet (*Nachhaltige*

Mobilitätsentwicklung – ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten und Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik). Weitere Möglichkeiten der Elternarbeit sind: Vor- und Nachbereitung von Themenbausteinen in Zusammenarbeit mit Eltern, Zusammenarbeit mit den Eltern über einen dazu zur Verfügung stehenden Verein, Bildungsangebote, Bewegungsangebote für Eltern und Kinder in einem Sportverein, Elternforen, Vortragsreihen für Eltern, Fortbildungen für Eltern sowie Workshops für Eltern. Quantitativ variiert die Einbindung der Eltern in den Projekten stark. Während in einzelnen Projekten nur ein Elternabend angeboten wird, wenden sich andere Projekte mit verschiedenen Angeboten und kontinuierlich an die Eltern.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Typischerweise handelt es sich bezüglich der Prozessqualität bei den hier analysierten Projekten um solche, die auf Fortbildung der pädagogischen Fachkräfte als Schwerpunkt der Intervention setzen. In einigen Projekten werden Inhalte von externen Übungsleiterinnen über Bewegungstests und Übungsstunden direkt an die Kinder vermittelt. Zugleich haben diese „Lektionen“ prototypischen Charakter und dienen den pädagogischen Fachkräften als Modell. Selten finden strukturierte Prozessbegleitungen über den gesamten Interventionszeitraum statt; soweit vorhanden, variieren diese quantitativ und qualitativ erheblich. In den meisten Projekten werden Eltern eingebunden, überwiegend durch unidirektionale Informationen wie Elternabende, Elternbriefe und andere Infoveranstaltungen.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

Ähnlich wie in den meisten recherchierten Projekten gibt es auch beim Projekt *gesunde kitas • starke kinder* in den der Öffentlichkeit zugänglichen Projekt-Informationen nur einen groben Überblick über den *Programmablauf*. Detaillierte Informationen zum Ablauf der Intervention wurden den Autoren dieses Berichts im Rahmen der Evaluation zugänglich gemacht. Ein Alleinstellungsmerkmal des *peb*-Projekts besteht darin, dass sich die *Durchführung* und Begleitung zentral auf den Coaching-Ansatz stützt (Oldenburg, 2007). Keines der anderen recherchierten Projekte arbeitet in dieser ausdrücklichen Form damit. Das Coaching erweist sich üblicherweise als effektiv, wenn es nicht nur um die Vermittlung von Inhalten geht, sondern auch um deren Verinnerlichung und um eine Veränderung in den Denk- und Handlungsstrukturen der Betroffenen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008a). Die Durchführungsphase des *peb*-Projekts beginnt mit einem eineinhalbtägigen Workshop. An diesen Workshops nehmen die beteiligten KiTa-Teams und wenige Einzelpersonen aus den entsprechenden Fachverwaltungen teil. In diesem Workshop erarbeitet sich jedes KiTa-Team ein Arbeitsprogramm für die Projektlaufzeit mit konkreten Zielen, die bis zum Ende des Projektes umgesetzt sein sollen. Am Ende des Workshops werden zwischen den Coaches und der KiTa-Leiterinnen die ersten Coaching-Termine vereinbart. Die Ergebnisse des Workshops werden dokumentiert und allen Kindertageseinrichtungen

vor dem ersten Coaching-Termin zugeschickt. Der Coaching-Prozess läuft über 12 – 15 Monate mit Coaching-Terminen alle 8-10 Wochen in der jeweiligen Einrichtung. Ein Coaching-Termin dauert zwischen 1,5 – 2 Stunden. Alle Mitglieder des KiTa-Teams haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Coaches telefonisch und per E-Mail zu erreichen. Außerdem stehen die Coaches in den Wochen, in denen sie zum Coaching vor Ort sind, bei besonderem aktuellem Bedarf für weitere kurze Termine zur Verfügung. Die Ergebnisse jeder Coaching-Stunde werden jeweils zum Schluss der Stunde einvernehmlich festgehalten. Der Durchführungsprozess ist insgesamt so angelegt, dass die Umsetzung der Ziele des *peb*-Projekts und die Interpretation der Umsetzungsschritte in den pädagogischen Handlungszusammenhang in den Kindertageseinrichtungen in der Verantwortung der handelnden Fachkräfte liegen, sie dabei aber durch die diesen Prozess begleitenden Coaches eine Unterstützung erhalten, die für die gesamte Durchführungsphase strukturell gesichert ist.

Ergebnisqualität

Alle 29 Projekte wurden auf Ergebnisqualität hin geprüft. Speziell wurde untersucht, ob eine Evaluation konstitutiver Bestandteil eines Projekts ist, ob nach wissenschaftlichen Standards vorgegangen wurde und ob Ergebnisse veröffentlicht wurden. Diese Recherche verlangte eine gewisse Hartnäckigkeit. Um Angaben zur Evaluation der Projekte zu finden, musste nicht nur auf den jeweiligen Webseiten gezielt nach den Informationen gesucht werden; in vielen Fällen musste bei den zuständigen Projektträgern oder –partnern eine spezielle Nachfrage gestartet werden. Sicherung und Nachweis der Ergebnisqualität gehören offensichtlich nicht zum selbstverständlichen Standard aller hier betrachteten Projekte.

Für 21 von insgesamt 29 Projekten konnten mehr oder weniger detaillierte Informationen zur Evaluation recherchiert werden. Von diesen 21 Projekten wurden in 18 Projekten die Evaluationen extern von Universitäten oder Hochschulen / Fachhochschulen durchgeführt, die den Standorten der Projekte geografisch entsprechen; die Sporthochschule Köln ist insgesamt dreimal in Evaluationen involviert. In einem Projekt wurde die Evaluation intern vom Träger selbst durchgeführt. Die beiden Projekte *Früh übt sich*, *MINIFIT*, *Von klein auf gesund*, sowie *Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt*, die aus dem Konzept-Wettbewerb „Besser essen. Mehr bewegen. Der Wettbewerb“ (vgl. BMVEL, 2005) stammen, sollen im Rahmen dieses Wettbewerbs durch die Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BfEL) in Karlsruhe evaluiert werden. Bisher konnten Einzelheiten zum Erhebungsdesign und möglichen Ergebnissen nicht gefunden werden.

Ob die Evaluation konstitutiver Teil eines Projekts war, konnte nicht immer eindeutig bestimmt werden. Eine Evaluation als konstitutiver Bestandteil eines Projekts kann an unterschiedlichen Dingen ersichtlich werden. Beispielsweise ist eine Evaluation konstitutiver

Teil des Projektes, wenn vor Projektbeginn feststeht, dass eine Evaluation durchgeführt wird. Ein Hinweis darauf kann auch ein Pre-Test sein, der zu Beginn eines Projektes durchgeführt wird. Eine sichere Abgrenzung war jedoch nicht immer möglich. In insgesamt 11 Projekten wurde ein Pre-Post-Test-Design durchgeführt, davon wurden in den folgenden neun Projekten Messungen sowohl bei einer Stichprobe aus der Interventionsgruppe als auch bei einer Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe durchgeführt: *Kinder bewegen*, *Kindergesundheit*, *Agenda 21 – Projekt der Stadt Karlsruhe*, *Komm mit in das gesunde Boot*, *Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik*, *Fitness für kids – Frühprävention im Kindergarten*, *Pfiffikus durch Bewegungsfluss*, *Hüpfdötzchen – Kindergarten in Bewegung* und *Lott John – Kindergarten in Bewegung* sowie *Kindergarten Kids in Bewegung*. Wie die Stichproben zusammengestellt wurden, wird nicht immer erläutert. Bestandteil der Evaluationen sind in der Regel überwiegend standardisierte Motorik-Tests. Lediglich bei der Evaluation von *Pfiffikus durch Bewegungsfluss* wird neben der Durchführung von Motorik-Tests auch die Entwicklung der Kinder durch breiter ansetzende standardisierte Entwicklungstests vor und nach der Intervention erhoben. In manchen Projekten werden zusätzlich zu den standardisierten Tests qualitative Befragungen zur Fortbildung und / oder anderen projektbezogenen Themen bei den pädagogischen Fachkräften (*TIGERKIDS – Kindergarten aktiv*) sowie in einigen Fällen auch bei den Eltern durchgeführt. In einem Projekt, nämlich *Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung – Eine kinderpolitische Maßnahmen*, welches durch die Universität Hannover, Fachbereich Erziehungswissenschaften und dem Institut für Psychologie und Soziologie sowie dem Institut für ästhetische Erziehung evaluiert wurde, sah man, zusätzlich zu den Befragungen von Eltern und pädagogischen Fachkräften sowie dem Experteninterview mit den Leiterinnen, eine Befragung der Kinder mit der Smiley-Methode vor. In den folgenden Projekten werden ausschließlich Befragungen durchgeführt: *Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten*, *Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätte* und *Kinder fit machen* sowie *Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg*.

Für acht der insgesamt 29 Projekte konnten nur äußerst rudimentäre bzw. keine Angaben über eine Evaluation gefunden werden. Das Projekt *Leibeslust-Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten* wurde über 7 Monate von einer Dipl. Soziologin prozessbegleitend evaluiert. Welche Methoden dabei eingesetzt wurden und welche Ergebnisse herausgekommen sind, konnte nicht ermittelt werden. Das Projekt *Gesunde Kindertagesstätten erleben und gestalten* wird von dem Projektträger, der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (AGETHUR e.V.), evaluiert, allerdings finden sich auch hier keine näheren Angaben über Methoden und mögliche Ergebnisse. Auch das Projekt *Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita* wird einmal jährlich evaluiert, allerdings konnten keine nähere Angaben über Erhebungsdesign, wer die Evaluation durchführt und über bisherige Ergebnisse ermittelt werden. Das Projekt *Bewegungsfreundlicher Kindergarten* führt interne Auswertungen der Projektinhalte durch, allerdings ist nicht ersichtlich, in welcher Form dies geschieht. Das Projekt *Nachhaltige Bewegungsentwicklung – ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten* erwähnt eine positive Rückmeldung der pädagogischen Fachkräfte, wobei sich die Frage stellt, auf welchem Verfahren die Rückmeldung

basiert. Das Projekt *Gesund groß werden* arbeitet ohne wissenschaftliche Evaluation, weist jedoch eine sehr ausführliche, einsehbare Projektdokumentation auf. Die Projekte *Gesunde Kinder - unsere Zukunft* und *Wie kommt Lisa nach Pisa?* sind die einzigen der 29 Projekte, in dem gar keine Evaluation oder wissenschaftliche Begleitung erwähnt wird; über das Projekt *Wie kommt Lisa nach Pisa?* gibt es jedoch auch eine ausführliche Projektdokumentation.

Leider liegen zu den Projektevaluationen nicht immer Berichte vor. Von den insgesamt 24 Projekten, in denen überhaupt eine Art Evaluation erwähnt wurde, gibt es bei 15 Evaluationsberichte bzw. Projektberichte oder –dokumentationen, in denen auch Aussagen zur Evaluation getroffen werden. In welcher Ausführlichkeit über die Evaluation und ihre Ergebnisse berichtet wird, variiert stark. Auch sind die Berichte unterschiedlich zugänglich: 11 Berichte sind im Netz verfügbar, die anderen vier waren über Anfrage beim Projektträger erhältlich.

Zusammenfassend kann man bezüglich der Ergebnisqualität festhalten, dass die überwiegende Anzahl der Projekte evaluiert wird, meist im Rahmen universitärer Begleitforschung. Es bestehen jedoch große Unterschiede bezüglich Umfang, Design, Kriterien und Transparenz sowie Veröffentlichung und Nutzung der Ergebnisse.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

Für das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* ist eine externe, von Projektträger und Projektsteuerung unabhängige Evaluation konstitutiv. Die Evaluation bezieht sich auf die Pilotphase des Projekts und ist an zwei übergreifenden Zielstellungen orientiert: der Umsetzung der Komponenten *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* in den Piloteinrichtungen im Vergleich zu Einrichtungen ohne die Programmintervention und der Bewertung der Implementierungsstrategie des Programms durch die pädagogischen Mitarbeiterinnen der Piloteinrichtungen. Aussagen zu Evaluationen bei einer Verbreitung des Programms liegen bis jetzt nicht vor.

Dissemination

Eine *Verbreitung* der Pilot- bzw. Modellprojekte ist in 16 der recherchierten Projekte erfolgt, überwiegend im engeren regionalen Raum, in dem die Pilot- / Modellprojekte durchgeführt wurden, teilweise auch landesweit. Die Projekte *Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.* und *Leibeslust - Lebenslust* erfahren eine Bundesland übergreifende, *TIGERKIDS – Kindergarten aktiv* sogar eine bundesweite Ausdehnung.

Bei den restlichen 13 Projekten wird der Umfang der Verbreitung nicht immer deutlich. Für fünf Projekte ist eine Verbreitung vorgesehen bzw. nicht auszuschließen, in einem Fall sogar mit konkretem Zeitraum angegeben. Bei sechs Projekten konnten keine Angaben zur

Verbreitung des Programms ermittelt werden, in weiteren zwei Projekten war eine Verbreitung von vornherein nicht vorgesehen.

Bei der Verbreitung bzw. Weiterführung von Projekten ist in 14 Fällen eine *weitere Begleitung*, in der Regel durch den Projektträger, vorgesehen. Eine *weitere Evaluation* ist im Rahmen von zwei Projekten geplant (Pfiffikus durch Bewegungsfluss und Kindergesundheit, Agenda-21 – Projekt der Stadt Karlsruhe). *TIGERKIDS - Kindergarten aktiv* wird in der Phase der Verbreitung sowohl weiter begleitet wie auch evaluiert. Bei den restlichen 12 Projekten ist eine weitere Begleitung nicht vorgesehen bzw. fehlen Angaben dazu.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Rund die Hälfte der Projekte werden nach einmaliger Durchführung nicht weitergeführt. Der tatsächliche Umfang der Dissemination ist bei den weitergeführten Projekten oft nicht genau zu ermitteln.

gesunde kitas • starke kinder im Vergleich

Das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* hat in der Stadt Halle an der Saale einen ersten Transferstandort erfahren. Das Projekt ist als ein Vertiefungsbaustein für den von McKinsey entwickelten und im Eigenbetrieb Kindertagesstätten laufenden Veränderungsprozess „KiTa-Frühling“ angelegt. *peb* führt das Projekt gemeinsam mit dem Eigenbetrieb Kindertagesstätten der Stadt Halle und in Kooperation mit dem Institut bildung:elementar durch (Lückemeyer, 2008). Es beteiligen sich 13 Kindertageseinrichtungen mit Kindern im Alter zwischen null und zehn Jahren. In Halle nutzt *peb* die Chance, die in den westdeutschen Bundesländern Nordrhein-Westfalen und Bayern entwickelten Vorgehensweisen, auf die strukturell unterschiedlichen Gegebenheiten des KiTa-Bereichs in Sachsen Anhalt anzuwenden. Das Projekt wird hier mit derselben im zeitlichen Ablauf etwas kondensierten Implementierungsstrategie durchgeführt wie in der Pilotphase. Eine der Pilotphase vergleichbare Evaluation ist nicht vorgesehen.

3.4 Proprium des Pilotprojekts *gesunde kitas • starke kinder*

Das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* ist nicht das einzige Vorhaben, das auf die Prävention von Übergewicht und auf eine gesunde Lebensführung von Kindern in Kindertageseinrichtungen gerichtet ist. Der im vorangegangenen Kapitel erfolgte Vergleich mit 29 anderen Kindertagesstättenprojekten, die seit 1995 in Deutschland durchgeführt wurden, zeigt – neben einer Reihe von Gemeinsamkeiten – eine gewisse Alleinstellung des *peb*-Projekts in folgenden Hinsichten:

- Die meisten anderen Projekte in Kindertageseinrichtungen, die auf die Prävention von Übergewicht und auf die Gesundheit von Kindern gerichtet sind, thematisieren nur eine darauf bezogene Komponente, im Regelfall Bewegung oder Ernährung. Das

Projekt *gesunde kitas • starke kinder* ist mit vier simultan berücksichtigten Komponenten umfassend angelegt: *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern*.

- Das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* verfolgt einen „integrierten“ Ansatz, indem die Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* in die normale KiTa-Arbeit und den üblichen KiTa-Ablauf integriert, mit anderen Bildungsinhalten verzahnt und dabei das gesamte KiTa-Team einbezogen wird. Das Projekt grenzt sich damit insbesondere von „Paket-“ oder „Koffer-Ansätzen“ ab, die vorwiegend nur von außen an die Einrichtungen herangetragen werden und von speziell ausgebildeten (internen oder externen) Experten / Trainern durchgeführt werden.
- Für das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* wurde eine intensive und individuelle Interventionsstrategie gewählt. Durch Start- und Abschluss-Workshops und einer fast 1 1/2 –jährigen dazwischen liegenden Coaching-Phase sollen die KiTa-Teams begleitet und befähigt werden, die Inhalte des Programms an die Gegebenheiten vor Ort anzupassen und in ihrem KiTa-Alltag zu integrieren. Mit dieser Strategie ist die Chance der Nachhaltigkeit des Projekts gegeben.
- Um die Inhalte des Projekts dauerhaft zu sichern, wurde an jedem Pilotstandort mit lokalen Verantwortungsträgern ein Netzwerk von örtlichen Projekt-AG's gebildet.
- Der Projektträger wie auch die Projektsteuerung betreiben eine intensive Öffentlichkeitsarbeit. Über die Homepage von *peb* sind Interessierten aktuelle Projekt-Information sowie Informationen über die projektbegleitenden Netzwerkkonferenzen zugänglich. Insgesamt ist dadurch eine hohe Transparenz der Projekthinhalte gegeben und ein Forum für neue Interessenten geschaffen.
- Zusätzlich führt die Projektsteuerung eine ausführliche Prozessdokumentation durch, die als Grundlage für ein lernendes System verstanden werden kann.
- Mit der Evaluation des Projekts durch eine externe, vom Projektträger und der Projektsteuerung unabhängige Instanz sowie der anschließenden Veröffentlichung des Evaluationsberichts unterstreicht *peb* ihr transparentes Vorgehen und sucht gleichzeitig wissenschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden.
- Die Implementierung des Pilotprojekts in mehr als einem Ort und in zwei verschiedenen Bundesländern erlaubt es, den Erfolg des Projekts über regionale und landespolitische Rahmenbedingungen hinweg einzuschätzen.
- Mit der Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen liegt eine Stichprobengröße für die Pilotphase vor, bei der Effekte auf der Ebene der einzelnen KiTas zwar registriert, gleichzeitig aber auch relativiert werden und somit eine gewisse Verallgemeinerung der Evaluationsergebnisse ermöglicht wird.

Einbettung des Pilotprojekts *gesunde kitas* • **starke kinder** in die aktuelle Projektlandschaft

In den folgenden Abschnitten werden Anlage und Ergebnisse der empirischen Evaluation des *peb*-Projekts während der Pilotphase berichtet.

4 Methodik der empirischen Evaluation des Programms *gesunde kitas • starke kinder*

Die empirische Evaluation verfolgt drei übergreifende Ziele:

- Zum einen soll untersucht werden, inwieweit die Piloteinrichtungen den Zielen des Programms *gesunde kitas • starke kinder* gegen Ende der Interventionszeit entsprechen.

Dies geschieht hauptsächlich durch einen Vergleich der Piloteinrichtungen mit Vergleichseinrichtungen, die keine Intervention erhielten. Der Vergleich erfolgt dabei sowohl auf der Grundlage von Selbstauskünften des pädagogischen Personals als auch auf der Grundlage des Urteils unbeteiligter externer Evaluatorinnen, die im Weiteren als „Begeherinnen“ bezeichnet werden.

- Zum anderen soll ermittelt werden, wie das pädagogische Personal der Piloteinrichtungen die Interventionsstrategie mit ihren verschiedenen Facetten, Handlungsebenen und Materialien erlebt hat und diese bewertet.
- Schließlich soll auch untersucht werden, wie die Grundkomponenten des Programms aus der Sicht der Eltern in den Piloteinrichtungen gehandhabt werden, wie wichtig ihnen ausgesuchte Aspekte des Programms sind und wie sie diese in den eigenen familiären Erziehungsalltag integrieren.

In diesem Kapitel wird ein Überblick über alle wesentlichen Elemente der Methodik gegeben werden: Einem ersten Abschnitt, in dem die Untersuchungsfragen spezifiziert werden (3.1), folgen Ausführungen zur empirischen Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder* mit seinen zentralen Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* und den Untersuchungsinstrumenten (3.2). Das Untersuchungsdesign sowie die Rekrutierung von Piloteinrichtungen und Einrichtungen ohne Intervention als Vergleichsstichprobe sind Gegenstand des Abschnitts 3.3. Da eine randomisierte Aufteilung in Interventions- und Vergleichseinrichtungen nicht möglich war, schließt dieser Abschnitt einen gezielten Vergleich von Pilot- und Vergleichseinrichtungen in für die Intervention potenziell relevanten Markiervariablen ein. In Abschnitt 3.4 ist die Datenerhebung dargestellt sowie der Rücklauf.

4.1 Untersuchungsfragen

Die Untersuchungsfragen beziehen sich auf zwei übergreifende Aspekte: die Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder* in den Piloteinrichtungen und die Bewertung der

Implementierungsstrategie durch die beteiligten Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte in den Piloteinrichtungen. Die zentralen Untersuchungsfragen lassen sich wie folgt fassen:

Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder*

1. Lassen sich die für das Interventionsprogramm *gesunde kitas • starke kinder* zentralen Komponenten *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* mit ihren Einzelaspekten als in sich hinreichend kohärent empirisch repräsentieren, so dass auch im Spiegel der Evaluation sinnvoll von den Programmbereichen „Ernährung“, „Bewegung“, „Entspannung“ gesprochen werden kann?
2. In welcher Ausprägung zeigen sich die Kriterien des Referenzrahmens für die jeweiligen Bereiche *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* in den Einrichtungen aus der Sicht der pädagogischen Fachkräfte und aus der Perspektive der externen Begeherinnen?
3. Wie stellen sich die Selbsteinschätzungen der pädagogischen Fachkräfte mit den Einschätzungen der externen Begeherinnen im Vergleich dar?
4. Wie stellen sich die programmrelevanten Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in den Piloteinrichtungen dar im Vergleich zu den Einrichtungen, die zum Zeitpunkt der Evaluation nicht in das Programm einbezogen waren?
5. In wie weit ist es den Piloteinrichtungen gelungen, die Projektkomponenten *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in den KiTa-Alltag zu integrieren?
6. Hat das Projekt aus der Sicht der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte Veränderungen in der Qualität der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* bewirken können?
7. Wie schätzen die Eltern die Umsetzung des *Gesundheitsdialogs* ein und wie unterscheiden sich ihre Angaben von denen der Leiterinnen?
8. Wie zufrieden sind die Eltern mit der Ausgestaltung der Projektbereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in den Einrichtungen?
9. Wie wichtig ist Eltern eine gesunde Lebensführung für ihr Kind und wie setzen sie diese im Familienleben um? Gibt es Bereiche, die den Eltern wichtiger sind als andere?

Bewertung der Implementierungsstrategie

1. Wie schätzen die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte die Implementierungsstrategie ein? Gibt es Unterschiede in deren Einschätzungen?
2. Gibt es differentielle Bewertungen hinsichtlich verschiedener Komponenten der Implementierungsstrategie (z.B. Coaching, Workshops, Materialien)?

3. Welche Veränderungen hat die Teilnahme am Projekt in den Bereichen im Allgemeinen sowie im pädagogischen Alltag bewirkt? Hat das Projekt auch auf Strukturen und Handlungsweisen innerhalb der Teams Auswirkungen?

4.2 Operationalisierung des Konzepts und Untersuchungsinstrumente

Konzept und Referenzrahmen

Das Förderkonzept *gesunde kitas • starke kinder* ist in allgemeiner Form in der Arbeitshilfe „*gesunde kitas • starke kinder* - Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte“ (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2007) beschrieben. Obwohl diese Beschreibung durchaus schon einen hohen Spezifizierungsgrad aufweist, wäre der Spielraum für konkrete Operationalisierungen im Rahmen eines Evaluationsinstrumentes zu weit gewesen. Damit bestand die Gefahr, dass die von einer externen Evaluationsgruppe (PädQUIS) vorgenommenen Operationalisierungen in Einzelmerkmale nicht hinreichend genau auf die zentralen Komponenten des Konzepts bezogen sein könnten und damit nicht hinreichend valide wären.

Um eine solche Gefahr zu vermeiden und um – positiv – die Validität der Operationalisierungen in den Evaluationsinstrumenten sicher zu stellen, wurde die Projektsteuerung, *hammerbacher gmbh – beratung & projekte*, im Vorfeld gebeten, das Konzept *gesunde kitas • starke kinder* weiter in Einzelmerkmale zu differenzieren und so einen genaueren „Referenzrahmen“ mit Einzelkriterien bereitzustellen. Dieser sollte dann als Hintergrundfolie für die konkreten Operationalisierungen in den Evaluationsinstrumenten genutzt werden.⁹

Der vom Projektträger vor diesem Hintergrund entwickelte Referenzrahmen enthielt folgende Einzelkriterien (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b):

- 16 Einzelkriterien für den Bereich *Ernährung*
- 16 Einzelkriterien für den Bereich *Bewegung*
- 14 Einzelkriterien für den Bereich *Entspannung*
- 18 Einzelkriterien für den Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern*

Die Einzelkriterien für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* enthalten dabei auch solche, die speziell für die Altersgruppe der unter dreijährigen Kinder ausgelegt sind.

Dieser Referenzrahmen bildete die Grundlage für die Operationalisierungen in den jeweiligen Erhebungsinstrumenten. Alle Kriterien des Referenzrahmens finden sich in den Erhebungs-

⁹ Als Modelle für ein solches Vorgehen wurde der Projektsteuerung der von PädQUIS in anderen Zusammenhängen entwickelte Nationale Kriterienkatalog für beste Fachpraxis in Kindertageseinrichtungen (Tietze & Viernickel, 2007) sowie der ebenfalls von PädQUIS entwickelte Kriterienkatalog, der für die Zertifizierung von Kindertageseinrichtungen als Familienzentren mit dem Gütesiegel „Familienzentrum NRW“ entwickelt worden war (MGFFI, 2007) zur Verfügung gestellt.

instrumenten wieder. In vielen Fällen wurden die Kriterien des Referenzrahmens weiter in getrennt zu erfassende Einzelaspekte differenziert.

Die so resultierenden Einzelaspekte sowie weitere Qualitätsaspekte der jeweiligen Bereiche und allgemeine Aspekte der Gesundheitsförderung / Prävention¹⁰ bildeten die Grundlage für die Befragungen bzw. Ratings durch vier Zielgruppen:

- durch Leiterinnen in den Kindertageseinrichtungen
- durch pädagogische Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen
- durch externe Begeherinnen der Einrichtungen
- durch Eltern aus den Piloteinrichtungen

Das folgende Beispiel verdeutlicht die Umsetzung der Kriterien des Referenzrahmens in die einzelnen Erhebungsinstrumente an einem Beispiel:

Kriterium aus dem Referenzrahmen (Bereich *Entspannung*):

„In der Einrichtung gibt es ausreichend ständig verfügbare Ruhe- und Rückzugsbereiche, in denen die Kinder sich entsprechend ihren Ruhe- und Rückzugsbedürfnissen aufhalten können.“ (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 3)

→ Items im Selbstevaluationsfragebogen für die Leiterin:

„Für die Kinder stehen jederzeit ausreichend Rückzugsbereiche im **Innenbereich** zur Verfügung (z.B. nicht direkt einsehbare Spielnischen für ungestörtes Spiel).“

„Das **Außengelände** bietet Rückzugsmöglichkeiten (z.B. nicht einsehbare Spielnischen für ungestörtes Spiel).“

„Für die Kinder stehen jederzeit ausreichend Ruhe- und Entspannungsbereiche im **Innenbereich** zur Verfügung (z.B. Kuschel- / Traumecken, Sessel / Sofa, Ruheraum, Nischen, Höhlen).“

„Das **Außengelände** bietet Zonen für Ruhe und Entspannung (z.B. Ruhezonen durch abgrenzende Bepflanzung, Sitzgelegenheiten, Liegewiese).“

→ Items im Selbstevaluationsfragebogen für die pädagogische Fachkraft:

„Für die Kinder stehen jederzeit ausreichend Rückzugsbereiche im **Innenbereich** zur Verfügung (z.B. nicht direkt einsehbare Spielnischen für ungestörtes Spiel).“

„Das **Außengelände** bietet Rückzugsmöglichkeiten (z.B. nicht einsehbare Spielnischen für ungestörtes Spiel).“

„Für die Kinder stehen jederzeit ausreichend Ruhe- und Entspannungsbereiche im **Innenbereich** zur Verfügung (z.B. Kuschel- / Traumecken, Sessel / Sofa, Ruheraum, Nischen, Höhlen).“

¹⁰ Zusätzlich zu den Einzelkriterien des Referenzrahmens, hat PädQUIS weitere Qualitätsaspekte integriert, um ein breites Spektrum der jeweiligen Themenbereiche sowie allgemeine Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention zu erfassen. Diese zusätzlich aufgenommenen Aspekte basieren auf erprobten und verbreiteten Instrumenten guter pädagogischer Qualität (vgl. Nationaler Kriterienkatalog (Tietze & Viernickel, 2007); Kindergarten-Skala (Tietze, Schuster, Grenner & Roßbach, 2007)).

„Das **Außengelände** bietet Zonen für Ruhe und Entspannung (z.B. Ruhezeiten durch abgrenzende Bepflanzung, Sitzgelegenheiten, Liegewiese).

→ **Items im Behebungsinstrument:**

„Es gibt ausreichend Bereiche für Rückzug im Innenraum.“

„Wenn nicht „Nein“:

- Diese Rückzugsbereiche stehen den Kindern jederzeit zur Verfügung.“

„Es gibt ausreichend Bereiche für Ruhe und Entspannung im Innenraum.

„Wenn nicht „Nein“:

- Diese Ruhe- und Entspannungsbereiche stehen den Kindern jederzeit zur Verfügung.“

„Im Außengelände gibt es Rückzugsmöglichkeiten (z.B. nicht einsehbare Spielnischen für ungestörtes Spiel, Versteckmöglichkeiten, Spielhäuschen, abgrenzende Bepflanzung).“

„Im Außengelände gibt es Zonen für Ruhe und Entspannung (z.B. Ruhezeiten durch abgrenzende Bepflanzung, Sitzgelegenheiten, Liegewiese).“

→ **Item im Elternfragebogen:**

„Kinder haben während des Tages die Möglichkeit sich zurückzuziehen, um sich auszuruhen oder zu entspannen (z.B. im Kinderzimmer oder auf der Couch).“

Untersuchungsinstrumente

Durch den Einbezug der verschiedenen Befragtengruppen sollte ein **mehrperspektivischer Ansatz** sicher gestellt werden. Die Befragung der vier Zielgruppen konnte und sollte dabei nicht bei allen in derselben Tiefe und Breite erfolgen. Die weitestgehende Differenzierung zur Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder* wurde für die pädagogischen Fachkräfte in den Einrichtungen als den unmittelbaren Akteuren und für die externen Begeherinnen (Evaluatorinnen) als den am Geschehen „Nächsten“ angestrebt. Bei den Erstgenannten sollte zudem untersucht werden, inwieweit sie die zentralen Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* mit allgemeinen Bildungszielen verknüpfen und damit das Programm *gesunde kitas • starke kinder* in die Praxis eines ganzheitlich gestalteten pädagogischen Alltags integrierten.

Die Operationalisierungen der Einzelkriterien für die beiden Adressatengruppen Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte sollten sich unmittelbar aufeinander beziehen lassen. Für die Adressatengruppe Eltern sollte ein im Umfang reduzierter Kriterienatz heran gezogen werden.

Alle Fragen zur Programmumsetzung folgen einer vierstufigen Antwortskala mit den Antwortmöglichkeiten: „Ja“, „Überwiegend / oft“, „Nur zum Teil / manchmal“ und „Nein“ in den Selbstevaluationsfragebögen für Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte (vgl. Abbildung 1) sowie im Begehungsinstrument bzw. „Stimmt voll und ganz“, „Stimmt überwiegend / oft“, „Stimmt nur zum Teil / manchmal“ und „Stimmt nicht“ im Fragebogen für die Eltern.

	Ja	Überwiegend / oft	Nur zum Teil / manchmal	Nein
Die Kinder können selbst entscheiden, was und wie viel sie bei den Mahlzeiten essen wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 1: Auszug aus dem Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte.

Neben den Einzelkriterien für die Umsetzung des Konzepts *gesunde kitas • starke kinder* galt es, die zentralen Aspekte der Implementierungsstrategie (projektbegleitende Veranstaltungen, Workshops, Coaching, Materialien) zu berücksichtigen und ihre Bewertung durch die beteiligten Akteure zu operationalisieren. Die hier spezifizierten Gesichtspunkte lassen sich den jeweiligen Einzeldarstellungen der Ergebnisse entnehmen. Ebenfalls galt es, Rahmen- und Strukturbedingungen bei den Einrichtungen (z.B. Trägerschaft, Größe, Öffnungszeiten), dem pädagogischen Personal (Zeiten für Vor- und Nachbereitung, Fortbildung, Freistellung bei Leitungstätigkeit) und auch bei den befragten Eltern (z.B. Bildungsstand) zu erfassen. Die berücksichtigten Aspekte lassen sich auch hier im Kontext der Ergebnisdarstellungen entnehmen.

Pretestung der Instrumente

Für alle Instrumente wurde eine Pretestung unter Feldbedingungen vorgenommen. Diese erfolgte, soweit dafür keine Interventionseinrichtungen erforderlich waren, an einer Auswahl von Berliner Kindertageseinrichtungen. Soweit Interventionseinrichtungen erforderlich waren, wurden sog. „hospitierende Einrichtungen“ um Mitarbeit gebeten. Es handelte sich dabei um drei Einrichtungen (am Standort Bielefeld), die gleichsam am Rande an dem Programm *gesunde kitas • starke kinder* teilnahmen, aber nicht zur engeren Gruppe der Piloteinrichtungen gehörten.

Die Pretestung sollte primär einer Rückmeldung über Verständlichkeit und Handhabbarkeit der eingesetzten Verfahren wie auch über die Erhebungszeit dienen und eine Optimierung ermöglichen. Sie erfolgte in einem rollierenden Verfahren, beginnend mit dem Pretest der Selbstevaluationsfragebögen für Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte Ende Juni / Anfang Juli 2008 und endend mit der Pretestung des Elternfragebogens im Februar 2009. Die Pretestung des Begeherinstruments erfolgte dazwischen im Herbst 2008.

Die Pretestung der Selbstevaluationsfragebögen für die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte ergab - neben einer grundsätzlich hohen Akzeptanz bei den Befragten - eine zu große Differenziertheit in einzelnen Frageblöcken und damit eine zu große Ausführlichkeit und Länge der Befragung. Bemängelt wurde außerdem, dass an manchen Stellen offene Antwortmöglichkeiten fehlten, die aus der Sicht der Befragten wünschenswert waren. Ebenfalls erwiesen sich einzelne Formulierungen als nicht eindeutig. Die Hinweise und Rückmeldungen der Pretestteilnehmer wurden intensiv geprüft und, wo möglich, in der Endversion berücksichtigt. In der Konsequenz erstreckten sich die Überarbeitungen hauptsächlich auf die Verständlichkeit, Straffung und Handhabbarkeit der Verfahren.

Der Pretest des Begehungsinstruments erfolgte in Berliner Kindertageseinrichtungen. Die Test-Begeherinnen wurden dabei aus dem Pool trainierter Evaluatoreninnen rekrutiert, die später die Begehungen im Feld vornehmen sollten. Die Pretestbegehungen wurden jeweils in Kleingruppen von zwei oder drei Begeherinnen vorgenommen, auch um die Zuverlässigkeit in Form von Interrater-Übereinstimmungen abschätzen zu können.

In der praktischen Anwendung des Begehungsinstruments zeigte sich, dass die Formulierungen in einigen Fällen zu offen und ungenau für die fachliche Einschätzung der Kriterien waren. An diesen Stellen wurden die Formulierungen überarbeitet und eindeutiger gefasst. Bei einem Teil des Begehungsinstruments, der sich auf die Einsicht in bestimmte Dokumente in den Einrichtungen bezog, musste für die Endversion in mehrerer Hinsicht auf bestimmte Dokumentenbelege in der Begehung verzichtet werden, da manche Einrichtungen – unter dem Gesichtspunkt des Datenschutzes – eine Einsicht in die entsprechenden Dokumente nicht gewähren wollten (z.B. bei Fortbildung des pädagogischen Personals). Als Konsequenz wurde dieser Teil „Dokumenten-Beleg“ entsprechend reduziert; weitere Verbesserungsaspekte betrafen auch hier die Verständlichkeit und Handhabbarkeit des Verfahrens. Bei allen Veränderungen wurde darauf geachtet, dass die inhaltliche Vergleichbarkeit des Begehungsinstruments mit den Selbstevaluationsfragebögen nicht beeinträchtigt wurde.

Auch bei der Pretestung des Elternfragebogens, in dem Eltern aus verschiedenen Einrichtungen und mit unterschiedlichem sozialen Hintergrund einbezogen waren, betrafen die meisten kritischen Rückmeldungen Art und Stil der Formulierungen bei einzelnen Fragen wie auch die Reihenfolge von Fragen und die dazu vorgegebenen Antwortmöglichkeiten. Bei der Überarbeitung der Fragen wurde Wert darauf gelegt, die monierten Einzelaspekte aufzugreifen und bei den Formulierungen die elterliche Wirklichkeit und Alltagssprache besser zu berücksichtigen. Von den genannten Kritikpunkten abgesehen, schätzten die Eltern den an sie gerichteten Fragebogen als interessant und positiv ein.

Zu der Pretestung im Weiteren gehörte auch ein Austausch mit der Projektsteuerung (*hammerbacher gmbh – beratung & projekte*) über die Instrumente unter dem Gesichtspunkt der Inhaltsvalidität, d.h. der Repräsentanz der Kriterien des Referenzrahmens in den Instrumenten.

Unter Berücksichtigung der Pretestergebnisse stellten sich die Erhebungsinstrumente abschließend wie folgt dar:

- Fragebogen für Leiterinnen mit insgesamt 210 Items
- Fragebogen für pädagogischen Fachkräfte mit insgesamt 208 Items
- Fragebogen für Begeherinnen mit insgesamt 194 Items
- Fragebogen für Eltern mit insgesamt 46 Items

4.3 Untersuchungsdesign und Stichproben

Ziel der Evaluation ist es, ein umfassendes und differenziertes Bild der Umsetzung des Konzeptes *gesunde kitas • starke kinder*, sowie der Implementierungsstrategie zu erhalten. Entsprechend der Anlage der Untersuchung als konzeptgebundene Evaluation eines Pilotprojektes (vgl. Stöbe-Blossey, Mierau & Tietze, 2008) wurden alle 46 am Programm beteiligten Kindertageseinrichtungen einbezogen. Um Aussagen über die Wirksamkeit des Programms treffen zu können, sind Vergleichsdaten erforderlich. Aufgrund der vorgegebenen Rahmenbedingungen ließ sich weder ein randomisiertes Kontrollgruppendesign noch ein Pre-Post-Design realisieren. Da die Intervention in den Einrichtungen bereits vor Beginn der Evaluation begonnen hatte, wurde eine Vergleichsstichprobe von Kindertageseinrichtungen angestrebt, die in ihren strukturellen Merkmalen den Piloteinrichtungen höchst ähnlich sein sollten, jedoch nicht in das Projekt einbezogen waren. In den Vergleichseinrichtungen wurden die gleichen Selbstevaluationsfragebögen eingesetzt wie in den Piloteinrichtungen mit der Ausnahme, dass der zweite Teil des Fragebogensets, in dem Fragen zur Implementierungsstrategie gestellt werden, hier nicht verwendet wurde. Ebenfalls wurde die Begehung in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen mit demselben Begehungsinstrument und den gleichen Begeherinnen durchgeführt. Nur die Elternbefragung wurde nicht in den Vergleichseinrichtungen vorgenommen.

4.3.1 Rekrutierung von Pilot- und Vergleichseinrichtungen

Piloteinrichtungen

Als *peb*-Mitgliedsländer hatten Nordrhein-Westfalen und Bayern großes Interesse daran, dass die Pilotphase des Projekts in ihren Bundesländern durchgeführt wurde. Sie schlugen die Städte Mülheim an der Ruhr und Bielefeld sowie den Landkreis Augsburg und die Stadt München als Standortkommunen vor bzw. stimmten deren Auswahl durch *peb* (zusammen mit der Projektsteuerung – *hammerbacher gmbh – beratung & projekte*) zu. Die Projektsteuerung hatte daraufhin aus den Kommunen eine gemischte Auswahl von Einrichtungen entsprechend den örtlichen Verhältnissen erbeten. Die Einrichtungen wurden von den Jugendbehörden bzw. Trägerorganisationen vor Ort über das bevorstehende Projekt

gesunde kitas • starke kinder informiert und meldeten sich in der Regel freiwillig zur Teilnahme. Nur am Standort Bielefeld wurden einige Einrichtungen vom jeweiligen Träger angemeldet. Die Bestimmung der Piloteinrichtungen erfolgte damit überwiegend nach dem Prinzip der Selbstselektion. Die Festlegung geschah zu folgenden Zeitpunkten: Juni 2007 (Mülheim an der Ruhr), August 2007 (Bielefeld), Oktober 2007 (Region Augsburg) und Februar 2008 (München). Von den 47 Einrichtungen, die sich zur Beteiligung am Projekt gemeldet hatten, nahmen 46 an der Evaluation teil. Eine Einrichtung aus Bielefeld hatte das Projekt vorzeitig beendet.

Vergleichseinrichtungen

Um Vergleiche zu ermöglichen, wurde von PädQUIS an jedem Standort für jeweils zwei Piloteinrichtungen nachträglich eine Vergleichseinrichtung bestimmt. Die Auswahl der Vergleichseinrichtungen erfolgte mit dem Ziel, eine möglichst große Übereinstimmung mit den Piloteinrichtungen bezüglich folgender Merkmale zu erzielen:

- Trägerschaft der Einrichtung,
- Größe der Einrichtung sowie Altersstruktur der Kinder,
- Ähnlichkeit des Einzugsbereichs.

Über diesen Weg sollte auch eine möglichst hohe Vergleichbarkeit in anderen für das Projekt relevanten Merkmalen sicher gestellt werden.

In Kooperation mit den örtlichen Trägern wurde jeweils ein lokaler *Pool* so definierter potenzieller Vergleichseinrichtungen gebildet, aus denen die in die Untersuchung eingehenden Vergleichseinrichtungen nach dem *Zufallsprinzip* gezogen wurden. Wenn eine vorgesehene Vergleichseinrichtung nicht zur Teilnahme an dem Vorhaben bereit war, wurde die nächste Einrichtung aus dem Pool um Mitwirkung gebeten. Im Durchschnitt erklärte sich jede zweite bis dritte der für den Vergleich angesprochenen Einrichtungen zur Teilnahme bereit. Die Verteilung von Pilot- und Vergleichseinrichtungen ist in der Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3

Pilot- und Vergleichseinrichtungen insgesamt und nach Standorten

Insgesamt / Standorte	Piloteinrichtungen		Vergleichseinrichtungen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Insgesamt	46	100	23	100
Mülheim an der Ruhr	13	28	6	26
Bielefeld	15	33	8	35
Augsburg	8	17	4	17
München	10	22	5	22

4.3.2 Stichprobenabgleich

Um ein genaueres Bild über die Vergleichbarkeit beider Einrichtungsgruppen zu gewinnen, wurden diese post hoc in einer Reihe zentraler Parameter verglichen. Neben den Struktur- und Trägermerkmalen wurden auch für das Interventionsprogramm sensitive Parameter zum Management in den Einrichtungen, zur Zusammenarbeit im Team, zur Fortbildungssituation u.a. herangezogen. Diese Merkmale waren in der Befragung der Leiterinnen (Pilot- und Vergleichseinrichtungen) erfasst worden. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 4 und 5 dargestellt.

Tabelle 4

Pilot- und Vergleichseinrichtungen nach Trägerschaft, Öffnungszeit und Größe

	Piloteinrichtungen	Vergleichseinrichtungen
Trägerschaft	Prozent	Prozent
Kommunaler Träger	37	35
Evangelisch, Diakonisches Werk	19	17
Katholisch, Caritas	19	13
AWO	7	13
DRK	7	9
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	4	4
Andere freie Träger	7	9
Öffnungszeit	Prozent	Prozent
Ganztags	98	96
Halbtags	2	4
Größe der Einrichtung	M (SD)	M (SD)
Durchschnittliche Anzahl der Gruppen	3,8 (2,0)	3,1 (1,6)
Durchschnittliche Anzahl der Kinder insg.	75,4 (41,6)	63,8 (27,2)
Durchschnittliche Öffnungszeit (in Stunden)	9,9 (2,3)	9,3 (1,4)

Die Tabelle 4 zeigt, dass die Trägerschaften bei Pilot- und Vergleichseinrichtungen sich sehr ähnlich verteilen. Die meisten Einrichtungen sind bei beiden Gruppen in kommunaler Trägerschaft, gefolgt von Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft. Der hohe Grad an Ähnlichkeit in der Trägerschaft von Pilot- und Vergleichseinrichtungen drückt sich darin aus, dass sich Abweichungen bei jedem Träger unterhalb der 10% - Marke bewegen. Ein hoher Grad an Gleichartigkeit zeigt sich auch bei den Öffnungszeiten und der Größe der Einrichtungen. Pilot- und Vergleichseinrichtungen sind ganz überwiegend Ganztageseinrichtungen (98% bzw. 96%); die durchschnittliche Öffnungszeit unterscheidet sich mit 9.9 Std. am Tag bei den Piloteinrichtungen kaum von den Vergleichseinrichtungen mit 9,3 Std. pro Tag. Die

Vergleichseinrichtungen sind mit gerundet 3 Gruppen und durchschnittlich 64 Kindern tendenziell etwas kleiner als die Piloteinrichtungen mit gerundet 4 Gruppen und 75 Kindern. Alle Unterschiede liegen jedoch im Zufallsbereich.

Neben möglichen strukturellen Unterschieden wurden die Pilot- und Vergleichseinrichtungen auch daraufhin verglichen, ob unterschiedliche Modalitäten für die Zusammenarbeit im Team und im Hinblick auf die Fortbildungssituation gegeben waren. Die diesbezüglichen Ergebnisse, die über die Befragung der Leiterinnen ermittelt wurden, sind in der Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5

Leistungsmanagement und Fortbildung bei Pilot- und Vergleichseinrichtungen

Merkmale: Allgemeine Leitungsaufgaben	Pilot	Vergl.	Sig. (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
In regelmäßigen Teambesprechungen, an denen alle Mitarbeiterinnen und bei Bedarf auch Trägervertreter oder externe Fachkräfte beteiligt sind, werden das Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> und seine Inhalte (<i>Vergleichseinrichtungen</i> : „die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern“) thematisiert.	1,98 (0,96)	1,43 (0,84)	p ≤ .05
In den Bereichen <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung</i> und <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i> schätzen wir gemeinsam im Team regelmäßig Stärken und zu entwickelnde Bereiche ein und legen auf dieser Grundlage Ziele fest.	1,67 (0,85)	1,43 (0,73)	n.s.
Die Einrichtung verfügt über die Mittel, die zur Erreichung der Ziele (<i>Vergleichseinrichtungen</i> : „dieser Ziele“) im Rahmen des Projekts <i>gesunde kitas • starke kinder</i> erforderlich sind.	2,18 (0,81)	2,00 (1,00)	n.s.
Ich führe regelmäßige Gespräche mit den Mitarbeiterinnen, in denen ich gemeinsam mit ihnen Zielvereinbarungen reflektiere.	1,75 (1,04)	2,04 (0,82)	n.s.
Den Mitarbeiterinnen stehen aktuelle Materialien zu den Themen <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung</i> und <i>Zusammenarbeit mit Familien</i> in der Einrichtung zur Verfügung (z.B. Fachzeitschriften, Bücher, Videos, Tagungsmaterialien).	2,73 (0,62)	2,70 (0,70)	n.s.
Es gibt einen jährlichen Fortbildungsplan, in den alle Mitarbeiterinnen einbezogen sind.	1,67 (1,51)	0,82 (1,37)	p ≤ .05
Es finden regelmäßige hausinterne Fortbildungsmöglichkeiten statt (z.B. durch Gastreferenten oder externe Fachkräfte).	1,38 (1,13)	1,65 (1,15)	n.s.
Fortbildungen, an denen Mitarbeiterinnen teilgenommen haben, werden ausgewertet und für die Einrichtung nutzbar gemacht.	2,36 (0,91)	2,35 (0,78)	n.s.
Die Einrichtung hat Kontakte zu externen pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fachkräften und Institutionen.	2,62 (0,86)	2,65 (0,78)	n.s.

Antworten auf Vierer-Skala: 0 = Nein, 1 = Nur zum Teil / manchmal, 2 = Überwiegend / oft, 3 = Ja

Die Vergleichseinrichtungen schneiden danach - mit Ausnahme der programm- bzw. themenbezogenen Teambesprechungen und dem jährlichen Fortbildungsplan für alle Mitarbeiterinnen - in Aspekten der Führung des Teams durch die Leiterinnen, hausinternen Fortbildungen, den Kontakten zu externen pädagogischen, psychologischen und medizinischen Fachkräften wie auch in der Verfügbarkeit über aktuelle Materialien zu den Themen *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Zusammenarbeit mit Familien* nicht schlechter ab als die Piloteinrichtungen.

Zusammen genommen zeigen die Ergebnisse der Tabellen 3 – 5 einen hohen Grad an Vergleichbarkeit zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen in den hier untersuchten projektrelevanten Merkmalen.

Die Ergebnisse des Stichprobenabgleichs machen es damit plausibel, dass potenzielle Unterschiede in den Kriteriumsvariablen (*Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern*) zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen auf das Interventionsprogramm *gesunde kitas • starke kinder* zurückgeführt werden können und nicht durch vorgängige Unterschiede zugunsten der Piloteinrichtungen gegeben sind.

4.4 Datenerhebung und Rücklauf

Zeitlicher Ablauf

Der erste Kontakt mit den Piloteinrichtungen erfolgte im März 2008 mittels eines Briefes, der über den Evaluationsablauf informierte. Vergleichseinrichtungen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nicht angeschrieben, da sie erst kurz vor Beginn der Evaluation an den jeweiligen Standorten rekrutiert werden sollten.

Die Datenerhebung erfolgte von Oktober 2008 bis April 2009. Da die einzelnen Standorte zu unterschiedlichen Zeiten mit dem Projekt begonnen hatten, wurde die Evaluation an diese Dynamik des Ablaufs angepasst und begann phasenversetzt, wie in Tabelle 6 angegeben. Damit wurde sicher gestellt, dass bei den Piloteinrichtungen der vier Standorte eine ungefähr vergleichbare Projektlaufzeit mit gleichem Interventionszeitraum gegeben war. Mit der Selbstevaluation der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte als erster Komponente der Evaluation wurde in Mülheim an der Ruhr, Bielefeld und Augsburg ca. 13 Monate nach der Durchführung des Start-Workshops begonnen. In München lagen zwischen Workshop und Beginn der Evaluation knapp 12 Monate Interventionszeit. Die Erhebungen für die Evaluation erfolgten in der Regel nach dem fünften von insgesamt sechs bis sieben Coaching-Terminen. Dabei wurde zunächst die Befragung und nach ca. einem Monat dann die Begehung durchgeführt. *Peb* hatte sich erst im Januar 2009 für die zusätzliche Evaluationskomponente der Elternbefragung entschieden. Daher konnte dieser Evaluationsschritt erst recht spät umgesetzt werden und musste an allen Standorten gleichzeitig durchgeführt werden.

Tabelle 6

Projektbeginn und zeitlicher Ablauf der Datenerhebung in den Standorten

Standorte	Auftakt- veranstaltung des Projekts	Start- Workshop	Selbst- evaluation Leiterinnen / päd. Fachkräfte	Begehungen vor Ort	Eltern- befragung
Mülheim a.d. Ruhr	15. Juni 2007	Sept. 2007	Okt. 2008	Nov. 2008	März / April 2009
Bielefeld	28. Aug. 2007	Okt. 2007	Nov. 2008	Dez. 2008	März / April 2009
Augsburg	17. Okt. 2007	Nov. 2007	Dez. 2008 / Jan. 2009	Feb. 2009	März / April 2009
München	22. Feb. 2008	März / April 2008	Feb. / März 2009	März 2009	März / April 2009

Durchführung der Erhebungen

In die Erhebung waren vier Zielgruppen einbezogen:

- Zielperson bei der **Leiterinnenbefragung** war die in der Betriebserlaubnis angegebene verantwortliche Leitungskraft.
- Bei der **Befragung der pädagogischen Fachkräfte** waren die Zielpersonen alle pädagogischen Fachkräfte aus mindestens der Hälfte der Gruppen in der jeweiligen Einrichtung. Die entsprechenden Gruppen, und damit die pädagogischen Fachkräfte, wurden in den Einrichtungen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.
- Die Begehung zur Erfassung der Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* wurde in allen Einrichtungen durch von PädQUIS dafür **geschulte Begeherinnen** vorgenommen.
- In der **Elternbefragung** in den Pileteinrichtungen wurden die Eltern von 1025 Kindern einbezogen. Die Elternstichprobe wurde anteilmäßig zu der Größe der Einrichtungen gebildet und erstreckte sich dabei auf die Gruppen, in denen auch die pädagogischen Fachkräfte befragt worden waren. Die Verteilung der Elternfragebögen erfolgte über die Fachkräfte. Diese sammelten auch die beantworteten Elternfragebögen im verschlossenen Umschlag ein und leiteten sie postalisch an PädQUIS zurück.

Die Befragungen aller Zielgruppen erfolgten in schriftlicher Form. Die Begehungen erfolgten durch ein Team von eigens geschulten Begeherinnen, wobei jede Einrichtung durch eine Begeherin begangen wurde¹¹. Die Begehungen erstreckten sich schwerpunktmäßig auf die

¹¹ Eine große Einrichtung in Augsburg wurde durch zwei Begeherinnen begangen.

Gruppen in den Einrichtungen, deren pädagogisches Personal auch befragt worden war, dauerten im Durchschnitt 4 ½ Stunden und lagen meist in der Zeit zwischen 9 und 13.30 Uhr. Die Anzahl der in die Erhebung einbezogenen Leiterinnen, pädagogischen Fachkräfte und befragten Eltern sind in der Tabelle 7 wiedergegeben.

Tabelle 7

Stichprobengröße der Pilot- und Vergleichseinrichtungen insgesamt und nach Standorten

Insgesamt / Standorte	Piloteinrichtungen			Vergleichseinrichtungen	
	Befragte Leiterinnen	Befragte päd. Fachkräfte (%-Anteil in Klammern)	Befragte Eltern	Befragte Leiterinnen	Befragte päd. Fachkräfte (%-Anteil in Klammern)
Insgesamt	46	236 (55)	1025	23	117 (64)
Mülheim a.d. Ruhr	13	41 (59)	196	6	22 (65)
Bielefeld	15	86 (52)	356	8	47 (70)
Augsburg	8	50 (57)	217	4	19 (58)
München	10	59 (56)	256	5	29 (58)

Insgesamt verlief die Datenerhebung reibungslos. Informelle Rückmeldungen zeigten, dass der Umfang der Selbstevaluationsfragebögen für die Befragten groß war und viel Zeit in Anspruch nahm. Auch das Heraussuchen von Dokumenten, welche die Leiterinnen zusätzlich zurückschicken sollten, kostete Zeit. Einige Einrichtungen äußerten sich kritisch bezüglich der Anonymität der Elternbefragung. Trotz der großen Arbeitsauslastung des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen traf die Evaluation auf eine hohe Kooperationsbereitschaft in allen Standorten, und zwar sowohl bei den Pilot- als auch bei den Vergleichseinrichtungen. Die Selbstevaluationsfragebögen wurden insgesamt zeitnah zurückgeschickt und die Abstimmung der Begehungstermine verlief unkompliziert. Die Begeherinnen trafen auf eine offene und freundliche Atmosphäre. Auch bei der Elternbefragung, die vor allem für die Standorte Mülheim an der Ruhr und Bielefeld mit großem zeitlichen Abstand erfolgte, unterstützten sowohl die Leiterinnen wie auch die pädagogischen Fachkräfte die Durchführung. Die im nächsten Abschnitt dokumentierten Rücklaufquoten bestätigen dieses hohe Engagement.

Rücklauf

Der Rücklauf der ausgefüllten Erhebungsinstrumente begann im November 2008. Alle zugesandten Fragebogen-Unterlagen sowie die Behebungsinstrumente wurden auf ihre Vollständigkeit kontrolliert. Die Unterlagen enthielten in der Regel alle eingesendeten Instrumente und die zusätzlich geforderten Dokumente wie Speisepläne, Elterninformationen und Ähnliches. Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich auf Fragebögen, Behebungsinstrumente und sonstige Materialien, die bis Mitte April 2009 eingegangen waren.

Tabelle 8

Rücklaufquoten in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen nach Zielgruppen / Instrumentarien

Zielgruppe	Piloteinrichtungen		Vergleichseinrichtungen	
	Absolut	In %	Absolut	In %
Befragung Leiterinnen	45	97,8%	23	100,0%
Befragung päd. Fachkräfte	215	91,1%	106	90,6%
Begehung	46	100,0%	23	100,0%
Befragung Eltern	559	54,5%	--	

Wie in Tabelle 8 dargestellt, liegen die Rücklaufquoten alle sehr hoch. Als auswertbare Instrumente wurden dabei nur solche gezählt, bei denen mehr als 80% der erbetenen Angaben vorhanden waren. Bei den Instrumenten, die sich auf die Einrichtung als Ganzes beziehen (Leiterinnenbefragung, Begehung) liegen vollständige Daten vor, mit der Ausnahme, dass eine der 46 Leiterinnen einer Piloteinrichtung ihren Fragebogen auch nach wiederholter Bitte nicht zurück schickte. Auch die Rücklaufquote bei den befragten pädagogischen Fachkräften (n = 321) kann mit über 90% als sehr hoch bezeichnet werden. Von den befragten 1025 Eltern aus den Piloteinrichtungen antwortete mit 54,5%, eine Quote, die auch bei dieser Befragungsgruppe auf ein hohes Interesse verweist. Die Begeherinnen haben gültige Datensätze für alle 46 Pilot- und 23 Vergleichseinrichtungen abgeliefert.

Eine Differenzierung der Rücklaufquoten nach Standorten ergibt, dass der Rücklauf am Standort Augsburg bei den pädagogischen Fachkräften etwas geringer ausfiel als an den anderen drei Standorten, bei den Eltern mit 71% etwas höher. Insgesamt waren jedoch keine bedeutenden Abweichungen zwischen den Standorten zu erkennen.

5 Umsetzung des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* in der Praxis

Ein erstes Ziel der empirischen Evaluation war es, die theoretische Konzeption des Projektes *gesunde kitas • starke kinder* mit den Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* auf ihren empirischen Gehalt hin zu überprüfen. Zu diesem Zweck werden die Kriterien der einzelnen Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* als Items jeweiliger Skalen betrachtet, die auf ihre interne Konsistenzen untersucht werden. Dabei werden ausschließlich die Merkmale aus dem Referenzrahmen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b) berücksichtigt (5.1). Die Umsetzung des Programms in den Pilotereinrichtungen bzw. die Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* in den Vergleichseinrichtungen aus der Perspektive der pädagogischen Fachkräfte und der externen Begeherinnen sowie der Vergleich dieser beiden Perspektiven sind Inhalt des Kapitels 5.2. Außerdem wird in diesem Kapitel über die Integration der Projektkomponenten in den KiTa-Alltag der Pilotereinrichtungen berichtet sowie der Qualitätsgewinn durch das Projekt in den Projektbereichen aus Sicht der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte dargestellt. Da eine wichtige Projektkomponente neben den Bereichen *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* der *Gesundheitsdialog mit den Eltern* ist, interessiert, wie die Eltern diesen Dialog im Vergleich zu den Leiterinnen wahrnehmen. Die Ergebnisse hierzu sind Gegenstand des Abschnitts 5.3. In diesem Abschnitt wird außerdem der Frage nachgegangen, wie zufrieden die Eltern mit der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* in den Einrichtungen sind, wie wichtig den Eltern ausgesuchte Aspekte der Projektkomponenten sind und wie es ihnen gelingt diese im familialen Alltag umzusetzen.

5.1 Interne Konsistenz der Projektkomponenten

Das Programm *gesunde kitas • starke kinder* beruht auf vier Komponenten bzw. Bereichen: *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern*. Jede dieser Komponenten wurde im Referenzrahmen des Programms durch eine Reihe von Einzelaspekten spezifiziert (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b). Diese bildeten die Grundlage für die Umsetzung in Einzelitems in den Selbstevaluationsfragebögen und in Beobachtungs- und Ratingitems im Begeherinstrument (vgl. 3.2).

In diesem Abschnitt soll zunächst der Frage nachgegangen werden, inwieweit die in den jeweiligen Instrumenten repräsentierten Items für einen Bereich einen in sich konsistenten Zusammenhang bilden, d.h. also jeweils zu einer Skala „Ernährung“, „Bewegung“, „Entspannung“ bzw. „Gesundheitsdialog mit den Eltern“ zusammengefasst werden können. Dabei wird davon ausgegangen, dass es sich jeweils nur um eher heterogene Skalen handeln

kann, insofern als die einzelnen Bereiche ein breites Spektrum unterschiedlicher Aspekte beinhalten (müssen). Andererseits sollten die zu einem Bereich gehörenden Einzelitems gewisse Beziehungen zueinander aufweisen, um sie als Repräsentanten eines gemeinsamen Bereiches interpretieren zu können. Methodisch gehen wir dieser Frage über eine Analyse der internen Konsistenz der zu einer apriori-Skala für den jeweiligen Bereich zusammengefassten Items nach. Über eine Itemanalyse in Form einer Korrelation jedes Einzelitems mit der (um dieses Item verkürzten) Gesamtskala wird überprüft, inwiefern das Item mit der Gesamtskala zusammenhängt, bzw. bei zu niedriger (oder Nicht-) Korrelation auch *nicht* als Repräsentant der Gesamtskala angesehen werden kann und deshalb sinnvollerweise von der letztlichen Skalenbildung ausgeschlossen werden muss. Als liberales Ausschlusskriterium wurde eine Item-Skalen-Korrelation von $r \geq .10$ gesetzt. Als Maß der internen Konsistenz der letztlich resultierenden Skalen für die vier Bereiche wurde Cronbachs Alpha berechnet. Wir gehen dabei davon aus, dass die interne Konsistenz jeweils nicht niedriger als $\alpha = .70$ sein sollte (vgl. Schermelleh-Engel & Werner, 2008, S.127).

5.1.1 Die Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* im Spiegel der Befragung der pädagogischen Fachkräfte

***ERNÄHRUNG*: Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte**

Der Referenzrahmen weist für den Bereich *Ernährung* 13 Einzelaspekte plus drei weitere Aspekte speziell für jüngere Kinder und Kleinstkinder auf (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 2). Diese insgesamt 16 Einzelaspekte wurden im Selbstevaluationsfragebogen für die pädagogischen Fachkräfte durch 31 Items repräsentiert, davon neun Items speziell für jüngere Kinder und Kleinstkinder.

Die letztgenannten neun Items wurden vorab aus der Analyse ausgeschlossen, da für sie aufgrund der Gegebenheiten der Stichprobe nur wenige Antworten vorlagen. Zwei Items wurden aufgrund ihrer hohen Ähnlichkeit zu einem Item zusammengefasst, vier Items wurden ausgeschlossen, da sie das Kriterium $r \geq .10$ für die Item-Skalen-Korrelation nicht erfüllten.

Die resultierende Skala „Ernährung“ besteht damit aus 17 Items. Die Spannbreite der Item-Skalen-Korrelationen liegt zwischen $r = .14$ und $r = .57$. Als interne Konsistenz dieser Skala wurde $\alpha = .75$ berechnet.

***BEWEGUNG*: Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte**

Im Bereich *Bewegung* werden im Referenzrahmen 12 Einzelaspekte und vier weitere Aspekte speziell für jüngere Kinder und Kleinstkinder ausgewiesen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 2-3). Diese Aspekte sind im Selbstevaluationsfragebogen der pädagogischen Fachkräfte durch 23 Items plus sechs Items speziell für jüngere Kinder und Kleinstkinder repräsentiert. Für die Analyse der internen Konsistenz mussten aus dem o.a.

Grund die sechs Items für die unter drei Jahre alten Kinder ausgeschlossen werden, dazu ein weiteres Item aufgrund einer zu niedrigen Item-Skalen-Korrelation. Bei den verbleibenden 22 Items der Skala „Bewegung“ ergaben sich Item-Skalen-Korrelationen zwischen $r = .12$ und $r = .68$; die interne Konsistenz dieser Skala liegt bei $\alpha = .83$.

ENTSPANNUNG: Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte

Für den Bereich *Entspannung* sieht der Referenzrahmen zehn Kriterien plus vier Ergänzungen für jüngere Kinder vor (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 3-4), welche im Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte durch 14 plus vier Items für jüngere Kinder und Kleinstkinder repräsentiert werden. Die Skala „Entspannung“ auf der Grundlage der 14 Items (ohne Items für unter Dreijährige) weist als interne Konsistenz $\alpha = .74$ auf. Die Item-Skalen-Korrelationen bewegen sich zwischen $r = .24$ und $r = .51$.

GESUNDHEITSDIALOG mit den Eltern: Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte

Im Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* führt der Referenzrahmen 18 Einzelkriterien auf (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 4-5), welche in elf Items für den Selbstevaluationsfragebogen der pädagogischen Fachkräfte umgesetzt wurden. Die Itemanzahl im Fragebogen für die pädagogischen Fachkräfte ist in diesem Bereich geringer als die Anzahl der Aspekte im Referenzrahmen, da die Mehrzahl der Kriterien für diesen Bereich bei den Leiterinnen erfragt wurden. Alle elf Items konnten für die Reliabilitätsanalyse verwendet werden. Die interne Konsistenz beträgt $\alpha = .73$, die Item-Skalen-Korrelationen liegen zwischen $r = .14$ und $r = .60$.

5.1.2 Die Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern im Spiegel des Begeherinstrument

Das Begehungsinstrument beinhaltet im Vergleich zu den Selbstevaluationsfragebögen der pädagogischen Fachkräfte im Prinzip die gleichen Items. Allerdings sind diese auf Beobachtung und Rating durch eine externe Begeherin ausgelegt. Das jeweilige Gesamtkonzept wird davon jedoch nicht berührt.

ERNÄHRUNG: Begeherinstrument

Im Bereich *Ernährung* wurden von 31 Items aus dem Begehungsinstrument insgesamt 17 Items für die Berechnung der internen Konsistenz ausgeschlossen. 10 Items wurden wegen ihrer Auslegung speziell auf Kinder unter drei Jahren apriori ausgeschlossen, vier weitere aufgrund zu geringer Antworthäufigkeiten (Unterfragen). Drei weitere Items wurden aufgrund zu geringer Item-Skala-Korrelation entfernt. Somit wurden 14 Items für die Berechnung

einbezogen. Die interne Konsistenz liegt für den Bereich *Ernährung* bei $\alpha = .69$. Die Item-Skalen-Korrelationen bewegen sich zwischen $r = .10$ und $r = .56$.

BEWEGUNG: Begeherinstrument

Für den Bereich *Bewegung* wurden von 28 Items insgesamt 14 ausgeschlossen, darunter 10 Items speziell zu jüngeren Kindern und Kleinstkindern, ein Item aufgrund zu geringer Antworthäufigkeit sowie drei Items wegen zu geringer Item-Skalen-Korrelationen. Als interne Konsistenz ergab sich $\alpha = .81$; die Item-Skalen-Korrelationen lagen zwischen $r = .16$ und $r = .75$.

ENTSPANNUNG: Begeherinstrument

Von den 18 Items für diesen Bereich wurden 13 für die Berechnung der internen Konsistenz einbezogen. Fünf Items zu jüngeren und Kleinstkindern wurden nicht berücksichtigt. Die interne Konsistenz lag bei $\alpha = .78$ mit Item-Skalen-Korrelationen zwischen $r = .28$ und $r = .65$.

GESUNDHEITSDIALOG mit den Eltern: Begeherinstrument

Der *Gesundheitsdialog mit den Eltern* wurde im Begehungsinstrument nur durch drei Items abgefragt, so dass hier keine interne Konsistenz berechnet wurde.

5.1.3 Der Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* im Spiegel der Leiterinnen- und Elternbefragungen

Im Selbstevaluationsfragebogen der Leiterinnen sowie im Elternfragebogen wurde die interne Konsistenz nur für den Bereich des *Gesundheitsdialogs mit den Eltern* berechnet, da für die anderen Dimensionen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* nur jeweils wenige Items abgefragt wurden. Der Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* umfasst im Selbstevaluationsfragebogen der Leiterinnen 22 Items, wovon vier aufgrund einer zu geringen Item-Skalen-Korrelation ausgeschlossen wurden. Bezogen auf die verbleibenden 18 Items liegt die interne Konsistenz bei $\alpha = .81$ mit Item-Skalen-Korrelationen zwischen $r = .21$ und $r = .57$. Im Elternfragebogen wurden speziell zum *Gesundheitsdialog mit den Eltern* 12 Fragen gestellt, von denen keine ausgeschlossen werden musste. Die interne Konsistenz liegt hier bei $\alpha = .86$ mit Item-Skalen-Korrelationen zwischen $r = .43$ und $r = .68$. Zwischen dem Selbstevaluationsfragebogen der Leiterinnen und dem Elternfragebogen gibt es eine Schnittmenge von neun inhaltlich identischen Items.

5.1.4 Skalen im Vergleich

Zwischen den pädagogischen Fachkräften und den Begeherinnen gibt es eine große Schnittmenge an inhaltlich identischen Items, um den Vergleich zu ermöglichen (vgl. Tabelle 9). Aufgrund der oben genannten Ausschlusskriterien zur Berechnung der internen Konsistenz reduziert sich die Itemanzahl im Bereich *Ernährung* bei den pädagogischen Fachkräften auf 17, bei den Begeherinnen auf 14 Items, wobei zehn von ihnen identisch sind. Im Bereich *Bewegung* sind von den 22 Items der pädagogischen Fachkräfte und den 14 Items der Begeherinnen insgesamt 13 inhaltlich identische Items. Im Bereich *Entspannung* gibt es von den 14 Items der pädagogischen Fachkräfte und den 13 Items der Begeherinnen eine Schnittmenge von 11 gemeinsamen Items.

Tabelle 9

Interne Konsistenzen der verschiedenen Skalen (Cronbachs alpha)

Adressaten Skala	Leiterinnen (N = 69)	Päd. Fachkräfte (N = 137 ¹)	Begeherinnen (N = 69)	Eltern (N = 559)	Schnittmenge von Items
„Ernährung“	--	.75 (17 Items)	.69 (14 Items)	--	10
„Bewegung“	--	.83 (22 Items)	.81 (14 Items)	--	13
„Entspannung“	--	.74 (14 Items)	.78 (13 Items)	--	11
„Gesundheitsdialog mit den Eltern“	.81 (18 Items)	.73 (11 Items)	--	.86 (12 Items)	9 ²

¹Daten der pädagogischen Fachkräfte sind auf Gruppenebene aggregiert

²Schnittmenge zwischen Leiterinnen und Eltern, ohne pädagogische Fachkräfte

Wie sich der zusammenfassenden Tabelle 9 entnehmen lässt, bewegen sich alle α -Koeffizienten in der Spannbreite zwischen .70 (sieht man einmal von der unbedeutenden Abweichung von .69 für die Skala „Ernährung“ im Begeherinstrument ab) und .86. Die Koeffizienten sind als moderat anzusprechen und verweisen auf die erwartete Heterogenität der jeweiligen Skalen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es gelungen ist, die theoretischen Komponenten *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* des Programms *gesunde kitas • starke kinder* als empirisch hinreichend konsistente Skalen zu repräsentieren. In den jeweiligen Gesamtskalen wird zusätzlich nach zwei bzw. drei Unterskalen differenziert, die jeweils bestimmte Unterbereiche repräsentieren:

- Unterskala „Planung, Organisation, Ausstattung“;
- Unterskala „Interaktion“.

Mit der Unterskala „Planung, Organisation, Ausstattung“ werden räumliche und materiale Bedingungen, sowie planerische und organisatorische Maßnahmen zusammengefasst, während die Unterskala „Interaktion“ die Interaktionsebene zwischen pädagogischen Fachkräften und Kindern thematisiert. Im Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* wurden drei Unterbereiche gebildet:

- Unterskala „Planung, Organisation, Ausstattung“ (s.o.);
- Unterskala „Kommunikation“;
- Unterskala „Information“.

Die Unterskala „Kommunikation“ thematisiert den Austausch zwischen dem pädagogischen Personal und den Eltern. In der Unterskala „Information“ geht es darum, dass den Eltern verschiedene Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt werden.

Im Folgenden werden bei allen Berechnungen diese Skalen zugrunde gelegt. Damit lässt sich nicht nur eine größere Überschaubarkeit der Ergebnisse erzielen als dies bei einer Darstellung auf der Basis von Einzelitems möglich wäre, vielmehr ergeben sich auch Befunde mit einem deutlich höheren Grad an Stabilität und Verlässlichkeit.

5.2 Umsetzung des Programms in der Perspektive beteiligter Akteure

Im folgenden Abschnitt wird die Umsetzung der Projektkomponenten *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* in den Pilot- und den Vergleichseinrichtungen beleuchtet. Zuerst wird die Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte berichtet. Anschließend wird die externe Sicht auf die Ausgestaltung der Bereiche in den Einrichtungen betrachtet. Die Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte werden zudem mit denen der externen Begeherinnen verglichen. In einem weiteren Teilabschnitt werden die in den Bereichen entwickelten Ziele sowie ihre Verknüpfungen mit anderen Bildungsbereichen bewertet und mit den entsprechenden Zielen in den Vergleichseinrichtungen verglichen. Schließlich wird der von den Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften eingeschätzte Qualitätsgewinn in den Einrichtungen durch die Intervention dargestellt.

5.2.1 Perspektive der pädagogischen Fachkräfte

Die Umsetzung der Projektkomponenten *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* muss schwerpunktmäßig durch die pädagogischen Fachkräfte in den Gruppen erfolgen. Hier ist der Ort, wo die Kinder eine eventuell veränderte Ernährung erfahren, gezielte Angebote und Möglichkeiten für reichhaltige und vermehrte Bewegung, wie auch Gelegenheiten, Situationen und Orte für Entspannung erleben. In diesem Abschnitt wird die Umsetzung dieser Komponenten aus der Sicht der beteiligten pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen berichtet und mit den Selbstauskünften von Fachkräften aus den Einrich-

tungen verglichen, die nicht an dem Programm teilgenommen haben. Der Vergleich erfolgt auf Gruppenebene, d.h. die Antworten von verschiedenen pädagogischen Fachkräften aus einer Gruppe werden zu einem Gruppenwert aggregiert. Insgesamt ergeben sich dadurch Werte für 95 Gruppen aus den Piloteinrichtungen und 42 Gruppen aus den Vergleichseinrichtungen. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* und ihre jeweiligen Unterbereiche sind in den Tabellen 10 bis 13 dargestellt. Die Mittelwertsunterschiede zwischen den pädagogischen Fachkräften aus den Pilot- und den Vergleichseinrichtungen wurden mittels t-Test auf statistische Signifikanz getestet (einseitig).

Tabelle 10

Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Ernährung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Ernährung	2,50 (0,31)	2,42 (0,23)	$p \leq .10$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,63 (0,30)	2,51 (0,27)	$p \leq .05$
Unterbereich „Interaktion“	2,35 (0,38)	2,31 (0,28)	n.s.

Für den Bereich *Ernährung* zeigt sich zwischen den pädagogischen Fachkräften aus den Pilotseinrichtungen mit einem Mittelwert von 2,50 (SD = 0,31) und den pädagogischen Fachkräften der Vergleichseinrichtungen mit einem Mittelwert von 2,42 (SD = 0,23) nur ein tendenziell signifikanter Unterschied. Bezüglich der Unterbereiche findet sich lediglich für „Planung / Organisation / Ausstattung“ ein signifikanter Unterschied. Keine Unterschiede ergeben sich für den Unterbereich „Interaktion“.

Tabelle 11

Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Bewegung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Bewegung	2,35 (0,36)	2,16 (0,36)	$p \leq .01$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,30 (0,41)	2,11 (0,38)	$p \leq .01$
Unterbereich „Interaktion“	2,45 (0,40)	2,24 (0,47)	$p \leq .01$

Deutlich ausgeprägter und statistisch sehr signifikant fallen die Unterschiede in den Antworten der pädagogischen Fachkräfte aus Pilot- und Vergleichseinrichtungen für *Bewegung* aus. Dies gilt für den Bereich *Bewegung* insgesamt wie für jeden der beiden Unterbereiche in gleicher Weise.

Tabelle 12

Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Entspannung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Entspannung	2,35 (0,36)	2,20 (0,37)	$p \leq .05$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,37 (0,37)	2,24 (0,41)	$p \leq .05$
Unterbereich „Interaktion“	2,31 (0,52)	2,12 (0,50)	$p \leq .05$

Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Bereich *Entspannung*. Auch hier gibt es einen signifikanten Unterschied ($p \leq .05$) zwischen den pädagogischen Fachkräften aus den Pilot- und Vergleichseinrichtungen für den Gesamtbereich *Entspannung* sowie für die Unterbereiche.

Tabelle 13

Selbsteinschätzungen durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Gesundheitsdialog mit den Eltern

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Gesundheitsdialog mit den Eltern	2,21 (0,39)	2,03 (0,45)	$p \leq .05$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,18 (0,50)	2,08 (0,44)	n.s.
Unterbereich „Kommunikation“	2,34 (0,54)	2,23 (0,63)	n.s.
Unterbereich „Information“	2,08 (0,70)	1,68 (0,75)	$p \leq .01$

Der Mittelwert für den Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* ist bei den pädagogischen Fachkräften aus den Piloteinrichtungen mit 2,21 im Vergleich zu den anderen Bereichen am niedrigsten, unterscheidet sich jedoch statistisch signifikant ($p \leq 0.5$) von dem der pädagogischen Fachkräfte aus den Vergleichseinrichtungen ($M = 2,03$).

Unterschiede zugunsten der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen gibt es in allen drei Unterbereichen. Statistisch signifikant sind diese jedoch lediglich im Unterbereich „Information“.

Ein interessanter Befund zeigt sich, wenn man die Mittelwerte für die einzelnen Bereiche in eine Rangreihe bringt (Werte für pädagogische Fachkräfte aus Vergleichseinrichtungen in Klammern):

- *Ernährung*: 2,50 (2,42)
- *Entspannung*: 2,35 (2,20)
- *Bewegung*: 2,35 (2,16)
- *Gesundheitsdialog*: 2,21 (2,03)

Wie ersichtlich, sehen die pädagogischen Fachkräfte aus den Pilot- wie aus den Vergleichseinrichtungen die Erfordernisse aus dem Bereich *Ernährung* auf der vierstufigen Skala (0 = nein, 1 = nur zum Teil / manchmal, 2 = überwiegend / oft, 3 = ja) als am besten umgesetzt an. Deutlich geringer ist dies nach Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte für den Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* gegeben. Die Bereiche *Entspannung* und *Bewegung* liegen bei beiden Gruppen dazwischen.

Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass die Umsetzung der Anforderungen für den Bereich *Ernährung* leichter zu erreichen ist als die für den Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern*.

Zusammenfassung:

Insgesamt gesehen ergeben die Einzelbefunde ein konsistentes Bild. Die pädagogischen Fachkräfte in den Piloteinrichtungen sehen die Umsetzung der Einzelkriterien für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* nach Abschluss des Programms als in hohem Grade erreicht an. Bezogen auf alle vier Bereiche haben sie die zugrundeliegenden Kriterien im Kindergartenalltag besser umgesetzt als das in den Vergleichseinrichtungen ohne das Programm *gesunde kitas • starke kinder* der Fall ist. Das absolut gesehen hohe Niveau in der durchschnittlichen Realisierung der Einzelkriterien für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* mit Werten zwischen 2 (überwiegend / oft) und 3 (ja) dürfte zu einem erheblichen Teil der Subjektivität der Wahrnehmung geschuldet sein. Allerdings gilt dieses für die pädagogischen Fachkräfte in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen in gleicher Weise.

5.2.2 Perspektive der externen Begeherinnen

In diesem Abschnitt wird die Umsetzung der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* aus der Perspektive unabhängiger Evaluatorinnen (Begeherinnen) berichtet. In den Tabellen 14, 15 und 16 sind die Mittelwerte und Signifikanzen (einseitig) der Einschätzungen durch die externen Begeherinnen für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* und ihren jeweiligen Unterbereichen dargestellt. Den Darstellungen liegen die Begehereinschätzungen für 46 Piloteinrichtungen und 23 Vergleichseinrichtungen zugrunde.

Tabelle 14

Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Ernährung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Ernährung	1,55 (0,33)	1,26 (0,47)	$p \leq .01$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	1,60 (0,45)	1,31 (0,58)	$p \leq .05$
Unterbereich „Interaktion“	1,50 (0,41)	1,21 (0,50)	$p \leq .01$

Die Begeherinnen schätzen den Bereich *Ernährung* bei den Piloteinrichtungen im Mittel mit 1,55 ein (SD = 0,33) ein. Der Unterschied zu den Vergleichseinrichtungen (M = 1,26, SD = 0,47) erweist sich als statistisch sehr signifikant. Der Bereich wird nach dem Urteil der Begeherinnen in den Piloteinrichtungen besser umgesetzt. Gleiches gilt für die beiden Unterbereiche.

Tabelle 15

Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Bewegung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Bewegung	1,90 (0,47)	1,63 (0,51)	$p \leq .05$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,09 (0,45)	1,83 (0,48)	$p \leq .05$
Unterbereich „Interaktion“	1,56 (0,72)	1,25 (0,73)	$p \leq .05$

Auch der Bereich *Bewegung* wird von den externen Begeherinnen mit einem Mittelwert von 1,90 in den Piloteinrichtungen gegenüber 1,63 in den Vergleichseinrichtungen insgesamt höher eingeschätzt. In den beiden Unterskalen ergeben sich gleichgerichtete, statistisch signifikante Unterschiede.

Tabelle 16

Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Entspannung

Bereich / Unterbereiche	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: <i>Entspannung</i>	1,95 (0,48)	1,63 (0,58)	$p \leq .01$
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,16 (0,49)	1,81 (0,61)	$p \leq .01$
Unterbereich „Interaktion“	1,26 (0,77)	1,04 (0,68)	n.s.

Schließlich liegt auch im Bereich *Entspannung* der Mittelwert der Piloteinrichtungen höher (M = 1,95) als der der Vergleichseinrichtungen (M = 1,63). Dieser Unterschied ist sehr signifikant ($p \leq .01$). Ebenfalls sehr signifikant ist die Differenz zwischen den Mittelwerten in der Unterskala „Planung / Organisation / Ausstattung“, während sie in der Unterskala „Interaktion“ die Signifikanzgrenze nicht erreicht.

Zusammenfassung:

Die Einschätzungen durch die externen Begeherinnen zeigen richtungskonsistente Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen. Dies gilt für alle drei Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung*. In allen Bereichen sind die Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Begeherinnen in den Piloteinrichtungen und den Vergleichseinrichtungen statistisch signifikant ($p \leq 0,05$) zugunsten der Piloteinrichtungen. Gleiches gilt für die Unterbereiche. Mit Ausnahme für die Unterskala „Interaktion“ im Bereich *Entspannung* ergeben sich auch hier durchgängig statistisch gesicherte Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen.

Die Begeherinnen schätzen damit die Umsetzung der Projektkomponenten in den Piloteinrichtungen im Durchschnitt deutlich positiver ein als in den Vergleichseinrichtungen.

5.2.3 Selbsteinschätzungen der pädagogischen Fachkräfte und Ratings der externen Begeherinnen im Vergleich

Nach der Einzeldarstellung zur Umsetzung der Komponenten *Ernährung, Bewegung und Entspannung* in Pilot- und Vergleichseinrichtungen aus der Sicht von pädagogischen

Fachkräften (vgl. 4.2.1) und dann von externen Begeherinnen (vgl. 4.2.2) soll in diesem Abschnitt eine vergleichende Gegenüberstellung dieser beiden Perspektiven vorgenommen werden. Konkret wird der Frage nachgegangen, inwieweit die Ergebnisse aus beiden voneinander unabhängigen Erhebungen übereinstimmen bzw. differieren. Grundlage für die Gegenüberstellung bilden jeweils die zusammenfassenden Skalen wie auch die Unterskalen für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung*. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 17 wiedergegeben.

Tabelle 17

Vergleich der Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte und der Ratings der externen Begeherinnen nach Bereichen / Unterbereichen

Bereiche / Unterbereiche	Selbsteinschätzung			Externes Rating		
	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen		Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	
Bereich Ernährung	M = 2,50	>	M = 2,42	M = 1,55	>	M = 1,26
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	M = 2,63	>	M = 2,52	M = 1,60	>	M = 1,31
Unterbereich „Interaktion“	M = 2,35	>	M = 2,31	M = 1,50	>	M = 1,21
Bereich Bewegung	M = 2,35	>	M = 2,16	M = 1,90	>	M = 1,63
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	M = 2,30	>	M = 2,11	M = 2,09	>	M = 1,83
Unterbereich „Interaktion“	M = 2,45	>	M = 2,24	M = 1,56	>	M = 1,25
Bereich Entspannung	M = 2,35	>	M = 2,20	M = 1,95	>	M = 1,63
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	M = 2,37	>	M = 2,24	M = 2,16	>	M = 1,81
Unterbereich „Interaktion“	M = 2,31	>	M = 2,12	M = 1,26	>	M = 1,04
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> signifikant $p \leq .05$ </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> tendenziell signifikant $p \leq .10$ </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> nicht signifikant $p > .10$ </div> </div>						

Alles in allem ergibt die Gegenüberstellung ein sehr einheitliches Muster bei beiden von einander unabhängigen Erhebungen. In jeder der Bereiche und Unterbereiche schneiden die Pilotseinrichtungen besser ab als die Vergleichseinrichtungen. Das Muster ist bei den externen Ratings noch deutlicher ausgeprägt als bei den Selbstauskünften der pädagogischen Fachkräfte. Im Regelfall sind in beiden Fällen die Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen wenigstens auf dem 5%-Niveau statistisch signifikant. Relativ am wenigsten klar ausgeprägt stellt sich die Differenz zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtung im Bereich *Ernährung* bei den pädagogischen Fachkräften dar. Es ist zu vermuten, dass ein „Deckeneffekt“ bei den hohen Einschätzungen der Fachkräfte in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen tatsächlich vorhandene Differenzen nicht zum Ausdruck kommen lässt. Die klaren und statistisch signifikanten Unterschiede in den Ratings der externen Begeherinnen – bei durchschnittlich deutlich niedrigerem Skalenniveau – sprechen für diese Erklärung.

Die auffälligste Differenz in dieser Gegenüberstellung besteht zweifellos in der unterschiedlichen absoluten Höhe der Einschätzungen durch die pädagogischen Fachkräfte und durch die externen Begeherinnen. Während die pädagogischen Fachkräfte ihre Einschätzungen auf der Vierer-Skala im Durchschnitt zwischen 2 und 3 vornehmen, also eine Umsetzung der Einzelkriterien als „überwiegend / oft“ bis „ja“ (ganz) gegeben sehen, schätzen die externen Begeherinnen den Stand der Umsetzung durchgängig deutlich geringer ein. Hier liegen die Mittelwerte zumeist zwischen den Stufen 1 und 2, d.h. zwischen „nur zum Teil / manchmal“ und „überwiegend / oft“. Dieser Befund überrascht nicht; er spiegelt die auch in anderen Untersuchungen praktisch durchgängig vorfindbare Differenz zwischen Selbst – und Fremdeinschätzung wieder¹² und verweist darauf, dass bei Selbstevaluationen immer mit einer (unbewusst) interessegeleiteten Verzerrung zu rechnen ist und deswegen Fremdevaluationen nicht durch Selbstevaluationen ersetzt werden können.

Zusammenfassung:

Eine Gegenüberstellung der Befunde auf der Grundlage der Selbstauskünfte der pädagogischen Fachkräfte mit denen der Ratings der externen Begeherinnen ergibt in allen drei Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* ein praktisch identisches Bild, zugunsten der Pilotseinrichtungen. Im Urteil der externen Begeherinnen zeigt sich die Differenz zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen noch deutlicher als in den Selbstauskünften des Fachpersonals. Die externen Begeherinnen beurteilen den Grad der Umsetzung der Einzelkriterien allerdings im Durchschnitt deutlich kritischer als die beteiligten Fachkräfte.

¹² PädQUIS hat in anderen Zusammenhängen zahlreiche Vergleiche von Selbst- und Fremdevaluationen vorgenommen, mit einem identischen Befund. Auch bei Eltern als interessengeleiteten Beteiligten finden sich überhöhte Einstufungen im Vergleich zu externen Evaluatoreninnen. Für Differenzen in der Evaluation pädagogischer Qualität aus der Perspektive von pädagogischen Fachkräften, Eltern und externen Evaluatoreninnen (vgl. Tietze, Bethke, Braukhane, Roßbach, Schlecht & Schmidt, 2001).

5.2.4 Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen

In den voran stehenden Abschnitten ergaben sich durchgängig richtungskonsistente und ganz überwiegend statistisch signifikante Unterschiede in den Umsetzungen der Kriterien für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* zugunsten der Piloteinrichtungen. In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit den gefundenen Differenzen *praktische Bedeutsamkeit* zugesprochen werden kann. Zur näheren Untersuchung stützen wir uns auf das Konzept der „Effektstärke“ mit dem Maß d bei t-Tests für unabhängige Stichproben. Bei diesem Maß wird die Mittelwertdifferenz (hier zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen) zur gemeinsamen (gepoolten) Streuung in Beziehung gesetzt. Ist die Mittelwertdifferenz im Verhältnis zur Streuung gering, ergibt sich eine geringe Effektgröße, ist die Mittelwertdifferenz im Verhältnis zur Streuung groß, resultiert daraus eine hohe Effektstärke. Die Effektstärke ist ein statistisches Maß, das unabhängig vom jeweiligen Fachinhalt angewendet werden kann. In der Forschungsliteratur hat sich die Konvention herausgebildet, bei Effektstärken von $d = 0,20$ als kleinen Effekten, bei $d = 0,50$ als mittleren und bei $d = 0,80$ als großen Effekten zu sprechen (vgl. Bortz & Döring, 2009, S. 606).

Zur Veranschaulichung von Effektgrößen gibt Cohen (1988, S. 26) folgendes Beispiel: Der Unterschied in der Körpergröße

- bei 15- und 16-jährigen Mädchen entspricht einem kleinen Effekt ($d = 0,2$),
- bei 14- und 18-jährigen Mädchen einem mittleren Effekt ($d = 0,5$)
- und bei 13- und 18-jährigen Mädchen einem starken Effekt ($d = 0,8$).

Die ermittelten Effektstärken für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sind jeweils für die Gesamtbereiche wie auch für die Unterbereiche in der Abbildung 2 dargestellt. Den Berechnungen liegen die Daten der externen Begeherinnen zugrunde.

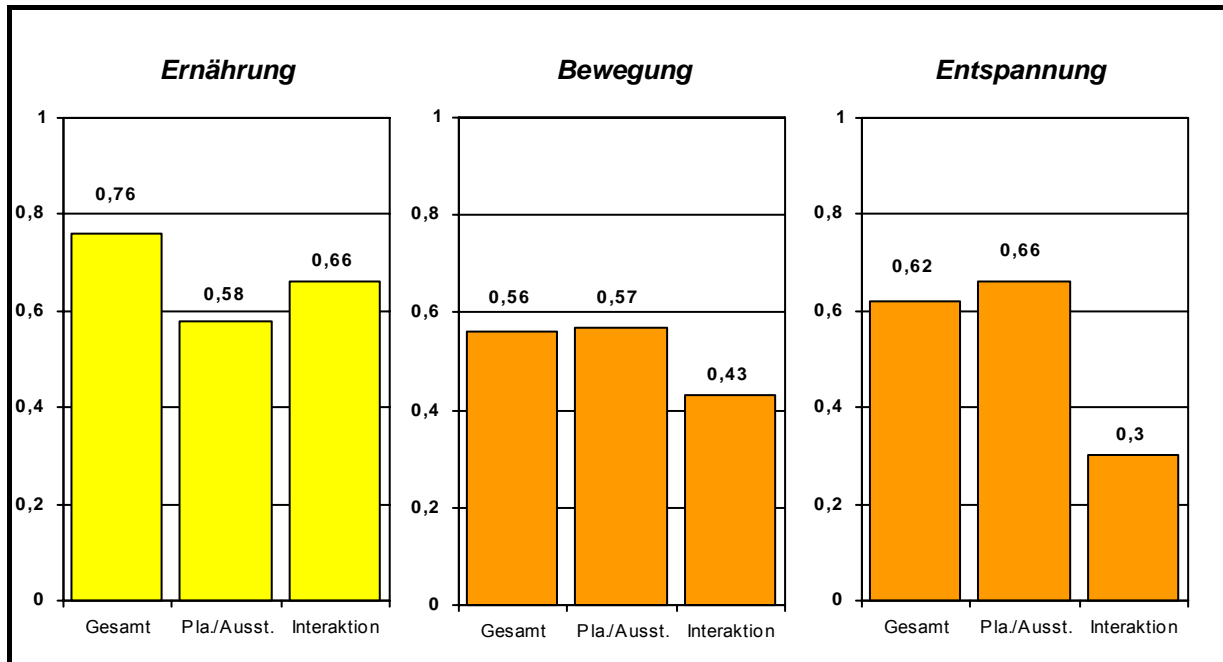


Abbildung 2: Effektstärken (d) für die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie deren Unterbereiche.

Für den Gesamtbereich *Ernährung* ergibt sich eine Effektstärke von $d = 0,76$. Der Unterschied zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen, wie er sich in den Ratings der Begeherinnen für den Bereich *Ernährung* darstellt, repräsentiert damit praktisch einen starken Effekt.

Die Effektstärken für die Unterbereiche liegen bei $d = 0,58$ für „Planung / Organisation / Ausstattung“ und bei $d = 0,66$ für „Interaktion“ und repräsentieren mittlere Effektstärken.

Mittlere Effektstärken zeigen sich zumeist auch in den beiden anderen Bereichen. Schwächer ausgeprägt sind die Effektstärken jeweils in den Unterbereichen „Interaktion“ für die Projektkomponenten *Bewegung* und *Entspannung* (schwache bis mittlere Effekte).

Zusammenfassung:

Die ermittelten Effektstärken bezüglich der Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen im Urteil der externen Begeherinnen liegen überwiegend im mittleren Bereich und sind bedeutsam. Soweit eine kausale Interpretation im Rahmen des Designs als einer nicht-randomisierten Studie möglich ist, sprechen die Ergebnisse für eine substantielle Wirksamkeit der Intervention in allen drei Programmbereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung*.

5.2.5 Integration der Komponenten *Ernährung, Bewegung und Entspannung* in den Bildungs- und Erziehungskontext im KiTa-Alltag

Ein zentrales Anliegen des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* besteht darin, dass die Bereiche *Ernährung, Bewegung und Entspannung* in den KiTa-Alltag integriert werden und nicht additiv im Sinne von zusätzlichen Angeboten im Kindergartenalltag verstanden werden, wie dies in vielen anderen Präventionsprojekten der Fall ist. Neben der Anforderung, die im Referenzrahmen festgeschriebenen Kriterien der Bereiche *Ernährung, Bewegung und Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* zu erfüllen, wird daher zusätzlich im Referenzrahmen gefordert, dass Ziele aus den Bereichen *Ernährung, Bewegung und Entspannung* mit kognitiven, persönlichkeitsbildenden und sozialen Zielen aus anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen im KiTa-Alltag verknüpft werden (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b, S. 5-6). Im Selbstevaluationsfragebogen wurden die pädagogischen Fachkräfte daher danach gefragt, in welchen Bereichen sie im Laufe des Projekts Angebote entwickelt haben und in welcher Verbindung diese mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen stehen. Dazu wurden im Fragebogen Vorgaben gemacht. Die ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereiche basieren dabei auf dem Dokument „Gemeinsamer Rahmen der Länder für die frühe Bildung in Kindertageseinrichtungen“ (Beschluss der Jugendministerkonferenz vom 13. / 14. Mai 2004 und dem Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 3. / 4. Juni 2004), der die Grundlage für die jeweiligen Bildungspläne der Länder bildet, sowie auf den Bildungsplänen der am Pilotprojekt teilnehmenden Bundesländer¹³. Der Zeitraum, für den die Verknüpfung mit solchen Bildungs- und Erziehungszielen berichtet werden sollte, war für die pädagogischen Fachkräfte in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen identisch.

Vor diesem Hintergrund soll untersucht werden

- (1) wie viele der pädagogischen Fachkräfte in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen überhaupt Verknüpfungen der Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung* mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen vorgenommen haben,
- (2) wie sich die Verknüpfungen bei den Fachkräften, die solche vorgenommen haben, auf die einzelnen Bildungs- und Erziehungsbereiche verteilen
- (3) und wie viele Verknüpfungen mit verschiedenen Bildungs- und Erziehungsbereichen die pädagogischen Fachkräfte der Pilot- und Vergleichseinrichtungen im Durchschnitt vorgenommen haben.

Zusätzlich sollen im Sinne einer qualitativen Analyse die Art der Verknüpfungen beleuchtet werden.

¹³ „Bildungsvereinbarung NRW“ (Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen, 2003) und „Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung“ (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen & Staatsinstitut für Frühpädagogik, 2005).

Tabelle 18

Pädagogische Fachkräfte, die Ziele in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen verknüpft haben; Angaben in %

Bereiche	Piloteinrichtungen	Vergleichs- einrichtungen
Ernährung	94,9	69,8
Bewegung	95,7	90,7
Entspannung	95,5	74,7

Auf die Frage „Haben Sie Ziele im Bereich Ernährung (analog: Bewegung oder Entspannung) mit kognitiven, persönlichkeitsbildenden und sozialen Zielen aus anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen verknüpft?“ antworteten die pädagogischen Fachkräfte der Piloteinrichtungen für jeden der Bereiche *Ernährung, Bewegung und Entspannung* jeweils zu 95% mit „Ja“ (vgl. Tabelle 18). Daraus lässt sich erkennen, dass nahezu alle pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen die Projektschwerpunkte mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen kombinieren. Im Vergleich mit den pädagogischen Fachkräften aus den Vergleichseinrichtungen haben die Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen insgesamt deutlich häufiger solche Angebote entwickelt. In den Bereichen *Ernährung* und *Entspannung* liegt die Differenz bei 25 bzw. 20 Prozentpunkten, im Bereich *Bewegung* beträgt sie nur 5 Prozentpunkte. Hier spiegelt sich die Tatsache wider, dass der Bereich *Bewegung*, als ein traditioneller Bildungsbereich bei Kindern im vorschulischen Alter, ein insgesamt beachteter und vielseitig ausgebauter Bildungsbereich ist und die Verbindung mit anderen Bildungsbereichen auch in den Vergleichseinrichtungen zur täglichen pädagogischen Arbeit gehört.

Tabelle 19

Vergleich der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen nach einzelnen Bildungs- und Erziehungsbereichen; Angaben in %

Bildungs- und Erziehungsbereiche	Ernährung		Bewegung		Entspannung	
	Pilot	Vergleich	Pilot	Vergleich	Pilot	Vergleich
Körper und Gesundheit	86,4	78,5	89,8	67,8	90,1	71,4
Musik und Tanz	44,3	44,6	92,7	89,7	86,0	67,1
Soziale und kulturelle Umwelt	71,9	64,6	66,1	64,4	55,6	44,3
Mathematische Grunderfahrungen	57,3	53,8	61,6	54,0	27,5	11,4
Sprache, Kommunikation und Schriftkultur	81,6	70,8	73,4	59,8	73,7	51,4
Naturwiss. und technische Grunderfahrungen	49,7	40,0	46,3	27,6	30,4	11,4
Bildnerische und darstellende Kunst	62,2	58,5	45,8	36,8	62,6	61,4

Basis: Nur Fachkräfte, die Verknüpfungen vorgenommen haben

Die pädagogischen Fachkräfte, die Verknüpfungen realisiert haben (in Pilot- wie in Vergleichseinrichtungen), haben diese besonders häufig mit den Bildungs- und Erziehungsbereichen „Körper und Gesundheit“ sowie „Musik und Tanz“ (bei *Bewegung* und *Entspannung*) bzw. mit „Sprache, Kommunikation und Schriftkultur“ (bei *Ernährung*) vorgenommen (vgl. Tabelle 19). Diese Kombinationen sind aufgrund der eng miteinander verbundenen Thematiken naheliegend und plausibel. Es fällt auf, dass Verknüpfungen mit den Bildungs- und Erziehungsbereichen „naturwissenschaftliche und technische Grunderfahrungen“ wie auch „mathematische Grunderfahrungen“ demgegenüber deutlich seltener vorkommen.

Dieses Muster gilt für die pädagogischen Fachkräfte in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen in gleicher Weise und dürfte die traditionelle relative Vernachlässigung dieser Bildungsbereiche im KiTa-Alltag spiegeln. In den genannten Bildungs- und Erziehungsbereichen (wie auch in allen anderen) zeigt sich, dass die pädagogischen Fachkräfte aus den Pilotenrichtungen durchgängig häufiger Verknüpfungen vornehmen als die aus den Vergleichseinrichtungen.

Betrachtet man die Verknüpfungen der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* mit den verschiedenen Bildungs- und Erziehungsbereichen unter qualitativen Gesichtspunkten, so ergibt sich folgendes Bild:

Bereich *Ernährung*

Wie aus der Tabelle 19 ersichtlich, werden Ziele aus dem Bereich *Ernährung* von den pädagogischen Fachkräften aus den Pilot- und Vergleichseinrichtungen hauptsächlich mit den Bildungs- und Erziehungsbereichen „Körper und Gesundheit“ (Pilotenrichtungen: 86,4% und Vergleichseinrichtungen: 78,5%) und „Sprache, Kommunikation und Schriftkultur“ (Pilotenrichtungen: 81,6% und Vergleichseinrichtungen: 70,8%) sowie „soziale und kulturelle Umwelt“ (71,9% bzw. 64,6%) verknüpft. Tabelle 20 zeigt solche Verknüpfungen unter qualitativen Gesichtspunkten.

Tabelle 20

Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Ernährung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen

Bildungs- und Erziehungsbereich	Beispiele von Angeboten aus dem Bereich <i>Ernährung</i>
Körper und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • 4-Sterne Frühstück, Müslifrühstück • Schlemmertage / gemeinsames Kochen • Obst- / Gemüseteller • Zahngesundheit
Sprache, Kommunikation und Schriftkultur	<ul style="list-style-type: none"> • Gedichte, Bilderbücher • Gespräche über gesundes Essen • Einkaufszettel erstellen • Benennen von Lebensmitteln z.B. beim Kochen / Backen oder beim Einkaufen • Speiseplan gestalten
Soziale und kulturelle Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Einkaufen gehen, auf den Markt gehen • Besuch eines Bauernhofs • Kochen, auch internationale Gerichte • Interkulturelles Buffet • Rituale und Tischsitten auch aus anderen Ländern

Bereich *Bewegung*

Der Bereich *Bewegung* wird von den pädagogischen Fachkräften der Pilot- und Vergleichseinrichtungen am Häufigsten mit dem Bildungsbereich „Musik und Tanz“ verknüpft (siehe Tabelle 19). Nach eigenen Angaben kombinieren pädagogische Fachkräfte aus den Pilotenrichtungen, die solche Verknüpfungen vorgenommen haben, zu 92,7% ihre Ziele im Bereich *Bewegung* mit „Musik und Tanz“; in den Vergleichseinrichtungen sind es 89,7%. Die pädagogischen Fachkräfte der Pilotenrichtungen verknüpfen *Bewegung* ähnlich oft (89,8%) mit dem Bildungs- und Erziehungsbereich „Körper und Gesundheit“ (in Vergleichseinrichtungen: 67,8%). Die Prozentanteile für die Verbindung von *Bewegung* mit „Sprache, Kom-

munikation und Schriftkultur“ belaufen sich für die Fachkräfte, die solche Verknüpfungen vornehmen, in den Piloteinrichtungen auf 73,4%, in den Vergleichseinrichtungen auf 59,8%; für den Bildungsbereich „soziale und kulturelle Umwelt“ sind es 66,1% gegenüber 64,4%. In Tabelle 21 werden Beispiele für häufige Verknüpfungen aufgeführt.

Tabelle 21

Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Bewegung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen

Bildungs- und Erziehungsbereich	Beispiele von Angeboten aus dem Bereich <i>Bewegung</i>
Musik und Tanz	<ul style="list-style-type: none"> • Tanzen, Kreisspiele, Bewegungslieder • Bewegungs-Workshop / Musik-Workshop • Tanz Ag, Kindermusical • Kinderdisco, Musiktreff
Körper und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsbaustellen, Bällebad • Turnen, Baden • Massagen • Bewegen an frischer Luft, Spaziergänge, Joggen, Waldtag • Bewegung – Körper fühlen – Atemtechnik – Muskelkater • Raum-Lage-Wahrnehmung / Sinneswahrnehmung
Sprache, Kommunikation und Schriftkultur	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsformen benennen • Aufgabenstellung benennen • Bewegungsspiele - singen / sprechen
Soziale und kulturelle Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Partner-Spiele / Partner-Übungen • Rücksichtnahme • Erkundung der Umgebung • Musik und Tanz aus anderen Kulturen

Bereich *Entspannung*

Von den pädagogischen Fachkräften, die Verknüpfungen herstellen, werden, wie in Tabelle 19 dargestellt, Angebote aus dem Bereich *Entspannung* am häufigsten im Bildungs- und Erziehungsbereich „Körper und Gesundheit“ gemacht; in den Piloteinrichtungen zu 90,1%, in den Vergleichseinrichtungen zu 71,4%.

Es folgen in der Häufigkeit die Bildungs- und Erziehungsbereiche „Musik und Tanz“ mit 86% gegenüber 67,1%, „Sprache, Kommunikation und Schriftkultur“ mit 73,7 gegenüber 51,4% sowie „bildnerische und darstellende Kunst“ mit 62,6% gegenüber 61,4%.

Beispielangebote sind in Tabelle 22 aufgeführt.

Tabelle 22

Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Entspannung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen

Bildungs- und Erziehungsbereich	Beispiele von Angeboten aus dem Bereich <i>Entspannung</i>
Körper und Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Kurze Entspannungsübungen • Individuell abgestimmte Ruhezeiten, Mittagschlaf • Traumreisen, Phantasiereisen • Körperwahrnehmung, Körperentspannung, Atmung • Massage • Yoga, Meditation • Wellness-Woche (Fußmassage, Gesichtsmaske)
Musik und Tanz	<ul style="list-style-type: none"> • Klang- und Bewegungsgeschichten • Entspannungsmusik, klassische Musik • Rhythmus fühlen, sich dazu bewegen, seinen Körper fühlen und entspannen • Lieder singen in ruhiger Atmosphäre • Meditatives Tanzen • Klangschalen, Klangschalenmassagen
Sprache, Kommunikation und Schriftkultur	<ul style="list-style-type: none"> • Über Gefühle sprechen: „Wie geht es mir?“, „ Wie fühle ich mich?“ • Über Entspannung sprechen und wie sich der Körper dabei anfühlt • Traumraum--> Traumgeschichten • Bilderbuchbetrachtung in entspannter Atmosphäre • CDs und Geschichten in ruhiger, entspannter Atmosphäre hören • Sprache bewusst einsetzen: laut-leise, langsam-schnell, Betonung und Rhythmus
Bildnerische und darstellende Kunst	<ul style="list-style-type: none"> • Malen nach Musik • Mandalas malen • Großflächig malen, matschen, formen und versinken im Tun

Bei im Prinzip gleichartigen „Verknüpfungsmustern“ bei Pilot- und Vergleichseinrichtungen bleibt die Tatsache bestehen, dass der Anteil der pädagogischen Fachkräfte, die die vom Programm *gesunde kitas • starke kinder* intendierten Verknüpfungen vornehmen, bei den pädagogischen Fachkräften der Piloteinrichtungen höher ist. Außerdem werden auch innerhalb der Gruppe der Fachkräfte, die Verknüpfungen überhaupt vornehmen, von den diesbezüglichen Fachkräften der Piloteinrichtungen durchgängig mehr Verknüpfungen vorgenommen. Damit wird eine stärkere Integration der Komponenten *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* in den KiTa-Alltag erreicht als dies bei ihren Kolleginnen der Vergleichseinrichtung der Fall ist (vgl. Tabelle 19).

Zusammenfassend ist dieser Sachverhalt in der Abbildung 3 und der Tabelle 23 dargestellt: Bei den pädagogischen Fachkräften der Piloteinrichtungen, die Verknüpfungen vornehmen, ist der Anteil mit 1 bis 3 Verknüpfungen geringer und der mit über 6 Verknüpfungen größer als bei denen aus den Vergleichseinrichtungen. Entsprechend zeigen sich – für *Bewegung* und *Entspannung* – statistisch signifikante Mittelwertdifferenzen zugunsten der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen.

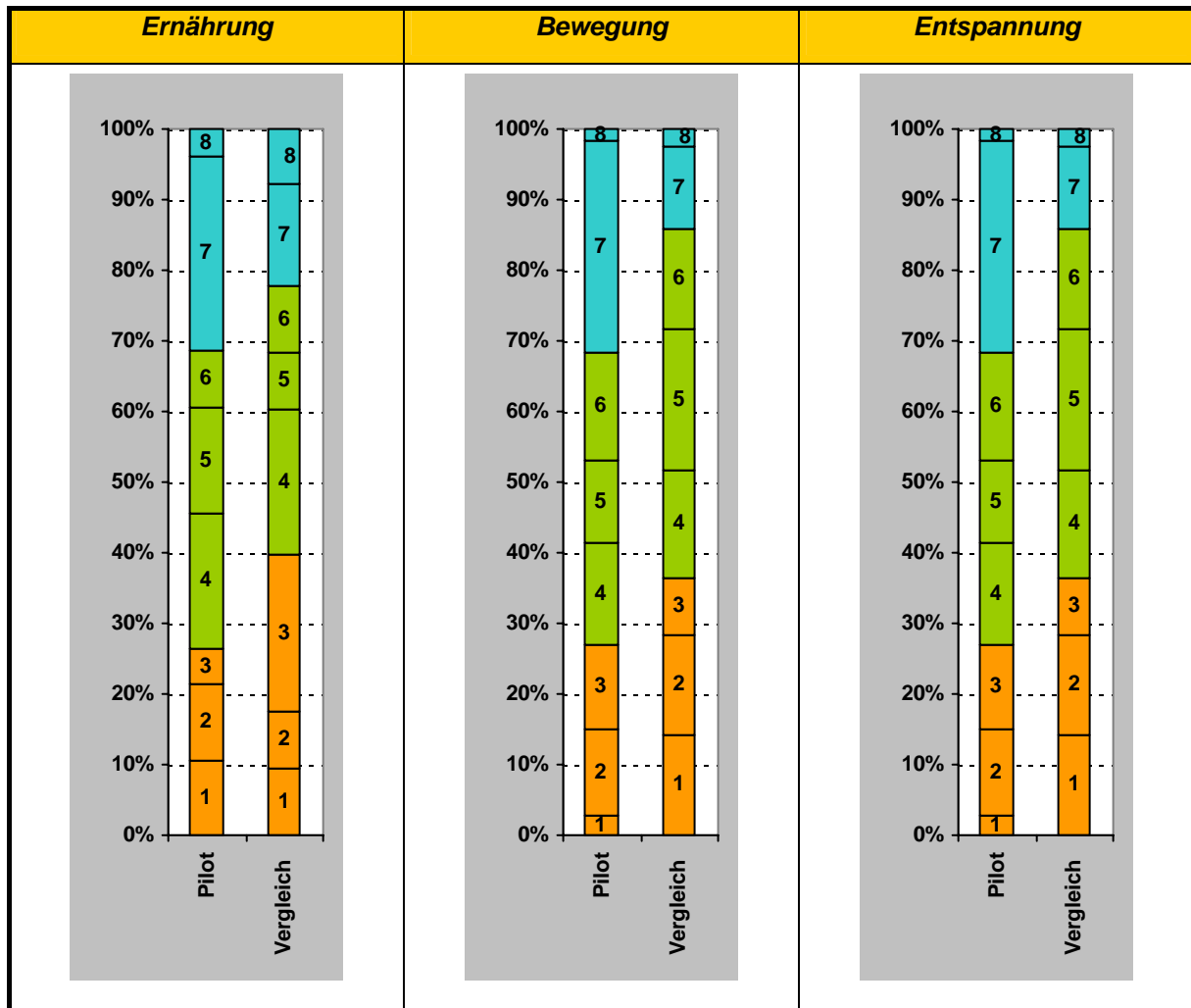


Abbildung 3: Vergleich der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen aus den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen.

Tabelle 23

Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen nach Bereichen

Bereich	Pilot-einrichtungen	Vergleichs-einrichtungen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Ernährung	4,7 (2,1)	4,3 (2,1)	n.s.
Bewegung	4,9 (1,9)	4,1 (2,0)	$p \leq .01$
Entspannung	4,4 (1,9)	3,3 (2,0)	$p \leq .01$

Signifikanz 1-seitig

Zusammenfassung:

Die Intention des Programms *gesunde kitas • starke kinder*, die Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* mit den durch Richtlinien und Rahmenpläne vorgegebenen Bildungs- und Erziehungsbereichen zu verbinden, wird nach den Selbstauskünften der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen von 95% umgesetzt. Solche Verknüpfungen kommen auch bei den Fachkräften der Vergleichseinrichtungen vor, jedoch bei einem deutlich geringeren Anteil.

Bei den pädagogischen Fachkräften, die solche Verknüpfungen vornehmen, zeigt sich bei solchen aus Pilot- und Vergleichseinrichtungen ein ähnliches Muster. Aufgrund der thematischen Nähe werden beispielsweise Verknüpfungen von *Bewegung* mit dem Bildungs- und Erziehungsbereich „Musik und Tanz“ besonders häufig genannt. Allgemein zeigt sich jedoch für Fachkräfte in Pilot- und Vergleichseinrichtungen in gleicher Weise, dass Verknüpfungen zu den verschiedenen Bildungs- und Erziehungsbereichen in sehr unterschiedlicher Weise hergestellt werden. Relativ schwer scheinen sich die Fachkräfte zu tun mit Verbindungen zu den Bildungs- und Erziehungsbereichen „mathematische Grunderfahrungen“ sowie „naturwissenschaftliche und technische Grunderfahrungen“.

Innerhalb dieses eher übergreifenden Musters nehmen die Fachkräfte, bei denen solche Verknüpfungen vorkommen, aus den Piloteinrichtungen prozentual konsistent häufiger Verknüpfungen für jeden Bildungs- und Erziehungsbereich vor und damit insgesamt auch mehr Verknüpfungen als ihre Kolleginnen aus den Vergleichseinrichtungen.

5.2.6 Qualitätsgewinn durch die Intervention aus der Perspektive der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte

Sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte der Pilotenrichtungen wurden gebeten, ihre Qualität bezüglich der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* vor und nach der Intervention auf einem Qualitätsbarometer (Prozent-Skala von 0 bis 100) einzuschätzen. Die Abbildung 4 zeigt den Mittelwert der Antworten der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte in den unterschiedlichen Bereichen. Insgesamt schätzen beide Gruppen die vorhandene und die erreichte Qualität sehr ähnlich ein. Tendenziell liegen die Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte etwas höher. Allerdings zeigt die Streuung, dass die Einschätzungen der Leiterinnen zwischen 8,5% (*Bewegung*, nachher) und 21,8% (*Gesundheitsdialog*, vorher) sowie die Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte zwischen 8,9% (*Bewegung*, nachher) und 19,1% (*Gesundheitsdialog*, vorher) zum Teil erheblich variieren. Sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte schätzen die Qualität im Bereich *Entspannung* vor der Intervention durchschnittlich am geringsten ein, gefolgt von dem *Gesundheitsdialog mit den Eltern*. Nach Einschätzung beider Gruppen liegt die gebotene Qualität in den Bereichen *Ernährung* und vor allem *Bewegung* bereits vor der Intervention im Mittel im oberen Drittel.

Die eingeschätzte Qualitätsverbesserung liegt durchschnittlich zwischen 10% und 30%. Der Bereich *Bewegung* hat sich nach Angaben der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte im Mittel um 11,6% bzw. 11,2% am geringsten verbessert. Vermutlich haben die Einrichtungen den Bereich *Bewegung* aufgrund der recht hoch empfundenen Ausgangsqualität nicht am Stärksten fokussiert. Demgegenüber hat sich der Bereich *Entspannung* mit durchschnittlich 16,7% (Leiterinnen) bzw. 14,7% (pädagogische Fachkräfte) übereinstimmend am stärksten verbessert. Da dieser Bereich vor der Intervention am niedrigsten eingeschätzt wurde, haben die Einrichtungen vermutlich hier ihren Schwerpunkt gesetzt¹⁴. Die eingeschätzten Verbesserungen im *Gesundheitsdialog mit den Eltern* liegen im Mittel bei 14,8% (Leiterinnen) bzw. 13,5% (pädagogische Fachkräfte). Da hier die Ausgangsqualität nach Angaben der Leiterinnen sowie der pädagogischen Fachkräfte im Mittel auch eher niedrig war, ist der *Gesundheitsdialog* nach der Intervention der Bereich, den die beiden Gruppen im Schnitt mit 66,2% (Leiterinnen) und 72,0% (pädagogische Fachkräfte) am niedrigsten einschätzen. Trotz recht hoch eingeschätzter Ausgangsqualität haben die Einrichtungen im Bereich *Ernährung* ihre Qualität im Durchschnitt um 8,3% (Leiterinnen) bzw. 16,2% (pädagogische Fachkräfte) verbessert, so dass sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte die Qualität in den Bereichen *Ernährung* und *Bewegung* durchschnittlich mit 85% bis 88% am höchsten einschätzen.

¹⁴ In einem Erfahrungsaustausch mit den *peb*-Coaches bestätigten diese, dass viele Einrichtungen ihren Schwerpunkt im Bereich *Entspannung* gesetzt hatten.

Die Standardabweichung von 8% bis 19% zeigt deutlich, dass die Einschätzungen der Qualität nach der Intervention sowohl durch die Leiterinnen als auch durch die pädagogischen Fachkräfte ähnlich wie auch die Einschätzungen vor der Intervention nicht homogen sind.

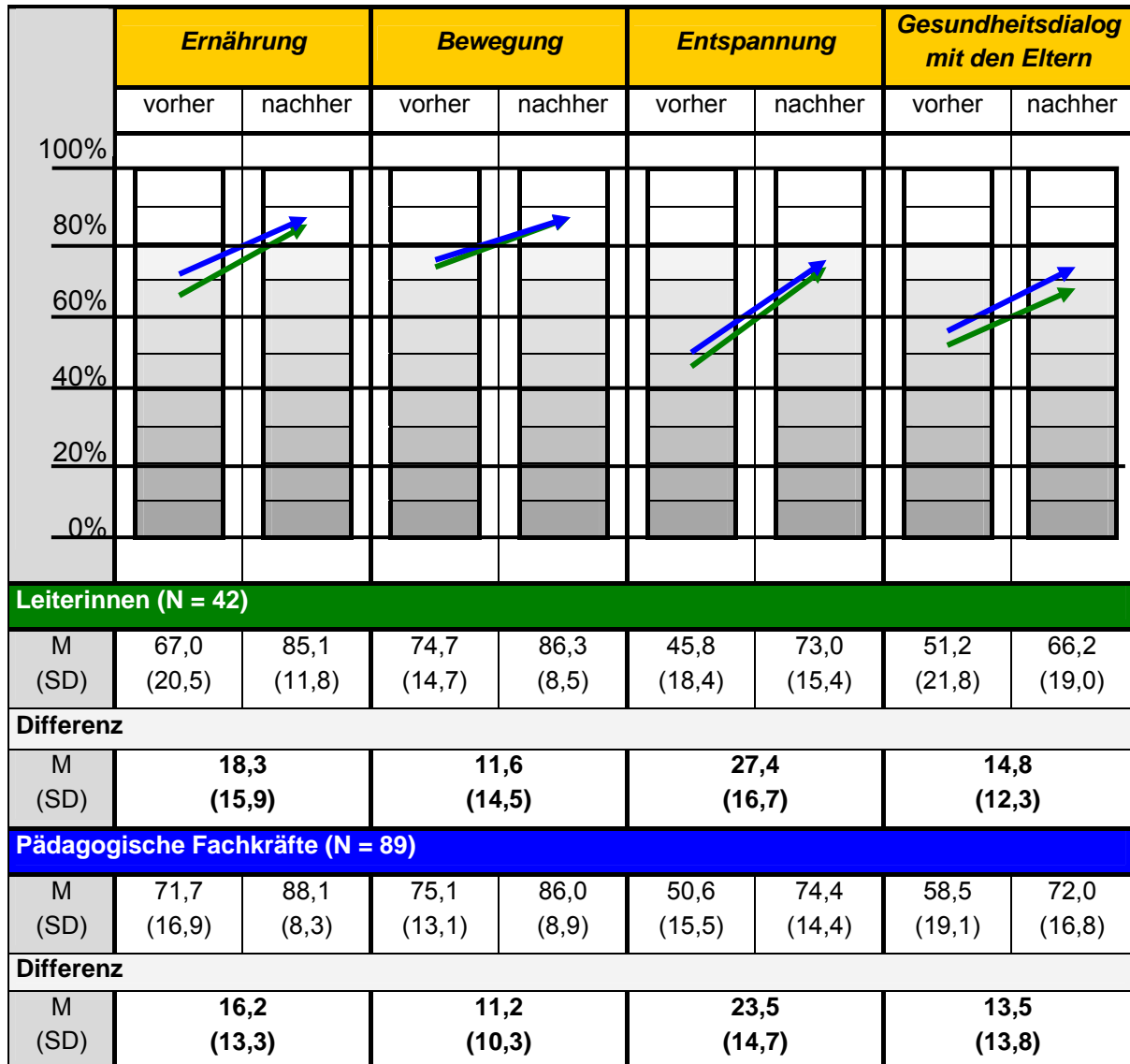


Abbildung 4: Qualitätsbarometer: Qualitätsverbesserung in den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung*, *Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* nach Angaben der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte; Angaben in %.

Zusammenfassung:

Auf einem Qualitätsbarometer sehen die Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte eine substantielle Qualitätssteigerung gegeben von anfänglich ca. 70% auf nun rund 90% in den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und von ca. 45% auf rund 75% im Bereich *Entspannung* sowie von ca. 55% auf 70% im Bereich des *Gesundheitsdialogs mit den Eltern*.

5.2.7 Zusammenfassung

Pädagogische Fachkräfte

Es zeigt sich, dass fast alle Mittelwerte für die Gesamtbereiche in der Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen im Vergleich zu den Mittelwerten der Vergleichseinrichtungen statistisch signifikant höher ausfallen. Bezüglich der Mittelwerte der Unterbereiche lässt sich sagen, dass insbesondere die Dimension „Planung / Organisation / Ausstattung“ hoch eingeschätzt wird.

Betrachtet man die Rangfolge der Bereiche, so ergibt sich für beide Untersuchungsgruppen, dass der Bereich *Ernährung* an erster Stelle steht. Im Anschluss folgen die Bereiche *Entspannung* und *Bewegung*. Der Bereich *Gesundheitsdialog mit den Eltern* wird am schwächsten eingeschätzt.

Begeherinnen

Hinsichtlich der Einschätzungen der Begeherinnen ergibt sich ein ähnliches Bild. In allen Gesamtbereichen sind die Unterschiede zwischen den Einschätzungen der Begeherinnen in den Piloteinrichtungen und den Vergleichseinrichtungen sehr signifikant ($p \leq 0.1$). Signifikanz auf dem 5%- bzw. 10%-Niveau finden sich auch in allen Unterbereichen. Bezüglich der Rangreihe der Bereiche zeigt sich eine Abweichung gegenüber den Einschätzungen der pädagogischen Fachkräfte.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Piloteinrichtungen substanziell besser abschneiden als die Vergleichseinrichtungen. Dieses Ergebnis ist bei den externen Begeherinnen noch deutlicher als bei den Selbsteinschätzungen.

Verknüpfung von Angeboten in den Projektbereichen mit Bildungs- und Erziehungsbereichen

Die pädagogischen Fachkräfte der Piloteinrichtungen haben häufiger Angebote in den Projektbereichen entwickelt als die in den Vergleichseinrichtungen. Dies gilt vor allem für die zwei Bereiche *Ernährung* und *Entspannung*. Außerdem zeigen die Angaben der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen eine größere Vielseitigkeit bezüglich der Verknüpfung dieser Angebote mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen; das gilt vor allem für Angebote in den Bereichen *Bewegung* und *Entspannung*.

Qualitätsgewinn

Nach Auskunft der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen hat sich die Qualität in den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* mit Durchführung des Projekts insgesamt zwischen rund 10 und rund 25 Prozentpunkten erhöht. Beide Gruppen geben an, dass sich die Qualität im Bereich *Entspannung* am stärksten verbessert hat. In diesem Bereich wurde die Qualität vor Durchführung des Projekts von beiden Gruppen am niedrigsten eingeschätzt. Am geringsten

hat sich die Qualität im Bereich *Bewegung* verbessert. Aufgrund des hohen Ausgangswerts liegt die eingeschätzte Qualität nach Durchführung des Projekts jedoch bei über 80%. Ähnlich stark wird der Bereich *Ernährung* eingeschätzt und das sowohl von den pädagogischen Fachkräften als auch von den Leiterinnen. Insgesamt liegt von beiden befragten Gruppen eine kritische Selbsteinschätzung vor, da sie für alle Bereiche noch Spielraum bis zur 100%- Marke sehen.

5.3 Gesundheitsdialog und Grundkomponenten Ernährung, Bewegung, Entspannung aus der Perspektive der Eltern und Leiterinnen

Das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* hat neben seinen Schwerpunkten *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* auch zum Ziel, einen *Gesundheitsdialog mit den Eltern* zu führen und sie in Aktivitäten zur Gesundheitserziehung in der Kindertageseinrichtung einzubeziehen. In diesem Abschnitt soll die Umsetzung des *Gesundheitsdialogs* aus der Perspektive der Eltern (und im Kontrast zu der von Leiterinnen) betrachtet werden.

Untersucht werden soll

- wie die Eltern den *Gesundheitsdialog* einschätzen,
- wie sich die Einschätzungen der Eltern im Verhältnis zu denen der Leiterinnen darstellen, und
- wie zufrieden die Eltern mit der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* in ihrer Kindertageseinrichtung sind.

Zusätzlich soll der Frage nachgegangen werden,

- für wie wichtig die Eltern verschiedene zentrale Aspekte der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* für ihre Kinder halten und
- wie stark sie bestimmte Aspekte der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* für ihre Kinder im eigenen Familienalltag berücksichtigen.

Die Elternbefragung wurde nur bei Eltern aus den Piloteinrichtungen durchgeführt. Deswegen kann keine Gegenüberstellung mit Elternantworten aus Vergleichseinrichtungen erfolgen. Dem Vergleich mit den Bewertungen des *Gesundheitsdialogs* durch die Leiterinnen liegen die im Abschnitt 4.1 beschriebenen Skalen und Unterskalen zugrunde.

5.3.1 Gesundheitsdialog aus der Sicht von Eltern und Leiterinnen

In Tabelle 24 sind die Ergebnisse zum *Gesundheitsdialog* aus der Sicht von Eltern und Leiterinnen dargestellt. Die Tabelle enthält die Mittelwerte und Standardabweichungen (Vierer-Skala im Fragebogen für die Eltern: 0 = stimmt nicht, 1 = stimmt zum Teil / manchmal, 2 = stimmt überwiegend / oft, 3 = stimmt voll und ganz; Vierer-Skala im Fragebogen für die Leiterinnen: 0 = nein, 1 = nur zum Teil / manchmal, 2 = überwiegend / oft, 3 = ja). Die

Elterndaten sind auf Einrichtungsebene aggregiert. Der Vergleich beruht auf 39 Piloteinrichtungen.

Tabelle 24

Gesundheitsdialog aus der Sicht von Eltern und Leiterinnen

Bereich / Unterbereiche	Eltern	Leiterinnen	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Bereich: Gesundheitsdialog mit den Eltern	1,98 (0,35)	1,84 (0,52)	p ≤ .05
Unterbereich „Planung / Organisation / Ausstattung“	2,00 (0,51)	1,47 (0,70)	p ≤ .01
Unterbereich „Kommunikation“	2,19 (0,47)	2,04 (0,74)	p ≤ .10
Unterbereich „Information“	1,75 (0,39)	2,46 (0,74)	p ≤ .01

Signifikanz 2-seitig

Wie ersichtlich, wird die Umsetzung des gesamten Bereichs *Gesundheitsdialog mit den Eltern* von den Eltern selbst statistisch signifikant besser beurteilt als von den Leiterinnen. Dieser übergreifende Befund (mit einem Mittelwert von 1,98 bei den Eltern: 2 = „stimmt überwiegend / oft“) spricht für ein insgesamt gutes Gelingen des *Gesundheitsdialogs* aus der Sicht der Adressaten. Eine gleichgerichtete Tendenz ergibt sich für die Unterbereiche „Planung / Organisation / Ausstattung“ und „Kommunikation“. Demnach bieten die Pilot-Kindertageseinrichtungen den Eltern die Beteiligung an gesundheitsbezogenen Angeboten und Aktivitäten und legen Wert auf einen positiven Kontakt der Eltern zu den jeweiligen Bezugserzieherinnen. Elternbefragungen, die auch Fragen zu den Themen *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* enthalten, werden nach Einschätzung der Eltern, demzufolge häufig realisiert und es gibt Entwicklungsgespräche, in denen auch Themen der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* angesprochen werden. Den Unterbereich „Information“ dagegen bewerten die Eltern mit einem Mittelwert von 1,75 (SD = 0,39) absolut gesehen am niedrigsten und statistisch signifikant niedriger als die Leiterinnen. Regelmäßige Informationen zu Bildungsangeboten für die Kinder im Bereich Gesundheit, welche entweder durch die pädagogische Fachkraft selbst oder durch Aushänge und ausgestellte Arbeiten der Kinder übermittelt werden, sind aus der Sicht der Eltern weniger gegeben als aus der Sicht der Leiterinnen, ebenfalls gilt das für Informationen über gesundheitsbezogene Angebote und Aktivitäten für Eltern in der Umgebung der Kindertageseinrichtung.

Ein Grund für die ausgeprägte Differenz zwischen Leiterinnen und Eltern in der Bewertung der „Information“ könnte darin liegen, dass die Leiterinnen als diejenigen, die die verschiedenen Informationen organisieren, eine „Gesamtschau“ für sich entwickeln und damit eine

reichhaltige und vielfältige Information wahrnehmen, während sich Eltern dieser Zusammenhang nicht herstellt und sie eher nur einzelnen Informationen wahrnehmen.

5.3.2 Zufriedenheit der Eltern mit der pädagogischen Arbeit in den Bereichen *Ernährung, Bewegung und Entspannung*

Die Eltern in den Piloteinrichtungen wurden auch gebeten, den Grad ihrer Zustimmung auf einer Vierer-Skala (0 = stimmt nicht, 1 = stimmt zum Teil / manchmal, 2 = stimmt überwiegend / oft, 3 = stimmt voll und ganz zu) anzugeben, und zwar zu folgenden Aussagen: „Ich bin sehr zufrieden mit der KiTa in Bezug auf den Bereich *Ernährung* (analog *Bewegung* und *Entspannung*)“. Abbildung 5 zeigt differenziert nach den Bereichen *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* die prozentualen Anteile der Eltern nach Zustimmungsgraden.

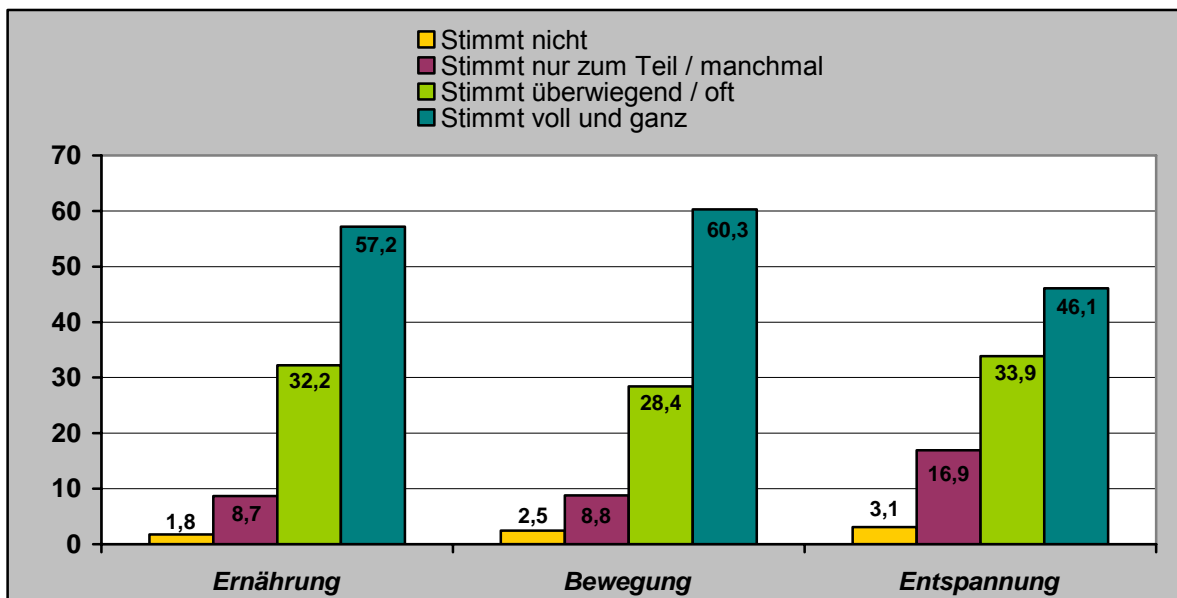


Abbildung 5: Zufriedenheit der Eltern mit der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* in der Kindertageseinrichtung; Angaben in %.

Die meisten der 559 Eltern, von denen Antworten vorliegen, sind mit der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* in der Kindertageseinrichtung „überwiegend“ oder „voll und ganz“ zufrieden. Am häufigsten zeigen sich die Eltern mit knapp 90% für die Bereiche *Ernährung* und *Bewegung* zufrieden („überwiegend“ bzw. „voll und ganz“). In dem Bereich *Entspannung* urteilen die Eltern etwas kritischer; jedoch ist mit 80% der Anteil zufriedener Eltern auch hier hoch. Diese Ergebnisse und auch die tendenzielle Abstufung gehen konform mit der Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte bezüglich der in ihren Einrichtungen gegebenen Qualität für die Bereiche *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* (siehe Kapitel 5.2.6).

5.3.3 Elternsicht: Wichtigkeit einzelner Aspekte in den Bereichen *Ernährung, Bewegung und Entspannung* und deren Umsetzung in der Familie

Um herauszufinden, wie einzelne Projektkomponenten von den Familien bewertet werden, wurden die Eltern nach der Bedeutung einiger zentraler Aspekte aus den Bereichen *Ernährung, Bewegung und Entspannung* gefragt. Die Wichtigkeit sollten sie dabei auf einer Prozentskala angeben (100% = sehr wichtig; 0% = gar nicht wichtig). Darüber hinaus wurden die Eltern um Auskunft gebeten, inwieweit sie diese Aspekte in ihrem familialen Alltag umsetzen (Vierer-Skala: 0 = gar nicht, 1 = nur zum Teil / manchmal, 2 = überwiegend / oft, 3 = voll und ganz). Der Tabelle 25 lässt sich entnehmen, dass die Eltern alle erfragten Aspekte in hohem Grade als wichtig einschätzen und im Durchschnitt kein Aspekt, mit Ausnahme eines aus dem Bereich *Ernährung*, unter 80 von möglichen 100 Prozentpunkten bewertet wurde. Auch die Umsetzung im Familienalltag wird im Allgemeinen als in hohem Grade gegeben beurteilt; die Mittelwerte liegen im Spektrum möglicher Antworten (0 = „gar nicht“ bis 3 = „voll und ganz“) zwischen 2,0 und 2,57. Man wird bei diesen Ergebnissen von einem starken Einfluss sozialer Erwünschtheit in den Antworten ausgehen müssen (vgl. Diekmann 2007), der sich Eltern bei Fragen zur Erziehung und gesunden Lebensweise für und mit ihren Kindern ausgesetzt sehen.

Um dennoch ein Bild für gewisse Unterschiede in den Antworten im Rahmen der insgesamt sehr positiven Einstufungen zu erhalten, wurden die Wichtigkeits- wie die Umsetzungseinstufungen jeweils in eine Rangreihe gebracht (Tabelle 25).

Tabelle 25

Wichtigkeit und Umsetzung einzelner Aspekte der Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung

Einzelaspekte	Wichtigkeit		Umsetzung	
	M (SD)	Rang	M (SD)	Rang
Ernährung: Eltern und Familie sind wichtige Vorbilder für Kinder in Bezug auf gesunde Ernährung.	94,09 (9,18)	1	2,43 (0,59)	5
Ernährung: Frisches Obst und Gemüse sind fester Bestandteil der täglichen Ernährung.	93,23 (8,78)	2	2,47 (0,57)	4
Bewegung: Tägliche Bewegung an der frischen Luft gehört für Kinder zum Alltag.	92,82 (10,23)	3	2,38 (0,58)	6
Entspannung: Kinder haben während des Tages die Möglichkeit sich zurückzuziehen, um sich auszuruhen oder zu entspannen (z.B. im Kinderzimmer oder auf der Couch).	92,61 (10,54)	4	2,57 (0,59)	1
Entspannung: Kindern, die während des Tages müde oder angespannt sind, wird geholfen zur Ruhe zu kommen (z.B. mit Vorlesen, Kuscheln oder Musik hören).	91,94 (10,52)	5	2,50 (0,60)	3
Ernährung: Die Familie nimmt ihre Mahlzeiten gemeinsam und in einer angenehmen Atmosphäre ein.	91,49 (11,84)	6	2,36 (0,65)	7
Ernährung: Getränke sind energiearm (z.B. Wasser, leichte Fruchtsaftschorlen, ungesüßte Tees).	90,32 (13,14)	7	2,54 (0,60)	2
Entspannung: Im Verlauf des Tages ist für Routinen und Abläufe genügend Zeit eingeplant (z.B. für Mahlzeiten, An- / Auskleiden, Pflegehandlungen, Spiel).	90,24 (11,50)	8	2,34 (0,63)	8
Bewegung: Erwachsene unternehmen gemeinsam mit Kindern sportliche Aktivitäten (z.B. Schwimmen, Rad fahren, Fußball spielen).	89,51 (12,09)	9	2,25 (0,65)	9
Bewegung: Eltern und Familie sind wichtige Vorbilder für Kinder in Bezug auf sportliche Aktivitäten bzw. Bewegung.	88,36 (13,80)	10	2,12 (0,75)	10
Entspannung: Eltern und Familie sind wichtige Vorbilder für Kinder in Bezug auf Entspannung (sich Zeit nehmen für Entspannung, z.B. Musik hören, ein Bad nehmen, Spaziergang in der Natur).	87,32 (14,11)	11	2,05 (0,73)	12
Bewegung: Erwachsene ermutigen Kinder auch ungewohnten oder neuen Aktivitäten nachzugehen.	84,73 (14,45)	12	2,06 (0,67)	11
Ernährung: Süßigkeiten sind etwas Besonderes zum Genießen und gehören nicht zur alltäglichen Ernährung.	78,98 (21,09)	13	2,00 (0,77)	13

Die im Durchschnitt höchste Wichtigkeit attestieren die Eltern der Aussage aus dem Bereich *Ernährung* „Eltern und Familie sind wichtige Vorbilder für die Kinder in Bezug auf gesunde Ernährung“ mit 94,09% (SD = 9,18). Die Items, welche sich auf die Vorbildfunktion der Eltern in den Bereichen *Bewegung* und *Entspannung* beziehen, rangieren dagegen erst auf den Plätzen 10 und 11. Dies könnte als wichtigere Rolle der Ernährung in der Gesundheitserziehung der Eltern interpretiert werden. Allerdings scheinen die Eltern keinen Schwerpunkt auf speziell einen der Bereiche zu legen, da sich die weiteren Aspekte der drei Bereiche ungefähr gleich auf die Ränge verteilen. Auf den ersten drei Plätzen liegen zwei Aspekte mit Ernährungsschwerpunkt und ein Item aus dem Bereich *Bewegung*. Die letzten drei und

damit unwichtigsten Plätze stammen aus allen drei Bereichen. Als relativ am wenigsten wichtig mit einem Mittelwert von 78,98% (SD = 21,09), trotzdem auf hohem Niveau, wird das Item „Süßigkeiten sind etwas Besonderes zum Genießen und gehören nicht zur alltäglichen Ernährung“ eingestuft. Allerdings zeigt die große Streuung, dass hier die Einschätzung der Eltern am meisten differiert.

Im Vergleich zur Umsetzung zeichnet sich ein ähnliches Bild ab. Die wichtigsten Aspekte sind zwar nicht im Sinne einer 1:1 Zuordnung diejenigen, welche am häufigsten umgesetzt werden, jedoch liegen sie im oberen Rangbereich. Von den Eltern wird laut eigener Aussage am häufigsten das Item umgesetzt, in welchem die Entspannungsmöglichkeiten ihrer Kinder während des Tages beschrieben werden. Auf Platz 3 folgt ein ähnliches Item über die Unterstützung der Kinder bei der Entspannung. Auf dem zweiten Rang liegt das Item „Getränke sind energiearm, z.B. Wasser, leichte Fruchtsaftschorlen, ungesüßte Tees“ aus dem Ernährungsbereich. Am wenigsten setzen die Eltern die drei Aspekte um, welche ihnen auch am unwichtigsten sind, wobei der letzte Platz mit dem gleichen Item belegt ist. Doch auch hier bedeutet der letzte Rang noch immer einen relativ hohen Mittelwert von 2,0 (SD = 0,77). Die Rangkorrelation von $r_s = ,81$ ($p \leq .01$) verdeutlicht den hohen Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit einzelner Aspekte für die Eltern und deren Umsetzung in ihrem familialen Umfeld. Nach ihrer Selbstauskunft scheinen Eltern die in ihrer Selbstwahrnehmung wichtigen Ziele in der Gesundheitserziehung häufiger umzusetzen als die ihnen relativ weniger wichtigen.

5.3.4 Zusammenfassung

Insgesamt geben die Eltern eine positive Rückmeldung über den *Gesundheitsdialog* ab. Im Vergleich zu den Leiterinnen sind ihre Einschätzungen statistisch signifikant besser. Nur den Unterbereich „Information“ beurteilen die Eltern kritischer als die Leiterinnen. Die Beurteilungen der Leiterinnen zeugen von einer selbstkritischen Haltung der eigenen Projektumsetzung gegenüber. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass auch die Leiterinnen ihre Umsetzung im Ganzen positiv bewerten.

Die Befragung zeigt darüber hinaus, dass die Eltern in hohem Grade zufrieden sind mit der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in den Pilot-Kindertageseinrichtungen.

Den Eltern sind zentrale Aspekte aus den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in hohem Grade wichtig; eine klare interne Differenzierung zwischen den Bereichen ist dabei nicht zu erkennen. In einem erstaunlich hohen Maße geben die Eltern an, die thematisierten Gesundheitsaspekte auch im Familienalltag zu realisieren. Man wird hier von einer ausgeprägten Antworttendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit ausgehen müssen.

Die Ergebnisse zeigen weiterhin an, dass die Aspekte, die von den Eltern als relativ besonders wichtig eingestuft werden, auch diejenigen sind, die sie nach ihrer Selbstauskunft im Familienalltag besonders gut realisieren. Die Rangreihe der Einzelaspekte lässt keine Gruppierung nach den einzelnen Bereichen erkennen. Danach scheint den Eltern die

Kombination dieser drei Bereiche wichtiger zu sein als einen einzelnen speziellen Bereich in den Mittelpunkt zu rücken.

6 Die Implementierung aus der Perspektive der beteiligten Akteure

Das Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* weist eine differenzierte Implementierungsstrategie auf (siehe Kapitel 3.3). Um die Bedeutung der verschiedenen Komponenten einschätzen zu können, wurden die Leiterinnen sowie die pädagogischen Fachkräfte aus den Piloteinrichtungen um eine Bewertung verschiedener Aspekte dieser Komponenten gebeten. Daneben wurde auch die Perspektive der Durchführenden, nämlich der Projektsteuerung und der Coaches sowie die von Teilnehmerinnen aus den Projekt-AG's ermittelt.

6.1 Perspektive der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte

Für die konkrete Implementierung des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* in den Piloteinrichtungen waren vier Komponenten konstitutiv: ein zweitägiger Einführungsworkshop, ein begleitendes Coaching mit im Durchschnitt sechs Coaching-Terminen in jeder Einrichtung, verschiedene Materialien zur Unterstützung des Implementierungsprozesses sowie projektbegleitende Veranstaltungen, darunter eine jeweils lokale projektbegleitende Arbeitsgemeinschaft. In diesem Abschnitt soll zunächst die Sicht der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte auf diese Komponenten der Implementierungsstrategie thematisiert werden. Daneben geht es um die Frage, inwieweit sich in der Perspektive von Leiterinnen und Fachkräften durch das Projekt Rückwirkungen auf die Kindertageseinrichtungen mit ihren verschiedenen Akteuren sowie die pädagogische Arbeit ergeben haben: einen (möglicherweise) veränderten Stellenwert der Gesundheitsthemen, Veränderungen in Organisation, Zusammenarbeit und pädagogischer Arbeit in den Kindertageseinrichtungen, Nutzen für verschiedene Gruppen und zukünftige Arbeit.

Workshop

Laut eigener Aussage nahmen am ersten Workshop, der im Engeren den inhaltlichen Beginn der Projektarbeit darstellt, 98% der Leiterinnen und 76% aller pädagogischen Fachkräfte teil. Damit kann hier von einer hohen Beteiligung gesprochen werden. Sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte sollten mittels einer vierstufigen Skala (3 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 1 = weniger wichtig, 0 = gar nicht wichtig) einschätzen, wie wichtig der Workshop für das Gelingen des Projekts war. Ebenfalls sollten sie auf einer vierstufigen Skala (3 = stimme voll und ganz zu, 2 = stimme überwiegend zu, 1 = stimme überwiegend nicht zu, 0 = stimme nicht zu) ihre Bewertung zu verschiedenen Einzelaspekten des Workshops abgeben. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 26 zusammen gefasst. Insgesamt sind beide

Gruppen gleichermaßen der Meinung, dass der Workshop für die Projektumsetzung in ihrer Einrichtung von hoher Bedeutung war. Die Mittelwerte liegen mit 2,53 bei den Leiterinnen und 2,48 bei den pädagogischen Fachkräften jeweils in der Mitte zwischen „wichtig“ und „sehr wichtig“.

Auch den einzelnen Bewertungsaussagen A bis E stimmen beide Gruppen in hohem Maße zu. Der höchste Zustimmungsgrad von 2,67, sowohl bei den Leiterinnen als auch bei den pädagogischen Fachkräften, findet sich bei der Aussage D, in welcher die Bedeutung des Workshops als Grundlage für den Coaching-Prozess thematisiert wird. Die Verknüpfung des Workshops mit dem Coaching scheint demzufolge gut gelungen zu sein. Die (relativ) geringste Zustimmung erhält die Aussage E, wonach der Workshop wesentlich zum Gelingen des Projekts in der Einrichtung beigetragen hat. Hier liegt die Zustimmung dichter bei „stimme überwiegend zu“ als bei „stimme voll und ganz zu“. Diese abgeschwächtere Einstufung erscheint realistisch, wenn man bedenkt, dass der Workshop nur ein Element innerhalb der Projektumsetzung darstellt. Insgesamt fällt die große Übereinstimmung in den Antworten der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte auf, welche alle Aussagen zum Workshop sehr ähnlich bewertet haben.

Tabelle 26

Wichtigkeit des Workshops und Bewertung von Einzelaspekten aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften

Workshop	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Wichtigkeit des Workshops für Projektumsetzung insgesamt	2,53 (0,72)	2,48 (0,64)	n.s.
Gesamtwert (A-E)	2,55 (0,51)	2,57 (0,38)	n.s.
A. Der Workshop war ein wichtiger Einstieg in die Themen des Projekts.	2,64 (0,62)	2,65 (0,41)	n.s.
B. Die Inhalte des Projekts wurden umfassend und verständlich eingeführt.	2,63 (0,54)	2,66 (0,41)	n.s.
C. Mit der Moderation des Workshops war ich zufrieden.	2,61 (0,59)	2,57 (0,48)	n.s.
D. Die Ergebnisse aus dem Workshop waren Grundlage des Coaching-Prozess.	2,67 (0,61)	2,67 (0,37)	n.s.
E. Der Workshop trug wesentlich zum Gelingen des Projekts in unserer Einrichtung bei.	2,21 (0,90)	2,30 (0,63)	n.s.

Berechnung auf Einrichtungsebene, N = 45

Signifikanz 2-seitig bei verbundenen Stichproben

Coaching

Die Leiterinnen wurden im Selbstevaluationsfragebogen gebeten, einige Eckdaten zu dem Coaching-Prozess anzugeben. Nach den Angaben der Leiterinnen haben im Durchschnitt 86% der pädagogischen Fachkräfte einer Einrichtung an den Coaching-Terminen teilgenommen. Zum Zeitpunkt der Evaluation hatten die Einrichtungen im Durchschnitt vier Coaching-Termine absolviert. Diese fanden alle 9 bis 10 Wochen statt und dauerten in der Regel zwei Stunden. Die Leiterinnen schätzen, dass sie zusätzlich zu den Coaching-Terminen durchschnittlich fünfeinhalb Stunden pro Monat für das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* aufgewendet haben. Die Angaben variieren hier jedoch erheblich. Einige Leiterinnen haben nach eigenen Angaben bis zu 12 Stunden zusätzlich für das Projekt aufgewendet.

Um den Stellenwert des Coachings für die Projektumsetzung zu untersuchen, wurden sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte gebeten - ähnlich wie zum Workshop -, eine Reihe von Aussagen bezüglich des Coaching-Prozesses zu bewerten. Tabelle 27 zeigt, dass die Leiterinnen ($M = 2,64$) und auch die pädagogischen Fachkräfte ($M = 2,55$) das Coaching insgesamt sehr positiv einschätzen. Die Leiterinnen waren mit der Arbeit der Coaches sehr zufrieden (E) und stimmen in ihrer großen Mehrheit der Aussage „voll und ganz zu“, dass zielorientiert gearbeitet wurde (D) ($M = 2,80$). Auch die pädagogischen Fachkräfte stimmen diesen Aussagen im hohen Maße zu. Sie bewerten jedoch die Arbeit der Coaches signifikant kritischer ($p \leq .05$) als die Leiterinnen. Möglicherweise haben sich die pädagogischen Fachkräfte eine stärkere praktische Anleitung zur Umsetzung der Projektinhalte erhofft. Die im Vergleich zu den anderen Aussagen relativ am kritischsten eingeschätzte Aussage A ($M = 2,42$) dazu, wie hilfreich der Coaching-Prozess war, um die Projektinhalte umzusetzen, lässt sich auch in diesem Sinne interpretieren. Allerdings erfahren alle Aussagen einen hohen Zustimmungsggrad, so dass auch bei den pädagogischen Fachkräften von einer insgesamt positiven Bewertung der Arbeit der Coaches gesprochen werden kann. Die Leiterinnen schätzen Aussage B ($M = 2,42$), in der es um das Aufgreifen von Problemen und die Erarbeitung von Lösungsansätzen geht, am kritischsten ein. Auch bei den Antworten der pädagogischen Fachkräfte findet sich ein praktisch identischer Wert (2,43). Hier könnte zum Tragen kommen, dass der Coaching-Prozess als Beratungs- und Begleitungsansatz eine Art „Hilfe zur Selbsthilfe“ darstellt, demnach der Lösungs-Input nicht im Mittelpunkt steht, tendenziell aber ein solcher von den Adressaten erwartet wird.

Tabelle 27

Coaching im Urteil von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften

Coaching	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Gesamtwert (A-E)	2,64 (0,39)	2,55 (0,39)	n.s.
A. Der Coaching-Prozess war hilfreich, um die Projekthalte zu entwickeln und umzusetzen.	2,56 (0,55)	2,42 (0,54)	n.s.
B. Im Coaching-Prozess wurden Probleme aufgegriffen und Lösungen erarbeitet.	2,42 (0,72)	2,43 (0,50)	n.s.
C. Im Coaching-Prozess wurden unsere pädagogischen / fachlichen Ziele thematisiert.	2,60 (0,54)	2,55 (0,42)	n.s.
D. Zum Ende jedes Coaching-Termins wurden Perspektiven und Zielsetzungen für den Zeitraum bis zum nächsten Coaching-Termin vereinbart.	2,80 (0,40)	2,73 (0,36)	n.s.
E. Mit der Arbeit des Coaches war ich zufrieden.	2,80 (0,40)	2,64 (0,44)	p ≤ .05

Berechnung auf Einrichtungsebene, N = 45

Signifikanz 2-seitig bei verbundenen Stichproben

Die Frage, ob sich Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte auch nach dem offiziellen Ende des Projekts Unterstützung durch Coaching wünschen, wurde von drei Viertel der Leiterinnen und zwei Dritteln der pädagogischen Fachkräfte bejaht. Jeweils rund 85% der Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte, die sich weiter Coaching wünschen, möchten dies halbjährlich bis einmal im Jahr. Die Leiterinnen tendieren dabei eher zu einem halbjährlichen Abstand, während sich die pädagogischen Fachkräfte einen Termin eher einmal jährlich vorstellen.

Materialien

Die Einrichtungen erhielten verschiedene schriftliche Materialien zur Unterstützung in der Entwicklung und Umsetzung der Projektziele. Als offizielles Begleitheft zum Projekt *gesunde kitas • starke kinder* wurde allen teilnehmenden Einrichtungen zum Auftakt die Arbeitshilfe „*gesunde kitas • starke kinder* - Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte“ (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2007) zur Verfügung gestellt. Im Workshop bekamen die KiTa-Teams dann zusätzlich den von der Projektsteuerung erarbeiteten Referenzrahmen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b), in dem zu den Projektkomponenten *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* konkrete Kriterien zur Umsetzung formuliert sind. Weiterhin stellten die Coaches den Einrichtungen die in den Workshops und

den einzelnen Coaching-Terminen vollzogenen Arbeitsschritte mittels einer Fotodokumentation der Flipchart-Aufzeichnungen zur Verfügung. Die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte wurden gebeten, diese Materialien in Hinblick auf z.B. Verständlichkeit, Praxisnähe und Nutzung zu beurteilen. Auch hier wurde wieder die Zustimmung zu bestimmten Aussagen anhand einer vierstufigen Skala erfragt. Tabelle 28 zeigt die Ergebnisse.

Insgesamt bewerten die Leiterinnen ($M = 2,21$) und die pädagogischen Fachkräfte ($M = 2,17$) die Materialien positiv. Es fällt auf, dass der Gesamtmittelwert für beide Gruppen niedriger ausfällt als bei den beiden anderen Interventionskomponenten Workshop und Coaching und dass es bei den Aussagen zu den verschiedenen Materialien zum Teil deutliche Unterschiede gibt. Die Arbeitshilfe scheint eine gute inhaltliche Grundlage für die Projektarbeit zu bieten (Leiterinnen: $M = 2,38$; pädagogische Fachkräfte: $M = 2,39$), sie wird von beiden Befragten-Gruppen in hohem Grade als verständlich und strukturiert eingestuft (Leiterinnen: $M = 2,49$; pädagogische Fachkräfte: $M = 2,54$). Der Referenzrahmen wird ebenfalls als wichtige Grundlage für die Umsetzung des Projekts mit Hinweisen zur praktischen Gestaltung gewertet, wird allerdings nach eigenen Angaben von Leiterinnen und Fachkräften weniger häufig genutzt ($M = 1,59$ bzw. $M = 1,47$). Die Fotodokumentationen der Coaching-Termine scheinen sowohl für die Leiterinnen wie auch für die pädagogischen Fachkräfte eine hilfreiche Unterstützung für die kontinuierliche Projektarbeit zu sein (Leiterinnen: $M = 2,20$; pädagogische Fachkräfte: $M = 2,15$). Die Fotodokumentation des StartWorkshops wird im Vergleich zu dem anderen Material von beiden befragten Gruppen am niedrigsten eingeschätzt, ist jedoch mit einem Mittelwert von rund 2,0 dennoch eine geschätzte Arbeitsgrundlage.

Tabelle 28

Materialien im Urteil von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften

Material	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte	Signifikanz (t-Test)
	M (SD)	M (SD)	
Gesamtwert (A-H)	2,21 (0,43)	2,17 (0,46)	n.s.
A. Die Arbeitshilfe ist eine wichtige Grundlage für den thematischen Einstieg in das Projekt gesunde kitas • starke kinder.	2,38 (0,68)	2,39 (0,60)	n.s.
B. Die Inhalte der Arbeitshilfe sind strukturiert und verständlich dargestellt.	2,49 (0,63)	2,54 (0,44)	n.s.
C. Der Referenzrahmen (Basisanforderungen für die Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie Kriterien für den Gesundheitsdialog mit den Eltern) ist eine wichtige Grundlage für die Umsetzung des Projekts in meiner Einrichtung.	2,31 (0,56)	2,21 (0,64)	n.s.
D. Der Referenzrahmen gibt konkrete und praxisnahe Hinweise zur Gestaltung der pädagogischen Arbeit in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern.	2,24 (0,61)	2,14 (0,63)	n.s.
E. Der Referenzrahmen beinhaltet alle wesentlichen Kriterien der Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern.	2,44 (0,59)	2,41 (0,42)	n.s.
F. Der Referenzrahmen wird häufig von mir genutzt.	1,59 (0,76)	1,47 (0,72)	n.s.
G. Die Fotodokumentation des Workshops ist eine wichtige Grundlage dafür, dass die Inhalte des Workshops über den gesamten Projektzeitraum präsent bleiben.	2,02 (0,81)	2,04 (0,77)	n.s.
H. Die Fotodokumentationen der Coaching-Termine sind eine wichtige Grundlage für eine kontinuierliche Arbeit an den Projekt-Zielen.	2,20 (0,73)	2,15 (0,66)	n.s.

Berechnung auf Einrichtungsebene, N = 45

Signifikanz 2-seitig bei verbundenen Stichproben

Weitere projektbegleitende Veranstaltungen

Zum Projekt *gesunde kitas • starke kinder* wurden projekteinführende und projektbegleitende Veranstaltungen durchgeführt. Dazu gehört die zentrale Auftaktveranstaltung am 4. Mai 2007 in Düsseldorf, bei der das Projekt erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Im Anschluss wurde in den vier Standorten jeweils eine lokale Auftaktveranstaltung durchgeführt, zu der auch Kinder und Eltern eingeladen waren. Bei diesen Veranstaltungen wurden auch die Projektvereinbarungen mit den teilnehmenden Einrichtungen unterzeichnet.

Des Weiteren gab es auch an jedem Standort eine Informationsveranstaltung für die am Projekt teilnehmenden Einrichtungen. Schließlich wurden im Projektverlauf zwei überregionale Netzwerkkonferenzen durchgeführt. Die erste fand am 9. April 2008 in München statt zum Thema: „Partnerschaft von KiTas und Eltern für einen gesunden Lebensstil“. Die zweite Netzwerkkonferenz¹⁵ fand am 13. Februar 2009 im Transferstandort Halle an der Saale statt zum Thema: „Verbreitung und Sicherung erfolgreicher Praktiken der Gesundheitsförderung in KiTas“.

Im Rahmen der Selbstevaluation wurden sowohl die Leiterinnen als auch die pädagogischen Fachkräfte zu diesen Veranstaltungen befragt. Sie sollten angeben, ob sie an der jeweiligen Veranstaltung teilgenommen hatten, und wenn ja, einschätzen, als wie wichtig sie diese Veranstaltung beurteilten. Tabelle 29 zeigt die Ergebnisse der 45 Leiterinnen und der 236 pädagogischen Fachkräfte, für die Antworten vorliegen.

Die zentrale Auftaktveranstaltung am 4. Mai 2007 wurde nur von neun Leiterinnen und vier pädagogischen Fachkräften besucht. Die lokalen Auftaktveranstaltungen wurden von insgesamt 35 der 46 Leiterinnen besucht und die darauf folgenden Informationsveranstaltungen von 40 Leiterinnen. Die Informationsveranstaltung wurde von diesen Leiterinnen mit $M = 2,00$ als wichtiger eingestuft als die Auftaktveranstaltung ($M = 1,85$). Die Informationsveranstaltung wurde von 115 pädagogischen Fachkräften besucht, 39 mehr Teilnehmerinnen als bei der lokalen Auftaktveranstaltung. Beide Veranstaltungen wurden von den pädagogischen Fachkräften mit Mittelwerten von 2,05 bzw. 1,98 als etwa gleich wichtig eingestuft. An der 1. Netzwerkkonferenz haben lediglich 12 Leiterinnen und 18 pädagogische Fachkräfte teilgenommen. Die Leiterinnen stufen diese Konferenz im Mittel ($M = 1,60$) als weniger wichtig ein. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass offensichtlich nur bei den lokalen Veranstaltungen Leiterinnen und vor allem auch die pädagogischen Fachkräfte in nennenswertem Umfang erreicht wurden. Diese Aussage bedeutet nicht, dass überregionale Veranstaltungen zum Projekt *gesunde kitas • starke kinder* ohne Nutzen wären; ihre Funktion dürfte jedoch auf anderen Ebenen angesiedelt sein.

¹⁵ Diese Veranstaltung konnte nicht bewertet werden, da sie zum Zeitpunkt der Evaluation noch nicht stattgefunden hatte.

Tabelle 29

Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen sowie Einschätzungen ihrer Wichtigkeit aus Sicht der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte

Veranstaltung	Teilnahme an der Veranstaltung		Wenn ja, Wichtigkeit der Veranstaltung	
	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte
	Anzahl	Anzahl	M (SD)	M (SD)
Zentrale Auftaktveranstaltung am 4. Mai 2007 in Düsseldorf	9	4	2,33 (0,71)	2,75 (0,50)
Auftaktveranstaltung	35	76	1,85 (0,82)	2,05 (0,86)
Informationsveranstaltung	40	115	2,00 (0,76)	1,98 (0,74)
1. Netzwerkkonferenz am 9. April 2008	12	18	1,60 (0,70)	2,00 (0,85)

Einschätzung der Wichtigkeit auf Vierer-Skala:

3 = sehr wichtig, 2 = wichtig, 1 = weniger wichtig, 0 = gar nicht wichtig

Veränderter Stellenwert der Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern

Die Leiterinnen (N = 45) wie auch die pädagogischen Fachkräfte (N = 236) wurden gefragt, inwieweit die vom Projekt thematisierten Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* für bestimmte Adressatengruppen einen neuen Stellenwert durch das Projekt bekommen haben (vgl. Tabelle 30). Tendenziell schätzen Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte die Veränderungen ähnlich ein. Zwei Drittel der Leiterinnen sowie drei Viertel der pädagogischen Fachkräfte äußerten, dass die Bereiche für sie persönlich einen höheren Stellenwert bekommen haben. Positive Veränderungen im Stellenwert für das Team sowie für die Kinder werden mit um die 80% noch höher eingeschätzt. Was die Veränderungen bei den Eltern betrifft, sind die Einschätzungen sowohl der Leiterinnen wie auch der pädagogischen Fachkräfte geteilt. Die Hälfte der Leiterinnen gibt an, dass es eine positive Veränderung gegeben hat. Die pädagogischen Fachkräfte äußern sich zu 55,8% in diesem Sinne. Was die Veränderungen bei den Trägern betrifft, wurden hierzu nur die Leiterinnen befragt. Diese schätzen ein, dass es bei zwei Dritteln der Träger keine Veränderungen diesbezüglich gegeben hat.

Tabelle 30

Veränderungen im Stellenwert der Projektbereiche aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %.

Adressaten	Leiterinnen		Pädagogische Fachkräfte	
	Ja, höher	Keine Veränderung, gleich	Ja, höher	Keine Veränderung, gleich
Für Sie, als Leiterin / päd. Fachkraft?	66,7	33,3	78,2	21,8
Für das Team	80,0	20,0	86,2	13,8
Für den Träger	32,5	67,5	--	--
Für die Eltern	50,0	50,0	55,8	44,2
Für die Kinder	82,2	17,8	79,7	20,3

Rückwirkung auf Organisation, Zusammenarbeit und pädagogische Arbeit

Die Umsetzung des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* verlangt allen Beteiligten in einer Einrichtung besondere Anstrengungen ab. Sie ist einerseits an organisatorische Gegebenheiten und Formen der Zusammenarbeit der Beteiligten als Voraussetzungen gebunden, hat andererseits aber auch Rückwirkungen auf diese. Im Folgenden wird dargestellt, wie die beteiligten Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte mögliche Veränderungen gegen Ende des Interventionszeitraumes wahrgenommen haben.

Tabelle 31 zeigt die Einschätzungen der 45 Leiterinnen sowie der 236 pädagogischen Fachkräfte, für die Antworten vorliegen, bezüglich möglicher Veränderungen an den Arbeitsformen in der Einrichtung. Beide Befragtengruppen wurden gebeten, ihre Antworten auf einer Vierer-Skala anzugeben: (1) eher negative Veränderungen, (2) keine Veränderungen, (3) positive Veränderungen, (4) sehr positive Veränderungen.

Was die eigene Tätigkeit angeht, schätzen die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte die Veränderungen sehr unterschiedlich ein. Während nur 27,3% der Leiterinnen eine positive Veränderung in ihrer Rolle bzw. Tätigkeit sehen, sind es bei den pädagogischen Fachkräften 76,6% bzw. 8,5% die eine positive bzw. sehr positive Veränderung ihrer pädagogischen Tätigkeit wahrnehmen. Bezüglich der Zusammenarbeit im Team sieht knapp die Hälfte der Leiterinnen keine Veränderungen. Bei den pädagogischen Fachkräften sind es nur ein Viertel (24,6%), die keine Veränderungen für die Zusammenarbeit im Team wahrgenommen haben. Die anderen 75% bewerten die Veränderungen als positiv bis sehr positiv. Ähnlich verhält es sich mit den Veränderungen bei der Organisation und den Abläufen im Team. Die pädagogischen Fachkräfte sehen auch hier mehr positive Veränderungen als die Leiterinnen. Positive Veränderungen dokumentieren sich damit deutlicher auf der Arbeitsebene als auf der Leitungsebene.

Die Einschätzung von über 90% der Leiterinnen, dass sich bei der Zusammenarbeit mit dem Träger nichts verändert hat, weist – auch im Zusammenhang mit dem Ergebnis, dass Gesundheitsfragen durch das Projekt nur vergleichsweise selten einen höheren Stellenwert für den Träger bekommen haben (vgl. Tabelle 30) – auf die Verbesserungsfähigkeit der Kooperation zwischen Träger und Einrichtung bei pädagogischen Innovationen, wie dem vorliegenden Projekt, hin. Die Veränderungen in der Zusammenarbeit mit den Eltern, der pädagogischen Arbeit in den Gruppen sowie dem pädagogischen Alltag der Kinder werden von den Leiterinnen und den pädagogischen Fachkräften ähnlich bewertet. Etwas über 60% der befragten Leiterinnen sowie knapp 60% der pädagogischen Fachkräfte sehen positive Veränderungen in der Zusammenarbeit mit den Eltern. Sehr häufig werden positive Veränderungen in der pädagogischen Arbeit in den Gruppen wie auch im Alltag der Kinder gesehen, und zwar sowohl von den Leiterinnen (81,8% bzw. 86,3%) als auch von den pädagogischen Fachkräften (83,8% bzw. 83,0%). Die Kinder sind damit die Adressatengruppe mit den ausgeprägtesten Veränderungen aus der Sicht von Leiterinnen und Fachkräften gleichermaßen.

Tabelle 31

Veränderungen in Organisation, Zusammenarbeit und pädagogischer Arbeit aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %

	Leiterinnen				Pädagogische Fachkräfte			
	Eher neg.	Keine	Positive	Sehr positive	Eher neg.	Keine	Positive	Sehr positive
Leitungsrolle / -tätigkeit bzw. eigene päd. Tätigkeit	--	72,7	27,3	--	--	14,9	76,6	8,5
Zusammenarbeit im Team	--	43,2	43,2	13,6	--	24,6	56,8	18,6
Organisation und Abläufe im Team	--	44,4	46,7	8,9	--	31,7	58,8	9,5
Zusammenarbeit mit dem Träger	--	90,9	6,8	2,3	--	--	--	--
Zusammenarbeit mit den Eltern	--	37,2	58,1	4,7	--	42,2	50,3	7,5
Pädagogische Arbeit in den Gruppen	--	18,2	65,9	15,9	--	16,2	64,6	19,2
Pädagogischer Alltag mit den Kindern	--	13,6	54,5	31,8	--	17,0	58,0	25,0

Nutzen des Projekts und Weiterarbeit

Die Umsetzung eines Projekts wie *gesunde kitas • starke kinder* erfordert vom pädagogischen Personal Zeit, Motivation und Kräfteinsatz. Damit stellt sich für die Beteiligten am Ende die zusammenfassende Frage nach dem Wert und inwieweit sich der Einsatz lohnt

hat. Tabelle 32 zeigt, wie die 45 Leiterinnen bzw. die 236 pädagogischen Fachkräfte bestimmte Aussagen bewerten (3 = stimme voll und ganz zu, 2 = stimme überwiegend zu, 1 = stimme überwiegend nicht zu, 0 = stimme nicht zu). Der Aussage: „Wenn ich vor der Wahl stünde, würde ich mich wieder für die Teilnahme an dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* entscheiden, stimmen annähernd 90% der Leiterinnen zu. Bei den pädagogischen Fachkräften sind es 80%. Wahrscheinlich ist deren Einschätzung kritischer, da ein solches Projekt überwiegend durch die pädagogischen Fachkräfte im pädagogischen Alltag umgesetzt werden muss. Die Zustimmungen zu den weiteren Aussagen sind bei Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften ähnlich ausgeprägt. Beide Befragtengruppen stimmen den jeweiligen Statements zu rund 90% und mehr zu. Danach haben besonders die Kinder von dem Projekt profitiert aber auch die Teams sowie die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte persönlich. Dem korrespondiert, dass rund 90% der Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte auch anderen Einrichtungen empfehlen würden, an dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* teilzunehmen.

Tabelle 32

Bewertung und Nutzenbeurteilung des Projekts aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %

	Leiterinnen	Päd. Fachkräfte
Wenn ich vor der Wahl stünde, würde ich mich wieder für die Teilnahme an dem Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> entscheiden.	88,9	79,2
Ich würde auch anderen Einrichtungen empfehlen, an dem Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> teilzunehmen.	90,9	87,5
Ich als Leiterin / päd. Fachkraft habe von der Teilnahme an dem Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> profitiert.	86,4	87,8
Unser Team hat von der Teilnahme an dem Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> profitiert.	93,4	92,9
Die Kinder haben von dem Projekt <i>gesunde kitas • starke kinder</i> profitiert.	97,8	92,1

Antworten für Skalenstufe 3 = stimme voll und ganz zu und 2 = stimme überwiegend zu zusammengefasst

Die Leiterinnen und die pädagogischen Fachkräfte wurden auf einer 11-stufigen Skala (5 = ja, ganz sicher bis – 5 = eher nicht) gefragt, ob sie auch nach Beendigung des Projekts die Ziele und Maßnahmen in den Bereichen *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* fortführen werden. Tabelle 33 zeigt, dass sich beide Gruppen einig sind und an den Projektschwerpunkten weiterarbeiten wollen. Mit M = 4,25 für Leiterinnen und M = 4,35 für die pädagogischen Fachkräfte liegen die durchschnittlichen Werte dicht beim Maximum „Ja, ganz sicher“ (5).

Tabelle 33

Weiterarbeit an den Inhalten des Projekts aus Sicht der Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte

	Leiterinnen (N = 44)	Päd. Fachkräfte (N = 208)
	M (SD)	M (SD)
Weiterentwicklung in den Zielbereichen <i>Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern</i>	4,25 (1,18)	4,35 (1,06)

(Skala: 5 = Ja, ganz sicher bis - 5 = eher nicht)

6.2 Perspektive der an der Implementierung beteiligten Akteure

Ziel der Evaluation war es nicht nur, Wahrnehmung und Bewertungen der Implementierungsstrategie aus der Sicht ihrer Adressaten, Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte, zu erfassen, sondern auch ein Bild aus der Sicht der für die Implementierung verantwortlichen bzw. daran beteiligten Akteure zu gewinnen. PädQUIS hat dieses Ziel im Wesentlichen über zwei Schritte verfolgt:

- eine vorbereitete Gruppendiskussion mit der Projektsteuerung und deren Coaches sowie
- die teilnehmende Beobachtung an einer Sitzung der Projekt-Arbeitsgemeinschaft an jedem Standort, verbunden mit nachgängigen Einzelinterviews ausgewählter Beteiligter der Projekt-Arbeitsgemeinschaft.

Während die Projektsteuerung und die Coaches gleichsam die unmittelbare Schnittstelle zu den Piloteinrichtungen bilden, fungieren die Projekt-AG's als ein politisches und organisatorisches Netzwerk zur lokalen Verankerung und Absicherung des Projekts.

6.2.1 Projektsteuerung und Coaches

Vorbereitet durch eine schriftliche Vorab-Befragung wurde eine ca. dreistündige Gruppendiskussion mit der Projektsteuerung (Büro Hammerbacher) und ihren Coaches durchgeführt. Die Projektsteuerung betonte dabei, dass die Zielsetzung sowie die Rahmenbedingungen des Projekts bei Auftragsübernahme sehr deutlich und die Inhalte des Projektes transparent gewesen seien. Dies ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass die Projektsteuerung bereits in der Entstehungsphase von *peb* als Aufbausekretariat tätig und in diesem Zusammenhang auch schon Vorrecherchen für den Arbeitsschwerpunkt KiTa durchgeführt hatte. Die eigene Rolle und Situation als Projektleitung sei, aufgrund langjähriger Erfahrungen auf dem Gebiet der Projektsteuerung und -leitung, von Beginn an klar und bewusst gewesen.

Das Projekt sei sehr intensiv vorbereitet worden, und zwar in mehreren Hinsichten; zum einen im Hinblick auf die wissenschaftliche Begründung, zum anderen im Hinblick auf die Interventionsstrategie nach intensiver Recherche von Best-Practice-Beispielen. Außerdem sei immer mitbedacht worden, dass sowohl die politische Ebene als auch die Ebene der Umsetzung in den KiTas gespeist werden müssten. Alle diese Aspekte seien zielgerichtet angegangen worden und hätten sichtbar zu erfolgreichen Ergebnissen geführt. Parallel zur Projektdurchführung seien bei Bedarf Anpassungen und Veränderungen von Inhalten, Methoden bzw. Vorgehensweisen erfolgt. So sei z.B. der letzte vorgesehene Coaching-Termin durch einen Abschlussworkshop ersetzt worden. Die Anregungen hierzu seien sowohl von den Piloteinrichtungen als auch von Mitgliedern der Projekt-AG's gekommen. Besonders da es sich um ein Pilotprojekt handelte, sei eine solche Offenheit im Projektkonzept äußerst wichtig, um eine Verbesserung des Gesamtkonzepts zu erreichen.

Die hier beschriebene Situation stellt ohne Zweifel eine besondere Konstellation dar, indem Entwicklung der Projektkonzeption, Projektaufbau und -durchführung weitgehend in einer Hand liegen. Die Bündelung der Aufgaben, verbunden mit der vorgängigen intensiven Kooperation der Projektsteuerung mit *peb* in der *peb*-Aufbauphase als Organisation, dürften zu Synergieeffekten geführt und die Umsetzung nachhaltig begünstigt haben. Sie werfen aber auch die Frage auf, inwiefern die Implementierungserfolge in der vorliegenden Form an diese spezielle Konstellation gebunden sind. Zumindest dürfte sich diese Frage bei einer weiteren Verbreitung des Projekts stellen.

Das Coaching erwies sich nach den Angaben der Beteiligten als am wenigsten vorausplanbar. Es gab am Anfang keine vorgeplante Vorstellung darüber, wie das Coaching in den KiTas erfolgen sollte. Klar war, dass es sich im Wesentlichen um die praktische Umsetzung der Projektinhalte in den Einrichtungen handeln sollte. Dabei war es die Intention der Coaches, entsprechend dem Konzept von Coaching, „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu geben. Das heißt, die Inhalte sollten von den KiTa-Teams selbst erarbeitet und die Strategien zur Umsetzung selbst entwickelt werden. Die Coaches unterstützten die Teams dabei und gaben ihnen Anleitungen, wie man an solche Aufgaben herangehen kann. Die Coaches betrachteten es nicht als ihre Aufgabe, die Inhalte des Projekts in Einzelheiten zu vermitteln, auch wenn z.T. entsprechende Erwartungen an sie herangetragen werden. Die Coaches sahen sich einem erheblich höheren Aufwand gegenüber als zunächst angenommen. Die Gründe sahen sie zum einen darin, dass ein Pilotprojekt eine Art Sondersituation darstellt, in dem in der Regel Mehraufwand aus der Dynamik des Projekts resultiert. Zum anderen war die Situation in den einzelnen KiTa-Teams nicht bekannt. Es stellte sich heraus, dass in einigen Einrichtungen die Leiterin und ihr KiTa-Team bisher kein funktionierendes System gewesen waren, um Veränderungen in den pädagogischen Inhalten, auf der Grundlage von Diskussionen, konstruktiver Kritik und schließlich gemeinsamen Entscheidungen umzusetzen. Die Coaches sahen sich in solchen Fällen mit Situationen konfrontiert, in denen nach ihrer Einschätzung vorab Teamcoaching, Teamsupervision oder Leitungsförderung nötig gewesen wäre. Sie mussten sich in ihrer Rolle als Coaches für das Projekt abgrenzen und

dennoch versuchen, in diesem Zusammenhang ein solches Team arbeitsfähig zu machen. Dieser Umstand erkläre auch, dass nicht alle KiTas am Ende der Projektlaufzeit bezüglich der inhaltlichen Themenschwerpunkte den gleichen Stand erreicht hätten. Nach Angaben der Coaches haben jedoch alle Einrichtungen intensiv gearbeitet. Der Alltag der Einrichtungen hat sich nach ihrer Wahrnehmung mit dem laufenden Projekt verändert: Die Bedürfnisse und die Wahrnehmung bestimmter Aspekte in den Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* hätten sich geändert. Vieles sei in das Bewusstsein der pädagogischen Fachkräfte gedrungen und vor allem sei eine Aktivierung der Teams gelungen. Die Coaches erhielten selber einmalig eine ursprünglich nicht eingeplante Supervision durch eine Mitarbeiterin der Projektsteuerung und durch eine externe Person, die sich aus privatem Interesse an diesem Projekt beteiligt hatte.

6.2.2 Perspektive von Akteuren aus den Arbeitsgemeinschaften

Um ein Verständnis über die Funktions- und Arbeitsweise der lokalen Projekt-AG's aus deren Sicht zu erlangen, wurden zwei Formen der Informationsgewinnung gewählt: die Teilnahme einer PädQUIS Mitarbeiterin an einer Projekt-AG Sitzung pro Standort sowie nachgängige Telefon-Interviews mit ausgewählten Teilnehmerinnen der Projekt-AGs.

An jedem Standort beteiligte sich eine Mitarbeiterin des Evaluations-Teams von PädQUIS an einer von insgesamt vier Sitzungen der Projekt-AG. In der Rolle der teilnehmenden Beobachterin, begleitete die Mitarbeiterin jeweils eine Sitzung, um die Arbeitsweise und Ziele der Projekt-AG direkt zu erfahren. Das Wahrgenommene wurde in einem im Voraus entwickelten Raster protokolliert. Das Raster diente dazu, die Beobachtungen an allen Standorten vergleichbar kategorisieren zu können¹⁶.

In den Standorten Mülheim an der Ruhr, Bielefeld und Augsburg nahm die Mitarbeiterin an der jeweils dritten Sitzung der Projekt-AG teil, am Standort München war es die zweite. Die teilnehmenden Beobachtungen fanden zwischen August und November 2008 statt. Um zu einer zusammenfassenden Einschätzung der Arbeit der Projekt-AG's zu gelangen, wurden zusätzlich die Protokolle der übrigen Projekt-AG Sitzungen hinzu gezogen.

In der ersten konstituierenden Sitzung standen danach folgende Themen im Vordergrund: Kennenlernen der Mitglieder der Projekt-AG's, Aufgaben und Arbeitsweisen, Sachstände des Projekts am eigenen Standort und Informationen über das Gesamtprojekt. In den

¹⁶ Das Raster stellt sich wie folgt dar:

- Anwesende Teilnehmer und Funktion, Organisation der Gruppe intern
- Aufgaben der Projekt-AG Teilnehmer
- Vernetzung der Teilnehmer
- Diskussionsschwerpunkte
- Ergebnis (Gibt es eine Verbindlichkeit bei den gemachten Vorschlägen? Sicht TN /Projektleitung!)
- Thematischer Anschluss an die vorherige Projekt-AG Sitzung (Gibt es eine Nachbesprechung? Gibt es Bedarf Themen aufzugreifen, zu vertiefen? Wie wird mit den Diskussionspunkten, Vorschlägen etc. des letzten Treffens umgegangen? Erfolgte eine Umsetzung der Vorschläge, Ergebnisdarstellung?)
- Fazit (Konnte die Projekt-AG die Erwartung der Projekt-Leitung erfüllen? Lösungsansätze, Hilfestellungen für die Einbettung des Projektes in die kommunalen Strukturen, Transferleistungen, konkrete Angebote an die KiTas)

weiteren Sitzungen wurden die Mitglieder durch die Projektsteuerung über den jeweils aktuellen Stand des Gesamtprojekts unterrichtet, ebenfalls informierten die Coaches über die aktuellen Entwicklungen an den jeweiligen Standorten. Anschließend wurden diese Trendauswertungen diskutiert und Schlussfolgerungen gezogen sowie weitere Themen und Inhalte nach Bedarf aufgegriffen. Selbstgefasste Ziele und deren Umsetzungsschritte wurden wiederholt thematisiert und in den nächsten Sitzungen erneut aufgegriffen, um den Verlauf der Arbeit transparent zu gestalten.

Aus der Sitzung, in der eine PädQUIS Mitarbeiterin anwesend war, wurde erkennbar, dass einige Mitglieder der Projekt-AG deutlich stärker involviert waren als andere. Es stellte sich die Frage, ob jedem Mitglied der Projekt-AG seine Funktion und Rolle als Netzwerkpartner bewusst war. Seitens der Projektsteuerung wurde versucht, möglichst verbindliche Absprachen mit den Mitgliedern über Verantwortlichkeiten herzustellen. Mit der Übertragung eines Moderationsteils des Abschluss-Workshops an einige Teilnehmerinnen der Projekt-AG's wurde eine gewisse Verantwortung für die Weiterführung der Projektinhalte eingeleitet. Gleichwohl erscheint die Stabilität der Projekt-AGs nach Ablauf der Pilotphase als sich dann selbst organisierende Netzwerke eine offene Frage.

Telefon-Interviews

Für die Telefon-Interviews mit Teilnehmerinnen der Projekt-AGs im Anschluss an die teilnehmenden Beobachtungen wurde ein Leitfadeninterview mit verschiedenen Fragen erstellt:

- Wie hilfreich bewerten Sie diese Projekt-AG für den Verlauf des Projekts?
- Was waren Hindernisse bzw. Stolpersteine in Bezug auf das Projekt *gesunde kitas • starke kinder*?
- Was waren Hindernisse bzw. Stolpersteine in Bezug auf die Projekt-AG?
- Wenn Sie die Arbeit der Projekt-AG rückblickend betrachten, gibt es etwas, was Sie sich anders vorgestellt / gewünscht hätten?
- Kann die Projekt-AG, Ihrer Einschätzung nach, die Nachhaltigkeit des Projekts unterstützen?

Dem Evaluations-Team lag eine Liste der jeweiligen Mitglieder der Projekt-AGs vor. Aus dieser Liste wurden per Zufall zwischen vier und sieben Personen ausgewählt, die mindestens zweimal an einer Projekt-AG Sitzung teilgenommen hatten, und von einer Mitarbeiterin telefonisch kontaktiert. Die Interview-Teilnehmerinnen kamen aus unterschiedlichen Bereichen, wie z.B. aus dem Sozialreferat oder dem Gesundheits- und dem Jugendamt, dem Sportbund sowie aus dem Bereich der Kindertageseinrichtungen (Fachberatung und Einrichtungsleitung). In der Regel wurde beim Erst-Kontakt ein weiterer Termin vereinbart, zu dem das Interview statt finden sollte. Häufig waren aus Zeitgründen oder anderen terminlichen Verpflichtungen auch diese Termine nicht einzuhalten. In einigen Fällen fanden die

Interviews nicht statt, in anderen Fällen konnte das Interview per mail¹⁷ schriftlich durchgeführt werden. Von den insgesamt 23 geplanten Interviews konnten 14 realisiert werden.

Insgesamt bewerten die Interviewten die Durchführung, Leitung und Inhalte der Projekt-AG's als sehr positiv. An allen vier Standorten wird von den Teilnehmerinnen angegeben, dass der Austausch über das Projekt und der Einblick in seine Umsetzung durch die Coaches wesentliche und für sie wichtige Bestandteile der Sitzungen gewesen seien. Grundsätzlich wird die Projekt-AG als äußerer Rahmen für das Projekt verstanden, welcher die notwendigen Vernetzungen verschiedener Beteiligter und Institutionen herstellen könne, um die Arbeit der Einrichtungen zu unterstützen. Es herrschte Einigkeit darüber, dass die Projekt-AG als solche für die Umsetzung des Projektes in den einzelnen Einrichtungen keine tragende Rolle spielt. Jedoch nehme sie in Bezug auf die Nachhaltigkeit eine wesentliche Funktion ein. Sie stelle nach Ende der Projektlaufzeit zum einen Ansprechpartner für die Einrichtungen, und zum anderen Angebote und Strukturen für Einrichtungen und Träger bereit, welche die zukünftige gesundheitsfördernde Arbeit in der Kindertagesbetreuung und in Zusammenarbeit mit den Eltern selbstverständlicher mache. Die Vielfalt der Funktionen der Mitglieder der Projekt-AG wird von den meisten als Vorteil empfunden, da so die Vernetzung der verschiedenen Personengruppen einfacher sei und eine breite Streuung der Informationen möglich mache.

Die Teilnahme an der Projekt-AG war für die Mitglieder dann fraglich, wenn nicht deutlich wurde, welche Funktion sie für den Erfolg und die Weiterführung der Projekthalte hat. Ein deutlicher Nachteil in den Projekt-AGs ist die teilweise hohe Fluktuation der Teilnehmer. Dieser Umstand erschwert eine kontinuierliche Zusammenarbeit, das Anknüpfen an bestimmte Diskussionspunkte sowie den Aufbau fester Netzwerkstrukturen. Als weiterer, nicht zu unterschätzender Aspekt, wurde der erhöhte Arbeitsaufwand der einzelnen Mitglieder angegeben, welcher in einigen Fällen mit einem gewissen Mangel an Motivation zur Teilnahme an den Sitzungen bzw. bei der Umsetzung bestimmter Arbeitsschritte geführt habe.

Einige Teilnehmer äußerten, dass die Gruppenzusammensetzung auf Grund der Größe, der Unterschiedlichkeit, aber auch auf Grund von Konkurrenzen zum Teil schwierig war. Auch die großen Zeitabstände zwischen den Treffen wirkten danach häufig negativ auf die Kontinuität des Austauschs. Auf Grund interner Strukturprobleme wurden die Arbeitsgemeinschaften in einigen Aspekten ihrer Arbeit behindert sowie Kooperationsprozesse und Aufbau von Netzwerkstrukturen erschwert.

Der Ansatz eines lokalen Netzwerkes zur Einbettung und Umsetzung des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* vor Ort erscheint den Beteiligten insgesamt sehr positiv. Die Umsetzung ist nach Sichtung der Protokolle und auch nach dem persönlichen Eindruck während der Teilnahme an einzelnen Sitzungen der Projekt-AG's gut gelungen, allerdings steht und

¹⁷ Den entsprechenden Teilnehmerinnen wurde der Leitfaden als Dokument per mail zu gesendet und kam ausgefüllt zurück.

fällt die Funktion und die Wirksamkeit eines solchen Netzwerkes mit dem Engagement und der Motivation der beteiligten Netzwerk-Akteure. Ein anhaltendes Interesse und eine durchgängig längere Zusammenarbeit war nicht überall und in allen Bezügen gewährleistet. Andererseits war sich die Mehrzahl der Projekt-AG Mitglieder ihrer Funktion sehr bewusst. Gepaart mit dem Wissen und den Kompetenzen der einzelnen Netzwerkmitglieder, konnte die Plattform *Projekt-AG* effektiv genutzt werden, um Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsförderung in KiTas einzuleiten.

Der Erfolg des Ansatzes lokaler Projekt-AGs kommt darin zum Ausdruck, dass an jedem der vier Standorte aus der Arbeit der Projekt-AGs weitere Initiativen hervor gegangen sind. So wurde beispielsweise in Mülheim an der Ruhr das Projekt *Prima Leben* ins Leben gerufen, welches den Aspekt der Gesundheitsförderung aufgreift und allen Kindertageseinrichtungen in Mülheim an der Ruhr eine Reihe von Angeboten bietet, die sie je nach Bedarf wahrnehmen können. In Bielefeld wurde die Thematik Gesundheitsförderung und das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* in das Netzwerk OPUS integriert. Im Landkreis Augsburg werden derzeit noch Strukturen der Nachhaltigkeit erarbeitet. Die Stadt München hat das Projekt als Anlass genommen, einen Leitfadens mit Qualitätskriterien für die Gesundheitsförderung zu entwickeln, der für alle KiTas in der Stadt Gültigkeit haben soll.

6.3 Zusammenfassung

Die Implementierungsstrategie wird sowohl von den Leiterinnen wie auch von den pädagogischen Fachkräften durchgängig positiv bewertet. Vor allem die intensive Begleitung der KiTa-Teams durch das Coaching ist eine hoch geschätzte Methode der Intervention. Die begleitenden Projekt-Auftaktveranstaltungen und Netzwerkkonferenzen, besonders auch die überregionaler Art, haben für Leiterinnen und Fachkräfte nur eine eingeschränkte Bedeutung.

Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte führen aus, dass die Gesundheitsthemen *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* für sie selbst, für das Team, für Eltern und besonders für die Kinder einen positiv veränderten Stellenwert bekommen haben, und dass das Projekt positive Rückwirkungen auf die Organisation, Zusammenarbeit und die pädagogische Arbeit in den beteiligten Kindertageseinrichtungen hatte. Leiterinnen und Fachkräfte sind sich in hohem Grade sicher, dass sie auch nach Abschluss der Projektphase an der Weiterentwicklung der Bereiche *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* arbeiten werden. Die an der Implementierung beteiligten externen Umsetzungsinstanzen zeichnen ein positives Bild der eigenen Arbeit, sehen gute Erfolge, die sie auf eine klar strukturierte und zielorientierte Interventionsstrategie zurückführen. Kritisch wird angemerkt, dass in einem Teil der Piloteinrichtungen bei Leiterinnen und Teams auf arbeitsfähige Strukturen für die interne Umsetzung des Projekts nicht zurückgegriffen werden konnte, sondern diese erst noch geschaffen werden mussten.

Die Projekt-AGs dienen der lokalen Netzwerkbildung zwischen verschiedenen Akteuren und Instanzen und damit dem Aufbau eines lokalpolitisch unterstützenden Kontexts. Motivation und Involviertheit der einzelnen Projekt-AG Teilnehmer stellen sich recht unterschiedlich dar, auch scheint es bei einzelnen Teilnehmern Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Rolle zu geben. In welchem Umfang und in welcher Form die Projekt-AGs nach Abschluss der Pilotphase weiterarbeiten, erscheint offen. Jedoch gibt es an jedem der vier Standorte Hinweise dafür, dass die inhaltliche Arbeit in organisierter Form fortgeführt wird.

7 Zusammenfassung und Empfehlungen

In der vorliegenden Untersuchung wurde das Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* unter drei Gesichtspunkten evaluiert.

(1) In einem theoretisch-vorempirischen Evaluationsschritt wurde das Programm mit anderen Programmen, die auf eine Prävention von Übergewicht und auf eine gesunde Lebensführung von Kindern in Kindertageseinrichtungen gerichtet sind, verglichen.

Zusammen mit dem *peb*-Projekt gingen insgesamt 30 Projekte, die seit Mitte der 1990er Jahre für den Kindergartenbereich entwickelt worden waren, in die qualitative Analyse ein. Dieser Vergleich zeigt eine erkennbare Alleinstellung des *peb*-Projekts. Im Gegensatz zu den meisten anderen Projekten ist das *peb*-Projekt durch die Thematisierung von vier simultan berücksichtigten Komponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* umfassend angelegt.

Es behandelt diese Komponenten nicht als von außen kommende Zusatzelemente zur pädagogischen Arbeit, sondern verankert sie im KiTa-Alltag und verzahnt sie mit anderen Bildungsinhalten.

Das Programm grenzt sich damit ab von sog. „Paket-Programmen“, die in Form bestimmter Materialien und eines vorgegebenen Ablaufprogramms, verbunden mit bestimmten Durchführungsanweisungen und einer bestimmten Durchführungs- / Übungszeit, dazu häufig getragen durch einrichtungsexterne Fachkräfte, an die Kindertageseinrichtungen herangetragen werden.

Die Verantwortung für die Realisierung des *peb*-Programms liegt damit bei den handelnden Pädagoginnen vor Ort, bei Leiterinnen und den pädagogischen Fachkräften. Die Umsetzung und Integration in den KiTa-Alltag ist ihre Aufgabe und externe Implementierungsstrategien sind darauf gerichtet, Kindertageseinrichtungen durch Weiterbildung und Coaching des pädagogischen Personals für diese Aufgabe zu befähigen.

EMPFEHLUNG

Das Proprium des *peb*-Programms *gesunde kitas • starke kinder* sollte in einer knappen Gesamtdarstellung klarer formuliert und punktuell erweitert werden.

Die Alleinstellungsmerkmale des *peb*-Programms sind klar erkennbar, sie sollten jedoch in einer kohärenten Programmbeschreibung zusammen gefasst werden. Diese sollte so ausgelegt sein, dass sie das Spezifische des Programms in Konzeption und Umsetzung herausarbeitet und damit potentiellen Interessenten im Kontext der verschiedenen Programmangebote eine bewusste Wahl ermöglicht.

Im Hinblick auf den Referenzrahmen (vgl. Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b) würde es sich in diesem Zusammenhang anbieten, weitere Kriterien in Bezug auf die vier Grundkomponenten mit aufzunehmen, um deren Integration in den KiTa-Alltag zu verdeutlichen. Im Bereich *Ernährung* z.B. die Betonung des kommunikativen Aspekts während der Mahlzeiten oder die Berücksichtigung kulturell / religiös begründeter Ernährungsgewohnheiten wie auch persönliche Vorlieben und Abneigungen; im Bereich *Bewegung* die Beobachtung von Bewegungsabläufen und Interaktionen von Kindern und Kenntnis ihrer diesbezüglichen Vorlieben und Abneigungen; im Bereich *Entspannung* z.B. die Planung von Ruhe- und Schlafpausen sowie die Ausstattung von Ruhe- und Entspannungsbereichen. Die Evaluation schlägt außerdem vor, eine thematische Ergänzung in Richtung *Gesundheit und Körperpflege vorzunehmen*. Das Projekt *gesunde kitas • starke kinder* bietet durch die Kombination der drei Themenschwerpunkte *Ernährung, Bewegung* und *Entspannung* ein breit angelegtes Fundament für die gesunde Entwicklung der Kinder in Tageseinrichtungen. Gerade daher sollte eine Erweiterung der Projekthalte durch Kriterien aus den Bereichen *Gesundheit und Körperpflege* vorgenommen werden, da diese wichtige Voraussetzungen für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes darstellen. Bei den pädagogischen Fachkräften könnte ein „erlebtes Verständnis“ von den Inhalten der Bereiche, die zu dem Projekt *gesunde kitas • starke kinder* gehören, dazu beitragen, die Anforderungen im pädagogischen Alltag mit einer größeren Selbstverständlichkeit umzusetzen. Ein „erlebtes Verständnis“ könnte dadurch gestützt werden, dass auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen in Betracht gezogen wird. In einigen wenigen Aspekten wurde das im aktuellen Referenzrahmen bereits getan, vor allem bezüglich der Pausenregelung. Allerdings reicht ein solch eher sporadisches Einstreuen entsprechender Aspekte nicht. Der Projektträger *peb* sollte erwägen auch der Mitarbeiter-Gesundheit ein Ort im Gesamtprojekt *gesunde kitas • starke kinder* zu geben.

(2) Die Umsetzung des Programms *gesunde kitas • starke kinder* wurde in 46 Piloteinrichtungen an vier Standorten, Mülheim an der Ruhr, Bielefeld, Augsburg und München, untersucht, die eine differenzierte Intervention erhielten (Workshops, Coaching, Materialien) und in ein unterstützendes lokales bzw. lokalpolitisches Netzwerk eingebunden waren. Zum Vergleich wurden 23 Vergleichseinrichtungen herangezogen. Diese verteilten sich anteilmäßig auf die vier Projektstandorte, und waren nach Zufall aus einem Pool von Einrichtungen gezogen worden, die strukturell zu den Piloteinrichtungen gleich waren (Größe, Trägerschaft, Einzugsbereich), aber keine Programmintervention erhielten.

Um die Umsetzung der Programmkomponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* zu erfassen, wurde ein mehrperspektivischer Ansatz gewählt. Zum einen wurden die Leiterinnen (N = 69) und pädagogischen Fachkräfte (N = 321) aus den Pilot- und Vergleichseinrichtungen im Hinblick auf die Umsetzung der genannten Komponenten befragt. Zum anderen wurde die Umsetzung in Pilot- und Vergleichseinrichtungen durch externe Evaluatorinnen im Rahmen einer rund vierstündigen

Begehung erhoben. Zusätzlich wurde eine Stichprobe von rund 1000 Eltern von Kindern aus den Piloteinrichtungen zu dem *Gesundheitsdialog* und der Ausgestaltung der Bereiche *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* in der Kindertageseinrichtung ihres Kindes sowie zu ihrer Einschätzung der Wichtigkeit verschiedener Aspekte der Programmkomponenten und deren Umsetzung im Familienalltag befragt.

Die Befunde sind durch eine durchgängige Richtungskonsistenz sowie durch die Tatsache, dass sich die Ergebnisse aus den Perspektiven der verschiedenen beteiligten Akteure wechselseitig stützen, gekennzeichnet. Die Piloteinrichtungen schneiden in allen vier Bereichen *Ernährung*, *Bewegung* und *Entspannung* sowie *Gesundheitsdialog mit den Eltern* ausnahmslos statistisch signifikant besser ab als die Vergleichseinrichtungen und die Integration in den KiTa-Alltag ist hier überzeugender gelungen. Differenzierend zeigt sich, dass die externen Begeherinnen den Umsetzungsgrad (in Pilot- wie Vergleichseinrichtungen) niedriger einschätzen als die beteiligten Fachkräfte, die Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen in ihren Einschätzungen tendenziell aber noch ausgeprägter sind als bei den Fachkräften. Die Effektgrößen (d) der Unterschiede zwischen Pilot- und Vergleichseinrichtungen sind mittel bis groß.

Bei der Einordnung dieses sehr positiven Befundes ist zu berücksichtigen, dass es sich um ein nicht-randomisiertes Studiendesign mit einem vermutlich beachtlichen Grad an Selbstselektion der beteiligten Piloteinrichtungen handelt.

EMPFEHLUNG

Replikation der Studie im Rahmen eines experimentellen, randomisierten Designs.

Gerade weil Befunde der vorliegenden Evaluationsstudie vielversprechend sind, sollten sie Anlass geben, das *peb*-Programm *gesunde kitas • starke kinder* im Rahmen eines experimentellen, randomisierten Studiendesigns und mit möglichst nicht-selbstselegierten Einrichtungen einer weiteren Überprüfung zu unterziehen.

EMPFEHLUNG

Nachhaltigkeit des *peb*-Programms überprüfen.

Ebenso sollte die Nachhaltigkeit der Umsetzung des *peb*-Programms untersucht werden. Die vorliegende Evaluation wurde gegen Ende der mehr als einjährigen Implementierungsphase des *peb*-Programms vorgenommen. Für die Effektivität ist entscheidend, inwieweit die hier ermittelten Effekte ohne weitere begleitende Unterstützung Bestand haben oder sich auswaschen. Eine erste Überprüfung zur Nachhaltigkeit der Umsetzung des *peb*-Programms könnte in einer Nachuntersuchung der Pilot- und Vergleichseinrichtungen im zeitlichen Abstand von ein bis zwei Jahren bestehen.

(3) In einem dritten Schritt ging es darum, die Implementierungsstrategie des *peb*-Programms, wie sie die Piloteinrichtungen erfahren hatten, selbst zum Gegenstand der Untersuchung zu machen. Die Implementierungsstrategie für das Pilotvorhaben beinhaltete dabei mehrere Ebenen. Auf einer ersten Ebene wurden überregionale Veranstaltungen durchgeführt, um das Projekt allgemein bekannt zu machen. Spezifischer wurden auf einer zweiten Ebene lokale Auftaktveranstaltungen durchgeführt und örtliche Projekt-AG's an jedem Projektstandort ins Leben gerufen als Netzwerke wichtiger Akteure vor Ort, um das Vorhaben durch diese Netzwerkstruktur lokalpolitisch abzusichern und zu unterstützen. Schließlich gab es auf einer dritten Ebene die direkte Intervention bei den beteiligten Piloteinrichtungen mit Workshops, begleitendem Coaching und unterstützenden Materialien. Auch zur Akzeptanz und Bewertung der Implementierungsstrategie wurde ein mehrperspektivischer Ansatz gewählt mit Befragungen von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften in den Piloteinrichtungen.

Die aus der Sicht der Piloteinrichtungen eher distalen Veranstaltungen (überregionale Veranstaltungen) haben die Piloteinrichtungen und das pädagogische Personal nur sehr eingeschränkt erreicht. Nur wenige Leiterinnen und pädagogische Fachkräfte haben hier überhaupt teilgenommen. Diese Veranstaltungen dürften eher dem Aufbau eines öffentlichkeitswirksamen Rahmens dienen, innerhalb dessen die konkrete Implementierung stattfinden kann. Die lokalen Veranstaltungen hingegen wurden deutlich stärker besucht. Trotzdem bewerten die unmittelbaren Akteure in den Piloteinrichtungen diesen Rahmen (mit Ausnahme der überregionalen Auftaktveranstaltung) eher verhalten.

Auch bei den Funktionsträgern innerhalb der lokalen Netzwerke scheint die eigene Rolle und die damit verbundene Motivation zur Teilnahme am Netzwerk in manchen Fällen klärungsbedürftig, wie Interviews mit diesem Personenkreis zeigen. Andererseits sind aus diesen Netzwerken Initiativen erwachsen, die auf eine weitere Stabilisierung und Unterstützung der mit dem *peb*-Programm verbundenen Ziele im regionalen Kontext verweisen.

Aussagen der Leiterinnen deuten darauf hin, dass das Engagement der Träger und Fachberatungen am Umsetzungsprozess begrenzt war und kaum finanzielle Mittel bereit gestellt wurden. Träger bzw. Fachberatung bilden die unmittelbare Unterstützungsebene der KiTas; diese Schnittstelle scheint noch der zusätzlichen Beachtung zu bedürfen.

Die Hilfen für die direkte Implementierung als *peb*-Programm in den Piloteinrichtungen wurden von den beteiligten Pädagoginnen als sehr hilfreich wahrgenommen; besonders gilt dies für das Coaching. Die positive Bewertung kommt in einer subjektiv wahrgenommenen deutlichen Qualitätssteigerung bei Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften zum Ausdruck, wie auch darin, dass die Piloteinrichtungen in hohem Grade motiviert sind, eine Weiterarbeit an den zentralen Komponenten des *peb*-Programms auch nach Abschluss der Implementierungsphase fortzusetzen und schließlich auch darin, dass sie zu 90% auch anderen Einrichtungen zu einer Teilnahme an dem Programm raten würden.

EMPFEHLUNG

Kosten und Nutzen der einzelnen Implementierungselemente abschätzen.

Die Implementierung eines Programms in Piloteinrichtungen hat legitimer Weise zum Ziel zu untersuchen, welche Ergebnisse sich bei günstigen Bedingungen erzielen lassen. In diesem Sinne erscheinen die hier ermittelten Befunde sehr positiv. Für eine mögliche Verbreitung des Programms stellt sich die Frage, mit welchen Kosten die verschiedenen Elemente der Implementierungsstrategie jeweils verbunden sind, welchen Beitrag sie für das Gelingen des übergreifenden Zieles jeweils leisten und wie sie bzw. ihr Zusammenspiel optimiert werden können. Vor diesem Hintergrund sollte von *peb* eine Abschätzung der Kosten und Bedeutung für die einzelnen Implementierungselemente vorgenommen werden unter Einschluss der Opportunitätskosten, die bei den jeweiligen Adressaten der Implementierungsstrategie entstehen. Eine rationale Kostenkalkulation dürfte auf längere Sicht die Chancen für die Verbreitung des *peb*-Programms *gesunde kitas • starke kinder* begünstigen.

EMPFEHLUNG

Hauptkomponenten des *peb*-Programms *gesunde kitas • starke kinder* unter Alltagsbedingungen durch Gütesiegel dauerhaft sichern.

Programme, die sich im Rahmen gut überwachter und engagiert durchgeführter Implementierungsstrategien als sehr erfolgreich erwiesen haben, verlieren oft ihre Wirksamkeit, wenn sie unter Alltagsbedingungen allgemein verbreitet werden. Vor diesem Hintergrund sollte sich *peb* mit der Möglichkeit eines pädagogischen Gütesiegels für das Programm *gesunde kitas • starke kinder* auseinandersetzen, um die vom Programm geforderte Qualität unter Alltagsbedingungen zu sichern. Ein solches „Gütesiegel: *gesunde kitas • starke kinder*“ könnte an zentrale Elemente des Pilotversuchs und seiner Evaluation anschließen.

- Es müsste Programmstandards spezifizieren, deren Einhaltung die Voraussetzung für die Verleihung des Gütesiegels bildet. Der vorhandene Referenzrahmen (Plattform Ernährung und Bewegung e.V., 2008b) von Einzelkriterien für das *peb*-Programm könnte hierfür eine geeignete Grundlage bilden.
- Nur Kindertageseinrichtungen, die auf der Grundlage einer einrichtungs-individuellen Prüfung die Standards nachgewiesenermaßen einhalten, würden das *peb*-Gütesiegel *gesunde kitas • starke kinder* erhalten.
- Das Gütesiegel hätte Gültigkeit für einen bestimmten Zeitraum (z.B. 3 Jahre).
- Der Wunsch von Einrichtungen, das Gütesiegel dauerhaft zu behalten, dürfte bei Einrichtungen und ihren Trägern dazu beitragen, die Programmstandards und ihre Umsetzung im KiTa-Alltag auch nach Abschluss einer Entwicklungsphase als permanente Aufgabe zu betrachten und sich darum zu bemühen. Das Gütesiegel wäre damit ein Anreiz nach innen, die Qualitätsstandards des *peb*-Programms zu erreichen und zu sichern.

- Das Gütesiegel wäre darüber hinaus ein wichtiges Kommunikations- und Informationsinstrument nach außen (Eltern und Öffentlichkeit). Es signalisiert nach außen, dass in den zertifizierten Einrichtungen nach anerkannten gesundheitsfördernden Standards pädagogisch gearbeitet wird.¹⁸

Zusammenfassend zeigt die vorliegende Evaluationsstudie, dass es sich bei der Umsetzung des *peb*-Programms *gesunde kitas • starke kinder* in 46 Piloteinrichtungen um einen gelungenen ganzheitlichen Ansatz handelt, Gesundheitserziehung mit ihren Grundkomponenten *Ernährung, Bewegung, Entspannung* und *Gesundheitsdialog mit den Eltern* im KiTa-Alltag und der pädagogischen Arbeit zu verankern. Die Implementierungsstrategie ist offensichtlich erfolgreich und wird von den beteiligten Adressaten generell positiv bewertet. In ihrer Komplexität enthält sie verschiedene Elemente, auch solche, die unter dem Gesichtspunkt der Kosten-Effektivität geprüft werden sollten.

Die Ergebnisse des hier realisierten mehrperspektivischen Evaluationsansatzes zum *peb*-Programm sind alles in allem sehr ermutigend, die Verbreitung des *peb*-Programms fortzusetzen. Allerdings müssen die methodischen Begrenzungen, denen die vorliegende Evaluation aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen unterlag, hierbei im Auge behalten werden. Die Verbreitung des *peb*-Programms sollte deshalb mit weiteren Evaluationen unter Alltagsbedingungen und im Rahmen randomisierter Designs, dazu unter dem Gesichtspunkt der Nachhaltigkeit (mittel- und langfristige Effekte) begleitet werden. Schließlich sollten schon jetzt im Hinblick auf eine Verbreitung von *gesunde kitas • starke kinder* als Regel-Programm im Alltag von Kindertageseinrichtungen, Instrumentarien bedacht und entwickelt werden, das *peb*-Programm dauerhaft auf hohem Niveau in den Kindertageseinrichtungen zu implementieren und ein Anreizsystem wie das empfohlene Gütesiegel zum dauerhaften Erhalt der Programm-Qualität zu etablieren.

¹⁸ PädQUIS hat einen strukturell ähnlichen Zertifizierungsansatz für das Land Nordrhein-Westfalen mit dem Gütesiegel „Familienzentrum-NRW“ entwickelt. Nach diesem Ansatz wurden bisher 1500 (von 3000 bis zum Jahr 2012 dafür vorgesehenen Kindertageseinrichtungen) zertifiziert, die die entsprechenden Programmstandards für „Familienzentren“ erfüllten (vgl. http://www.callnrw.de/broschuerenservice/download/1835/guetesiegel_2008.pdf und <http://www.paedquis-familienzentrum.de/web/sites/default/files/Transferbericht.pdf>).

8 Anhang

8.1 Die Projekte im Raster

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Kinder bewegen</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Deutsche Olympische Gesellschaft für Bewegung (DOG), Otto-Fleck-Schneise 12, Haus II, 60528 Frankfurt/Main</p> <p>1.4 Vertreter der lokalen DOG-Zweigstellen</p> <p>1.5 Adam Opel GmbH; o2 germany; Universität Karlsruhe, Universität Konstanz</p>	<p>1.6 Bundesweit</p> <p>1.7 26 KiTas</p> <p>1.8 Juni 2003 – Ende 2007</p> <p>1.9 Deutsche Olympische Gesellschaft für Bewegung; Adam Opel GmbH; o2 germany; lokale DOG Zweigstellen</p> <p>1.10 www.kinder-bewegen.de, http://www.de.o2.com/ext/o2/wizard/index?page_id=12640;message_id=786;style=portal;state=online</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder, KiTa -Team, Eltern</p> <p>2.2 KiTa -Team</p> <p>2.3 4 Jahre</p> <p>2.4 Vertreter der lokalen DOG-Zweigstellen, Fachpersonal der lokalen Partner</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Einbezug der Projektpartner und Kooperation mit örtlichen Vereinen, Hochschuleinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen, Landessportbünde, Stiftungen und Initiativen und der Deutschen Sportjugend</p>	<p>3.1 Bewegung, Ernährung, Olympischer Gedanke</p> <p>3.2 Übergeordnete Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Bewegungsmöglichkeiten • Subtile Auseinandersetzung mit den Olympischen Werten • Kinder animieren, Bewegungsmöglichkeiten zu erkennen und kreativ zu nutzen <p>Unterziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit den Modell-KiTas Beispiele für mehr Bewegung in KiTas zur Nachahmung schaffen • KiTas materiell, ideell und personell ausstatten, dass sie Bewegungserziehung anbieten können • Päd. Fachkräfte unterstützen, Bewegungsfreude zu vermitteln • KiTas helfen Bewegungsräume zu schaffen • Kindern eine Grundlage für ein bewegtes Leben schaffen • Kinder in spielerisch-sportlicher Form Olympische Werte vermitteln • Bei Kindern mittels Vorbilder Olympische Träume wecken und begeistern • Öffentliches Bewusstsein für mehr Bewegung im Kindergarten schaffen • Mit der Unterstützung der Modell-KiTas Hilfe zur Selbsthilfe bieten und das bürgerschaftliche Engagement stärken • Vorbildfunktion für alle KiTas in der Umgebung sein • Wissenschaftliches Arbeitsfeld zur Unterstützung von frühzeitiger Bewegungsförderung werden <p>3.3 Sportpsychologischer und psychomotorischer Hintergrund</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokale DOG-Zweigstellen bewerben sich für die Teilnahme • Kooperationsvereinbarung zwischen Vertretern der lokalen DOG-Zweigstellen und den KiTas 	<p>4.1 Schriftlicher Überblick auf www.kinder-bewegen.de</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verankerung der Bewegungsförderung im Konzept der KiTa • Schaffung und Verbesserung von Bewegungsräumen sowie Anschaffung und Ergänzung von Material • Aus- und Fortbildungen der päd. Fachkräfte durch externes Fachpersonal • Organisation von regelmäßigen Aktionstagen und Besuchen sportlicher Veranstaltungen
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> • Sportwissenschaftliche Institute der Universität Konstanz und Karlsruhe sind in das Konzept, die Durchführung und die Evaluation eingebunden; Pre- Post-Evaluation mit Hilfe von Motoriktests in Interventions- und Kontrollgruppen sowie Akzeptanzbefragungen bei Eltern und päd. Fachkräften • Bericht „Das Modellprojekt Deutsche Olympische Gesellschaft: Leistung macht Spaß „Kinder bewegen“ der Deutschen Olympischen Gesellschaft“ auf Anfrage erhältlich 		
6 Dissemination		
<p>6.1 Eine Verbreitung ist vorgesehen, es liegen allerdings keine Informationen dazu vor</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch die DOG</p>		

<p style="text-align: center;">1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Kitas bewegen – für die gute gesunde Kita</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Bertelsmann Stiftung, Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh</p> <p>1.4 Siehe 1.5</p> <p>1.5 Partner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Münster: Bertelsmannstiftung; Stadt Münster; Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes NRW; Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe • Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Fortbildung; Bezirk Berlin Mitte; AOK Berlin <p>1.6 Münster (Nordrhein-Westfalen) und Berlin - Mitte</p> <p>1.7 29 KiTas</p> <p>1.8 Ende 2006 – Mitte 2009</p> <p>1.9 Bertelsmannstiftung</p> <p>1.10 www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs_xsl/prj_33520.htm</p>		
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, KiTa-Teams, Eltern, Träger, Verantwortliche auf kommunaler Ebene und des Gesundheitssystems</p> <p>2.2 KiTa-Teams, Träger, Verantwortliche auf kommunaler Ebene und des Gesundheitssystems</p> <p>2.3 2 ½ Jahre</p> <p>2.4 Fachpersonal der Projektpartner</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Zusammenarbeit mit Grundschulen und Kommunen</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bildung, Gesundheit und Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundes Aufwachsen der Kinder in ihrer Lern- und Lebenswelt fördern • Gesundheit in den KiTa-Alltag integrieren • Kopplung von Gesundheit und Bildung (ganzheitliche Verknüpfung von Bildung, Gesundheit und Bewegung) • Aufbau von kommunalen Unterstützungsstrukturen • Zusammenarbeit zwischen KiTa und Grundschule <p>3.3 Keine Angaben</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infoveranstaltung • Nach Rückmeldung der KiTas, ob Interesse besteht wurden im Dez. 2006 Kooperationsverträge auf Kick-Off Veranstaltung geschlossen • Bildung von Projektgruppen (Steuerungsgruppen) 	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick in der Projektbroschüre unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_27776_27777_2.pdf</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Startmodul (2 x ½-tägiger Workshop für KiTa-Team) – Erarbeitung von Zielvorstellungen • Veranstaltung für Eltern und Kinder • Planung und Umsetzung mit Unterstützung der Partner: • Selbstevaluation mit Stärken- / Schwächenanalyse sowie Bedarfsermittlung gemeinsam mit Partnern • Beratung z.B. in Hinblick auf räumliche Gestaltung der KiTas • Unterstützung bei der Entwicklung von schriftlichen Materialien • Fortbildungstreffen für päd. Fachkräfte • Prozessbegleitung • Hilfe bei Aufbau von kommunalen Unterstützungsstrukturen und Zusammenarbeit zwischen KiTa und Grundschule (Anschluss an das Projekt <i>Anschub.de</i>)
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation einmal jährlich, durch wen? ▪ Bericht? 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Keine Angaben</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Springmaus – Kindergarten in Bewegung</p> <p>1.2 Pilotprojekt</p> <p>1.3 advitaBKK, Johann-Klein-Str. 6, 67227 Frankenthal; Gesundheitsservice gGmbH der BKK, Dönhoffstr. 39, 51373 Leverkusen</p> <p>1.4 Gesundheitsservice gGmbH</p> <p>1.5 Keine benannt</p>	<p>1.6 Frankenthal (Rheinland-Pfalz) und Pegnitz (Bayern)</p> <p>1.7 2 KiTas</p> <p>1.8 2004</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 www.gsm-gesund.de/index.php?id=11, http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-5491.html</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 6 - 7 Monate</p> <p>2.4 Durch Gesundheitsservice gGmbH geschulte Seminarleiterinnen</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Keine Angaben</p>	<p>3.1 Bewegung, Ernährung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Bewegungsmangel und Übergewicht im Vorschulalter • Mehr Bewegung in KiTas integrieren • Bewegungsmangelerkrankungen erkennen und vorbeugen • Bewegungsfreundliches Umfeld und Spielflächen schaffen • Päd. Fachkräfte und Eltern motivieren, die gesundheitliche Entwicklung der Kinder nachhaltig fördern <p>3.3 Entwicklungstheoretischer und bewegungstherapeutischer Hintergrund</p> <p>3.4 Auftaktveranstaltung</p>	<p>4.1 Schriftlicher Überblick unter http://www.bkk-essanelle.de/leistungen-von-a-z/kinder/projekt-springmaus.html</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <p>Modulartiger Aufbau der Aktionen – können daher auch individuell zusammengestellt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktion 1: Auftaktveranstaltung für die Öffentlichkeit • Aktion 2: Koordinationstest für Kinder • Aktion 3: Fortbildung I der päd. Fachkräfte • Aktion 4: Eltern-Informationsabend „Bewegter Abend“ • Aktion 5: Kinder brauchen Bewegung - Spielenachmittage • Aktion 6: Kooperationen knüpfen • Aktion 7: Fortbildung II der päd. Fachkräfte • Aktion 8: Gesunde Ernährung – Gesundes Frühstück • Aktion 9: Gesunde Zähne – Kariesprophylaxe • Aktion 10: Kinder brauchen Entspannung • Aktion 11: Ringen und Raufen –Gewaltprävention • Aktion 12: Bewegungsfreundliches Umfeld • Aktion 13: Unfallverhütung, Aufsichtspflicht, Haftung • Aktion 14: Noch einmal testen • Aktion 15: Nachbesprechung – Auswertung des Projektes
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation durch die Deutsche Sporthochschule Köln im Jahr 2005; Evaluationsdesign: Konzeptanalyse, Befragung der päd. Fachkräfte, Befragung der Eltern, Durchführung und Auswertung des MOT 4-6, Auswertung des KTK ▪ Ergebnisse der Evaluation und Bericht liegen nicht vor 		
6 Dissemination		
<p>6.1 Fortführung mit weiteren Kindergärten ab 2006 geplant</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch Gesundheitsservice gGmbH</p>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Bewegter Kindergarten 1.2 Modellprojekt 1.3 Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V. , Bismarckstr. 3, 70176 Stuttgart 1.4 Siehe 1.3 1.5 Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart; Sportkreis Stuttgart; Schwäbischer Turnerbund; Sportamt Stuttgart; Institut für Sportwissenschaften der Universität Stuttgart; Jugendamt Stuttgart; Fachberatungen der ev. und kath. Kirchen</p> <p>1.6 Stuttgart (Baden-Württemberg) 1.7 3 KiTas 1.8 September 1998 – Juni 2002 1.9 Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V.; Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart 1.10 http://213.133.108.158/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=1925&reiter=1</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern 2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern 2.3 4 Jahre 2.4 Keine Angaben 2.5 Nicht bekannt 2.6 Vorgesehen: Vernetzung der Träger untereinander, sowie mit anderen Institutionen</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung 3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestandsanalyse zur Bewegungsförderung in allen Stuttgarter KiTas • Mehr Bewegungsförderung in KiTas und Sensibilisierung der päd. Fachkräfte • Erprobung von Inhalten und Formen der Bewegungsförderung in KiTas • Initiierung eines Bündnisses „Gesunde Stadt – Bewegte Kinder“ zur Vernetzung der Träger untereinander sowie mit anderen Institutionen • Initiierung von strukturellen Veränderungen in Aus-, Fort- und Weiterbildungen <p>3.3 Bewegungstheoretischer Hintergrund 3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Befragung aller Stuttgarter Kindergärten zum Thema „Bewegungsförderung“ • Auswahl von drei KiTas als Modellkindergärten, die keine Erfahrung mit Bewegungsförderung haben und in sozialen Brennpunkten liegen 	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Keine Angaben 4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motoriktests in den Modell-KiTas • Durchführungen von Fortbildungen und Praxisanteilen in den Modell-KiTas • Elternabende und Fortbildungen für Eltern • Initiierung des erweiterten Modellprojekts zur Kooperation mit Sportvereinen • Offener Wettbewerb zum „Bewegten Kindergarten“
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Institut für Sportwissenschaften der Universität Stuttgart im Jahr 2000; Evaluationsdesign: Selbstevaluation von päd. Fachkräften zur Gesamtsituation des Themenbereichs Bewegungsförderung in der eigenen KiTa sowie Anwendung des Mot 4-6 ▪ Projektdokumentation liegt vor (kann bei dem Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V. angefordert werden); Diplomarbeit zum Projekt vorhanden 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Ergebnisse des Projekts haben zu strukturellen Veränderungen geführt; in modifizierter Form 2002/03 in 3 KiTas im Bodenseekreis umgesetzt 6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Bewegungsfreundlicher Kindergarten</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Arbeitsgemeinschaft Gesundheit des Landratsamt Bodenseekreis, Gesundheitsamt, 88045 Friedrichshafen</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Amt für Schule, Sport und Jugendarbeit; AOK Bodenseekreis; Betriebsärztin des Bodenseekreises; Gesamtelternbeirat; Justus-von-Liebig Schule; Kindergartenfachberatung; Kreisjugendamt; Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche Caritas Oberschwaben; Sportkreis Bodensee e.V.; Vertreter der Bürgerschaft; Vertreter der Selbsthilfe</p>	<p>1.6 Bodenseekreis (Baden-Württemberg)</p> <p>1.7 3 KiTas</p> <p>1.8 KiTa-Jahr 2002/03</p> <p>1.9 Landkreis; AOK Bodenseekreis</p> <p>1.10 www.gesundheitsforum-bw.de/servlet/PB/menu/1190695_pview_vno/index.html?projektID=3, www.statistik.baden-wuerttemberg.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?435016.2.xml, http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/FFKom/Infomaterial/Datenbank/20040330.6.pdf</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern, Sportvereine</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 1 KiTa-Jahr</p> <p>2.4 Fachpersonal aus der Arbeitsgemeinschaft Gesundheit und externe Fachreferentinnen</p> <p>2.5 Leitfaden, Poster-Serie</p> <p>2.6 Vernetzung von Kindergärten und Sportvereinen</p>	<p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Bewegung im KiTa-Alltag verankern • Vernetzung von KiTas und Sportvereinen <p>3.3 Entwicklungstheoretischer und bewegungstherapeutischer Hintergrund</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4.1 Schriftlicher Überblick unter www.statistik.baden-wuerttemberg.de/FFKom/Infomaterial/Datenbank/20040330.6.pdf</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <p>7 Bausteine</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situationsbeschreibung und Bedarfsermittlung durch schriftliche Befragung 2. Koordinationstest für Kinder 3. Zentrale Fortbildung für päd. Fachkräfte und Fortbildungseinheiten zusammen mit päd. Fachkräften, Kindern und externen Fachkräften 4. Elterninformationen und Elternabende 5. Zusammenarbeit von Vereinen und KiTas – Bewegungsangebote von Vereinen in der KiTa 6. Bewegungsfest für Kinder, Eltern und päd. Fachkräfte 7. Zusammenstellung eines Leitfadens mit Projektinhalten für alle KiTas im Bodenseekreis
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eine interne Auswertung der Projektinhalte wurde vorgenommen, durch wen? ▪ Bericht? 		
6 Dissemination		
<p>6.1 Dieses Modellprojekt ist eine Modifikation des Projekts Bewegungsfreundlicher Kindergarten aus Stuttgart; Nachbereitung und Transfer in den Landkreis Bodensee Sept. 2003 – Feb. 2004</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund.</p> <p>1.2 Netzwerkprojekt (Pilotphase)</p> <p>1.3 mhplus Betriebskrankenkasse, Netzwerk "MINIFIT", Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Stadt Ludwigsburg; Landesinstitut Schulsport Baden-Württemberg; Fachbeirat Tageseinrichtungen für Kinder; Landratsamt Ludwigsburg, FB Gesundheitsschutz, FB Landwirtschaft und FB Schulberatung & Schulaufsicht; Stadtverband für Sport Ludwigsburg; Verkehrspolizei Ludwigsburg; Lokale Agenda der Stadt Ludwigsburg; mhplus Betriebskrankenkasse</p> <p>1.6 Ludwigsburg (Baden-Württemberg)</p> <p>1.7 34 KiTas</p> <p>1.8 KiTa-Jahr 2005/06</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 www.minifit.de, www.mhplus.de/minifit_bw.html, www.besseressenmehrbebewegen.de/index.php?id=166</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Multiplikatoren, Träger, Eltern</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, Multiplikatorinnen</p> <p>2.3 Fortbildung: 1 KiTa-Jahr – Nutzung des Netzwerks MINIFIT unbegrenzt</p> <p>2.4 Fachspezifische Mitarbeiter der Netzwerk Partner</p> <p>2.5 Infomappen mit Checklisten für päd. Fachkräfte</p> <p>2.6 Siehe 1.5</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung, Ernährung, Verkehrserziehung / Mobilität</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderung von Vorschulkindern • Trendumkehr bei Übergewicht und Bewegungsmangel • Elterninformation und –beratung • Motivation der Träger und Einrichtungen zum stärkeren Engagement bei der Gesundheitsförderung • Päd. Fachkräfte für die Gesundheitsförderung befähigen • MINIFIT als feste Institution für die Beratung der KiTas etablieren • MINIFIT in kommunale Strukturen integrieren • MINIFIT als Modell für effektive Vernetzung und Settingarbeit nutzen <p>3.3 Praxisorientierung</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Ein schriftlicher Überblick, sowie das Modulangebot ist unter www.minifit.de einzusehen</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungsangebote zu 5 Themenbereichen: Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, Elterninformation und –beratung, Verkehrserziehung / Mobilität, Gesundheitsförderung der päd. Fachkräfte • Fortbildungen sind modular aufgebaut – Bausteine können gemäß jeweiligen Bedarf angeboten und durchgeführt werden • Veranstaltungen wie Fachvorträge und Seminare für päd. Fachkräfte, Eltern und Interessierte • Open-Space Veranstaltungen zu den 5 Themenbereichen
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel (BfEL) in Karlsruhe ▪ Bericht? 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Nach Pilotphase Beteiligung aller 65 KiTas (ca. 3.000 Vorschul Kinder) in der Stadt Ludwigsburg; Ausweitung auf weitere KiTas in Baden-Württemberg (Steinheim, Gemrigheim), Bayern und Thüringen</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch Netzwerkpartner</p>		

<p>1.1 Kindergesundheit, Agenda-21 - Projekt der Stadt Karlsruhe</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Stadt Karlsruhe, Markgrafenstr. 14, 76131 Karlsruhe</p> <p>1.4 Umweltamt, Schul- und Sportamt und Amt für Stadtentwicklung der Stadt Karlsruhe; Arbeitsgemeinschaft Jugendzahnpflege Karlsruhe</p> <p>1.5 Gesundheitsamt der Stadt Karlsruhe; Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe; Bundesforschungsanstalt für Ernährung, Karlsruhe</p>		<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.6 Karlsruhe (Baden-Württemberg)</p> <p>1.7 13 KiTas</p> <p>1.8 September 2002 – September 2005</p> <p>1.9 Stadt Karlsruhe; Landratsamt Karlsruhe; Krankenkassen; Sozialministerium Baden- Württemberg; Allianz; Krankenversicherung; Preisgeld des Förderpreises Gesundheit</p> <p>1.10 http://www3.karlsruhe.de/servlet/is/72503/</p>	
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (0-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 3 Jahre</p> <p>2.4 speziell ausgebildete Fachkräfte</p> <p>2.5 Handbuch</p> <p>2.6 Städtische, staatliche und private Institutionen</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung, Bewegung, Mobilität</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit von KiTa-Kindern durch positive Beeinflussung des Ernährungs-, Aktivitäts- und Mobilitätsverhalten nachhaltig erhalten bzw. fördern auch um Übergewicht vorzubeugen <p>Teilziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von wissenschaftlich gestützten Interventionsmaßnahmen zur Veränderung des Ernährungs-, Mobilitäts- und Bewegungsverhaltens von KiTa-Kindern, die nachhaltig in Karlsruher KiTas umgesetzt werden können • Entwicklung und Erprobung von standardisierten, schnell, einfach und risikolos durchführbaren Testinstrumentarien zur Erfassung des Ernährungs-, Aktivitäts- und Mobilitätsverhalten sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit und Fitness von KiTa-Kindern • Beschreibung der Entwicklung des Ernährungs-, Aktivitäts- und Mobilitätsverhalten sowie der körperlichen Leistungsfähigkeit und Fitness von 3-6-jährigen Kindern in Karlsruhe • Überprüfung der Effekte der durchgeführten Maßnahmen zur Veränderung des Ernährungs-, Aktivitäts- und Mobilitätsverhalten auf das Körpergewicht, die motorische Entwicklung und den Gesundheitszustand der Kinder • Infrastrukturelle und motivationale Voraussetzungen für ein bewegungsfreundliches Verhalten und Umfeld schaffen <p>Verbesserung der Aspekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche Umgestaltung des Umfeldes • Verbesserung des Verpflegungsangebotes • Gestaltung von Bewegungsräumen • Ernährung: <ul style="list-style-type: none"> - Reduktion des Fettverzehrs - Reduktion des Zuckerkonsums - Steigerung des Verzehrs von Obst und Gemüse - Steigerung der Ballaststoffaufnahme • Stressreduktion und Entspannung • Steigerung der körperlichen Aktivität: <ul style="list-style-type: none"> - Förderung der Bewegung im Alltag - Reduktion der Zeit vor dem TV • Gesundheitsgerechter Umgang miteinander <p>3.3 Entwicklungstheoretischer Hintergrund, ernährungswissenschaftlicher und bewegungstherapeutischer Ansatz</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Keine Angaben</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jährliche Fortbildung zu Ernährung, Bewegung und Mobilität für päd. Fachkräfte • Angebote für Einrichtungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Mobilität • Informationsabende, Infobriefe, Aktionstage für päd. Fachkräfte und Eltern • Events für Kinder (Kindertheater, Spiele, Sommerfest, Fahrradreparaturkurse, Interventions-Abschlussfest) • Jährliche Kontrollen mittels „BMI“ und „Karlsruher Motorscreening 3-6 bei Kindern“ 	
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation durch das Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe; Erhebungsdesign: Längsschnittuntersuchung (vor Intervention und zu weiteren drei Zeitpunkten) in 13 Interventions-KiTas und 13 Kontroll-KiTas (Anthropometrische Messung, körperliche Fitness / Motorik, Mobilitätsstudie / Verkehrsmittelwahl) außerdem Evaluation der Auswirkungen durch Gesundheitsamt der Stadt Karlsruhe mittels Schuleingangsuntersuchungen • es liegen noch keine offiziellen Ergebnisse vor 			
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Fortsetzung des Projekts im Grundschulbereich der Stadt Karlsruhe geplant</p> <p>6.2 Weitere Evaluation indirekt durch die Schuleingangsuntersuchungen</p>			

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Komm mit in das gesunde Boot</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Landesstiftung Baden-Württemberg, Büro "Komm mit in das gesunde Boot", Im Kaisemer 1, 70191 Stuttgart</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Landessportverband Baden- Württemberg; Stiftung Sport in der Schule; Deutsche Gesellschaft für Ernährung Baden- Württemberg; Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen der Universität Karlsruhe (FoSS)</p>	<p>1.6 Baden-Württemberg</p> <p>1.7 Keine Angaben</p> <p>1.8 2006 – 2007</p> <p>1.9 Landesstiftung Baden-Württemberg</p> <p>1.10 www.landesstiftung-bw.de/themen/soziales.php?id=254. www.gesunde-kinder-bw.de/projekt01/deutsch/home/index.html, www.sport.uni-karlsruhe.de/foss/download/GesundeBoot.pdf</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder (4 – 6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 Bewegungsmodul: 6 Monate mit Nachbetrachtung nach weiteren 6 Monaten Ernährungsmodul: 6 Monate</p> <p>2.4 Bewegungsmodul: Bewegungsfachkräfte die durch den Landessportverband BW, seinen Mitgliedsorganisationen und der Stiftung Sport geschult wurden Ernährungsmodul: Ernährungsfachkräfte die durch die DGE Baden-Württemberg geschult wurden</p> <p>2.5 Materialien für päd. Fachkräfte und Kinder u.a. der kleine Gesundheitspirat, Flyer</p> <p>2.6 Kooperation der Landesstiftung Baden-Württemberg mit dem Landessportverband BW, seinen Mitgliedsorganisationen und der Stiftung Sport (Ausbildung der Bewegungsfachkräfte)</p>	<p>3.1 Ernährung, Bewegung</p> <p>3.2 Ziele Stärkung der Chance einer gesunden kindlichen Entwicklung durch Bewegungsförderung und Ernährungserziehung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modul 1 „locker hüpfen & lustig spielen“: Lebensumwelt der Kinder bewegungsfreundlicher und bewegungsintensiver gestalten • Modul 2 „lecker essen & trinken“: Kinder sollen Essen und Trinken mit allen Sinnen erfahren sowie spielerische Kompetenz im Umgang mit Lebensmitteln und Mahlzeiten entwickeln <p>3.3 Ernährungswissenschaftliche und bewegungstheoretische sowie sport- und vorschulpädagogische Grundlegung</p> <p>3.4 KITas können sich für die Teilnahme an einem oder beiden Modulen bewerben</p>	<p>4.1 Wahrscheinlich vorhanden, da in Info-Material auf ein „Manual“ verwiesen wird</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen Bewegungsmodul umfasst 20 Wochen mit 40 Bewegungsstunden aufbereitet als spannende Piratengeschichten und den Bausteinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingangsberatung für KiTa • Auftakt-Aktionstag mit Fitnessstest für Kinder, päd. Fachkräfte und Eltern • Beratungstreffen 1 für KiTa • Bewegter Elternabend • Beratungstreffen 2 für KiTa • Fitnessstest • Abschluss-Aktionstag für Kinder, päd. Fachkräfte und Eltern • Abschlussberatung mit Ausblick für KiTa • Nach 6 Monaten Nachbetrachtung / Zielüberprüfung <p>Ernährungsmodul umfasst 10 Bausteine für Kinder aufbereitet als spannende Piratengeschichten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wir sammeln Lebensmittel 2. Obst und Gemüse = bunt und lecker 3. Wir kapern 4. Was wächst denn da? 5. Erlebnis Supermarkt 6. Wir verwandeln Lebensmittel 7. Essen macht Spaß - Essen ist schön 8. Wunderwerk Bauch 9. Piraten an der Quelle 10. Guten Appetit! <p>und 4 Bausteine für Eltern:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Knackig und bunt 2. Die Ess- und Trink-Oase I 3. Die duftende Backstube 4. Die Ess- und Trink-Oase II
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Institut für Public Health, Sozial- und Präventivmedizin der Universität Heidelberg; Evaluationsdesign: Längsschnittstudie mit Pre-Post-Test in interventions- und Kontrollgruppe anhand von standardisierten Methoden (Accelerometrie, Herzfrequenz, Länge, Gewicht, Hautfaltendicke, Hüft- und Taillenumfang, Heart rate recovery time (HRR), Heart rate variability (HRV) und Stammlänge) sowie Einsatz von Fragebögen und Interviews mit Eltern und päd. Fachkräften ▪ Evaluation bisher nicht abgeschlossen; Studienverlauf und erstes Studienprotokoll auf Anfrage erhältlich 		
6 Dissemination		
<p>6.1 Ab April 2008 landesweite Verbreitung</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch die Landesstiftung Baden- Württemberg</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Wie kommt Lisa nach Pisa?	1.6 Stuttgart (Baden-Württemberg)	
1.2 Modellprojekt	1.7 6 KiTas	
1.3 Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V., c/o Gesundheitsamt, Bismarckstr. 3, 70176 Stuttgart	1.8 November 2003 – Juli 2004	
1.4 Forum Gesunde Stadt Stuttgart e.V in Zusammenarbeit mit einer Sportreferentin und Fachkraft für Bewegungsförderung	1.9 Keine Angaben	
1.5 Keine benannt	1.10 http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_MS/Sport/AK_1_-_Vollmer.pdf	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Bewegung	4.1 Projektdokumentation mit Einblick in den Programmablauf liegt vor und ist abrufbar unter: www.stuttgart.de/sde/global/images/sde_publicationen/amt_53/dokumentation_kindergarten_fachschule_botnang.pdf
2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 8 Monate	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Hintergrundwissen zu körperlicher und seelischer Entwicklung und Förderung durch Bewegung • Grundlage der Psychomotorik • Situative Bewegungsanlässe zulassen • Tägliche Bewegungsförderung • Gestaltung von Spielräumen • Sensibilisierung für Bewegungsbeobachtung • Elternarbeit • Kooperationen im Stadtteil (vor allem zu Sportvereinen) • Verankerung von Bewegungsförderung in der Konzeption 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse und Ermittlung von Themen und Zielen in jeder Einrichtung durch KiTa-Team und Fachpersonal vom Programm • Fortbildungsblöcke speziell auf Einrichtungen zugeschnitten • Abschlussgespräch mit Auswertung und Überprüfung der Ziele • Elternabend • Entwicklung eines Highlight-Projekts (beste Projektidee zu Bewegungsförderung) • Urkunde als Anerkennung der Leistung
2.4 Sportreferentin und Fachkraft für Bewegungsförderung	3.3 Entwicklungstheoretische und bewegungstherapeutische Grundlegung	
2.5 Ausführliche Skripte zu jedem Fortbildungsbereich	3.4 Keine Angaben	
2.6 Kooperation mit städtischen Partnern für Sportangebote wird angestrebt		
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Informationen 		
6 Dissemination		
6.1 Verbreitung des Projektes ist nicht auszuschließen (s. 6.2)		
6.2 Weitere Zusammenarbeit mit dem Netzwerk <i>g`sund und g`scheit</i>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Gesunde Kinder – unsere Zukunft</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Deutscher Naturheilbund, Kreuzbergstr. 45, 74564 Crailsheim</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Landratsämter Ober- und Unterallgäu; Europäisches Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren</p> <p>1.6 Unter- und Oberallgäu (Bayern)</p> <p>1.7 3 KiTas, 3 Grundschulen</p> <p>1.8 KiTa-Jahr 2005/06</p> <p>1.9 Deutscher Naturheilbund; Landratsämter Ober- und Unterallgäu; Europäisches Gesundheitszentrum für Naturheilverfahren</p> <p>1.10 www.naturheilbund.de/projekte/projekte4.htm, www.naturheilbund.de/tools/presse_pdf/19.pdf, www.lzg-bayern.de/netzwerk_praevention/2006/02_02_2006_152.pdf</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte / Lehrerinnen, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte/ Lehrerinnen, Eltern</p> <p>2.3 1 KiTa-Jahr</p> <p>2.4 Sportpädagogin, Ökotrophologin</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Keine Angaben</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung, Bewegung, Naturheilkunde</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Übergewicht • Kindgemäßes Heranführen an ein gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten, das Leben in der Natur und Naturheilkunde • Nachhaltige Verankerung der Projektinhalte <p>3.3 Keine Angaben</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Organisations- und Ablaufplan in Arbeit</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulungen der päd. Fachkräfte und Lehrer • Elternabend • Aktionstage für Kinder (Bewegungsspiele im Freien, Wassertreten nach Kneipp, Bewegungsbaustellen, Sinnesparcours für die Füße, Schulung der Sinnerwahrnehmungen) • Zertifizierung der teilnehmenden Einrichtungen
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Keine Informationen 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Weiterführung gewünscht, besonders bei KiTas</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Nachhaltige Mobilitätsentwicklung – ein Bewegungsprojekt für den Kindergarten	1.6 München (Bayern)	
1.2 Modellprojekt	1.7 40-50 KiTa-Gruppen	
1.3 Pädagogisches Projekt Mobilität (PPM) im Allgemeinen Deutschen Fahrrad-Club Bayern e.V. Landwehrstr. 16, 80336 München	1.8 1995 bis 1996	
1.4 Siehe 1.3	1.9 Keine Angaben	
1.5 Keine Benannt	1.10 www.lzg-bayern.de/netzwerk_praevention/2005/02_02_2005_080.pdf ; http://adfc-bremen.de/cms/upload/pdf/verkehrspaedagogik/Anane.pdf	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Bewegung	4.1 Es liegen schriftlich ausgearbeitet Stundenvorschläge für die 10 Einheiten (s. 4.2) vor
2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 Ein KiTa-Jahr	<ul style="list-style-type: none"> • Kindern Spaß an Bewegung erlebbar machen • Psychomotorische Kompetenz der Kinder verbessern • Fähigkeiten schulen, die Kinder als Fußgänger sowie beim Rollern und Fahrrad fahren brauchen • Kinder auf Bewegung in der Verkehrs- und Wohnumwelt vorbereiten • Päd. Fachkräfte bei Bewegungs-, Gesundheits-, Mobilitäts- und Umwelterziehung unterstützen • Päd. Fachkräfte ein Bewegungsprojekt zur Verfügung stellen, das effektiv und leicht in den KiTa-Alltag integrierbar ist • Motivierung der Eltern, sich so oft wie möglich mit den Kindern zu bewegen • Aufklärung der Eltern über den Verkehr und dessen Auswirkungen auf die Gesundheit • Beratung der Eltern, damit sie Weg zur KiTa zu Fuß, mit Roller oder Rad zurücklegen • Verbreitung des Projekts nach Schneeball Prinzip 	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeit mit dem Kind: 10 Einheiten zur psychomotorischen Fähigkeitsförderung (Übungen mit einfachen Materialien wie Teppichfliesen, Seilen, Bällen; Übungen zum Umgang mit rollenden Geräten wie Rollbrett und Pedalos; „Rollerführerschein“) - PPM-Mitarbeiterinnen führen die erste und letzte Einheit durch • Päd. Fachkräfte werden in Projekt eingeführt, unterstützt und beraten was Inhalte des Projekts und Materialanschaffung betrifft • Elternabend veranstaltet durch PPM mit praktischen Übungen
2.4 Mitarbeiterinnen des PPM	3.3 Keine Angaben	
2.5 Ausgearbeitete Stundenvorschläge für päd. Fachkräfte; Verbraucherinfos für Eltern, z.B. Kinderfahrräder, Kindersitze etc.	3.4 Keine Angaben	
2.6 Keine Angaben		
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positive Rückmeldungen der päd. Fachkräfte wird erwähnt - keine näheren Angaben 		
6 Dissemination		
6.1 Verbreitung nach Modellphase in ca. 40 –50 Kindergartengruppen pro Jahr in Bayern– mittlerweile ist dieses Projekt eingestellt worden		
6.2 Kontinuierliche Begleitung durch PPM		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Nürnberger Netzwerk Bewegungspädagogik</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Gesundheitsamt Nürnberg, Burgstr. 4, 90403 Nürnberg</p> <p>1.4 Gesundheitsamt Nürnberg; Hengstenberg- Pikler- Gesellschaft e. V.</p> <p>1.5 Gemeindeunfallversicherungsverband Bayern; Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege; Techniker Krankenkasse; Fachakademien für Sozialpädagogik in Nürnberg; Aktiven Kinderwerkstatt gGmbH</p> <p>1.6 Nürnberg (Bayern)</p> <p>1.7 9 Krippen, 11 KiTas</p> <p>1.8 2006 - 2007</p> <p>1.9 Gemeindeunfallversicherungsverband Bayern und Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie Techniker Krankenkasse zahlen zusammen 400,- € pro Einrichtung, Eigenanteil pro Einrichtung 100,- €</p> <p>1.10 http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-44195.html; http://www.sport.uni-erlangen.de/forschung/forschungsprojekte/rehabilitation-und-gesundheitssport/bewegungsbezogene-gesundheitsfoerderung/docs/hengstenberg.pdf; http://www.lzg-bayern.de/netzwerk_praevension/2007/01_02_2007_222.pdf; http://www.nuernberg.de/imperia/md/content/internet/srd/gh/bewegkita_doku.pdf</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (0–6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, (Kinder, Eltern)</p> <p>2.3 6 Monate</p> <p>2.4 Pädagoginnen und Therapeutinnen</p> <p>2.5 Flyer, KiTas erhalten Bewegungsmaterial von Hengstenberg / Pikler leihweise für 6 Monate (Material kann länger ausgeliehen werden oder gekauft werden)</p> <p>2.6 Vernetzung der teilnehmenden KiTas</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Bewegungsentfaltung nach dem Ansatz von Hengstenberg und Pikler • Unfallprävention durch Schulung der Selbstsicherungsfähigkeit • Verankerung der Bewegungsförderung in den Einrichtungen • Aufbau eines Netzwerkes • Einbeziehung des Konzeptes in die Ausbildung von päd. Fachkräften <p>3.3 Basierend auf dem Bewegungsansatz Emmi Piklers und Elfriede Hengstenberg</p> <p>3.4 Gesundheitsamt Nürnberg kontaktierte alle Krippen und KiTas in Nürnberg</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3-stündige Infoveranstaltung für interessierte KiTas 	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick auf dem Flyer</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 ganztägige Fortbildungen zur Arbeit mit den Bewegungsmaterialien von Hengstenberg / Pikler • 6 Monate praktische Umsetzung in der KiTa mit päd. Begleitung (i.d.R. telefonisch) • Bei Bedarf: Hospitation, Bewegungsstunden mit Kindern, Elternabende mit externer Anleitung
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation des Projektes durch das Institut für Sportwissenschaften und Sport der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg im Jahre 2007; Erhebungsdesign: Pre-Post-Test in interventions- und Kontrollgruppe durch standardisierte Methode MOT 4-6 sowie Fragebögen für die päd. Fachkräfte zum Thema Bewegungsverhalten und Erfahrungen mit dem Bewegungskonzept ▪ Bericht: „Evaluation des Nürnberger Netzwerks Bewegungspädagogik – Ein Pilotprojekt zur Untersuchung von Wirkungen der Bewegungsförderung nach Hengstenberg in Nürnberger Kindertagesstätten“ auf Anfrage erhältlich 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Keine Angaben</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 TIGERKIDS – Kindergarten aktiv</p> <p>1.2 Pilotprojekt</p> <p>1.3 Stiftung Kindergesundheit, c/o Kanzlei Ashurst, Prinzregentenstraße 18, 80538 München</p> <p>1.4 Dr. von Haunersches Kinderspital München; Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit; Institut für soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Ludwig Maximilian Universität München; Staatsinstitut für Frühpädagogik München; Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen, Karlsruhe</p> <p>1.5 AOK Bundesverband; AOK Verlag GmbH</p>	<p>1.6 Pilotphase Teil 1: Bayern</p> <p>Pilotphase Teil 2: Günzburg, Bamberg Schwandorf, Ingolstadt (Bayern)</p> <p>1.7 Pilotphase Teil 1: 42 KiTas, Pilotphase Teil 2: 75 KiTas</p> <p>1.8 Pilotphase Teil 1: Oktober 2003 - September 2004</p> <p>Pilotphase Teil 2: Oktober 2004 - Juli 2005</p> <p>1.9 Überwiegend Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz; weitere: AOK Bundesverband; Danone; Südzucker; KRAFT Foods; Lions Club</p> <p>1.10 www.tigerkids.de, www.lgl.bayern.de/gesundheit/tigerkids.htm, www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=66</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 10 Monate</p> <p>2.4 Ernährungs- und Bewegungsfachkräfte der AOK</p> <p>2.5 TIGERKIDS Ausrüstung (Leitfaden für päd. Fachkräfte, Holzzug, Tiger-Handpuppe, Tipp-Cards und Newsletter für Eltern, TigerKids-Box),</p> <p>2.6 Vernetzung mit regionalen und lokalen Partnern und Akteuren</p>	<p>3.1 Ernährung, Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <p>Allgemein:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Übergewicht - Beitrag zur Reduzierung des Anteils übergewichtiger Kinder bei Schuleingangsuntersuchungen • Erhöhung des Obst- und Gemüsekonsums • Absenkung des kalorienreichen Essens • Angebot von Wasser und kalorienarmen Getränken erhöhen • Angebot von kalorienreichen Getränken senken • Bewegungsaktivität auf mehr als 1 Stunde täglich erhöhen • TV / Medienkonsum auf max. 1 Stunde am Tag minimieren <p>Pilotphase Teil 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Erprobung eines breitenwirksamen Programms zur Prävention von Übergewicht bei Vorschulkindern • Anpassung zielgruppenspezifischen Materials • Schulung von päd. Fachkräften <p>Pilotphase Teil 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Praktische Umsetzung und Evaluation des Programms <p>3.3 Ernährungswissenschaftliche Basierung im Ausgang aktueller Studien zu Kinder- und Jugendgesundheit, Interdisziplinäre Hintergrundrecherche zur Wirksamkeit von Präventionsprojekten</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4.1 Leitfaden für päd. Fachkräfte; schriftlicher Überblick unter www.tigerkids.de</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweitägige Fortbildung der päd. Fachkräfte • Workshop zur Motivation • Begleitung im Internet • Elternabende
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> • Zwischenevaluation (Januar 2004 bis September 2005) und Enevaluation (Herbst 2006) durch Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig Maximilian Universität München; Erhebung von Gewicht, Motorik- und Bewegungsverhalten der teilnehmenden Kinder und Vergleich mit Kontrollgruppen im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung sowie strukturierte Befragung der päd. Fachkräfte (Sommer 2005) (subjektive Einschätzung) • Ergebnisse unter http://www.tigerkids.de/ergebnisse-evaluation.html sowie http://www.tigerkids.de/strukturierte-befragung.html 		
6 Dissemination		
<p>6.1 Ab Herbst 2007 Ausdehnung auf alle Bundesländer</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch Stiftung Kindergesundheit, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Forschungszentrum für den Schulsport und den Sport von Kindern und Jugendlichen, Karlsruhe</p> <p>Weitere Evaluation durch Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig Maximilian Universität München in den Jahren 2007/08; Erhebungsdesign: Erhebung von Körpergewicht und Körpergröße von Kindern in randomisiert zusammengestellten Interventions- und Kontrollgruppen im Längsschnitt sowie Befragung der Eltern zu Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhalten</p>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Fitness für Kids – Frühprävention im Kindergarten</p> <p>1.2 Pilotprojekt</p> <p>1.3 Berliner Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. (BGPR), Forckenbeckstraße 21, 14199 Berlin; Unfallkasse Berlin, Culemeyerstr. 2, 12277 Berlin; Universität Potsdam, Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 DGPR - Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation für Herz- Kreislaufkrankungen e. V.; KKH - Die Kaufmännische Krankenkasse; Plan- und Leitstellen für Gesundheit (Mitte / Pankow / neu: Marzahn / Lichtenberg); Institut für Sportwissenschaft, Humboldt-Universität Berlin; Gesunde Städtenetzwerk; Sport Thieme; Grasleben</p> <p>1.6 Berlin</p> <p>1.7 6 KiTas</p> <p>1.8 März 2002 – März 2004</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 www.fitness-fuer-kids.de, www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=46457, www.hag-gesundheit.de/documents/gelbe_he_198.pdf</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte</p> <p>2.3 2 Jahre</p> <p>2.4 Sportlehrerinnen / Übungsleiterinnen, qualifizierte päd. Fachkräfte</p> <p>2.5 Katalog mit Stundenentwürfen und Bewegungsvorschlägen, Musik-CD's und Arbeitsmaterialien, Workshop Hand-outs</p> <p>2.6 Keine Angaben</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung der motorischen Entwicklung • Verbesserung des Gesundheitsstatus • Förderung der kognitiven Entwicklung • Förderung der sozialen Kompetenz <p>3.3 Entwicklungstheoretischer und bewegungstherapeutischer Hintergrund</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick unter www.fitness-fuer-kids.de</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3x wöchentlich 45 Minuten Bewegungserziehung durch Übungsleiterinnen bzw. päd. Fachkraft nach speziell erarbeitetem Bewegungsprogramm • 2-tägiger Workshop für päd. Fachkräfte (insg. 5 Stunden) • Team Schulungen vor Ort (4-5 Stunden) <p>nach Betreuungsphase durch Übungsleiterinnen führen die päd. Fachkräfte die Übungen selbstständig durch</p>
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation durch Universität Potsdam; Erhebungsdesign: Pre-Post-Test in Interventions- und Kontrollgruppen mit standardisierten motorischen Tests sowie Erhebung von Daten wie Körpergewicht, Körpergröße, BMI, Blutdruck und Herzfrequenz • Längsschnittstudie durch Institut für Sportwissenschaften der Humboldt Universität Berlin • Ergebnisse der Evaluation sind im Deutschen Ärzteblatt 102, Ausgabe 16 vom 22.04. 2005, S. A-1128/B-945/C-892 einzusehen 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Im Frühjahr 2004 wurden 49 Berliner KiTas in ein Anschlussprojekt einbezogen</p> <p>6.2 Nicht vorgesehen</p>		

<p style="text-align: center;">1 Rahmenbedingungen</p>		
<p>1.1 Gesund groß werden!</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Labyrinth Kindermuseum, Osloerstr. 12, 13359 Berlin</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Bezirksamt Berlin – Pankow, Plan- und Leitstelle Gesundheit; pro agora e. V.; Fitness für Kids; Becker und Groß Physiotherapie; Suchtkoordinationsstelle Bezirksamt Marzahn / Hellersdorf; Freizeithaus Weißensee; Deutsche Liga für das Kind; Ufu; Yogalehrerin; Snoezelexpertin; Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin, Persona Dolls; Albert Schweizer Stiftung; Nichtraucherbund Berlin e.V.; Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport; Fachstelle Schule und Sucht; Olof Palme Haus Bezirksamt Mitte von Berlin</p>	<p>1.6 Berlin - Pankow</p> <p>1.7 3 KiTas, 2 Schulen, 2 Horte und 1 Freizeitclub</p> <p>1.8 April 2005 - März 2008</p> <p>1.9 Aktion Mensch; Labyrinth Kindermuseum</p> <p>1.10 www.kindermuseum-labyrinth.de/load_fs.html?gesund_gross_werden.html-content, http://db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=5402</p>	
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (2 – 12 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern, lokale Verantwortliche für Gesundheit und Schule</p> <p>2.3 3 Jahre</p> <p>2.4 Fachspezifische Dozentinnen</p> <p>2.5 Praxiskoffer mit Materialien und Projektbeispielen zum Ausleihen; didaktische Materialien; Infobriefe für Adressaten</p> <p>2.6 Beteiligte Einrichtungen untereinander; Vernetzung zwischen Einrichtungen und anderen Institutionen je nach Thema und Projekt</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung, Bewegung, Nichtraucher, Lärm, Entspannung, Gefühle</p> <p>3.2 Übergeordnetes Ziel: Schaffung hoher Qualitätsstandards in der Gesundheitsförderung - Vernetzung beteiligter Gruppen im Stadtteil - Nachhaltigkeit durch enge Zusammenarbeit der Einrichtungen und Ämter Ziele der 6 Themenblöcke: Gesunde Ernährung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeit nehmen zum Essen • Mit allen Sinnen genießen • Gemeinsame leckere Mahlzeiten an einem schön gedeckten Tisch <p>Bewegungsförderung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigene Möglichkeiten und Grenzen der Bewegung kennen lernen • Mut und Geschicklichkeit erproben • Ängste überwinden <p>Förderung des Nichtrauchens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verstehen und erleben, warum es cool ist, nicht zu rauchen • Lärmbelastung und -reduzierung • Gehör ist ein Schatz, welcher ein Leben lang bewahrt werden soll <p>Stressbewältigung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder brauchen genügend Zeit zum Spielen und für sich selbst • Liebevoller und unterstützender Umgang vom Erwachsenen zum Kind hilft, belastende Situationen zu meistern <p>Umgang mit Gefühlen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gefühle kann man zeigen, muss man nicht • Lernen mit unterschiedlichen Gefühlen umzugehen <p>3.3 Anschluss an Regionalpolitik, Bereich Gesundheitsförderung</p> <p>3.4 Kontaktaufnahme zwischen Projekträger und Einrichtungen über Bezirksamter</p>	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Liegt vermutlich vor, da Beispielablauf zum Thema „Gesunde Ernährung“ auf der Homepage abrufbar ist</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen der päd. Fachkräfte in den Themenblöcken 1-6 Jeder der 6 Themenblöcke wird mit folgenden Modulen (in einem Zeitraum von 4 Monate) erarbeitet: <ul style="list-style-type: none"> o Fortbildung für Erwachsene o Projekte mit Kindern o Projekttreffen o Vorstellung des Praxiskoffers mit Materialien und Projektbeispielen o Verleih didaktischer Materialien o Vernetzung der beteiligten Akteure o Festlegung verbindlicher Qualitätsstandards • Workshops für Eltern, Elternabende und Themenabende für Eltern • Zertifikat: „Ausgezeichnet gesund groß werden – am besten hier!“
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regelmäßige Dokumentation durch Infobriefe, Protokolle, Projektberichte, Feedback-Bögen, Fotos; durch wen? ▪ Bericht? 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Keine Angaben</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Pfiffikus durch Bewegungsfluss	1.6 Potsdam (Brandenburg)	
1.2 Modellprojekt	1.7 4 KITas	
1.3 Universität Potsdam, Institut für Sportmedizin und Prävention, Am neuen Palais 10, 14469 Potsdam	1.8 November 2002 – Oktober 2005	
1.4 Siehe 1.3	1.9 AOK Land Brandenburg; Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg; Internationaler Bund	
1.5 AOK Land Brandenburg; Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg; Internationaler Bund; Independent Living	1.10 www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de_db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=1865&reiter=4	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Bewegung	4.1 Detailliertes schriftliches Fortbildungs-Curriculum unter www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de/Flyer/Anhang%2011%20Curriculum%202_0.pdf
2.2 Päd. Fachkräfte, Multiplikatorinnen, Eltern	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 3 Jahre	1) Integrative Förderung von Kognition und Koordination (Hirnreifung) durch Neuromotorik im KiTa-Alter	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl von 2 päd. Fachkräften als Multiplikatoren • Erste Fortbildung der päd. Fachkräfte (motorische und kognitive Übungsschwerpunkte) • Elternabend in den KITas durch Pfiffikus-Team • Hospitationen in den KITas durch Mitarbeiter des Uni-Teams • Monatliche Fortbildungen der päd. Fachkräfte • Fortbildung im KiTa-Team • Durchführung der eigentlichen Intervention (Pfiffikus-Übungen) durch päd. Fachkräfte in drei Phasen: Elementarphase, Verknüpfungsphase und Komplexphase (s. Projektbericht) - die Übungen für die Pfiffikus-Inhalte wurden von den päd. Fachkräften während der Fortbildungen gelernt • Infoabend für die Eltern • Wöchentliche Uni-KiTa-Treffen • Umgestaltung von Räumen und Materialien • Beschaffung von Materialien • Weitere Elternabende • Weiterbildung der päd. Fachkräfte • Schulungen der päd. Fachkräfte • Durchführung von Fachtagung / Konferenz / Gesprächskreis • Abschlussprojekt
2.4 Sportwissenschaftlerinnen, päd. Fachkraft mit zirkuspäd. Kompetenz	• durch Einfließen elementarpäd. und sportmed. Kenntnisse und Erfahrungen entwickeln	
2.5 Pfiffikus-Ordner mit Material zur Motorik- und Kognitionsförderung sowie Formblätter für Planung und Dokumentation, Basis-Übungssammlung	• in der KiTa-Praxis einschließlich der erforderlichen Rahmenbedingungen erproben und weiterentwickeln	
2.6 Kein Aufbau eines Netzwerks vorgesehen	• bezüglich ihrer Wirksamkeit auf die kindliche Reifung evaluieren	
	• bei Erfolg Multiplikation auf andere KITas	
	2) Breite Einsetzbarkeit und Nachhaltigkeit des Programms	
	• in dem es in jeder päd. Konzeption umsetzbar ist	
	• durch Integration in KiTa-Alltag	
	• durch die Möglichkeit des selbstständigen weiterführens nach Projektende	
	3) Effekte bei Kindern	
	• schnellere und besser Reifung von koordinativen Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie Balancefähigkeit, Fingermotorik, Bewegungskomplexität, Rhythmusfähigkeit, Okulomotorik	
	• besseres Körpergefühl, bessere Körperhaltung und -beherrschung mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gesundheit und auf eine höhere körperlich-sportliche Leistung	
	• Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit	
	• Verbesserung der musischen Fähigkeiten	
	4) Gesellschaftliche Zielstellungen	
	• Verbesserung des Bildungsstandes	
	• Verbesserung der körperlichen Verfassung	
	• Verbesserung des sozialen Wohlbefindens	
	3.3 Entwicklungstheoretischer und Bewegungstherapeutischer Ansatz	
	3.4 Implementierungsstrategie	
	• Vorbereitende Gespräche mit Trägern und KITas	
	• Schaffung von funktionierenden Strukturen und organisatorischen Rahmenbedingungen, d.h. Aufbau von Teamstrukturen an der Universität, in der KiTa und untereinander, sowie Interventions- und Kommunikationsstrukturen	
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prozessevaluation durch Universität Potsdam, Institut für Sportmedizin ▪ Ergebnisevaluation durch Universität Potsdam, Institut für Sportmedizin zusammen mit Institut für Psychologie und der AOK Brandenburg; Erhebungsdesign: Pre-Post-Test in Interventions- und Kontrollgruppe mit Entwicklungsdiagnostik ET 6-6, Ein-Bein-Gleichgewichts-Test, Motoriktest (KTK) sowie Intelligenztest BIVA nach SCHAARSCHMIDT ▪ Projektbericht (58 Seiten) abrufbar unter www.pfiffikusdurchbewegungsfluss.de 		
6 Dissemination		
6.1 Abteilung „Pfiffikus“ in Kooperation mit Brandenburgischen Verein für Gesundheitsförderung e.V. eingerichtet - organisiert seit 2006 Fortbildungen für päd. Fachkräfte und KiTa-Teams; Material bei Wehrfritz veröffentlicht		
6.2 Anschlussprojekt „Pfiffikus II“ Follow up der Interventionskinder im Vergleich mit einer Kontrollgruppe (voraussichtlich 2. und 4. Klasse)		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Die bewegungs- und ernährungsfreundliche Kur- und Bäderstadt</p> <p>1.2 Modellprojekt im Netzwerk <i>Bildung für alle</i></p> <p>1.3 <i>NETZWERK Bildung für alle</i>, Röddeliner Str. 36, 17268 Templin</p> <p>1.4 Keine Angaben</p> <p>1.5 Stadt Templin; Netzwerk Bildung mit insg. 55 Kooperationspartnern (u.a. Sportvereine, Fitness-clubs, Kliniken, Krankenkassen, Gastronomie, Bioläden, Apotheken, Musikschulen, Arztpraxen, Ergotherapeutische Praxis, Frühförder- und Beratungsstelle)</p>	<p>1.6 Templin (Brandenburg)</p> <p>1.7 8 KiTas, 4 Grundschulen</p> <p>1.8 2002</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 www.besseressenmehrbeugen.de/index.php?id=79</p>	
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (0- 12 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 keine konkreten Angaben</p> <p>2.4 Ernährungsberaterinnen, Diätassistentinnen, Psychologinnen, Ärztinnen, Therapeutinnen, Übungsleiterinnen, Trainerinnen u.v.m.</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Netzwerk besteht aus einer Reihe von Projektpartnern, die zum Teil große Aufgaben der Projektorganisation übernehmen (Partner s. 1.5)</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung, Ernährung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deutliche Reduzierung des durchschnittlichen Gewichts bei Kindern bis 12 Jahren • Motivation der Kinder zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil • Zusammenarbeit der integrativen Grundschule, Oberstufe und den KiTas • Vernetzung der Kooperationspartner (s. 1.5) • Förderung einer gesunden Entwicklung über Vorbildfunktion der Erwachsenen • Wissen um die kindliche Gesundheitspflege als Bildungsressource <p>Teilziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spielerische Zugänge zu dem Thema Gesundheit • Einbettung eines gesundheitsorientierten Lebensstils in den Tagesablauf • Einrichtung von Informationsstellen und Unterstützungsangeboten • Schaffung eines gesundheitsfördernden Lernumfelds durch Umgestaltung von Gebäuden und Freiflächen • Vermittlung von Seminarangeboten zu Bewegung und Ernährung <p>3.3 Keine Angaben</p> <p>3.4 Projektleitung koordiniert die von Partnern angebotenen Aktivitäten und Interventionen im Vorfeld</p>	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Keine Angaben</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen für das Setting KiTa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schulung von päd. Fachkräften in den Bereichen Ernährung und Sportmedizin (halbjährlich) • Diverse Aktionstage und Projektstage • Umgestaltung der KiTa-Räume und der Außengelände • Anlegen von KiTa-Gärten • Monatliche Elterntreffen mit Verkostung • Ernährungsberaterinnen schulen angehende Erzieherinnen und Heilpädagoginnen, die dann Projektstage in KiTas zusammen mit Eltern durchführen • 3 Ernährungsberaterinnen stehen zur Beratung zur Verfügung
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch die Bundesforschungsanstalt für Ernährung und Lebensmittel, Karlsruhe ▪ Bericht wird noch erstellt 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Verbreitung nach der Modellphase</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Bewegung als Motor kindlicher Entwicklung – Eine kinderpolitische Maßnahme</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Landkreis Schaumburg, Jugendamt, Fachberatung KiTa, Jahnstr. 20, 31655 Stadthagen</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover; Landesunfallkasse Niedersachsen; AOK Stadthagen; Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.; Deutsche Verkehrswacht Niedersachsen, Hannover; Kreisverkehrswacht Schaumburg e.V.; Fa. Loquito / P. Hagedorn; CJD Schule Schlaffhorst-Adersen, Bad Nenndorf</p>	<p>1.6 Landkreis Schaumburg (Niedersachsen)</p> <p>1.7 12 KiTas</p> <p>1.8 September 1999 - September 2001</p> <p>1.9 Landkreis Schaumburg; Universität Hannover; Gemeindeunfallversicherungsverband Hannover; Landesunfallkasse Niedersachsen; AOK Stadthagen</p> <p>1.10 db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=1904, www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/KUG_BEWEGUNG_ABELING_GUV.pdf</p>	
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (3-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern, Träger</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern, Träger</p> <p>2.3 2 Jahre</p> <p>2.4 Keine Angaben</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Kooperationen, Verknüpfungen und Vernetzung mit anderen Institutionen wie Bücherei, Grundschulen, Verkehrswachten / Polizei, Naturschutz und Umweltorganisationen, Jugend- und Gesundheitsamt, Beratungsstellen etc. sind für das Projekt wesentlich</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Gesundheit, Bewegung, Ganzheitliches Lernen, Kooperation, Gewaltprävention, Partizipation</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der qualitativen und quantitativen Bewegungsräume • Gesundheitsförderung im Sinne einer gesunden Persönlichkeit • Gewaltprävention zur Verminderung von Gewalt und Gewaltbereitschaft • Altersgerechte Beteiligung der Mädchen und Jungen bei der Umsetzung ihrer Grundbedürfnisse und Grundrechte • Förderung der Persönlichkeitsentwicklung, der Selbst- und Sozialkompetenz • Förderung der Zusammenarbeit durch bewusstes, wohnortnahes Öffnen des Kindergartens <p>3.3 Bildungspolitischer Hintergrund, sozialisations- und entwicklungstheoretischer sowie bewegungstherapeutischer Ansatz</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick unter www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/KUG_BEWEGUNG_ABELING_GUV.pdf</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenschluss der KiTas in 3 Arbeitszirkeln die sich alle 2 Monate unter Leitung eines Modellteams treffen • 3 Zukunftswerkstätten mit päd. Fachkräften • Fachtagungen zu den 6 Zielbereichen für päd. Fachkräfte, Eltern und Träger • In-house Fortbildungen zu den Themen: Bewegungsbaustelle, Tanz und Kinderbefragung • Hospitationen • Team- und Einzelberatung • Elternbriefe und -abende • Spiel und Bewegungstage
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Universität Hannover / FB EWI, Institut für Psychologie und Soziologie und Institut für Ästhetische Erziehung; Erhebungsdesign: Kinderbefragung mit der Smiley-Methode sowie schriftliche standardisierte Befragungen von Eltern und päd. Fachkräften und Experteninterviews mit Leiterinnen ▪ Bericht? 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Keine Angaben</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Ich bin Ich – Gesundheitsförderprogramm für Kindergärten	1.6 Göttingen? (Niedersachsen)	1.7 Zunächst 3 KiTas, nach Modifizierung erneute Erprobung und Evaluation in 6 KiTas
1.2 Pilotprojekt	1.8 KiTa-Jahr 2004/05 und KiTa-Jahr 2005/06	1.9 BARMER Ersatzkasse (2001-2005); BKK der Partner (2006-2007)
1.3 Pädagogisches Seminar, Georg-August-Universität Göttingen, Baurat Gerber Str. 4/6, 37073 Göttingen	1.10 www.gesundheitberlin.de/download/Krause.pdf	
1.4 Siehe 1.3		
1.5 BARMER Ersatzkasse (2001-2005), BKK der Partner (2006-2007)		
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder (5-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Gesundheitsförderung	4.1 Schriftlicher Überblick unter http://www.uni-goettingen.de/de/document/download/b096018a811d7ab70717d9f406a50b96.pdf/lch%20bin%20lch%20-%20Info.pdf
2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 1 KiTa-Jahr	• Positives Selbstwertgefühl und Wohlbefinden der Kinder vor Schuleintritt stärken und erhalten	• Zweitägige Fortbildungsveranstaltungen für päd. Fachkräfte
2.4 Keine Angaben	3.3 Salutogenetischer Ansatz	• 8 Module
2.5 Nicht bekannt	3.4 Keine Angaben	1. Körpererfahrung und Entspannung
2.6 Kooperation mit KESS e.V.		2. Bewegung
		3. Kommunikation
		4. Kreatives Spielen
		5. Selbstreflexion
		6. Umgang mit Gefühlen
		7. Konfliktlösung
		8. Gesunde Ernährung
		Päd. Fachkräfte wählen ein Modul pro Monat
		Jedes Modul ist in 2-4 Einheiten aufgeteilt und kann selbstständig vorbereitet und zeitlich / räumlich an die gegebenen Bedingungen angepasst werden
		• Zusammenarbeit mit Eltern über KESS e. V. (ein Informationsabend und ein Elternseminar)
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prozess- sowie Ergebnisevaluation durch die Universität Göttingen; Erhebungsdesign: externer Protokollbogen, Interview mit päd. Fachkraft, Messung der aktuellen Befindlichkeit der teilnehmenden Kinder sowie Selbstevaluationsinstrument für Eltern und päd. Fachkräfte ▪ Angaben zur Evaluation unter http://www.uni-goettingen.de/de/document/download/b096018a811d7ab70717d9f406a50b96.pdf/lch%20bin%20lch%20-%20Info.pdf 		
6 Dissemination		
6.1 Keine Angaben		
6.2 Keine Angaben		

<p style="text-align: center;">1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Birnen-Bert und Süße-Susi</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Gesundheitsamt Heinsberg, Valkenburger Str. 45, 52525 Heinsberg</p> <p>1.4 Gesundheitsamt Heinsberg ; AOK Rheinland</p> <p>1.5 AOK Rheinland</p> <p>1.6 Wegberg, Kreis Heinsberg (Nordrhein-Westfalen)</p> <p>1.7 11 KiTas</p> <p>1.8 KiTa-Jahr 2004/05</p> <p>1.9 Gesundheitsamt Heinsberg; AOK Rheinland; Bürgermeister des Landkreises; Träger; Eigenmittel der KiTas und Eltern</p> <p>1.10 www.infoportal-praevention.de/gast/fragebogen/steckbrief.php?fbid=372; http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/bot_main2_idx-44327.html</p>		
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 1 KiTa-Jahr</p> <p>2.4 Ökotrophologin, Experte für Suchtprävention, Referentin der AOK, Kinderärztin</p> <p>2.5 Flyer, Elternbriefe</p> <p>2.6 Vernetzung mit drei zeitgleich laufenden Programmen: „Klasse in Bewegung“, „Gesund macht Schule“, „Partizipation – Wege der „Gesundheitsförderung“; Anschluss an das „Bildung und Gesundheit in NRW“ (OPUS)</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierungen der Kinder für gesunde Ernährung • Verringerung der Zahl übergewichtiger Kinder bei Schuleintritt • Aufklärung der Eltern und Fortbildungen der päd. Fachkräfte miteinander verknüpfen <p>3.3 Ernährungswissenschaftlicher Hintergrund</p> <p>3.4 Direkte Ansprache der KiTas im Ort durch die Schulärztin des Gesundheitsamtes Kreis Heinsberg</p>	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick unter www.deutscher-praeventionspreis.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDF/2007/2007_birnenbert.pdf.</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • halbtägige Fortbildungsveranstaltung zu Ernährung und Ernährungserziehung für päd. Fachkräfte • Treffen für päd. Fachkräfte zu Beginn und im Verlauf des Projektjahres • Vortragsreihe für Eltern (1. Essen in der Familie, 2. Lebensmittel für Kinder, 3. Das übergewichtige Kind, 4. Ernährung und Suchtentstehung, Essstörungen)
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Gesundheitsamt Heinsberg; Erhebungsdesign: Pre-Post-Test, Bestandsaufnahme in den KiTas, BMI-Untersuchung, Befragung der päd. Fachkräfte und Leiterinnen ▪ Ein 30 seitiger Abschlussbericht ist über das Gesundheitsamt Heinsberg zu beziehen 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 KiTa-Jahr 2005/06 Verbreitung des Projektes auf 9 weitere KiTas in Wassenberg; Verbreitung auf die sieben weiteren Städte und Gemeinden des Kreises Heinsberg in Planung</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch das Gesundheitsamt Heinsberg</p>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung</p> <p>1.2 Modellprojekt im Netzwerk <i>Ge-Wichtig</i></p> <p>1.3 Kreis Neuss, Landrat, Gesundheitsamt, Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz, Lindenstr. 16, 41515 Grevenbroich</p> <p>1.4 Kreis Neuss; Institut für Sportsoziologie, Deutsche Sporthochschule Köln</p> <p>1.5 Keine benannt</p> <p>1.6 Rhein-Kreis Neuss (Nordrhein-Westfalen)</p> <p>1.7 Keine Angaben</p> <p>1.8 Oktober 1996 - 1997</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/Huepfdoetzchen.pdf</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 6 Monate</p> <p>2.4 Diplomsportlehrer, Experten des Kreissportbundes, Kinderärzte, Krankengymnasten</p> <p>2.5 Pilotphase: Nicht bekannt Für aktuelle Projektdurchläufe: Informationsmaterialien für Eltern und päd. Fachkräfte, Give-Aways für Kinder, z.B. Malbücher, Zahnbürsten, Luftballons</p> <p>2.6 Vernetzung der päd. Fachkräfte mit Experten aus z.B. Kreissportbund, Bewegungswerkstatt und anderen Institutionen, integriert in das Gesundheitsprojekt <i>gewichtig!</i> des Rhein-Neuss Kreis</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewegung in den KiTa-Alltag integrieren • Eltern für die Bedeutung der Bewegung sensibilisieren • Kompetenzen der päd. Fachkräfte im Bereich der Psychomotorik stärken • Vernetzung zwischen Bewegungsinstitutionen aufbauen <p>3.3 Anschluss an Ergebnisse der regionalen (Kreis Neuss) Untersuchung zu Bewegungsfertigkeiten von Kindern, entwicklungstheoretischer, psychomotorischer Hintergrund</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Kurzüberblick unter www.kinderumweltgesundheit.de/KUG/index2/pdf/themen/Bewegung/Huepfdoetzchen.pdf</p> <p>4.2 Für das gesamte Team:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgespräch • Zwei Fortbildungen zu den Themen Ringen und Raufen, Entspannung mit Kindern, Spiele mit Alltagsmaterialien, Einsatz des Rollbrette usw. • Wahlveranstaltung: z.B. Außengelände- bzw. Innenraumberatung • Nachgespräch <p>Weitere zentrale Veranstaltungen: Fortbildung Sicherheit und Aufsichtspflicht in Kitas sowie Besuch der Bewegungswerkstatt</p> <p>Für die Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elterninformationsveranstaltung <p>Für die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Koordinationstests (zu Beginn und zum Ende des Projekts) • Projektwochen
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie; Erhebungsdesign: Befragung der Leiterinnen zum Thema Bewegungsförderung zu Beginn der Intervention, Pre-Post-Test bei den Kindern in Interventions- und Kontrollgruppe mittels Körperkoordinationstest, Befragung der päd. Fachkräfte und der Eltern am Ende der Projektphase, außerdem Langzeitbefragung der Interventionskitas zum Thema „Bewegung im Alltag“ ▪ Bericht „Kreisgesundheitsamt Neuss: Hüpfdötchen – Kindergarten in Bewegung ... ein Projekt zur lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung im Kindergarten“ auf Anfrage erhältlich ▪ Mittels vorhergehender Marktanalyse wurde „Hüpfdötchen“ im Jahr 2000 von der BZgA als <i>model of best practice</i> ausgewählt 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Verbreitung in NRW vor allem durch Aufnahme in das Netzwerk <i>Ge-Wichtig</i></p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch die Deutsche Sporthochschule Köln</p>		

<p style="text-align: center;">1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Lott Jonn - Kindergarten in Bewegung</p> <p>1.2 Pilotprojekt</p> <p>1.3 Der Landrat – Kreis Mettmann, Kreisgesundheitsamt Mettmann, Düsseldorf Str. 47; 40822 Mettmann</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Deutsche Sporthochschule Köln – Institut für Sportsoziologie; Berufskolleg Mettmann - Fachschule für Sozialpädagogik; Berufskolleg Velbert – Fachschule für Sozialpädagogik; KreisSportBund Mettmann; SportJugend NRW; LandesSportBund NRW e.V.; Sportvereine des Kreises Mettmann; AOK Bundesverband; BARMER Ersatzkasse; Arbeitsgemeinschaften der Betriebskrankenkassen Leverkusen; Innungskrankenkasse (IKK); Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW; Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband (GUV); Die Bundesknappschaft; Regionale Bahngesellschaft; Rotary und Lions Club Velbert</p> <p>1.5 Hilden, Monheim, Langenfeld (Nordrhein-Westfalen)</p> <p>1.6 7 KiTas</p> <p>1.8 Januar – Juni 2001</p> <p>1.9 Kreisgesundheitsamt Mettmann; AOK Bundesverband; BARMER Ersatzkasse; Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkasse Leverkusen; Innungskrankenkasse (IKK); Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW; Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband (GUV); Die Bundesknappschaft; Regionale Bahngesellschaft; Rotary und Lions Club Velbert</p> <p>1.10 www.kreis-mettmann.de/index.phtml?NavID=478.700, db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=2914, www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=175,</p>		
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (0-6 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern, Multiplikatorinnen</p> <p>2.2 Päd. Fachkräfte, Eltern, Multiplikatorinnen</p> <p>2.3 6 Monate</p> <p>2.4 Fachpersonal der Projektpartner</p> <p>2.5 Newsletter, Broschüre, Fachartikel</p> <p>2.6 Vernetzung der beteiligten Einrichtungen und mit Projektpartnern s. 1.5</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung, Ernährung, Entspannung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senkung der Quote bewegungsauffälliger Kinder bis 2006 • Bewegung als integraler Bestandteil des KiTa-Alltags • Sensibilisierung für die Folgen von Bewegungsmangel • Kooperation und Vernetzung, • Prävention von Bewegungsauffälligkeiten (Kompetenzerweiterung der päd. Fachkräfte) <p>→ Anregung zur Zertifizierung „Anerkannter Bewegungskindergarten“ des LSB NRW</p> <p>3.3 Entwicklungstheoretischer und bewegungstherapeutischer Hintergrund</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsgruppe erstellt Maßnahmenpaket • schriftliche Info für alle Einrichtungen im Kreis Mettmann • Auswahl von 7 KiTas 	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick im Projektbericht unter http://www.kreis-mettmann.de/media/custom/478_1317_1.PDF</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vorbesprechung (2 Stunden) 2. Durchführung des Körperkoordinationstests 3. 2 Fortbildungen im KiTa-Team zum Thema Theorie und Praxis der frühkindlichen Bewegungsförderung (6 Stunden) 4. Elternabend (2 Stunden) 5. Fachberatung u.a. Videoanalyse (3 Stunden) und Beratung (2 Stunden) 6. Nachbesprechung (1 Stunde)
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Sportsoziologie, Erhebungsdesign: Pre-Post-Test in Interventions- und Kontrollgruppe mit standardisiertem Test (Körperkoordinationstest (KTK) nach Schilling / Kiphard (bei 5-jährigen Kindern) sowie Befragungen der päd. Fachkräfte (Querschnittsanalyse & Ist- Analyse) zu bewegungsfördernden Aktivitäten ▪ Veröffentlichungen: Newsletter „Was uns bewegt“ 01/2003 bis 14/2006 und Zwischenbericht Februar 2005 als Pdf-Dateien abrufbar unter http://www.kreis-mettmann.de/media/custom/478_2622_1.PDF 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Flächendeckende Implementierung im Kreis Mettmann; Ausweitung des Projekts auf Grundschulen geplant</p> <p>6.2 Keine Angaben</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Koch- und Ess-Spaß in Kindertagesstätten	1.6 Bad Kreuznach, Bingen, Budenheim, Gensingen, Ingelheim, Koblenz, Mainz, Seesbach (Rheinland-Pfalz)	
1.2 Pilotprojekt	1.7 12 KiTas	
1.3 Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG), Karmeliterplatz 3, 55116 Mainz; Akademie für Ernährungskommunikation e.V. (AMC), Mainzer Straße 312, 55411 Bingen	1.8 September 2000 - November 2001	
1.4 Siehe 1.3	1.9 Internationale Stiftung für Ernährungsforschung und Ernährungsaufklärung (ISFE); Rotkreuz (Schweiz); Biochemisches Institut Basel (Schweiz); Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend in Rheinland-Pfalz	
1.5 Keine benannt	1.10 db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=2020&reiter=4 , www.optipage.de/kita.html	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Ernährung	4.1 Schriftlicher Überblick des Programmablaufs in Projektbeschreibung der DJI Datenbank – Hinweise auf detaillierte Beschreibung im Aktionsset (s. 2.5)
2.2 Päd. Fachkräfte	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 6 Monate	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder in ihrer Ernährungskompetenz stärken • Gestalten der KiTa als Lebens- und Erfahrungsraum durch gepflegte „Ess- und Kochkultur“ • Regelmäßiges Kochen mit Kindern in der KiTa • Kennen lernen von regionalen und frischen Produkten • Kinder in ihren Sinnen schulen, insbesondere Geschmack- und Geruchssinn • Eltern motivieren, mit ihren Kindern zu Hause zu kochen • Päd. Fachkräfte motivieren und befähigen, eigene regelmäßige Aktionen zum Thema „Ernährung“ in KiTas durchzuführen 	<ul style="list-style-type: none"> • 2-tägige Fortbildung der päd. Fachkräfte zum Thema Grundlagen der Ernährung und praxisbezogene Impulse zum Ernährungsverhalten
2.4 Dipl. Oecotrophologin; Dipl Sozialpädagogin	3.3 Ernährungswissenschaftliche Basierung; Praxiserfahrung mit der in Berufsbildenden Schulen 1998 entwickelten Methodensammlung „Koch- und Essspaß im Kindergarten“	Praxisphase
2.5 Aktionsset mit Materialien für die Praxis, Ratgeber für Eltern, Handreichung für päd. Fachkräfte	3.4 Informationsveranstaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Übungen, Aktionen bzw. Projektwochen der päd. Fachkräfte in den KiTas • Vertiefendes Fortbildungsseminar zur Sinnesschulung und Essverhalten • Fortbildungsseminar zur Speiseplangestaltung, Warenkunde, Hygiene • Arbeitstreffen in regionalen Fachgruppen zur kollegialen Unterstützung • Auswertungsseminar
2.6 Keine Angaben		
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantitative und qualitative Ergebnisevaluation im Rahmen einer Diplomarbeit, Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Ernährungswissenschaft, durch Befragung der päd. Fachkräfte telefonisch und schriftlich ▪ Bericht über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz http://www.lzg-rlp.de/html/gt020201.html 		
6 Dissemination		
6.1 Verbreitung landesweit durch Aktionsset (s. 2.5)		
6.2 Keine Angaben		

<p style="text-align: center;">1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Kindergarten Kids in Bewegung</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Landessportverband für das Saarland, Abt. Breitensport / Referat Gesundheitsförderung, Hermann-Neuberger-Sportschule, 66123 Saarbrücken</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Landessportverband für das Saarland; Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft Saarland</p> <p>1.6 Stadtverband Saarbrücken (Saarland)</p> <p>1.7 10 Kooperationen zwischen KiTas und Sportvereinen</p> <p>1.8 Mai 2003 – Dezember 2004</p> <p>1.9 Landessportverband für das Saarland; Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft Saarland</p> <p>1.10 www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/Projektbericht.pdf, www.saarland.de/30120.htm, www.sportverein-kindergarten.de, db.dji.de/cgi-bin/db/dbrecout.php?db=5&dbsuche=5&tabelle=db_stamm&rowid=1944</p>		
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Übungsleiterinnen aus Sportvereinen, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Übungsleiterinnen aus Sportvereinen</p> <p>2.3 1 Jahr</p> <p>2.4 Übungsleiterinnen müssen entsprechende Qualifikationen nachweisen</p> <p>2.5 Flyer, Buchvorschlag: „Bewegungshits für Vorschulkids“</p> <p>2.6 Zusammenarbeit / Kooperation mit Sportvereinen ist Grundvoraussetzung für das Projekt</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufwertung der Bewegungsfrühförderung • Förderung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten • Kooperation zwischen Sportvereinen und KiTas • Etablierung von Bewegungsgruppen mit Übungsleitern aus Vereinen • Integration abgegrenzter Bewegungseinheiten in die tägliche Betreuung durch die päd. Fachkräfte • Nachhaltigkeit <p>3.3 Bewegungstheoretischer Hintergrund</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sportvereine wurden angesprochen • Kontakt zu den KiTas durch Eigeninitiative der Sportvereine • Auftaktveranstaltung in Saarbrücken 	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Liegt vermutlich vor, da im Projektbericht Überblicke zu Ablauf der Auftakt- und Abschlussveranstaltung vorhanden sind und bei der Beschreibung der Weiterbildungen auf Inhalte in der Anlage verwiesen wird</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wöchentliche Bewegungsstunde für Kindergartenkinder initiiert durch die Sportvereine in Saarbrücken • 4 bewegungsbezogene Weiterbildungsprojekte vor Ort oder zentral für päd. Fachkräfte und Übungsleiterinnen zu den Themen: Planen und Gestalten von Bewegungseinheiten; Aufwärmspiele und einfache Bewegungslandschaften; Motorische Entwicklung; Rhythmik und Bewegungslieder • Öffentlichkeitsarbeit in Form von Infoveranstaltungen, Flyer, Internet, Portal, Fachberater Konferenz
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch den Arbeitsbereich Sportpädagogik des Sportwissenschaftlichen Instituts der Universität Saarland (3 Diplomarbeiten): Themen: unterschiedliche Kindergartenformen, Befragung der päd. Fachkräfte und Übungsleiterinnen zu unterschiedlichen Themen der Bewegungsförderung sowie Pre-Post-Test der motorischen Entwicklung (MOT 4-6) der Kinder in Interventions- und Kontrollgruppen ▪ Projektbericht liegt vor (pdf –Datei abrufbar auf www.saarland.de/dokumente/thema_bildung/Projektbericht.pdf) 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Über die Hälfte der Kooperationen des Modellprojekts will an Partnerschaft festhalten; Verbreitung des Projektes im Saarland – 2004 Start im Kreis St. Wendel</p> <p>6.2 Kontinuierliche Begleitung durch Landessportverband für das Saarland; Weiterentwicklung der Projektkonzeption vorgesehen</p>		

1 Rahmenbedingungen		
1.1 Gesunde Kita Leipzig	1.6 Leipzig (Sachsen)	
1.2 Modellprojekt	1.7 8 KiTas	
1.3 Stadt Leipzig, Gesundheitsamt, Amtsleiterbereich Gesundheitsförderung, Friedrich-Ebert-Str. 19a, 04109 Leipzig	1.8 2002 - 2004	
1.4 Siehe 1.3	1.9 Keine Angaben	
1.5 AOK Bundesverband; BARMER Ersatzkasse; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA); Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE); Deutsche Verkehrswacht; Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Leipzig; IG Freie Träger; Innungskrankenkasse (IKK); Jugendamt; Ökolöwe Umweltbund Leipzig; Puppentheater wiwo; Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. (SLfG); Gmünder Ersatzkasse; Staatliches Amt für Landwirtschaft Rötha; Stadtelternrat / Elternsprecher; Unfallkasse Sachsen; Universität Leipzig; Umweltforschungszentrum Leipzig; Verbraucherzentrale	1.10 www.public-health.tu-dresden.de/dotnetnuke3/Portals/4/Veranstaltungen/KongressPraev/Praesentation/Schubert.pdf , http://www.besseressenmehrbebewegen.de/index.php?id=150	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
2.1 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern	3.1 Ernährung, Bewegung, Sprache, Kindergesundheit, U-Untersuchungen / Schutzimpfungen, Sexualerziehung, Allergien, Lärm, Unfallprävention, Lebenskompetenz / Suchtprävention, ErzieherInnenengesundheit	4.1 Entstehung eines Handbuchs für päd. Fachkräfte mit Hinweisen zum Projektablauf
2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern	3.2 Ziele	4.2 Durchführung / Maßnahmen
2.3 2 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Wissensvermittlung für päd. Fachkräfte und Eltern • Verhaltensänderungen in der KiTa • Motivation der Eltern zum gesundheitsbewussten Handeln • Abbau der Ängste gegenüber Ärzten • Nachhaltigkeit erzeugen 	Für päd. Fachkräfte:
2.4 Keine Angaben	3.3 Auseinandersetzung mit Forschungsstand zur Entwicklung von Adipositas bei Kindergartenkindern und theoretische Aufarbeitung einschlägiger Literatur zum Thema Bewegungsentwicklung und Ernährungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungen zu Bewegungsförderung allgemein und bei wenig motivierten und auffälligen Kindern • Austausch der päd. Fachkräfte untereinander fördern plus Supervision • Newsletter für KiTas (2-4 x pro Jahr)
2.5 Nicht bekannt	3.4 Keine Angaben	Für Eltern:
2.6 Siehe 1.5		<ul style="list-style-type: none"> • Elternabende • Elternbildungsangebote • Bewegungsangebote für Eltern und Kinder an den Nachmittagen in Kooperation mit Sportvereinen
		Für Kinder:
		<ul style="list-style-type: none"> • Täglich aktive Bewegungsangebote in der KiTa • KiTa-Olympiade
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch Institut für Grundschulpädagogik der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig; Erhebungsdesign: Pre-Post-Test der Kinder mit Körperkoordinationstest (KKT) sowie Befragung der päd. Fachkräfte zu den Fortbildungen ▪ Projektbericht veröffentlicht von der Stadt Leipzig, Gesundheitsamt (2005): Gesunde Kindertagesstätte, Handbuch für ErzieherInnen 		
6 Dissemination		
6.1 Keine Angaben		
6.2 Fortführung des Projektes in den beteiligten KiTas, Entwicklung von weiteren Aktionen und Fortbildungen im Jahr 2005 im Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt Leipzig und der BZgA, Entwicklung von Handreichungen für päd. Fachkräfte zu den Themen: Gesunde KiTa und Sprachförderung		

<p>1.1 Kinder fit machen</p> <p>1.2 Pilotprojekt</p> <p>1.3 Stadtsportbund Hoyerswerda e.V., Burgplatz 2, 02977 Hoyerswerda</p> <p>1.4 Regionale Arbeitsstellen für Bildung, Demokratie und Lebensperspektiven e.V. (RAA)</p> <p>1.5 Sächsischer Sportbund; Sportvereine; KiTa's; Schulen; Jugend- und Gesundheitsamt Hoyerswerda; Freie Träger; Elternvertreter; Krankenkassen; Sponsoren</p>		<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.6 Hoyerswerda (Sachsen)</p> <p>1.7 6 KiTas</p> <p>1.8 2003</p> <p>1.9 Stadt Hoyerswerda; Stadtsportbund Hoyerswerda; gesetzliche Krankenkassen; Sponsoren (Ostsächsische Sparkasse Dresden, Vattenfall, Lichtenauer, lokale Medien); Eltern beteiligen sich mit max. 17,- €</p> <p>1.10 www.kinder-fit-machen.de</p>	
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (3 – 10 Jahre), päd. Fachkräfte, Lehrerinnen, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Lehrerinnen</p> <p>2.3 12 Wochen</p> <p>2.4 4 hauptamtliche Sportpädagoginnen</p> <p>2.5 Nicht bekannt</p> <p>2.6 Auf- und Ausbau Netzwerk „Kindersport“ zwischen sächsischem Sportbund, Sportvereinen, KiTa's, Schulen, Jugend- und Gesundheitsamt, sonstige Institutionen, freien Trägern</p>		<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Bewegung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder Freude an Bewegung vermitteln und so größere Leistungsfähigkeit, Bild vom eigenen Körper sowie positives Selbstbild aufbauen • Kinder zu lebenslangem Bewegten animieren • Aufbau eines langfristigen und nachhaltigen Systems zur Gewinnung und Sichtung von Kindern für den regionalen Vereinssport • Steigerung des Organisationsgrades im Kinderbereich • Vorbereitung der Kinder auf die Anforderungen der Grundschule <p>3.3 Bewegungstherapeutische und sporttheoretische Grundlegung</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktaufnahme mit KiTas und Grundschulen und Vorstellung des Projektes • Informationsabend für Eltern • Schnupperstunde für Kinder 	
<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick des Programmablaufs unter www.kinder-fit-machen.de</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Standardisierte Tests zur Motorik und physiologischen Belastbarkeit • Trainingsstunden à 60-90 Minuten Konditions-, Koordinations- und Ballschulungen • Differenzierung des Unterrichts • Beteiligung der Lehrkräfte an der Leitung der Trainingsstunden • Weiterbildung von päd. Fachkräften, Lehrerinnen, Übungsleiterinnen auf dem Gebiet „Bewegung für Kinder“ • Jährlich KiTa-Olympiade 			
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation durch Institut für Gesundheitswissenschaften, Fachhochschule Neubrandenburg im Jahr 2005; Erhebungsdesign: qualitative Begutachtung und Interviews mit Eltern und päd. Fachkräften • Bericht? 			
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Nach Beginn Ausweitung auf 25 KiTas in Hoyerswerda; seit 2004 Beteiligung der umliegenden Ortschaften (Lauta, Wittichenau, Gemeinde Lohsa)</p> <p>6.2 Stadtsportbund übernimmt KiTas in eigene Trägerschaft</p>			

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Ernährungsprävention in den Kindertagesstätten der Stadt Flensburg</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Universität Flensburg, Institut für Ernährungs- und Verbraucherbildung, Auf dem Campus 1, 24934 Flensburg</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft; Ministerium für Umwelt, Natur und Forsten Schleswig-Holstein; Nordelbische Ev. Luth. Kirche Schleswig-Holstein; Umweltstiftung Save our Future Hamburg; AOK Flensburg</p>	<p>1.6 Flensburg (Schleswig-Holstein)</p> <p>1.7 9 KiTas</p> <p>1.8 2001 - 2005</p> <p>1.9 Keine Angaben</p> <p>1.10 http://www.flensburg.de/imperia/md/content/asp/flensburg/bildung_kultur/kitas/ernaehrungspraevention.pdf</p>	
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, KiTa-Team inkl. hauswirtschaftliches Personal, Eltern</p> <p>2.2 KiTa-Team inkl. hauswirtschaftliches Personal, Eltern</p> <p>2.3 4 Jahre</p> <p>2.4 Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Studentinnen der Universität Flensburg</p> <p>2.5 Faltblatt „Kinder können alles lieben lernen“, Kinderkochbuch – Lieblingsrezepte aus den Einrichtungen, Poster für Kinder „Fietes Favoriten“ (Ernährungsempfehlungen), Video „Essenswelt der Kinder“, Homepage der städtischen KiTas</p> <p>2.6 Keine Angaben</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimierung des Verpflegungssystems durch den Erhalt der Frischküche • Berücksichtigung von aktuellen Ernährungsempfehlungen in den Tageskostplänen zur präventiven Wirkung • Sinnesbildung über Essensangebote und Schulungen <p>3.3 Analyse des Praxisfeldes; ernährungswissenschaftliche Grundlagen</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschluss im Leiterinnen-Kreis der städtischen KiTas zur Ernährungs- und Verpflegungslage - Anforderung fachlicher Unterstützung notwendig • Grundsatzreferat von Ines Heindl - Zusammenhang Erziehung und Ernährung • Analyse des Ist-Zustandes in den KiTas • Entwicklung eines gemeinsamen päd. Konzepts zur Ernährungsprävention 	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Vorliegen eines schriftlichen Programmablaufs ist anzunehmen da schriftlicher Überblick im Abschlussbericht angegeben</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung einer Ernährungsbeauftragten in jeder KiTa – Koordination zwischen Kindern, Eltern, hauswirtschaftliches und päd. Personal • 7 gemeinsame Fortbildungsangebote für das päd. und hauswirtschaftliche Personal (Themen: Pausenangebote; Angebote zum Mittagessen; Rohkost für Kinder; Vom Sinn der Sinnesbildung; Pausen- und Speisengestaltung; Die eine gesunde Ernährung für den Menschen gibt es nicht – Ernährungsempfehlungen und die Grenzen der Umsetzung; Essen als Verständigung zwischen den Kulturen) • Qualifizierung der KiTa-Leiterinnen durch Fortbildung „Kinder zwischen Power Food und Lust auf Genuss“, Workshop „Das ernährungspäd. Konzept der KiTas der Stadt Flensburg - Zwischenstand und Perspektive“, Arbeitstreffen zur Vorbereitung des Elternforums • Regelmäßige Besprechungen im Leiterinnen-Kreis • Elternabend „Unausgewogene Sinneskost lässt Kinder und Jugendliche heute schneller ‚ausrasten‘“ • Elternforum „Essen und Ernährung“ • Gründung des Gesundheitstisches „Ernährung und Gesundheit“ mit Vertretern der KiTas, des hauswirtschaftlichen Personals, der Stadt Flensburg und der Universität Flensburg • Aufbau studentischer Projektgruppen, die Projekte in KiTas durchführen und Material entwickeln • Möglichkeit eines 6-wöchigen Betriebspraktika für Studierende in den Einrichtungen • Aktionen zum Weltkindertag • Teilnahme an Aktionen / Wettbewerben (Fit Kid, Deutscher Präventionspreis) • Poster- und Videoentwicklung • ADHS-Tagung „Kinder, die uns herausfordern – das überaktive Kind und sein soziales Umfeld“ • Vortrag vor dem Jugendhilfeausschuss
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch die Universität Flensburg im Jahr 2003/04, Erhebungsdesign: Befragung der päd. Fachkräfte und des hauswirtschaftlichen Personals zur Wirksamkeit der Fortbildungsmaßnahmen ▪ kurzes Resümee der Befragungsergebnisse im Abschlussbericht unter: http://www.flensburg.de/imperia/md/content/asp/flensburg/bildung_kultur/kitas/ernaehrungspraevention.pdf 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Keine Replikation / Verbreitung geplant</p> <p>6.2 Durch Projekt entstanden nachhaltige Strukturen (Erhalt der Frischküchen in den KiTas, Einrichtung von Gesundheitstischen, Wahl von Ernährungsbeauftragten in den KiTas, regelmäßiger Austausch des hauswirtschaftlichen Personals, dauerhafte Kooperation zwischen Universität Flensburg und Stadt Flensburg, dauerhaftes Konzept für die Elternarbeit in den Einrichtungen)</p>		

<p>1 Rahmenbedingungen</p> <p>1.1 Leibeslust – Lebenslust: Prävention von Essstörungen im Kindergarten</p> <p>1.2 Pilotprojekt im Netzwerk <i>OptiKids</i></p> <p>1.3 Servicebüro Kindergarten der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig Holstein, Flämische Str. 6 – 10, 24103 Kiel; Deutsche Gesellschaft für Ernährung Sektion Schleswig-Holstein, Flämische Str. 6 – 10, 24103 Kiel; Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V., Hermann-Weigmann-Str. 1, 24103 Kiel</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig Holstein; Netzwerk Ernährung; BARMER Ersatzkasse; Gemünder Ersatzkasse; Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein; Dräger und Hanse BKK; Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg</p> <p>1.6 Kiel, Neumünster, Lübeck (Schleswig-Holstein)</p> <p>1.7 3 KiTas</p> <p>1.8 Nov. 2002 – 2003</p> <p>1.9 Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz Schleswig Holstein; Netzwerk Ernährung; Barmer Ersatzkasse; Gemünder Ersatzkasse; Innungskrankenkasse Schleswig-Holstein; Dräger und Hanse BKK; Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein und Hamburg</p> <p>1.10 www.dge.de/pdf/sh/Optikids.pdf, www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de/downloads/NetzwerkErneueFlyerLeibeslust.pdf, www.gesundheit-nds.de/downloads/05_07_07_forum3_kaestner.pdf, http://www.jugendhilfeportal.de/wai1/showcontent.asp?themaID=5208&fc=1</p>		
<p>2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder, KiTa-Team, Eltern, Fachkräfte aus den Bereichen Ernährung und Gesundheit</p> <p>2.2 KiTa-Team, Fachkräfte aus den Bereichen Ernährung und Gesundheit</p> <p>2.3 7 Monate, nach einem Jahr Follow-up Treffen</p> <p>2.4 Diplom-Oecotrophologin, Fachkräfte aus dem Gesundheitsamt</p> <p>2.5 Flyer für KiTas, Handreichung als Lose-Blatt-Sammlung mit Vorschlägen zur Arbeit mit den Kindern und Anregungen zur Elterarbeit für die päd. Fachkräfte liegt vor</p> <p>2.6 Eingebunden in <i>OptiKids – kindereleicht</i> (Optimale Kindergesundheit)des Landes Schleswig-Holstein</p>	<p>3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung</p> <p>3.2 Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävention von Essstörungen • Förderung von eigenverantwortlichem und ungezwungenem Essverhalten der Kinder <ul style="list-style-type: none"> - Schulung von Körper- und Sinneswahrnehmungen - Schulung und Sensibilisierung der päd. Fachkräfte - Information von Erziehungsberechtigten und KiTa-Personal • Aufbau und kontinuierliche Schulung eines landesweiten Multiplikatoren-Teams <p>3.3 In Anlehnung an Praxiserfahrungen</p> <p>3.4 Die KiTas signalisierten beim Servicebüro Interesse</p>	<p>4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Schriftlicher Überblick unter www.netzwerk-ernaehrung.schleswig-holstein.de/downloads/NetzwerkErneueFlyerLeibeslust.pdf,</p> <p>4.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweitätiges Einführungsseminar für alle KiTas → Auswahl eines Bausteins (Ess-Entscheidungen im Alltag, Essstörungen, Prävention, Unterscheidung zwischen normalem und auffälligem Essverhalten) als Schwerpunktthema • Drei Beratungstreffen vor Ort (Umsetzung der Konzeptbausteine) • Unterstützung bei der Elterarbeit, Elternabend • Gemeinsames Auswertungsseminar • Follow-up Treffen der beteiligten KiTas ein Jahr nach der ersten Projektphase • Aufbau eines landesweiten Multiplikatoren-Teams
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interne Evaluation von Projektträgern einmal jährlich → Grundkonzept wird daraufhin angepasst • 7-monatige prozessbegleitende Evaluation durch Dipl.-Soziologin; Methoden? • Dokumentation des Projekts kann bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig Holstein angefordert werden; kurze Zusammenfassung der Ergebnisse unter www.jugendhilfeportal.de/wai1/showcontent.asp?themaID=5208&fc=1 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Seit 2004 Ausweitung auf 23 KiTas in Schleswig Holstein, seit 2005 auch in Niedersachsen</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch das Servicebüro Kindergarten der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig Holstein</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten</p> <p>1.2 Modellprojekt</p> <p>1.3 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR, Carl-August-Allee 1, 99423 Weimar</p> <p>1.4 Siehe 1.3</p> <p>1.5 Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Sektion Thüringen); Landessportbund Thüringen; PRO FAMILIA Weimar; Verein für Arbeit e.V. Erfurt; Thüringische Krebsgesellschaft e. V.; Johanniter Hilfe Weimar; Suchtberatungsstelle Thüringen; KiTa Träger; Studenten der Fach- und Hochschulen; Thüringische AIDS-Prävention</p>	<p>1.6 Weimar (Thüringen)</p> <p>1.7 9 KiTas</p> <p>1.8 September 1996 bis Dezember 1997</p> <p>1.9 BKK / Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen</p> <p>1.10 http://www.agethur.de/index.php?id=95; http://www.agethur.de/fileadmin/redakteur/kitamaterial.pdf, www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=detail&id_item=90</p>	
<p style="text-align: center;">2 Strukturqualität</p> <p>2.1 Kinder (2 – 7 Jahre), päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 Kinder, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.3 pro Baustein 4 Wochen → min. 28 Wochen</p> <p>2.4 Projektbausteine von Projektpartnern umgesetzt</p> <p>2.5 Handmaterial „Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten – Arbeitsmaterialien für Erzieher zum Modellprojekt“ (Broschüre, 97 Seiten, DIN A4-Format) kann als pdf unter http://www.agethur.de/fileadmin/redakteur/kitamaterial.pdf abgerufen werden</p> <p>2.6 Keine Angaben</p>	<p style="text-align: center;">3 Konzeptqualität</p> <p>3.1 Ernährung, Bewegung, Suchtprävention, Gewaltprävention, Sexualpädagogik, Erste Hilfe, Mobilität</p> <p>3.2 Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung eines eigenverantwortlichen und bewussten Umgangs der Kinder mit sich selbst und ihrer Umwelt • Integration der Gesundheitsförderung in den Lern-, Erlebnis- und Arbeitsraum von KiTas • Einbeziehung der Eltern • Kooperation und Erfahrungsaustausch von päd. Fachkräften aus unterschiedlichen Einrichtungen • Langfristige Übertragung des Projektes in angrenzenden Grundschulen und KiTas • Integration dieser Themenbereiche in die Ausbildung der päd. Fachkräfte <p>3.3 Keine Angaben</p> <p>3.4 Keine Angaben</p>	<p style="text-align: center;">4 Prozessqualität</p> <p>4.1 Detaillierter, schriftlicher Programmablauf im Handmaterial - siehe 2.5</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fort -und Weiterbildung von päd. Fachkräften zu den Themen der Gesundheitsförderung • 7 Themenbausteine (Ernährung, Umwelt, Zahngesundheit; Bewegung, Sport und Spiel; Was Hänschen nicht lernt ... - Suchtprävention; Hauen ist doof – Gewaltprävention; Der kleine Unterschied – Sexualpädagogik; Erste Hilfe – Fit für den Notfall; Move it – Mobilitätstraining zur Kindersicherheit) - pro Baustein gibt es vier Veranstaltungen á 45 – 90 Minuten • Vor- und Nachbereitung der Themenbausteine durch päd. Fachkräfte und Eltern • Methoden: Selbsterfahrungsspiele, Interaktionsspiele, Rollenspiele, Puppentheater, erlernen gesundheitsfördernder Fähigkeiten, Spielfeste
<p>5 Ergebnisqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projekt wird durch Agethur evaluativ begleitet; Methoden? ▪ Bericht? 		
<p>6 Dissemination</p> <p>6.1 Nach Modellphase Verbreitung in verschiedenen Regionen Thüringens</p> <p>6.2 Kontinuierliche Begleitung durch Agethur</p>		

1 Rahmenbedingungen		
<p>1.1 <i>gesunde kitas • starke kinder</i></p> <p>1.2 Pilotprojekt im Netzwerk</p> <p>1.3 Plattform Ernährung und Bewegung e.V., Wallstraße 65, 10179 Berlin</p> <p>1.4 hammerbacher gmbh –beratung & projekte, Schnatgang 27, 49080 Osnabrück</p> <p>1.5 Stadt Mülheim an der Ruhr; Stadt Bielefeld; OPUS-Netzwerk Nordrhein-Westfalen; Regierung Schwaben; Landkreis Augsburg; Sozialreferat und Schulreferat der Landeshauptstadt München</p>	<p>1.6 Mülheim an der Ruhr & Bielefeld (NRW), Augsburg & München (Bayern)</p> <p>1.7 47 KiTas, 8 hospitierende KiTas</p> <p>1.8 Mai 2007 bis Juni 2009</p> <p>1.9 Plattform Ernährung und Bewegung e.V.; Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz; Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde</p> <p>1.10 http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/peb.php?view=viewcompiler&id_view=51</p>	
2 Strukturqualität	3 Konzeptqualität	4 Prozessqualität
<p>2.1 Kinder 0 bis 6 Jahre, päd. Fachkräfte, Eltern</p> <p>2.2 KiTa-Teams</p> <p>2.3 12 - 15 Monate</p> <p>2.4 Sport- und Englischlehrerin; Oecotrophologin</p> <p>2.5 Faltblatt, Arbeitshilfe 58 Seiten, Referenzrahmen für KiTa-Teams</p> <p>2.6 Plattform Ernährung und Bewegung e.V. mit ihrem Netzwerk, eine Projekt-AG pro Pilot-Standort, Beratergruppe, Netzwerkkonferenzen</p>	<p>3.1 Bewegung, Ernährung, Entspannung</p> <p>3.2 Ausführliche Zielformulierungen für die Themenbereiche (s. Anhang Referenzrahmen):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basisanforderungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung • Gesundheitsdialog zwischen KiTa-Team und Eltern • Verbindung der Bereiche Ernährung, Bewegung, Entspannung mit Bildungs- und Erziehungszielen • Verankerung der Gesundheitsförderung in der Organisations- und Personalentwicklung <p>3.3 Ernährungswissenschaftliche Basierung, Erfahrungen aus Best-Practice-Modellen, interdisziplinäre Hintergrundrecherche</p> <p>3.4 Implementierungsstrategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zentrale Auftaktveranstaltung • Lokale Auftaktveranstaltungen an den Pilot- Standorten mit Projektvereinbarung • Erstkontakte zwischen Pilot-KiTas und Coaches • Einrichtung der Projekt-AG's • Informationsveranstaltungen an den Pilot-Standorten 	<p>4.1 Schriftliche Beschreibung des Workshopablaufs und des Coaching-Konzepts sowie den Inhalten der Coaching-Termine</p> <p>4.2 Durchführung / Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,5-tägige Workshops in jedem Pilot-Standort • 1,5-stündige Coaching-Termine alle 8 – 10 Wochen in den Pilot-KiTas, idR 6, teils 5 oder 7 Termine • Weitere Begleitung durch Telefon und email möglich • 1-tägiger Abschlussworkshop an jedem Pilot-Standort
5 Ergebnisqualität		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluation durch PädQUIS gGmbH im Jahr 2008/09; Erhebungsdesign: Theoretisch – vorempirische Evaluation (Literaturrecherche und –analyse), empirische Evaluation (Selbstevaluation der Leiterinnen und der päd. Fachkräfte validiert durch Begehungen vor Ort mit Vergleichsstichprobe; stichprobenartige Befragung der Eltern) ▪ Veröffentlichung der Ergebnisse in Berichtsform, Herbst 2009 		
6 Dissemination		
<p>6.1 13 KiTas in Halle an der Saale; bundesweite Verbreitung angestrebt</p> <p>6.2 Weitere Begleitung durch Projektträger und Projektsteuerung</p>		

8.2 Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen & Staatsinstitut für Frühpädagogik (2005). *Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung* (2. aktualisierte und erw. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) (Hrsg.). (2005). *Besser essen. Mehr bewegen. Der Wettbewerb*. Weimar: Weimar Druck GmbH.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). (2005). *Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Qualitätsraster für Präventionsmaßnahmen. Konsensuspapier Patientenschulungsprogramme* (Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 4). Köln: Herausgeber.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) & Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) (Hrsg.). (2008). *QIP – Qualitätsinformationssystem für Prävention und Gesundheitsförderung. Dokumentationsbogen: Projekte für Prävention und Gesundheitsförderung*. Zugriff am 09.09.2009 unter <http://www.uke.de/extern/qip/unterseiten/service-zusatz/download-zusatz/QIP-Doku%20PC.doc>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic Press.
- Friedrich, T. (2009). *Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen*. Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Zugriff am 09.09.2009 unter http://www.dji.de/bibs/13_KJB_Expertise_Friederich_Kita.pdf.
- Kliche, T. et. al. (2008). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Weinheim: Juventa.
- Kurth, B.-M. & Schaffrath Rosario, A. (2007). Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 736-743.
- Lückemeyer, M. (2008). „gesunde kitas • starke kinder“ in Halle. Vortrag zur Auftaktveranstaltung des Projekts *gesunde kitas • starke kinder* der Plattform Ernährung und Bewegung e.V am 4. Mai 2007 in Halle an der Saale. Zugriff am 12.10.2009 unter http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/site/downloads/479_336_Vortrag_Lueckemeyer.pdf.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration (MGFFI) (Hrsg.). (2007). *Das Gütesiegel Familienzentrum NRW. Zertifizierungen der Pilotenrichtungen*. Düsseldorf: Herausgeber.
- Ministerium für Schule, Jugend und Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). *Bildungsvereinbarung NRW. Fundament stärken und erfolgreich starten*. Düsseldorf: Herausgeber.
- Oldenburg, A. (2007). *Gesunde KiTas – Starke Kinder – ein peb-Projekt für Kindertageseinrichtungen*. PowerPoint-Präsentation zur Auftaktveranstaltung des Pilotprojekts *gesunde*

- kitas • starke kinder* der Plattform Ernährung und Bewegung e.V am 4. Mai 2007 in Düsseldorf. Zugriff am 12.10.2009 unter http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/site/downloads/391_339_Dr._Oldenburg_Projektvorstellung.pdf.
- Opper, E., Worth, A., Wagner, M. & Bös, K. (2007). Motorik-Modul (MoMo) im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Motorische Leistungsfähigkeit und körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50, 879-888.
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hrsg.) (2007). *gesunde kitas • starke kinder – Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte*. Berlin: Herausgeber.
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hrsg.). (2008a). *Coaching-Konzept*. Unveröffentlichtes Manuskript für das Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* der Plattform Ernährung und Bewegung e.V..
- Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (Hrsg.). (2008b). *Referenzrahmen für das peb-KiTa-Projekt*. Unveröffentlichtes Manuskript für das Pilotprojekt *gesunde kitas • starke kinder* der Plattform Ernährung und Bewegung e.V..
- Schermelleh-Engel, K. & Werner, C. (2008). Methoden der Reliabilitätsbestimmung. In H. Moosbrugger & A. Kelava (Hrsg.), *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (S.113-133). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Stöbe-Blossey, S., Mierau, S. & Tietze, W. (2008). Von der Kindertageseinrichtung zum Familienzentrum – Konzeption, Entwicklungen und Erprobung des Gütesiegels „Familienzentrum NRW“. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 11*, 105-122.
- Tietze, W., Bethke, C., Braukhane, K., Roßbach, H.-G., Schlecht, D., Schmidt, N. (2001). *Analyse und Sicherung pädagogischer Qualität in den Tageseinrichtungen der Bremischen Evangelischen Kirche*. Unveröffentlichter Abschlussbericht, PädQUIS gGmbH.
- Tietze, W., Viernickel, S. (Hrsg.), Dittrich, I., Grenner, K., Groot-Wilken, B., Sommerfeld, V., Hanisch, A. (2007). *Pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder. Ein Nationaler Kriterienkatalog* (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor.
- Tietze, W., Schuster, K.-M., Grenner, K., Roßbach, H.-G. (2007). *Kindergarten-Skala (KES-R). Feststellung und Unterstützung pädagogischer Qualität in Kindergärten* (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen Verlag Scriptor.
- World Health Organization (Hrsg.) (2002). *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Zugriff am 08.09.2009 unter http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf.
- World Health Organization (Hrsg.) (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Zugriff am 08.09.2009 unter http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf.
- World Health Organization (Hrsg.) (2006a). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO*. Zugriff am 08.09.2009 unter http://www.euro.who.int/Document/NUT/Instanbul_conf_gdoc06.pdf
- World Health Organization (Hrsg.) (2006b). *Fact sheet No 311 - Obesity and overweight*. Zugriff am 20.10.2009 unter <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

8.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszug aus dem Selbstevaluationsfragebogen für pädagogische Fachkräfte.....	45
Abbildung 2: Effektstärken (d) für die Bereiche <i>Ernährung</i> , <i>Bewegung</i> und <i>Entspannung</i> sowie deren Unterbereiche.	69
Abbildung 3: Vergleich der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen aus den Bereichen <i>Ernährung</i> , <i>Bewegung</i> und <i>Entspannung</i> mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen.	76
Abbildung 4: Qualitätsbarometer: Qualitätsverbesserung in den Bereichen <i>Ernährung</i> , <i>Bewegung</i> , <i>Entspannung</i> und <i>Gesundheitsdialog mit den Eltern</i> nach Angaben der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte; Angaben in %.	79
Abbildung 5: Zufriedenheit der Eltern mit der Ausgestaltung der Bereiche <i>Ernährung</i> , <i>Bewegung</i> und <i>Entspannung</i> in der Kindertageseinrichtung; Angaben in %....	83

8.4 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Recherchierte Projekte nach Bundesland</i>	15
Tabelle 2	<i>Kategoriensystem zur Bewertung von Präventionsprogrammen für Tageseinrichtungen für Kinder</i>	18
Tabelle 3	<i>Pilot- und Vergleichseinrichtungen insgesamt und nach Standorten</i>	48
Tabelle 4	<i>Pilot- und Vergleichseinrichtungen nach Trägerschaft, Öffnungszeit und Größe</i>	49
Tabelle 5	<i>Leistungsmanagement und Fortbildung bei Pilot- und Vergleichseinrichtungen</i>	50
Tabelle 6	<i>Projektbeginn und zeitlicher Ablauf der Datenerhebung in den Standorten</i>	52
Tabelle 7	<i>Stichprobengröße der Pilot- und Vergleichseinrichtungen insgesamt und nach Standorten</i>	53
Tabelle 8	<i>Rücklaufquoten in den Pilot- und Vergleichseinrichtungen nach Zielgruppen / Instrumentarien</i>	54
Tabelle 9	<i>Interne Konsistenzen der verschiedenen Skalen (Cronbachs alpha)</i>	59
Tabelle 10	<i>Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Ernährung</i>	61
Tabelle 11	<i>Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Bewegung</i>	61
Tabelle 12	<i>Selbsteinschätzung durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Entspannung</i>	62
Tabelle 13	<i>Selbsteinschätzungen durch pädagogische Fachkräfte für den Bereich Gesundheitsdialog mit den Eltern</i>	62
Tabelle 14	<i>Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Ernährung</i>	64
Tabelle 15	<i>Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Bewegung</i>	64
Tabelle 16	<i>Einschätzungen der Begeherinnen für den Bereich Entspannung</i>	65
Tabelle 17	<i>Vergleich der Selbsteinschätzung der pädagogischen Fachkräfte und der Ratings der externen Begeherinnen nach Bereichen / Unterbereichen</i>	66
Tabelle 18	<i>Pädagogische Fachkräfte, die Ziele in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen verknüpft haben; Angaben in %</i>	71
Tabelle 19	<i>Vergleich der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen nach einzelnen Bildungs- und Erziehungsbereichen; Angaben in %</i>	72
Tabelle 20	<i>Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Ernährung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen</i>	73
Tabelle 21	<i>Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Bewegung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen</i>	74
Tabelle 22	<i>Beispiele von Angeboten aus dem Bereich Entspannung nach ausgewählten Bildungs- und Erziehungsbereichen</i>	75

Tabelle 23 <i>Vergleich der durchschnittlichen Anzahl der von pädagogischen Fachkräften vorgenommenen Verknüpfungen mit anderen Bildungs- und Erziehungsbereichen nach Bereichen</i>	77
Tabelle 24 <i>Gesundheitsdialog aus der Sicht von Eltern und Leiterinnen</i>	82
Tabelle 25 <i>Wichtigkeit und Umsetzung einzelner Aspekte der Bereiche Ernährung, Bewegung und Entspannung</i>	85
Tabelle 26 <i>Wichtigkeit des Workshops und Bewertung von Einzelaspekten aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften</i>	89
Tabelle 27 <i>Coaching im Urteil von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften</i>	91
Tabelle 28 <i>Materialien im Urteil von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften</i>	93
Tabelle 29 <i>Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen sowie Einschätzungen ihrer Wichtigkeit aus Sicht der Leiterinnen und der pädagogischen Fachkräfte</i>	95
Tabelle 30 <i>Veränderungen im Stellenwert der Projektbereiche aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %</i>	96
Tabelle 31 <i>Veränderungen in Organisation, Zusammenarbeit und pädagogischer Arbeit aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %</i>	97
Tabelle 32 <i>Bewertung und Nutzenbeurteilung des Projekts aus Sicht von Leiterinnen und pädagogischen Fachkräften; Angaben in %</i>	98
Tabelle 33 <i>Weiterarbeit an den Inhalten des Projekts aus Sicht der Leiterinnen und pädagogischen Fachkräfte</i>	99