

Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen

Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten
unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen



Ressourcen stärken — Benachteiligungen ausgleichen

**Gesundheitsförderung in
Kindertageseinrichtungen unter
Berücksichtigung besonderer Lebenslagen**



Herausgeberin:

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Repsoldstr. 4

20097 Hamburg

Tel: 040 - 632 22 20

Fax: 040 - 632 58 48

e-mail: buero@hag-gesundheit.de

Redaktion: Petra Hofrichter, HAG

Gestaltung und Satz: Christine Orlt, HAG

Umschlaggestaltung: Elga Voss, Kontor 36

Druck: Drucktechnik Odenthal

Auflage: 500 Exemplare

Hamburg, Oktober 2003

Inhalt	Seite
Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen	5
Einleitung Petra Hofrichter	
Kindertagesstätten – ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential	7
Thomas Altgeld	
Hauptsache gesund – aber wie?	14
Prof. Dr. Renate Zimmer	
Frühe Armut – Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln im Kindergarten	20
Dr. Antje Richter	
Berichte aus der Praxis	
Kita Mümmelmaus	30
Kita Sehpferdchen	34
Kita Lothringerstrasse	38
Kita Hartzloh	43
Autor/innenkontakte	47

Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen

Einleitung

Petra Hofrichter

Armut trifft nicht alle Alters- und Bevölkerungsgruppen gleich: Insbesondere sind kinderreiche Familien, Familien mit Migrationshintergrund oder allein erziehende Mütter betroffen. Wirft man einen Blick auf die Sozialhilfestatistik in Hamburg, so fällt auf, dass ca. 20% der in Hamburg lebenden Kinder im Alter von bis zu 7 Jahren laufende Hilfen zum Lebensunterhalt beziehen.

Die Stadtdiagnose 2 der Behörde für Umwelt und Gesundheit belegt, dass nicht nur bestimmte soziale Gruppen von einem höheren Armutsrisiko betroffen sind, sondern dass Armut in Hamburg auch ungleich verteilt ist, man spricht von einer sozialräumlichen Konzentration von Armut.

Für die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung ist die Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten ein zentraler Arbeitsschwerpunkt. Die Förderung der Gesundheit von sozial benachteiligten Kindern steht dabei bei uns im Vordergrund.

Die hier vorliegende Dokumentation ist im Anschluss zu der gleichnamigen Fachtagung entstanden, die wir mit Multiplikatoren/innen aus dem Kinder-, Familien- und Gesundheitsbereich im September 2002 durchgeführt haben.

Kindertagesstätten sind Orte im Lebensumfeld der Familien, die von einem Großteil der Kinder, relativ schichtübergreifend, in einem frühen Lebensalter aufgesucht werden.

Kindertagesstätten können demnach stadtteilbezogen arbeiten und könnten eingebunden sein in Aktivitäten des Quartiers. Sie haben daher, was die Verhinderung und Bewältigung von Armutsfolgen betrifft, eine große Bedeutung.

Doch Kindertagesstätten sind im Vergleich zu anderen Settings der Gesundheitsförderung, wie z.B. Schule oder Betrieb, ein wenig erprobtes Interventionsfeld. Was versteht man unter dem Begriff „Setting“? Welche Rolle kann die Kita, mit all ihren gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten?

Thomas Altgeld von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. beantwortet uns in seinem Beitrag diese Fragen und gibt uns außerdem einen Überblick über die Gesundheitsziel-diskussion auf Bundesebene.

Wie Gesundheitsförderung als ein wesentlicher Schwerpunkt in die vorhandenen pädagogischen Konzepte zu integrieren ist, d.h. wie dieser Setting-Ansatz Gesundheitsfördernde Kita in die Praxis umgesetzt werden könnte, stellt Prof. Dr. Renate Zimmer von der Universität Osnabrück mit ihrem Beitrag „Hauptsache gesund – aber wie?!“ dar und geht dabei insbesondere auf den Aspekt Bewegung ein.

Zugangswege zu Kindern und Eltern in unterschiedlichen sozialen Lagen zu finden ist nicht immer einfach; auch stehen in der Arbeit mit sozial benachteiligten Familien häufig die Defizite im Vordergrund.

Gesundheitsförderung im Kindergarten sollte jedoch die Vorstellung der Eltern aufgreifen – und dort ansetzend – die Gesundheitskompetenzen der Eltern und der Kinder stärken.

Inwieweit die Kita ihre Rolle als Seismograf für sich eventuell entwickelnde Problemlagen bei den Kindern wahrnimmt, und wie sie dabei auch die Ressourcen der Eltern und Kinder, aber auch der Erzieher/innen berücksichtigen kann, steht im Mittelpunkt des Beitrages „Frühe Armut – Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln im Kindergarten“ von Dr. Antje Richter von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. .

Bei Kindern sind die Auswirkungen von sozialer Benachteiligung auf die Gesundheit von frühester Kindheit an sichtbar:

Als zentrale Gesundheitsprobleme werden bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien häufiger Defizite in der motorischen Entwicklung, im Spracherwerb und im Bereich Verhalten bzw. Konzentrationsleistungen festgestellt. Auffallend häufig sind diese Kinder fehlernährt und sind Opfer von Unfällen im häuslichen oder Freizeitbereich bzw. im Straßenverkehr.

Kinder aus sozial benachteiligten Familien weisen aber nicht nur einen schlechteren Gesundheitsstatus auf, sie werden auch durch die eher mittelschichtorientierten Maßnahmen der Prävention oder Gesundheitsförderung schwer erreicht. Kindertagesstätten nehmen daher in der Gesundheitsarbeit mit Kindern und Eltern einen zentralen Platz ein.

Dies bestätigten uns auch die Leiterinnen der Kindertagesstätten, die wir im Rahmen der Erstellung der Dokumentation interviewt haben. An dieser Stelle bedanken wir uns bei den Erzieherinnen, die sich für diese Interviews zur Verfügung gestellt haben ebenso bei Antje Kienecker, die die Befragung für die HAG durchgeführt hat.

Vier Kindertagesstätten aus Hamburg berichten über ihre praktische Arbeit und lenken dabei insbesondere unseren Blick auf den beruflichen Alltag der Kitas, die sich in sozialen Brennpunkten befinden.

Dabei war es uns wichtig, nicht nur die Defizite im Handlungsfeld Kinderarmut und Gesundheit zu benennen, sondern darüber hinaus den Blick auf die besonderen Kompetenzen der Kinder zu lenken, an die gesundheitsförderliche Arbeit anknüpfen kann.

Die Berichte aus der Praxis zeigen uns, dass Kindertagesstätten geeignete Orte sind, um sozial benachteiligte Familien und ihre Kinder zu erreichen, wir wissen, dass der Weg über ihnen vertraute Institutionen oder soziale Verhältnisse laufen muss und nicht am Individuum isoliert ansetzen kann.

Ebenso wird deutlich, dass die pädagogische Arbeit in Einrichtungen mit einem hohen Anteil von armutsbetroffenen Kindern und Familien ein besonderes Engagement der Mitarbeiter/innen erfordert, da sie in vielen Bereichen kompensierend tätig werden müssen.

Zeitdruck und personelle Unterbesetzung in den Einrichtungen führen zu überdurchschnittlich hohen Ausfallzeiten, d.h. auch der Gesundheit der Erzieher/innen muss im Arbeitsfeld Gesundheitsfördernder Kindergarten ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden.

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) wird sich auch im kommenden Jahr im Bereich der Projektförderung und -beratung und der Förderung von intersektoraler Vernetzung in den Stadtteilen engagieren und dabei ein besonderes Gewicht auf die Arbeit im Setting Kindergarten legen.

Die Beiträge von Prof. Dr. Zimmer und Dr. Richter wurden auf der Tagung „Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen“, die die HAG am 30.09.02 in Hamburg veranstaltet hat, vorgetragen.

Kindertagesstätten – Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential

Thomas Altgeld

Innerhalb der Settingarbeit in der Gesundheitsförderung erweisen sich Kindertagesstätten als eher wenig entwickeltes Setting. Eine Grundsatzprogrammatische für diesen Bereich wurde weder auf der Ebene der Weltgesundheitsorganisation, noch auf der Ebene des Europarates noch auf Bundesebene in Deutschland erarbeitet oder verabschiedet. Es gab keine bundesweiten Modellversuche mit umfangreicher Begleitforschung wie im Bereich der gesundheitsfördernden Schulen. Es existiert kein europäisches Informationszentrum wie im Fall der gesundheitsfördernden Betriebe. Es wurde kein nationales oder europäisches Netzwerk aufgebaut wie im Fall der gesundheitsfördernden Krankenhäuser, Betriebe, Regionen und Städte. Es werden keine Rundbriefe herausgegeben wie ebenfalls innerhalb der zuletzt genannten vier Settings. Kurz und gut, es bleibt die Frage, wann lässt sich von den Kindertagesstätten überhaupt als einem gesundheitsfördernden Setting sprechen? Reichen die vereinzelt Models of good practice auf Länder- und lokaler Ebene sowie eine bundesweite Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA, 2002) bereits aus, um das Setting Kindertagesstätte zu implementieren und in Reihe zu stellen mit den etablierte(rere)n Settings Stadt, Region, Betrieb, Krankenhaus, Gefängnisse, Hochschule und Schule?

Kindertagesstätten – ein Neuland für die Settingarbeit?

In der Bundesrepublik Deutschland sind Kindertageseinrichtungen/Kindertagesstätten seit 1991 auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) organisiert. Unter dem Begriff der Kindertagesstätten werden u. a. Kinderkrippen (für Kinder unter 3 Jahren), Kindergärten (für Kinder ab 3 Jahren) und Horte (für Schulkinder) summiert. Kindertagesstätten sind damit Einrichtungen der Jugendhilfe und stellen einerseits eine bedarfsgerechte Unterstützungsleistung für Familien und andererseits die erste Ebene des Bildungssystems für Kinder dar. Das KJHG bietet dabei allerdings nur den allgemeinen rechtlichen Rahmen, während die Bundesländer in Ausführungsgesetzen dessen Umsetzung genauer regeln und darin beispielsweise die Finanzierung von Kindertagesstätten (Investitionskosten, Personal- und Sachkosten) genau festlegen. Innerhalb dieser Ausführungsgesetze werden zumeist auch die Aufteilungsschlüssel für die Finanzierung zwischen Träger, Eltern, Kommune und Land vorgegeben. In einigen Bundesländern, in denen eine solche Festlegung fehlt, müssen die Zuwendungen vor Ort in Verhandlungen zwischen Trägern und Kommunen ausgehandelt werden (vgl. Colberg-Schrader, Krug, 1999, S. 25 ff). Die gesetzliche Zuständigkeit auf Landesebene liegt bei den Obersten Landesjugendbehörden, die auch in der Regel die Betriebserlaubnis erteilen. Die Erteilung der Betriebserlaubnis ist an die Einhaltung definierter Mindeststandards was u.a. die Personalvoraussetzungen, Bauvorschriften, Regelungen der Aufsichtspflicht und Haftungsfragen anbelangt. Die Kommunen sind für eine angemessene Angebotsstruktur vor Ort zuständig.

Die Zahlen der Jugendhilfestatistik weisen für das Jahr 1998 eine Gesamtzahl von 48203 Kindertagesstätten für Deutschland aus (Statistisches Bundesamt, 2001, S.5). 1994 gab es durchschnittlich für 90,7% der Kinder im Kindergartenalter einen Platz. Die Zahlen variieren jedoch deutlich zwischen den Bundesländern, vor allem ist ein deutliches Ost-Westgefälle festzustellen. Dieses gilt besonders krass auch für die Angebote für Kinder unter drei Jahren und für Schulkinder (Krippe und Hort). Hier sind insgesamt deutlich weniger Angebote zu verzeichnen. Für Kinder unter drei Jahren existiert nur für jedes sechzehnte Kind ein Platzangebot, für Schulkinder nur für jedes fünfte Kind. In allen Bereichen ist das Angebot in den neuen Bundesländern weit überdurchschnittlich (ebd., S.23). In ländlichen Bereichen überwiegen Halbtagsplatzangebote, während in städtischen Gebieten auch eine (noch nicht ausreichende) größere Zahl von Ganztagsplatzangeboten zur Verfügung steht.

Die Trägerschaft der Einrichtungen ist äußerst heterogen, 66% der Einrichtungen in den alten Bundesländern befindet sich in freier Trägerschaft (insbesondere der Kirchen und Wohlfahrtsverbände), in den neuen Bundesländern sind es 16 % der Einrichtungen (ebd., S.24). Die restlichen Kindertagesstätten werden von der öffentlichen Hand betrieben. Nicht nur in Hinblick auf Trägerschaft auch in Größe und Angebotsstrukturen unterscheiden sich die Kindertagesstätten stark. Vielleicht hat diese Heterogenität des Feldes mit dazu beigetragen, dass bislang eine Verbreiterung des Settingansatzes im Bereich der Kindertagesstätten nicht stattgefunden hat. Weder wurde durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend noch durch die Jugendministerkonferenz der Länder ein Modellversuch „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ gestartet, noch hat sich ein Wohlfahrtsverband auf Bundesebene zu solch einer Investition in solche Modelle bislang bereit gefunden. Auch die gesetzlichen Krankenkassen haben bislang keinen Versuch unternommen hier ein neues Setting besonders zu entwickeln und modellhaft zu erproben. Lediglich auf der Ebene einiger Bundesländer, z.B. Thüringen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen sind einige Modelle vorangetrieben worden. Diese sollen nachfolgend vorgestellt werden.

Models of good practice im Bereich von Kindertagesstätten

Die Mehrzahl gesundheitsfördernder Aktivitäten im Kindergarten stammt aus dem Bereich der primären Sucht-, Unfall- und frühen Gewaltprävention. Außerdem sind eine Reihe von Angeboten zur Förderung von Bewegung und Psychomotorik sowie zur Ernährungserziehung zu verzeichnen. Hier gibt es eine ganze Palette von Fortbildungsangeboten für Erzieher/innen (vgl. BzGA, 2002, Landeshauptstadt Hannover/Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen, 1996). Da diese Projekte und Ansätze in der Regel nur einzelne Präventionsbereiche abdecken und nicht auf das gesundheitsfördernde Setting Kindergarten in einer systemischen Herangehensweise fokussieren, sollen diese Beispiele hier nicht weiter ausgeführt werden.

Der umfassendste Ansatz für eine Arbeit im Setting Kindertagesstätte stammt aus Thüringen. Die dortige Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. hat gemeinsam mit der Thüringischen Krebsgesellschaft die Idee für das Projekt zur Gesundheitsförderung und Krebsprävention im Vorschulbereich initiiert und umgesetzt (vgl. Ehrhardt, 2002).

„Ziel des Projektes ist es, eine gesunde Lebensweise als durchgängiges Prinzip in den gesamten Lebensraum von Kindern zu integrieren. Die vorhandenen Beziehungen und das Gruppenerleben spielen hierbei eine wichtige Rolle. Von besonderer Bedeutung ist auch, dass zum einen die Eltern in die Projektarbeit einbezogen werden, um genauso wie Erzieher/innen eine Vorbildfunktion zu erfüllen bzw. die inhaltliche Arbeit zu vertiefen. Die Zielgruppen des Projektes sind Kinder aus Thüringer Kindertagesstätten, interessierte Eltern und pädagogische Fachkräfte der Einrichtungen. Die Projektziele von „Gesunde Kindertagesstätte - erleben und gestalten“ sind:

- Vermittlung einer gesunden Lebensweise
- Förderung einer positiven und gesunden Entwicklung
- Vermittlung spielerischer Lernerfahrungen zum Thema Gesundheit
- Einbettung einer gesundheitsorientierten Lebensweise in den gesamten Tagesablauf der Kindertagesstätte
- Vermittlung von Anregungen für die beteiligten Erzieher/innen und interessierte Eltern (vgl. ebd. S.12f).

Die einzelnen Projektbausteine, die erarbeitet wurden decken verschiedene Präventionsthemen (Zahngesundheit, Gewalt- und Suchtprävention) sowie die Themen Ernährung, Bewegung, Umwelt, Geschlechtsrollen und Erste Hilfe für Kinder ab. Insgesamt wurden hierfür sieben Bausteine entwickelt mit insgesamt vier Veranstaltungseinheiten pro Thema, die in der Kindertagesstätte direkt angeboten werden. Die Vor- und Nachbereitung findet durch die Erzieher/innen gemeinsam mit den Eltern statt. Die finanzielle Absicherung des Projektes erfolgt durch die Bereitstellung von Projektmitteln der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Eine begleitende Projekt-evaluation wird durch den Projektträger abgedeckt. Bislang wurde das Projekt in zwei Projekt-

regionen umgesetzt. Es wurden verschiedene Arbeitsmaterialien und ein Medienpaket für die weitere Umsetzung der Themen in den Kindereinrichtungen erstellt. „Die Eltern und Erzieher/innen einer Einrichtung haben nach Projektabschluss ihr pädagogisches Konzept dahingehend verändert, dass sich die Einrichtung zum „Kindergarten der Gesunden Lebensweise“ profiliert“ (vgl. ebd., S.13).

Im Saarland und in Schleswig-Holstein wurden die Erzieher/innen in den Mittelpunkt der Aktivitäten des gesundheitsfördernden Settings Kindertagesstätte gestellt. In Kiel wurde 1999 eine Befragung von Mitarbeiter/innen städtischer Kindertagesstätten durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen die Auswirkungen der Arbeitsplatzgestaltung auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten (vgl. Hoffmann-Stuernagel, 2002, S.56ff). „Gründe für gesundheitliche Beeinträchtigungen im Bereich Zeit- und Personalsituation sind nach Aussage der Befragten Personalknappheit, kein ordentlicher Pausenraum, hohe Arbeitsdichte gekoppelt mit Zeitmangel und dadurch das Gefühl der Überforderung, hohe Fluktuation, zu wenig Zeit für Austausch sowie das Bangen um den Arbeitsplatz durch befristete Arbeitsverträge“ (ebd., S. 58).

Als Konsequenz dieser Befragungsergebnisse werden u.a. vermehrt bedarfsorientierte Fortbildungen zu Prävention und Gesundheitsförderung angeboten, eine Verbesserung des Arbeitsschutzes angestrebt sowie ein stärkerer Erfahrungsaustausch zu gesundheitlichen Themen für pädagogische Mitarbeiter/innen initiiert. Ein Großteil dieser Angebote wird über das Servicebüro Kindergarten bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V. organisiert.

Die Befragung im Saarland 1997 kam zu ähnlichen Ergebnissen, was die Gesundheitsbelastung von Erzieher/innen anbelangt (vgl. Gigout, 2002, S.59ff). Die Daten dort konnten mit Ergebnissen einer Repräsentativerhebung bei saarländischen Erwerbstätigen verglichen werden und machten so die Belastungsschwerpunkte der Arbeit in Kindertagesstätten besonders deutlich. Für alle abgefragten Bereiche konnte eine deutlich ungünstigere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands durch Erzieherinnen festgestellt werden. „Von Kopfschmerz bis zur Atemnot liegen sie in ihrer Einschätzung über dem Durchschnitt der weiblichen Erwerbstätigen“ (ebd., S.61). Außerdem gaben drei Viertel aller Befragten die mangelnde Wertschätzung ihrer Arbeit und mangelndes Ansehen des Berufes in der Öffentlichkeit als eine Quelle von Unzufriedenheit an.

Die Arbeitsbelastung von Erzieher/innen wurde auch in anderen Studien untersucht. Eine Untersuchung des Institutes für Arbeitswissenschaften der Gesamtschule Kassel und der Unfallkasse Hessen (vgl. Buch, Frieling, 2001) ergab, dass in den Bereichen Lärm, Körperhaltung und psychische Faktoren erhebliche Belastungen vorhanden sind. So ermittelten z. B. die Lärmmessungen einen Wert von über 80 dB(A). Dies ist lauter als eine Schlagbohrmaschine und kann somit langfristig zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führen. Die Körperhaltungen der Erzieher/innen orientieren sich in den meisten Fällen, sowohl im Sitzen als auch im Stehen, an den kindlichen Größen. Nur etwa 35% aller sitzenden und ca. 50 % aller stehenden Tätigkeiten erfolgen in einer normalen Körperhaltung. Die Umsetzung des Gesundheitsmanagementansatzes in Kindertageseinrichtungen muss deshalb ein Kernelement des Setting Kindertagesstätte sein.

Für die Weiterentwicklung des Settings Kindertagesstätten lässt sich darüber hinaus festhalten, „dass bei der Gestaltung des Settings am Anfang eine realistische Einschätzung der Gesundheit der dort spielenden und arbeitenden Menschen notwendig ist, um die Zukunft für alle gesundheitsförderlich gestalten zu können. Das heißt, sowohl die allgemeine Lebenssituation von Kindern als auch die Arbeitsbedingungen der Erzieher/innen sind umfassend zu beleuchten“ (Maasberg, 2002, S.4). Maasberg benennt konkrete Handlungsfelder für die Umsetzung der Settingarbeit, die über die oben geschilderten Beispiele teilweise hinausgehen:

- „Gestaltung der Umgebung wie z.B. gute Lichtverhältnisse, Lärmreduktion, gutes Raumklima, Pflege, Schutz und Fürsorge
- Schaffung bedürfnisgerechter Ernährungs- und Bewegungsangebote, Verbesserung der qualitativen und quantitativen adäquaten Bewegungsräume (drinnen und draußen), Beachtung ergonomischer Gesichtspunkte

- Schaffung von Spiel-, Lern- und Arbeitszufriedenheit, Kommunikation und Partizipation, wie z.B. Bereitschaft zur Teamarbeit, Konflikte bewältigen und Problemlösung
- Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte wie z. B. Mädchen- und Jungenförderung
- Bereitschaft zur Öffnung/Vernetzung der Einrichtung, Kooperation mit kommunalen Partnern/innen bzw. verschiedener gemeindenaher Verbände, Vereine und Institutionen“ (ebd.).

Obwohl der Aktivierbarkeit von Gesundheitspotentialen, gerade im frühen Kindesalter in der Kindertageseinrichtung als erste Ebene des Bildungssystems, eine besondere Bedeutung zukommt, ist das Setting bislang nicht ausreichend entwickelt worden, geschweige denn eine flächendeckende Umsetzung erfolgt. Dabei kann die Kindertagesstätte auch als ein Schlüsselsetting zur Herstellung der gesundheitlichen Chancengleichheit angesehen werden.

Gesundheitsfördernde Settings als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit?

Der bisherige Beitrag der klassischen Gesundheitsfördernden Settings zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten ist bislang zu wenig diskutiert worden. In der Konzeptions- und Konkretisierungsphase der einzelnen Settingansätze spielte gesundheitliche Chancengleichheit oft eine wichtige Rolle (vgl. Altgeld, 2001). Der tatsächliche gesundheitliche Outcome der Settingprojekte für sozial benachteiligte Gruppen ist bislang zu wenig untersucht worden. Objektive, bevölkerungsbezogene Daten hierfür liegen nicht vor. Deshalb lässt sich nur eine grobe Einschätzung des Beitrages der jeweiligen Settings zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten vornehmen:

Gesundheitsfördernde Hochschule	-
Gesunde Städte	0
Gesunde Region	0
Betriebliche Gesundheitsförderung	+ / (-)
Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	+ / (-)
Gesundheitsfördernde Schulen	+
Gesundheitsfördernde Gefängnisse	++

Abbildung 1: der Beitrag von Settingansätzen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten

Gesundheitsfördernde Schulen und Gesundheitsfördernde Gefängnisse sind diejenigen Settingprojekte, die einen wesentlichen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten bislang geleistet haben. In den Bund-Länder-Kommission-Modellversuchen zur Gesunden Schulen waren überproportional viele Hauptschulen vertreten, aber auch Berufs- und Sonderschulen, in denen benachteiligte Bevölkerungsgruppen besonders gut zu erreichen sind. Bei den gesunden Städten und Regionen lässt sich keine eindeutige Tendenz festmachen. Der Ansatz ist häufig zu breit und unkonkret, um tatsächlich einen nennenswerten Beitrag zu leisten. Neuere Entwicklungen, die eine stärkere Zusammenarbeit mit den Projekten zur „Sozialen Stadt“ andeuten, könnten hierfür jedoch vielversprechend sein. Die in diesen Diskussionszusammenhängen entwickelte „Gesunde soziale Stadt“ ist aber bislang nur ein Denkmodell. Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsfördernde Krankenhäuser erreichen innerhalb ihrer Settings sehr wohl auch benachteiligte Gruppen, aber angesichts einer hohen Dauerarbeitslosigkeit in Deutschland sind durch diesen Settingansatz natürlich per se Arbeitsplatzinhaber/innen begünstigt. Daraus ergibt sich die +/(-) Wertung.

Die Settings Gesundheitsfördernde Familien und Gesundheitsfördernde Kindertagesstätten könnten sehr positive Auswirkungen auf gesundheitliche Chancengleichheit haben. Da Kindertages-

stätten zudem entweder in öffentlicher Trägerschaft sind oder durch öffentliche Gelder finanziert werden, ergibt sich hier ein besserer Ansatzpunkt für die Implementation eines Settings als in dem schwer fassbaren und auch schwer durch öffentliche Infrastrukturen unterstützbaren Setting „Gesundheitsfördernde Familien“.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sozial benachteiligter Kinder lassen sich positiv beeinflussen, wenn die Akteure im Elementarbereich befähigt werden, Gesundheitspotentiale zu erschließen und vorhandene Strukturen gesundheitsgerecht zu verändern. Die gesundheitlichen Auffälligkeiten differenzieren stark nach der jeweiligen sozialen Herkunft (vgl. Altgeld, Hofrichter, 2000). So konnte Holz im Rahmen der ISS-Studie bereits für Sechsjährige nachweisen, dass arme Kinder im Vergleich zu nicht-armen Kindern etwa doppelt so häufig einnässen (6,9% zu 3,5%), doppelt so häufig in ihrer körperlichen Entwicklung (v.a. Körpergröße) zurückgeblieben sind (10,4% zu 5,4%) und deutlich häufiger krank sind (14,7% zu 8,8%) (vgl. Holz, 2002, S. 11). Außerdem lassen sich Auffälligkeiten in Bezug auf die motorischen Entwicklung, Sprachentwicklung und die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen feststellen. Insgesamt waren Jungen dabei deutlich häufiger auffällig als Mädchen.

Die beschriebenen Auffälligkeiten insgesamt beeinträchtigen wiederum den Schulerfolg, so dass eine Benachteiligungsspirale entsteht, weil Bildungsabschlüsse nicht erreicht werden und die Chancen zur gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft damit weiter vermindert werden, was wiederum zu neuen gesundheitlichen Auswirkungen führen kann. Holz fordert deshalb: „Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung von (armen) Kindern müssen künftig innerhalb der öffentlichen Sozialisationsinstitutionen eine ganz andere Bedeutung zukommen als bisher. Insbesondere die Kompensation fehlender elterliche Versorgung und eine systematische Förderung von positivem Gesundheitsverhalten bei Kindern und Eltern sind die zentralen Herausforderungen. Vor allem Kitas können durch eine möglichst früh einsetzende individuelle Förderung der Kinder aber auch deren Eltern bereits bestehende Defizite beim Kind auffangen und durch gezielte Angebote kompensieren“ (ebd.).

Dafür müssen aber auch die Rahmenbedingungen in den Kindertageseinrichtungen verbessert werden, sowohl was die Flächendeckung, die Ausstattung der einzelnen Kindertageseinrichtungen, die Gruppengrößen und die Vergütung der Erzieher/innen anbelangt. Kindertageseinrichtungen wurden innerhalb des Gesundheitszieldefinitionsprozesses auf Bundesebene als ein zentrales Setting benannt. Da diese Diskussion dazu beitragen kann, das Setting Kindertagesstätten weiterzuentwickeln, sollen die wichtigsten Ergebnisse vorgestellt werden.

Gesundheitsziele als Beitrag zur Weiterentwicklung des Settings „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“?

Im Rahmen des Gesundheitszieldefinitionsprozesses auf Bundesebene (vgl. gvg, 2002a) wurden Kinder und Jugendliche bereits in der ersten, exemplarischen Definitionsphase von nationalen Gesundheitszielen einbezogen. In einer interdisziplinär und trägerübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurde der Prozess der Zielformulierung vorangetrieben. Innerhalb der Arbeitsgruppe spielte die Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugend- und Bildungssektor eine wichtige Rolle. In der Arbeitsgruppe wurde das Setting als Dreh- und Angelpunkt der Konkretisierung und Zielsystematik gewählt. Als relevante Settings wurden die Kindertagesstätten (KiTa), die Schule, sowie Familie und Freizeit identifiziert. Das Setting-Konzept bezeichnet mehr als den Interventionsort oder den Ort, an dem die Zielgruppe erreicht werden kann. Es geht vielmehr um die gesundheitsförderliche Aneignung und Gestaltung der Lebensräume und die gesundheitsförderliche Entwicklung individueller Lebensperspektiven und Eigenverantwortung der Kinder und Jugendlichen. Dies erfolgt mit der Unterstützung von Multiplikatoren, Kooperationspartnern und den politisch, administrativ und finanziell zuständigen Akteuren, Trägern und Behörden. Das Gesundheitsziel kann damit auch aus der Perspektive der Zielgruppen und Akteure als integriert und kohärent wahrgenommen werden.

Durch die Wahl des settingspezifischen Ansatzes unterscheidet sich die Ausarbeitung des Ziel-

themas „Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen“ von denen anderer Arbeitsgruppen. Um jedes Setting sind die dazugehörigen Ziele, Teilziele und Maßnahmen angeordnet. Abbildung 2 soll dies am Beispiel des Settings Kindertagesstätte und des Ziels „Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert“ verdeutlichen. Die Pfeile in Abbildung 2 verweisen darauf, dass nur das Setting Kindertagesstätte und nur das Ziel Fehlernährung – einschließlich der dazugehörigen Teilziele – dargestellt wird. Prinzipiell können zu allen Settings jeweils drei Ziele zugeordnet werden. Auch für die anderen Ziele zur Bewegung und Stressbewältigung wurde eine entsprechende Systematik erarbeitet, die aber hier nicht ausgeführt werden soll. Für alle Settings ist es notwendig, auch die Optimierung der Rahmenbedingungen als eigenes Ziel darzustellen. Deshalb wurde das Ziel 10 entwickelt: „Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in der KiTa, in der Schule und in Familie und Freizeit sind optimiert“.

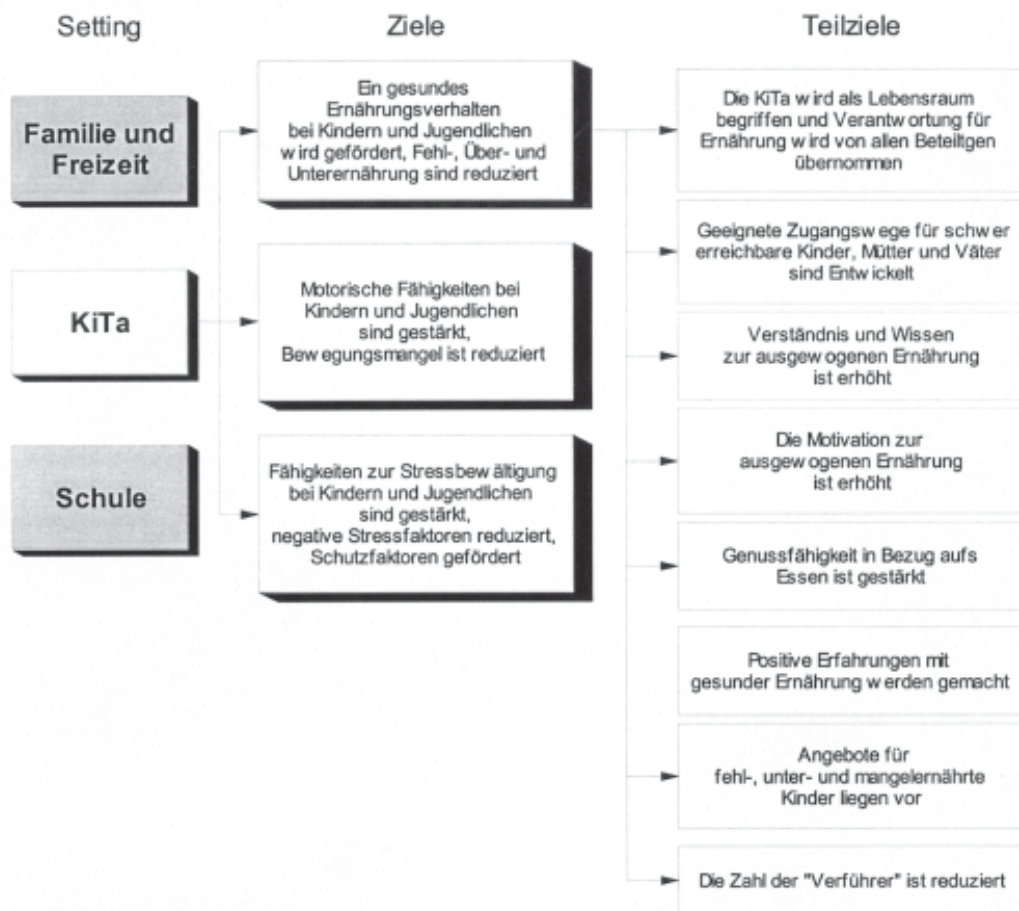


Abb. 2: Konkretisierungsschema am Beispiel des Settings „Kindertagesstätte“ und des Teilziels „Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen wird vorgebeugt und reduziert“ (vgl. gvg 2002 b)

Mit dieser erfolgten Zieldefinition beziehen sich insgesamt vier der zehn definierten Gesundheitsziele für das Kindes- und Jugendalter auf das Setting Kindertagesstätte. Zur Zeit werden für die Zielbereiche geeignete Maßnahmen identifiziert und eine Selbstverpflichtung der entscheidenden Akteure zur Umsetzung der Gesundheitsziele angestrebt. Vielleicht erhält dadurch und durch erfolgreiche sektorenübergreifende Zusammenarbeit bei der Zieldefinition auch das Setting Kindertagesstätte einen neuen An Schub.

Fazit

Trotz vereinzelten Modellen guter Praxis fehlt in Deutschland bislang eine umfassende Konzeption für das Setting Kindertagesstätten und auch ein tiefergehendes Interesse von Seiten der zuständigen Träger und aufsichtsführenden öffentlichen Einrichtungen an der Implementierung eines solchen Settings. Da gerade die Kindertagesstätte als früher Interventionszeitpunkt einen besonderen Beitrag zur Herstellung gesundheitlicher Chancengleichheit leisten kann und damit ein Schlüsselsetting für dieses Ziel darstellt, sind die zuständigen Ministerien auf Bundes- und Landesebene, die Träger von Kindertagesstätten sowie die gesetzlichen Krankenversicherern jetzt besonders gefordert, hier neue Akzente zu setzen. Die Gesundheitszieldefinition auf Bundesebene, an der alle genannten Akteure beteiligt waren, hat die Kindertagesstätte als eines von drei Settings zur Umsetzung der Gesundheitsziele für Kinder und Jugendliche definiert. Damit sind erste Schritte für eine Bearbeitung und Aufwertung des Settings Kindertagesstätten gegangen worden. Es fehlen noch die flächendeckenden Maßnahmen, von denen die bundesweit 48203 Kindertagesstätten direkt profitieren und die notwendige Investitionsbereitschaft in dieses Setting.

Der Artikel ist bereits in der Zeitschrift „Prävention“ 3/2002 erschienen.

Literatur

- Altgeld, T.; Hofrichter, P.** (Hrsg.) (2000): *Reiches Land – Kranke Kinder?*, Mabuseverlag, Frankfurt/Main.
- Altgeld, T.** (2001): *Gesundheitsförderung ist nur als gesundheitsförderndes Setting erfolgreich und machbar!*, in *impulse*-Nr. 32, September 2001, S. 2-3.
- Buch, M.; Frieling, E.** (2001): *Belastungs- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten*, Kassel.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2002): *„Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten*, Köln.
- Colber-Schrader, H.; Krug, M.** (1999): *Arbeitsfeld Kindergarten*, Juventa Verlag, Weinheim und München.
- Ehrhardt, V.** (2002): *Thüringer Modellprojekt „Gesunde Kindertagesstätte erleben und gestalten“*, in *impulse*-Nr.34, März 2002, S. 12-13.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (gvg)** (2002a): *Gesundheitsziele.de – Forum Gesundheitsziele Deutschland*, Akademische Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.** (2002b): *Arbeitspapier AG 7 „Gesundheit hat Zukunft“: Ziele für das Kindes- und Jugendalter: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung bei Kindern und Jugendlichen – Zwischenergebnisse* Köln.
- Gigout, F.** (2002): *Arbeit und Gesundheit von Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen*, in: **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2002): *„Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten*, Köln S. 59 - 63.
- Hoffmann-Steurnagel, S.** (2002): *Leben und Arbeiten im Kindergartenalltag*, in: **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2002): *„Früh übt sich...“ Gesundheitsförderung im Kindergarten*, Köln, S. 56 –59.
- Holz, G.** (2002): *Gesundheitsförderung von (armen) Kindern – Eine zentrale Aufgabe für Kindertageseinrichtungen?*, in *impulse*-Nr.34, März 2002, S.11.
- Landeshauptstadt Hannover, Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.** (1996): *Die Sinne mobilisieren*, Hannover.
- Maasberg, A.** (2002): *Setting Kindergarten gesundheitsförderlich gestalten*, in *impulse*-Nr.34, März 2002, S. 4.
- Schellhorn, W.** (1996): *Jugendhilferecht, Textausgabe des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG/SGB VIII)*, Luchterhandverlag, Neuwied.
- Statistisches Bundesamt** (2001): *Statistik der Kinder- und Jugendhilfe, Teil III.1 – Einrichtungen und tätige Personen 1998*, Wiesbaden.

Hauptsache gesund – aber wie?

Prof. Dr. Renate Zimmer

Gesundheit gilt als das höchste Gut, als Grundlage und Voraussetzung für ein glückliches Leben. „Hauptsache gesund“ heißt es allenthalben, und auch der Kindergarten bleibt von dieser „Hauptsache“ nicht unberührt. Aber was heißt „Gesundheit“ überhaupt? Ist damit Kariesprophylaxe, Vollwerternährung oder Entspannungstraining gemeint?

Im folgenden Beitrag wird der Wandel der Auffassung von Gesundheit zum Thema gemacht und Möglichkeiten einer kindgerechten Gesundheitsförderung im Kindergarten diskutiert.

„Gesundheit ist nicht alles – aber ohne Gesundheit ist alles nichts!“ Dies gilt nicht erst für Menschen hohen Alters, sondern auch bereits für Kinder. Trotz hohen Lebensstandards und regelmäßiger medizinischer Vorsorgeuntersuchungen – um die Gesundheit der Kinder scheint es selbst in unserer hochentwickelten Industrienation nicht allzu gut bestellt zu sein – glaubt man den Medien, die in großen Schlagzeilen behaupten, 40 - 60% aller Kinder hätten heute Haltungsauffälligkeiten, 20 - 30% wiesen Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems auf, 40% litten unter Koordinationsstörungen und 20 - 30% hätten Übergewicht. Als Gründe gelten u.a. die zunehmende Technisierung und Motorisierung unseres Lebensalltags, vorwiegend sitzende Tätigkeiten, Bewegungsmangel und Fehlernährung.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen im Kindesalter

Auch wenn ein solches Katastrophenszenario etwas zu übertreiben erscheint und die meisten Zahlen nicht durch wissenschaftlich abgesicherte Erhebungen belegt werden können, so kann doch bereits in der frühen Kindheit und im vorschulischen Alter – trotz eines gut funktionierenden Vorsorgesystems und ausreichender medizinischer Versorgung aller Bevölkerungsschichten – keinesfalls von einer problemlosen, unauffälligen Entwicklung ausgegangen werden.

Die Auswertung von Schuleingangsuntersuchungen und die Analyse der Daten aus Erhebungen zu Früherkennungsuntersuchungen zeigten folgende Ergebnisse (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1999):

Auffallend viele Kinder weisen Defizite bei körperlichen Ausdauerleistungen, altersgerechter Körperkraft und der Koordinationsfähigkeit auf. Einhergehend mit einer verringerten körperlichen Leistungsfähigkeit werden in zunehmendem Maße Haltungsschäden festgestellt; darüber hinaus häufen sich die Unfälle im Straßenverkehr sowie im häuslichen und Freizeitbereich.

Über- bzw. Untergewicht gehören zu den häufig festgestellten Defiziten. Die weitere Ausprägung von Formen der Fehlernährung nimmt mit steigendem Alter zu.

Verzögerter Spracherwerb, Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsstörungen (Stress) sind häufig festgestellte Befindlichkeits- und Gesundheitsstörungen, die jeweils in unterschiedlichen Altersphasen auftreten.

Viele dieser Symptome sind als Zivilisationskrankheiten zu verstehen und präventiv beeinflussbar. Sie sind einerseits Folge veränderter Lebensbedingungen von Kindern, andererseits aber auch Ausdruck fehlender Informationen der Erwachsenen, die mit Kindern umgehen. Sowohl Eltern als auch pädagogische Fachkräfte sind oft nicht über den Zusammenhang von Übergewicht und Bewegungsmangel oder zwischen Wahrnehmungsstörungen und Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Lernfähigkeit informiert.

Es besteht ein Aufklärungs- und Informationsbedarf auf Seiten der Öffentlichkeit über die sog. Risikofaktoren, denn eine Reihe von Entwicklungsauffälligkeiten in der frühen Kindheit sind z.B. auf Bewegungsmangel und auf eine Reduzierung unmittelbarer körperlich-sinnlicher Erfahrungen zurückzuführen.

Nun gibt es aber eine Menge Kinder, die unter den gleichen Lebensverhältnissen, mit den gleichen Einschränkungen und ähnlichem ökologischen und sozialem Umfeld keinen Schaden davontragen. Ist es nun eine Frage der Disposition, der erblichen Veranlagung, dass einige Kinder von den genannten Risikofaktoren stärker betroffen sind als andere oder gibt es Merkmale, die quasi als Schutzfaktoren wirken können, die die Kinder stark machen bzw. ihnen Möglichkeiten zur Bewältigung schädigender Einflüsse geben?

Salutogenese – Wie entsteht Gesundheit?

In den Gesundheitswissenschaften hat sich in den letzten Jahren ein Wandel hinsichtlich des Denkens und Forschens über Gesundheit eingestellt. Die traditionelle Perspektive der Risikofaktoren, die unsere Gesundheit beeinträchtigen, trat zurück hinter die Perspektive der Schutzfaktoren, die uns vor den tagtäglichen Belastungen bewahren bzw. uns befähigen, mit ihnen umzugehen.

An die Stelle der *Pathogenese* mit der Kernfrage „was lässt die Menschen krank werden?“ rückte die *Salutogenese* in den Vordergrund mit der viel entscheidenderen Frage „Was lässt den Menschen trotz außerordentlicher Belastungen gesund bleiben?“

Angestoßen wurde dieses Umdenken durch den Gesundheitswissenschaftler Antonowski (1993), der in den 60er Jahren entsprechend der medizinischen Tradition nach Faktoren suchte, die dazu beitragen, dass manche Menschen eher krank werden als andere.

Die Fähigkeiten zum Ausbalancieren von Belastungen sind davon abhängig, ob wir über ausreichende Widerstandsressourcen verfügen. Dazu gehören u.a. Strategien zur Stressbewältigung (z.B. Entspannungstechniken), ein intaktes Immunsystem und das Vorhandensein sozialer Unterstützung, dazu gehören aber auch insbesondere die personalen Ressourcen des Menschen, also Persönlichkeitseigenschaften, Kompetenzen und eine positive Beziehung zu sich selbst.

In diesem Sinne kann es nicht darum gehen, jede negative Erfahrung zu vermeiden und Risiken ganz zu umgehen. Auch der Umgang mit Risiken bietet ein Entwicklungspotenzial, da hier ja Bewältigungsstrategien aufgebaut werden können, auf die später immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung

Die bekannteste und meistzitierteste Längsschnittstudie die sich mit der Wirkung von Risiko- und Schutzfaktoren befasst, ist die „Kauai-Studie“ von Emmy E. Werner (Werner/Smith 1992). Alle 1955 geborenen Kinder der zu Hawaii gehörenden Insel Kauai wurden in die Untersuchung einbezogen und über 30 Jahre lang in ihrer Entwicklung begleitet. Ein Drittel der Kinder wurde als Risikokinder bezeichnet. Sie waren schon früh mindestens vier Risikofaktoren ausgesetzt, wozu die Autorin u.a. Armut, permanente Konflikte der Eltern, Alkoholprobleme oder psychische Krankheit bei einem oder beiden Elternteilen, Geburtskomplikationen oder schwere Erkrankungen des Kindes im ersten Lebensjahr zählte. Eine solche Häufung von Risikofaktoren ließe nach Meinung der Forscher/innen mit großer Sicherheit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen erwarten. Tatsächlich zeigten zwei Drittel dieser „Risikokinder“ im Alter von 10 Jahren ausgeprägte Lern- und Verhaltensprobleme und es kam im Jugendalter zu psychischen Krisen, Delinquenz oder Drogensucht. Ein Drittel der Risikogruppe wuchs allerdings problemfrei zu kompetenten, selbstbewussten jungen Erwachsenen heran. Weder in der Kindheit noch im Jugendalter zeigten sie auffällige Störungen, sie kamen in der Schule und in ihren sozialen Beziehungen gut zurecht und hatten anspruchsvolle, aber auch realistische Zukunftspläne.

Dieser Gruppe von 72 Kindern – als „resilient children“ (unverwüstliche Kinder) bezeichnet – galt das weitere Hauptinteresse der Studie.

Wodurch unterschieden sich ihre Lebensumstände und ihre Persönlichkeitsmerkmale von denjenigen, die einen weniger positiven Entwicklungsverlauf hatten? Es konnten eine Reihe von „Schutzfaktoren“ identifiziert werden:

Die erste Gruppe von Schutzfaktoren betraf das soziale Umfeld:

Die widerstandsfähigen, stress-resistenten Kinder verfügten über eine intensive Bindung und ver-

trauensvolle Beziehung zu mindestens einem Erwachsenen; sofern die Eltern versagten kümmerten sich Großeltern, Verwandte, Erzieher/innen oder auch ältere Geschwister um sie; später verfügten sie über einen großen Freundeskreis.

Die zweite Gruppe von Schutzfaktoren lag in den Persönlichkeitsmerkmalen der Kinder. Sie zeigten schon als Kleinkinder ein hohes Aktivitätsniveau und hatten die Tendenz, Dinge selbst zu tun, Probleme selbst zu lösen. Von den Untersuchern/innen wurden sie als besonders aufgeweckt, fröhlich und selbstbewusst beschrieben. In der mittleren Kindheit fielen die Kinder auf durch ein hohes Maß an Selbständigkeit und der Fähigkeit, sich bei Bedarf gezielt nach Hilfe umzusehen. Den wichtigsten und grundlegendsten Persönlichkeitszug dieser Kinder sieht Werner in einem tiefverwurzelten Gefühl, etwas zu taugen und zu können: „Ein Gefühl von Kompetenz und eine Überzeugung, durch das eigene Tun etwas bewirken zu können, scheint das allgemeine Kennzeichen dieser Kinder zu sein“ (Werner 1990, zit. nach Göppel 1997, 243). Diese Trends setzten sich im Jugendalter fort. Die Auswertung von Fragebögen ergab, dass die betroffenen Jugendlichen ein positiveres Selbstkonzept, eine größere Leistungsmotivation besaßen und zudem das Vertrauen, dem Schicksal nicht einfach hilflos ausgeliefert zu sein, sondern Einfluss auf die eigenen Geschicke nehmen zu können. Sie schafften es, selbst unter chaotischen Verhältnissen eine gewisse Struktur in ihr Leben zu bringen.

Das Fazit einer solchen Studie kann nun nicht heißen, man könne Kinder im Vertrauen auf deren Widerstandskräfte ruhig sich selbst überlassen. Bei den sog. „Schutzfaktoren“ handelte es sich auch größtenteils nicht um angeborene Persönlichkeitsdispositionen, sondern um Eigenschaften und Verhaltensmerkmale, die in der frühen Kindheit erworben werden: Neben der emotionalen Bindung zu einer oder mehreren Personen gehört nämlich der Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, Selbständigkeit und aktiver Umgang mit Problemen zu den Zielen, die durch die Erziehung unterstützt und gestärkt werden können. Sie sind durchaus vereinbar mit einer Erziehung zur Selbständigkeit, wie sie im Kindergarten angestrebt werden sollte.

Die Forschungsergebnisse über Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung machen deutlich, dass Entwicklung nicht nur als Ergebnis des Wechselspiels zwischen Anlage und Umwelt gesehen werden kann, sondern als ein Prozess, in dem die produktive Verarbeitung der Realität, die Eigenständigkeit und die Eigentätigkeit des Kindes eine wichtige Rolle spielt. Zwar müssen die konkreten Umweltbedingungen, unter denen Entwicklung stattfindet, nach wie vor beachtet werden, neuerdings rücken jedoch immer mehr die Wirkungen, die vom Kind auf seine Umwelt ausgehen, ins Blickfeld.

Zwei Schlüsselbegriffe kennzeichnen das neue Verständnis von Entwicklung (und Gesundheit): Aktivität und Widerstandskraft. Sie entwickeln sich in der frühen Kindheit und sind abhängig von den Rahmenbedingungen, die Kinder in ihrem familiären Umfeld, vor allem aber auch in der ersten öffentlichen Erziehungsinstitution, die sie besuchen, vorfinden.

Stärkung personaler Ressourcen

Anstelle der z.T. ausweglosen Diskussion möglicher Risikofaktoren, die die Gesundheit der Kinder beeinträchtigen können, verspricht die Suche nach Ressourcen, die die kindliche Widerstandsfähigkeit stärken, mehr Erfolg. Dabei können verschiedene Gruppen von Gesundheitsressourcen unterschieden werden:

- körperliche Gesundheitsressourcen wie z.B. die Fitness, die Intaktheit des Immunsystems, die Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems,
- personale Gesundheitsressourcen wie z.B. Zuversicht und Optimismus, ein positives Selbstkonzept und Selbstvertrauen,
- soziale Gesundheitsressourcen wie z.B. Akzeptanz und Unterstützung in der sozialen Bezugsgruppe.

Ich werde mich im folgenden insbesondere mit den personalen Ressourcen beschäftigen, weil ich meine, dass sie für die frühkindliche Entwicklung eine ganz besondere Rolle spielen und deswegen auch im Kindergarten besonders berücksichtigt werden müssen.

Zu den personalen Ressourcen gehören insbesondere Einstellungen des Menschen zu sich selbst. So z.B. eine positive Lebenseinstellung aber auch die Überzeugung, selbst etwas bewirken und verändern zu können und nicht dem eigenen Schicksal hilflos ausgeliefert zu sein. Sie gehören zu den wesentlichen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung von Belastungen und können demzufolge auch als „Schutzfaktoren“ bezeichnet werden.

Nun stellt sich die Frage, wie diese Schutzfaktoren im Laufe der Entwicklung aufgebaut werden können und wie man ihre Entstehung bei Kindern unterstützen kann.

Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung

Die personalen Gesundheitsressourcen umfassen u.a. eine optimistische Lebenseinstellung und ein positives Selbstkonzept. An dieser Stelle soll insbesondere das Erleben von Selbstwirksamkeit als eines der wichtigsten Bestandteile des Selbstkonzeptes erläutert werden:

Sie beinhaltet die subjektive Überzeugung, selbst etwas bewirken und verändern zu können. Dazu gehört die Annahme, selbst Kontrolle über die jeweilige Situation zu haben, sich kompetent zu fühlen und durch die eigenen Handlungen Einfluss auf die materiale oder soziale Umwelt nehmen zu können (vgl. Zimmer 2000, S. 51 ff.).

Im Spiel erleben Kinder z.B., dass sie Ursache bestimmter Effekte sind. Im Umgang mit Spielgeräten und bei der Bewältigung von Aufgaben rufen sie eine Wirkung hervor und führen diese auf sich zurück. Das Handlungsergebnis verbinden sie mit der eigenen Anstrengung und dem eigenen Können – und so entsteht ein erstes Konzept eigener Fähigkeiten. Selbstwirksamkeitsüberzeugungen stellen die Grundlage des Selbstkonzeptes dar. Wer glaubt, die Ergebnisse seines Tuns nur wenig im Griff zu haben, wird auch nur wenig Stolz auf das Erreichte haben können (Erfolge werden weniger der eigenen Anstrengung und den eigenen Fähigkeiten, sondern eher Glück oder Zufall zugeschrieben).

Sie können für den Erfolg entscheidender sein als die objektiven Leistungsvoraussetzungen. Wer darauf vertraut, eine Aufgabe selbständig bewältigen zu können, wird sich eher ein gewisses Schwierigkeitsniveau zutrauen. Daraus ergibt sich auch ein stark motivierender Effekt: Situationen, die kontrollierbar erscheinen, werden erneut aufgesucht, die eigene Kompetenzerwartung steigert das eigene Selbstwertgefühl. Ist dagegen die Erwartung eigener Handlungskompetenz nur gering ausgeprägt, ist mit Handlungsblockierung, Vermeidungsverhalten, negativen Selbsteinschätzungen zu rechnen.

Ebenso werden Kinder, die glauben, keine Kontrolle ausüben zu können, weniger oft Erfolg erleben und folglich in ihren negativen Erwartungen bestätigt werden. Im Gegensatz dazu werden diejenigen, die davon überzeugt sind, eine Situation unter Kontrolle zu haben, öfter Erfolg haben und ihre Überzeugungen aufs Neue bestätigen. Dies hat einen sich selbst erhaltenden Kreislauf zur Folge.

Maßnahmen zur Kompetenzförderung im Kindergarten

Unter Berücksichtigung o.a. Überlegungen können folgende Maßnahmen die Bildung eines positiven Selbstkonzeptes bei Kindern unterstützen:

Eigene Stärken erkennen helfen, bewusst machen

Dem Kind sollten verstärkt Rückmeldung über seine Stärken und besonderen Vorzüge gegeben werden, so dass es Vertrauen in die eigene Kraft und die eigenen Fähigkeiten gewinnt. Spiel- und Bewegungsangebote sollten möglichst allen Kindern Könnenserfahrungen und Erfolgserlebnisse vermitteln.

Situationen bereitstellen, in denen das Kind Selbstwirksamkeit erfahren kann

Spiel- und Bewegungssituationen können so konzipiert werden, dass das Kind durch seine Hand-

lungen Veränderungen in der materialen Umwelt bewirken kann; Veränderungen sollten für das Kind sichtbar sein, es sollte sie konkret wahrnehmen können.

Eigenaktivität und Selbsttätigsein fördern

Bewegungsangebote sollten dem Kind das Erlebnis vermitteln, dass es selbst Verursacher seiner Handlungen ist, dass ein gelungenes Spiel oder eine erfolgreiche Übung auf die eigene Anstrengung zurückgeführt werden kann. Lernen sollte weniger als das Ergebnis von Belehrung, sondern als Erfahrungsprozess verstanden werden, der geknüpft ist an Eigenaktivität und Selbsttätigsein.

Vorschnelle Hilfeleistung vermeiden

Die Erzieherin sollte dem Kind nicht den Eindruck vermitteln, als traue sie ihm nichts zu, sondern ihm vielmehr das Gefühl geben, eine Aufgabe selbst bewältigt und hierzu allenfalls eine minimale Unterstützung erhalten zu haben. Auch unangemessenes Lob kann zu einer niedrigen Einschätzung der eigenen Fähigkeiten führen, da das Kind den Eindruck gewinnt, als stelle der Erwachsene an es nur sehr niedrige Erwartungen.

Das Kind unabhängig von seiner Leistung wertschätzen

Die Erzieherin sollte Leistungen des Kindes unabhängig von ihrem objektiven Ausmaß als sinnvoll wahrnehmen. Sie sollte dem Kind das Gefühl geben, dass seine Person unabhängig von der Höhe der Leistung akzeptiert wird. Durch die Fremdakzeptanz gelingt es dem Kind, sich selbst zu akzeptieren.

Vergleiche mit anderen vermeiden und statt dessen individuelle Bezugsnormen setzen.

Zwar ist die Einschätzung der eigenen Fähigkeit in hohem Maß davon abhängig, wie die eigenen Leistungen mit denen anderer verglichen werden, diese Tendenz sollte jedoch nicht noch verstärkt werden. Erfolgsmeldungen sollten also weniger über den Vergleich mit anderen gegeben, sondern eher als individueller Leistungsfortschritt interpretiert werden. Steht die individuelle Leistungsentwicklung im Vordergrund und wird dies auch vom Erwachsenen betont, werden Kinder häufig seine Sicht übernehmen.

Aus dem Vertrauen in eine verfügbare und „beherrschbare“ Umwelt und aus den Zutrauen der sozialen Umgebung (Eltern, Erzieher/innen, Lehrer/innen, andere Kinder) in die Fähigkeiten und Tüchtigkeit des Kindes entwickeln sich sein Selbstvertrauen und sein Selbstwertgefühl.

Konsequenzen für die pädagogische Arbeit im Kindergarten

Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern müssen o.g. Aspekte berücksichtigen, wenn sie zum Gelingen des Entwicklungsprozesses von Kindern beitragen wollen. Die Maßnahmen müssen dabei keine Randstellung im Rahmen des pädagogischen Konzeptes einnehmen, vielmehr decken sie sich durchaus mit den Aufgaben von Bildung und Erziehung im Elementarbereich. Sie sind auch nicht notwendigerweise an bestimmte Inhalte gebunden, am ehesten können sie jedoch dort eingelöst werden, wo Kinder selbständig handeln, wo sie Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit machen, für den Erfolg oder Misserfolg einer Handlung selbst verantwortlich sind und den Sinn ihrer Handlungen auch weitgehend selbst bestimmen können. Spiel- und insbesondere Bewegungssituationen bieten hierfür viele Gelegenheiten, da Kinder hier meist aus eigenem Antrieb aktiv werden, Geräte und Materialien oder die Gruppe sie zum Handeln herausfordern.

Gesundheitsförderung gewinnt unter diesen Aspekten eine neue Dimension im Rahmen der pädagogischen Arbeit im Kindergarten und kann durchaus für sich in Anspruch nehmen, sowohl entwicklungsfördernd und damit zukunftsrelevant für Kinder zu sein als auch zur Erfüllung aktueller Bedürfnisse beizutragen.

Kommt dem Kindergarten zwar in bildungspolitischer Hinsicht immer noch nicht die Bedeutung zu, die er als erste und elementare Stufe des Bildungssystems eigentlich haben müsste, so wird er

in gesundheitspolitischer Hinsicht um so wirksamer werden können. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass der Erfolg der pädagogischen Arbeit auch von ihren Rahmenbedingungen abhängt. Dies betrifft sowohl die Gruppenstärke als auch die personelle Besetzung. Hier besteht z.Zt. die Gefahr, dass sich unter dem Druck finanzieller Engpässe die Bedingungen eher verschlechtern als verbessern. Wenn Kinder in ihrem Lebensalltag schon immer größeren Belastungen ausgesetzt werden, dann sollten wenigstens für familienergänzende Erziehungs- und Betreuungseinrichtungen optimale Voraussetzungen geschaffen werden.

Die Risiken werden in der modernen Gesellschaft für Kinder kaum einzudämmen sein. Im Zentrum des pädagogischen Interesses müssen daher zunehmend die Potenziale und Möglichkeiten stehen, die die kindliche Entwicklung schützen und stärken. Dies ist ein positiver pädagogischer Denkansatz der einschließt, dass Erwachsene sich um die Verbesserung der Lebensbedingungen von Kindern kümmern und sich dafür einsetzen – wo immer dies in ihrem Verantwortungsbereich liegt, – dass die Risikofaktoren gemindert werden. Darüber hinaus ist es aber ebenso wichtig, die personalen, körperlichen und sozialen Ressourcen der Kinder zu unterstützen und ihnen dabei behilflich zu sein, die eigenen Stärken zu entdecken, mit Schwächen umzugehen und eine positive Lebenseinstellung zu entwickeln.

Über Kariesprophylaxe, Vollwertkost und Entspannungstraining geht ein solches Verständnis von Gesundheitsförderung hinaus. Es befähigt Kinder, auch in späteren Lebensjahren mit Stressfaktoren umzugehen, Zuversicht und Optimismus zu bewahren und Belastungssituationen zu bewältigen.

Literatur

- Antonowski, A.:** Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, in: Franke, A./Broda, M.(Hrsg.): *Psychosomatische Gesundheit*. Tübingen 1993, S. 3- 14
- Brodthmann, D.:** Kinder – Bewegung – Gesundheit. Was sind die wirklichen Risikofaktoren?, in: Zimmer, R.: *Bewegte Kindheit*. Hofmann: Schorndorf 1997, S. 32 – 41
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Hrsg.): *Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen*. Köln 1999
- Göppel, R.:** *Ursprünge der seelischen Gesundheit*. Würzburg: Edition Bentheim 1997
- Werner, E.E.; Smith, R.S.:** *Overcoming the odds: How risk children form birth to adulthood*. Ithaca, London 1992
- Zimmer, R.:** *Handbuch der Bewegungserziehung. Didaktisch – methodische Grundlagen und Ideen für die Praxis*. Freiburg: Herder 2001 a.
- Zimmer, R.:** *Handbuch der Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung von Kindern*. Freiburg: Herder 2000
- Zimmer, R.:** *Was Kinder stark macht: Fähigkeiten wecken – Entwicklung fördern*. Freiburg: Herder 2001
- Zimmer, R.:** *Bewegung und Entspannung. Anregungen für die praktische Arbeit mit Kindern*. Freiburg: Herder 2002

Frühe Armut – Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln im Kindergarten

Dr. Antje Richter

In den letzten Jahren wurde in bezug auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor allem zweierlei diagnostiziert, dass

- a) unter ihnen die (vormals) typischen Erwachsenenkrankheiten zunehmen, die dem Stress der Leistungsgesellschaft zugeschrieben werden,
- b) die Lebenslage „Armut“ und damit verbundene Benachteiligungen auch die Gesundheit von immer mehr Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen.

Jedes/r siebte Kind/Jugendliche (rund 2 Mio.) lebt derzeit in Deutschland in relativer Armut. Dabei ist die Gruppe der unter siebenjährigen Kinder seit über einem Jahrzehnt die am stärksten von Armut betroffene Bevölkerungsgruppe. Im Jahr 2000 mussten rund 8,3 % aller unter Siebenjährigen (im Vergleich dazu: „nur“ 3,2 % aller Bundesbürger/innen) von Sozialhilfe leben. In Hamburg waren im Jahr 2000 sogar von 107.676 Kindern unter 7 Jahren 21.217 Kinder von Sozialhilfe betroffen, d.h. fast 20% dieser Altersgruppe.

Die Verknüpfung von Sozial- und Gesundheitsberichterstattung hat gezeigt, dass Armut immer auch Auswirkungen auf die Gesundheit eines Menschen hat. Wer in sozial benachteiligten Verhältnissen lebt, ist in mehrfacher Hinsicht gefährdet.

Ich zähle nur einige Fakten auf:

In den unteren sozialen Schichten gibt es eine deutlich höhere postnatale Säuglingssterblichkeit, eine höhere Mortalitätsrate durch Unfälle, eine höhere Anfälligkeit für chronische Erkrankungen. Es gibt erheblich mehr Defizite im Bereich Motorik, Zahngesundheit, Sprachentwicklung und weniger Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Schüler/innen von Hauptschulen und Realschulen sind häufiger krank als Schüler/innen von Gymnasien. Sie leiden vermehrt unter psychosomatischen Beschwerden wie Bauch-/ Kopfschmerzen und Müdigkeit und, wie eine Hamburger Untersuchung belegt, sie sind sowohl bei Unfällen und Krankenhausaufenthalten wie auch bei akuten Erkrankungen 1,5 bis 2 mal so häufig betroffen. Dabei haben Kinder aus unteren sozialen Lagen immer noch sehr wenig Chancen ihrem „ererbten“ Bildungsstatus zu entwachsen. Während im vergangenen Jahr nur jedes 4. Kind aus einem Arbeiterhaushalt die Oberstufe eines Gymnasiums besuchte, befanden sich immerhin rund die Hälfte der Jungen und Mädchen aus Angestellten- und Selbständigen- Familien und sogar zwei von drei Beamtenkindern auf dem Weg zum Abitur.

Objektive Einschätzung kindlicher Lebenslagen

Die Wirkung von Armut auf das Leben der einzelnen Kinder kann nicht allein auf das Einkommen der Eltern zurückgeführt werden. Es muss dazu auch und vor allem die konkrete Lebenssituation des Kindes in den Blick genommen werden.

Verschiedene Aspekte wie Bildungsstand, Region/Stadtteil oder Geschlecht ergeben erhebliche Unterschiede in der Armutsbetroffenheit. Die Wohnsituation gilt ebenfalls als eine wichtige Determinante. Die Frage, ob Kinder in einer beengten Wohnung innerhalb eines sozial benachteiligten Stadtteils leben, unter defizitären Wohnbedingungen und erlebnisarmen Umwelten aufwachsen

oder zu Hause und im Wohnumfeld genügend Spiel- und Erfahrungs- und Gestaltungsraum haben, kann entscheidenden Einfluss auf ihre weitere Entwicklung nehmen. Hat die Familie, haben die Kinder ein enges soziales Netz, haben sie Verwandte und Nachbarn/innen, die helfen oder gute Freunde/innen, engagierte Erzieher/innen oder Lehrer/innen, lassen sich viele Belastungen abmildern. Um diese Zusammenhänge besser darstellen zu können, wird meistens der Lebenslagenansatz gewählt, er verdeutlicht besser die Lebenswirklichkeit in den gerade angesprochenen Bereichen.

Der Lebenslagenansatz

Dem Begriff „Armut“ entspricht dann der Begriff „Unterversorgung“, der eine soziale Benachteiligung in relevanten Lebensbereichen wie Einkommen, Arbeit, Bildung, Wohnen, soziale Beziehungen und in der Versorgung mit sozialen und gesundheitlichen Diensten bezeichnet.

Das Lebenslagenkonzept

- Einkommen
- Arbeit
- Bildung
- Wohnen
- Soziale Beziehungen
- Gesundheit

Konzeptualisierung für Kinder und Jugendliche

Dieses Konzept gestattet einen exakteren Einblick in die Lebenssituation der Betroffenen. Entsprechend diesem Konzept muss die Leitfrage nach der Situation eines Kindes in einer Armutslage lauten: *Was kommt (unter diesen Armutbedingungen) beim Kind an?* Eine angeglichene Darstellung von Lebenslagen für Kinder und Jugendliche hat demnach neben der Einkommenssituation ihrer Eltern auch ihre Bildungschancen, ihre Wohnsituation, Spiel- und Freizeitmöglichkeiten, Kontakte zu Gleichaltrigen und gesundheitliche Faktoren zu berücksichtigen.

Lebenslagenkonzept mit den verschiedenen Dimensionen

Allgemein	Konzeptualisierung für Kinder/Jugendliche
<ul style="list-style-type: none"> • Einkommen • Arbeit • Bildung • Wohnen • soziale Beziehungen • Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Einkommen der Eltern • - • Bildungschancen • Wohnsituation; Spiel- und Freizeitmöglichkeiten • Kontakte zu Gleichaltrigen • Gesundheitliche Faktoren

Die einzelnen Lebenslagen ermöglichen es, den Spielraum der Entwicklungsmöglichkeiten und damit auch die Teilhabe- und Teilnahmechancen des Kindes einzuschätzen. Gesundheitsaspekte bilden dabei nicht umsonst eine zentrale kindspezifische Dimension.

Beispiel:

Ein Beispiel, um zu zeigen, wie eng soziale Benachteiligung und Einschränkungen des Gesundheitsstatus zusammenhängen: In der ISS/AWO-Studie mit rund 900 sechsjährigen Kindern weisen 40 % der armen aber „nur“ 15 % der nicht-armen Kinder Defizite in der Grundversorgung auf. Die gesundheitliche Lage der Sechsjährigen ist bei 31 % der armen und bei 20 % der nicht-armen Kinder defizitär.

Die Auffälligkeiten im Gesundheitsbereich bei den sechsjährigen Kindern verteilen sich für die

erhobenen Items wie folgt:

Item	Arme Kinder abs.	Arme Kinder in %	Nicht-arme Kinder abs.	Nicht-arme Kinder in %
Das Kind nässt noch ein.*	16	6,9	23	3,5
Das Kind ist in seiner körperlichen Entwicklung (v.a.Körpergröße) zurückgeblieben.*	24	10,4	35	5,4
Das Kind hat eine chronische Erkrankung.**	26	11,2	58	8,9
Das Kind ist häufig krank.*	34	14,7	58	8,8
Das Kind ist in Bezug auf seine Motorik auffällig.**	63	27,4	143	22,0
* p<0,05, ** nicht signifikant				

Quelle: "Armut im Vorschulalter" 1999, Berechnungen des ISS.

Subjektive Einschätzung kindlicher Lebenslagen

Erzieherinnen sehen „ihre“ Kinder fast jeden Tag. Sie können ihr Befinden, ihren Entwicklungsstand oder ihre "Tagesform", beinahe ebenso gut beurteilen wie Eltern. Wir haben sie daher befragt, wie sie den Gesundheitszustand sozial benachteiligter Kinder in ihrer Einrichtung bewerten. Für die Leiterin eines großen Kindergartens in einem sog. sozialen Brennpunkt ist diese Frage erst einmal neu und sie meint, sie könne dazu nicht viel mitteilen, aber nach kurzem Überlegen nennt sie ganz entgegen ihrer ersten Reaktion viele verschiedene Details:

„Einmal im Jahr kommt die Zahnärztin vom Gesundheitsamt, macht hier Reihenuntersuchungen aller Kinder, und das Ergebnis zeigt schon, dass es ganz schlecht ist. Und wie ich das so als Laie von außen sehe, ist das extrem mit den zerfressenen Zähnen bei den Kindern, von denen ich weiß, dass da wenig ist, ein Minimum ist. Und dass ich bei denen auch sehe, was die da für Lebensmittel mitbekommen als Frühstück: Snickers und Fruchtzwerge und diese komischen Lutschtinger, Joghurtschläuche oder was auch immer das sein soll.“

und weiter berichtet sie

„Also diese Kinder, wo wir doch so denken, da ist zu Hause nicht so viel mit guter, gesunder Ernährung oder ausreichender Ernährung, die essen hier, schlagen sich den Bauch voll. Also die essen, also die essen wirklich für 2 bis 3. Dass sie sich hier was holen an Ernährung und an Zuwendung und an Kontakt, dass sie auch da ganz viel kompensieren.“

und weiter berichtet sie

„Ich kann das nicht medizinisch sagen, aber manche Kinder sehen richtig käsig und blass aus. Ich denke, dass in der Gesichtsfarbe so ein Mangel deutlich wird. Ich weiß es nicht genau, aber das habe ich beobachtet. Schlechte Haltungen bei manchen Kindern, vermehrt ... so motorische Unsicherheiten, ...Sprachprobleme, denke ich mal, da wo wenig geredet wird, da ist auch ganz wenig Anregung für Sprache: Also ganz viele Kinder, die Sprachprobleme haben und das steigt sehr an.“

In einem anderen Interview mit Mitarbeiterinnen eines Frauenhauses wurde in diesem Zusammenhang folgendes formuliert:

„Die Mütter, die hierher kommen, sind durch ihre finanzielle Misere so sehr eingeschränkt, dass sie an den meisten Aktivitäten gar nicht teilnehmen können. Und außerdem, ..., wollen gerade

diese Mütter so unheimlich gerne mithalten, wird ihnen immer mehr klar, dass ihre Kinder mit Aldi-Schuhen, wie sie immer sagen, herumlaufen müssen. Ich glaube fast, dass sie sich dadurch als noch schlechtere Mütter empfinden. Und den Zusammenhang muss man auch sehen, was hat manche Sozialhilfeempfängerin hier für einen Schuldenberg. Der ist ja nie abzutragen. Auch die Katalogschulden sind immens hoch. Das ist fatal. Weil sie eben den Konsum auch mitmachen wollen.

Und bei den Kindern ist es ganz krass, wie sich das Gebiss darstellt. Die Kinder sind auch sehr dick, ob das nun an der Ernährung liegt? Manche junge Frau ist nicht mehr in der Lage einen vernünftigen Eintopf zu kochen, die holen diese Dosen. Aber das mal etwas Vernünftiges auf den Tisch kommt, ist nicht mehr. Abgesehen von den Ausländerinnen, es ist wirklich erstaunlich, mit welcher Schnelligkeit und einem Aufwand die etwas Gutes kochen, mit richtig frischem Gemüse....Und die Kinder sind dick, weil sie unter Bewegungsarmut leiden, weil sie viel zu viel vor der Glotze rumhängen.

Viele Kinder sind schon fast Frustesser, vielleicht liegt das an der ganzen Problematik zu Hause. Und weil viele Frauen sich auch gar keine Gedanken machen über Ernährung oder Fettgehalte, Chips und Süßigkeiten. Die sind selbst unwahrscheinlich belastet und haben alle möglichen körperlichen und psychischen Beschwerden.“

Was ist zu tun?

Wichtige Ansatzpunkte für Prävention durch gesundheitsförderliches Handeln werden in diesen kurzen Texten bereits genannt: Ernährung bzw. Fehlernährung und Übergewicht, Zahngesundheit, Bewegungsarmut und Sprachprobleme. Alles in allem Themenbereiche, die in dieser Altersstufe schon pädagogisch aufgegriffen werden können und in vielen Einrichtungen bereits zum Alltag gehören.

...für die Kinder?

Die eben zitierte Leiterin des „Brennpunkt“-Kindergartens erwähnt im Zusammenhang mit Ernährung das gemeinsame Frühstück, das immer mit Obst und Vollkornbrot aus dem Etat des Kindergartens ergänzt wird und den vollwertigen Mittagstisch aus der eigenen Küche der Einrichtung, der auch nach anfänglichen Akzeptanzproblemen bei Kindern und Eltern nicht aufgegeben wurde und jetzt voll etabliert ist. Woanders gibt es „bewegte Kindergärten“, Projekte zur „sinnlichen Wahrnehmung“ und anderes. Nimmt man den Alltag in den Einrichtungen unter die Lupe, so zeigt sich, dass in vielen Kindertagesstätten gesundheitsfördernde Regeln und Rituale zum regulären Alltag gehören. Gesundheitsförderung im Kindergarten realisiert sich in aktuellen Anlässen und Situationen und braucht keine groß angelegte Aktion.

Überaus wichtig für die Kinder ist die stützende Funktion des Kindergartens. Regelmäßige Teilnahme, Zugehörigkeit zur Gruppe, Einbindung in das Gruppengeschehen und vieles mehr sollte so lange wie möglich gewährleistet sein, mindestens aber drei Jahre lang.

Die ISS/AWO-Studie belegt dies anhand von eindrucksvollen Zahlen. Durch eine möglichst früh einsetzende individuelle Förderung der Kinder, aber auch deren Eltern können bereits bestehende Defizite beim Kind aufgefangen und kompensiert werden. Beispielsweise zeigten nur 16% aller Kinder, die ab dem Krippenalter eine Kindertagesstätte besuchten, psychosoziale Auffälligkeiten, dagegen waren 52,5% aller Kinder, die erst ab dem 5. Lebensjahr in eine Kita kamen, psychosozial auffällig. Eine ähnliche Signifikanz findet sich im Gesundheitsbereich.

Der neue Bericht zur Gesundheit von Kindern in NRW 2002 konstatiert im frühen Alter (bei Untersuchungen in Kindergärten) ein erschreckend hohes Maß an Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen (20%) und Mädchen (13%) und deutet die Häufigkeit dieses Befundes als Alarmzeichen. Die

Brandenburger Untersuchungen bei Einschülern/innen haben bereits vor Jahren die überproportional hohe Zahl der sozial benachteiligten Kinder mit Sprachstörungen belegt (16,6% bei Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus gegenüber 4,8% bei Kindern aus Familien mit hohem Sozialstatus). Im Kindergarten können verschiedene Methoden zur Sprachförderung durch Erzieher/innen eingesetzt werden. In schwerwiegenderen Fällen sollte jedoch an Sprachheiltherapeuten/innen übermittlelt werden. Dort ist die Prognose bei einer so frühen Behandlung positiv.

Im Kindergarten können sozial benachteiligte Kinder eine feste Bindung an eine/n Mitarbeiter/-in eingehen, deren Bedeutung im frühen Alter nicht hoch genug geschätzt werden kann. Eine freundliche, warme Bindung in dieser Lebensphase (1-5Jahre) ist als Ressource anzusehen, fördert das Kind in seiner gesamten Entwicklung und ermöglicht ihm auch, Defizite zu kompensieren, die aus dem Elternhaus stammen. Ähnlich unschätzbare Erfahrungen, die ein Kindergarten gerade bei familienbedingten Defiziten bieten kann, nenne ich mit den folgenden Stichworten:

- Sicherheit
- Unterstützung
- Grenzen
- Schutz
- Kontinuität
- Routinen
- Ruhe

Kinder, die unter belastenden bzw. sozial benachteiligenden Bedingungen aufwachsen und zum ersten Mal solche Erfahrungen machen, können davon in ihrem weiteren Lebensverlauf profitieren. Erzieherinnen berichten, dass gerade sozial benachteiligte Kinder engen Körperkontakt suchen, viel Nähe, Zuwendung und Kontakt einfordern und sie bewerten dies als einen Versuch ihre Mangellage zu kompensieren.

Natürlich gibt es auch Kinder, denen es besonders gut gelingt, Sympathien einzuwerben. Diese Persönlichkeitseigenschaft gilt übrigens ebenso als Ressource, wie ein nicht geschlechtstypisches Verhalten, d.h. die Fähigkeit, eine ganze Bandbreite typisch männlicher und weiblicher Verhaltensweisen zu zeigen.¹ Allgemein gilt, dass es Mädchen im Kindesalter besser als gleichaltrigen Jungen gelingt, Armutslagen zu bewältigen.² In der bereits erwähnten ISS/AWO-Studie waren Jungen signifikant häufiger gesundheitlich auffällig als Mädchen, aber auch arme Mädchen im Vergleich zu nicht-armen Mädchen erheblich gefährdeter. Ein Ergebnis, dass sich durchaus im Einklang mit den Ergebnissen jener dünn gesäten deutschen Studien zur Bewältigung von Armut befindet und ebenso der internationalen Forschung entspricht.

Kinder, die *Aktivität* entwickeln und bereit sind, Schwierigkeiten als *Herausforderung* zu betrachten und nicht als unüberwindbare Barriere, haben trotz des Risikos ihrer Armutslage gute Chancen auf eine zufriedenstellende Entwicklung. Sie benötigen dabei Förderung und Unterstützung, auch weil lang andauernde Armutslagen einen Rückzug auf eigene Kräfte und Potenziale zur Folge haben. Gerade bei Kindern führt dies oft zu Überforderung und anhaltender Resignation, weil sie mit ihren eigenen Möglichkeiten nicht ausreichend zur Veränderung beitragen können.

Was ist zu tun?

...für die Kinder über eine Unterstützung der Eltern?

Noch mal zurück zu den Zitaten von eben. Sie handeln von Fehl-Ernährung, ungestillten Bedürfnissen nach Nähe und Kontakt und von unbefriedigten Konsumwünschen. Das heißt: eine sinnvolle Armutsprävention darf nicht nur bei den Kindern, sondern muss auch bei den Eltern ansetzen. Die Kindertagesstätte ist da in einer besonders günstigen Situation. Dort gibt es in einem frühen

Alter Kontakt zu Kindern, in dem großer Einfluss ausgeübt werden kann. Und: Zu diesem Zeitpunkt sind Eltern noch besonders gut zu erreichen, wenn sie auf eine wohlwollende und akzeptierende Haltung stoßen. Ihre noch enge körperliche und emotionale Bindung an das Kind, möglicherweise auch ihre Unsicherheit durch fehlende Erfahrung mit weiteren Kindern und ihre Besorgtheit um das Wohlbefinden, ermöglichen in diesem frühen Alter einen beratenden Zugang, der später wesentlich schwieriger zu erreichen ist.

Wie wichtig es ist, sich gerade um die Eltern zu bemühen, die mit ihren Kindern in Armutslagen leben, möchte ich an einem weiteren etwas längeren Zitat verdeutlichen. Es handelt sich dabei um eine alleinerziehende Mutter von zwei Kindern im Grundschulalter. Thematisch geht es in diesem Zitat um die Erfahrung von Ausgrenzung. Ich nenne sie Frau A. und sie erzählt folgendes:

Was ich jetzt erzählen will, hat damit zu tun, dass ich arm bin und dass die Gesellschaft mich am Wochenende ausgestoßen hat. Das war ganz schrecklich und das hat mich ganz tief verletzt. Sie haben mich spüren lassen, dass ich nicht dazu gehöre, dass ich außen vor bin, weil ich kein Auto habe und weil ich Sozialhilfeempfängerin bin. Am Wochenende hatte mein Sohn ein Auswärtsspiel mit seinem Fußballverein und da ich kein Auto habe, habe ich vor einiger Zeit mal gefragt, ob ich bei den anderen Eltern mitfahren könnte. Und sie haben „Ja“ gesagt, kein Problem. Und ich bin immer mit zu den Spielen, weil mein Sohn das immer gerne wollte, dass ich mitkomme und weil ich dann auch ein bisschen rauskomme. Aber das ist jetzt vorbei.

Wir sind also am letzten Samstag zur Schule gelaufen, da ist der Treffpunkt und als alle da waren, sagte die Freundin vom Trainer so, jetzt steigen erst mal alle Kinder ein in die Autos und ich wusste in dem Moment, das bezog sich auf mich, weil ich ja die einzige Erwachsene bin, die nicht mit dem Auto kommt. Ich habe also gewartet und als alle Kinder eingestiegen waren, war kein Platz mehr übrig und dann sagte sie zu mir: „Tut mir Leid für Dich, aber du siehst ja, es ist kein Platz mehr für Dich.“ Und wie mein Sohn mich angeschaut hat, als ich nicht mitfahren konnte, das ist mir wie ein Stich direkt ins Herz gegangen. Und dann sind sie alle losgefahren und ich bin wieder nach Hause gegangen und ich habe mich so verletzt gefühlt, so ausgestoßen und als ich zu Hause war, hat mich meine Tochter gefragt, was denn los ist, weil ich schon wieder da bin und ich habe ihr erzählt, was war, aber nicht wie schrecklich ich mich fühle, sie fand das auch ganz blöd von den Anderen und dann konnte ich kaum erwarten, bis sie aus der Wohnung ist, dann habe erst mal geweint, so schlimm war das für mich.

Und jetzt ist alles anders, jetzt ist irgendwie ein Keil dazwischen, zwischen den anderen und mir, denn keiner hat gesagt: Komm, wir rücken noch weiter zusammen, damit Du auch mit kannst. Ich habe mich so klein gefühlt, so beleidigt, so traurig, ich weiß gar nicht, wie ich das beschreiben soll. Vorher hat es mir nichts ausgemacht vor diesen Leuten, dass ich kein Auto habe und dass ich Sozialhilfe kriege, die wussten das und jetzt ist das anders. Ich kann ja nichts dagegen tun, es bleibt ja dabei, ich kann es nicht ändern.

Es stört mich auch, dass diese Frau so über mich bestimmen kann, bloß weil ich kein Auto habe. Und es hat mich schon öfter gestört, dass sie in einem fort Geld von mir haben will, für ein Geschenk zum Geburtstag oder ein Geschenk für einen, der einen Unfall hatte, immer 2 Mark, dann 3 Mark, 4 Mark. Anderen macht das nichts aus, die machen einfach ihr Portemonnaie auf, aber ich kann das nicht so, das habe ich ihr auch schon mal gesagt, vor kurzem, früher hätte ich das nicht gekonnt, da wäre ich einfach weggeblieben.

Ja, was werde ich jetzt machen: Nächsten Samstag werde ich mit dem Fahrrad zum Spiel fahren, das ist dann nicht so weit und dann werde ich mich auf die andere Seite des Spielfelds setzen. Was soll ich denn sonst tun, ich kann es nicht ändern. Ich kann sie nicht anrufen und dann wieder fragen, ob sie mich mitnimmt.

Aber wenn sie mich anruft oder mich noch mal darauf anspricht, dann werde ich ihr sagen, dass ich das nicht in Ordnung finde, was sie gemacht hat. Ich bin so wütend. Am liebsten würde ich nie wieder dorthin gehen, ich brauche sie ja alle gar nicht, aber ich tue es trotzdem weiter, weil mein Sohn das so gerne möchte. Und weil ich nicht will, dass er und meine Tochter denken, ach, jetzt geht Mama da auch nicht mehr hin und dass sie das dann von mir so abgucken und auch nirgendwo mehr mitmachen. Nur deswegen tue ich das.

Sie können davon ausgehen, dass viele Eltern in dieser Lage ähnliche Erfahrungen machen. Vor allem bei langanhaltender Armut schwindet das soziale Netzwerk, das Unterstützung und Hilfeleistung sichert, sichtbar dahin. Tipps, Informationen, Gefälligkeiten und viele andere wichtige Alltagsleistungen beruhen nun mal auf Gegenseitigkeit und wer die nicht erbringen kann, fällt schnell durchs Netz. Viele Eltern haben gerade dann besonders wenig Unterstützung, wenn sie sie am nötigsten brauchen. Manche reagieren mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen, die sich wiederum auf die Kinder auswirken.

Es gehört nicht zu Ihren Aufgaben, sich umfassend um die Eltern Ihrer Kindergartenkinder zu kümmern. Aber Sie können Ihnen Hinweise geben, wenn Sie eine Mangellage wahrnehmen. Es kann sein, dass Beiträge nicht regelmäßig entrichtet werden, Essensgeld nicht bezahlt wird, keine Gummistiefel oder Hausschuhe in den passenden Größen vorhanden sind, keine Brottasche da ist, Kinder offensichtlich Hunger haben usw. Es gibt Anlässe, die auf Armutslagen hinweisen. Es ist wichtig, diese Situation überhaupt in Betracht zu ziehen.

Ausländische Eltern bitten oft um Hilfe beim Ausfüllen von Formularen, andere Eltern haben Schuldenberge aufgetürmt und wissen nicht, wie sie aus diesem Kreislauf herauskommen können. Alles keine originär elementarpädagogischen Tätigkeiten, aber ungeheuer wichtig, weil Erzieher/innen und der Kindergarten allgemein als vertrauenswürdige Einrichtung betrachtet werden. Das Stichwort hier ist Öffnung zum Gemeinwesen, Vernetzung, mit Erziehungs- und Schuldnerberatungsstellen und anderen therapeutischen Einrichtungen oder den verschiedenen Ämtern, wenn es um Kostenübernahmen geht. Eher selten ist die Begleitung zum Erstkontakt notwendig, häufiger aber die Vermittlung des ersten Kontakts.

Zwei Fragen können für die Planung von Präventionsmaßnahmen im Kindergarten handlungsleitend sein:

- 1. Wie erreiche ich, dass sozial benachteiligte Kinder gefördert werden?**
- 2. Was kann ich /unsere Einrichtung zur Prävention von Armutfolgen tun?
Was können wir tun um die Verfestigung von Armutfolgen zu verhindern?**

Vieles ist für sie wahrscheinlich selbstverständlich, aber es verdient unter dem Aspekt der Armutsprävention durch gesundheitsfördernde Maßnahmen besonders erwähnt zu werden. Vor allem unter dem Blickwinkel des Setting-Begriffs, der den gesamten Lebensbereich Kindergarten als Ziel von Interventionen betrachtet, bekommen verschiedene Angebote auch eine Bedeutung hinsichtlich der Armutsprävention³.

Mit Sicht auf sozial benachteiligte Kinder sollten die vorhandenen Möglichkeiten allerdings mit Nachdruck geplant und genutzt werden. Ich möchte daher meine Ausführungen zum Abschluss noch einmal kurz unter dem Blickwinkel dieser beiden Fragen zusammenfassen und drei Thesen nennen:

- 1. Viele selbstverständliche Aktionen und Abläufe im Kindergartenalltag wirken sich gesundheits-**

fördernd aus, ohne dass sie bisher als solche wahrgenommen wurden. Mit weiterführenden Konzepten zur Gesundheitsförderung kann der Gesundheitsstatus aller Kinder verbessert werden, ohne arme Kinder zu stigmatisieren.

Dazu gehört beispielsweise die Vermittlung von Ritualen wie das Zähneputzen – eigentlich Kleinigkeiten, die nicht unbedingt in jedem Elternhaus vermittelt werden. Auch bewegungsfördernde Angebote, das gemeinsame Frühstück oder die Vermittlung von Sprachtherapie und anderes wurden bereits erwähnt. Eine regelmäßige Betreuung durch Mediziner/innen fördert den Gesundheitsstatus und die Gesundheitschancen der Kinder ebenso wie unterstützende Hinweise auf regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen, deren Inanspruchnahme gerade bei armen Kindern niedriger liegt als bei anderen.

Kinder können so mit Spaß ein positives Konzept von Gesundheit erwerben, das grundlegende gesundheitsbezogene und lebenspraktische Kenntnisse beinhaltet, wie

- Essen zubereiten
- gesunde Mahlzeiten genießen
- Bewegungsfreude erleben
- Freude an Körperpflege o.ä.

Erlebnisse dieser Art fördern den Erwerb sozialer und personaler Kompetenzen, die für spätere Entwicklungsanforderungen, wie etwa die Bewältigung des Übergangs (Transitionskompetenz) von der Kita zur Grundschule notwendig sind.

Ebenso wichtig ist die Förderung auf sozio-emotionaler Basis. Wird dem Kind in der Kita eine sichere Bindung an eine Bezugsperson ermöglicht, kann das Kind diese Erfahrung auch in die Familie tragen. Es erweist sich besonders dann als entscheidend, wenn durch eine Verringerung der Eltern-Kind-Kommunikation Folgen für die kognitive, sprachliche und sozio-emotionale Entwicklung der Kinder auftreten, die sich in Entwicklungsstörungen und anderen Defiziten bemerkbar machen. Auch wenn eine geringere sozio-emotionale Bindungssicherheit der Kinder bewirkt, dass sie von den Eltern weniger Hilfe und Unterstützung bei Belastungen erhalten und sich nicht bei Problemen an die Eltern wenden, wirken die Erfahrungen im Kindergarten kompensatorisch.

Zur Förderung der sozio-emotionalen Entwicklung des Kindes sollten im Kitaalltag verstärkt non-verbale Kommunikationsformen des Kindes beachtet werden, um ihm einen angemessenen Umgang mit/Ausdruck von Gefühlen zu ermöglichen.

Die Förderung der emotionalen Kompetenzen nutzt der Aktivierung des Kindes und ist gerade für Kinder besonders wichtig, die von Armut betroffen sind, da Armut oft zum Rückzug aus den bestehenden sozialen Bezügen führt. Die in dieser Zeit durch die Bereitstellung eines vielseitig anregenden Milieus erworbene grundlegende emotionale Bewältigungskompetenz kann sich als entscheidend für die gesamte Lebensspanne erweisen.

2.

Erfolgreiche Elternarbeit in der Kita stärkt die Gesundheitsressourcen der gesamten Familie. Ein positives Konzept von Gesundheit beinhaltet körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden und rechnet Aktivitäten zur Integration und Teilhabe der gesamten Familie ebenso zu den Zielsetzungen gesundheitsfördernden Handelns, wie die pädagogische oder psychosoziale Beratung der Eltern.

Für die Erzieher/innen gehört Beratung und Unterstützung von Eltern schon immer dazu, sei es in gut vorbereiteten Elterngesprächen oder als Tipps und Hinweise „einfach nebenbei“. Sie können als Fachkräfte und aufgrund ihrer Beobachtungen einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Kinder leisten und den Eltern weiterführende Vorschläge machen (z.B. zur Einbeziehung von Thera-

peuten/innen etc.).

Sie können auch Eltern in gesundheitsfördernde Aktivitäten des Kindergartens einbeziehen. In Aktivitäten, die zwar allen Eltern zugute kommen, aber insbesondere bei Armut und Benachteiligung kompensierend wirken. Möglich sind z.B. Projektangebote wie Gesundheitswochen, in denen Eltern Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen erhalten und Kontakte zu Anderen herstellen können. Andere Themen, die Entwicklungs- und Erziehungsfragen betreffen und in der Regel von sozial benachteiligten Eltern nicht gut angenommen werden, können mit gemeinsamen Aktivitäten wie Elterncafé oder Elterntreffpunkt kombiniert werden.

3.

Vernetzung und Vermittlung an andere Dienste und Institutionen des Sozialraums gilt als eine der zentralen Strategien der Gesundheitsförderung. Zur Prävention von Armutsfolgen in der Kita sind Vernetzungsinitiativen besonders geeignet, weil sie Ressourcen und Kompetenzen bündeln, Beteiligung sichern und die Unterstützung fachfremder Personen und Einrichtungen für die Kindertagesstätte einwerben können.

Für Kinder und Eltern bieten soziale Netzwerke inner- und außerhalb der Einrichtung Möglichkeiten zur sozialen Integration, die einerseits eine wichtige Voraussetzung für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit ist, andererseits in hohem Maße die Fähigkeiten eines Menschen beeinflusst, Belastungen und Krankheiten zu bewältigen und damit eine wichtige Gesundheitsressource darstellt.

Für das Kind beinhaltet Vernetzung selbstverständlich die Förderung sozialer Kontakte und sozialer Netzwerke innerhalb der Kita. Aber auch eine Vernetzung über die Grenzen der Kita hinaus, in den Sozialraum, kann sich für das Kind als gesundheitsfördernd erweisen. Die Einbeziehung von (Erziehungs-)Beratungsstellen, Gesundheitsamt und Arbeitswelt ist ebenso wichtig wie eine enge inhaltliche und personelle Vernetzung von Kita und Grundschule. Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Sprachheiltherapie, Ergotherapie können die eigene Arbeit ergänzen und sich abzeichnende Gesundheitsrisiken positiv beeinflussen. Die Einbeziehung in die Armutsberichterstattung, Gesundheits- und Sozialberichterstattung kann für Kindertagesstätten eine kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung ihrer Einrichtung bewirken.

Soziale Kontakte zu anderen Eltern und zu den Erzieher/innen des Kindergartens bieten sozial Benachteiligten die Möglichkeit, ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen. Eine Kooperation des Kindergartens mit anderen Diensten und Einrichtungen eröffnet den Eltern Unterstützungsleistungen und -potenziale, die viele bisher kaum kannten. Dazu sind alle Dienste zu zählen, die unterstützende Maßnahmen zur Existenzsicherung und Stabilisierung von Familien und Einzelpersonen (z.B. Erziehungsberatungsstellen, Sozialberatung, wie Hilfestellung bei Anträgen auf Sozialleistungen, Einteilung der Finanzmittel, Begleitung in (Schuldner-) Beratungsstellen, etc.) anbieten. Diese Art von Vernetzung bedeutet gleichzeitig die Aktivierung der Betroffenen im Sinn von Empowerment.

Nicht zu vergessen... die Gesundheit der Mitarbeiter/innen

Ich hoffe, dass ich deutlich machen konnte, dass die Gesundheitsförderung im Setting ein unverzichtbarer Bestandteil der Armutsprävention im Kindergarten ist. Zum Setting gehören allerdings auch die dort tätigen Erzieher/innen, die als Zielgruppe der Gesundheitsförderung zu leicht in Vergessenheit geraten, durch zusätzliche Anforderungen manchmal aber eher noch mehr als zuvor belastet werden. Jedes Konzept muss daher die subjektive Perspektive der Mitarbeiter/innen unter der Fragestellung einnehmen: *Wie kann ich in meiner gesundheitlichen Verfassung von den geplanten Aktionen profitieren?* Diese Frage ist gerade dort wesentlich, wo die erhöhten Belastungen aus dem Sozialraum, dem „Brennpunkt“, auf die beschränkten Kapazitäten der Einrichtung

treffen.

Zum festen Bestandteil vieler Konzeptionen gehören Fallbesprechungen und Supervisionsitzungen, die wichtig für die Psychohygiene sind. Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen unter gesundheitsförderndem Vorzeichen ist auch im Interesse des Trägers, nicht nur weil Fehlzeiten reduziert werden, sondern weil das allgemeine Arbeitsklima positiv beeinflusst wird und die Mitarbeiter/innen in ihrem Wohlbefinden davon profitieren. Welche Schwerpunkte gesetzt werden, hängt von der speziellen Einrichtung und der Zusammensetzung des Teams ab. Wichtig ist es, die Frage erst einmal in den Fokus der Aufmerksamkeit zu nehmen, um einen Entwicklungsprozess anzustoßen. Ich hoffe, ich konnte Sie mit meinem Beitrag dazu einladen!

Fussnoten

- 1 *ein Anlass für entsprechende Projekte im Kindergarten, die diese Fähigkeit fördern*
- 2 *In anderen Altersstufen ist es auch umgekehrt*
- 3 *Setting*
„Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.) und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgsversprechend, denn:
 - a) *Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.*
 - b) *In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden.*
 - c) *Die jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und zur besseren Erreichung der Zielgruppen sowie Sicherung langfristiger Erfolge genutzt.*

Berichte aus der Praxis: Kita Kinderhaus Mümmelmaus

Das Kinderhaus Mümmelmaus ist eine Einrichtung der Rudolf- Ballin Stiftung e.V. im Stadtteil Mümmelmansberg im Bezirk Hamburg-Mitte. Es werden 126 Kinder zwischen 3 Monaten und 6 Jahren ganztägig, teil- und halbtags im Krippen-, Elementar- und Integrationsbereich betreut. Im Kinderhaus Mümmelmaus sind zwei Leitungskräfte, 10 Erzieher/innen, eine Kinderkrankenschwester, drei Kinderpflegerinnen, eine hauswirtschaftliche Betriebsleitung und vier hauswirtschaftliche Mitarbeiterinnen beschäftigt.

Mit welchem pädagogischen Konzept arbeitet die Einrichtung?

Die Einrichtung arbeitet pädagogisch ganzheitlich, familienbegleitend und integrativ. Vor dem Hintergrund eines humanistischen Menschenbildes orientiert sich die Arbeit mit den Kindern an der gesamten Persönlichkeit des Kindes, seinen körperlichen und seelischen Befindlichkeiten im Zusammenhang mit seiner tatsächlichen Lebenssituation.

Der Leitgedanke der Kita Mümmelmaus steht unter dem Motto:

„Ich mag Dich so, wie Du bist. Ich vertraue auf deine Fähigkeiten.

Wenn du mich brauchst, bin ich da. Versuche es zunächst einmal selbst.“

Der pädagogische Arbeitsschwerpunkt in der Einrichtung liegt in der Krippen-, und Naturpädagogik, in der Vorschularbeit und in der Integration von behinderten Kindern. Die Erzieherinnen arbeiten in offenen Bereichen, das ermöglicht den Kindern mehr Freiraum und Eigenständigkeit in der Wahl von Bezugspersonen, Spielmöglichkeiten und -partnern/innen.

Die Kinder haben die Möglichkeit unterschiedliche Räumlichkeiten, wie den Bewegungsraum, den Rollenspielraum und den Kreativbereich mit ihren vielfältigen pädagogischen Angeboten zu nutzen. Durch gezielte Angebote und Projekte zu Themen wie Ernährung, Sprache und Bewegung wird die Arbeit mit den Kindern vertieft.

Das in der Nähe der Einrichtung liegende Naturschutzgebiet Boberger Dünen und die Glinder Au ermöglichen den Kindern ein Naturerleben. Und das großzügig angelegte Außengelände mit Rasenflächen und einem Spielplatz bietet den Kindern ausreichend Spielraum im Freien.

Ist soziale Benachteiligung oder Armut von Kindern und Familien ein Thema in der Kindertagesstätte? Und wenn ja, wie nehmen die Erzieherinnen die sozial benachteiligten Kinder und ihre Familien wahr?

Die Erzieher/innen wissen, dass viele Familien aus dem Stadtteil deren Kinder in der Einrichtung betreut werden ein geringes Einkommen haben oder Sozialhilfe beziehen. Trennungen und Scheidungen in der Familie sind nicht selten; viele Kinder leben bereits im Vorschulalter in zweiten oder auch dritten Familienkonstellationen. Der Anteil von sehr jungen Müttern ist nicht unerheblich.

Sie nehmen die soziale Benachteiligung der Kinder in ihrer Einrichtung dadurch wahr, dass die Kinder zum Teil keine wettergerechte Kleidung tragen. Viele Kinder hatten bei Minusgraden keine Handschuhe an oder liefen mit Gummistiefeln draußen herum. Die Erzieher/innen beobachten auch das einige Kinder in ihrer Körperpflege nicht hygienisch versorgt sind.

Wie wirkt sich die Armut der Kinder gesundheitlich aus?

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut drückt sich nach Ansicht der Erzieher/innen darin aus, dass viele Kinder verstärkt Atemwegs- und allergische Erkrankungen haben; die Erzieherinnen führen diese Krankheitsbilder auf die psychischen Belastungen der Kinder und der mangelnden Gesundheitskompetenz der Eltern zurück. Auch rauchen z.B. die Eltern häufig zu Hause trotz eines Bronchialasthmas ihres Kindes.

Die Pädagogin reagiert darauf mit einem aufklärenden Gespräch über den Zusammenhang von Bronchialasthma und Passivrauchen.

Gesundheitliche Auswirkungen von Armut drückt sich auch in der verzögerten Entwicklung der Kinder im Bereich Sprache, Motorik, Wahrnehmung und Konzentrationsleistung. Auch haben auffallend viele Kinder einen schlechten Zahnstatus.

Im Kinderhaus Mümmelmaus gibt es einen hohen Anteil von ausländischen Kindern, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, wenn sie in die Einrichtung kommen. Dadurch entstehen nach Ansicht der Erzieher/innen Aggressionen unter den Kindern, weil sie keine Möglichkeit haben, sich verbal zu verständigen. Die Aggressionen drücken die Kinder auch dadurch aus, dass sie z.B. zuschlagen, weil sie keine andere Möglichkeit haben, dass was sie wollen, mitzuteilen.

Die Erzieherinnen bemerken besonders nach dem Wochenende, dass die Kinder stark „unter Strom stehen“ und sich erst mal austoben müssen, bevor sie sich auf andere Dinge konzentrieren können. Sie führen dies u.a. auf die mangelnden Bewegungsmöglichkeiten der Kinder zurück.

Dadurch kommt eine Unruhe in die Einrichtung, die durch die Erzieher/innen in der pädagogischen Arbeit aufgefangen werden muss. Dies geschieht durch gezielte pädagogische Angebote, wie im Bereich der Bewegungsförderung und im Kreativbereich, dort wird eine Ausdrucksmöglichkeit für die Kinder geschaffen.

Verhaltensprobleme bei Kindern zeigen sich nach Ansicht der Erzieher/innen auch dadurch, dass z.T. in den Familien die Kompetenz fehlt, konstruktiv mit Konflikten umzugehen. Sie beobachten, dass Eltern gewaltvoll mit ihren Kindern umgehen, die dann oftmals auch in der Einrichtung mit Gewalt reagieren oder die sich innerlich zurückziehen.

Die Einrichtung reagiert in der pädagogischen Arbeit auf die psychische und körperliche Situation der Kinder, indem sie besonders die Grundbedürfnisse der Kinder durch viel Zuwendung, Anerkennung, Mitsprache, Bewegung und Ernährung stillt.

Welche Ressourcen bringen die Kinder in die Kita-Arbeit mit ein?

Die Kinder zeigen in der Einrichtung trotz ihrer schwierigen sozialen Lage ganz viel Power, Kraft und Neugierde, dadurch können sie in ihrer Entwicklung vieles kompensieren.

Die Erzieherinnen versuchen diese Ressourcen zu nutzen und den Kindern Erfolgserlebnisse zu geben, ihr Selbstbewusstsein zu stärken und ihnen zu zeigen, dass sie, so wie sie sind, „richtig sind“.

Was für gesundheitsförderliche Angebote werden den Kindern gemacht?

Verschiedenste Angebote werden zur Gesundheitsförderung der Kinder im Kinderhaus Mümmelmaus gemacht.

Innerhalb eines Ernährungsprojekts können die Kinder in den gruppeninternen Kinderküchen Essen mit Anleitung der Erzieher/innen zubereiten und so eine gesunde Ernährungsweise kennen lernen. Allgemein bekommen die Kinder eine vollwertige Mischkost, die fettarm und zuckerreduziert ist. Ethnische und diätetische Bedürfnisse werden berücksichtigt.

Durch eine Ergotherapeutin können Kinder mit motorischen Auffälligkeiten auf Rezeptbasis behandelt werden, und bei sprachlichen Defiziten besteht eine Kooperation mit der Logopädischen Praxis im Stadtteil.

Einmal in der Woche gehen die Kinder in Gruppen zum Schwimmen. Die Ganztagskinder haben die Möglichkeit, die benachbarte Turnhalle zu besuchen, dort bietet F.I.P.S (Verein für Frühförderung, Integration, Prävention und Stadtteilarbeit) den Kindern eine gezielte Bewegungsförderung an.

Im Rahmen der Integrationsarbeit wird u.a. mit dem Werner-Otto Institut, der Praxis Kneisner, dem Institut Flehmig und den ortsansässigen Kinderärzten/innen zusammengearbeitet.

Wie geht die Einrichtung auf die Bedarfe der Eltern ein?

Die Einrichtung berücksichtigt die Bedarfe der Eltern und passt die Betreuungszeiten an die Le-

benslagen der Eltern an. Das ist nicht immer einfach, weil das finanzielle Budget dabei beachtet werden muss. Außerdem soll die Betreuung kostengünstig ausfallen und dabei die angebotenen Leistungen in einer guten Qualität erbracht werden. Die Eltern haben einen hohen Beratungs- und Unterstützungsbedarf:

Die beiden Einrichtungsleitungen müssen die Eltern beraten, mit ihnen die Formulare ausfüllen, sich beim Amt erkundigen, ob die Eltern den Antrag abgegeben haben.

Sie bieten den Eltern bei auftretenden Defiziten in der Entwicklung ihres Kindes Beratung und Hilfe an, so z.B. bei gravierenden Sprachauffälligkeiten wie, Stottern, Dysgrammatismus und Artikulationsproblemen. Sie informieren die Eltern über Ärzte/innen, Therapeutische Einrichtungen wie z.B. die logopädische- oder ergotherapeutische Praxis. Sie vermitteln Termine und führen klärende Telefonate mit diesen Institutionen.

Wie geht die Einrichtung mit sprachlicher und kultureller Vielfalt um?

Die Einrichtung betreut Kinder aus unterschiedlichen Nationen (Türkei, Afghanistan, Polen, Russland, Iran). Dadurch müssen sich die Erzieher/innen, so weit es ihnen möglich ist, auf die sprachlichen- und kulturellen Gegebenheiten in den Familien einstellen und damit umgehen. Die Akzeptanz von kulturell geprägten Entscheidungen der Eltern ist für die Erzieher/innen in einigen Fällen nicht leicht zu akzeptieren, wie z.B. das fehlende Einverständnis der Eltern, Mädchen an bestimmten Aktivitäten, wie schwimmen gehen, teilnehmen zu lassen. Aus Sicht der Pädagoginnen erlebt das Kind in diesem Moment eine Ausgrenzung, die sie nicht gutheißen.

Durch das thematische Aufgreifen von Feiertagen aus dem internationalen Feiertagskalender versucht die Einrichtung auf die verschiedenen Kulturen einzugehen. Außerdem berücksichtigt sie die ethnischen Ernährungsgewohnheiten, so weit dies möglich ist.

Sprachliche Barrieren bei Gesprächen entstehen häufig, da die meisten ausländischen Mütter als Ansprechpartnerin nicht gut deutsch können. Die Einrichtung behilft sich bei wichtigen Elterngesprächen mit Dolmetschern/innen oder anderen Müttern und Vätern, die übersetzen können.

Wie bezieht die Einrichtung die Eltern mit in ihre Arbeit ein?

Allgemein versuchen die Erzieher/innen allen Eltern gegenüber eine zugewandte Haltung zu haben. Sie informieren die Eltern über die Entwicklung ihres Kindes und die alltäglichen Erlebnisse. Der Kontakt zwischen Erzieher/innen und Eltern besteht u.a.m. bei Elternabende, die aber nach Ansicht der Erzieher/innen leider zu wenig von den Eltern besucht werden. Die Erzieher/innen haben trotzdem das Gefühl, einen guten Kontakt zu den Eltern zu haben. Die Ursache für das mangelnde Interesse am Elternabend wird seitens der Erzieher/innen so interpretiert, dass die Eltern einerseits durch eine stressige Arbeit und persönliche Überforderung und Ungeübtheit, andererseits aber auch aus Desinteresse nicht zu Elternabenden kommen. Die Erzieher/innen haben deshalb eher den Kontakt zu den Eltern während Elterngesprächen, bei Tür- und Angelgesprächen und bei Festen.

Wie öffnet sich die Einrichtung innerhalb des Stadtteils?

Die Einrichtung öffnet sich innerhalb des Stadtteils durch die Teilnahme am internationalen Stadtteilst. Beim Sommerfest haben Familien aus dem Stadtteil die Möglichkeit in die Einrichtung hinein zu schnuppern und erste Informationen über die Einrichtung zu erhalten. Es besteht für Eltern, deren Kinder vom Kinderhaus betreut werden, die Möglichkeit, Räumlichkeiten für Familienfeste kostengünstig zu mieten.

Welche besonderen Anforderungen werden an die Erzieher/innen gestellt?

Die Arbeit mit sozial benachteiligten Familien stellt hohe Anforderungen an die Erzieher/innen. Sie müssen eine gute Beobachtungsgabe für körperliche und seelische Auffälligkeiten bei Kindern haben, mit den Defiziten der Kinder umgehen können und den Eltern viel Unterstützung geben. Diese zusätzlichen Kompetenzen erlangen die Pädagogen/innen durch Fortbildungen im Bereich Elternarbeit, psycho-motorische Entwicklungsförderung, Sprachförderung der Kinder, Umgang mit

Auffälligkeiten, Integration und Teamgesprächen mit Fallbesprechungen etc.

Um den wachsenden Anforderungen der Arbeit mit sozial benachteiligten Familien gerecht zu werden und die auftretenden psychischen Belastungssituationen zu kompensieren, würden sich die Erzieher/innen folgende Unterstützung ihrer pädagogischen Arbeit wünschen:

Regelmäßige Supervision in der Einrichtung, insbesondere wenn ein Problemfall mit einem Kind oder deren Familie auftritt.

Eine verstärkte Unterstützung in der Arbeit mit den sozial benachteiligten Familien durch die Allgemeinen sozialen Dienste wie z.B. die Erziehungsberatungsstelle.

Die Pädagoginnen stellen fest, dass Behörden und Anlaufstellen für Familien im Stadtteil immer weiter abnehmen, obwohl die Probleme wie Gewalt in Familien, Vernachlässigung von Kindern zunimmt.

Welche weiteren Unterstützungsbedarfe haben die Erzieher/innen?

Die Erzieher/innen wünschen sich eine höhere Anerkennung und Aufwertung ihres Berufsstandes. Die Pädagoginnen sind der Meinung, dass die politischen und gesellschaftlichen Anforderungen auch angesichts der Ergebnisse der Pisastudie zur verstärkten Bildungsvermittlung in Kindertagesstätten und Kindergärten nur durch eine verbesserte Ausbildung, einer verbesserten Vergütung, eine Erhöhung des Personalschlüssels und durch erhöhte Zugangsvoraussetzungen zu diesem Beruf erreicht werden können.

Sie wünschen sich eine verbesserte Transparenz was an den Erzieherinnenfachschulen den Auszubildenden vermittelt wird und eine zeitliche Steigerung der Praxistätigkeit in den Einrichtungen, damit die Praktikanten/innen ausreichend Möglichkeiten haben, den Umgang mit Kindern und ihren Familien zu erlernen.

Kontakt:

Rudolf-Ballin-Stiftung

Kindertagesstätte „Kinderhaus Mümmelmaus“

Ulrike Muß

Paul Kleestraße 3

22115 Hamburg

Berichte aus der Praxis: Vorstellung der Kita Sehpferdchen

Die Kita Sehpferdchen ist eine Einrichtung des Arbeiter Samariter Bundes und befindet sich im Stadtteil Heimfeld im Bezirk Harburg.

Es werden ca. 60 Kinder zwischen 3 Jahren bis zum Schulalter, halbtags oder ganztags im Elementar- und Hortbereich betreut.

Personell ist die Kita mit zwei Leitungskräften, die für die Finanzen, Verwaltung und die pädagogische Leitung zuständig sind und mit 8 Erzieher/innen, einer hauswirtschaftliche Betriebsleiterin, einer Küchenkraft und einer Reinigungskraft ausgestattet.

Mit welchem Pädagogischen Konzept arbeitet die Einrichtung?

Dem pädagogischen Konzept liegt die Reggio-Pädagogik zugrunde, in der die Wahrnehmung von Kindern im Mittelpunkt steht. Der bekannteste Vertreter dieser Pädagogik war Prof. Loris Malaguzzi, er hat in seinem Gedicht „Die 100 Sprachen“ verdeutlicht, was die Persönlichkeit eines Kindes ausmacht.

„Das Kind hat 100 Sprachen, 100 Hände, 100 Weisen zu denken, zu sprechen und zu spielen, 100 Welten zu träumen. Das bedeutet ein Kind hat 100 verschiedene Ausdrucksmöglichkeiten, worüber es seine Identität entwickelt und findet.“

Das ist in der Einrichtung der grundsätzliche gesundheitsförderliche Ansatz:

die Kinder in ihren Ausdrucksmöglichkeiten zu fördern, sie in dem bestärken, zu sagen was sie wollen und ihre körperlichen und psychischen Bedürfnisse zu befriedigen.

Die Kita Sehpferdchen arbeitet mit den Kindern in festen Gruppen, um den Kindern Orientierung und Sicherheit durch feste Bezugspersonen zu geben. Das bedeutet für die Einrichtung aber nicht, dass die Kinder sich im Haus nicht frei entfalten dürfen, denn es bestehen gruppenübergreifende Angebote und die Kinder können selbständig entscheiden, welches Angebot, aus welcher Gruppe sie mitmachen möchten, je nachdem, wozu sie Lust haben.

Dazu macht die Kita Sehpferdchen den Kindern breitgefächerte Angebote in den Bereichen, Ernährung, Sprache, Bewegung, Gestaltung und Natur erleben.

Spezielle Themen wie Wohnen und Einrichten oder Sprache werden in Projekten mit den Vorschulkindern bearbeitet.

Die Einrichtung entscheidet jährlich welches Thema den Schwerpunkt in der pädagogischen Arbeit bilden soll.

Ist soziale Benachteiligung oder Armut von Kindern und Familien ein Thema in der Kindertagesstätte? Und wenn ja, wie nehmen die Erzieher/innen die sozial benachteiligten Kinder und ihre Familien wahr?

Soziale Benachteiligung wird von den Erzieher/innen auf vielfältigen Ebenen wahrgenommen. Armut äußert sich ihrer Meinung nach z.B. darin, dass viele Kinder nicht wettergerecht gekleidet sind oder dass die Schuhe nicht passen. Den Erzieher/innen fällt auf, dass Eltern und Kinder es vermeiden häusliche Einladungen auszusprechen. Dahinter vermuten die Erzieher/innen eine Scham der Familien für die ärmlichen Wohnverhältnisse. Einladungen zu Geburtstagen stoßen nicht immer auf Freude, weil kein Geld da ist, um ein Geschenk zu kaufen, das in den Augen der Eltern auch ausreichend teuer sein muss. Dadurch entsteht eine Isolation des Kindes, die sich negativ auf die psychische Situation des Kindes auswirken kann.

Darüber hinaus nehmen die Erzieherinnen die Armut der Familien dadurch wahr, dass sie nicht in der Lage sind monatlich anteilmäßig die Betreuung ihres Kindes zu bezahlen. In einem Gespräch mit der Leitungskraft wird dann eine Ratenzahlung diskutiert.

Es gibt nach Ansicht der Erzieher/innen Eltern, die Erkrankungen ihrer Kinder nicht richtig wahr-

nehmen, weil die Kompetenz fehlt, richtig mit Erkrankungen des Kindes umzugehen. Das heißt, sie können eine Erkältungskrankheit nicht als positiven Entwicklungsprozess wahrnehmen. Arztbesuche werden häufig gemacht, wo z.B. Medikamente wie Antibiotika schnell bei der Hand sind, ohne das von den Eltern hinterfragt wird, ob die Gabe von Antibiotika, bei der vorliegenden Erkrankung ihres Kindes überhaupt nötig ist. Auch erkennen die Eltern einen möglichen Zusammenhang zwischen innerfamiliären Problemen und daraus resultierenden Erkrankungen, die psychisch bedingt sein können, bei ihren Kindern nicht.

Wie wirkt sich die Armut der Kinder gesundheitlich aus?

Bei einigen Kindern zeigen sich den Erzieher/innen körperliche und psychische Auffälligkeiten auf verschiedenste Art und Weise:

Motorisch zeigen sich Bewegungsunsicherheiten, es gibt Kinder die oft hinfallen, mit anderen Kindern zusammenrempeln. Die Ursache dafür sehen die Erzieherinnen darin, dass die Kinder zu Hause wenig Möglichkeiten haben, sich ausreichend zu bewegen. Bedingt wird dieser Bewegungsmangel auch durch beengte Wohnverhältnisse, durch eingeschränkte Möglichkeiten wohnortnahen Spielraum zu nutzen und auch, weil die Eltern wenig mit ihren Kindern raus gehen.

Verhaltensauffälligkeiten wie z.B. motorische Unruhe, Aggressionen und Rückzug in sich selbst, zeigen sich den Erzieher/innen vor allen Dingen bei Kindern, die in ihrer Persönlichkeit nicht wahrgenommen werden. Sie merken, dass der Wunsch der Kinder nach Zuwendung und Bestätigung ihres Selbstwertgefühls von den Eltern als Belastung wahrgenommen oder ignoriert wird. Die Erzieher/innen können dadurch auftretende Eltern-Kind-Konflikte beobachten, die zu Aggressionen beim Kind und bei den Eltern führen.

Die Einrichtung nimmt bei einigen Kindern eine Einschränkung in der sprachlichen Ausdrucksweise wahr. Dabei ist es auffällig, dass, nicht nur die ausländischen Kinder einen Sprachförderungsbedarf haben.

Welche Ressourcen bringen die Kinder in die Kita-Arbeit mit ein?

Die Kita Sehpferdchen begegnet der pädagogischen Herausforderung der Arbeit mit sozial benachteiligten Familien mit vielfältigen Angeboten die sich nicht nur an das Kind, sondern an die ganze Familie richtet.

Die Erzieher/innen sehen in ihrer Arbeit, dass viele Kinder – trotz ihrer schwierigen sozialen Lage positive Ressourcen haben, um die vorhandene soziale Benachteiligung auszugleichen und sich psychisch und körperlich gesund zu entwickeln. Sie sind kreativ, offen für Neues und Unbekanntes, sie nehmen die ihnen gebotenen Möglichkeiten an und gehen mit Experimentierfreude an manches Projekt heran.

Wie begegnet die Einrichtung in ihrer pädagogischen Arbeit der sozialen Benachteiligung von Kindern?

Die Angebote zur Förderung der gesunden Entwicklung des Kindes sind vielfältig. Die Erzieherinnen gehen mit den Kindern schwimmen und turnen. Sie bauen und turnen mit den Kindern an der geliebten Bewegungsbaustelle, machen Rollenspiele mit den Kindern und schaffen dadurch vermehrt Sprech- und Bewegungsanlässe, wo die Kinder sich miteinander auseinandersetzen müssen.

In der Morgenrunde können die Kinder mittels eines Sprachrohres Erlebtes mitteilen. Sie haben das Gefühl, dazu zu gehören und mit ihrer Stimme gehört zu werden.

Im Bereich der gesunden Ernährung gibt es verschiedene Angebote für die Kinder, sie haben die Möglichkeit durch das offene Frühstück mit Büffet selber zu entscheiden, wann sie essen wollen und wie viel. Eine ausgewogene Ernährung ermöglicht den Kindern verschiedene Lebensmittel und unterschiedliche Geschmackserlebnisse zu erfahren. Eine direkte Erkenntnis aus dem Projekt und der theoretischen Auseinandersetzung ist gesunde Ernährung auch als Teil der Geschmackserziehung und Körperwahrnehmung zu betrachten. Das Kind konstruiert seinen Geschmack. Die Einrichtung arbeitet mit der Hypothese: Geschmackserziehung und Geschmacksbildung ist wie

eine Art „Spracherziehung“. Das Kind wählt und vertieft die Geschmäcker, die seinen aktuellen Entwicklungsimpulsen und physiologischen Bedürfnissen entsprechen. Es sollte ein reichhaltiges, ernährungsphysiologisch sinnvolles Angebot vorhanden sein, damit möglichst viele unterschiedliche Bedürfnisse gestillt werden.

Um die Körperwahrnehmung zu stärken wurde den Kindern im Projekt vermittelt, was mit dem Essen im Körper geschieht, welche Bedeutung haben z.B. die Zähne und dann darüber auch die Einsicht der Kinder, warum die Zähne regelmäßig gepflegt werden müssen.

Was bietet die Einrichtung zur Sprachförderung von Kindern an?

Durch eine Initiative des Pastors aus der Kirchengemeinde Heimfeld kam das Projekt „Kooperative Sprachförderung im Vorschulalter“ zustande. Es beinhaltet die Sprachförderung von ausländischen Kindern in vier Heimfelder Kindertagesstätten, darunter auch die Kita Sehpferdchen. Das Projekt wurde durch eine Kooperation des Fachbereichs Erziehungswissenschaft der Universität Hamburg ermöglicht.

Wie geht die Einrichtung mit der sprachlichen und kulturellen Vielfalt der Familien um?

In der Kita Sehpferdchen finden weiterhin interne Projekte zur Sprachförderung statt so z.B. unter dem Motto „Märchen und Poesie“. Eltern, Verwandte oder interessierte Bürger/innen aus dem Stadtteil sind in die Einrichtung eingeladen, um den Kindern Märchen in ihrer Sprache vorzulesen. Dies soll nicht nur die Sprache der Kinder fördern, sondern auch eine Brücke sein zwischen den verschiedenen Kulturen der Familien. Die ausländischen Familien erfahren dadurch eine Wertschätzung ihrer Kultur.

Damit begegnet die Einrichtung auch Sprachbarrieren der Kinder, denn sie trauen sich durch dieses Sprachprojekt mit weniger Scheu deutsch zu sprechen.

Sprachbarrieren bei Eltern stellt für die Einrichtung kein großes Problem dar, weil das Team mehrsprachig zusammengesetzt ist, so besteht meist die Möglichkeit einer Übersetzung.

In der Veranstaltungsreihe des Arbeitskreises „Gesundes Heimfeld“ fühlen sich auch ausländische Familien in der Einrichtung willkommen.

Einladungen werden mehrsprachig gedruckt und während der Veranstaltung steht eine Übersetzerin zur Verfügung.

Wie bezieht die Einrichtung die Eltern in den Kita-Alltag mit ein?

Innerhalb der Elternarbeit werden die Eltern durch verschiedene Kontaktangebote angesprochen wie Elternabende, Tür- und Angelgespräche, Feste etc..

Bei Neuerungen in der pädagogischen Arbeit werden die Eltern informiert und in Entscheidungsprozesse durch Diskussionen einbezogen. Die Erzieherinnen merken durch diese zugewandte Haltung, dass sich auch die Eltern in der Einrichtung wohl fühlen. Sie engagieren sich bei Festen, lesen den Kindern im Märchenzelt vor, und bleiben auch bei der Abholung noch gerne für eine Unterhaltung im Haus.

Wie öffnet sich die Einrichtung innerhalb des Stadtteils?

Die Arbeit mit den Familien in der Einrichtung wird durch Kooperationen mit anderen Institutionen unterstützt. Dazu zählt bspw. der Arbeitskreis „Gesundes Heimfeld“, in dem zur Zeit 13 Institutionen vertreten sind, u.a. der Förderverein Heimfeld, die Mütterberatung des Gesundheitsamtes Harburg, der Jugendclub Heimfeld und die Stadtteildiakonie. Im Arbeitskreis entstehen gesundheitsförderliche Angebote, die sich auf die Bürger/innen des Stadtteils beziehen und die Kita Sehpferdchen aktiv mit einbezieht. Innerhalb der Einrichtung finden Vorträge zu gesundheitsbezogene Themenfeldern statt wie z.B. „*Iss, damit Du groß und stark wirst! Gesund essen – bei Penny und Aldi einkaufen*“. Von diesen Veranstaltungen profitieren Eltern und ihre Kinder. Dadurch ist auch eine Öffnung der Einrichtung innerhalb des Stadtteils gegeben. Außerdem finden besondere Aktionen der Kinder und Erzieher/innen statt. In der Weihnachtszeit wurde z.B. eine Märchenstrasse in Geschäften ausgestellt, um auch andere Kinder aus dem Stadtteil zum Lesen zu motivieren.

Die Einrichtung wird ehrenamtlich durch den Zeitspendendienst des ASB unterstützt, z.B. wenn es um kleinere Reparaturarbeiten oder das Tippen von Texten geht.
Es gab Spenden für das Sprachprojekt von der Kirchengemeinde und vom Rotary-Club.

Welche weiteren Unterstützungsbedarfe sehen die Erzieherinnen?

Eine Unterstützung ihrer wichtigen pädagogischen Arbeit mit Kindern aus sozial benachteiligten Familien erfahren die Erzieher/innen darüber hinaus durch verschiedenste Fortbildungsangebote in Bereichen der Projekt- und Elternarbeit, im musiktherapeutischen Bereich und im Bereich der Konfliktbewältigung als auch durch regelmäßig stattfindende Teambesprechungen, wo u.a. über den Entwicklungsstand einzelner Kinder, Probleme im Team und über organisatorische Abläufe im Kita-Alltag gesprochen wird.

Die Einrichtung würde sich im Sprachförderungsbereich noch mehr Unterstützung wünschen, weil sie die frühe Förderung der Sprache bei Kindern als ein sehr wichtiges Thema betrachten. Die Erzieher/innen haben festgestellt, dass dieser Bereich in Fortbildungen kaum berücksichtigt wird. Auch die derzeitige Situation der Umstrukturierungsphase durch die Einführung des Kita Gutscheinsystems, der eine Einschränkung des Hauswirtschaftsbereiches zu Folge haben könnte, beschäftigt die Erzieher/innen sehr. Denn sie sehen wie dringend ihre Kinder eine vollwertige Ernährung und frisch zubereitetes Essen benötigen. Daher würden sie es als sinnvoll ansehen, eine finanzielle Unterstützung zum Erhalt ihres hauswirtschaftlichen Bereichs zu bekommen.

Kontakt:

Arbeiter Samariter Bund
Kindertagesstätte „Sehpferdchen“
Angela Rüpke
Nobleéstraße 38
21075 Hamburg

Berichte aus der Praxis: Vorstellung der Kita Lothringer Straße

Die Kita Lothringer Straße ist eine Einrichtung der Vereinigung städtischer Kindertagesstätten und befindet sich im Stadtteil Dulsberg im Bezirk Hamburg-Nord.

Es werden 145 Kinder im Alter von 8 Wochen bis 14 Jahren, halbtags oder ganztags im Krippen-, Elementar- und Hortbereich betreut.

Personell ist die Kita mit 17 Erzieher/innen und 5 Hauswirtschaftsmitarbeiter/innen ausgestattet.

Mit welchem pädagogischen Konzept arbeitet die Einrichtung?

Die Erzieher/innen praktizieren das Konzept der offenen Arbeit mit Erlebnisräumen, d.h. die Kinder sind bis auf die Gruppenbesprechung am Morgen nicht in Gruppen aufgeteilt. Die Kinder haben dadurch die Möglichkeit frei zu entscheiden, was für Angebote sie wahrnehmen möchten. Die Erzieher/innen haben durch die offene Arbeit eine erweiterte Sichtweise aufs Kind, weil das Kind nicht ausschließlich Kontakt zu einer Betreuungsperson hat.

Um das Konzept der offenen Arbeit umzusetzen, bedarf es einer Organisationsstruktur, die ausreichend Raum für Kommunikation vorsieht. Auf individueller Ebene setzt die offene Arbeit auf die Bereitschaft der Mitarbeiter/innen Verbesserungsvorschläge und Kritik von Kolleginnen und Kollegen anzunehmen.

Ein Schwerpunkt der Arbeit der Erzieher/innen liegt im Bereich der Frühförderung. Sie haben für sich erkannt, dass die frühe Förderung bereits bei Kindern im Krippenalter anfangen muss. Die Erzieher/innen beziehen den Begriff Frühförderung auf alle Bereiche, die dem Kind eine gesunde Entwicklung ermöglicht. Dazu zählen die Bereiche wie Sprache, Senso-Motorik und Wahrnehmung. Durch die angewandte Psychomotorik gibt es eine ganzheitliche Förderung des Kindes über Bewegung, Wahrnehmung und Spiel. Rechtzeitig angewandt, kann man Defizite, Auffälligkeiten und Schwächen verändern, die Stärken, Bedürfnisse, Vorlieben des Kindes erkennen.

Die Kita ist mit verschiedenen Erlebnisräumen gestaltet, in denen sich die Kinder frei entfalten können. Es gibt unter anderem den Naturraum, in dem die Kinder mit allen Sinnen die Natur mit selbst gesammelten Fundstücken aus dem Wald nachempfinden können. Den Musikraum, in dem die Kinder mit verschiedensten Instrumenten wie, Klangstäben und Holzrasseln musizieren können. Den Bewegungsraum, der unter anderem mit Turnmatten und Kletterwänden ausgestattet ist.

Das Außengelände der Einrichtung ist großzügig mit Schaukelelementen, Kletterhügeln, Rutschen, Fühlbeet u.s.w. gestaltet.

Ist soziale Benachteiligung oder Armut von Kindern und Familien ein Thema in der Kindertagesstätte. Und wenn ja, wie nehmen die Erzieher/innen die soziale Benachteiligung von Kinder und Familien wahr?

Die Kindertagesstätte befindet sich in einem „sozialen Brennpunkt“, daher ist soziale Benachteiligung von Kindern und Familien ein Thema in der Einrichtung. Die Einrichtung betreut viele Kinder aus Familien, denen ein geringes Einkommen zur Verfügung steht oder die Sozialhilfe beziehen. Auch sind allein erziehende Mütter keine Seltenheit. Die Erzieher/innen nehmen die Auswirkungen von Armut an der psychischen und körperlichen Entwicklung der Kinder wahr.

Nach Ansicht der Erzieher/innen bekommt ein großer Teil der Kinder wenig Sinnesförderung seitens ihrer Eltern. Die Kinder werden vor dem Fernseher „geparkt“ und erleben dadurch nur eine einseitige visuelle Wahrnehmung. Die Eltern haben durch Problemlagen, in denen sie sich teilweise befinden und durch ihre Berufstätigkeit, wenig Zeit und Muße etwas Gemeinsames mit ihren Kindern zu unternehmen.

Welche gesundheitlichen Auffälligkeiten nehmen die Erzieher/innen bei den Kindern wahr?

In der Entwicklung der Kinder beobachten die Erzieher/innen Auffälligkeiten in der Sprache, wie z.B. die Verzögerung des Spracherwerbs, Stottern und Dysgrammatismus.

Es gibt viele Kinder in der Einrichtung, die in mehrsprachigen Familien aufwachsen. Die Eltern vermischen in Unterhaltungen mit ihren Kindern ihre Sprache mit Teilen der deutschen Sprache. Die Kinder haben dadurch Probleme mit dem Spracherwerb. Im psychomotorischen Bereich sehen die Erzieher/innen, dass die Kinder in Anbetracht ihrer altersentsprechenden Entwicklung, Konzentrations- und Koordinationsschwierigkeiten haben. Sie können z.B. nicht Rückwärtslaufen, oder auf einem Bein hüpfen.

In der Einrichtung gibt es übergewichtige Kinder, die Ursache dafür ist nach Ansicht der Erzieher/innen eine zu einseitige und kalorienreiche Ernährung und ein Mangel an Bewegung.

Den Erzieher/innen beobachten im Bereich Verhaltensauffälligkeiten, verhaltensoriginelle und in sich gekehrte Kinder. Die verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen zwischen den Kindern werden verstärkt durch mangelnde Kommunikationsmöglichkeiten der Kinder sich verbal auseinander zu setzen, durch einen nicht altersgerechten Fernsehkonsum oder durch psychische Belastungen.

Darüber hinaus können psychische Belastungen in einem seelischen Rückzug der Kinder sichtbar werden.

Welche Ressourcen bringen die Kinder mit?

Die Erzieher/innen sehen, dass die Kinder Ressourcen mitbringen. Sie können beobachten, dass Kinder mit Geschwistern, eine höhere soziale Kompetenz mitbringen, die sich in der Hilfsbereitschaft gegenüber anderen Kindern oder Geschwisterkindern zeigt. Wenn sich Geschwisterkinder zusammen in der Einrichtung befinden wird seitens der Erzieher/innen darauf geachtet, dass sie sich zueinander abgrenzen können, um ihnen eine eigenständige Entwicklung zu ermöglichen. Kinder die durch Problemlagen in den Familien früh auf sich selbst gestellt waren, wirken nach Ansicht der Erzieher/innen, oftmals selbständiger und selbstbewusster, als die Kinder, die behütet aufgewachsen sind.

Welche pädagogischen Angebote werden den Kindern gemacht?

Die gesunde Entwicklung der Kinder wird durch vielfältige pädagogische Angebote gefördert. Einmal in der Woche starten die Kinder bei fast jedem Wetter zu ihrem Umwelttag, in verschiedene Wälder und Naturschutzgebiete in der Hamburger Umgebung.

Durch dieses Projekt sollen die Kinder Sinneserfahrungen erleben und psychomotorisch in ihrer Entwicklung gefördert werden. Sie lernen dabei achtsam mit der Natur umzugehen.

Die Motorik zieht sich wie ein roter Faden durch die Angebote und ist die Basis für eine ganzheitliche Entwicklungsförderung. Die Erzieher/innen gehen mit den Kindern zum Schwimmen und machen Rhythmik-Angebote. Sie besuchen die Kinderdisco im Haus der Jugend und nutzen die benachbarte Turnhalle um den Kindern spezielle Bewegungsangebote zur Koordinations-, Gleichgewichts- und Konzentrationsförderung mit unterschiedlichen Materialien zu machen.

Damit die Kinder lernen sich sicher im Stadtteil zu bewegen, werden u.a. Spielplätze in der näheren Umgebung besucht.

Im Kunstprojekt erleben die Kinder eine visuelle und taktile Förderung und eine Anregung ihrer Phantasie. Ein Museumsbesuch ist der Abschluss des Projektes.

Im Bereich Ernährung wird den Kindern täglich frisch zubereitetes Essen mit viel Obst und Gemüse angeboten. Die Kinder essen im Kinderrestaurant in kleineren Gruppen, damit sie ihr Essen in einer ruhigen Atmosphäre einnehmen können. Sie werden in ihrer Selbständigkeit gefördert, sie entscheiden mit wem sie essen gehen und wann. Eine Gruppe deckt den Tisch und verteilt Einladungskarten. Den Schulkindern wird die Möglichkeit gegeben, getrennt von den Krippen- und

Elementarkindern ihre Mahlzeit einzunehmen, da sie andere Mitteilungsbedarfe haben. Ausländische Kinder mit Sprachproblemen, bekommen einmal wöchentlich Sprachförderung durch eine externe Kraft, die Lehrerin für Erwachsenenbildung ist.

Im Atelier findet unter anderem ein Angebot einer Erzieherin statt, die eine Fortbildung besucht hat mit dem Titel „Malen zum Aggressionsabbau bei Kindern“.

Im Rollenspielraum, können sich die Kinder verkleiden und mit Handpuppen spielen. Durch das Rollenspiel können die Kinder ihre Gefühle und Phantasien ausdrücken. Den Erzieher/innen bietet der Rollenspielraum eine gute Möglichkeit, die Kinder in ihrem Verhalten zu beobachten und dabei auf Auffälligkeiten aufmerksam zu werden.

Der Ruheraum mit einer gemütlichen Kuschelecke, soll den Kindern ein Ort der Besinnung sein, wo sie die Möglichkeit haben sich aus dem Kita-Alltag zurück zu ziehen. Er ist auch als Sinnesraum eingerichtet mit unterschiedlichen Materialien zum Fühlen, Riechen u.s.w..

Um das seelische Wohlbefinden der Kinder zu stärken sehen die Erzieher/innen es als wichtig an, die Kinder zu beteiligen, ihre Wünsche und Vorstellungen zu achten und sie in ihrer Selbstständigkeit zu fördern. Einmal am Tag wird mit den Kindern eine halbe Stunde besprochen, was in den einzelnen Erlebnisräumen angeboten wird und was in der Woche an Ausflügen stattfindet. Die Kinder können in der Besprechung äußern, was sie von den Angeboten wahrnehmen möchten. Wenn in der Einrichtung ein Fest geplant wird, können die Kinder Vorschläge einbringen.

Wie gehen die Erzieher/innen mit der sprachlichen und kulturellen Vielfalt um?

In der Einrichtung werden viele ausländische Kinder betreut. Sie stammen aus ca. 12 verschiedenen Nationen (Ghana, Türkei, Iran, Afghanistan, Polen, Bangladesch, Kenia, Russland etc.). Daher ist es notwendig, dass sich die Erzieher/innen in ihrer pädagogischen Arbeit auf die Familien mit einem anderen kulturellen Hintergrund einstellen und eine große Toleranz mitbringen. In der Arbeit mit ausländischen Eltern wird Rücksicht auf die Sprachbarrieren genommen, indem eine Mitarbeiterin mit gleichem kulturellem Hintergrund das Gespräch übersetzt.

Die Erzieher/innen und Eltern tauschen kulturelle Informationen aus, sprechen z.B. über die traditionellen Feiertage, oder über die Fastenzeit. Die Erzieher/innen gestalten gemeinsam mit Eltern und Kindern einen afrikanischen Tag. Es wurde über die Sitten und Gebräuche der afrikanischen Kultur gesprochen. Die Eltern zeigten sich sehr aufgeschlossen und freuten sich, den Erzieher/innen und Kindern die afrikanische Küche nahe zu bringen. In der Einrichtung wird das Essen für moslemische Kinder ohne Schweinefleisch zubereitet.

Die sprachlichen und kulturellen Barrieren bemerken die Erzieher/innen durch die Zurückhaltung ausländischer Eltern, häufig beim Elternabend. Sie erscheinen selten und beteiligen sich eher wenig an Gesprächen. Ausnahme bilden die türkischen Eltern die sich schon seit der 1. oder 2. Generation in Deutschland befinden. Die Erzieher/innen wünschten sich seitens der Eltern ein größeres Vertrauen, das den Eltern ermöglicht, sich mit Fragen zur Erziehung ihrer Kinder an sie zu wenden und sich mehr Informationen über die pädagogische Arbeit mit den Kindern zu erfragen.

Welche Ressourcen bringen die Eltern mit in die Kita-Arbeit ein?

Die Eltern werden durch die Informationstafel am Eingang der Einrichtung über bevorstehende Feste informiert und gefragt, was sie zu dem Fest beisteuern möchten. Eine weitere ehrenamtliche Tätigkeit von Eltern in der Einrichtung gibt es nicht und wird von den Erzieherinnen aus versicherungstechnischen Gründen als schwierig angesehen. Wünschenswert wäre aus Sicht der Erzieher/innen, dass die Eltern häufiger Fragen zur Pädagogik und zum Konzept stellen würden und zu einer Hospitation in der Einrichtung bereit wären, um ihnen die Arbeit zu erklären.

Wie bezieht die Einrichtung die Eltern in ihre Arbeit ein?

Im letzten Sommer gab es einmal in der Woche im Außengelände einen Eltern-Klönschnack. Dieses Angebot zur Förderung der Elternkontakte untereinander wurde gut angenommen. Aufgrund der persönlichen Umstände der Familien, gestaltet sich die Elternmitarbeit momentan recht schwierig. Es finden viele „Tür- und Angelgespräche“ statt. Das Anliegen der Erzieher/innen ist es, die Eltern verstärkt mit in die Arbeit einzubeziehen.

Wie geht die Einrichtung auf die Bedarfe der Eltern ein?

Die Erzieher/innen reagieren auf die Bedarfe der Eltern, indem sie mit ihnen Gespräche zur Entwicklung ihrer Kinder führen. Die Eltern werden über die Stärken und Auffälligkeiten der Kinder informiert und die Erzieher/innen stehen mit fachlichem Rat und Unterstützung zur Seite. Sie begleiten auf Wunsch die Familien zur Beratung ins Werner-Otto Institut.

In welcher Weise leistet die Einrichtung Öffentlichkeitsarbeit?

Die Kita arbeitet aktiv in zwei Arbeitsgruppen im Stadtteilbüro Dulsberg mit. Sie veranstaltet einen Tag der offenen Tür, um ihre pädagogische Arbeit und die Einrichtung interessierten Bürgern/Bürgerinnen, insbesondere Familien, vorzustellen.

Sie bietet Kindern aus dem Stadtteil nach Feierabend die Möglichkeit, das Außengelände zum Spielen zu nutzen.

In der Zeitschrift der Vereinigung veröffentlicht die Einrichtung Artikel über die pädagogische Arbeit mit den Kindern.

Welche besonderen Anforderungen an die Erzieher/innen bestehen in der Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern und Familien?

Die Erzieher/innen müssen in ihrem pädagogischen Beruf jedem einzelnen Kind Liebe und Achtung entgegen bringen. Sie müssen u.a. die Stärken und Auffälligkeiten durch Beobachtung der Kinder erkennen, Teamfähigkeit beweisen, Sozialverhalten den Kindern vorleben und Kenntnisse über Entwicklungsförderung haben. Um den besonderen Anforderungen an ihre Arbeit gerecht zu werden, müssen sich die Erzieher/innen stetig weiterbilden.

Fortbildungen werden dem Bedarf entsprechend ausgewählt, wie z.B. „Psychische Belastungen von Kindern durch Bewegung abbauen“, „Wie kann man die Sinne der Kinder fördern?“, „Wie fördert man die Konzentration von Kindern?“, „Umgang mit Eltern und musikalische Fortbildungen“.

Mit welchen Institutionen kooperiert die Einrichtung und wie gestalten sich diese?

Die Einrichtung ist stetig in Kontakt zu anderen Institutionen, um sich Rat und Unterstützung für ihre pädagogische Arbeit zu holen. Sie ist vertreten im HAG Arbeitskreis „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Hamburg“, um den Bereich Frühförderung zu transportieren.

Sie wendet sich an die Behörde für Umwelt und Gesundheit, um Informationen über die Einwerbung von Finanz- und Sachmitteln zu erhalten. Eine Erzieherin nimmt regelmäßig an Treffen von Spielräume e.V. teil, um sich mit Sportwissenschaftlern/innen, Architekten/innen und Lehrern/innen u.s.w. auszutauschen und ein Netzwerk zu bilden. Außerdem nimmt sie einmal monatlich an der Quartiersversammlung teil, um das Anliegen der Kita zu vertreten. Sie kooperieren mit dem Kindertagesstättenbereich, das für die Antragsstellung und den Kita-Gutschein zuständig ist. Die Kita-Leitung nimmt an der Stadtteilkonferenz teil. Die Vernetzung der einzelnen Kitas der Vereinigung im Stadtteil erfolgt durch ein Treffen der Kita-Leitungen (Regio-Gruppe).

In welchen Bereichen hat die Einrichtung einen weiteren Unterstützungsbedarf und wie müsste dieser gestaltet sein?

Die Erzieher/innen sehen im Bereich Sprach- und Bewegungsförderung, Frühförderung und

Schularbeitenhilfe einen weiteren Unterstützungsbedarf. Sie wünschen sich, dass die Sprachförderung nicht erst im Vorschulalter beginnt, sondern so frühzeitig wie möglich. Um die Bewegungsangebote für die Kinder auszuweiten benötigen sie externe Hilfen, z.B. durch Sportstudenten/innen und Sportwissenschaftlern/innen und weitere Möglichkeiten z.B. Turnhallenzeiten zu nutzen.

Da sich die Einrichtung verstärkt um die Frühförderung von Kindern bemühen will, wäre es z.B. sinnvoll, einen Runden Tisch zu gründen, an dem Ärzte/innen, Hebammen, Vertreter/innen der Krankenkasse, Therapeuten/innen etc. zusammen kommen, um über die Problematiken und Kosten zu reden.

Im Hortbereich würden sich die Erzieher/innen einen intensiveren Kontakt zur Schule wünschen. Darüber hinaus würden die Erzieher/innen eine stärkere Mitbestimmung an der Entscheidung zur Einschulungsfähigkeit von Kindern befürworten. Denn sie kennen meist genau den Entwicklungsstand des Kindes und sehen sich in der Lage zu beurteilen, ob ein Kind einschulungsfähig ist oder nicht.

Kontakt:

Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten e.V.
Kindertagesstätte Lothringerstrasse
Klaudia Hoffmann
Lothringerstrasse 18
22049 Hamburg

Berichte aus der Praxis: Vorstellung der Kita Hartzloh

Die Kita Hartzloh ist eine Einrichtung der Vereinigung der städtischen Kindertagesstätten und betreut 149 Krippen-, Elementar- und Hortkinder im Alter von 8 Wochen bis zum 14. Lebensjahr, ganztägig, teil- und halbtags, im Stadtteil Barmbek-Nord im Bezirk Hamburg-Nord.

Die Einrichtung für Kindertagesbetreuung gibt es seit 1954 im Stadtteil, und wurde vor 5 Jahren unter Beachtung von pädagogischen Gesichtspunkten neu erbaut.

Die in der Einrichtung tätige Sozialpädagogin und die Erzieherinnen wurden in die architektonische Planung des Hauses miteinbezogen, so hatten sie die Möglichkeiten über die Raumaufteilung und das Licht- und Farbkonzept mit zu entscheiden.

Welches Konzept wenden die Erzieherinnen in ihrer Arbeit an?

In die pädagogische Konzeptentwicklung wurde von den Erzieherinnen folgende Fragen einbezogen: In welchem sozialen Umfeld leben die Kinder, die bei uns betreut werden? Was muss daher besonders in der pädagogischen Arbeit Beachtung finden?

Die Kinder kommen häufig aus sozial schwachen Familien, d.h. ein oder beide Elternteile sind Sozialhilfeempfänger/in, oder es sind Kinder von einem alleinerziehenden Elternteil. Der Ausländeranteil in der Einrichtung ist hoch.

Viele dieser Kinder wohnen in beengten Wohnverhältnissen und haben einen verminderten sozialen Kontakt zu ihren Eltern. Auch weisen sie Mängel in der Ernährung auf und eine verminderte Kommunikationsfähigkeit.

Sie brauchen daher besonders viel Bewegungsmöglichkeiten, Orientierung und Sicherheit, die ihnen in der Einrichtung gegeben wird. Die Erzieherinnen arbeiten in festen Verbänden in zeit- und altersgemischten Gruppen, mit gruppenübergreifenden projektorientierten Angeboten. Die Kinder wachsen dadurch weitestgehend mit festen Bezugspersonen in der Einrichtung auf. In der pädagogischen Arbeit wird der situative und partizipatorische Ansatz angewandt.

Der Schwerpunkt der Arbeit in der Kita Hartzloh liegt in den Bereichen der Ernährung, Bewegungsförderung und Entwicklung zur Selbständigkeit.

Die Kita Hartzloh hat sich in ihrer pädagogischen Arbeit mit Eltern und Kindern auf folgende Grundsatzregeln geeinigt:

Den Kindern muss die Chance gegeben werden zu selbständigen Menschen heranzuwachsen, um in der Gesellschaft bestehen zu können.

Die Kinder sollen die Freiheit haben, selber zu entscheiden, was sie wollen, d.h. zu entscheiden, wo will ich spielen, was will ich spielen, mit wem will ich spielen und ein Nein der Kinder wird akzeptiert.

Es soll einen ehrlichen Umgang miteinander geben.

Ist soziale Benachteiligung oder Armut von Kindern und Familien ein Thema in der Kindertagesstätte? Und wenn ja, wie nehmen die Erzieher/innen die sozial benachteiligten Kinder und ihre Familien wahr?

Die Erzieherinnen merken, dass viele Familien mit geringen finanziellen Mitteln auskommen müssen. Sie erleben häufig, dass die Eltern oder die alleinerziehenden Mütter Schwierigkeiten haben, einen Euro für das Frühstück aufzubringen. Bei besonderen Aktivitäten, wo Kosten für Fahrgeld oder Eintritt anfallen finanziert die Kita die Aktivitäten ganz oder teilweise aus ihrem Budget. Die Eltern zahlen meist einen symbolischen Obolus. Was die Kleidung anbetrifft, fällt auf, dass die Kinder nicht wettergerecht angezogen sind oder die Schuhe nicht passen.

Wenn in der Einrichtung Kleidungsstück abhanden kommen, sind die Eltern sehr aufgebracht, weil die Neuanschaffung von Kleidung finanziell kaum möglich ist.

Wie wirkt sich die Armut der Kinder gesundheitlich aus?

Die Armut bei Kindern wirkt sich auch gesundheitlich aus. Das beobachten die Erzieherinnen in der Entwicklung der Kinder. Sie stellen körperliche und psychische Auffälligkeiten fest, wie Verzögerung der Sprachentwicklung, mangelnde Kommunikationsfähigkeit, Unter- oder Übergewicht, verbunden mit großem Bedürfnis am Morgen und Mittag das Hungergefühl zu stillen, Haltungsschäden, Verhaltensauffälligkeiten wie körperliche Aggressivität und Verslossenheit der Kinder bis hin zum Autismus. Die Bewegungsabläufe vieler Kinder sind eingeschränkt, oder es mangelt an der körperlichen Wahrnehmung.

Die Kinder kommunizieren oft nur in Ein- und Zwei-Wort Sätzen, dadurch fehlt ihnen die Möglichkeit, ihre Gefühle adäquat auszudrücken. Den Mangel an Kommunikationsfähigkeit verbinden die Erzieherinnen mit sozialer Armut, d.h. in den Familien finden kaum noch Unterhaltungen über das was am Tag erlebt wurde, statt. Die Mahlzeiten werden vor dem Fernseher, oder nicht am Familiensstisch eingenommen.

Welche sozialen Ressourcen bringen die Kinder mit?

Die Kinder haben trotz ihrer schwierigen sozialen Lage Ressourcen, um diese zu kompensieren. Sie wissen, sich im Leben durchzusetzen und haben sich einen emotionalen Schutzraum aufgebaut. Sie haben die Gabe, die Aufmerksamkeit der Erzieherinnen auf sich zu ziehen, in dem sie sich auffällig benehmen, sie suchen die Auseinandersetzung mit anderen Kindern und Erzieherinnen. Die Hortkinder die in die Schule gehen, setzen sich selbstbewusst mit ihren Lehrern/Lehrerinnen auseinander.

Wie begegnen die Erzieherinnen in ihrer pädagogischen Arbeit den gesundheitlichen Auswirkungen von sozialer Benachteiligung bei Kindern?

Die Erzieherinnen können anhand eines Entwicklungsbogens viertel- und halbjährlich sehen, ob sich die Kinder altersentsprechend entwickeln und dadurch frühzeitig auf Defizite wie z.B. im Bereich Sprache oder Bewegung aufmerksam werden. Die Kinder, die psychomotorische Auffälligkeiten aufweisen, bekommen auf Rezeptbasis Ergotherapie oder Krankengymnastik verschrieben. Wenn der Arzt das Rezept für eine ambulante Therapie ausschreibt und die Eltern eine Praxis finden die ambulant arbeitet, wird das Kind in der Einrichtung behandelt.

Die Einrichtung arbeitet mit dem Werner-Otto Institut und mit dem Flehmig-Institut zusammen, wenn sie Auffälligkeiten im Bereich der Psychomotorik bei Kindern feststellen. Die Erzieherinnen oder Eltern stellen nach vorheriger Absprache den ersten Kontakt her und der erste Termin wird vereinbart. Das Institut fordert seitens der Einrichtung einen Bericht über die psychomotorische Entwicklung des Kindes an, oder es kommt jemand vom Institut in die Einrichtung zu einem gemeinsamen Gesprächstermin.

Um die Gesundheit der Kinder zu fördern und Entwicklungsdefiziten vorzubeugen oder auszugleichen, werden den Kindern vielfältige Angebote gemacht.

Die Erzieher/innen gehen mit den Kindern zum Schwimmen, Turnen und auf den Sportplatz. Sinneserfahrungen können die Kinder u.a. durch das Bällebad und den Planschraum machen. Sie haben die Möglichkeit mit verschiedensten Materialien wie Malfarben, Schere und Papier, umzugehen.

Für die Sprachförderung von Kindern kommt einmal wöchentlich eine Lehrerin aus der benachbarten Schule Langenfort. Die Kinder werden in ihrer Sprache auch durch die Vorschulpädagogik gefördert. Im Bereich Ernährung gibt es u.a. zweimal in der Woche ein offenes Frühstücksangebot, d.h. die Kinder können die Vielfältigkeit der Ernährung am Frühstücksbuffet kennen lernen, und sie haben die Möglichkeit frei zu wählen, was sie gerne essen möchten. Alle Kinder in der Einrichtung essen im Kinderrestaurant und bekommen dadurch den sozialen Aspekt von Essen vermittelt. Dazu gehört das Erlernen von Tischsitten und die Kommunikation miteinander. Es wird frisch für die Kin-

der gekocht ohne Schwein- und Rindfleisch. Damit wird auch auf ethnische Ernährungsgewohnheiten Rücksicht genommen.

Wie gehen die Erzieher/innen mit der kulturellen und sprachlichen Vielfalt um?

Die Multikulturalität der Familien ist nach Ansicht der Erzieherinnen kein Problem. Bei wichtigen Elterngesprächen kann entweder eine türkische Mitarbeiterin übersetzen, oder es wird ein Dolmetscher/in zum Übersetzen in die Einrichtung bestellt.

Die Erzieherinnen merken, dass sich ausländische Eltern in der Einrichtung wohlfühlen. Sie möchten jedoch bei Elternabenden oder anderen Aktivitäten nicht im Vordergrund stehen.

Insgesamt besteht zu den Eltern ein guter Kontakt, sie schätzen die Arbeit der Erzieherinnen.

Wie bezieht die Einrichtung die Eltern mit in ihre Arbeit ein?

Ehrenamtliche Aktivitäten seitens der Eltern gibt es eher wenige, meist beziehen sie sich auf die Mithilfe bei Festen. Die intellektuellen Eltern engagieren sich verstärkt, insbesondere im Elternbeirat. Eine weitere ehrenamtliche Unterstützung seitens der Eltern wird seitens der Erzieherinnen als schwierig angesehen, weil bei einem Grossteil der Eltern eine zwei- oder dreifach Belastung durch Beruf und Familie vorliegt. Die Einrichtung würde es begrüßen, wenn die Eltern sich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und bei der Mitgestaltung von Festen verstärkt engagieren würden.

Der Kontakt zu den Eltern besteht während Elternabenden, Tür- und Angelgesprächen, Festen etc. Es gibt regelmäßig Veranstaltungen in der Einrichtung zu verschiedenen pädagogischen Themen. Institutionen wie z.B. der Jugendschutzbund kommen in die Einrichtung und referieren über Themen wie z.B. sexueller Missbrauch und Misshandlung von Kindern. Bei der Gestaltung des Außengeländes konnten die Eltern entscheidend mitwirken. Sie brachten ihre Ideen ein, organisierten die Umgestaltung und halfen direkt bei der Umsetzung.

Wie öffnet sich die Einrichtung innerhalb des Stadtteils?

Der Tag der offenen Tür bietet interessierten Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit, die Einrichtung kennen zu lernen. Das Außengelände steht täglich nach der Schließung der Einrichtung Kindern und Jugendlichen aus dem Stadtteil zur Verfügung. Familien aus der Einrichtung haben die Möglichkeit, kostengünstig Räumlichkeiten der Einrichtung für Feierlichkeiten anzumieten.

Die Kita Hartzloh hat aus eigener Initiative mit dem Schnittstellenprojekt Barmbek-Nord ein Elterncafé ins Leben gerufen, um ein Wochenendangebot für Familien in den Stadtteil zu integrieren. Es ist an den Wochenenden für Familien geöffnet, um die Kommunikation zwischen den Familien im Stadtteil zu fördern.

Mit wem kooperiert die Einrichtung und wie gestalten sich diese Kooperationen?

Das Schnittstellenprojekt „Netzwerk-Barmbek-Nord“, ermöglicht die Zusammenarbeit mit Personen, die im Stadtteil in sozialen Bereichen tätig sind, dazu gehört bspw. auch die Kita Hartzloh, die Schule Langenfort, das Bürgerhaus Barmbek. Im Schnittstellenprojekt werden die verschiedenen Leistungsbereiche vernetzt und dadurch Ressourcen aktiviert, die niedrigschwellig und flexibler auf die Lebenslagen der Kinder, Jugendlichen und Familien im Stadtteil reagieren können. Dies wirkt sich positiv für die Einrichtung aus, die damit in ihrer Arbeit mit Familien unterstützt wird.

Die Einrichtung pflegt Kontakte zu den benachbarten Schulen, sie laden die Lehrer/innen zum gegenseitigen kennen lernen in die Einrichtung ein, gehen mit den Vorschulkindern zum Schnuppertag in die Schule und tauschen sich mit den Lehrer/innen bei schulischen Problemen der Hortkinder aus.

Eine benachbarte Schule ermöglicht der Einrichtung die Nutzung ihrer Turnhalle. Die Erzieherinnen weisen die Eltern bei Bedarf auf Kinder- und Fachärzte/innen im Stadtteil hin. Die Einrichtung pflegt den Kontakt zum Bürgerhaus und zu anderen Kitas im Stadtteil.

Welche besonderen Anforderungen an die Erzieher/innen bestehen in der Arbeit mit sozial benachteiligten Familien?

Die Erzieherinnen stehen in ihrer Arbeit wachsenden Anforderungen gegenüber. Sie beobachten eine Zunahme von schwerwiegenden Problemlagen bei Kindern und ihren Familien. Sie müssen das Erlebte psychisch verarbeiten und verkraften und fühlen sich manchmal im Umgang mit Kindern, die z.T. auch psychogene Problemlagen aufweisen, überfordert, da diese Kinder eine psychologische Betreuung benötigen würden, die in der Gruppenpädagogik nicht gewährleistet ist. In solchen Fällen wird dann der ASD (Allgemeiner Sozialer Dienst) zur Unterstützung angefordert, um in den Familien tätig zu werden.

Die Erzieher/innen, die sich entschließen in einer Einrichtung mit sozial benachteiligten Kindern zu arbeiten, müssen sich im klaren sein, welche Anforderungen an sie gestellt werden. Sie müssen sich überlegen, ob sie dieser Aufgabe gewachsen sind und ein hohes Maß an psychosozialer Kompetenz mitbringen. Außerdem ist es erforderlich, dass sie sich schwerpunktmäßig mit Sozialisation und Erziehungswissenschaftlichen Aspekten auseinandersetzen. Damit sie die Anforderungen bewältigen können, müssen sie sich stetig in ihrer Arbeit weiterentwickeln. Sie bekommen Unterstützung durch verschiedene Fortbildungen die unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten ausgewählt werden. Dazu zählen Fortbildungen in Bereichen wie, projektorientiertes Handeln, partizipatorische Förderung, Organisationsentwicklung und Elternarbeit.

Eine inhaltliche Fallarbeit findet bei Teamgesprächen statt, es wird über die Entwicklung einzelner Kinder gesprochen. Es muss seitens der Heimleitung viel Personalfürsorge betrieben werden. Das Anerkennen der Arbeit unter den Mitarbeiterinnen und die Erfolgsergebnisse in ihrer pädagogischen Arbeit kann vieles aufwiegen, was die Arbeit mit sozial benachteiligten Kindern erschwert.

Welche weiteren Unterstützungsbedarfe befürworten die Erzieherinnen?

Die Kita Hartzloh würde sich wünschen, dass in der Fortbildung das Thema präventive Arbeit, mit Bezug auf die Gesundheit der Kinder Berücksichtigung finden würde.

Außerdem sind ausreichende Personalressourcen notwendig, um den Erzieherinnen die Möglichkeit zu geben, regelmäßig an wichtigen Fortbildungen teilzunehmen. Weitere Unterstützung ihrer Arbeit könnten sie sich einer intensiveren Kooperation mit dem ASD, mit dem KTB (Kindertagesstättenfachgebiet) und mit der Erziehungsberatungsstelle vorstellen. Der ASD und die Erziehungsberatungsstelle könnten verstärkt eine Hilfe sein, bei Familien mit Problemlagen, wo die Einrichtung Unterstützung und Rat bräuchte im Umgang mit diesen Familien. Vom KTB würde sich die Einrichtung einen regelmäßigen inhaltlichen Kontakt zu Organisationsabläufen wünschen.

Kontakt:

Vereinigung hamburger Kindertagesstätten e.V.
Kindertagesstätte Hartzloh
Anke Hannberg
Hartzloh 50
22307 Hamburg

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel: 05 11 - 3 50 00 52
Fax: 05 11 - 3 50 55 9
e-mail: Thomas.Altgeld@gesundheit-nds.de

Dr. Antje Richter

Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen
Fenskeweg 2
30165 Hannover
e-mail: Antje.Richter@gesundheit-nds.de

Prof. Dr. Renate Zimmer

Universität Osnabrück
Fachbereich Sport und Sportwissenschaften
Jallusstr. 41
49080 Osnabrück
e-mail: rZimmer@uos.de

HAG

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)

Telefon 040-632 22 20 · Fax 040-632 58 48 · buero@hag-gesundheit.de · www.hag-gesundheit.de