

Gesund Aufwachsen - Sichtweisen und Bedürfnisse von Eltern 2- bis 6-jähriger Kinder in Charlottenburg-Nord

**Julia Sieland, Heike Schuchardt, Gwendolyn Näher,
Heike Dißner-Nweke, Ines Wulff**

Working Paper No. 19-02

Berlin, August 2019

**Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft**

Zitierhinweise:

Sieland J, Schuchardt H, Näher G, Dißner-Nweke H, Wulff I (Hg.) (2019):
Gesund Aufwachsen - Sichtweisen und Bedürfnisse von Eltern
2- bis 6-jähriger Kinder in Charlottenburg-Nord
Working Paper No. 19-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

unter Mitarbeit von:

Viktoria Gräbe und Susanne Herrmann

Impressum:

Working Paper No. 19-02 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik

Berlin, August 2019

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Inhalt

Abbildungsverzeichnis	2
Tabellenverzeichnis	3
I Einleitung	4
II „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ – Ein Projekt zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention	7
III Theoretischer Hintergrund	13
3.1 Soziale Ungleichheit	13
3.2 Gesundheitsziele	15
3.3 Integrierte kommunale Strategien	16
3.4 Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen	16
IV Forschungsstand	18
4.1 Psychische Gesundheit	18
4.2 Bewegung und Bewegungsräume	19
4.3 Ernährung	21
4.4 Sozialraum Charlottenburg-Nord	23
V Fragestellung und Zielformulierung	25
VI Methodik	26
6.1 Datenerhebung	26
6.2 Datenauswertung	27
6.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse in den Themenbereichen Psychische Gesundheit und Ernährung	28
6.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse im Themenbereich Bewegung und Bewegungsräume	30
VII Ergebnisse	33
7.1 Psychische Gesundheit	33
7.1.1 Begriffsverständnis	33
7.1.2 Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit	34
7.1.3 Herausforderungen für die psychische Gesundheit	36
7.1.4 Inanspruchnahmeverhalten	37
7.1.5 Wünsche und Bedürfnisse	39
7.2 Bewegung und Bewegungsräume	42
7.2.1 Sichtweisen auf Bewegung	42
7.2.2 Förderliche Faktoren der Bewegungsräume	44
7.2.3 Hinderliche Faktoren der Bewegungsräume	45
7.2.4 Ausweichen auf die Umgebung	47
7.2.5 Bedürfnisse bzgl. der Bewegungsräume in der Paul-Hertz-Siedlung.....	48
7.2.6 Informationswege.....	49
7.3 Ernährung	50
7.3.1 Definition von gesunder Ernährung.....	50
7.3.2 Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie	51
7.3.3 Ernährungsverhalten des Kindes	53
7.3.4 Bedingungen für eine gesunde Ernährung	55
7.3.5 Ressourcen und Unterstützung	57
7.3.6 Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven	58
7.4 Gemeinsamkeiten aus den drei Bereichen.....	60
VIII Diskussion	61
8.1 Ergebnisdiskussion	61
8.2 Methodendiskussion	66
IX Fazit	70
X Literaturverzeichnis	71

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Übersicht der Netzwerkpartner zur Auftaktveranstaltung am 01.03.2017	9
Abb. 2:	Erklärungsmodell gesundheitliche Ungleichheit.....	14
Abb. 3:	Das Erklärungsmodell der gesundheitlichen Ungleichheit.....	15
Abb. 4:	Zusammenhang zwischen Bedingungen der Wohnumwelt und der körperlichen Aktivität.....	20
Abb. 5:	Erklärungsfaktoren für das Zustandekommen von sozialen Ungleichheiten im Ernährungsverhalten.....	21
Abb. 6:	Charakteristischer Wohnblock in der Paul-Hertz-Siedlung.....	24
Abb. 7:	Autobahnbrücke Halemweg.....	24
Abb. 8:	Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse.....	29
Abb. 9:	Laufende Kinder an einer Düne.....	33
Abb. 10:	Kategorie K1 – Psychische Gesundheit: Begriffsverständnis.....	33
Abb. 11:	Kategorie K2 – Psychische Gesundheit: Schutzfaktoren	34
Abb. 12:	Kategorie K3 – Psychische Gesundheit: Herausforderungen für die psychische Gesundheit.....	36
Abb. 13:	Kategorie K4 – Psychische Gesundheit: Inanspruchnahmeverhalten.....	37
Abb. 14:	Kategorie K5 – Psychische Gesundheit: Wünsche und Bedürfnisse	40
Abb. 15:	Spielplätze in der Paul-Hertz-Siedlung	42
Abb. 16:	Kategorie K1 – Bewegung: Sichtweisen auf Bewegung	42
Abb. 17:	Kategorie K2 – Bewegung: Förderliche Faktoren der Bewegungsräume.....	44
Abb. 18:	Kategorie K3 – Bewegung: Hinderliche Faktoren der Bewegungsräume.....	45
Abb. 19:	Kategorie K4 – Bewegung: Ausweichen auf die Umgebung	47
Abb. 20:	Kategorie K5 – Bewegung: Bedürfnisse bzgl. der Bewegungsräume in der Paul- Hertz-Siedlung.....	48
Abb. 21:	Kategorie K6 – Bewegung: Informationswege	49
Abb. 22:	Beispiel für eine „gesunde“ Frühstücksdose.....	50
Abb. 23:	Kategorie K1 – Ernährung: Definition von gesunder Ernährung	51
Abb. 24:	Kategorie K2 – Ernährung: Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie.....	52
Abb. 25:	Kategorie K3 – Ernährung: Ernährungsverhalten des Kindes.....	53
Abb. 26:	Kategorie K4 – Ernährung: Bedingungen für eine gesunde Ernährung.....	55
Abb. 27:	Kategorie K5 – Ernährung: Ressourcen und Unterstützung.....	57
Abb. 28:	Kategorie K6 – Ernährung: Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven.....	58

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Soziale Lage der Kinder in Charlottenburg-Nord	8
Tab. 2:	Auszug aus den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)	28
Tab. 3:	Kategoriensystem „psychische Gesundheit/Resilienz“	29
Tab. 4:	Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „psychische Gesundheit/Resilienz“	29
Tab. 5:	Kategoriensystem „Ernährung“	30
Tab. 6:	Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „Ernährung“	30
Tab. 7:	Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „Bewegung“	30
Tab. 8:	Entstehungssituationen der Interviews B1-B3	31
Tab. 9:	Kategoriensystem Themenbereich „Bewegung“	31

I Einleitung

Ines Wulff

Als universitäre Fachrichtung wurde Public Health in Deutschland Ende der neunziger Jahre federführend durch die Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V. etabliert und ist damit gegenwärtig noch immer eine vergleichsweise „junge“ akademische Qualifikation im dreistufigen Studiensystem aus Bachelor, Master und Promotion.

Auf der Grundlage einer Berufsausbildung in den ausgewählten Gesundheitsfachberufen Altenpflege, Diätassistent, Ergotherapie, Gesundheits- und (Kinder)Krankenpflege, Entbindungspflege, Logopädie, Rettungsdienst, Orthoptik und Physiotherapie (Charité-Universitätsmedizin Berlin (CUB) 2018) zielt der im Jahr 2011 an der Charité – Universitätsmedizin Berlin erstmals angebotene Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften auf den Erwerb breit angelegter fachwissenschaftlicher und methodischer Kompetenzen zur Übernahme von qualifizierten Fachfunktionen in unterschiedlichen gesundheitswissenschaftlichen Handlungsfeldern. Der Studienabschluss bahnt Wege in verschiedene gesundheitswissenschaftliche Tätigkeitsbereiche auf mittlerer Handlungs-, Entscheidungs- und Verantwortungsebene (CUB 2017).

Zu den zukünftigen Aufgaben der Absolvent*innen zählen beispielsweise die multidisziplinäre Planung, Entwicklung und Umsetzung von gesundheitsrelevanten populationsbezogenen Initiativen und Programmen in der Gesundheitsverwaltung, in Versicherungen, Behörden und Gesundheitseinrichtungen, der gesundheitsbezogenen Öffentlichkeits- und außerschulischen Bildungsarbeit, der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention oder auch die Mitwirkung an Aktivitäten der angewandten Gesundheitsforschung.

Vor dem Hintergrund der Erschließung neuer Berufsfelder und der stetigen Entwicklung neuer Aufgabenbereiche für Bachelorabsolventinnen und -absolventen der Gesundheitswissenschaften spielt das Modul B18 „Spezielle Themen der Gesundheitswissenschaften“ eine bedeutende Rolle. Ziel dieses Moduls ist die projektförmige und praxisnahe Bearbeitung wechselnder gesundheitswissenschaftlicher Frage- und Problemstellungen. Besonderes Augenmerk wird auf die Heranziehung multidisziplinärer Sichtweisen bei der Problembearbeitung gelegt, wobei die unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen der Studierenden und die im Studium erworbenen Kompetenzen einen wichtigen Beitrag für konstruktive Diskussionen innerhalb der Seminare leisten.

Die Studierenden haben die Wahl zwischen wechselnden Themen der Gesundheitswissenschaften. Im Wintersemester 2018/19 wurden Seminare zu den Themenschwerpunkten (1) Gesundheit in der Kommune, (2) Migration und Gesundheit, (3) Gesundheitsförderung im Kindesalter, (4) Betriebliche Gesundheitsförderung, (5) Mobbing-Prävention und -Intervention sowie (6) Faktoren für gelungene Nachsorge bei Alkoholabhängigen angeboten.

Die Studierenden präsentieren und dokumentieren den jeweiligen Stand bzw. die Ergebnisse ihrer Arbeitsprozesse nach wissenschaftlichen Standards, üben sich darin, relevante Kontakte und Netzwerke für die Beantwortung gesundheitswissenschaftlicher Frage- und Problemstellungen fach- und situationsgerecht heranzuziehen und reflektieren die sozialen und ethischen Dimensionen gesundheitswissenschaftlicher Maßnahmen und Interventionen.

Die konkrete Aufgabenstellung für die Studierenden besteht darin, eine gesundheitswissenschaftlich relevante Fragestellung im Themenfeld des Projektseminars vertiefend zu bearbeiten und den Bezug zu bereits bekannten gesundheitswissenschaftlichen Konzepten und Theorien, zu vorliegenden empirischen Forschungsergebnissen, aktuellen wissenschaftlichen Diskursen und konkreten Praxisproblemen darzulegen. Dabei sollen die gesundheitswissenschaftlichen Paradigmen Populationsbezug, multidisziplinäre Perspektive und Gesundheitsorientierung zu-

grunde gelegt werden (CUB 2014). Das im Rahmen des Moduls entwickelte Forschungsvorhaben sollte idealerweise in Kooperation mit Praxispartnern bis zur Bachelorarbeit weiterbearbeitet werden, so dass die Studierenden im Sinne des *Forschenden Lernens* die Möglichkeit haben, den „Prozess eines Forschungsvorhabens, das auf die Gewinnung von auch für Dritte interessanten Erkenntnissen gerichtet ist, in seinen wesentlichen Phasen – von der Entwicklung der Fragen und Hypothesen über die Wahl und Ausführung der Methoden bis zur Prüfung und Darstellung der Ergebnisse in selbständiger Arbeit [...] (mit)gestalten, erfahren und reflektieren“ können (Huber 2013: 11).

Im Rahmen des hier vorgestellten Projektseminars „Gesundheit in der Kommune“ im Wintersemester 2017/18, welches von Dr. Ines Wulff durchgeführt wurde, hielt Heike Dilßner-Nweke, Leiterin des Fachbereichs für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitshilfe für Kinder und Jugendliche (Ges FB 1 L) ein Impulsreferat zum Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“. Da die Studierenden sich sehr für dieses Thema interessierten, wurde eine Kooperation mit dem Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf und dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin angebahnt. Ursula Bühler Reinhart, Gwendolyn Näher, Heike Schuchardt und Julia Sieland – vier der insgesamt 15 Studierenden des Seminars - untersuchten in qualitativen Studien die Perspektiven von Eltern kleiner Kinder in Charlottenburg-Wilmersdorf zu den Themen Gesund Aufwachsen, Ernährung, psychische Gesundheit und Resilienz sowie Bewegung und Bewegungsräume. Sie entwickelten selbstständig Fragestellungen, planten die methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der aufgeworfenen und mit dem Kernteam des Projektes abgestimmten Fragestellungen. Die vier Studentinnen haben mit den Ergebnissen ihrer empirischen Bachelorarbeiten einen wichtigen Beitrag zum Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ geleistet, indem sie Einblicke in die Perspektiven der Zielgruppe ermöglichten. Sie stellten die Ergebnisse ihrer in Anschluss an das Modul B18 entstandenen Bachelorarbeiten auf dem zweiten Workshop des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ am 28. November 2018 im Rathaus Charlottenburg den Projektbeteiligten und Akteuren im Kiez vor und im Rahmen des anschließenden World Cafés zur Diskussion (Rieger et al. 2018). Ines Wulff koordinierte die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt und begleitete die Studentinnen bei der Erstellung ihrer Bachelorarbeiten als Erstgutachterin.

Das Hauptanliegen dieses Working Papers ist die Darstellung der wissenschaftlichen Arbeiten der Studentinnen Heike Schuchardt (Thema: Psychische Gesundheit), Julia Sieland (ehemals Rieger; Thema: Bewegung) und Gwendolyn Näher (Thema: Ernährung), welche die Sichtweisen und Bedürfnisse von Müttern¹ 2- bis 6-jähriger Kinder in Charlottenburg-Nord untersuchten. Darüber hinaus soll hiermit ein Beispiel für eine gelungene Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis dargestellt werden, um zu veranschaulichen, wie im Studium gelehrt und gelernt wird, welche Themen bearbeitet werden können oder auch welche Anknüpfungspunkte es für die eigene berufliche Entwicklung gibt. Potentielle Kooperationspartner*innen aus der Praxis mögen Ideen für Themen bekommen, die sie für Qualifizierungsarbeiten anbieten möchten.

Heike Dilßner-Nweke führt zunächst in das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ ein und gibt Beispiele für Initiativen, die im Rahmen des Projektes ergriffen wurden (Kapitel II). Daran schließen – auf Basis der Bachelorarbeiten von Julia Sieland, Heike Schuchardt und Gwendolyn Näher - Kapitel zum theoretischen Hintergrund (Kapitel III) und dem aktuellen Forschungsstand zur gesundheitlichen Situation von Kindern in Deutschland in Bezug auf die drei Themenschwerpunkte Bewegung und Bewegungsräume, gesunde Ernährung und psychische Gesundheit und Resilienz an (Kapitel IV). Es folgt die Darstellung der methodischen Herangehensweise im Rahmen von qualitativen leitfadengestützten Interviews zu Sichtweisen und Bedürfnissen von Müttern 2- bis 6-jähriger Kinder in der Paul-Hertz-Siedlung im

¹ Aufgrund des Samplingverfahrens wurden im Rahmen dieser drei Bachelorarbeiten ausschließlich Mütter interviewt (siehe Kapitel VI).

Norden von Charlottenburg-Wilmersdorf (Kapitel VI). Die Ergebnisse werden in den einzelnen Themenschwerpunkten zusammengefasst und diskutiert (Kapitel VII und VIII). Die Arbeit schließt mit den die Themenschwerpunkte übergreifenden Kernaussagen und der Einbettung der Erkenntnisse in den Projektkontext sowie einem Fazit (Kapitel IX) ab.

II „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ – Ein Projekt zur kommunalen Gesundheitsförderung und Prävention

Heike Dillßner-Nweke

Mit dem Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ kommt das Gesundheitsamt des Bezirkes einer seiner gesetzlichen Aufgaben nach (s. u.). Die Unterstützung junger Familien wird zum zentralen Thema. Der Bezirk möchte sogenannte Präventionsketten aufbauen. Dabei geht es nicht darum, bereits vorhandene Strukturen und bewährte Maßnahmen zu ersetzen, sondern die bestehenden Angebote zu bündeln und dort, wo zusätzlicher Bedarf besteht, zu ergänzen. Um dies zu erreichen, wurde ein multiprofessioneller Ansatz gewählt: Familienhebammen, Ärzt*innen, Pädagog*innen, Sozialarbeiter*innen und Ehrenamtliche – viele Menschen sind am gesunden Aufwachsen in unserem Bezirk beteiligt. Ganz bewusst wurde die Kooperation mit einem disziplinär einschlägigen Forschungsinstitut gesucht, um aktuelle Forschungsansätze und –methoden in das Projekt einfließen zu lassen. Das Kapitel stellt Beginn und Verlauf des Projektes sowie die gelungene Zusammenarbeit von Forschung und Praxis vor.

Inhalt und Ziele des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ - Gesetzlicher Auftrag und Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit

Der gesetzliche Auftrag für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wird im Gesundheitsdienstgesetz (GDG - vom 25.05.2006) formuliert. Die Gesundheitsämter sind danach explizit zur Gesundheitsförderung und Prävention verpflichtet, insbesondere der von Kindern und Jugendlichen gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 2 GDG. Dazu gehören die „(...) Initiierung und Durchführung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung sowie der Aufklärung und Beratung zu Gesundheitsthemen (...)“. (Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz 2016).

Um diesen Auftrag nachkommen zu können, werden Auswertungen zur gesundheitlichen und sozialen Lage von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der KIGGS-Studie², der sozialräumlichen Planung in Berlin, der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung und der Sozialen Stadt des Senats, aber auch bezirkseigenen Auswertungen der Einschulungsuntersuchungen analysiert und Maßnahmen abgeleitet.

In bundesweiten Studien des Robert-Koch-Instituts wurde der Zusammenhang sozialer Herkunft und gesundheitlicher Entwicklung von Kindern und Jugendlichen untersucht. Im Ergebnis sind Kinder aus sozial benachteiligten Familien häufiger gesundheitlich gefährdet. Danach steigt das Risiko für einen nur mittelmäßigen bis sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand bei einem niedrigen Sozialstatus der Kinder um das 3,4- bzw. 3,7-fache an (Lampert, Kuntz 2015).

Der ÖGD initiiert verschiedene Untersuchungen im Rahmen der Prävention und stellt unterschiedliche Angebote im Rahmen der Gesundheitsförderung bereit. Im ärztlichen Dienst sind hier die Reihenuntersuchungen der Kinder in der Tagesbetreuung und die Einschulungsuntersuchung zu nennen. In diesen präventiv angelegten Untersuchungen wird der jeweilige Entwicklungsstand der Kinder festgestellt, und gegebenenfalls notwendige Förderungsmaßnahmen möglichst frühzeitig in die Wege geleitet. Auch die Diagnostik zur Gewährung eines sogenannten Integrationsstatus nach SGB VIII aufgrund bestehender Einschränkungen körperlicher oder/und seelischer Art beim Kind dient der Gesundheitsförderung. Die sehr bekannten Erst-

² Die KIGGS-Studie ist eine Längsschnittuntersuchung zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland mit bisher drei Messzeiträumen. Die Basiserhebung erfolgte von 2003 bis 2006, die KIGGS Welle 1 zwischen 2009 und 2012 und die KIGGS Welle 2 von 2014 bis 2017 (RKI o.D.)

hausbesuche des Sozialdienstes nach der Geburt eines Kindes sind ein weiterer wichtiger Baustein zur Prävention und Förderung des gesunden Aufwachsens eines Kindes. Die vielfältigen Fragestellungen von Eltern mit einem Neugeborenen können in gesundheitlicher Hinsicht (z. B. zur Ernährung des Kindes, Stillprobleme), zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Elterngeld) und zu den Angeboten der Frühen Hilfen (für die Altersspanne 0 bis 3 Jahre) beantwortet werden. Der Sozialdienst steht auch nach dem Ersthausbesuch als Ansprechpartner zur Verfügung und kann die Familie bei Bedarf weiter unterstützen. Er bietet zudem z. B. Rückbildungskurse, eine Stillgruppe und Spiel-Lern-Gruppen an.

Der Therapeutische Dienst hält ebenfalls ein Kursangebot für Eltern mit ihren Kindern vor und bietet Bewegungsangebote für kleine Tagesbetreuungseinrichtungen an. Hier kann von ausgebildeten Physiotherapeut*innen gezielt der Bedarf einer Förderung im motorischen Bereich für die Kinder erkannt und für professionelle Unterstützung gesorgt werden. Der zahnärztliche Dienst untersucht alle Kinder und Jugendlichen bis zum 16. Lebensjahr in jährlichen Reihenuntersuchungen. Ziel ist es, Defizite der Zahnreinigung (Zahnprophylaxe) oder der Zahngesundheit frühzeitig zu erkennen und durch Beratung und Unterstützung Zahnerkrankungen entgegen zu wirken. In Charlottenburg-Wilmersdorf haben die Eltern neugeborener Kinder die Möglichkeit, sich von einem bzw. einer Zahnarzhelfer*in ab dem 8. Monat, zu Hause zur gesunden (zuckerfreien) Ernährung des Kindes und der Zahnpflege beraten zu lassen. Der Bezirk nimmt auch Teil am Programm „Kita mit Biss“, das die Förderung einer gesunden Ernährung in Tagesbetreuungseinrichtungen zusammen mit den Erzieher*innen und den Eltern zum Ziel hat. Diese Angebote richten sich an alle Familien im Bezirk.

Die Auswertung der Daten aus den Einschulungsuntersuchungen ergab, dass die gesundheitliche Situation der Kinder im Bezirk sehr unterschiedlich ist. In der Auswertung wird sozialräumlich betrachtet, d.h. daraufhin untersucht, in welchen Planungsräumen sich Ergebnisse auffällig häufen. Der Bereich Charlottenburg-Nord wurde aufgrund hoher Werte zu den Kriterien „Bezug von Leistungen nach dem SGB II“ und „Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund“ schnell als Bereich identifiziert, in welchem die gesundheitlichen Risiken für Kinder höher als im Bezirks- oder Stadtvergleich liegen:

Tab. 1: Soziale Lage der Kinder in Charlottenburg-Nord (Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf 2017)

	Bezug SGB II (0-15 Jahre)	Migrationshintergrund
Charlottenburg-Nord	56,9%	45,1%
Bezirk, gesamt	21,6%	38,1%
Berlin	32,7%	29,9%

Die Werte für Charlottenburg-Nord liegen weit über den gesamtstädtischen Werten in Berlin. Im Bezirksvergleich sind die Ergebnisse mehr als doppelt so hoch beim Kriterium „Leistungsbezug SGB II“ und knapp 20% höher beim Merkmal „Migrationshintergrund“ (Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf 2017) (siehe Tab. 1).

Die Ergebnisse zeigten großen Handlungsbedarf in dieser Bezirksregion auf, um mögliche gesundheitliche Nachteile der Kinder zu verhindern. Der Auftrag für das Gesundheitsamt stellte sich deutlich dar und führte zu folgender Zielformulierung: Ziel ist der Aufbau eines niedrigschwelligen, flächendeckenden und multidisziplinären Netzwerks zur Gesundheitsförderung.

Vorgehen und erste Ergebnisse -

Workshop, Lebensphasen, Experten KGC und Familienzentrum

Nachdem die Notwendigkeit des Handelns erkannt und das Ziel benannt war, wurden Möglichkeiten für die Umsetzung gesucht. Die den Bezirken aus dem „Aktionsprogramm Gesundheit“ (APG) für die Prävention zur Verfügung gestellten Mittel ermöglichten den Projektbeginn. Einer der Förderschwerpunkte des APG ist die erste Lebensphase, zu welchem das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ zählt und dementsprechend finanziell gefördert wird.

In Charlottenburg-Nord besteht über ein Stadtteilzentrum und ein Familienzentrum eine gute Kooperation verschiedener Träger und Einrichtungen, auch mit niedergelassenen Ärzt*innen, Kindertagesstätten und Schulen sowie mit den Fachdiensten des Gesundheitsamtes, z. B. der Jugendhilfe. Diese Partner*innen unterstützten aktiv den Aufbau des Netzwerks zur Gesundheitsförderung und beziehen wiederum eigene Partner*innen ein. So wurde eine sehr breite Beteiligung von über 30 Institutionen und Organisationen erreicht (siehe **Abb. 1**):

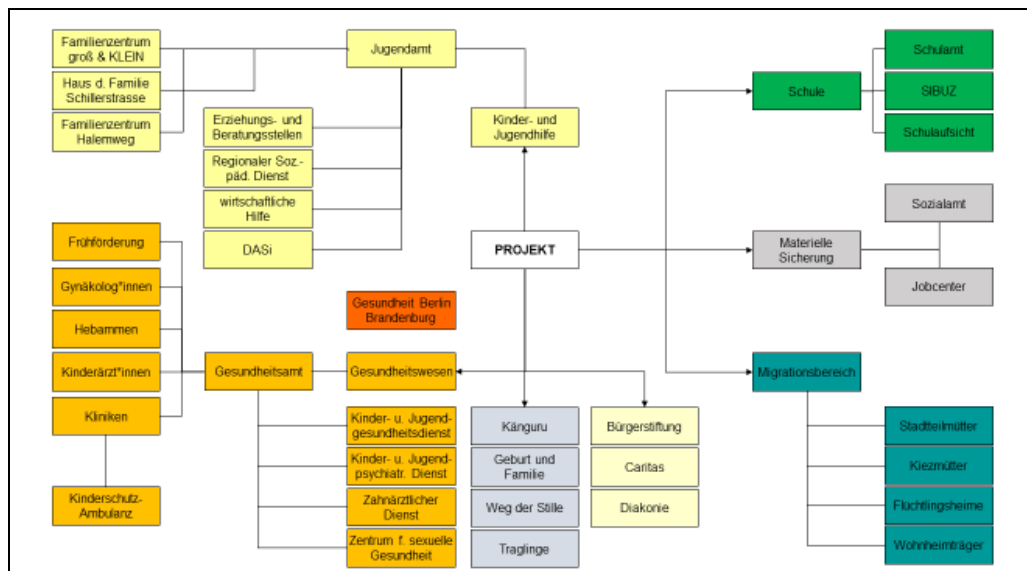


Abb. 1: Übersicht der Netzwerkpartner zur Auftaktveranstaltung am 01.03.2017

Mit den Netzwerkpartnern des Projektes fand im März 2017 eine Auftaktveranstaltung statt, die sich an den Lebensphasen eines Kindes bis zum 6. Lebensjahr orientierte und hier insbesondere die Übergänge von einer Lebensphase in die nächste in den Fokus nahm. Folgende Übergänge wurden betrachtet:

1. Schwangerschaft und Geburt
2. Das 1. Lebensjahr
3. Kita-Zeit
4. Übergang von der Kita in die Schule

In vier Gruppen zu diesen Lebensphasen wurden Ergebnisse zu den vorhandenen Ressourcen im Bezirk, zu möglichen Lücken bei Angeboten und in der Versorgung der Familien sowie den daraus erkennbaren Handlungsbedarfen erarbeitet. Diese Themenfelder betrafen unterschiedliche Adressaten: zum einen politische Verantwortliche, zum anderen das Gesundheitsamt selbst und natürlich auch andere Träger und Institutionen, wie die Geburtskliniken oder auch die Senatsverwaltung für Bildung. Zu den politischen Handlungsfeldern zählen zum Beispiel die nachhaltige Absicherung der Grundbedürfnisse der Familien, die nicht nur die finanzielle Absicherung, sondern auch deren soziale Einbettung und die zeitlichen Ressourcen der Eltern für

ihre Kinder beinhaltet. Eine Verbesserung der personellen Ausstattung im Gesundheits-, Jugend-, Kita- und Schulbereich war ein weiteres Ergebnis und richtete sich ebenfalls an die Politik. Es zielte im Wesentlichen darauf, die Qualität der Tätigkeit für die Kinder in Kita, Schule und Jugend- und Gesundheitsdiensten sicherzustellen, und nicht nur auf die reine Erhöhung des Personals. Im Hinblick auf die Zielgruppe - Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund - und auch aus der beruflichen Erfahrung der Fachkräfte ist der Ausbau der Sprachmittlung ein zentrales Ziel, um diesen Familien den Zugang zu den Angeboten ermöglichen und erleichtern zu können.

Zu den Handlungsfeldern, die die Netzwerkpartner*innen in eigener Verantwortung optimieren müssten, ist zuerst die ressortübergreifende Vernetzung der Fachkräfte und deren bessere Abstimmung untereinander zu nennen. Nicht alle Angebote waren mit ihren Grenzen und Chancen allen Fachkräften bekannt, so dass sie den Eltern nicht vermittelt werden konnten. Ein weiterer Schritt ist das Schließen von Versorgungslücken, konkrete Themenstellungen aus der Erfahrung der Fachkräfte aufzugreifen und Ideen und Möglichkeiten für neue Angebote zu entwickeln. Diese Angebote sollen niedrigschwellig und aus der Perspektive von Nutzer*innen gedacht sein. Sie sollten leicht zugänglich z. B. im Sozialraum oder lebensphasenorientiert angeboten werden. Für den leichten Zugang zu Informationen über die Angebote für die Familien wird auch eine hohe Transparenz der Träger untereinander erforderlich. Erste Verbesserungen wurden durch die Etablierung von Babylotsinnen im Bezirk, aber auch durch regelmäßige Treffen des Gesundheitsamtes mit den niedergelassenen Kinderärzt*innen erzielt.

Im Zusammenhang mit der Auswertung der Ergebnisse der ersten Veranstaltung wurde deutlich, dass deren Priorisierung durch die Fachkräfte die Sicht der Zielgruppe, d. h. der Familien, nicht zuverlässig miteinbeziehen kann. Die hohe Kompetenz der Fachkräfte kann die Wünsche der Zielgruppe nicht ersetzen. Um deren Sichtweise zu erfahren, kam die Zusammenarbeit mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin in den Blick.

Verbindung von Wissenschaft und Praxis -

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité, Themenfindung und Kooperation mit dem Familienzentrum

Im Rahmen einer vorangegangenen Kooperation zwischen Student*innen des Bachelorstudienganges Gesundheitswissenschaften am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin konnten bereits gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit gemacht werden. Der von den Studierenden entwickelte Evaluationsbogen zu den neuen Aufgaben der Familienhebamme des ÖGD ist bis heute Grundlage für die Abschlussgespräche mit Familien im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf zum Ende der Betreuung durch eine Familienhebamme. Ende 2017 wurde das Projekt "Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf" im Seminar B18 „Gesundheit in der Kommune“ im Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften mit dem Ziel präsentiert, die Möglichkeiten der praktischen Anwendung von Studieninhalten und deren nachhaltigen Nutzen für die Praxis darzustellen. Verschiedene Fragestellungen waren vorhanden, z. B.: Welche Angebote sind den Eltern bekannt? Welche nutzen sie? Gibt es Wünsche zu neuen oder Änderungswünsche zu bestehenden Angeboten? Welche Themen im Zusammenhang mit einem gesunden Aufwachsen sind ihnen wichtig? Auf welchem Weg möchten sie zu den Angeboten informiert werden bzw. sich dazu informieren?

Im Ergebnis fanden sich mehrere Studentinnen, die Interesse an dieser Zusammenarbeit hatten. Sie entschieden sich für qualitative Befragungen der Familien zu folgenden Themen: gesundes Aufwachsen, gesunde Ernährung, Bewegung(-sräume) sowie zur Resilienz und psychischen Gesundheit. Die Befragungen im Rahmen der Bachelorarbeiten fanden zwischen Mai und

Juni statt, die Arbeiten lagen dann im August 2018 vor. Die Familien konnten über die Kooperation mit dem Familienzentrum Jungfernheide und der Bernhard-Lichtenberg-Kita, einer großen Kita in Charlottenburg-Nord, gefunden werden. Es ergab sich damit eine „win-win-Situation“: sowohl das Gesundheitsamt als auch die Studentinnen konnten eigene Fragestellungen bearbeiten.

Aktueller Stand und Ergebnisse

Die Vorstellung der Ergebnisse durch die Studentinnen war ein zentraler Baustein für die zweite Veranstaltung im Rahmen des Projektes im November 2018. Sie boten eine gute Grundlage für die Diskussionen in den thematischen Workshops und führten zu einer Bereicherung des Projektes.

Der Blick der befragten Eltern bezog den gesamten Lebensraum mit ein. Neben den Bewegungsräumen für die Kinder und Familien, der sozialräumlichen Planung und Gestaltung, der seelischen Gesundheit und der gesunden Ernährung wurden auch die Bereiche Stadtplanung und Verkehr, Grünpflege sowie weitere Akteure mit Wohnungsbaugesellschaften und lokalen Netzwerken im Bezirk benannt (siehe auch Kapitel VII).

Ein wichtiges Ergebnis der Befragung ist die Grundaussage, dass ein gesundes Aufwachsen für alle Befragten ein aktiv verfolgtes Ziel darstellt und - auch aus Sicht der Eltern - viele Akteure und Aspekte dazu notwendig sind. Die Beteiligten bringen ein großes Bewusstsein und eine hohe Motivation für dieses Thema mit. Die Ergebnisse der Befragung stellen neue Anforderungen an die Institutionen und Träger, die in der Regel im Rahmen ihrer jeweiligen Fachlichkeit tätig sind. So lässt sich das Netzwerk im Projekt sicher noch im Hinblick darauf verbessern, Vernetzungen von z. B. Stadtplanung und Verkehr mit dem Gesundheits- oder Jugendbereich herzustellen, mit Kitas und Schulen oder auch mit lokalen Netzwerken. Das Ziel des Projekts ist aus Sicht der Eltern nur thematisch breit und inhaltlich vernetzt zu erreichen.

Die bisher betrachteten Themenstellungen der Bewegung, Ernährung und psychischen Gesundheit sind in jeder Lebensphase zentral und es bestehen viele Wünsche nach Verbesserung. Die Übergänge zu den einzelnen Lebensphasen sind wichtige Ereignisse im Leben des Kindes und auch hier gibt es weiteren Verbesserungsbedarf. Eine Verknüpfung beider Stränge scheint über die genannten Institutionen der Kitas und der Kinderärzt*innen denkbar. In den Workshops am 28.11.2018 wurde die Idee entwickelt, dass Ansprechpartner*innen vor Ort in die Kita oder die Praxis kommen, die Informationen sowohl zu Themen des Übergangs von einer Lebensphase in die andere, als auch Lebensphasen übergreifende Informationen weitergeben können.

Mögliche weitere Fragestellungen aus Sicht des ÖGD für wissenschaftliche Untersuchungen und Ausblick

Die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis war im Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ zielführend und gewinnbringend. Es konnten neue Impulse und Perspektiven für den Aufbau der Präventionskette entstehen, die nachhaltigen Einfluss auf deren weitere Entwicklung haben werden. Daraus lassen sich Potentiale für die praktischen Herausforderungen der Gesundheitsförderung in einem bezirklichen Kontext ableiten.

Weitere Themenfelder bieten sich für die Kooperation an: Für eine effektive Gesundheitsförderung und Prävention stellt sich z. B. die Fragen: Wie entsteht ein Gesundheitsverständnis beim einzelnen Individuum und wie kann es gefördert werden? Wie sollte eine nachhaltige Gesundheitsbildung aufgebaut sein? Welche Mittel kann sie nutzen? Aber auch die Evaluation von bereits praktizierten Tätigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Rahmen der aufsuchenden Beratung durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (Ersthausbesuche) oder den zahnärztlichen Dienst (ab dem 8. Lebensmonat) im Hinblick auf deren Nachhaltigkeit und

deren Ergebnisse sind von großem Interesse. Eine besondere Herausforderung bleibt die Partizipation der Zielgruppe in das Projekt, bei der wissenschaftliche Methoden, z. B. zur Zielformulierung und Prozessgestaltung, unterstützen könnten.

Dies sind einige Ideen aus bezirklicher Sicht, es bestehen sicherlich auch aus wissenschaftlicher Sicht Themenstellungen, die in der praktischen Lebenswelt noch zu erforschen sind.

III Theoretischer Hintergrund

Julia Sieland, Heike Schuchardt, Gwendolyn Näher³

3.1 Soziale Ungleichheit

Nicht alle Bevölkerungsgruppen haben die gleichen Gesundheitschancen. Menschen in schwierigen Lebenslagen haben bewiesenermaßen schlechtere soziale Voraussetzungen und gelten als sozial benachteiligt (Rosenbrock 2008). Nach Richter und Hurrelmann (2006) ist damit das Vorhandensein von bestimmten persönlichen, sozio-kulturellen und ökonomischen Merkmalen gemeint:

- geringes Einkommen
- niedriger Bildungs- und Berufsstand
- Arbeitslosigkeit
- Migrationshintergrund
- Status einer/eines Alleinerziehenden

Bisherige Forschungen, wie beispielsweise die Studie des Robert Koch-Instituts „Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, haben gezeigt, dass soziale Ungleichheit die Gesundheit beeinflusst (Richter, Hurrelmann 2006; Lampert, Kurth 2007).

Zur Entstehung von gesundheitlicher Ungleichheit im Zusammenhang mit dem sozialen Status existieren diverse Modelle. Als Möglichkeiten zur Erklärung, welchen Einfluss der sozioökonomische Status auf die Gesundheit haben kann, sollen an dieser Stelle beispielhaft die Erklärungsmodelle zur gesundheitlichen Ungleichheit von Mackenbach (2006) und Mielck (Elkeles, Mielck 1997) erläutert werden.

Bezogen auf das Erklärungsmodell von Mackenbach (2006) ist festzuhalten, dass der sozioökonomische Status keinen direkten, sondern einen indirekten Einfluss auf die Gesundheit hat. Der Status hingegen hat direkte Auswirkungen auf das Vorhandensein materieller Faktoren. Der Umstand, dass Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status von einer höheren Morbidität und Mortalität betroffen sind, hängt damit vor allem von materiellen und psychosozialen Faktoren ab. Dazu zählen beispielsweise ein geringeres Einkommen und eine ungünstige Ausgestaltung der physischen Umwelt. Demnach sind diese Personen häufiger Gesundheitsrisiken ausgesetzt, die durch eine einfache Wohnlage an einer viel befahrenen Straße oder einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung bedingt sind. Weiter zeigt sich bei diesen Personen ein vergleichsweise ungünstiges Bewegungsverhalten (Mackenbach 2006).

³ Dieses und die nachfolgenden Kapitel basieren auf den Bachelorarbeiten der drei Studentinnen Julia Sieland (ehem. Rieger), Heike Schuchardt und Gwendolyn Näher.

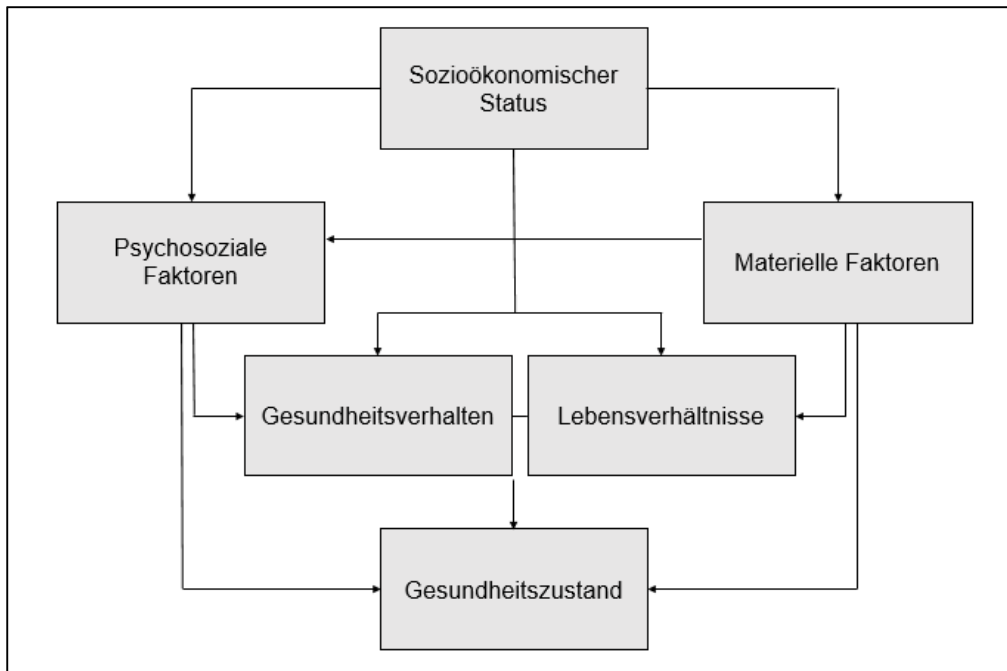


Abb. 2: Erklärungsmodell gesundheitliche Ungleichheit (eigene Darstellung, in Anlehnung an Mackenbach 2006)

Auch im Erklärungsmodell von Andreas Mielck (Elkeles, Mielck 1997) wird die soziale Ungleichheit und eine daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit grafisch dargestellt (siehe **Abb. 2**). Das Erklärungsmodell zeigt verschiedene Faktoren auf, die gesundheitliche Ungleichheit bedingen. Die soziale Ungleichheit resultiert aus unterschiedlichem Bildungsstand, Einkommen und Berufsstatus. Dies wirkt sich auf die Ausprägung der gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten und in der gesundheitlichen Versorgung aus. Zu den Bewältigungsressourcen können nicht nur äußere Faktoren wie soziale Unterstützung und Erholungsmöglichkeiten gezählt werden, vielmehr sind es auch und vor allem die personalen Faktoren, die sich auf die Gesundheit im Allgemeinen und insbesondere auf die psychische Gesundheit auswirken (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2015). Weiter wird durch diese Bedingungen das Gesundheitsverhalten, welches Mielck (Elkeles, Mielck 1997) durch die Faktoren Ernährung, Rauchen, und Compliance kennzeichnet, bestimmt. Diese beeinflussbaren Unterschiede im Gesundheitsverhalten können zu gesundheitlicher Ungleichheit führen, die sich wiederum auf die soziale Ungleichheit auswirkt (Elkeles, Mielck 1997).

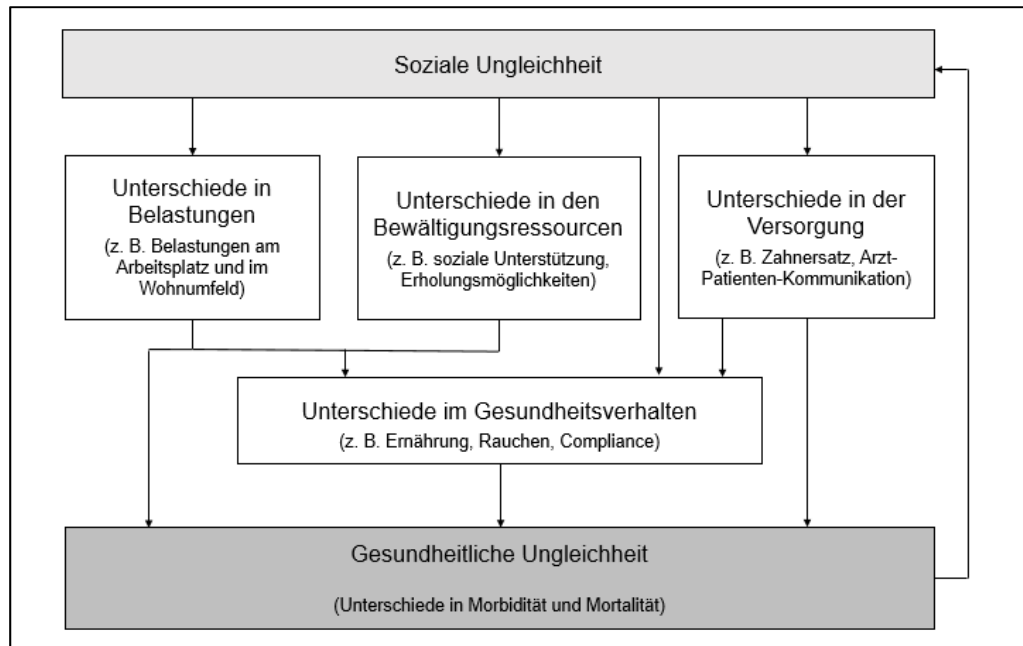


Abb. 3: Das Erklärungsmodell der gesundheitlichen Ungleichheit (eigene Darstellung, in Anlehnung an Elkeles, Mielck 1997; Lampert 2012)

3.2 Gesundheitsziele

Um dieser gesundheitlichen Ungleichheit zu begegnen, wurden im Jahr 2003 vom Kooperationsverbund gesundheitsziele.de erstmals nationale Gesundheitsziele festgelegt. Dazu gehört auch das Ziel „Gesund Aufwachsen“, welches im Jahr 2010 überarbeitet wurde (Kooperationsverbund gesundheitsziele.de 2010). Das Gesundheitsziel „**Gesund Aufwachsen**“ fokussiert die Themen Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz, welche in der Lebenswelt von Kindern stark miteinander verbundene Bereiche sind und sich gegenseitig bedingen. Es umfasst unterschiedliche Strategien, Programme und gesetzliche Rahmenbedingungen mit dem Ziel, diese miteinander zu vernetzen sowie bereits vorhandene Defizite in Programmentwicklungen aufzudecken. Bei der Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nehmen die jeweiligen Bundesländer eine zentrale Position ein. Die Zielformulierungen und Entwicklungen von Maßnahmen erfolgten angepasst an die verschiedenen Settings wie Kitas, Schulen und Familien (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2010).

Bezogen auf das Themenfeld **Ernährung** zeigte sich, dass ungünstige Ernährungsgewohnheiten mit sozioökonomischen Faktoren wie Bildungsferne und Benachteiligung korrelieren und diese ungleich in der Bevölkerung verteilt sind. Die Lebenslage von Kindern und Jugendlichen nimmt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung ihrer Gesundheit ein und die Familie hat eine wegweisende Bedeutung bei der Vermittlung von Ernährungsgewohnheiten. Beispielsweise kann sich das Risiko, an Übergewicht zu erkranken erhöhen, wenn die Häufigkeit an gemeinsamen Mahlzeiten abnimmt oder die Ernährung der Kinder weniger in den familiären Alltag eingebunden wird. Daher stellt eines der Gesundheitsziele, die Stärkung der Elternkompetenz in Ernährungsfragen dar (BMG 2010).

Zum Themenbereich Bewegung ist hervorzuheben, dass der Stadtteil als ein Ort für **Bewegung** immer mehr an Bedeutung gewinnt: „Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen“ – dieses Motto wurde im Jahr 1986 in der Ottawa Charta formuliert und zieht seitdem immer größere Kreise (World Health Organization (WHO) 1986). Auch im Gesetz zur Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz – Prävg) aus dem Jahr 2015 wird dazu aufgerufen, die Lebenswelten der Menschen verstärkt in den Blick zu nehmen. Dadurch ist eine Ver-

schiebung des bisherigen Fokus von individueller Verhaltensprävention hin zu Präventionsmaßnahmen, die ihren Blick auf die sozialen und baulichen Verhältnisse in Lebenswelten richten – die sogenannte Verhältnisprävention – zu verzeichnen (de Bock et al. 2017).

Unter den Begriff **Lebenskompetenz** fallen laut WHO „psychosoziale Fähigkeiten, durch die der Mensch in der Lage ist, konstruktiv und produktiv mit Problemlagen seines Lebens umzugehen“. (WHO 1994). Dazu gehören die Fähigkeit der Selbstwahrnehmung, Empathie, kritisches und kreatives Denken, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, die Fähigkeit Entscheidungen zu treffen, die Problemlösefähigkeit und die Fähigkeit der Emotions- und Stressbewältigung (BMG 2010). Es wird angenommen, dass sich diese Kompetenzen positiv auf die psychische Gesundheit und das Gesundheitsverhalten auswirken. Mit Gesundheitsbildung können und sollen gesundheitsbezogene Lebenskompetenzen aufgebaut und/oder gefördert werden. Hierzu sind die Bildungseinrichtungen Kindergarten und Schule wesentliche Verantwortungsträger. Aber auch andere Lebensfelder der Kinder, wie Freizeitvereine, die Familie und die Medien sollten in die Förderung der Lebenskompetenzen einbezogen werden und miteinander kooperieren (BMG 2010).

3.3 Integrierte kommunale Strategien

Auf kommunaler Ebene zielt der Aufbau von **integrierten kommunalen Strategien (Präventionsketten)** auf eine multidisziplinäre Vernetzung von Beteiligten ab, um Kindern im Stadtteil ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen (KGC 2013). Hier wird der Forderung der Ottawa Charta nach einer „gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik“ (WHO 1986) Rechnung getragen. Die Basis einer Präventionskette ist ein ressourcen- und lebensweltorientiertes, lebenslaufbezogenes Vorgehen aus der Subjektperspektive. Dafür müssen die Bereiche Jugend, Bildung, Gesundheit, Soziales und Stadtteil- bzw. Nachbarschaftsentwicklung koordiniert zusammenarbeiten. Beeinflusst wird das Konzept durch die Forschung zur Kinderarmut und die lebenslauforientierte Forschung zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheit (Richter-Kornweitz, Utermark 2013). Die ressourcenorientierte Präventionskette fungiert als Gegenstück zur Risikokette, die aufgrund von Belastungen entsteht. Ziel ist eine durchgängige und lückenlose Förderung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen, unabhängig vom sozialen Status ihrer Familie. Die Übergänge von einer Lebensphase in die andere, zum Beispiel der Wechsel von der Kita in die Schule, sind dabei als sensible Phasen zu betrachten und werden im Rahmen von Präventionsketten besonders beachtet und gefördert (Richter-Kornweitz, Utermark 2013).

Eine Bevölkerungsgruppe, die in der Gesundheitsförderung und Prävention von besonderem Interesse ist, sind Menschen in schwieriger sozialer Lage. Diese Menschen wohnen häufig in Wohngebieten mit großen gesundheitlichen Belastungen und wenigen gesundheitsförderlichen Ressourcen (Bär et al. 2009). Belastungen, denen bereits Kinder ausgesetzt sind, nehmen einen nachhaltigen Einfluss auf den weiteren Lebensverlauf und die jeweiligen Entwicklungschancen (Siegrist, Marmot 2008). Deshalb ist es wichtig, frühzeitig präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zu ergreifen. Ziel ist es, allen Kindern und Jugendlichen, unabhängig vom Sozialstatus, Bedingungen zur Teilhabe zu eröffnen. Dieses Ziel wird durch den Aufbau von Präventionsketten verfolgt (KGC 2013).

3.4 Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen

Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen gilt als Ansatz zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit und scheint eine herausfordernde Aufgabe zu sein. Maßnahmen, welche darauf abzielen, über Wissensvermittlung zum Beispiel das Ernährungs- oder Bewegungsverhalten zu beeinflussen, haben nur mäßigen Erfolg und erreichen häufig diese Zielgruppe nicht (Owen et al. 2006). Die Angebote werden im Gegenteil dazu eher von

Personen aus höheren sozialen Schichten genutzt, die bereits einen besseren Gesundheitszustand vorweisen (Jordan, von der Lippe 2013). In diesem Fall wird vom sogenannten **Präventionsdilemma** gesprochen (Hurrelmann et al. 2010). Hier stellt sich die Frage, auf welchem Weg sozial benachteiligte Menschen im Quartier am besten erreicht werden können, denn „Menschen in schwieriger sozialer Lage werden über andere Kommunikationskanäle und mit anderen Ansprachestrategien erreicht als sozial besser Gestellte“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013: 214). Beispielsweise werden Eltern durch die Vielzahl von Aushängen in Kitas oft überfordert und können die Informationen nicht überblicken, sodass breit gestreute Informationen über Aushänge oder Elternbriefe die Zielgruppe häufig nicht erreichen. Daher wird für eine direkte Ansprache über die Mitarbeitenden der Kitas geworben, wodurch auf Angebote aufmerksam gemacht wird bzw. auf Informationen hingewiesen werden kann (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012; Lorenz et al. 2013).

Der **Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit** hat für die Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen in schwieriger sozialer Lage zwölf **Good Practice-Kriterien** formuliert (Kilian et al. 2018). Ein Kriterium ist der **Setting-Ansatz**, bei dem es – angelehnt an die Ottawa-Charta von 1986 – um die Verbesserung der Bedingungen in Lebenswelten auf der Ebene des Verhaltens und der Verhältnisse geht. So besteht „die dringende Notwendigkeit, zum einen die Bedürfnisse und die Bedarfe und zum anderen die Lebensverhältnisse der Zielgruppen stärker als bisher zu berücksichtigen“ (Faselt, Geuter 2011: 14). Ein weiteres Good Practice-Kriterium ist die **Partizipation**, denn die Einbindung der Zielgruppe ist eine wichtige Vorgehensweise bei Präventionsprojekten (Wright 2010). Es wird darauf hingewiesen, „dass Verhaltens- und Verhältnisänderungen desto erfolgreicher und nachhaltiger sind, je stärker die Beteiligten an der Problemeinschätzung, der Konzipierung und Implementation der Veränderungen sowie auch an der Qualitätssicherung direkt beteiligt sind“ (Rosenbrock 2008: 14f.). Es ist nicht ausreichend, wenn Fachkräfte die Bedarfe aus der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung ableiten. Folglich ist es unabdingbar, die Bedürfnisse der Zielgruppe in Erfahrung zu bringen. Nur so können subjektiv erlebte Sichtweisen und Mängel ausgemacht werden (Richter-Kornweitz, Utermark 2013).

IV Forschungsstand

Die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland wächst gesund auf. Zu diesem Ergebnis kommt der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) (Lampert, Kuntz 2015). Die positive Einschätzung der Eltern zeigt eine steigende Tendenz von der Basiserhebung bis zur KiGGS Welle 2. Schon in der Basiserhebung und in KiGGS-Welle 1 wurde jedoch deutlich, dass Kinder mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind als Kinder aus sozial besser gestellten Familien. Kinder und Jugendliche der niedrigen Statusgruppe sind demnach häufiger von psychischen Gesundheitsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie von Übergewicht betroffen (Lampert, Kuntz 2015). Das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren von den akuten hin zu den chronischen und von den somatischen hin zu den psychischen Erkrankungen verlagert. Es wird von einer „neuen Morbidität“ gesprochen (Schlack et al. 2008).

4.1 Psychische Gesundheit

Die Prävalenz von psychischen Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter liegt laut der BELLA-Studie bei 21,9 % (Ravens-Sieberer et al. 2007). Im zeitlichen Verlauf gibt es diesbezüglich keine gravierenden Veränderungen. Auch in der KiGGS-Welle 1 wurden etwas mehr als 20 % der Kinder und Jugendlichen als psychisch auffällig eingestuft (Hölling et al. 2014). Ungefähr die Hälfte aller psychischen Störungen tritt vor dem 14. Lebensjahr auf (WHO - Regional Office for Europe o. D.). Dies kann zu erheblichen Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten Umfeld führen (Klasen et al. 2017). Ängste, Störungen des Sozialverhaltens und Depressionen zählen zu den häufigsten spezifischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Ravens-Sieberer et al. 2007). Als häufigste Risikofaktoren wurden in der BELLA-Studie ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status identifiziert. Auch psychische Erkrankungen der Eltern und das Aufwachsen mit Alleinerziehenden (Ravens-Sieberer et al. 2007) sowie Arbeitslosigkeit der Mutter (Hölling, Schlack 2008) gelten laut der Studie als Risikofaktoren. Die Risikofaktoren wirken kumulativ. Das heißt, je mehr Risikofaktoren bei einem Kind vorhanden sind, umso wahrscheinlicher ist das Auftreten einer psychischen Auffälligkeit. Psychisch unauffällige Kinder und Jugendliche zeigen Ressourcen auf personaler, familiärer und sozialer Ebene. Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche verfügen über eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Nur ungefähr die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten werden behandelt (Ravens-Sieberer et al. 2007). Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten zeigt, dass 12 % von den unauffälligen Kindern und Jugendlichen der KiGGS Basiserhebung in der KiGGS Welle 1 auffällig waren. Demgegenüber waren mehr als die Hälfte der auffälligen Kinder der Basiserhebung in der zweiten Befragung unauffällig, 45 % der Kinder und Jugendlichen blieben psychisch auffällig. Bei Jungen wurde das Alter zwischen drei und fünf Jahren und zwischen neun und elf Jahren, das heißt von der Vorschulzeit bis zum Ende der Grundschulzeit, als sensible Phase zur Entwicklung teilweise auch persistenter psychischer Auffälligkeiten identifiziert. Bei Mädchen liegt die sensible Phase eher im Übergang vom Grundschulalter bis zum Ende der Jugendzeit. Jungen zeigen häufiger externalisierende Symptome wie Aggressivität und Hyperaktivität, während bei Mädchen eher internalisierende Auffälligkeiten wie Angst und Depression auftreten (Baumgarten et al. 2018).

Die Resilienzforschung untersucht die gesunde Entwicklung von Menschen trotz andauerndem, hohem Risikostatus, wie z. B. anhaltender Armut. Auch die Kompetenz von Menschen unter akuten Stressbedingungen und die positive bzw. schnelle Erholung von traumatischen Ereignissen sind Untersuchungsgegenstand (Wustmann 2004). In der Kauai Studie, der ersten Resilienzstudie weltweit, wurden über 40 Jahre 698 Menschen der hawaiianischen Insel Kauai beobachtet und interviewt. Zusätzlich wurden Daten zur Lebensqualität und zur Gesundheitssituation

erhoben. Ein Drittel der Menschen war mit Risikofaktoren wie beispielsweise chronischer Armut konfrontiert. Trotzdem entwickelten sich wiederum ein Drittel dieser Menschen gut und zeigten keine Verhaltensauffälligkeiten. Als Schutzfaktoren wurden emotionale Bezugspersonen, ein stabiler Familienzusammenhalt, hohe Sozialkompetenzen und positive Selbstwirksamkeitserwartungen identifiziert (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2015).

In der Resilienzforschung geht es um einen ressourcenorientierten Blick auf die Menschen und die Überzeugung, dass sie ihr Leben aktiv mitgestalten und bewältigen können. Resilienzfaktoren auf der personalen Ebene sind die Selbstwahrnehmung, die Selbstwirksamkeit, die Selbststeuerung, die soziale Kompetenz, der Umgang mit Stress und die Problemlösefähigkeiten. Soziale Unterstützung und Hilfestellungen können zusätzlich als externe Ressourcen dabei helfen, mit schwierigen Situationen erfolgreich umzugehen (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2015). Wirksame Schutzfaktoren zur Vermeidung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, die in der KiGGS-Studie identifiziert werden konnten, sind eine überdurchschnittliche Intelligenz, ein robustes aktives Temperament, eine gute Beziehung zu mindestens einer Bezugsperson und ein sicheres Bindungsverhalten (Hölling, Schlack 2008). Nach dem Resilienzmodell sind nicht allein die Risikofaktoren entscheidend für eine gelingende Lebensführung, sondern vielmehr die vorhandenen Schutzfaktoren, die den Menschen dazu befähigen, auch anhaltende schwierige Situationen seines Lebens zu meistern. Entsprechend sollte in der Prävention und Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen neben der Identifizierung und Bekämpfung von Risikofaktoren zunehmend die Förderung und Stärkung von Schutzfaktoren im Fokus stehen (Hölling, Schlack 2008).

4.2 Bewegung und Bewegungsräume

Der gesundheitliche Effekt von ausreichender Bewegung⁴ ist schon länger bekannt. Zahlreiche Studien belegen, dass ein körperlich aktiver Lebensstil verschiedenen, nicht-übertragbaren Erkrankungen vorbeugt und die Lebenserwartung erhöht (Rütten et al. 2005). Unter Bewegung wird jegliche körperliche Bewegung verstanden, die durch die Skelettmuskulatur hervorgerufen wird und mit einem erhöhten Energieverbrauch einhergeht (Caspersen et al. 1985). Dabei ist Bewegung vom Begriff des Sports zu unterscheiden. Beim Ausüben von sportlichen Aktivitäten steht der Aspekt der Leistung im Vordergrund, wohingegen Bewegung vor allem das Ziel der Gesundheitsförderung verfolgt (Abu-Omar, Rütten 2006). Der gesundheitliche Nutzen von Bewegung bezieht sich sowohl auf den Körper als auch auf die Psyche. Durch Bewegung kann vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht und Diabetes Typ II vorgebeugt werden (Rütten et al. 2005). Bereits im Kindesalter kommt Bewegung für die körperliche Entwicklung als auch für die der Persönlichkeit eine große Bedeutung zu (Zimmer 2002). Die WHO empfiehlt grundsätzlich allen Altersgruppen eine tägliche Bewegungsdauer von mindestens 60 Minuten (WHO 2010). In der Literatur finden sich auch altersgruppenspezifische Empfehlungen. Darin wird für Kindergartenkinder eine körperliche Aktivität von täglich 180 Minuten in verschiedenen Umgebungen empfohlen (Tremblay et al. 2012). Da Kinder sich bis zehn Jahre hauptsächlich in Form von Spielen bewegen (Geuter, Holleder 2012), sollte es ihnen ermöglicht werden, den natürlichen Bewegungsdrang in kindgerecht gestalteten Umgebungsbedingungen ausleben zu können (Tremblay et al. 2012; Timmons et al. 2012; Rütten, Pfeifer 2016).

Die KiGGS-Studie (Welle 2) belegt, dass der Anteil der körperlich aktiven Kinder und Jugendlichen mit zunehmendem Alter abnimmt. Lediglich die Hälfte der Kinder zwischen drei und sechs Jahren ist täglich körperlich aktiv (Bergmann et al. 2009). Dabei zählt Bewegungsmangel zu den sogenannten „modifizierbaren Risikofaktoren“ (RKI 2014: 19), da er im Gegensatz zu anlagebedingten Risikofaktoren beeinflussbar ist. Der Fokus in diesem Kontext liegt vor allem auf Kindern aus sozial benachteiligten Familien, da diese seltener körperlich aktiv sind als Kinder aus

⁴ In der vorliegenden Arbeit werden – wie in der Literatur üblich – die Begriffe Bewegung und körperliche Aktivität synonym verwendet.

sozial besser gestellten Familien (Lampert, Kuntz 2015). In bisherigen Studien wurde auf nationaler Ebene, wie auch in der KiGGS-Studie, häufig nur das Bewegungsverhalten von Kindern untersucht: wie oft und welche Arten von Bewegung die Kinder ausüben (Lampert et al. 2008). Die Sichtweisen von Eltern auf die Rolle der Bewegung für das gesunde Aufwachsen ihrer Kinder wurden bislang nicht erhoben. Jedoch ist bekannt, dass die Einstellung der Eltern zu Bewegung einen entscheidenden Einfluss auf die Aktivität der Kinder hat (Schmiade, Mutz 2012).

Bei der Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren auf **körperliche Aktivität** finden sich neben der Auswirkung des sozialen Status noch zahlreiche andere Faktoren, u. a. Faktoren aus der Umwelt. Der Fokus dieser Arbeit liegt auf Bewegung im öffentlichen Raum, d. h. auf den physischen Umweltfaktoren eines Wohnumfeldes. Dabei fällt auf, dass der Begriff Bewegungsraum in der Literatur nicht einheitlich definiert ist. In dieser Arbeit soll die Definition von Laging (2002) aufgegriffen werden, welcher den Begriff folgendermaßen auslegt: „Bewegungsräume sind [...] solche Räume, die Kinder und Jugendliche aufsuchen, sich aneignen und besetzen, um nach ihrem Bedürfnis nach Bewegungs- und Spielaktivität und bewegungsbezogener Interaktion nachgehen zu können; sie sind ein spezifischer Ausschnitt aus dem Aktionsraum kindlicher und jugendlicher Lebenswelt“ (Laging 2002: 45).

Bucksch et al. (2012) zeigen in ihrem Modell „Zusammenhang zwischen Bedingungen der Wohnumwelt und der körperlichen Aktivität“ (Abb. 4), dass sozialräumliche Faktoren, wie physische Umweltfaktoren, einen direkten Einfluss auf das Ausmaß körperlicher Aktivität haben. Diese Faktoren befinden sich auf der Mesoebene, jedoch bedingen die individuellen Faktoren (Mikroebene) wiederum die Ausgestaltung der kommunalen Umwelt.

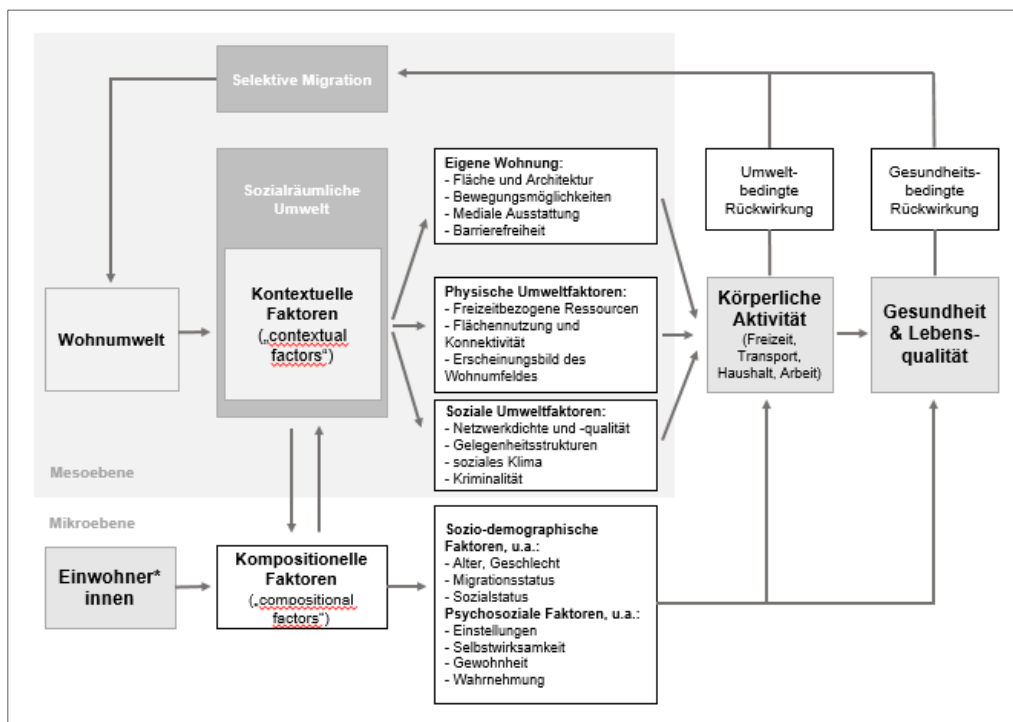


Abb. 4: Zusammenhang zwischen Bedingungen der Wohnumwelt und der körperlichen Aktivität (eigene Darstellung in Anlehnung an Bucksch et al. 2012)

Der Einfluss der Wohnumwelt auf das Bewegungsverhalten von Menschen, besonders von Kindern, ist durch Studien belegt (Ekelund et al. 2006; Bergmann et al. 2009; Bucksch et al. 2011). So haben unter anderem auch Schöppe und Braubach (2007) aufgezeigt, dass folgende physische Umweltfaktoren das Ausmaß der körperlichen Aktivität der im Stadtteil lebenden Menschen beeinflussen:

- Sicherheit im Straßenverkehr

- Sicherheit im Wohnumfeld
- Erreichbarkeit von Grün- und Spielflächen
- Rad- und Gehwege, Nähe zum öffentlichen Personennahverkehr
- Attraktivität der Umgebung bzgl. Gebäude und Grünanlagen
- Läden, Schulen etc. in guter Erreichbarkeit

Diese Verhältnismenkmale sind vor allem dann zu finden, wenn es um die Ursachen des Zusammenhangs von Bewegung und Sozialstatus geht. In benachteiligten Stadtteilen findet sich besonders häufig eine Vielzahl von gesundheitsbelastenden und ein Mangel an gesundheitsförderlichen Merkmalen. Bezogen auf die physischen Umweltfaktoren ist hier ein Mangel an ausreichenden Bewegungsräumen und Spielflächen sowie ein erhöhtes Verkehrsaufkommen zu nennen (van Lenthe et al. 2005; Bär et al. 2009). Davison und Lawson (2006) betonen die Wichtigkeit von zugänglichen Spiel- und Bewegungsräumen für Kinder und Jugendliche in der näheren Wohnumgebung. Unsicherheit und Angst vor Kriminalität werden von Casagrande und Kolleg*innen (2009) als hinderliche Faktoren für den Bewegungsfreiraum aufgeführt. Auch Carver et al. (2010) haben dargestellt, dass die Sicherheit in der Nachbarschaft sowie das Verkehrsaufkommen einen Einfluss auf das Spielverhalten von Kindern haben können.

4.3 Ernährung

Die Ernährung wird als essenzieller Baustein zum körperlichen Aufbau und Erhalt gesehen. Daher ist eine ausgewogene Ernährung in jeder Lebensphase für die Gesundheit und das Wohlbefinden wichtig (Mensink et al. 2007). Generell ist eine gesunde und vollwertige Familienernährung auch für Kleinkinder geeignet, wobei auf eine altersgerechte Zubereitung und Menge geachtet werden sollte (Koletzko et al. 2013). Eine Fehlernährung im Kindesalter weist ein großes Risiko für spätere Krankheiten auf. Besonders Menschen mit niedrigem sozialen Status stellen eine Risikogruppe für ungesunde Ernährung dar. Von Muff und Weyers (2010) werden verschiedene Einflussfaktoren, die sich auf eine ungünstige Ernährung auswirken können, in **Abb. 5** dargestellt.

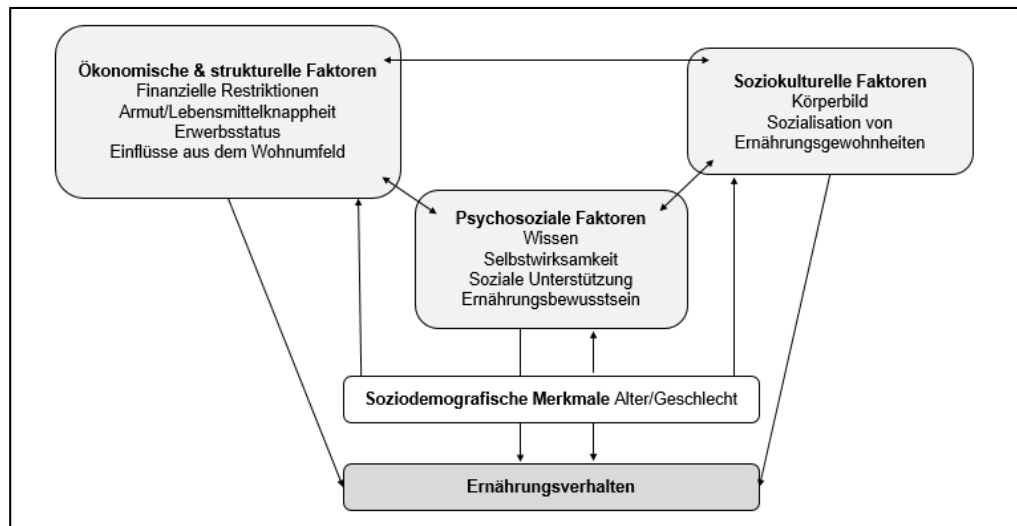


Abb. 5: Erklärungsfaktoren für das Zustandekommen von sozialen Ungleichheiten im Ernährungsverhalten (eigene Darstellung in Anlehnung an Muff, Weyers 2010)

Bei den ökonomischen und strukturellen Faktoren wird beschrieben, dass die preislichen Differenzen zwischen energiedichten, meist ungesunden Lebensmitteln wie Süßigkeiten, und Lebensmitteln mit geringerer Energiedichte wie Gemüse, ausschlaggebende Faktoren bei der Lebensmittelauswahl von sozial Benachteiligten sind. Als Einflüsse aus dem Wohnumfeld wird aufgeführt, dass in Armutsgebieten größere Lebensmittelgeschäfte schlechter zugänglich sind

und es in den vorhandenen kleinen Einkaufsläden eine geringere Auswahl an frischen Lebensmitteln gibt. Zudem sind diese häufig hochpreisiger. Bei den psychosozialen Faktoren wird erläutert, dass das Wissen um gesunde und ungesunde Ernährung bei sozial schwachen Gruppen geringer ist als bei privilegierten Schichten und dadurch auch die Ernährungsqualität negativ beeinflusst wird. Außerdem wird beschrieben, dass eine hohe Selbstwirksamkeit allgemein mit einem gesunden Ernährungsverhalten in Relation steht. Die soziale Unterstützung hat zusätzlich einen hohen Einfluss auf das Ernährungsverhalten. Das Körperbild, das sich unter den soziokulturellen Faktoren entwickelt, unterscheidet sich dahingehend, dass bei Menschen in höheren sozialen Schichten die Anforderungen, einem Körperideal zu entsprechen, höher sind. Bemühungen der Gewichtskontrolle sind häufiger und werden durch eine kalorienbewusste und gesunde Ernährung unterstützt. Die Ernährungsgewohnheiten werden als Sozialisationsprozess beschrieben, der früh angeeignet wird und einen prägenden Einfluss auf das Ernährungsverhalten im Erwachsenenalter hat. Das Schaubild verdeutlicht, dass die sozial bedingte Ungleichheit im Ernährungsverhalten ein komplexes Zusammenspiel ist, das durch viele Faktoren bestimmt wird (Muff, Weyerer 2010).

Einer der Untersuchungsschwerpunkte der Langzeitstudie KiGGS ist die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern. Hierbei zeigten erste Auswertungen der KiGGS-Kohorte, dass im Studienzeitraum die große Mehrheit der Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter weder von Übergewicht noch von Adipositas betroffen ist. Jedoch präsentiert sich eine Zunahme im Laufe des Schulalters bis zum Jugendalter. Ein im Kindergarten beziehungsweise Vorschulalter erworbenes Übergewicht bleibt häufig bis ins Jugendalter bestehen. Durch diese Verfestigung des erworbenen Übergewichts wird die Notwendigkeit, bereits im Kindergarten vorbeugende Maßnahmen zu ergreifen, deutlich (Schienkiewitz et al. 2018b). Erste Querschnittergebnisse aus der KiGGS Welle 2 und Trends zeigen auf, dass im Vergleich mit der KiGGS-Basiserhebung keine weitere Steigung der Übergewichts- und Adipositasprävalenz bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten ist. Zudem konnte gezeigt werden, dass Kinder und Jugendliche mit hohem sozioökonomischen Status deutlich weniger von Übergewicht und Adipositas betroffen sind als Gleichaltrige mit niedrigem Status (Schienkiewitz et al. 2018a). In den neusten Untersuchungen des RKI, der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) Welle 2, finden sich Hinweise, dass die Prävalenz von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit Übergewicht bzw. Adipositas nicht weiter steigt bzw. sogar stagniert. In den aktuellen Ergebnissen der KiGGS Welle 2 wurde festgestellt, dass der Anteil von übergewichtigen Mädchen im Alter von drei bis sechs Jahren bei 10,8 %, bei den Jungen in diesem Alter bei 7,3 % liegt. Eine Adipositas weisen 3,2 % der drei bis 6-jährigen Mädchen auf, bei den Jungen 1,0 %. Beide Problematiken steigen mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen an. Ein weiteres Krankheitsbild, das durch die Ernährung beeinflusst wird, ist die Mund- und Zahngesundheit. Die KiGGS Basiserhebung zeigt Erkenntnisse zur Mundgesundheit von 0- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen auf. Bei den Untersuchungen wurde das Zahnputzverhalten, Nutzung von Arzneimitteln zur Kariesprophylaxe sowie die Anzahl der zahnärztlichen Untersuchungen erfragt. Seit den 1970er- Jahren konnte der Befall von Karies durch Maßnahmen der Gruppenprophylaxen, welche beispielweise eine Ernährungsberatung, Erhebung des Zahnstatus und Untersuchungen der Mundhöhle umfassen, um 80 % reduziert werden. Auch wenn von einer positiven Entwicklung gesprochen werden kann, zeigte sich ein soziales Gefälle der Kariesbetroffenheit: Das Kariesrisiko sinkt, je höher der soziale Status der Eltern ist. Eine kontinuierliche Fortführung von Präventionsmaßnahmen wird weiterempfohlen (Brauckhoff et al. 2009).

Das „British Journal of Nutrition“ publizierte 2008 ein Review mit verfügbaren Daten zum Thema, welchen Einfluss die elterliche Ernährungseinstellung auf das kindliche Ernährungsverhalten hat. Den Eltern wird bei der Entwicklung bezüglich der Nahrungspräferenz und der Energieaufnahme ihrer Kinder eine zentrale Rolle zugeschrieben. Es wird beschrieben, dass Mütter ein größeres Interesse an dem Essverhalten ihrer Kinder haben, da sie mehr Zeit in der direkten

Interaktion mit ihren Kindern verbringen als Väter. Die kindliche Entwicklung von Nahrungspräferenzen ist ein komplexes Zusammenspiel aus angeborenen, familiären und umweltbedingten Faktoren. Wirksame Präventionsprogramme sollten ihren Fokus darauf ausrichten, vorausschauende Beratungen anzubieten, sie bei der Kindererziehung zu unterstützen, damit das Kind in seiner Auswahl an gesunder Ernährung und in seiner selbstständigen Nahrungsaufnahme gefördert werden kann (Scaglioni et al. 2008).

4.4 Sozialraum Charlottenburg-Nord

Der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf ist ein im Vergleich zu anderen Bezirken Berlins sozial starker Stadtteil, in dem prozentual viele Menschen in Mittel- und Oberschichtsverhältnissen leben. Die Paul-Hertz-Siedlung liegt gemeinsam mit den Planungsräumen Jungfernheide und Plötzensee in der Bezirksregion Charlottenburg-Nord und steht dazu in einem bedeutenden Kontrast.

Die Siedlung wurde 1961 gebaut und wird überwiegend von vielbefahrenen Straßen und Autobahnen begrenzt, sodass sie einen räumlich isolierten Bereich darstellt. In der Paul-Hertz-Siedlung lebten am 31.12.2016 laut Daten des Monitorings Soziale Stadtentwicklung 7771 Menschen (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2017). Anfang der 60er Jahre wurde die Siedlung im Rahmen des sozialen Wohnungsbaus errichtet. Die U-Bahn-Linie 7 und mehrere Buslinien sorgen für die Anbindung an das weitere Stadtgebiet Berlins. In der Siedlung gibt es viele kleine Spielplätze und Grünflächen zwischen den Wohnhäusern, einige Supermärkte, drei Kindertagesstätten, eine Grundschule und ein Jugendfreizeithaus. Der angrenzende Planungsraum Jungfernheide ist durch die Stadtautobahn von der Paul-Hertz-Siedlung räumlich getrennt. Hier finden sich weitere Kindertagesstätten, Grundschulen und das Stadtteilzentrum, welches an einem zentralen Standort die Stadtteilbibliothek, den Jugendclub, den zahnärztlichen Gesundheitsdienst, das Bürgeramt und das Stadtteilbüro beherbergt (Bezirkssamt Charlottenburg-Wilmersdorf o. D.). Das Familienzentrum Jungfernheide, welches zahlreiche Angebote für Eltern und Kinder von null bis acht Jahren vorhält, befindet sich nach seinem Umzug seit Ende des Jahres 2017 in einem Gebäude am Eingang des Jungfernheideparks und am Übergang der Autobahn, sodass es auch für Anwohner*innen der Paul-Hertz-Siedlung gut erreichbar ist (Familienzentrum Jungfernheide o. D.).

Die soziale Lage des Planungsraumes Paul-Hertz-Siedlung zeigt einen sehr niedrigen Statusindex mit stabiler Dynamik auf (Marquardt, Eberhardt 2017). Hier leben überwiegend Menschen, die sich mit schwierigen sozialen Bedingungen konfrontiert sehen. Sozialdaten aus dem Jahr 2016 des Monitorings „Soziale Stadtentwicklung“ belegen, dass die Arbeitslosenquote in der Paul-Hertz-Siedlung bei 16 % liegt (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2017). Im gesamten Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf liegt die Arbeitslosenquote im Vergleich dazu bei nur 7,4 % (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen 2017). Im Planungsraum Paul-Hertz-Siedlung leben 57 % der Kinder in Bedarfsgemeinschaften mit SGB II Bezug (Marquardt, Eberhardt 2017). Über 77 % der Minderjährigen haben dort einen Migrationshintergrund und gelten bezüglich des Armutsriskos als vulnerable Gruppe (Marquardt, Eberhardt 2017). Zusammenfassend bedeutet dies, dass über die Hälfte der Minderjährigen in der Paul-Hertz-Siedlung von Armut betroffen oder davon bedroht sind und somit auch stärker gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind.



Abb. 6: Charakteristischer Wohnblock in der Paul-Hertz-Siedlung (eigene Aufnahme)



Abb. 7: Autobahnbrücke Halemweg (eigene Aufnahme)

V Fragestellung und Zielformulierung

Vor dem dargestellten Hintergrund ergab sich folgende Fragestellung, die im Rahmen des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ beantwortet werden sollte:

Welche Bedürfnisse bestehen bei Eltern in der Paul-Hertz-Siedlung in Bezug auf das gesunde Aufwachsen ihrer zwei- bis sechsjährigen Kinder?

Darüber hinaus wurden themenbezogene Fragestellungen formuliert:

- Welche Sichtweisen und Bedürfnisse zum Thema gesunde Ernährung ihrer Kinder bestehen bei Müttern aus der Paul-Hertz-Siedlung?
- Welche Sichtweisen und Bedürfnisse formulieren Mütter aus der Paul-Hertz-Siedlung hinsichtlich Bewegung und Bewegungsräume für ihre Kinder?
- Welche Sichtweisen haben Mütter der Paul-Hertz-Siedlung hinsichtlich der psychischen Gesundheit und der Resilienz ihrer Kinder und welche Bedürfnisse bestehen diesbezüglich?

Die Kinder sollten nicht direkt befragt werden, da solch ein Vorgehen eine besondere Herangehensweise im Sinne des Datenschutzes und der methodischen Umsetzung erfordert hätte (Wagner 2014). Daher wurde sich für eine Befragung der Eltern entschieden, genauer gesagt für die Mütter. Laut eines Berichts des Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung sind heutzutage immer noch die Mütter diejenigen, die sich vorrangig um die Kinderbetreuung kümmern (Grünheid, Sulak 2016).

Da es unabdingbar ist, die Zielgruppe im Sinne der Partizipation am Prozess zu beteiligen, bestand der erste Schritt darin, die Mütter zu befragen und anzuhören (Wright 2010). Es sollte die Auffassung der Mütter bezüglich der vorgestellten Themenbereiche Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit erfragt werden und herausgefunden werden, welche Aspekte ihrer Meinung nach bedeutsam sind. Der Fokus der geplanten qualitativen Erhebung lag darin, die Bedürfnisse und Sichtweisen der Zielgruppe in der Paul-Hertz-Siedlung in Bezug auf eine gesunde Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit zu ermitteln. Es sollten Meinungen, Angebotswünsche, Versorgungslücken und gewünschte Informationswege herausgefunden werden. Außerdem sollte erfasst werden, ob und ggf. welche Beratungs- oder Unterstützungsmaßnahmen gewünscht oder bekannt sind und welche Angebote schon in Anspruch genommen werden. Des Weiteren wurde ermittelt, wie Institutionen wahrgenommen und genutzt werden, die diesbezüglich Hilfen anbieten.

Das Ziel der Arbeiten – und somit auch der Kooperation mit dem Praxispartner - war, die Ergebnisse den Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes zur Verfügung zu stellen, so dass im Rahmend des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ nutzerorientierte Angebote und Netzwerkstrukturen in der Paul-Hertz-siedlung entstehen oder ausgebaut werden können.

VI Methodik

Nachdem der theoretische Hintergrund erläutert wurde, werden nachfolgend die Datenerhebungs- und Datenauswertungsmethoden dargestellt, welche zur Beantwortung der Forschungsfragen dienen.

6.1 Datenerhebung

Zur Untersuchung und Beantwortung der formulierten Forschungsfragen eignete sich ein qualitatives Forschungsdesign, da hierzu noch keine konkreten Ergebnisse vorlagen und sich Ergebnisse aus anderen Stadtgebieten nicht ohne Weiteres übertragen ließen.

In der qualitativen Forschung werden Perspektiven, „Wissen und Handeln der Beteiligten“ untersucht (Flick 2017: 29). Dadurch wird ein kontrollierter Zugang zu einer fremden Lebenswelt geschaffen (Kleemann et al. 2013). Es wurden mündliche Befragungen mittels teilstandardisierter, leitfadengestützter Interviews durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung wurde sich an dem problemzentrierten Interview (PZI) nach Witzel (2000) orientiert, da es hier um die Erfahrung von subjektiven Sichtweisen geht. Dem Gedanken des PZI folgend, wurden die Interviews durch vier Instrumente unterstützt und ergänzt: Kurzfragebogen, Tonbandaufzeichnung, Leitfaden und Postskriptum (Witzel 2000).

Überlegungen zur Erreichbarkeit der Teilnehmerinnen sind in diesem Forschungsansatz von besonderer Bedeutung (Flick 2017). Bekanntlich sind vulnerable Gruppen häufig schwieriger zu erreichen und nehmen seltener Angebote wahr. Um sich mit dem Feld vertraut zu machen, wurden vorab eine Begehung der Paul-Hertz-Siedlung durchgeführt und ein Besuch im Familienzentrum Jungfernheide vorgenommen, bei dem die Leitung der Einrichtung einen Einblick in die Strukturen und die konkrete Arbeit vor Ort gab. Um die Mütter der Paul-Hertz-Siedlung zu erreichen, bot sich das Sampling über eine Gatekeeperin (Reinders 2012) an. Bereits bestehende Kontakte zur Kitaleitung der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße in der Siedlung wurden genutzt, um einen weiteren Zugang zum Feld zu erreichen. In die Erhebung eingeschlossen wurden Mütter von 2- bis 6-jährigen Kindern, die in der Paul-Hertz-Siedlung wohnen und deren Deutschkenntnisse ausreichend für ein Interview waren. Angelehnt an den Armutsbericht und die Literatur zur sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit sollten sich die Mütter möglichst zu einem (oder mehreren) der folgenden Merkmale zuordnen lassen: mit Migrationshintergrund, alleinerziehend, arbeitslos oder SGBII-Empfängerin. Das Sampling erfolgte somit nach vorab festgelegten Kriterien (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010). Es sollte bezüglich der Lebensumstände von Heterogenität geprägt sein, wenngleich auf Grund des Geschlechts eine gewisse Homogenität vorlag. Über die Kita-Leiterin wurde den Müttern ein Informationsschreiben und eine Einwilligungserklärung (beides angelehnt an Sauter 2018) ausgehändigt. Durch diese informierte schriftliche Einwilligung und eine Pseudonymisierung der Daten bei der Transkription wird der Datenschutz gewährleistet (Helfferich 2011).

Als Grundlage für die Interviews dienten Interviewleitfäden, die als „Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen zur Sicherung der Vergleichbarkeit der Interviews“ verwendet wurden (Witzel 2000). Durch deren Verwendung konnte sichergestellt werden, dass einerseits Themenbereiche aus den Ergebnissen der vorherigen Recherche angesprochen werden, sodass eine gewisse Strukturierung vorgegeben war. Andererseits sollte durch die offen formulierten Fragen möglichst viel Freiraum in der Beantwortung gelassen und die Interviewpartnerinnen zum Erzählen angeregt werden (Meuser, Nagel 2002).

Die Entwicklung der Interviewleitfäden erfolgte theoriegeleitet vor dem Hintergrund der Fragestellungen. In diesem Prozess fand ein Treffen mit dem Kernteam des Projektes „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ statt, bei dem die bisherigen Überlegungen vor-

gestellt und mit den Interessen des Teams abgeglichen wurden. Die Interessen der Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamtes fanden somit Berücksichtigung bei der Erstellung der Interviewleitfäden. Die theoretische Fundierung der Interviewleitfäden wurde übersichtlich dargestellt.

Die Interviewsituation und die Interviewleitfäden wurden jeweils im Rahmen von Pretests geübt und überprüft. Die anschließenden Interviews wurden im Mai 2018 durchgeführt. Als Interviewsettings konnten einerseits die Räumlichkeiten der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße und des Familienzentrums Jungfernheide genutzt werden oder auf Wunsch die Wohnräume der Teilnehmerinnen. In jedem Fall sollte der Interviewort zur Lebenswelt des untersuchten Subjekts gehören, um eine möglichst offene und ungezwungene Gesprächssituation zu ermöglichen (Misoch 2015). Eine Tonbandaufzeichnung mittels Diktiergerätes diente dem Festhalten des Gesprächs. Im Anschluss an die Interviews wurde ein Kurzfragebogen ausgehändigt, über welchen Sozialdaten abgefragt wurden. Dies diente dazu, die Lebenssituation der Mütter näher beschreiben zu können. Im Anschluss an die Befragungen wurde ein Interviewprotokoll ausgefüllt, wodurch Rahmenbedingungen sowie andere Besonderheiten während des Interviews festgehalten werden konnten (Witzel 2000).

6.2 Datenauswertung

Um die erhobenen Daten auszuwerten, war zunächst eine Überführung der Audiodateien in Textmaterial notwendig. Dafür existieren in der qualitativen Forschung keine einheitlichen Transkriptionsregeln (Flick 2017). Im Rahmen dieser Untersuchung erfolgte die **Transkription** mit der Software „f4“ sowie mithilfe des Windows Media Players und Microsoft Word, orientiert an einem einfachen Transkriptionssystem in Anlehnung an Dresing und Pehl (2015) bzw. an Kuckartz (2016) (siehe **Tab. 2**). In jedem Fall standen eine gute Lesbarkeit und die Möglichkeit einer schnellen Erfassung der Inhalte im Vordergrund. Nach Fertigstellung der Transkripte erfolgte das Korrekturlesen sowie die Pseudonymisierung sensibler Informationen durch die Forscherinnen. Die Datenauswertung wurde computergestützt mit Hilfe von MAXQDA 2018 durchgeführt.

Tab. 2: Auszug aus den Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015)

Thema	Darstellung im Transkript/Beispiel	Erläuterungen
Ausgelassene Buchstaben	Wie spät iss'n?	Auslassungen durch Apostroph ersetzen
Benennung von Personen	I: B:	I: interviewende Person B: befragte Person
Betonung	UNBEDINGT	Großschreibung der betonten Stelle
Fülllaute	hm (bejahend)	Fülllaute aller Personen werden transkribiert und in Klammern erläutert
Kommentar	(überlegen) (lachen)	Situationsbeschreibung in Klammern
Pausen	(...) (3)	Für kurze Pause Dauer in Sekunden
Wort- und Satzabbrüche	Spielpl/ Spielplatz Und dann/	An ein abgebrochenes Wort oder einen abgebrochenen Satz wird dieses Zeichen angehängt: /

6.2.1 Qualitative Inhaltsanalyse in den Themenbereichen Psychische Gesundheit und Ernährung

Bei der Analyse der Daten wurde in den Themenfeldern psychische Gesundheit und Ernährung in Anlehnung an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) vorgegangen, da sie sich in zahlreichen Forschungsprojekten bewährt hat und eine Möglichkeit bietet, Textdaten systematisch und nachvollziehbar zu analysieren. Auf diese Weise kommt es zu einer Reduktion des Datenmaterials. Hierbei wird ein mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung und Codierung der Daten durchlaufen.

Als erster Schritt erfolgte die initiiierende Textarbeit, um eine erste intensive Auseinandersetzung mit dem Text zu erreichen (Kuckartz 2016). Dazu wurde der Text sorgfältig gelesen und wichtige Textstellen markiert. Kurze Memos wurden notiert, um Besonderheiten und Auswertungsideen, die beim Lesen auftauchten, festzuhalten. Zum Thema psychische Gesundheit wurde darauffolgend jeweils eine kurze Fallzusammenfassung, die sich eng an der Forschungsfrage orientierte erstellt, um einen ersten Überblick über die einbezogenen Fälle zu erhalten (Kuckartz 2016).

Im zweiten Schritt wurden ausgehend von den Forschungsfragen, der zugrundeliegenden Literatur und den Kernthemen der Interviewleitfäden die Hauptkategorien abgeleitet. Diese wurden jeweils inhaltlich definiert und Anwendungshinweise gegeben, um eine nachvollziehbare Zuordnung der Textstellen zu ermöglichen. Anschließend wurde das Datenmaterial mit Hilfe der Software MAXQDA entsprechend den Hauptkategorien in Sinneinheiten codiert, um auch bei späterer Verwendung die Verständlichkeit des Gesagten zu erhalten. Darauffolgend wurde der den einzelnen Hauptkategorien zugeordnete Text gesichtet und induktiv am Material Subkategorien gebildet. Diese wurden mit Hilfe eines Kodierleitfadens dargestellt, definiert und mit Ankerbeispielen versehen. Ein vollständiges Kategoriensystem mit Haupt- und Subkategorien wurde erstellt, um eine bessere Übersicht zu gewährleisten (siehe **Tab. 3:** Kategoriensystem psychische „Gesundheit/Resilienz und **Tab. 5).**

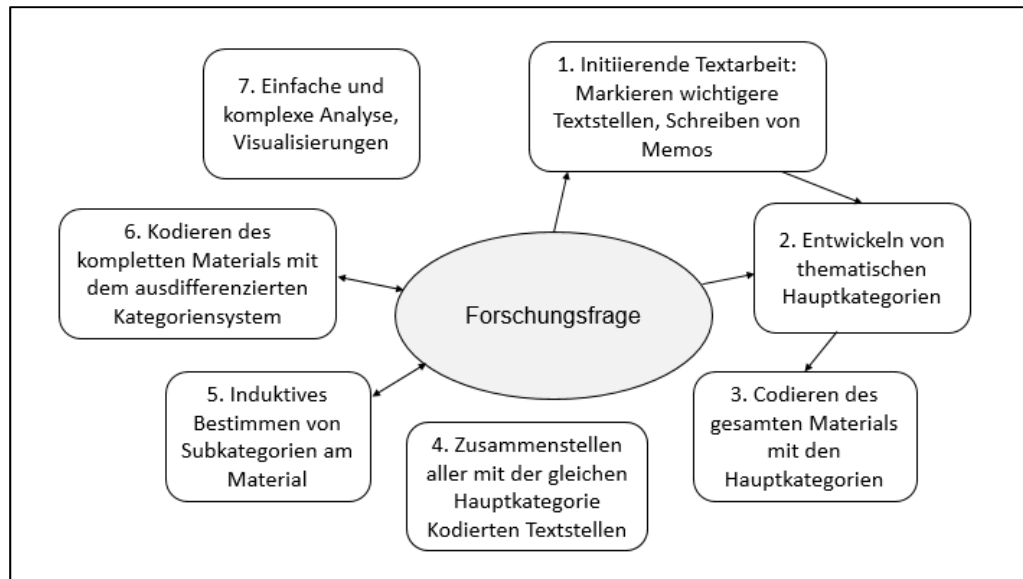


Abb. 8: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (eigene Darstellung in Anlehnung an Kuckartz 2016)

Themenbereich „Psychische Gesundheit“

Das Kategoriensystem zum Thema psychische Gesundheit und Resilienz mit Haupt- und Subkategorien setzte sich wie folgt zusammen:

Tab. 3: Kategoriensystem psychische „Gesundheit/Resilienz“

Hauptkategorie (K)	Unterkategorie (UK)
1. Begriffsbestimmung psychischer Gesundheit	1.1 Einstiegsfrage
	1.2 Merkmale psychischer Gesundheit
	1.3 Merkmale psychischer Auffälligkeiten
2. Schutzfaktoren für psychische Gesundheit	2.1 Personale Ressourcen
	2.2 Soziale Ressourcen
3. Herausforderungen für psychische Gesundheit	3.1 Primäre und sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren
	3.2 Stressoren /Risikofaktoren für psychische Gesundheit
4. Inanspruchnahmeverhalten	4.1 Informationsbeschaffung
	4.2 Nutzung vorhandener Angebote
	4.3 Hürden bei Inanspruchnahme von Angeboten
	4.4 Wahrgenommene Ansprechpartner und Angebote
	4.5 Bewertung vorhandener Angebote
5. Wünsche und Bedürfnisse	5.1 Ansprechpartner
	5.2 Inhalte von Angeboten
	5.3 Informationsmöglichkeiten
	5.4 Ausgestaltung von Angeboten

Die Angaben in den Kurzfragebögen ergaben folgendes Bild:

Tab. 4: Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „psychische Gesundheit/Resilienz“

Pseudonym	Soziodemografische Merkmale
P1	verheiratet, Migrationshintergrund (libanesisch), Studium
P2	verheiratet, Migrationshintergrund (tschetschenisch), Studium
P3	verheiratet, Deutsche Nationalität, Berufsausbildung

Themenbereich „Ernährung“

Das Kategoriensystem im Bereich Ernährung gestaltete sich folgendermaßen:

Tab. 5: Kategoriensystem „Ernährung“

Hauptkategorie (K)	Unterkategorie (UK)
1. Definition von gesunder Ernährung	1.1 Essen/Nahrung
	1.2 Trinken
2. Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie	2.1 Gedanken der Mutter bzgl. einkaufen, kochen, ernähren
	2.2 Vielfalt bzgl. Lebensmittel
	2.3 Gemeinsames einkaufen mit Kindern
	2.4 Gemeinsame Nahrungszubereitung
3. Ernährungsverhalten des Kindes	3.1 Zufriedenheit der Mütter mit der Ernährung ihres Kindes
	3.2 Essgewohnheiten und Rituale
	3.3 Ernährung des Kindes
4. Bedingungen für eine gesunde Ernährung	4.1 Andere Betreuungssituation
	4.2 Informationsbeschaffung, Wissen zu Ernährung
	4.3 Strukturelle Möglichkeiten in der Paul-Hertz-Siedlung
	4.4 Zeitfaktor
	4.5 Essen in der Kita
5. Ressourcen & Unterstützung	5.1 Angebotswahrnehmung und Vermittlung
	5.2 Bekannte Angebote in der Paul- Hertz-Siedlung
6. Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven	6.1 Beschwerden und Veränderungsvorschläge
	6.2 Vermittlungsvorschläge
	6.3 Wünsche und Ideen

Die erhobenen soziodemografischen Daten der Teilnehmerinnen ergaben folgendes Bild:

Tab. 6: Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „Ernährung“

Pseudonym	Soziodemografische Merkmale
E1	verheiratet, Deutsche Nationalität, Studium
E2	verheiratet, Migrationshintergrund (türkisch), Studium
E3	verheiratet, Deutsche Nationalität, Berufsausbildung

6.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse im Themenbereich Bewegung und Bewegungsräume

Die Datenauswertung der auf Bewegung fokussierten Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), welcher drei Auswertungsformen unterscheidet: Explikation, Zusammenfassung und Strukturierung. Hier eignete sich die Strukturierung als eine deduktive Vorgehensweise, denn die Kategorien wurden auf Grundlage der Literatur vor der Durchführung der Interviews erstellt. Da der Fokus hauptsächlich auf der Analyse der Interviewinhalte lag, wurde sich an der Methode der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse orientiert.

Als Material, das in die Auswertung einfließen sollte, wurden alle drei durchgeführten und transkribierten Interviews festgelegt. Dabei wurden die Interviews nicht gekürzt oder Passagen ausgeschlossen, sondern die gesamten Interviews verwendet. In den Kurzfragebögen haben sich Interviewpartnerinnen folgende Angaben gemacht:

Tab. 7: Soziodemografische Merkmale der Interviewpartnerinnen „Bewegung“

Pseudonym	Soziodemografische Merkmale
B1	verheiratet, Deutsche Nationalität, Berufsausbildung
B2	alleinerziehend, Migrationshintergrund (kasachisch), Berufsausbildung
B3	mit Partner zusammenlebend, Migrationshintergrund (polnisch), Berufsausbildung

Die Teilnahme der Mütter an den Interviews war freiwillig. Die Interviews wurden alle von der Forscherin selbst durchgeführt. Wie oben bereits erwähnt, hatte sich diese durch eine Begehung ein Bild von der Siedlung gemacht. Die konkreten Entstehungssituationen der Interviews, basierend auf den Notizen im Interviewprotokoll, waren folgende:

Tab. 8: Entstehungssituationen der Interviews B1-B3

Interview	Entstehungssituation
Interview B1	im Besprechungsraum der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße, ruhig ohne Nebengeräusche, angenehme und lockere Gesprächssituation, die Interviewpartnerin hat im Anschluss ihr Kind abgeholt
Interview B2	im Besprechungsraum der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße, keine Störungen, sehr angenehme Gesprächssituation
Interview B3	bei der Interviewpartnerin Zuhause im Wohnzimmer, anfangs sehr stockend und mit vielen Störungen durch Kinder und Partner, später flüssig und ungestört

Der weitere Verlauf orientierte sich an den Schritten der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Zunächst wurden die Analyseeinheiten definiert: Als Auswertungseinheit galt jeweils ein komplettes Interview, als Kodiereinheit (minimaler Textteil) galt ein halber Satz zu einer Kategorie und als Kontexteinheit (größter Textbestandteil) jede vollständige Aussage zu einer Kategorie (Schritt 1). Als Strukturierungsdimensionen galten die Kategorien aus dem Interviewleitfaden, die vorher aus der Fragestellung und der Literatur abgeleitet wurden (Schritt 2). Anschließend wurden die Strukturierungsdimensionen ausdifferenziert und als Unterkategorien den Hauptkategorien zugeordnet. So entstand ein *vorläufiges* Kategoriensystem (Schritt 3) aus fünf Hauptkategorien und zwölf Unterkategorien.

Tab. 9: Kategoriensystem Themenbereich „Bewegung“

Hauptkategorie (K)	Unterkategorie (UK)
1. Sichtweise auf Bewegung	1.1 Bedeutung von Bewegung für Kinder
	1.2 Bedürfnis der Kinder nach Bewegung
2 Förderliche und hinderliche Faktoren der Bewegungsräume	2.1 Spielplätze
	2.2 Grünflächen
	2.3 Verkehr
	2.4 Sicherheit
3. Bedürfnisse zu Bewegungsräumen	3.1 Spielplätze
	3.2 Grünflächen
	3.3 Verkehr
4. Informationswege	4.1 Informationen bekommen
	4.2 Informationen suchen

Nach einem ersten Materialdurchgang wurden Kategoriedefinitionen, Ankerbeispiele und – sofern Abgrenzungsprobleme bestanden – Kodierregeln formuliert und in einem vorläufigen Kodierleitfaden (Schritt 4), der die Grundlage für einen weiteren Materialdurchlauf (Schritt 5 und 6) darstellte, zusammengefasst. Dabei wurden das Kategoriensystem sowie der Kodierleitfaden angepasst (Schritt 7). Während des Kodierprozesses anhand der deduktiven Kategorien wurde festgestellt, dass neue Kategorien induktiv aus dem Material abgeleitet werden konnten. Dies bezieht sich auf die Unterkategorien von Hauptkategorie 5. Kategorie 4 wurde mit zwei Unterkategorien gänzlich aufgenommen und im Sinne der Zusammenfassung mit in den Auswertungsprozess einbezogen und das Kategoriensystem und der Kodierleitfaden finalisiert. Folglich handelte es sich genauer gesagt um eine deduktiv-induktive Vorgehensweise. Nachdem das Material vollständig durchgegangen und kodiert wurde, erfolgte eine Paraphrasierung der Fundstellen (Schritt 8), eine fallübergreifende Zusammenfassung pro Unterkategorie (Schritt 9) sowie abschließend eine fallübergreifende Zusammenfassung pro Hauptkategorie (Schritt 10) (Endstand siehe **Tab. 9**).

Die Datenauswertung wurde in allen drei Teiluntersuchungen zu den Themenschwerpunkten Psychische Gesundheit, Ernährung und Bewegung computergestützt mit Hilfe von MAXQDA 2018 durchgeführt.

VII Ergebnisse

Die Ergebnisse werden zunächst differenziert nach den drei Themenbereichen „Psychische Gesundheit“, „Bewegung“ und „Ernährung“.

7.1 Psychische Gesundheit



Abb. 9: Laufende Kinder an einer Düne (eigene Aufnahme)

7.1.1 Begriffsverständnis

Die Frage nach dem Begriffsverständnis zum Thema psychische Gesundheit bei Kindern diente dazu, einen Hinweis darauf zu erlangen, welche Aspekte den Teilnehmerinnen bekannt sind und mit dem Thema assoziiert werden. Hierzu wurden eine Einstiegsfrage formuliert und zwei weitere Subkategorien gebildet.

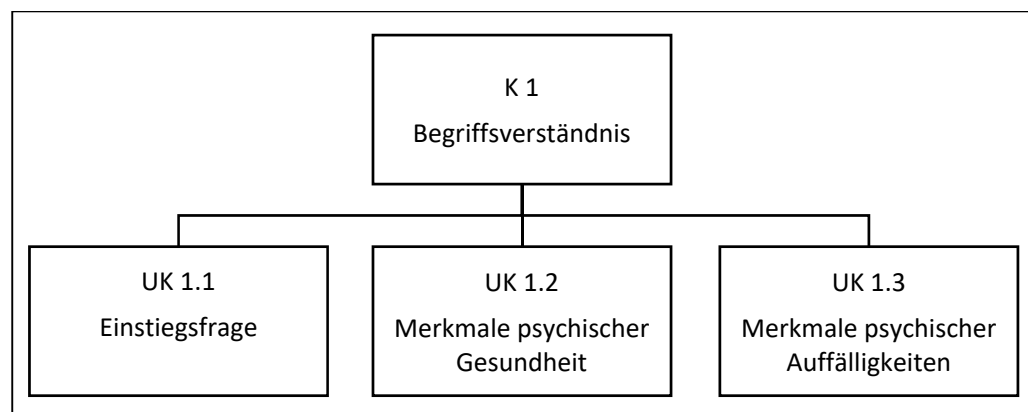


Abb. 10: Kategorie K1 – Psychische Gesundheit: Begriffsverständnis (eigene Darstellung)

UK 1.1: Einstiegsfrage

Die Einstiegsfrage zu einem eigenen Kindheitserlebnis, welches mit einem positiven Gefühl verbunden wurde, diente dazu, sich dem Begriff der psychischen Gesundheit anzunähern. Zwei

Mütter nannten konkrete Beispiele aus ihrem Leben dazu, eine Mutter schien die Frage aufgrund der leichten Sprachbarrieren nicht vollständig verstanden zu haben.

UK 1.2: Merkmale psychischer Gesundheit

Als Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern wurden von den Teilnehmerinnen Lebensfreude, Lachen, Fröhlichkeit, Spielen und ein guter Umgang miteinander genannt. Eine Interviewpartnerin äußerte, dass ein Merkmal von psychischer Gesundheit sei, dass ein Kind zuhören könne, verstehe und denke, bevor es etwas sage. Alle Teilnehmerinnen stimmten darin überein, dass psychische Gesundheit am Verhalten der Kinder erkennbar sei.

- „Lebensfreude. Dass es einfach ganz normal ist, also für mich ganz normal ist. Es freut sich, es spielt, es kann mit anderen Kindern, im Umgang hat es keine Probleme.“ (P3: 7)
- „Ähm, wenn es gerne lacht und fröhlich ist, gerne spielt. Das würde ich mit psychischer Gesundheit verbinden.“ (P1:10)
- „Psychisch gesund ist für mich, wenn die Kinder ganz normal sitzen, ganz normal reden, erklären zum Beispiel.“ (P2: 69-70)

UK 1.3: Merkmale psychischer Auffälligkeiten

Um das Konstrukt psychische Gesundheit begrifflich einzuordnen, wurden in Abgrenzung dazu Merkmale psychischer Auffälligkeiten beschrieben. Als psychisch auffällig wurden Kinder beschrieben, die durch bestimmte Verhaltensweisen auffallen, wie Aggressivität, Zurückgezogenheit, häufiges Weinen und ein auffälliges Nähe- oder Distanzverhalten. Insgesamt konnten die Mütter mehr Aussagen zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern machen als zu Merkmalen psychischer Gesundheit.

- „Ich denke, wenn ein Kind ständig haut oder aggressives Verhalten aufweist, denke ich, dass da psychisch etwas nicht in Ordnung ist.“ (P3: 7)
- „Ich sitze hier in Sofa, sie kommt, sie war ein Jahr so. Sie kommt, sie kommt aufs Sofa. Sie sieht und wieder macht das. (schlägt mit dem Kopf gegen die Wand) Ich hab das bemerkt, dass wenn es macht sowas Kind, dann es stimmt was nicht.“ (P2: 100)
- „[...]vielleicht auch wenn es mehr Nähe sucht. Also wenn es gerade mehr..., also sagen wir mal hier bei den Erziehern die ganze Zeit nur auf den Schoß geht und halt nicht mit den anderen Kindern spielt, nicht offen ist, weiß nicht.“ (P3: 11)

7.1.2 Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit

Die Fragen nach den Schutzfaktoren dienten dazu, die Wahrnehmung und das Vorhandensein von Ressourcen der Kinder zu erfassen. Die Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern, die von den Teilnehmerinnen identifiziert wurden, ließen sich in Anlehnung an das Schutzfaktorenkonzept in die Subkategorien personale Ressourcen, welche die Resilienzfaktoren einschließen, und soziale Ressourcen unterteilen.

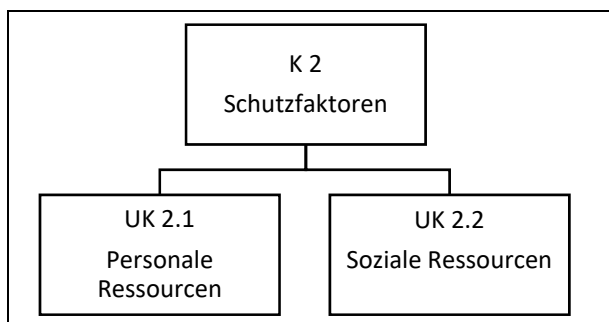


Abb. 11: Kategorie K2 – Psychische Gesundheit: Schutzfaktoren (eigene Darstellung)

UK 2.2: Personale Ressourcen

Auf die Frage, welche Stärken die Mütter bei ihren Kindern sehen, die ihnen im Umgang mit schwierigen Situationen helfen, identifizierten sie jeweils unterschiedliche personale Ressourcen. Eine starke Durchsetzungskraft und die Fähigkeit, sich behaupten zu können, wurden von zwei Müttern genannt. Die Fähigkeit, für sich zu sorgen oder sich hilfreiche Strategien im Umgang mit schwierigen Situationen zu erarbeiten, waren weitere Faktoren. Soziale Kompetenzen der Kinder im Sinne der Resilienzfaktoren wurden von zwei Müttern beschrieben. Auf Nachfrage wurde die Selbstwahrnehmung der Kinder von zwei Teilnehmerinnen als positiv eingeschätzt. Auch sprachliche Kompetenzen wurden als personale Ressourcen von einer Mutter identifiziert. Die Problemlösefähigkeiten wurden von einer Mutter als personale Ressource eingeordnet, die Fähigkeit bei ihrem sechsjährigen Kind jedoch im Vergleich zur älteren Tochter als unzureichend eingeschätzt.

- *„Zum Beispiel B. wenn sie versucht was, wenn stimmt was nicht, wenn klappt nicht, sie versucht nochmal und sie macht das, sie versucht bis zu Ende, bis sie schafft das.“ (P2: 140)*
- *„Also der hat sich ganz gut behauptet, auch mir gegenüber.“ (P1: 34)*

Personale Ressourcen nahmen bei allen Teilnehmerinnen einen im Vergleich zu den sozialen Ressourcen kleinen Anteil in den Ausführungen ein.

Im Hinblick auf soziale Ressourcen von Kindern wurden von den Müttern übereinstimmend liebevolle Bezugspersonen, die vertrauensbildend sind und stabile häusliche Bedingungen genannt. Hier sahen sich alle Interviewpartnerinnen als Mütter in einer besonderen Verantwortung, Liebe, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu geben, um ihre Kinder zu stärken.

- *„Auf jeden Fall einen stabilen Haushalt, also denke ich. Auf jeden Fall einen stabilen Haushalt und Zuwendung, Liebe, alles, Bewegung, also ich denke einfach alles gehört dazu. Aber auch Regeln, ganz klar. Also das muss auch klar sein, dass es nicht machen kann, was es will. Ich denke, das alles in Kombination, dann sollte ein Kind psychisch gesund bleiben.“ (P3: 15)*
- *„Ich hab halt gemerkt, die Kinder brauchen Aufmerksamkeit, das ist das wichtigste. Und Liebe natürlich.“ (P1: 36)*

Auch der Kindergarten wurde von zwei Müttern als wichtige Institution zur Stärkung der Kinder identifiziert. Zum einen wurde der Auftrag als Bildungsinstitution angesprochen, wie die Förderung vorschulischer Kompetenzen, zum anderen wurde die Vermittlung und Förderung von Basiskompetenzen im Sinne der Resilienzfaktoren als wichtig erachtet: *„Also ich finde auch hier in der Kita, dass die Kinder auch mehr gefördert werden.“ (P1: 103)*

Im Zusammenhang mit sozialen Ressourcen wurde als weiterer Punkt die familiäre Unterstützung angesprochen. In einem Fall stand ein großes familiäres Netzwerk zur Verfügung und wurde als Stärkung für das Kind erlebt. In den anderen beiden Fällen bestand aufgrund weiter Entfernungen kaum die Möglichkeit der familiären Unterstützung, was jeweils von den Teilnehmerinnen bedauert wurde.

- *„Was ihn stärkt ist auf jeden Fall seine Oma und sein Opa, die nebenan wohnen. Die sind sein Ein und Alles.“ (P3: 39)*
- *„Also früher war das ja so, dass man dann auch die Oma hatte und Tanten und sowas.“ (P1: 72)*

Die Wohnsituation der Kinder, die indirekt als soziale Ressource betrachtet werden kann, weil sie andere Möglichkeiten der sozialen Kontakte und der Freizeitgestaltung bietet, wurde von zwei Müttern thematisiert. In einem Fall wurde die häusliche Umgebung als Ressource identifiziert, die eine tägliche Bewegung im Freien ermöglicht, da ein eigener Garten zur Verfügung stand und das Kind nicht auf öffentliche Spielplätze zur Freizeitgestaltung angewiesen war. In einem anderen Fall wurde der Wunsch nach einem Haus mit Garten angesprochen, um bessere Bedingungen für das gesunde Aufwachsen der Kinder zu schaffen, da die eigenen Wohnbedingungen sehr beengt waren.

7.1.3 Herausforderungen für die psychische Gesundheit

Um einen Eindruck der subjektiv wahrgenommenen Risikobelastung der Kinder zu erlangen, wurden die Mütter nach Herausforderungen gefragt, die sich auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirken können. Als Herausforderungen für die psychische Gesundheit von Kindern wurden Aspekte genannt, die sich in Anlehnung an das Risikofaktorenkonzept in primäre und sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren und in Risikofaktoren und Stressoren unterteilen ließen. Die Teilnehmerinnen äußerten sich überwiegend zu Risikofaktoren und Stressoren.

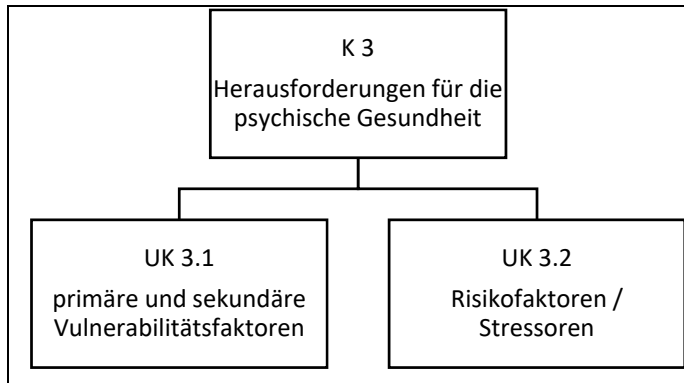


Abb. 12: Kategorie K3 - Psychische Gesundheit: Herausforderungen für die psychische Gesundheit (eigene Darstellung)

UK 3.1: Primäre und sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren

Die Befragten nannten bezüglich der Vulnerabilitätsfaktoren der Kinder unterschiedliche Aspekte. Hier wurden schwierige Temperamentsmerkmale, wie ein frühes impulsives Verhalten und Sprachstörungen, die ein mangelndes Sprachverständnis und Sprachvermögen nach sich ziehen, von den Teilnehmerinnen gesehen.

- „Und niemand versteht sie nicht. Deswegen sie hat geweint. Niemand macht nicht, was sie will.“ (P2: 15)
- „Es sind halt nur die zwei Dinge, vor denen ich so ein bisschen Angst habe, dass er, ja, respektlos sein könnte und dadurch Schwierigkeiten bekommt oder dass er dann halt bockt.“ (P1: 123)

Auch mangelndes Selbstvertrauen der Kinder wurde von zwei Müttern als Risikofaktor identifiziert: „Aber bei A. so: Sie versucht das, das geht nicht, sie lässt das. Sie geht nicht weiter. Sie kämpft nicht weiter. Sie geht „Egal, ich mach andere. Ich will das nicht. Ich kann das nicht.“ (P2: 140)

UK 3.2: Risikofaktoren / Stressoren

Als Stressoren für die psychische Gesundheit von Kindern wurden von allen Teilnehmerinnen die chronische Disharmonie zwischen den Eltern und deren Überforderung in bestimmten Situationen genannt. Ungünstige Erziehungspraktiken der Eltern, wie beispielsweise übermäßige Strenge oder mangelnde Aufmerksamkeit für die Kinder wurden von zwei Müttern als Risikofaktoren identifiziert. Kriegstraumata wurden ebenfalls von zwei Interviewpartnerinnen genannt. Ausgrenzung unter den Kindern und die Wohngegend an sich wurde von einer Befragten als problematisch für die Entwicklung des Kindes eingeschätzt. Auch negative Einflüsse durch die sozialen Kontakte zu Gleichaltrigen und übermäßiger Medienkonsum wurden von zwei Müttern in diesem Zusammenhang thematisiert. Eine Interviewpartnerin sah einen Risikofaktor in der mangelnden Professionalität von Pädagog*innen, welche durch fehlendes Zutrauen in die Fähigkeiten und mangelndes Verständnis für die Besonderheiten der Kinder gekennzeichnet ist.

- „Ich denke, wenn es zwischen mir und meinem Partner nicht stimmt. Also zwischen mir und meinem Mann nicht stimmen würde. Ganz klar. Wenn es zu Hause nicht stimmt, wenn nur Streit und Schreien und was weiß ich nicht herrscht, denke ich wird das Kind sich vieles annehmen und man würde es dem Kind wahrscheinlich auch irgendwann ansehen, dass irgendwas nicht in Ordnung ist.“ (P3: 29)
- „Zum Beispiel meine 20jährige, mein Mädchen, sie war ein Jahr, als diese Krieg angefangen. Ja, ich hab alles versucht zu machen, damit sie denkt nicht auf das Bomben, auf die Flugzeuge, welche gibt es da. Trotzdem man merkt, ist was passiert mit diese Kind. Natürlich wenn es mit Große was passiert, mit Kind sowieso. Psychische dieses Problem.“ (P2: 90)
- „Also wenn ich sozusagen, wenn’s mir selber nicht gut geht, das merke ich dann halt, das geht dann halt auch auf meine Kinder.“ (P1: 46)

Alle Mütter sahen in dem bevorstehenden Wechsel ihres Kindes in die Schule eine Herausforderung. Besonders die Mütter, die diesbezüglich schon Erfahrungen mit älteren Geschwistern gemacht hatten, blickten dieser Zeit mit gemischten Gefühlen entgegen.

- „Mit B. war so, dass B. hatte auch dieses Problem mit Sprache und die Lehrerin hat nicht verstanden. B. hat alles versucht zu machen, aber die Lehrerin wollte einfach nicht, dass sie lernt in diese Schule. Und ich hab das bemerkt. Meine Tochter jeden Morgen hat so geweint, als man denkt, dass sie geht zu Krieg, nicht zu Schule, nicht zu Lernen. Zu Krieg einfach.“ (P2: 140)
- „Ja, und bei ihm bin ich so ein bisschen mit gemischten Gefühlen. Ich weiß nicht, ich weiß nicht, wie er, wie er sich macht. Also da kann ich gar nicht so viel voraussagen. Es sind halt nur die zwei Dinge, vor denen ich so ein bisschen Angst habe, dass er, ja, respektlos sein könnte und dadurch Schwierigkeiten bekommt oder dass er dann halt bockt. (P1: 123)

7.1.4 Inanspruchnahmeverhalten

Um den Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamts Charlottenburg-Wilmersdorf Hinweise liefern zu können, inwieweit Angebote im Bezirk und in der Paul-Hertz-Siedlung bekannt sind und auch in Anspruch genommen werden, wurden die Teilnehmerinnen nach ihnen bekannten Ansprechpartner*innen, Institutionen und Maßnahmen befragt, die förderlich für die psychische Gesundheit der Kinder sein könnten. Die Inanspruchnahme von Angeboten ließ sich in fünf Bereiche unterteilen. Die Befragten äußerten sich zu bekannten Ansprechpartner*innen, zur tatsächlichen Nutzung vorhandener Angebote und nahmen häufig eine Bewertung dessen vor. Informationsbeschaffungsmöglichkeiten und Hürden der Inanspruchnahme wurden ebenfalls thematisiert.

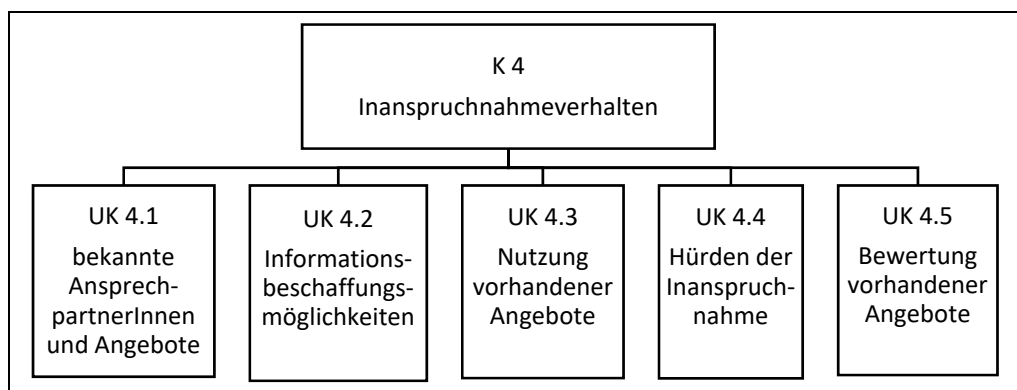


Abb. 13: Kategorie K4 – Psychische Gesundheit: Inanspruchnahmeverhalten (eigene Darstellung)

UK 4.1: Bekannte Ansprechpartner*innen und Angebote

Alle Teilnehmerinnen sehen in den Erzieher*innen ihrer Kinder Ansprechpartner*innen für das Thema psychische Gesundheit. Sie betrachten die Pädagog*innen als erste Anlaufstelle, um über das psychische Wohlbefinden oder Auffälligkeiten informiert zu werden. Zwei Mütter sehen die Kinderärzt*innen und Psycholog*innen in beratender Funktion. Als Institutionen, die im Zusammenhang mit diesem Thema arbeiten, wurden außerdem das Familienzentrum Jungfernhöhe und die Erziehungs- und Familienberatungsstelle im Bezirk genannt. Zwei der Befragten gaben an, kaum Ansprechpartner*innen zum Thema psychische Gesundheit von Kindern zu kennen.

UK 4.2: Informationsbeschaffungsmöglichkeiten

Als Möglichkeiten sich über Angebote, Hilfen und Ansprechpartner*innen zum Thema psychische Gesundheit von Kindern zu informieren, äußerten die Teilnehmerinnen unterschiedliche Strategien. Eine Mutter würde das Gespräch mit dem Kinderarzt suchen, eine andere würde sich über Broschüren, die in der Kita zu finden seien Informationen suchen und die dritte Frau würde über eine Ärztin des SPZ an Informationen gelangen.

UK 4.3: Nutzung vorhandener Angebote

Vorhandene Angebote werden von den Teilnehmerinnen unterschiedlich genutzt. Eine Teilnehmerin gab an, Angebote verschiedener Institutionen wie des Familienzentrums, des Jugendzentrums, eines Islamischen Vereins für Kultur und Erziehung und der Bücherei zu nutzen. Auch die Erziehungs- und Familienberatungsstelle des Bezirks wurde von zwei Müttern schon in Anspruch genommen. Notwendige Therapien werden von zwei Familien angenommen. Das Elterncafé in der Grundschule des Kiezes wird von einer Mutter genutzt. Eine Teilnehmerin äußerte, die Gespräche mit den Erzieherinnen des Kindes regelmäßig zu nutzen und empfohlene Maßnahmen durch das SPZ in Anspruch zu nehmen. Eine andere Mutter gab an, bisher keinen Bedarf für ihr Kind und sich in Bezug auf vorhandene Angebote der verschiedenen Einrichtungen gesehen zu haben.

UK 4.4: Hürden der Inanspruchnahme

Die Teilnehmerinnen formulierten verschiedene Hürden bei der Inanspruchnahme von Angeboten. Zwei der Befragten äußerten, keine oder wenige Ansprechpartner und Angebote im Kiez zu kennen, die gesundheitsförderlich für das seelische Wohlbefinden der Kinder seien. Eine Teilnehmerin sah die Inanspruchnahme eines Psychologen nur im Notfall als Option.

- „Ich wüsste jetzt von mir aus nicht, an wen ich mich wende.“ (P3: 121)
- „Also einen Psychologen mir suchen, das ist ja schon das Äußerste. Das ist schon ganz weit.“ (P3: 81)
- „obwohl ich wohne zwölf Jahre alt, ich kenne nicht viele Leute, welche hilft mir so. Und es ist schwer, sogar für Deutsche selber, welche hier geboren, welche hier so Arbeit haben auch so schwer.“ (P2: 152)

Eine Mutter äußerte Probleme bei der Inanspruchnahme von Angeboten aufgrund ungünstiger Termine für Familien mit älteren Kindern. Auch lange Wartezeiten und aufwendige Anmeldebedingungen bei Beratungsstellen und Therapeut*innen wurden in diesem Zusammenhang genannt. Dies bedeute, dass Nutzer*innen viel Engagement aufbringen müssten, um vorhandene Angebote in Anspruch nehmen zu können. Auch soziale Isolation aufgrund fehlender Berufstätigkeit von Müttern sei eine Hürde, da der Zugang zu Informationen auf diese Weise begrenzt sei.

- „[...] man muss ja erst mal anrufen, dann erst mal einen Termin..., und bis die einen zurückrufen und das hat ja dann auch..., die sind ja auch überfordert, das ist alles zu

viel irgendwie. [...] Und ja, wenn man dann soviel noch nebenbei hat, dann ist das schon ein bisschen schwierig.“ (P1: 139)

- *„Im Familienzentrum machen die viel. Da sind auch interessante Sachen dabei. Aber es ist meistens halt, wenn meine Kinder noch in der Schule sind. Also jetzt für die Größeren, am späten Nachmittag, also sozusagen ab 16:30, findet da nicht viel statt. Und das finde ich dann ein bisschen traurig, weil gibt’s dann schöne Angebote, aber wir können die nicht in Anspruch nehmen, weil die ja dann halt noch in der Schule sind.“ (P1: 184)*

UK 4.5: Bewertung vorhandener Angebote

Die Bewertung der unterschiedlichen Ansprechpartner*innen im Kiez und im Bezirk fiel unterschiedlich aus. Das Familienzentrum wurde von einer Teilnehmerin als hilfreich und inhaltlich gut bewertet. Auch dem SPZ, der Familienberatungsstelle und den in Anspruch genommenen Therapeut*innen wurden von jeweils einer Befragten positive Effekte zugesprochen. Die Erzieher*innen der Kita wurden von einer Teilnehmerin als sehr gut bewertet. Die neue Transparenz bezüglich des Tagesplans in der Kita wurde von einer Mutter positiv gesehen. Die Aktivitäten im Jugendzentrum wurden von einer Teilnehmerin kritisiert und als nicht ausreichend und zielgerichtet bewertet. Das islamische Kultur- und Erziehungszentrum, welches außerhalb des Bezirkes liegt, wurde von einer Mutter als kompetent und hilfreich erlebt. Kritisiert wurde, dass die vorhandenen Angebote im Kiez zeitlich für Familien nicht optimal gestaltet seien. Vor allem am späteren Nachmittag fehle es an Aktivitäten.

- *„Ja es stimmt, ich war auch bei ihr. Ich war auch einmal bei der, bei der Leiterin da von diesem Familienzentrum. Mit ihr hatte ich auch einmal ein Gespräch gehabt oder zweimal. Ich weiß es gar nicht mehr. Das hat mir auch geholfen.“ (P1: 162)*
- *„Einmal haben sie dann nur einen Film gekuckt und einmal machen die dann halt..., einmal haben die da (gemeint ist das Jugendzentrum, Anm. der Autorin) nur Fingernägel lackiert. Dann fand ich das ein bisschen wenig. Also, ist das alles was man für Mädchen machen kann? Fingernägel lackieren? Da war ich echt wütend an dem Tag.“ (P1: 174)*
- *Ich bin sehr glückliche Mutter, dass meine Kinder in diese Kita gehen, weil hier, die Erzieherinnen sind so, ich weiß nicht, sehr gute Erzieherinnen. (P2: 19)*
- *„Nein, für mich ist das die Frau K. (Ärztin SPZ, Anm. der Autorin), meine Helferin für meine..., ich weiß nicht, wie ein Gott für mich. (lacht) Wirklich, weil sie guckt auf mein Kinder. Sie merkt alles, sie macht alles.“ (P2: 150)*

7.1.5 Wünsche und Bedürfnisse

Um nutzerorientierte Handlungsoptionen aus den Befragungen ableiten zu können, wurden die Mütter nach ihren konkreten Wünschen und Bedürfnissen hinsichtlich der Förderung der psychischen Gesundheit der Kinder gefragt. Die Teilnehmerinnen äußerten unterschiedliche Wünsche und Bedürfnisse zu den Bereichen Ansprechpartner*innen, Informationsmöglichkeiten, Ausgestaltung von Angeboten und Inhalte von Angeboten. Diese Differenzierung eignet sich gleichzeitig dafür, für die zukünftige Projektarbeit im Bezirk konkrete Arbeitsbereiche ableiten zu können.

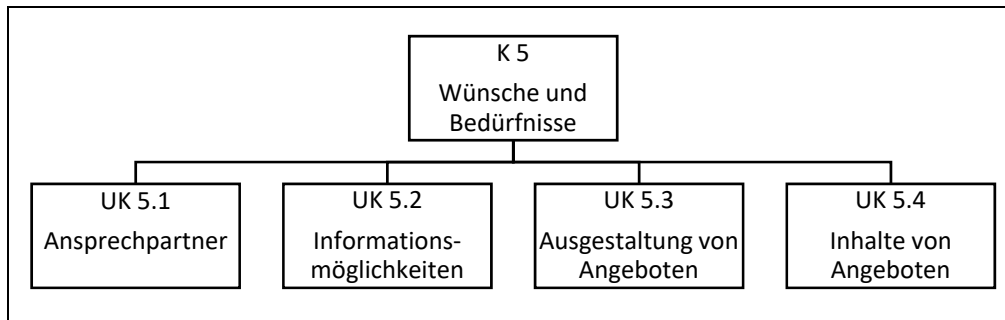


Abb. 14: Kategorie K5 – Psychische Gesundheit: Wünsche und Bedürfnisse (eigene Darstellung)

UK 5.1: Ansprechpartner*innen

Alle Teilnehmerinnen stimmten darin überein, dass die Kita als erste Anlaufstelle für das Thema psychische Gesundheit dienen sollte. Als erste Ansprechpartner*innen seien die Erzieher*innen erwünscht. Eine Teilnehmerin wünschte sich diesbezüglich noch mehr Kompetenzen beim pädagogischen Personal. Zwei der Befragten äußerten, sich zusätzlich andere Professionen, wie beispielsweise Psycholog*innen in der Kita als Ansprechpartner*innen zu wünschen, die in regelmäßigen Abständen oder auch unregelmäßig vor Ort seien. Zwei der Befragten wünschten sich, dass das Familienzentrum als Ansprechpartner für das Thema zur Verfügung stünde. Auch der betreuende Kinderarzt wurde von einer Teilnehmerin in diesem Zusammenhang genannt.

- „Na ich denke mal auch im Familienzentrum. Wo diese ganzen Angebote sind. Gerade dort sollte vielleicht jemand auch vor Ort sein, der einem da vielleicht auch ein bisschen weiterhelfen könnte. Ganz klar. Also das wäre jetzt denke ich...gerade dort. Wo man jetzt sagt, okay, da geht man jetzt als Eltern hin, da geht man jetzt, dass man dort vielleicht auch mal sagen kann, Mensch der geht jetzt zum Sport und dann kann ich mich mal zurückziehen und kann vielleicht ein paar Fragen stellen denke ich. Da ist es gut aufgehoben.“ (P3: 123)
- P2: „Natürlich, zum Beispiel wenn hier in Kita solche Kinder wie A. gibt es eine Gruppe oder in die Kita macht sowas eine Kinder nimmt und mit alle oder individuell redet mit Kinder, was für Problem hat.“ I: „Also die Erzieher sollten Ansprechpartner sein?“ P2: „Nicht nur Erzieher. Ein Psychologe besser.“ (P2: 126-128)
- „Also, weiß ich nicht, wer diese Person sein sollte. Aber auf jeden Fall hier in der Kita, wenn sie auch nicht jeden Tag hier sein muss.“ (P1: 194)

UK 5.2: Informationsmöglichkeiten

Als Informationsmöglichkeiten wünschten sich zwei der Teilnehmerinnen Broschüren und Flyer, die bei Kinderärzt*innen oder in der Kita ausliegen sollten. Eine Teilnehmerin äußerte, dass es sinnvoll sei, die Broschüren den Kindern in ihrem Kindergartenrucksack mit nach Hause zu geben, da nicht jeder diese selbständig in die Hand nehme. Eine Teilnehmerin äußerte, dass ihr als Informationsmöglichkeit das SPZ reiche.

- „Also diese Broschüren, die werden ja auch nicht von jedem in die Hand genommen geschweige denn angeguckt. Vielleicht dass die dann, sozusagen den Kindern mitgegeben werden im Rucksack. Dass die Eltern das dann auch in der Hand halten und das wenigstens mal angeschaut haben, wenn auch nicht alles durchgelesen.“ (P1: 200)
- „Also so typisch halt beim Kinderarzt auf Flyern oder so. Das wäre glaube ich eine gute Idee.“ (P3: 157)

UK 5.3: Ausgestaltung von Angeboten

Zur Ausgestaltung der Angebote wünschten sich zwei der Befragten eine zeitliche Anpassung an die Bedürfnisse der Familien mit mehreren Kindern oder berufstätigen Eltern, die nur am späten Nachmittag Termine in Anspruch nehmen könnten. Die Angebote sollten kostengünstig

oder -frei gestaltet sein und nur kurze Wege erfordern. Eine Teilnehmerin erklärte, dass Interesse an einem regelmäßig einmal wöchentlich oder zweiwöchentlich stattfindenden Elterncafé in der Kita bestünde. Für Angebote sollten nach Ansicht einer Befragten die Räumlichkeiten der Schule und des Jugendzentrums mehr genutzt werden. Ein proaktives Vorgehen von Ansprechpartner*innen gegenüber den Eltern wünschte sich eine der Interviewpartnerinnen. Eine Teilnehmerin sah in Eltern-Kind-Programmen, die in Gruppen stattfänden, Potential.

- *„Vielleicht mit den Müttern oder mit den Eltern zusammen irgendein Programm, so dass wenn die sich nicht trauen, dass man sagt: Ihr geht hier alle zusammen, Mensch habt ihr nicht Lust, ihr 10 Mütter, ihr 10 Kinder trifft euch alle zusammen.“ (P3: 97)*
- *„[...] ich hätte mir gewünscht, dass jemand auf mich zugekommen wäre.“ (P1: 139)*
- *„Man braucht halt etwas, was, wo man nicht so weite Wege machen muss, dadurch, dass es hier eine Ganztagschule ist.“ (P1: 190)*
- *„Und wenn man dann vielleicht so ein Elterncafé hat, was man dann eine Stunde hat in der Woche, so weiß ich nicht, alle zwei Wochen oder einmal die Woche 15 -16:00 Uhr freitags oder sowas. Wäre schon gut.“ (P1: 198)*

UK 5.4: Inhalte von Angeboten

Die Wünsche bezüglich der inhaltlichen Ausgestaltung von Angeboten waren unterschiedlich. Eine Teilnehmerin wünschte sich qualitativ hochwertigere Angebote mit einer konkreten Zielstellung, die auch die soziale Entwicklung einschließt. Vor allem für Mädchen wurden von ihr mehr und anspruchsvollere Aktivitäten, auch Sportangebote gewünscht. Auch der Wunsch nach einer stärkeren Förderung von Neigungen und Basiskompetenzen der Kinder innerhalb der Kita und nach Erziehungshilfe für die Eltern wurden von dieser Mutter geäußert.

- *„Dass da ein bisschen, dass das nicht so einfach so läuft sozusagen sondern, dass das gezielt..., dass da konkret..., dass da halt ein Plan gemacht wird für das Jahr: wir wollen das und das und das erreichen. Zum Beispiel wir wollen, dass diese Kinder, weiß ich nicht..., ich hab mich zum Beispiel eine Zeit lang mit gewaltfreier Kommunikation befasst. Aber dass die Kinder zum Beispiel so Rollenspiele, Theaterspiele machen so, dass so Sachen nachgespielt werden.“ (P1: 103)*
- *„Na dass... dass mehr auch sportliche Aktivitäten für Mädchen gemacht werden. Zum Beispiel gibt es Fußball regelmäßig für die Jungs. Das machen die auch. Aber für Mädchen gibt's gar keine sportlichen Aktivitäten.“ (P1: 176)*
- *„Also ich finde auch hier in der Kita, dass die Kinder auch mehr gefördert werden.“ (P1: 103)*

Eine zweite Befragte hingegen war der Meinung es gäbe genug Angebote, man müsse sie nur nutzen. Auch sie sah Sportangebote für wichtig an, um Kinder sinnvoll zu beschäftigen.

- *„Na ich denke, dass es eigentlich genug Angebote gibt. Aber man muss natürlich mit den Kindern auch dort hingehen.“ (P3: 97)*
- *„Ja ich denke gerade für Kinder und Jugendliche eine Anlaufstelle, wo sie Sport machen können damit sie hier nicht in der Siedlung irgendwelchen Mist bauen, sowas ist ganz wichtig.“ (P3: 194)*

Eine Mutter wünschte sich eine Abklärung der psychischen Gesundheit der eigenen Kinder vor Schuleintritt innerhalb der Kita. Zudem erhoffte sie, dass kein Unterschied in Bezug auf die Herkunft der Kinder gemacht werde: *„[...]ich wollte, dass ein Psychologe guckt auf sie. Vielleicht ist es wirklich etwas gibt Probleme mit sie. Und vor der Schule ich wollte das schnell machen, bevor sie zur Schule geht, damit sie für sie da auch etwas Erklärung gibt, damit ich kann erklären zu Lehrerin, welche Problem hat A.“ (P2: 110)*

Nachdem nun die Ergebnisse zum Themenbereich „Psychische Gesundheit und Resilienz“ beschrieben wurden, folgt im nächsten Kapitel die Ergebnisdarstellung zum Themenbereich „Bewegung und Bewegungsräume“.

7.2 Bewegung und Bewegungsräume

Im Hinblick auf die Fragestellung *Welche Sichtweisen und Bedürfnisse formulieren Mütter aus der Paul-Hertz-Siedlung hinsichtlich Bewegung und Bewegungsräume?* werden nun die Ergebnisse der Interviews anhand der Unterkategorien unter Einbezug von direkten Zitaten der Interviewpartnerinnen dargestellt. In Klammern hinter den Zitaten finden sich das jeweilige Pseudonym der Interviewpartnerin sowie der Absatz, aus dem das entsprechende Zitat stammt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Hauptkategorien zusammengefasst.



Abb. 15: Spielplätze in der Paul-Hertz-Siedlung (eigene Aufnahme)

7.2.1 Sichtweisen auf Bewegung

Zum Einstieg in die Interviews wurde eine Erzählaufforderung formuliert: „Was fällt Ihnen zu dem Begriff Bewegung in Bezug auf Kinder ein? Erzählen Sie einfach mal.“ Die Eingangsfrage sollte einen offenen Einstieg in das Gespräch bieten und zum Erzählen anregen. Es wurden vorher zwei Subkategorien festgelegt. Mit gezieltem Nachfragen sollte in Erfahrung gebracht werden, welche Bedeutung die Eltern dem Thema Bewegung bei Kindern beimessen und inwiefern sie für ein Bedürfnis nach Bewegung bei den Kindern sensibilisiert sind.

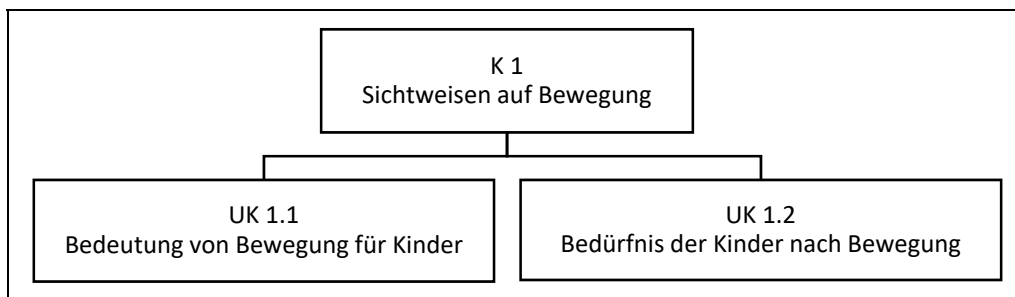


Abb. 16: Kategorie K1 – Bewegung: Sichtweisen auf Bewegung (eigene Darstellung)

UK 1.1: Bedeutung von Bewegung für Kinder

Alle drei Mütter führten an, dass Kinder heutzutage allgemein zu wenig bewegen und dass viele Kinder bereits vor der Einschulung zu dick seien. Die Mütter hoben hervor, dass Bewegung sowohl die körperliche als auch die geistige Entwicklung der Kinder fördere und als Ausgleich

zum vielen Sitzen in der Kita und später in der Schule ermöglicht werden müsse. Es werde versucht, den Kindern jeden oder zumindest jeden zweiten Tag Bewegung draußen zu ermöglichen, auch bei schlechtem Wetter.

- „Also eine der, der wichtigen Rollen, also erstens, dass sie einfach hier Balance schneller finden, und ähm, also ich meine man guckt sich so die Kinder an, die sind mehr als die Hälfte ist dick, also ohne jetzt jemandem zu nahe zu treten und ich meine, das ist zum einen falsche Ernährung und zum anderen dieses ständige Sitzen.“ (B2: 6)
- „Ja naja, (...) die/ das weiß ich natürlich nicht genau, da passiert ganz viel im Gehirn der Kinder auch, ne? Also, irgendwas wird ja da geknüpft mit dieser (...) Bewegung. Ich, ich weiß nicht genau wie das zusammenhängt. Aber so, so rückwärtslaufen oder so ist dann mathematisch/ irgendwelche Verknüpfung, also da passiert ja tatsächlich auch wirklich was im Körper durch Bewegung, ne? Deswegen, ja, (...) denke ich ALLES spielt 'ne Rolle. Alles was sie ausprobieren wollen, sollten sie auch ausprobieren. Auch wenn ich manchmal Angst habe (lacht).“ (B1: 14)

Interviewpartnerin B2 merkte an, dass es wichtig sei, andere Mütter für das Thema Bewegung zu sensibilisieren: Die Eltern müssen den Kindern Bewegung ermöglichen und ein Vorbild für sie sein. Solange sich die Eltern nicht ausreichend bewegen, werde es das Kind auch nicht tun. Sie schlug vor, dass die Eltern aufgeklärt werden sollten, um ihnen die Bedeutung von Bewegung für die Kinder zu vermitteln. Gleichzeitig merkte sie an, dass es am besten für die Kinder sei, wenn viel Bewegung im Alltag integriert werde.

Ansonsten, (...) naja und halt, dass man, ähm, ich weiß es nicht, wie man es schafft, also klar, wenn die Eltern nicht können oder nicht wollen, was kann denn das Kind dann machen. Es kann ja nicht sagen: „ich will jetzt raus“ oder so. (...) Dass da halt so, weiß ich nicht, auch in der Kita mehr Zusammenarbeit ist, dass die Erzieher vielleicht gerade deswegen, weil viele Eltern das nicht machen, mit den Kindern rausgehen und das mit den Kindern versucht. Weil, ich sage mal, die Kinder eignen sich das nur so an, wenn sie sehen, dass alle anderen das machen, dass das okay ist, und ich meine, wenn die hier 8 Stunden in der Kita verbringen, ist das für die schon so ein Maßstab denke ich, was hier gemacht wird. Und bei 8 Grad keiner rausgeht, denke ich mir, ist ja auch nicht so förderlich. Und ich weiß ja nicht, ob man die Eltern aufklären kann, oder so. (...) Aber ich denke mir schon, mehr im Kindergarten und in der Schule, dass den Kindern mehr auf den Weg gegeben wird und dass es völlig normal so ist, dass man gar nicht überlegt, geht man raus oder nicht, sondern man geht raus. (...) Und dass man sagt, es ist egal, ob ihr laut seid, da könnt ihr springen, da kommt kein Nachbar. Also man kann ja gerade mal mit den Kleinen/ also finde ich ja so toll, dass du dich echt überall bewegen kannst. (...) Ansonst denke ich mir, kann man den Eltern irgendwie die Vorzüge aufzeigen? Aber ich meine, es ist auch schwierig. Also ich denke mir, das wird jetzt so von außen gar nichts bewirken. Man muss versuchen, den Kindern die Bewegung in den Alltag zu integrieren, dass sie gar nicht darüber nachdenken. (B2: 103).

UK 1.2: Bedürfnis der Kinder nach Bewegung

Die Mütter führten aus, dass alle Kinder einen großen Drang nach viel Bewegung hätten. Sie machten deutlich, dass die Kinder unruhig werden, wenn sie sich längere Zeit nicht bewegen könnten. Ihre Kinder wollen nicht einfach nur buddeln, sondern schaukeln, klettern und ganz viel rennen: „Also (3) weiß ich nicht, das Kind sitzt ja nicht nur und buddelt. Es buddelt und dann will es schaukeln und klettern. Also bei mir sage ich immer, sind das so die drei Sachen.“ (B2: 46)

Teilweise hätten die Eltern Angst, wenn die Kinder hoch auf Bäume und auf die Dächer der Spielplätze klettern. Aber sie sagten, dass sie die Kinder machen lassen, weil diese das brauchen: „Klar, immer rausgehen, sobald das Wetter mitspielt, (...) draußen Spielplatz/ meine Kinder klettern auch unfassbar viel auf Bäume, ich kann gar nicht hingucken (lacht). Aber da merke

ich auch die brauchen das und, (...) ja, ob das nun Spiele spielen sind, Fahrrad fahren, die fährt auch jeden Tag mit'm Roller her zu Kita, also, sie braucht das (...) auf jeden Fall ganz viel.“ (B1: 12)

7.2.2 Förderliche Faktoren der Bewegungsräume

Weiter sollte nicht direkt nach förderlichen und hinderlichen Faktoren gefragt werden. Daher wurde die offene Frage „Wenn Sie jetzt hier an die Paul-Hertz-Siedlung denken – wie schätzen Sie die Situation ein, dass sich Ihr Kind draußen bewegen kann?“ gestellt. Je nach Bedarf wurde durch gezieltes Nachfragen Spielplätze, Grünflächen und Verkehr thematisiert. Daraus ergaben sich förderliche Faktoren der Paul-Hertz-Siedlung, die den Kindern Bewegung im Stadtteil ermöglichen.

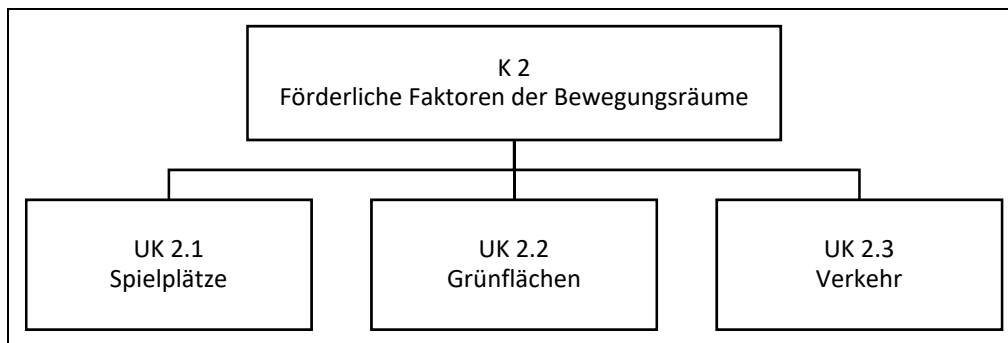


Abb. 17: Kategorie K2 – Bewegung: Förderliche Faktoren der Bewegungsräume (eigene Darstellung)

UK 2.1: Spielplätze

Alle drei Mütter erklärten, dass es viele Spielplätze in der Paul-Hertz-Siedlung gebe. Dadurch könnten sie sich je nach Wetterlage für einen Spielplatz in der Sonne oder im Schatten entscheiden: *„Na, wie gesagt, also dass du eigentlich an jeder Ecke schon so einen Buddelkasten hast. Also das Gute hier, sage ich jetzt mal im Hochsommer zum Beispiel, du hast gewisse Spielplätze, du weißt ja, welcher Buddelkasten jetzt im Schatten ist und welcher nicht. Und, also ich bin früher mit ihr weniger unterwegs gewesen, aber jetzt wo sie älter ist/ du weißt, vormittags gehst du auf den Spielplatz, nachmittags gehst du auf den. Das ist das GUTE, dass du halt so ein bisschen variieren kannst.“ (B2: 56)*

Die Interviewpartnerin B2 sagte, dass der Sand auf den Spielplätzen regelmäßig erneuert werde: *„Also das Gute, was hier ist, was ich hier seit einigen Jahren erlebt habe, die machen wirklich jeden Frühling neuen Sand rein.“ (B2: 68)*

UK 2.2: Grünflächen

Die Großeltern der Tochter von B3 hätten in den Kleingärten einen Garten, wo die Kinder häufig spielen können: *„Man hat ja zum Glück ja noch den Garten, da können sie immer hingehen, wenn sie wollen, und da haben sie auch viel Platz, zum Laufen, zum Spielen, zum Toben, das ist schon für die denke ich mal schön.“ (B3: 62)*

In der Siedlung direkt befänden sich zwischen den Häusern und um die Spielplätze herum kleine grüne Flächen: *„Genau, also du hast ja/ gehst du zwischen die Häuser, sind da Wiesen, Sandkasten, 300 Meter weiter ein Sandkasten mit einer Schaukel dran und alles drumherum mit Wiesen. Und das machen wir auch sehr gerne.“ (B2: 60)*

UK 2.3: Verkehr

Es wurde erwähnt, dass die Kinder unbedenklich zwischen den Häusern spielen können, weil durch den siedlungsmäßigen Bau nur wenige Straßen direkt durch die Siedlung verlaufen würden. Vor der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße seien kürzlich Maßnahmen umgesetzt worden: „Die haben ja jetzt glaube ich, ich weiß nicht, ob das letztes Jahr war, die haben das hier auch ein bisschen verändert. Dieses Jahr haben die ja die Ecke am Kindergarten noch mal neu gemacht. Da haben die ja diese Poller hingemacht, den Bürgersteig ein bisschen vergrößert. Und letztes Jahr haben die nochmal die 30 auf die Straße drauf gemalt und nochmal da so ein paar (...) also Parkzonensperre reingemacht, damit da Leute nicht parken. Also das wurde schon verändert.“ (B3: 46)

7.2.3 Hinderliche Faktoren der Bewegungsräume

Es wurden darüber hinaus auch Faktoren ausgemacht, die nach Meinung der Mütter die Kinder am Spielen draußen hindern.

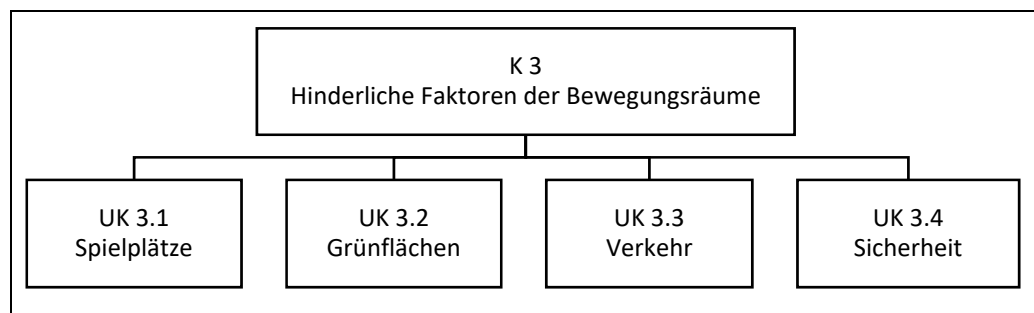


Abb. 18: Kategorie K3 – Bewegung: Hinderliche Faktoren der Bewegungsräume (eigene Darstellung)

UK 3.1: Spielplätze

Für die vielen Kinder in der Paul-Hertz-Siedlung gebe es zu wenig Spielplätze und es fehle die Abwechslung. Es seien ausschließlich kleine Spielplätze mit Schaukeln und Rutschen, aber das werde den Kindern sehr schnell langweilig, sodass die Mütter häufig nur für eine Stunde blieben. Besonders für die größeren Kinder geben die Spielplätze nichts her und auch für die Kleinen ist es nicht spannend genug (siehe auch Abb. 15).

„Ich find aber fast die sind fast ALLE GLEICH. Also wenn ich jetzt überlege, (3): „Welcher ist denn euer Lieblingsspielplatz?“, eigentlich steht überall dasselbe. Und eigentlich wär’s denen dann glaube ich egal. Also so diesen BESONDEREN Spielplatz, den (...) gibt’s hier glaub ich nicht. Außer da vorne, da ist dann/ also hier, die eine Straße hinter NETTO die Straße rein, da sind so ein bisschen andere Schaukeln. Der ist vielleicht noch EIN BISSCHEN ANDERS als diese typischen kleinen/ was natürlich auch toll ist, gerade wenn man ganz kleine Kinder hat, sind die auch toll. Aber danach wird’s dann schon fast LANGWEILIG für die Kinder.“ (B1:36)

Die Mütter merkten an, dass immer mehr Spielplätze entfernt werden, wenn sie Schäden aufweisen, anstatt sie wiederherzustellen: „In der letzten Zeit werden hier die Spielplätze abgebaut, also wir hatten ja so ein tolles Klettergerüst und Schaukeln und, wenn die wahrscheinlich so in die Jahre kommen, dann repariert sie keiner, sondern man nimmt sie ab.“ (B2: 20)

Außerdem wurde berichtet, dass die Spielplätze teilweise vermüllt seien, weil Jugendliche und Erwachsene Zigarettenstummel und Alkoholflaschen auf den Plätzen liegenlassen würden.

„Ähm, dann aber mit der Zeit, viele rauchen auf dem Spielplatz, aus welchem Grund auch immer, und dann wahrscheinlich, wenn der Hausmeister den Sand so ein bisschen zusammenrut, dann hast du halt im Sandkasten ein paar Wochen später Zigarettenstummel und so weiter, also das ist so eklig. Ähm (...), und also auch Fremde mit ihren Zigaretten oder Kurzen oder so,

also das finde ich halt nicht so schön. (...) Wir waren eine Zeit lang bei der Autobahn bei einem sehr großen Spielplatz, der jetzt nicht mehr ist, und da/ also wir waren ja auch ziemlich früh da, ich habe erstmal die Kaffeebecher und Kurzen-Flaschen entsorgt, weil, da hat jemand getrunken und alles stehengelassen.“ (B2: 68)

UK 3.2: Grünflächen

Alle Mütter äußerten, dass es in der Paul-Hertz-Siedlung kaum Grünflächen oder andere größere Freiflächen gibt, wo die Kinder sich bewegen können. Auf den Rasenflächen zwischen den Häusern dürften Kinder laut der Hausordnung nicht spielen. Um zu verhindern, dass Nachbarn sich beschwerten, ließen die Mütter ihre Kinder dort auch nicht spielen.

„Also es steht glaub ich (...) überall in den Häusern, in der Hausordnung drin, (...) dass das Spielen auf den Rasenflächen, die ja keine Rasenflächen sind, sondern eher PLATTE Flächen (lacht), also man sieht ja auch da wird nichts gesät oder so, dass die nicht zum Spielen von Kindern geeignet sind, das steht hier schon in den Häusern drin. Mir ist es noch nicht passiert, dass irgendeiner was gesagt hat, aber ich spiele jetzt auch nicht direkt da mit den Kindern.“ (B1: 66)

Es wurde beschrieben, dass auf den Flächen häufig viel Müll liegt und Ratten angelockt werden, obwohl regelmäßig Personen des Gartenbaus kommen und den Müll aufräumen: *„Es kommen diese Menschen, die Gärtner, und die machen den ganzen Müll weg. Und es ist sauber und da denke ich, da wird sich keine Ratte verstecken. Einen halben Tag später ist es wieder alles zugemüllt. So mit Papier und so weiter, es bleibt ja alles in den Gebüschchen hängen.“ (B2: 66)*

UK 3.3: Verkehr

Die Kreuzung, über welche die Autobahn überquert werden kann, wurde von den Müttern als sehr störend beschrieben. Keine würde ihr Kind alleine über die Kreuzung gehen lassen. Doch wenn sie den Park auf der anderen Seite besuchen möchten, müssten sie die Kreuzung überqueren. In der Paul-Hertz-Siedlung selbst herrsche eine Geschwindigkeitsbegrenzung von 30km/h, jedoch fahren die meisten schneller und auch der Verkehr wird nach Aussagen der Mütter immer mehr. Alle drei Mütter beschrieben die Verkehrssituation als sehr gefährlich.

„Es ist schon/ die Ecke ist schon gefährlich. (...) Also, wenn die Kinder jetzt alleine über die Brücke gehen müssten, da (...) hätte ich doch (...) noch mehr Angst, ja. (...) Hier ist es okay, also hier ist ja 30-Zone. Manchmal sieht man ja hier auch noch ein paar Autos, die natürlich schneller fahren, aber ich denke mal es ist schon (...) ja, sicherer sage ich jetzt mal als die Kreuzung da, ne? Da fahren die ja manchmal obwohl hier noch 50 ist, da fahren die ja schon manchmal 80 Sachen, obwohl noch gar nicht die Autobahn anfängt. Das ist schon gefährlich, ja. Auch für MICH, wenn ich da stehe an der Straße, gucke ich immer, dass da kein Idiot da gerade mit 100 Sachen vorbeikommt. (...) Ja das ist schon nicht schön.“ (B3: 46)

Die Mütter berichteten, dass vor geraumer Zeit die Errichtung eines Zebrastreifens vor der Kita zur Diskussion gestanden habe, weil die Straßen teilweise für Kinder schwierig zu überblicken wären. Doch das Vorhaben wurde abgelehnt, da bereits mehrere Ampeln in der Gegend vorhanden seien: *„Naja, (...) es ist für die Kinder manchmal ein bisschen, an den Straßen UNEINSICHTIG, also so Übergänge. Die KiTa hat ja hier auch schon mal versucht, hier einen Zebrastreifen hinzukriegen. Klar, die sind klein, können nicht über die Autos ´rübergucken, und die fahren hier halt leider auch nicht immer 30, ne? und sehen alles.“ (B1: 52)*

UK 3.4: Sicherheit

Keine der Mütter lasse ihr Kind alleine draußen spielen. Sie hätten ein ungutes Gefühl dabei und machten sich Gedanken, dass ihr Kind von Fremden angesprochen werden könnte.

„Na was heißt Angst, einfach die Sorge, dass irgendwas passiert. Oder dass irgendwie (...) ja, dass (...) weiß ich nicht, dass vielleicht doch irgendjemand kommt und sie anspricht oder weiß der Geier was, ´ne? Also man hat schon so seine Gedanken. (...) Ja, also ich bin noch nicht so

weit, sage ich jetzt mal, vom/ (...) dass ich jetzt sage, dass die schon alleine gehen dürfen. Nee, noch nicht, will ich noch nicht. (...) Also vertrauen tue ich schon, die Große sagt dann auch zu mir, dass sie dann aufpasst und sie weiß ja auch, wie sie sich verhalten muss. Darüber haben wir schon ganz oft geredet, aber ich will noch ein bisschen warten. Die Kleine wird ja jetzt eingeschult und mal gucken. Ich denke mal, in der Anfangszeit werde ich sie noch bringen, und vielleicht irgendwann dann nächstes Jahr, dass sie dann vielleicht zu zweit gehen. (...) Aber mal gucken, ich weiß noch nicht, wann es dann so weit sein wird.“ (B3: 44)

7.2.4 Ausweichen auf die Umgebung

Diese Kategorie ergab sich als induktive Kategorie aus dem Material heraus. Die Mütter beschrieben, dass sie aus bestimmten Gründen teilweise auf Spielmöglichkeiten in der Umgebung ausweichen. Außerdem wurden in dem Zuge die Wegefähigkeit und die Anbindung der Paul-Hertz-Siedlung thematisiert.

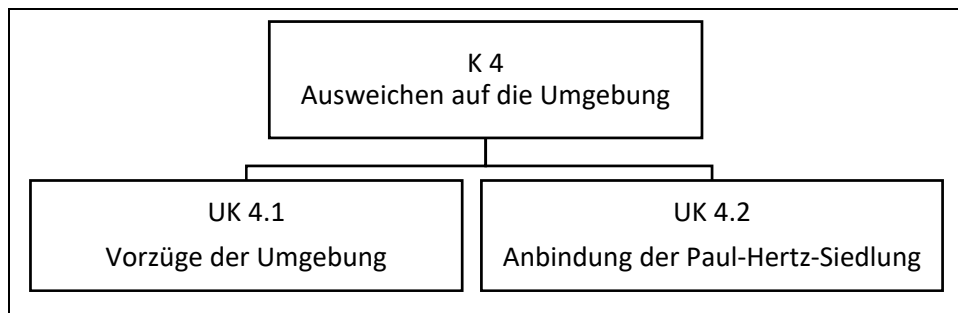


Abb. 19: Kategorie K4 – Bewegung: Ausweichen auf die Umgebung (eigene Darstellung)

UK 4.1: Vorzüge der Umgebung

Alle Mütter berichteten von dem Jungfernhaidepark, wo es große Flächen zum Spielen und Radfahren sowie einen See gebe. Der Britzer Garten, Karls Erdbeerhof oder der Erlebnishof in Klaiastow würden häufig besucht, denn dort gibt es interessante und größere Spielplätze sowie Wasserspielplätze.

„Für die Kinder ist es schon langweilig, wenn ich sage: „Kommt, wir gehen in den Park“, dann sagen die: „Oh schon wieder? Können wir nicht in einen anderen gehen?“ Ja, das ist dann auch für die/ na gut, dann fährt man mal mit dem Fahrrad mehr nach Charlottenburg, da zum Schloss hin. Da gibt’s ja noch so einen großen Piratenspielplatz mit einem großen Schiff, das ist dann natürlich wieder interessant und toll. (...) Ja, das ist/ diese BESONDEREN Spielplätze, da wollen sie eigentlich immer hin.“ (B1: 92)

UK 4.2: Anbindung der Paul-Hertz-Siedlung

Die Paul-Hertz-Siedlung wurde als abgelegen beschrieben. Die Mütter hätten alle ein Auto, mit dem sie flexibel seien und mit den Kindern in die Umgebung fahren können. Sie berichteten, dass diese teilweise weiten Strecken in die Umgebung aber auch umständlich sind:

- *„Und wenn ich darüber nachdenke, diese großen Sachen wie Karls Erdbeerhof, das sind alles Sachen, die so weit zu erreichen sind. Und mit kleinen Kindern ist es halt umständlich, weit zu fahren. Und wenn es nicht so weit zu fahren wäre/ hier wohnen ja eigentlich gar nicht so gut betuchte Menschen, sage ich mal, dass man schon irgendwie berücksichtigen kann, soll, dass nicht jeder irgendwo nach außerhalb Berlin fahren kann.“ (B2: 105)*
- *„Ja, wir sind hier schon so ein bisschen abgelegen, sage ich jetzt mal, so von Berlin. Auch wenn die Lage nicht so schlecht ist, weil, wir kommen ja eigentlich überall schnell hin, sei es zum Ku’damm oder Wilmersdorfer Straße oder nach Spandau. Also es ist eigentlich schon sehr zentral. Zum Kurt-Schumacher kommen wir auch ganz schnell hoch, aber man muss*

schon ein bisschen fahren. Ja, mit Bus oder halt mit Auto. Mit Fahrrad könnte man auch, (...) ja klar.“ (B3: 24)

Es wurde darauf hingewiesen, dass auch Familien berücksichtigt werden sollten, die nicht die Möglichkeit haben, mit dem Auto auf die Umgebung auszuweichen. Denn sie wissen, dass in der Paul-Hertz-Siedlung viele Familien kein Auto haben und stärker auf die direkte Wohnumgebung angewiesen sind: *„Ich meine, ich bin flexibel, ich habe ein Auto, ich kann auch mal irgendwo hinfahren. Aber andere Familien überhaupt nicht, ne? Und denen ist der Weg dann einfach zu weit, woanders hinfahren.“ (B1: 60)*

7.2.5 Bedürfnisse bzgl. der Bewegungsräume in der Paul-Hertz-Siedlung

Mit der Frage „Stellen Sie sich vor, Sie dürften entscheiden, was hier verändert werden soll, um die Paul-Hertz-Siedlung bewegungsfreundlicher für Ihr Kind zu machen. Was würden Sie verändern?“ sollten die Mütter sich zunächst frei fühlen zu äußern, was sie sich in der Paul-Hertz-Siedlung wünschen. Dabei wurden durch Nachfragen die vorher angesprochenen Aspekte wieder aufgegriffen werden.

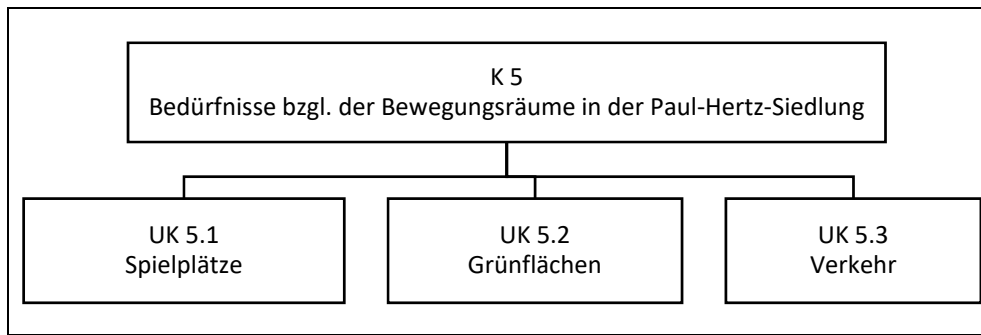


Abb. 20: Kategorie K5 – Bewegung: Bedürfnisse bzgl. der Bewegungsräume in der Paul-Hertz-Siedlung (eigene Darstellung)

UK 5.1: Spielplätze

Bezüglich der Spielplätze wünschten sich die Mütter für ihre Kinder mehr Abwechslung, wie z. B. ein Wasserspielplatz oder Abenteuerspielplatz. Dann könnten die Kinder auch im Sommer draußen spielen, wenn es heiß ist, und sie wären nicht auf schattige Plätze angewiesen.

„Also was hier fehlt, fehlt aber überall in Berlin finde ich sind WASSERSPIELPLÄTZE, das ist noch mal sowas BESONDERES. Weil es ist ja teilweise fast KAUM AUSZUHALTEN im Sommer (lacht) und es wäre echt toll und viele sind auch/ also drüben auf der anderen Seite ist auch ein größerer Spielplatz, der ist ganz schön, aber den kann man nicht aushalten im Sommer. Da KNALLT die Sonne drauf, die Eltern quetschen sich irgendwie in den Schatten und die Kinder spielen dann in der BRÜTENDEN HITZE. Ich gehe da schon gar nicht mehr hin, wenn's heiß wird. Weil, das ist schon schwierig. Wasser würde es wieder ein bisschen aufheben, klar.“ (B1: 58)

UK 5.2: Grünflächen

Die Mütter wünschten sich größere Flächen, wo die Kinder frei spielen könnten. Sie meinen, dass man den Kindern manchmal gar nicht unbedingt viele Geräte hinstellen müsste, sondern dass die Kinder selbst etwas aus der Fläche machen würden. Weiter sollten Nachbarn sich nicht beschweren, wenn die Kinder dort spielen würden: *„Ja, auch größere Flächen schaffen, ne? Spielflächen. Weil dann ist dazwischen dann Wiese, und diese verwinkelten Gassen sind ja ganz niedlich zwischen den Häusern/ (...) gut, dann hat man wieder ältere Nachbarn, die sich dann beschweren, wenn die Kinder zwischen den Häusern zu laut spielen wahrscheinlich (lacht). (...) So wo dann auf die Zeiten geachtet wird.“ (B1: 64)*

UK 5.3: Verkehr

Die Mütter wünschten sich außerdem, dass die Paul-Hertz-Siedlung verkehrsberuhigter wäre. Es wurde beanstandet, dass die Autos sich nicht an die Geschwindigkeitsbegrenzung halten und daher Blitzer aufgestellt werden sollten. Sie würden außerdem einen Zebrastreifen auf der Straße vor der Kita befürworten:

- „Ähm, ja, das wäre natürlich schon noch idealer, sag ich mal, mit 'nem Zebrastreifen hier irgendwo.“ (B1: 54)
- „Ja, verkehrsberuhigter. Also hier ist ja schon 30, aber dass man sich dann auch daranhält. Es muss ja nicht Schrittgeschwindigkeit sein, ich habe auch keine Lust, hier lang zu schleichen“ (B2: 70)

7.2.6 Informationswege

Die Frage „Wie informieren Sie sich über neue Bewegungsangebote bzw. wie werden Sie informiert?“ sollte Auskunft darüber geben, welche Informationswege die Mütter benutzen. Mit der Nachfrage „Nehmen wir an, dass hier ein neuer großer Spielplatz gebaut wurde und den Kindern nun zur Verfügung steht. Wie würden Sie am liebsten über neue Angebote oder Plätze für Bewegung informiert werden?“ sollte der Fokus daraufgelegt werden, welche Informationswege die Mütter positiv bewerten und welche sie sich sonst noch wünschen würden.

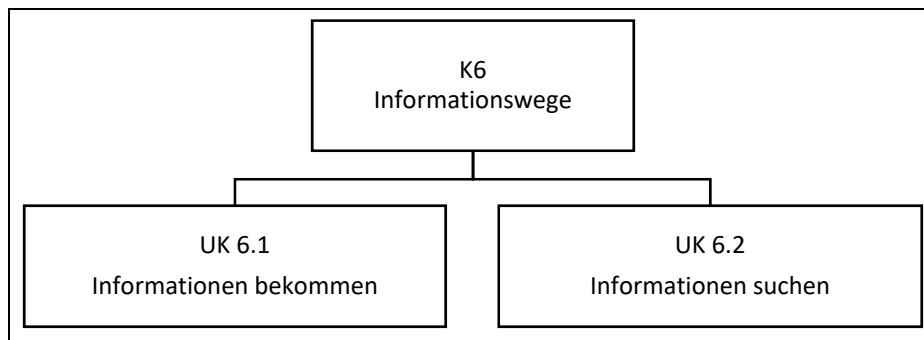


Abb. 21: Kategorie K6 – Bewegung: Informationswege (eigene Darstellung)

UK 6.1: Informationen bekommen

Alle drei Mütter nannten mehrfach den Informationsweg über Aushänge. Es wurden Aushänge am Eingang in der Kita, an Schautafeln im Supermarkt oder Informationen im Hausflur positiv bewertet. So werden sie immer wieder an aktuelle Angebote erinnert. Das Informieren über Flyer per Post wurde hingegen nicht gewünscht.

„Ach ich finde den Weg über den Schaukasten ganz gut, aber natürlich auch in der Kita zum Beispiel. Hier sind ja auch die Tafeln alle. Da stand ja auch/ die haben hier tausend Narzissen gepflanzt im Winter und die blühen jetzt, stand dann da. (...) So und dann dachte ich: „Echt? Muss ich ja mal gucken gehen.“ Und das war echt schön. (...) Und, ja, hätte ich nicht gewusst, hätte ich hier nicht den Zettel in der Kita mal unten hängen sehen, ne? Also das denke ich schon, das ist schon wichtig, dass die Kitas/ gerade, wenn man die Kinder erreichen will in der Umgebung/ da vielleicht was hingängt, und halt die Schaukästen, die hier überall sind.“ (B1: 80)

Interviewpartnerin B3 sei über Aushänge in der Kita auch über die Neueröffnung des Familienzentrums aufmerksam geworden. Interviewpartnerin B1 hingegen habe diese Informationen erst im direkten Umkreis des Familienzentrums gesehen und hätte sich Aushänge in der Paul-Hertz-Siedlung gewünscht.

„Wir haben hier glaub ich so was gar nicht, aber einmal war ja auch in der Jungfernheide diese Eröffnung von diesem Familienzentrum (...) und das fand ich zum Beispiel auch schade. Ich habe

das einen Tag später/ war richtig viel zugekleistert, aber erst wenn du da richtig Jungferneide bist, so wo der Park ist, da hing an jeder Laterne dieser Zettel, dass da halt Neueröffnung ist und gefeiert wird und so. Da dachte ich mir schade, wäre es hier irgendwo gewesen, dann wärst du eher darüber informiert gewesen als da.“ (B2: 86)

UK 6.2: Informationen suchen

Die Interviewpartnerinnen B2 und B3 legten dar, dass sie sich auch eigenständig über das Internet informieren oder durch Gespräche mit anderen Müttern von Angeboten erfahren: „(...) oder auch durch Hörensagen von Muttis oder Erziehern oder je nachdem, da hört man manchmal, dass es da und da was gibt, und dann gucken wir manchmal. (...) Oder ich google einfach im Internet. Einfach irgendwie für Kinder irgendwas, dass es auch nicht so weit entfernt ist.“ (B3: 64)

Nach der Ergebnisdarstellung zu den Themenbereichen „Psychische Gesundheit“ und „Bewegung“ folgt nun die Beschreibung zum dritten Themenbereich „Ernährung“ strukturiert mittels Haupt- und Unterkategorien und anhand von Interviewzitate veranschaulicht.

7.3 Ernährung

Ziel der Forschung war es, Sichtweisen und Bedürfnisse der Mütter zum Thema gesunde Ernährung in Bezug auf ihre Kinder zu erlangen. Nachfolgend werden die aus der Untersuchung erhaltenen Ergebnisse anhand der Haupt- und Subkategorien aufbereitet. Die jeweiligen Ergebnisse der Kategorien werden durch kurze Zusammenfassungen der Autorin dargestellt und mit Originalzitate aus den Interviews unterlegt.



Abb. 22: Beispiel für eine „gesunde“ Frühstücksdose (eigene Aufnahme)

7.3.1 Definition von gesunder Ernährung

Der Einstieg in das Interview wurde mit der Aufforderung „Beschreiben Sie doch mal die Ernährung ihres Kindes, denken Sie zum Beispiel an die letzte Woche“ eröffnet. Die offene Formulierung hatte das Ziel, die Mütter zu ermuntern über die Ernährung ihrer Kinder nachzudenken und die Resultate mitzuteilen. Die hierbei erhaltenen Informationen wurden in die jeweils passenden Hauptkategorien eingefügt. Die erste Hauptkategorie Definition von gesunder Ernährung, konnte in die zwei Subkategorien Essen/Nahrung und Trinken unterteilt werden.

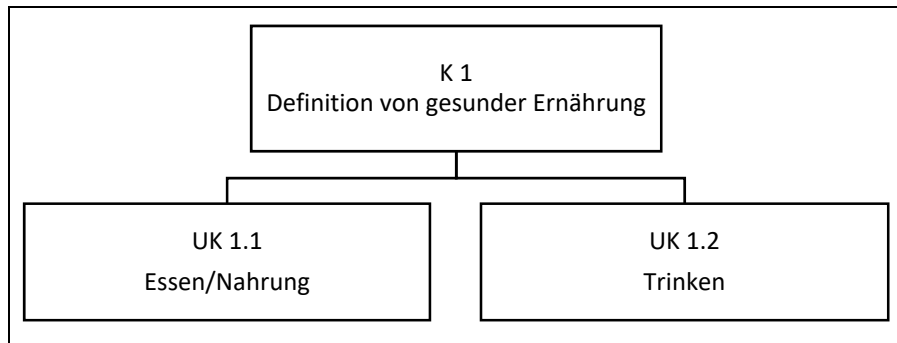


Abb. 23: Kategorie K1 – Ernährung: Definition von gesunder Ernährung (eigene Darstellung)

UK 1.1: Essen/Nahrung

Zwei der drei Interviewpartnerinnen gaben explizit an, dass für sie Obst und Gemüse zu einer gesunden Ernährung gehören. Beide sprachen das Thema Zucker an. Auch Themen wie mangelnde Zeit und Ausgewogenheit bei der Nahrung wurden angeschnitten. Bei der zweiten Interviewpartnerin zählen Vollkornprodukte zu einer gesunden Ernährung, außerdem berichtet sie von Spurenelementen wie Eisen, das in bestimmten Lebensmitteln zu finden ist, welches sie deshalb verwendet. Zu der Subkategorie gesundes Essen/Nahrung konnten aus den Gesprächen folgende Textpassagen zitiert werden.

- *Also finde ich das eine gesunde Ernährung schon weniger Zucker beinhaltet. Ähm aber ich finde auch also es muss halt auch viel Obst und Gemüse dabei sein das reicht jetzt nicht nur Nudeln zu kochen oder so und es muss abwechslungsreich sein also wenn man halt wirklich jeden Tag immer das gleiche essen würde, fände ich wäre das dann auch nicht gesund. (E1: 5)*
- *Also gesund ist in meinen Augen ((lacht)) wenn wir auch wirklich jeden Tag äh Vollkornprodukte auch mal essen würden. (E2: 5)*
- *Na ist schon wichtig das die Kinder so ran geführt werden Obst, Gemüse zu essen sich nicht nur von Süßigkeiten zu ernähren. Meine man achtet als Erwachsener ja auch nicht immer so darauf, dann wird ja mal schnell zwischendurch was reingestopft oder so weil man ja nicht die Zeit hat, aber es ist schon wichtig, also gerade für Kinder. (E3: 7)*

UK 1.2: Trinken

Alle drei Teilnehmerinnen gaben an, dass in der Familie Wasser oder Tee getrunken wird, bei zwei der drei Mütter gelegentlich auch Saft. Die erste Interviewpartnerin berichtete, dass sie selbst gerne gesüßten schwarzen Tee trinkt und ihr Kind, das nun auch gerne trinkt. Die dritte Gesprächspartnerin gab an, dass bei ihnen nur bei feierlichen Gelegenheiten oder vereinzelt in der Kita Saft getrunken wird und zählt Milch als wichtigen Calciumlieferanten auf. Zum Thema, welche Getränke als gesund eingestuft werden, äußerten sich die Mütter folgendermaßen.

- *Vom Trinken? Die trinken nur Wasser. Alle. Familiärisch, gar keine Säfte, keine Kohlesäurehaltigen Sachen, also wir mögen das generell nicht. (E2: 7)*
- *Also zuhause bei uns gibt es nur Wasser und Tee, es gibt wirklich nur mal Saft wenn irgendwie eine Party ist also irgendwelche Kindergeburtstage oder wenn hier in der Kita oder Schule dann trinken die auch Saft oder ich weiß auch, die Große mal eine Cola ein Glas aber zuhause gibt es nur Wasser und Tee. (.) ungesüßt. (E3: 9)*

7.3.2 Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie

Die zweite Hauptkategorie Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie, beinhaltete mehrere Aspekte und konnte anhand des Datenmaterials in vier Subkategorien unterteilt werden.

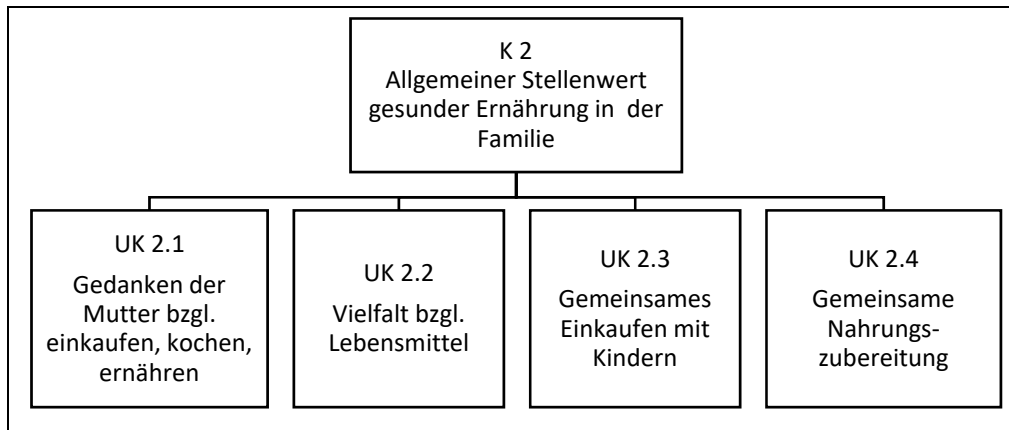


Abb. 24: Kategorie K2 - Ernährung: Allgemeiner Stellenwert gesunder Ernährung in der Familie (eigene Darstellung)

UK 2.1: Gedanken der Mütter bezüglich einkaufen, kochen und ernähren

In die erste Subkategorie konnten verschiedene Themen, die von den Müttern berichtet wurden, eingefügt werden: wie Speisen zubereitet werden, damit es dem Kind schmeckt, dass Obst und Gemüse gegessen wird, aber, dass auch mal mit Pizza und Kuchen gesündigt wird. Von der zweiten und dritten Gesprächspartnerin wurde über Bio-Lebensmittel folgendes berichtet. Eine Mutter kauft gerne Bio-Produkte und fährt dafür auch in einen Laden außerhalb der Siedlung. Die andere Mutter hat sich mit diesem Thema nicht befasst, äußerte aber, dass sie teurer als normale Lebensmittel seien. Der dritten Interviewpartnerin ist es wichtig, dass ihre Kinder morgens etwas essen und einmal am Tag etwas Warmes zu sich nehmen. Sie sprach die Verantwortung der Eltern bezüglich der Ernährung ihrer Kinder an und berichtete darüber, dass manche Kinder den Obstname nicht wüssten und vermutetem, dass dieses Problem auf die mäßigen finanziellen Mittel der Eltern zurückzuführen sei:

- *Mmh ja Suppen koch ich auch gerne, weil das ist dann so ein Eintopf bei mir was ich im Nachhinein püriere, da merkt er nämlich nicht, wenn da Sellerie mit drinnen ist, genau, sonst isst er das ja gar nicht, er möchte das überhaupt nicht, er sagt immer ekelig. (Absatz 3) Ja, ich kaufe auch gerne Bio ein, Biosachen und deswegen fahr ich eigentlich bisschen weiter weg, Richtung Moabit, das wäre eigentlich schöner, wenn es hier bisschen mehr Bioprodukte bei uns im Supermarkt geben würde, das wäre gar nicht mal so schlecht. (E2: 24)*
- *Und dann finde ich es auch wichtig, dass die Beiden mittags warmes Essen kriegen, das ist für mich ganz doll wichtig, dass ich weiß okay sie haben im Notfall einmal warm gegessen am Tag. (E3: 32)*

UK 2.2: Vielfalt bezüglich der Lebensmittel

Zum Thema Vielfalt bei Lebensmitteln berichtete die erste Teilnehmerin, dass gelegentlich neue, außergewöhnliche Lebensmittel, in der Familie getestet werden. Auch die dritte Mutter gab an, dass viele verschiedene Lebensmittel ausprobiert werden und meist nach Lust entschieden werde, was gekocht werde.

- *Also was wir halt auch gemacht haben mein Mann hat immer mal (..) also (..) äh (..) außergewöhnliche Sachen gekauft das wir zum Beispiel mal so eine Drachenfrucht oder ähm irgendwelches Gemüse was wir bisher noch nicht kannten, einfach um halt das mal auszuprobieren, zu sagen was das ist, mal zu gucken ob es uns allen schmeckt oder nicht und genau und da guckt er halt auch immer, wenn er mal was anderes sieht beim Einkaufen das er da ab und zu was mitbringt. (E1: 7)*
- *Aber das ist halt immer so worauf wir gerade Lust haben und dann (..) ob das jetzt was Außergewöhnliches ist oder wirklich nur so Schnitzel mit Gemüse kommt immer ganz drauf*

an worauf wir uns dann einigen (...) (Interviewerin: wechselt einfach) genau (lacht) wir versuchen schon alles, ja (lacht) und bei Kinder geht ja immer Nudeln mit Tomatensoße also (lacht). (E3: 30)

UK 2.3: Gemeinsames Einkaufen mit Kindern

Die erste Gesprächspartnerin berichtete, dass der Einkauf früher zusammen durchgeführt worden sei. Aufgrund von unterschiedlichen Einkaufswünschen sei dies zu anstrengend geworden. Die dritte Mutter macht am Wochenende einmal einen Großeinkauf mit der ganzen Familie, bei dem sich jeder ein Lebensmittel aussuchen dürfe. Die zweite Gesprächspartnerin kümmere sich hauptsächlich alleine um den Einkauf.

- *Haben wir äh früher gemeinsam eingekauft, dann ne zeitlang mit Absicht auch nicht, das sollte sie vielleicht jetzt nicht hören (schmunzelt) aber ähm ja das war einfach dann zu stressig und sie wollte dann immer natürlich auch Produkte haben, die ich nicht unbedingt kaufen würde, weil einfach aufgrund der Inhaltsstoffe. (E1: 7)*
- *Wir gehen einmal am Samstag den Großeinkauf machen (lacht) mit den Kindern zusammen und ja da gehen wir ich sag mal jeden Gang ab und dann gibt's aber auch wirklich Obst, Gemüse. Es wird immer überlegt was kochen wir am Wochenende. (E3: 22)*

UK 2.4: Gemeinsame Nahrungszubereitung

Alle drei Interviewpartnerinnen beziehen ihre Kinder je nach deren Möglichkeiten des Helfens in das Kochen ein:

- *Ja ansonsten kochen, ich versuche sie mit (...) da (...) kochen zulassen, also beispielsweise Kartoffel schälen kann sie schon sehr gut. (E1: 7)*
- *Ja also wenn es um Nutellabrot geht möchte er gerne selbst schmieren, ähm ja wir machen zum Beispiel am Wochenende mal so Mittags Waffeln zusammen, da machen wir das zusammen mit unserem Waffeleisen, äh so wenn ich ja so schneide und so tut er noch nicht so Gurken oder Tomaten das erledige ich immer so, aber wie gesagt wir sind auch teilweise zusammen in der Küche, er mag es zuzugucken sagen wir mal so er gibt mir dann immer die Eier und sagt, er liebt ja Eier, wie gesagt, das machen wir immer dann so als Rührei (...) ja (atmet lachend aus). (E2: 18)*

7.3.3 Ernährungsverhalten des Kindes

Die dritte Hauptkategorie beschäftigte sich mit dem Ernährungsverhalten der Kinder. Die Familie wirkt als Primärinstanz auf die Entwicklung des Ernährungsverhaltens ein, daher war von Interesse, wie zufrieden die Mütter mit der Ernährung ihrer Kinder sind und ob es Regeln oder Rituale in der Familie gibt. Es konnten drei Subkategorien gebildet werden.

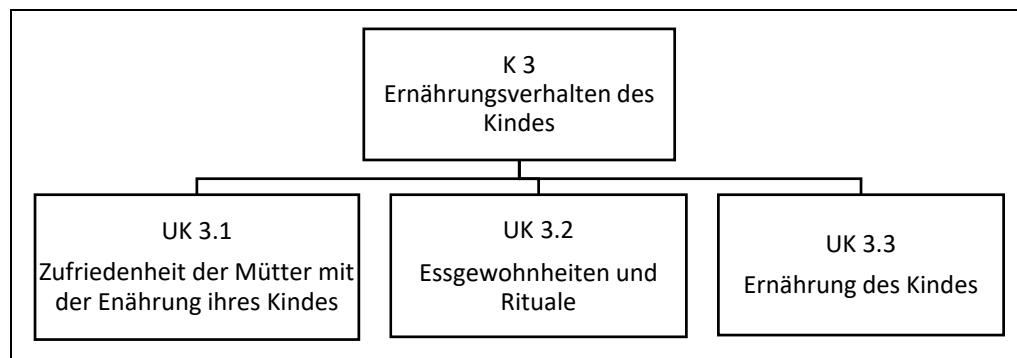


Abb. 25: Kategorie K3 – Ernährung: Ernährungsverhalten des Kindes (eigene Darstellung)

UK 3.1: Zufriedenheit der Mütter mit der Ernährung ihres Kindes

Alle drei Mütter äußerten insgesamt Zufriedenheit in Bezug auf die Ernährung der Kinder. Die dritte Interviewteilnehmerin gab an, dass sie darauf achte, was ihre Kinder zu sich nehmen würden und sie somit deren Ernährung beeinflussen könne:

- *Also er mag es leider mehr Weißbrot zu essen obwohl ich Schwarzbrot eigentlich bevorzuge, aber gut Hauptsache er wird satt das ist ja für uns das wichtige. (Absatz3) Ich sehe ja bei einigen die sagen: oh mein Kind isst gar nichts oder nur damit er oder sie was isst kriegt er jetzt von uns nur Pommes, so ist das bei uns Gott sei Dank nicht, er legt wirklich Wert drauf, er sagt ja auch das er Fleisch möchte. (E2: 20)*
- *Also, wenn die sich aussuchen dürften Obst oder Kuchen dann würden die sich beide immer für Obst entscheiden (..) mmh (lacht), doch beide gleich. (Absatz 5) Da ich ja (..) viel darauf achte, denke ich schon mmh (...) also was jetzt hier in der Kita, da ist ja so ein Plan, der aushängt und sieht man auch was die Kinder essen dann kann ich auch mal gucken was es zu Mittag gab oder so und die anderen Sachen beeinflusse ich ja indem ich ja diese Brotdose und Obstdose fertig mache. (E3: 36)*

UK 3.2: Essgewohnheiten und Rituale

Die erste Interviewpartnerin erzählte, dass ihr Ehemann immer, wenn er die Brotdose für die Kinder richte, eine kleine Überraschung wie einen Keks miteinpacke. Sie selber finde diese Handlung nicht gut. Unter der Woche wird Abendbrot gegessen, im Gegensatz zum Frühstück gibt es hierbei keine süßen Aufstriche. Als gegebenenfalls geltendes Ritual berichtete die Mutter, dass nach dem Abendbrot die Zähne geputzt und der Mund sowie Hände gewaschen werden. Die zweite Mutter berichtete, dass am Wochenende immer zusammen gefrühstückt werde. Die dritte Mutter erzählte, dass morgens unter der Woche immer ein kleines Frühstück zusammen eingenommen und der Tag besprochen werde. Am Wochenende helfe ihr Sohn gerne beim Tischdecken, des Weiteren seien ihr geregelte Essenszeiten für eine Strukturierung wichtig.

- *Wenn wir die Brotdose packen dann tut mein Mann dann tatsächlich auch immer irgendeine kleine Überraschung noch mit rein, also irgendwas Süßes. Das äh ist dann aber auch nicht zu viel, sondern halt wirklich, weiß nicht ein Keks oder ähm (..) eine Überraschung halt. Ähm wenn ich die Brotdose mache tu ich tatsächlich gar nichts rein (lacht) also keine Überraschung ich das dann nicht ganz so gut finde. (Absatz 3) abends essen wir dann meistens auch nochmal Brot da gibt's dann aber keine Marmelade ist bei uns die Regel also keine süßen Aufstriche oder so was. (E1: 3)*
- *Bei uns ist das so, dass wir abends warm essen. Das machen wir immer zusammen, wenn der Papa nicht zuhause ist dann nur wir beide mit ihm, aber am Wochenende frühstücken wir zusammen, ich bin auch daran gewöhnt das ich recht früh mit ihm dann quasi frühstücke. Ähm Mittag sitzen wir gar nicht am Tisch, da gibts bei uns jetzt nicht so was Warmes nur noch Kleinigkeit so Brot was die meisten als Abendbrot machen, machen wir halt quasi mittags und bei uns dann nur noch abends dann was Warmes, ja. (E2: 14)*

UK 3.3: Ernährung des Kindes

In dieser Subkategorie werden Textpassagen, die die Ernährung der Kinder betreffen, eingeordnet. Von der ersten Interviewpartnerin wurde berichtet, dass sie Obst und Gemüse in den Alltag und bei Außenaktivitäten integriert. Da ihr aufgefallen sei, dass ihre Tochter nach dem Konsum von Zucker unausgeglichen sei, achte sie auf eine möglichst zuckerfreie Ernährung. Die zweite Teilnehmerin erzählte, dass ihr Sohn reichhaltig frühstücke und insgesamt verschiedene Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Fleisch, Fisch und Reis, Nudeln oder Pommes zu sich nehme. Obwohl sie selbst Schwarzbrot bevorzuge, möge ihr Sohn lieber Weißbrot. Mit der Familie werde abends Warm gegessen. Die eingeforderten Süßigkeiten erhalte der Sohn gelegentlich

und manchmal werde auf Fast-Food zurückgegriffen. Auch im dritten Interview wurde erläutert, dass darauf geachtet werde, viel Obst und Gemüse zu verzehren. Gelegentliches Sündigen durch Pizza oder Kuchen komme auch vor.

- *Und ich versuche dann, wenn wir Ausflüge machen aber auch immer noch eine Brotdose mitzunehmen mit ein bisschen Obst und Gemüse falls der ganz große Hunger kommt. (Absatz 3) Ich habe allerdings auch gemerkt, wenn meine große Tochter, also sie (zeigt in Richtung ihrer Tochter), ähm Zucker isst dann ist sie sehr unausgeglichen und sehr (...) also sehr aggressiv habe ich manchmal das Gefühl ähm deswegen versuch ich halt Zucker doch schon bisschen, also finde ich das eine gesunde Ernährung schon weniger Zucker beinhaltet. (E1: 5)*
- *Also es gibt bei uns viel Obst und Gemüse (...) wir sündigen auch mal es gibt auch mal ein Stück Pizza oder ein Stück Kuchen aber sonst in der Regel schon auch Brot, also ja ich achte viel darauf das halt Obst und Gemüse gegessen wird. (E3: 3)*

7.3.4 Bedingungen für eine gesunde Ernährung

Bei der vierten Hauptkategorie, Bedingungen für eine gesunde Ernährung, wurden fünf Subkategorien gebildet, die die Ernährung auf unterschiedliche Weise beeinflussen können. Hierbei war beispielsweise von Interesse, wie die strukturellen Bedingungen in der Paul-Hertz-Siedlung sind, ob finanzielle Mittel thematisiert werden, wie sich die Mütter ihr Wissen über eine gesunde Ernährung aneignen und ob es Diskrepanzen in Bezug zu einer gesunden Ernährung in anderen Betreuungssituationen gibt.

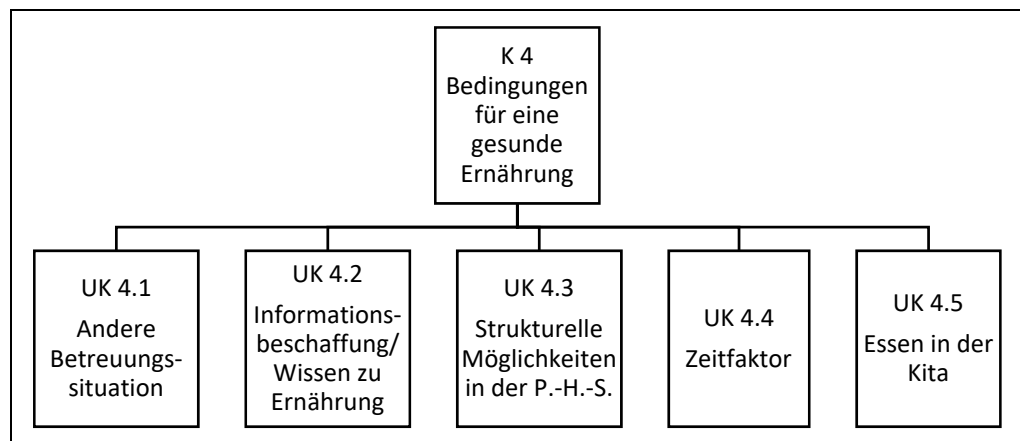


Abb. 26: Kategorie K4 – Ernährung: Bedingungen für eine gesunde Ernährung (eigene Darstellung)

UK 4.1: Andere Betreuungssituation

Von der zweiten Interviewpartnerin wurde die Aussage gemacht, dass ihr Mann in ihrer Abwesenheit eher auf Fertigprodukte zurückgreift. Die Familie erhält bei Bedarf Unterstützung bei der Lebensmittelversorgung von den Schwiegereltern:

- *Mein Mann mehr dann an Tiefkühlprodukte, weil wenn ich dann mal halt nicht zuhause bin, ich habe ja auch bis vor kurzem studiert, da war ich erst später immer zuhause, dann machen die sich auch eine Fertigpizza oder halt Burger und ähnliches. (Absatz 9) Hmm, ja also gut kochen tun wir Gott sei Dank immer. Wie gesagt, wenn ich es nicht schaffe, schaffen es meine Schwiegereltern muss ich auch erwähnen. (E2: 50)*

UK 4.2: Informationsbeschaffung und Wissen zu Ernährung

Die erste Gesprächspartnerin gab an, dass sie sich viel mit ihrer Familie austausche, vor allem mit der eigenen Mutter. Für sie spiele die eigene Erziehung eine große Rolle. Des Weiteren lese sie viel und sehe das Wissen über eine gesunde Ernährung als gesunden Menschenverstand an.

Die zweite Teilnehmerin fühlt sich gut informiert, hat viele Informationen durch ihr Studium in der Gesundheitsbranche erhalten und liest nebenbei viel in Zeitschriften und im Internet. Die dritte Mutter gab das Sportzentrum (wird von Gesprächspartnerin so genannt) beziehungsweise das Familienzentrum Jungfernheide als mögliche Informationsquelle an.

- *Oh, also erstmal ist das natürlich die eigene Erziehung auch die da eine Rolle spielt. (Absatz 21) Also Ärzte würde ich jetzt gar nicht sagen über Freunde naja halt wie gesagt über die Familie, ich habe eine sehr große Familie mit den tausche ich mich natürlich auch aus äh insbesondere mit meiner Mutter allerdings lese ich auch Artikel. (E1: 23)*
- *Jaaa, also ich fühl mich schon gut informiert, äh aber es schadet ja nie, wenn man quasi so Gespräche führt, weil es gibt immer mal bestimmte Sachen was man als Elternteil vergisst oder nicht so oft zuhause benutzt jetzt sagen wir mal äh auch für gesunde Ernährung und so. (E2: 22)*
- *(..) könnte ich ihnen gar nicht sagen, also ich weiß nicht ob man das in diesem Sportzentrum hier, Familienzentrum ob es da sowas gibt das kann ich ihnen gar nicht sagen. (E3: 42)*

UK 4.3: Strukturelle Möglichkeiten in der Paul-Hertz-Siedlung

Von der ersten und der dritten Gesprächspartnerinnen wurde berichtet, dass es theoretisch und für den Notfall ausreichend Einkaufsmöglichkeiten vor Ort gäbe, jedoch wäre es wünschenswert, wenn diese größer und fußläufig zu erreichen wären. Es wurden Wünsche nach einem Restaurant mit kindgerechter Nahrung geäußert, sowie mehr Bioprodukte im Supermarkt vorzufinden und generell die Möglichkeit, gesunde Snacks in der Siedlung zu erwerben. Die dritte Mutter erwähnte, dass Obst und Gemüse zu den teureren Lebensmitteln gehörten.

- *Das Rewe ist ja ziemlich dicht oder das Kaufland ist ja auch jetzt nicht so weit weg (..) ähm (..) aber natürlich wäre fußläufig ein größeres Edeka sehe sehr hilfreich, ja.) (Absatz 9) Was ich mir halt wünschen würde wäre nochmal ein Restaurant wo auch kindgerechte Sachen drin sind. (E1: 19)*
- *(..) ich sag mal theoretisch ja, weil man hat ja hier Reichelt und Netto und Reichelt ist uns aber zu teuer und bei Netto finde ich findet man nicht wirklich also es ist mehr für mich so ein Ramschladen. (Absatz 26) Also wenn wir mal sagen wir möchten mal gerne irgendwas essen (..) gehen oder irgendwo hier eine Kleinigkeit das gibt es ja so nicht. Aber jetzt so eine ja vielleicht so ein Bioladen ne wo man dann (..) weiß nicht vielleicht eine halbe Wassermelone kriegt, die dann schon geschnitten ist die die Kinder unterwegs essen können (..) sowas fehlt dann wahrscheinlich hier einfach (..) einfach was Gesundes was man naschen kann. (E3: 40)*

UK 4.4: Zeitfaktor

Bei dieser Subkategorie wurden Textpassagen integriert, die beschreiben, dass es durch Zeitmangel und Hektik weniger zum gemeinsamen Kochen komme und Eltern dadurch möglicherweise weniger Aufmerksamkeit für Angebote hätten.

- *Aber ähm das können natürlich dann einfach auch Dinge da, da klappt das dann nicht, also die Realität zeigt halt oft auch, dass es keine Zeit gibt, zusammen zu kochen. (E1: 7)*
- *Mich ja (lacht) ich überlege jetzt ob die anderen ob, ich weiß gar nicht ob viele Eltern sich das da unten so nehmen und ankucken wahrscheinlich hat nie einer Zeit. (Absatz 48) Ich kann mir vorstellen das die Eltern, klar man ist immer in Hetzte, ne. Frühmorgens schnell die Kinder hin und dann ja mittags wieder abholen. (E3: 50)*

UK 4.5: Essen in der Kita

Im zweiten und dritten Interview wurde berichtet, dass das Frühstück in der Kita früher besser organisiert gewesen sei. Eine Mutter würde die frühere Organisationsweise bevorzugen, da alle Kinder das gleiche Essen erhalten hätten und dadurch weniger Neid entstanden sei. Die dritte Teilnehmerin berichtete, dass sie den Prozess des gemeinsamen Frühstückens in der Kita für

die Kinder als wichtig erachte und dieser durch die neue Organisation wegfallt. Die erste Mutter gab an, dass sich das Essen in der Kita gut anhöre, sie es aber nicht näher beurteilen könne.

- *Das mit dem Frühstück hier des, unten war das super geregelt, wie gesagt da gabs alles schon hier, wir mussten nichts vorbereiten, nicht, weil ich faul bin, ich pack das sehr gerne ein, aber wie gesagt er sieht das bei anderen Kindern, das die anderen Kinder auch dann halt kein Schwarzbrot essen nur Toast oder halt wie gesagt Brötchen oder auch diese, ich hab mal mitbekommen das die anderen Elternteile hier Donuts mitgeben! AM MORGEN, ja also wie gesagt und wenn ich dann von meinem Mann höre, er bringt ihn ja öfters hier her morgens, ja du äh unser Sohn möchte das auch! Ja dann fühl ich mich echt (..) blöd, also so blöd, so dass ich das ausdrücke, wenn ich es ihm nicht gebe. (E2: 25)*
- *Das ist ganz neu, weil das war immer schön da haben die Erzieher dann das Essen besorgt und haben dann auch immer zusammen gegessen, die essen jetzt auch immer noch zusammen die Kinder unten aber man muss halt jetzt die Brotdosen mitnehmen und das zuhause machen. (Absatz 15) Ja weil ich es schade finde, weil ich glaube es war ganz schön das die Kinder dann also Brote bekommen haben und schmieren konnten und entscheiden konnten. hmm jetzt öffnet jedes Kind nur seine Dose und (...) bisschen schade. (Absatz 17) Meine klar jetzt ist jeder dafür selbst verantwortlich ne, vorher haben die Erzieher darauf geachtet, dass die Kinder auch mal einen Apfel hatten oder eine Mandarine wie auch immer und jetzt liegt es halt an den Eltern was die in die Dosen packen muss das Kind halt essen oder nicht aber. (E3: 73)*

7.3.5 Ressourcen und Unterstützung

Mit der fünften Hauptkategorie Ressourcen und Unterstützung sollten Informationen über Angebote, die den Müttern schon bekannt sind, erhoben werden. Dies erfolgte durch die Fragestellung „Welche Angebote kennen Sie in der Paul-Hertz-Siedlung zum Thema gesunde Ernährung und haben Sie diese schon mal in Anspruch genommen?“ Des Weiteren war von Interesse, wie mögliche Angebote wahrgenommen beziehungsweise vermittelt wurden.

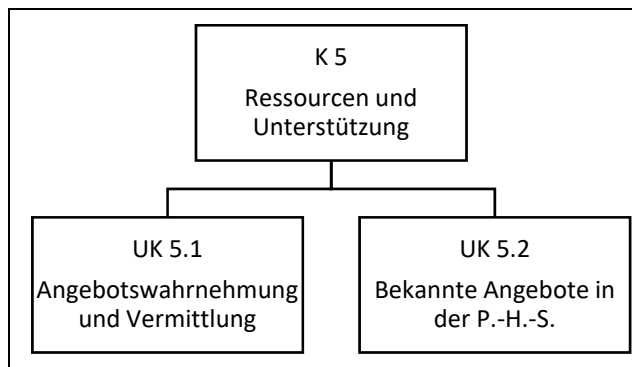


Abb. 27: Kategorie K5 – Ernährung: Ressourcen und Unterstützung (eigene Darstellung)

UK 5.1: Angebotswahrnehmung und deren Vermittlung

Die erste und die dritte Gesprächspartnerin gaben an, Flyer für Angebote wahrzunehmen. Die erste Interviewteilnehmerin empfinde eine Informationsvermittlung über das Internet als nicht hilfreich. Die dritte Gesprächspartnerin nutzt zusammen mit ihrem Kind das Sportangebot im Familienzentrum Jungfernheide. Die zweite Teilnehmerin kennt keine Angebote bezüglich einer gesunden Ernährung und hat bisher keine Beratungen oder Angebote in Anspruch genommen.

- *Hm ne also da habe ich jetzt nicht viel recherchiert gehabt, weiß ich auch ehrlich gesagt nicht, aber ich weiß das es da am Halemweg so einen Jugendclub gibt, vielleicht (...) gibt's dort irgendwelche. (E1: 34-35)*

- Unten liegen Flyer (lacht) und dann habe ich einfach nochmal durch gekuckt. (Absatz 46) Ich kann ja nur für mich sprechen, dass ich mir das anschau und wie andere Eltern, da habe ich auch nie darauf geachtet ob sich viele da unten die Flyer nehmen und ankucken. (Absatz 50) JA, wir gehen da zum Sport mit dem Kleinen (lacht) aber ich muss jetzt ehrlich schwindeln ob da im Programm irgendwo auftaucht (..) gesunde Ernährung oder sonstiges. (Absatz 44) Und das ist perfekt das ist drei Minuten von zuhause mit der Großen irgendwie vereinbar immer zeitlich also super. (E2: 46)

UK 5.2: Bekannte Angebote in der Paul-Hertz-Siedlung

Die erste und die dritte Interviewpartnerin erwähnten das Familienzentrum Jungfernhöhe; die erste Mutter stellte es als ihren Anlauf-Punkt für eine Beratung dar. Die dritte Gesprächspartnerin äußerte sich positiv über ein „Früchteprojekt Süß-Sauer“, das in der Kita stattgefunden habe. Sie wisse, dass es eine Zahnuntersuchung in der Kita gäbe, gehe aber selbstständig zweimal im Jahr mit ihren Kindern zum Zahnarzt.

- Ähm also ich weiß das im Familienzentrum da auch ähm Kurse sind beziehungsweise man kann sich da ja auch einfach so hinsetzen und beraten lassen, mit denen sprechen. Also das wäre mein äh Angriffspunkt wo ich hingehen würde, das Familienzentrum. (E1: 25)
- Die hatten ja zum Beispiel auch letztens das Projekt mit süß und sauer, das fand ich ganz interessant, da haben die Früchte aufgeschnitten und die Kinder mussten probieren ob etwas Süßes oder sauer. (Absatz 77) Also das Projekt unten war ganz (..) war schön, das haben die gut gemacht. (E3: 89)

7.3.6 Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven

Die sechste Hauptkategorie stellte zugleich die Abschlussfrage des Interviews dar. Die Gesprächspartnerinnen sollten durch die offene Fragestellung „Wenn Sie sich Angebote in der Paul-Hertz-Siedlung zum Thema gesunde Ernährung wünschen könnten, wie würden diese aussehen?“ angeregt werden, frei und ungezwungen ihre Vorstellungen und Ideen zu äußern. Aus dem erhobenen Material ließen sich drei Subkategorien bilden.

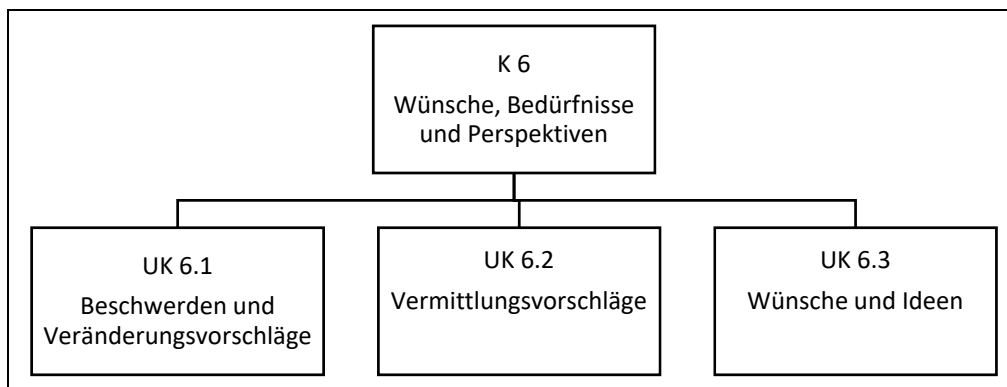


Abb. 28: Kategorie K6 – Ernährung: Wünsche, Bedürfnisse und Perspektiven (eigene Darstellung)

UK 6.1: Beschwerden und Veränderungsvorschläge

Eine Gesprächspartnerin äußerte den Vorschlag, dass es in Restaurants neben den Standardkindergerichten wie Pommes auch gesunde Angebote für Kinder geben sollte. Die zweite Mutter bedauerte die Veränderung der Organisation bezüglich des Frühstücks in der Kita und wünschte, dass es wieder mit den Kindern in der Kita zubereitet werde und somit einheitlich sei. Auch die dritte Teilnehmerin thematisierte die veränderte Frühstücksorganisation in der Kita. Sie gab auch an, dass manche Kinder die Namen der Obstsorten nicht wüssten und führte dies auf zu hohe Lebensmittelpreise zurück.

- *Wenn wir in Restaurants gehen da gibt's ja meistens eine Kinderkarte da stehen dann Chicken MC Nuggets, Pommes äh Nudeln mit Tomatensoße irgendwie so was drauf. Was ich mir halt wünschen würde wäre nochmal ein Restaurant wo auch kindgerechte Sachen drin sind. (E1: 19)*
- *Das mit dem Frühstück hier des, unten war das super geregelt, wie gesagt da gabs alles schon hier, wir mussten nichts vorbereiten, nicht, weil ich faul bin, ich pack das sehr gerne ein, aber wie gesagt er sieht das bei anderen Kindern, dass die anderen Kinder auch dann halt kein Schwarzbrot essen nur Toast oder halt wie gesagt Brötchen. (E2: 25)*
- *Ähm unten nicht das haben sie leider jetzt erst eingeführt, das ist ganz neu, weil das war immer schön da haben die Erzieher dann das Essen besorgt und haben dann auch immer zusammen gegessen. (Absatz 15) Die haben ja hier oben diesen Obstkorb, aber unten ist man halt selber verantwortlich dafür (...) und wenn man seinen Kindern das unten schon nicht nahe legt klar wie sollen die das dann hier oben lernen oder später dann lernen. (Absatz 73) Wenn ich jetzt nicht dafür Sorge, dass mein Kleiner hat so eine Obst Dose, wenn der die nicht hat dann sorgt keiner dafür. (Absatz 73) dass das Kind, das nicht wusste das das Brombeeren also aber es gibt viele Kinder die wissen einfach nicht wie die Dinge heißen, weil ja (...) es wahrscheinlich auch zu teuer ist ne muss man ehrlich sein Obst und Gemüse muss man sich heute leisten können. (E3: 80)*

UK 6.2: Vermittlungsvorschläge

Alle drei Interviewteilnehmerinnen äußerten, dass sich eine Vermittlung von Informationen zum Thema gesunde Ernährung an andere Eltern als schwierig erweisen könnte. Als Möglichkeiten wurden Flyer, Broschüren und mehr Aufklärung diskutiert. Die dritte Gesprächspartnerin schlug zum einen eine Vermittlung an die Eltern über deren Kinder vor. Zusätzlich wäre es wichtig, Angebote in Kitas oder Schulen zu integrieren.

- *Äh wenn Flyer dann halt wirklich in Bezug auf gesunde Ernährung. (Absatz 27) Also gerade, wenn es jetzt in der Kita aushängt man guckt da einmal drüber aber hm ja schön und gut, es ist halt schwierig an die Leute ran zu kommen. (E1: 27)*
- *Das wäre eine gute Idee, dass man das vielleicht hier sogar hier oder im Supermarkt irgendwo aufstellen kann, Broschüre wäre eine gute Idee, damit kann man viele Elternteile (...) erreichen. (Absatz 36) Also da wird es immer mal Elternteile geben, die dann sagen werden, ne also dazu habe ich keine Zeit oder interessiert mich nicht, weckt mein Interesse nicht, ja wie gesagt also. (E2: 46)*
- *(...) denke schon das man das auch, ja, besprechen sollte. Also ich weiß hier oben meine Große war ja auch hier oben, ist nun schon ein Weilchen her und da wurde auch viel bei den Elternabenden immer gesagt es wird darum gebeten das halt Obst und Gemüse und nicht immer, es gab wohl auch Kinder, die haben dann auch mal eine Brot Tüte hier, vom Bäcker eine Tüte mitgehabt und Streuselschnecke. (Absatz 72-73) Aber, wenn man das so integriert vielleicht in den Kitaalltag oder Schulalltag ist ja egal dann glaube ich kriegt man die Eltern über die Kinder (lacht) so funktioniert das ja (...) Klar und wenn die Kinder was super finden ne dann (...) glaube ich wäre es leichter. (E3: 75)*

UK 6.3: Wünsche und Ideen

Bei dieser Subkategorie konnten die Ideen und Vorstellungen der drei Mütter eingeordnet werden. Von der ersten Teilnehmerin wurde vorgeschlagen, spezifische Ernährungsangebote wie Kochen mit Kindern und das Kennenlernen von Gemüsesorten, im Familienzentrum Jungfernhöhe zu integrieren. Des Weiteren äußerte sie die Idee eines Kiezzgemeinschaftsgartens und eines Kinderrestaurant- und Cafés. Von der zweiten Gesprächspartnerin kam der Vorschlag, Elternprogramme zum gegenseitigen Austausch zu initiieren. Die dritte Mutter äußerte als mögliche Angebotsvermittlung die Idee eines Straßenfestes.

Vielleicht sollten sie auch nochmal so nochmal andere Kurse anbieten, dass man halt wirklich, so dass man mit den Kindern zusammen nochmal kochen kann oder so was oder dass sie da so Gemüsesorten vorstellen wie man daraus was leckeres machen kann oder so was ähm ja einfach solche Veranstaltungen wo man sich entweder anmelden kann oder wo es halt auch öffentlich ist und man hinget mit dem Kind und die zeigen einem halt nochmal ja die ganzen Gemüsesorten gibt es und die kann man so und so zubereiten. (Absatz 31) Genau, also da hatte ich eigentlich auch so eine Idee, man könnte ja hier auch einen Garten machen, einen Gemeinschaftsgarten von der Siedlung her irgendwie, wer das dann betreut am Ende muss man dann halt sehen, ähm wo man dann als Elternteil mal mit dem Kind hingehen kann, mithelfen kann das Gemüse zu pflanzen das Gemüse zu, ja keine Ahnung zu gießen oder ähm und dann halt auch zu gucken wie es wächst und dann am Ende natürlich auch dieses ernten. Das muss natürlich dann alles geregelt werden. (Absatz 35) und ich fände es natürlich schön, wenn es hier so ein Kinderrestaurant oder ein Kindercafé irgendwie so was gäbe. (E1: 35)

7.4 Gemeinsamkeiten aus den drei Bereichen

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass bei allen Befragten ein Bewusstsein hinsichtlich des gesunden Aufwachsens von Kindern besteht. In allen Interviews wurden – abgesehen von dem eigentlichen Themenfokus – alle drei Bereiche thematisiert. Besonders der Bereich Bewegung spielte für die Befragten eine bedeutende Rolle. Hier wurden von den Müttern vor allem die unsichere Verkehrslage im Kiez und die Spielplatzsituation angesprochen. Es fehle an Ampeln und Zebrastreifen innerhalb des Kiezes und der Weg über die Autobahnbrücke zum Jungfernhöhepark und zum Familienzentrum sei gefährlich und unattraktiv. Die Spielplätze wurden als verdreckt, zu klein und für ältere Kinder als nicht ausreichend beschrieben.

Unabhängig vom Grundthema wurde außerdem mehrfach die kritische soziale Situation in der Siedlung angesprochen: Hierbei spielten Kriminalität, Armut, soziale Isolation aufgrund von Arbeitslosigkeit und das mangelnde Gemeinschaftsgefühl innerhalb des Kiezes aufgrund der verschiedenen aufeinanderprallenden Kulturen eine Rolle. Es wurde geäußert, dass der Kiez zu wenig Möglichkeiten für das Entstehen sozialer Kontakte vorhalte, da es kaum lokale Geschäfte, Eisdielen oder Cafés gibt.

Die Kita wurde von den Befragten als wichtige Institution eingeschätzt, um Zugänge zu Hilfen und Präventionsmaßnahmen zu schaffen. Es wurde zum einen die Verantwortung der Kita angesprochen, gesundheitsförderliche Bedingungen, wie beispielsweise ein gesundes Frühstück zu organisieren. Zum anderen wird die Kita als wichtiger Ansprechpartnerin für verschiedene Themen des gesunden Aufwachsens gesehen, der viel Vertrauen entgegengebracht wird. Für nahezu alle Befragten waren organisatorische Aspekte, wie kurze Wege zu und praktikable Terminierungen von Angeboten, wichtig.

Bezüglich der Informationswege stellte sich heraus, dass vor allem der Weg über Schautafeln und Aushänge im Kiez und in der Kita erwünscht und genutzt wird.

VIII Diskussion

8.1 Ergebnisdiskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen das Zusammenspiel der drei Themenbereiche psychische Gesundheit und Resilienz, Bewegung und Bewegungsräume sowie Ernährung, welche in den Gesundheitszielen als ein Konglomerat aufgefasst werden. Die gemeinsamen Schnittmengen spiegeln sich in den abgeleiteten Kernaussagen wider:

- Ein Interesse und Bewusstsein bei Befragten zum Thema „Gesund Aufwachsen“ ist vorhanden.
- Die Autobahnbrücke stellt große Barriere zur Nutzung von Angeboten des Familienzentrums dar.
- Die Kita wird als eine wichtige Institution zur Gesundheitsförderung gesehen und stellt auch eine vermittelnde Position zwischen Eltern und weiteren Institutionen dar.
- Das Thema Bewegung spielte in allen Interviews eine Rolle, es wurde als wichtig erachtet und ein Mangel im Kiez erkannt.
- Obwohl die Befragten mehrheitlich in sozial stabilen Verhältnisse leben, sind sie mit den Umgebungsfaktoren konfrontiert und auf die bestehenden Angebote angewiesen.
- Organisatorische Aspekte wie z.B. kurze Wege und praktikable Terminierung von Angeboten sind für alle Beteiligten wichtig.
- Es werden verschiedene Informationswege benötigt. Um auf Angebote aufmerksam zu machen.
- Die Angebote im Familienzentrum sollten mehr auf die Familien abgestimmt sein und auch mehr das Thema Ernährung beinhalten.
- Weitere Akteure wie z.B. das Grünflächenamt, das Straßenbauamt, das Sozialpädiatrische Zentrum und Träger von Kindertagesstätten sollten involviert werden.

Im Folgenden werden die zunächst differenziert dargestellten Ergebnisse übergreifend über die drei Themenbereiche „Psychische Gesundheit und Resilienz“, „Bewegung und Bewegungsräume“ sowie „Ernährung“ gemeinsam diskutiert:

Das Begriffsverständnis der Mütter hinsichtlich der psychischen Gesundheit stimmt in Anteilen mit den in der Literatur zu findenden Merkmalen überein. Es wurde seitens der Befragten ein Zustand beschrieben, der mit Fröhlichkeit und Lebensfreude assoziiert wurde. Diese Aspekte können mit der Beschreibung des „Wohlbefindens einer Person“ der WHO (o. D.) gleichgesetzt werden. Auch die soziale Komponente des Umgangs miteinander, welche die WHO mit dem Passus „...etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann“ (WHO o. D.) in ihrer Definition einschließt, wurde von den Teilnehmerinnen benannt. Der Umgang mit Lebensbelastungen, die Möglichkeit, produktiv arbeiten zu können und die eigenen Fähigkeiten auszuschöpfen, wurden von den Befragten nicht oder in anderen Zusammenhängen thematisiert. Das Begriffsverständnis schien stark von den subjektiven Erfahrungen der Teilnehmerinnen abhängig zu sein.

Die Mütter messen der Bewegung für das Aufwachsen der Kinder einen großen Wert bei. Ob die Kinder die Empfehlungen nach Tremblay und Kollegium (2012) von täglich 180 Minuten körperlicher Aktivität erfüllen, kann und soll hiermit nicht beantwortet werden. Wichtig ist es zu sehen, dass die Mütter versuchen, den Kindern jeden Tag ausreichend Bewegung im Freien zu ermöglichen. Die Mütter merken, wenn die Kinder nicht ausgelastet sind und ihren Bewegungsdrang in der Kita nicht ausleben konnten. Werden diese unruhig, ist es für die Mütter ein Zeichen, dass sie mit den Kindern nach draußen gehen müssen. Sie nehmen wahr, dass die

Kinder Bewegung auch als Ausgleich brauchen. In den Interviews wurde deutlich, dass den Müttern bewusst ist, dass Bewegung nicht nur positive Auswirkungen auf die körperliche Entwicklung hat, sondern auch für die psychische Entwicklung nötig ist. Sie nehmen somit den Nutzen von Bewegung wahr, wie er schon in zahlreichen Studien belegt wurde (Lampert et al. 2008; RKI 2014; Rütten et al. 2005).

Die in der Literatur vorhandenen Informationen über eine gesunde Ernährung sind vielfältig und können von unterschiedlichen Perspektiven aus betrachtet werden. Diese Forschungsarbeit orientiert sich an den Empfehlungen und Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Von den Interviewpartnerinnen wurden einige Bereiche des Ernährungskreises der DGE, wie Obst, Gemüse und Vollkornprodukte benannt, obwohl eine Mutter bei letzterem äußert, dass ein häufigerer Verzehr von Vollkorn gut wäre, die Familie dem aber nicht immer nachkomme. Zwei Müttern scheint es zudem wichtig zu sein, dass die Ernährung ihrer Kinder abwechslungsreich, ausgewogen und zuckerarm ist. Die Antworten der Interviewpartnerinnen zeigen, dass sie eine Vorstellung über eine gesunde und nachhaltige Ernährung für ihre Kinder haben. Eine ausgewogene Ernährung wird von Mensink et al. (2007) als wichtiger Baustein für das Wohlbefinden und die Gesundheit beschrieben. Bei allen Gesprächspartnerinnen stellt Wasser das in der Familie am häufigsten konsumierte Getränk dar. Alle Interviewpartnerinnen geben an, darauf zu achten, dass ihre Kinder möglichst wenig gesüßte Getränke zu sich nehmen. Der Kenntnisstand der Mütter über eine gesunde Ernährung ihrer Kinder deckt sich weitestgehend mit den Empfehlungen der DGE.

Verkehrslage und Autobahnbrücke

Trotz Geschwindigkeitsbegrenzung wurde der Verkehr als starke Belastung angeführt. Es herrscht ein hohes Verkehrsaufkommen, die Autos fahren schneller als erlaubt und für die Kinder ist das Überqueren den Straßen unübersichtlich. Vor allen wurde die Kreuzung, die die Autobahn überquert, als sehr gefährlich eingestuft. So beschreiben auch Bär et al. (2009) und van Lenthe et al. (2005) ein hohes Verkehrsaufkommen in benachteiligten Quartieren. Es kann angenommen werden, dass die Verkehrssituation dahingehend einschränkend wirkt, als dass die Mütter die Kinder nicht allein die Straßen überqueren lassen möchten und das Spielen auf den Gehwegen als sehr ungeeignet scheint.

Bezüglich der Verkehrssituation besteht ein Bedürfnis nach einem „Zebrastreifen“ (Fußgängerüberweg) vor der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße. Ein solcher war einst im Gespräch, doch die Idee wurde wieder verworfen, da es bereits mehrere Ampeln in der Siedlung gibt. Als Maßnahme gegen die große Belastung der vielen zu schnell fahrenden Autos wünschten sich die Mütter Geschwindigkeitskontrollen. So kann der „Ausbau und Umbau eines bewegungsfreundlichen Verkehrssystems [...] zu vermehrter Bewegung führen“ (Bucksch et al. 2012: 296). Denkbar ist, dass sich die Kinder durch jene Maßnahmen sicherer und eigenständiger auf den Wegen aufhalten können.

Kita als wichtige Institution und vermittelnde Ansprechpartnerin

Die Erzieher*innen der Kita wurden von allen Teilnehmerinnen als wichtige erste Ansprechpartner*innen in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder gesehen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Pädagog*innen als erste Anlaufstelle wahrgenommen und angenommen werden.

Der Bedarf an niedrigschwelligen Angeboten, wie sie auch der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit in den Good Practice-Kriterien (Kilian et al. 2018) fordert, wird an dem Wunsch nach Ansprechpartner*innen vor Ort innerhalb der Kita deutlich. Die Betreuungsinstitution der Kinder scheint einen großen Vertrauensvorsprung zu genießen und kann folglich bestehende Zugangshürden überbrückbar machen.

Die Frühstücksumstellung in der Kita wurde als negativ bewertet. Die Mütter bedauern, dass durch die individuelle Mitgabe des Frühstücks das Ritual der gemeinschaftlichen Frühstückszubereitung wegfällt. Durch die unterschiedlichen Kombinationen in den Brotdosen können Neidgefühle bei den Kindern geweckt werden, wie es die zweite Interviewpartnerin beschreibt. Da es bekannt ist, dass es in Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status problematisch ist, eine gesunde Ernährung zu gewährleisten (Muff, Weyers 2010), ist zu diskutieren, ob es nicht die Aufgabe der gesundheitspolitischen Institutionen wäre, die Empfehlungen der DGE umzusetzen und vulnerable Gruppen in der Ernährungserziehung zu unterstützen.

Angebote und Freizeitmöglichkeiten im Kiez

Hinsichtlich der Spiel- und Freizeitmöglichkeiten wurde von den Müttern in den Interviews vor allem bezüglich der Spielplätze viel beanstandet. So wurden die wenigen positiven Aspekte durch negative Merkmale entkräftet: Es gibt zwar viele Spielplätze, aber doch zu wenig für die vielen Kinder, die in der Paul-Hertz-Siedlung leben. Außerdem mangelt es an Abwechslung und den Kindern wird es schnell langweilig auf den Spielplätzen. Sowohl für größere als auch für kleinere Kinder sind die Spielplätze nicht interessant genug. Des Weiteren wurde bemängelt, dass Spielplätze zunehmend abgebaut werden, wenn sie Schäden aufweisen. Außerdem wurde als störend empfunden, dass die Spielplätze zum Teil durch Zigaretten und Alkoholflaschen vermüllt sind. Die jüngst veröffentlichte Familien-Studie der AOK (2018) ermöglicht erstmals Erkenntnisse über Sichtweisen und Bedürfnisse der Eltern bzgl. Bewegung für ihre Kinder. Auch hier bemängelten die Eltern das unzureichende Angebot an Spielplätzen sowie den teilweise schlechten Zustand der vorhandenen. Weiter wurde angemerkt, dass es in der Paul-Hertz-Siedlung zwar Rasenflächen zwischen den Häusern gibt, jedoch dürfen die Kinder dort nicht spielen – dies ist in der Hausordnung festgelegt. Die Mütter beanstandeten einen Mangel an größeren Grünflächen, wo sich die Kinder frei bewegen könnten. Diese Ergebnisse lassen sich in die Ausführungen von Bär et al. (2009) einordnen, wonach sozial benachteiligte Gebiete einen Mangel an ausreichenden Bewegungsräumen und Spielplätzen aufweisen.

Es wurde häufig erwähnt, dass die Mütter auf Grund der beschränkten Spielflächen in der Paul-Hertz-Siedlung gerne und oft auf die Umgebung ausweichen. Diese Möglichkeit haben sie, da sie ein Auto zur Verfügung haben und somit auch zu weiter entfernten Spielplätzen fahren können. Bei den Spielplätzen handelt es sich um größere und interessantere Spielplätze, wie z. B. Piraten- oder Wasserspielplätze. Insgesamt wird die Lage der Paul-Hertz-Siedlung als eher abgelegen empfunden. Der Jungfernhaidepark ist zwar sehr nah, aber um dorthin zu kommen, muss die große Kreuzung überquert werden. Im Park haben die Kinder die Möglichkeit, Fahrrad zu fahren, auf den großen Grünflächen zu rennen und auf dem großen Spielplatz zu spielen. Nach Schöppe und Braubach (2007) wird das Ausmaß der körperlichen Aktivität unter anderem auch durch die Erreichbarkeit von Grün- und Spielflächen beeinflusst sowie durch die Attraktivität der Umgebung. Die Mütter merkten an, dass sie froh sind, auf andere Spielplätze ausweichen zu können. Aber gleichzeitig sollten ihrer Meinung nach die Familien berücksichtigt werden, die ohne Auto nicht so flexibel sind und stärker auf die vorhandenen Möglichkeiten in der Siedlung angewiesen sind. So haben Personen mit weniger finanziellen Mitteln vermutlich kein Auto und sind weniger mobil, wodurch diesen Kindern vermutlich weniger Abwechslung geboten werden kann. Dieser Aspekt lässt sich bezogen auf das Erklärungsmodell nach Mackenbach (2006) diskutieren. Die Interviewpartnerinnen haben offensichtlich mit dem Auto die materiellen Voraussetzungen, auf die Umgebung auszuweichen. Dies wirkt sich förderlich auf die körperliche Aktivität und somit auf die Gesundheit der Kinder aus. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Mütter trotz ihrer nicht allzu schlechten materiellen Voraussetzungen in der Paul-Hertz-Siedlung wohnen, welche von sozialer Benachteiligung geprägt ist. Somit sind auch diese Mütter und Kinder mit den Belastungen und Hindernissen der Umgebung konfrontiert. Es ist demnach immer ein Zusammenspiel von mehreren Faktoren, die sich auf die gesundheitlichen

Chancen und Risiken auswirken. Die Umgebungsfaktoren spielen hier eine bedeutende Rolle, so wie sie in dem Modell von Bucksch et al. (2012) beschrieben wurden.

Vor dem Hintergrund der hinderlichen Faktoren in der Paul-Hertz-Siedlung und der Vorzüge der Umgebung, wünschten sich die Mütter vor allem mehr Abwechslung hinsichtlich der Spielplätze. Da es den Kindern auf den Standardspielplätzen schnell langweilig wird, bräuchten sie zum Beispiel Abenteuerspielplätze. Für den Sommer wünschten sich alle Mütter Wasserspielplätze, damit die Kinder auch bei höheren Temperaturen und Sonne draußen spielen können. Außerdem würden sie es befürworten, wenn größere Grün- und Freiflächen zur Verfügung stünden, wo sich größere und kleinere Kinder freier bewegen könnten. Auch in der AOK Familien-Studie wünschten sich die Eltern mehr Möglichkeiten zum draußen Spielen für ihre Kinder:

- Spielplätze, die für größere und kleinere Kinder interessant sind
- Grünflächen, Parks
- Möglichkeiten zum Spielen im Freien ohne Aufsicht
- attraktives Wohnumfeld
- gute Erreichbarkeit der Plätze zu Fuß

Bezogen auf die Sicherheit in der Siedlung wurde von allen Müttern geäußert, dass sie ihr Kind nicht allein draußen spielen lassen würden. Sie hätten Angst, dass ihr Kind von fremden Erwachsenen oder Jugendlichen angesprochen oder auch mitgenommen werden könnte. Die Angst vor Kriminalität und Sicherheitsbedenken wurden von Casagrande et al. (2009) und Carver et al. (2010) als hinderlich für das freie Spielen von Kindern in der Wohnumgebung aufgeführt. Es scheint, als ob das ungehinderte und unbeaufsichtigte Spielen in der Paul-Hertz-Siedlung nicht möglich ist.

Die Familienberatungsstelle im Bezirk wurde von einigen der Befragten schon in Anspruch genommen, was darauf schließen lässt, dass es eine Bereitschaft und Offenheit diesbezüglich gibt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Mütter eine hohe Selbstreflexionsfähigkeit und ein großes Interesse am gesunden Aufwachsen ihrer Kinder hatten.

Das Gesundheitsamt wurde von den Teilnehmerinnen im Zusammenhang mit dem Thema nicht genannt und auf Nachfrage ausschließlich mit Themen der Hygiene assoziiert. Die Außenwirkung des Gesundheitsamtes scheint hier noch stark im Sinne einer Kontrollinstanz stigmatisiert zu sein.

Das Inanspruchnahmeverhalten von Freizeit- und Beratungsangeboten im Kiez war bei den Teilnehmerinnen sehr unterschiedlich. Dies deutet darauf hin, dass zum einen verschiedene Bedürfnisse bestehen, zum anderen jedoch auch, dass die Informationen zu geeigneten Angeboten nicht allen bekannt waren. Wie die KiGGS-Studie zeigte, werden gesundheitsbezogene Angebote von Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status seltener in Anspruch genommen (Lampert et al. 2017). Dieses Kriterium kann mit dieser Arbeit nicht eindeutig belegt werden, da keine konkreten Daten zum sozioökonomischen Status der befragten Mütter und deren Familien erhoben wurden. Einige Teilnehmerinnen kennen und nutzen verschiedenartige Angebote über den eigenen Kiez hinaus, während andere Befragte kaum über Angebote informiert waren. Hier könnten eher Gründe, wie Sprachbarrieren, mangelnde Informationen bezüglich der Inhalte und Ziele der Angebote und das subjektiv nicht vorhandene Bedürfnis eine Rolle spielen. Das Familienzentrum wurde von den Teilnehmerinnen wahrgenommen und zum Teil auch schon genutzt, jedoch nicht nachhaltig als Ansprechpartner gesehen. Dies schien nichts mit der Qualität der in Anspruch genommenen Angebote innerhalb der Einrichtung zu tun zu haben, welche als sehr gut eingeschätzt wurde, sondern eher mit der mangelnden Präsenz im Alltag. Auch schien den Müttern das Familienzentrum eher als eine Art Kursangebot primär für Kinder präsent zu sein, denn als Möglichkeit der Familienfreizeitgestaltung und Beratung. Au-

ßerdem schienen die zeitlichen Ressourcen der Eltern diesbezüglich eine Rolle zu spielen, so dass Angebote aus organisatorischen Gründen nicht genutzt werden konnten. Eine dem Bedarf der Familien mit mehreren Kindern angepasste Gestaltung der Angebote wäre zu überlegen.

Die Wünsche und Bedürfnisse in Bezug auf die psychische Gesundheit der Kinder bezogen sich sowohl auf die Organisation von Angeboten als auch auf die inhaltliche Ausgestaltung. Der Wunsch nach mehr Sportangeboten für Kinder und insbesondere für Mädchen greift den Zusammenhang zwischen den Themenbereichen Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung, der schon in den Gesundheitszielen benannt wurde (BMG 2010), auf. Auch von den Müttern wird zwischen den beiden Themen eine Verbindung gesehen und davon ausgegangen, dass die Förderung von Bewegung sich auf die psychische Gesundheit der Kinder auswirkt. Der geäußerte Wunsch nach mehr Transparenz und Zielgerichtetheit der Angebote zeigt, dass Informationen noch nicht ausreichend adressatengerecht weitergegeben werden oder die Intention von Angeboten unklar zu sein scheint.

Soziale Kontakte

Teilnehmerinnen, die einen geringen Bedarf an Unterstützung geäußert hatten, waren gleichzeitig die Mütter mit einem gut funktionierenden familiären Netzwerk und vergleichsweise komfortablen Wohnverhältnissen. Dies lässt vermuten, dass die äußeren Lebensbedingungen einen wichtigen Einfluss darauf haben, inwieweit Beschäftigungsmöglichkeiten, die die psychische Gesundheit stärken, für die Kinder überhaupt als notwendig erachtet werden. Hier zeigen sich Mechanismen, die im Modell der sozialen Ungleichheit von Mielck (1997) dargestellt wurden. Die sozialen Voraussetzungen, wie beispielsweise das Wohnumfeld und die soziale Unterstützung, wirken sich laut Modell auf das Gesundheitsverhalten und weiter auf die Gesundheit aus (Lampert et al. 2017).

Der bestehende Wunsch nach mehr Kontakt untereinander sollte Überlegungen nach sich ziehen, wie innerhalb der Paul-Hertz-Siedlung Strukturen geschaffen oder den Bewohner*innen bekannter gemacht werden können, die einen regelmäßigen Austausch ermöglichen. Soziale Unterstützung des weiteren sozialen Umfeldes auch außerhalb der eigenen Familie ist eine wichtige Ressource zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern (Fröhlich-Gildhoff, Rönnau-Böse 2015) und sollte deshalb in der weiteren Planung bedacht werden.

Die Rolle der Verwandtschaft und insbesondere der Großeltern wurde von einigen Teilnehmerinnen als Ressource identifiziert, welche jedoch nicht in allen Fällen zur Verfügung stand. Dies ist auf die unterschiedlichen Lebensbedingungen mit und ohne Migrationserfahrung zurückzuführen, welche unter Umständen dazu führt, dass die Großelterngeneration nicht vor Ort sein kann. Hiermit wurde der Aspekt der familiären Ressourcen, die auch laut KiGGS-Studie (Ravens-Sieberer et al. 2007) einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern hat, angesprochen. Dieser schien einen großen Wert für die Befragten zu haben, unabhängig von der kulturellen Herkunft. Es wäre folglich zu bedenken, wie familiäre Netzwerke oder Familienersatzstrukturen besser genutzt und unterstützt werden könnten, um gerade in risikobelasteten Familien eine Stärkung der Kinder zu erreichen.

Die Interviewteilnehmerinnen äußerten einige Ideen zu möglichen Angeboten oder Veränderungsvorschlägen in der Paul-Hertz-Siedlung, zum Beispiel einen Kiezgemeinschaftsgarten, ein regelmäßig stattfindendes Kinder- oder Elterncafé innerhalb der Kita, ein Straßenfest oder Elternprogramme. Alle diese Vorschläge geben einen Raum für Kontaktmöglichkeiten der Eltern.

Informationswege

Als geeignet und gern genutzt wird von den Müttern der Informationsweg über Schautafeln und Aushänge in der Kita, an Laternen oder auch in den Hauseingängen. Sie sind auch gerne eigenständig im Internet aktiv oder erhalten Hinweise durch Gespräche mit anderen Müttern. Es wurde geäußert, dass Informationen über Angebote des Familienzentrums verstärkt auch in

der Paul-Hertz-Siedlung verbreitet werden sollten. Diese Ergebnisse unterscheiden sich von denen von Lorenz et al. (2013) und Fröhlich-Gildhoff et al. (2012), wonach Mütter durch Aushänge häufig überfordert sind und die direkte Ansprache bevorzugen. Möglicherweise spielt auch hier der Status der Mütter eine Rolle und sozial Schwächere würden andere Kommunikationswege bevorzugen. Die Vielfalt an Optionen und die Heterogenität der Bewohner in der Paul-Hertz-Siedlung zeigen auf, wie schwierig sich die Vermittlung von Informationen und Angeboten gestalten kann.

8.2 Methodendiskussion

Themenbereiche Psychische Gesundheit und Ernährung

Die vorliegende Arbeit ist durch ein hohes Maß an Strukturiertheit bei gleichzeitiger Offenheit für die geäußerten Themen der Interviewpartnerinnen gekennzeichnet. Die Strukturierung wird anhand der Vorgehensweise in Anlehnung an Kuckartz (2016) und den entsprechend vorliegenden Dokumenten nachgewiesen. Auf diese Weise konnte die Forschungsfrage umfassend beantwortet werden. Durch die offene Herangehensweise konnten außerdem weitere das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ interessierende Themen identifiziert werden. Mit Verwendung der MAXQDA-Software wurden die einzelnen Analyseschritte nachvollziehbar dargestellt. Weiterführende Analysen beispielsweise eine stärkere Verknüpfung der Hauptkategorien könnten anhand der angelegten Datei in einem weiteren Forschungsprozess folgen.

Gütekriterien für qualitative Forschung lassen sich in Kriterien der internen und externen Studiengüte einteilen (Kuckartz 2016). Die *interne Studiengüte* beinhaltet Aspekte wie *Zuverlässigkeit*, *Verlässlichkeit*, *Auditierbarkeit*, *Regelgeleitetheit*, *intersubjektive Nachvollziehbarkeit* und *Glaubwürdigkeit*. Sie nimmt zum einen Bezug auf die Datenerfassung und die Transkription, zum anderen wird die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse überprüft. Die *externe Studiengüte* beschäftigt sich mit Fragen der *Übertragbarkeit* und *Verallgemeinerbarkeit* (Kuckartz 2016).

In dieser Untersuchung sollte die interne Studiengüte durch ein regelgeleitetes Vorgehen in Anlehnung an Kuckartz (2016) gewährleistet werden. Es erfolgte eine umfassende Dokumentation der Datenerfassung, welche vollständige Audioaufnahmen und deren Transkriptionen nach festgelegten Transkriptionsregeln beinhaltete. Diese Qualitätsmerkmale lassen auf die Zuverlässigkeit und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit schließen, wodurch diese Kriterien bezüglich der Datenerhebung als erfüllt angesehen werden können. Hinsichtlich der Fragestellungen hätten weitere vertiefende Fragen, die nicht nur die eigenen Kinder betreffen, sondern allgemein die Sichtweise auf verschiedene Phänomene der Themen erfasst hätten, die Aussagekraft der Interviews noch verstärken können.

Bezüglich der Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse wurde das Verfahren weitgehend regelgeleitet angewendet. Die Inhaltsanalyse wurde computergestützt durchgeführt, um eine bessere Nachvollziehbarkeit der Analyseschritte zu erreichen und die Ergebnisse glaubwürdig darstellen zu können. Die gesamte methodische Vorgehensweise wurde in Kapitel VI umfassend beschrieben. Das Kriterium der Intercoder - Übereinstimmung konnte nicht einbezogen werden, da die Bachelorarbeiten als selbstständig erarbeitete Einzelleistungen durchzuführen sind und keine unzulässige Hilfe Dritter in Anspruch genommen werden darf.

Um die Codierungen dennoch transparent und nachvollziehbar zu gestalten, wurden Definitionen und Anwendungshinweise bezüglich der Kategorien erstellt. Es wurden nahezu alle Daten bei der qualitativen Inhaltsanalyse berücksichtigt, um die Glaubwürdigkeit zu erhöhen. Bis zur endgültigen Codierung wurde das Material mehrmals durch die jeweiligen Autorinnen durchlaufen, wodurch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial im Vorfeld erreicht

werden konnte. Die interne Studiengüte kann für die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse in Anteilen als erreicht angesehen werden.

Die externe Studiengüte sollte graduell durch die Auswahl des Samplings erreicht werden. Aus zeitlichen Gründen wurde auf ein Convenience Sampling mittels Gatekeeper zurückgegriffen, wodurch eine Selektion der Teilnehmerinnen nicht vermieden werden konnte. Die Kitaleitung hatte Interviewpartnerinnen ausgesucht, die aus ihrer Sicht sowohl kognitiv als auch sprachlich in der Lage waren, sich zu den Themen äußern zu können und deren Kinder außerdem unterschiedliche Merkmale (wie beispielsweise Integrationsstatus, vorhandener oder nicht vorhandener Migrationshintergrund, unterschiedliche Herkunftsländer usw.) erfüllten, um eine größere Bandbreite des Kiezes abbilden zu können. Auf diese Weise konnten unterschiedliche Perspektiven auf die Situation der Kinder aufgezeigt werden, welche in einem weiteren Forschungsschritt näher untersucht werden könnten. Vorbereitende Maßnahmen der Autorinnen, wie die Gespräche mit der Leitung des Familienzentrums und mit der Kitaleitung führten zu einem besseren Verständnis der Situation vor Ort und zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse. Eine erneute Diskussion mit den Forschungsteilnehmerinnen oder mit Expert*innen, die zur Erreichung der externen Studiengüte empfohlen werden (Kuckartz 2016), konnten aufgrund der eingeschränkten zeitlichen Ressourcen, die für die Anfertigung einer Bachelorarbeit vorgesehen sind, nicht umgesetzt werden.

Für die optimale Größe eines Samplings liegen keine konkreten Angaben in der Literatur vor. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass es zu einer „theoretischen Sättigung“ einer Kategorie oder Untersuchungsgruppe kommt, wenn durch weitere Befragungen keine neuen Erkenntnisse mehr erreicht werden (Flick 2017). Eine solche Sättigung konnte mit den durchgeführten Interviews noch nicht erreicht werden, da das Sampling ausschließlich Menschen mit stabilen Familienkonstellationen und einem relativ hohen Bildungsstand umfasste. Die Einschlusskriterien für das Sampling waren den vorhandenen Ressourcen gegenüber angemessen, eine engere Spezifizierung hätte jedoch eine stärkere Aussagekraft über Sichtweisen von Menschen leisten können, die laut Armutsbericht in der Siedlung (Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf 2017) in höherer Anzahl vertreten sind.

Der Ausschluss von Menschen, die über nicht ausreichende Deutschkenntnisse für ein Interview verfügen, könnte dazu geführt haben, dass gerade die Menschen, die ohnehin wenig Gehör erfahren, jedoch einen hohen Bedarf an Unterstützung hätten, die Ergebnisse nicht mitbestimmen. Da keine direkten Angaben zur Einkommenssituation abgefragt wurden, kann bei den Befragten über den Sozialstatus keine Angabe gemacht werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist somit nur eingeschränkt möglich. Für die weitere Forschung wäre es denkbar, mit partizipativen Forschungsmethoden anzuschließen. Beispielsweise könnten die befragten Mütter in weitere Schritte einbezogen und befähigt werden, Interviews in ihrem Umfeld zu führen und zu interpretieren. Auf diese Weise könnten authentische Daten von Menschen erfasst werden, die sich sonst aufgrund von Sprachbarrieren nur begrenzt äußern können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein hoher Grad interner Studiengüte aufgrund regelgeleiteter Analysen und Dokumentationen erreicht werden konnte, die externe Studiengüte jedoch nur im Ansatz erreicht werden konnte.

Themenbereich Bewegung und Bewegungsräume

Gütekriterien in der qualitativen Forschung sind ein sehr weit diskutiertes Thema. Die Kriterien der quantitativen Forschung lassen sich nicht bedenkenlos auf die qualitative Forschung übertragen. Neben Kuckartz (2016) argumentiert auch Mayring (2016), dass hier spezielle Kriterien nötig sind. Es erfolgt an dieser Stelle eine Diskussion der Methode an den von Mayring (2016) entwickelten sechs allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung sowie eine generelle Reflexion der Forschungsmethode.

Das Kriterium der *Verfahrensdokumentation* beschreibt, dass die Vorgehensweise der Forschung möglichst detailliert dargestellt werden sollte. Dazu gehören „die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (Mayring 2016: 145). Dieses Kriterium kann als erfüllt angesehen werden. Die Herleitung der Forschungsfrage und die durchgeführte Forschungsmethode wurden im Detail begründet. Die Samplingstrategie sowie der Feldzugang wurden beschrieben. Die deduktiven Kategorien wurden aus der Literatur abgeleitet und die Erstellung des Interviewleitfadens nachvollziehbar offengelegt. Im Rahmen der Datenauswertung wurden die einzelnen Analyseschritte aufgezeigt und der Kodierprozess beschrieben.

Das Kriterium der *argumentativen Interpretationsabsicherung* verlangt eine Klärung des Themenhintergrundes, um anschließend die Ergebnisse nachvollziehbar darstellen zu können (Mayring 2016). Zu Beginn der Arbeit wurde der theoretische Hintergrund und aktuelle Forschungsergebnisse erläutert. Vor allem auch unter Hinzunahme von theoretischen Modellen kann dieses Kriterium in der vorliegenden Arbeit als erfüllt angesehen werden.

Obwohl in der qualitativen Forschung das Prinzip der Offenheit (Hofmann-Riem 1980) gilt, ist eine gewisse *Regelgeleitetheit* sinnvoll. So sollten die Analyseschritte einem gewissen Schema folgen und das Material systematisch durchgenommen werden, auch wenn Abweichungen durchaus legitim sind (Mayring 2016). Das Kriterium der Regelgeleitetheit wurde erfüllt: Es erfolgte eine schrittweise Analyse des Materials anhand eines Ablaufmodells zur inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse unter der Verwendung eines Kodierleitfadens. Die Eindrücke der zuvor durchgeführten Siedlungsbegehung wurden in den Interviews von den Müttern selbstständig aufgegriffen und flossen daher in die Auswertung nicht separat mit ein.

Nach dem Kriterium der *Nähe zum Gegenstand* sollte qualitative Forschung in möglichst großer Nähe zur „Alltagswelt der beforschten Subjekte“ (Mayring 2016: 146) stehen und nicht unter Laborbedingungen erfolgen. Die Gegenstandsangemessenheit konnte dadurch erreicht werden, dass zum einen der Zugang zum Feld über eine Gatekeeperin gewährleistet worden ist, wodurch mehr oder weniger gezielt Interviewpartnerinnen ausgemacht werden konnten. Jedoch ist diese Art des Samplings kritisch zu betrachten: Der Kitaleiterin wurden zwar grobe Auswahlkriterien für die Mütter genannt, dennoch bestand die Gefahr, dass selektiv vorgegangen wurde und die Interessen der Kitaleiterin in die Auswahl miteingeflossen sind. So wurde durch diese Vorgehensweise der Zugang zum Feld ermöglicht, gleichzeitig aber das Sampling möglicherweise nach den Vorstellungen der Leiterin ausgesucht (Reinders 2012). Des Weiteren wurden die Interviewpartnerinnen nicht nach ihrem Einkommen ausgewählt, da es als eine ungeeignete Methode des Zugangs empfunden wurde, das Monatseinkommen abzufragen. So hätte jedoch gezielter die Zielgruppe der Mütter mit einem niedrigen sozialen Status ausgewählt werden können. Dennoch kommt den vorliegenden Ergebnissen ein großer Wert zu, da sie die Sichtweisen und Bedürfnisse von Müttern in der Paul-Hertz-Siedlung sichtbar machen. Zwei der Interviews fanden in der Kita statt, in der die Kinder der befragten Mütter betreut werden, und das letzte Interview wurde in der Wohnung der Interviewpartnerin durchgeführt. Dadurch war es möglich, sich in die Lebenswelten der Mütter hineinzusetzen. Hinter diesem Kriterium verbirgt sich weiter, dass mit der Forschungsfrage und Zielsetzung an den Interessen der Personen angeknüpft wird. Auch dies ist hier der Fall. Denn sie verfolgt das Ziel, dass die Sichtweisen und Bedürfnisse weiter an die Mitarbeiter*innen des Gesundheitsamts Charlottenburg-Wilmersdorf kommuniziert werden und diese Ergebnisse Berücksichtigung in der weiteren Planung und Ausrichtung der Präventionskette haben. Die vorherige Besichtigung der Paul-Hertz-Siedlung wurde durchgeführt, um sich dem Forschungsfeld zu nähern und bei den Interviews gezielter nachfragen zu können. Jedoch war bereits nach dem ersten Interview der Eindruck entstanden, dass das Vorwissen eher hemmend wirkte und weniger nachgefragt wurde. In den zwei folgenden Interviews wurde daher verstärkt versucht, die Fragen möglichst offen zu stellen.

Das Kriterium der *kommunikativen Validierung* beschreibt, dass zur Überprüfung der Auswertung des Datenmaterials dieses von den Befragten überprüft werden sollte. So kann sichergestellt werden, dass die forschende Person die Aussagen korrekt wiedergegeben und interpretiert hat (Mayring 2016). Dieses Kriterium wurde in dieser Arbeit nicht erfüllt. Auf Grund der gegebenen knappen zeitlichen Ressourcen war es nicht möglich, die Ergebnisse der Interviews den Befragten vorzulegen und mit ihnen zu diskutieren. Dadurch hätten sich die Sachverhalte revidieren lassen und die Mütter im Sinne der Partizipation stärker beteiligen können. Jedoch erscheint diese Validierung im vorliegenden Falle nicht als zwingend notwendig, weil sich bei der Transkription keine Anhaltspunkte für etwaige Missverständnisse in den Antworten der Befragten aufgezeigt haben und die Antworten klar und eindeutig zu verstehen waren. Auch etwaige Deutungsschwierigkeiten bei der Interviewauswertung ergaben sich nicht.

Hinter dem Kriterium der *Triangulation* verbirgt sich der Gedanke, dass die Qualität von qualitativer Forschung erst durch ein Zusammenspiel mehrerer Methoden, Theorieansätze oder Interpretationen aussagekräftig wird. Dieses Kriterium konnte hier ebenfalls aus Gründen der Ressourcenknappheit nicht erfüllt werden. Sinnvoll wäre es mit Sicherheit gewesen, eine*n weitere*n Interpret*in heranzuziehen, um den Kodierleitfaden und die vorgenommenen Kodierungen abzugleichen. Des Weiteren wäre eine Hinzunahme des quantitativen Ansatzes denkbar gewesen, wodurch beispielsweise das Ausmaß der angesprochenen hinderlichen Faktoren und Wünsche der Mütter, bezogen auf die Spielmöglichkeiten in der Paul-Hertz-Siedlung, hätte noch weiter untermalt werden können.

Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieser gesamten Untersuchungen zu allen drei Themenschwerpunkten kann als eingeschränkt betrachtet werden. Zugleich ist dieser Aspekt in der qualitativen Forschung umstritten. Nach Mayring (2007) sind qualitative Untersuchungen zeit- und kontextabhängig und die Forderung nach einer Verallgemeinerung der Erkenntnisse ist daher kritisch zu hinterfragen. Insgesamt kann die methodische Vorgehensweise in diesen drei Teilstudien als angemessen und gelungen angesehen werden.

IX Fazit

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass für Mütter in der Paul-Hertz-Siedlung die Kita eine zentrale Anlaufstelle für Fragen und Probleme ist, die das gesunde Aufwachsen betreffen. Die Kita scheint ein hohes Ansehen und großes Vertrauen zu genießen. Das bedeutet, dass hier eine stärkere Verantwortungsübernahme im Sinne einer Gatekeeper-Funktion denkbar wäre, um Familien bei Bedarf Unterstützung zugänglich zu machen und (gesundheitlich) präventiv wirken zu können. Hierfür scheinen niedrigschwellige Angebote und Ansprechpartner*innen direkt vor Ort wichtig zu sein. Eine noch stärkere Zusammenarbeit von Kita und Familienzentrum könnte dabei hilfreich sein. Auch die Vernetzung mit anderen Institutionen im Bezirk wäre wünschenswert.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für das gesunde Aufwachsen von Kindern in der Paul-Hertz-Siedlung scheint die Planung und Gestaltung der Bewegungsräume zu sein. Grünflächen und Spielplätze sollten im Sinne der Bewegungsförderung gestaltet werden. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es notwendig, Spielplätze für verschiedene Altersgruppen einzurichten und entsprechend instand zu halten und zu pflegen sowie Grünflächen zum freien Spiel zugänglich zu machen. Um die Gefahren durch den Autoverkehr für Kinder einzudämmen, sodass diese sich innerhalb der Siedlung freier – und auch ohne direkte Beaufsichtigung ihrer Eltern - bewegen könnten, ist es notwendig, das Verkehrskonzept zu überdenken und entsprechend anzupassen.

Um ein gesundes Aufwachsen von Kindern in der Paul-Hertz-Siedlung zu ermöglichen, wären laut der gewonnenen Ergebnisse auch partizipative Initiativen, wie zum Beispiel koordinierte Nachbarschaftshilfen, denkbar. Ein Kiezzgemeinschaftsgarten oder ein regelmäßig stattfindendes Elterncafé innerhalb der Kita wurden von den Müttern als Möglichkeiten gesehen. Diese könnten zu einem stärkeren Zusammengehörigkeits- und Verantwortungsgefühl innerhalb der Siedlung führen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Situation stark benachteiligter Familien. Denkbar wäre ein partizipativer Forschungsansatz, um die Menschen vor Ort aktiv in die Planung von Veränderungen einzubeziehen und einen Zugang zu den verschiedenen Menschen im Kiez zu erlangen. Es sollten neben den Eltern auch und vor allem die Kinder in weitere Planungen, vor allem bezüglich der Gestaltung der Bewegungsräume einbezogen werden.

Insgesamt zeigt sich, dass ein sektorenübergreifendes Arbeiten, wie es das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ anstrebt, zwingend notwendig ist, um ein gesundes Aufwachsen in der Paul-Hertz-Siedlung zu ermöglichen.

X Literaturverzeichnis

- Abu-Omar K, Rütten A (2006): Sport oder körperliche Aktivität im Alltag? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 49: 1162-1168.
- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2018): AOK-Familienstudie 2018. Studienzusammenfassung. Berlin. http://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/praevention/familienstudie_2018_zusammenfassung.pdf (Stand: 11.07.2019).
- Bär G, Böhme C, Reimann B (2009): Kinder- und Jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil. Berlin, Deutsches Institut für Urbanistik GmbH.
- Baumgarten F, Klipker K, Göbel K, Janitza S, Hölling H, Robert Koch Institut (2018): Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 60-65.
- Bergmann E, Ellert U, Eis D, Gaber E, Hagen C, Helm D, Hintzpeter B, Horch K, Kahl H, Knopf H, Lampert T, Langen U (2009): Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf (o. D.): Stadtteilmanagementgebiet Charlottenburg-Nord – Wissenswertes. Gebietsbeschreibung, <https://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/stadtentwicklungsamt/stadtplanung/stadtteilmanagement/artikel.196396.php> (Stand: 25.07.2019).
- Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin, Abteilung Soziales und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle für Soziales und Gesundheit (2017): Armutsbericht 2017 – Zur sozialen Lage der Bevölkerung im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf. <https://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/interne-dienste/sozial-und-gesundheitsplanung/gesundheits-und-sozialberichterstattung/artikel.202201.php> (Stand: 16.07.2019).
- Brauckhoff G, Kocher T, Holftreter B, Bernhard O, Splieth C, Biffar R, Saß AC (2009): Mundgesundheit. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 9-17.
- Bucksch J, Claßen T, Schneider S (2012): Förderung körperlicher Aktivität im Alltag auf kommunaler Ebene. In: Geuter G, Holleder A, eds. *Handbuch Gesundheit und Bewegungsförderung*. Bern: Huber; 2012: 287-304.
- Bucksch J, Gruber J, Schneider S (2011): Die Wohnumwelt und ihr Einfluss auf Gesundheitsverhalten: Versuch eines Erklärungsmodells. *Prävention - Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 34(3), 71-74.
- Bundesministerium für Gesundheit - BMG (2010): Nationales Gesundheitsziel, Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf (Stand: 20.07.2019).
- Carver A, Timperio A, Hesketh K, Crawford D (2010): Are Children and Adolescents Less Active if Parents Restrict their Physical Activity and Active Transport due to Perceived Risk? *Soc. Sci. Med.* 70: 1799–1805.
- Casagrande SS, Whitt-Glover MC, Lancaster KJ, Odoms-Young AM, Gary TL (2009): Built Environment and Health Behaviors among African Americans: A Systematic Review. *Am J Prev Med*, 36(2), 174-181.
- Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM (1985): Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- Charité - Universitätsmedizin Berlin – CUB (2014): Modul B18 - Spezielle Themen der Gesundheitswissenschaften. Merkblatt zur Erstellung von Projektarbeiten.
- Charité - Universitätsmedizin Berlin – CUB (2017): Amtliches Mitteilungsblatt Nr. 190: Prüfungsordnung für den Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin. https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/amtl-mitteilungsblatt/2017/AMB170411-190.pdf (Stand: 24.04.2019).

- Charité - Universitätsmedizin Berlin - CUB (2018): Amtliches Mitteilungsblatt Nr. 212: Änderung der Zugangs- und Zulassungssatzung für den Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften (Amtliches Mitteilungsblatt Nr. 128 vom 10.06.2014) an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
https://bhs.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/studiengaenge/bhs/AMB180611-212.pdf (Stand: 24.04.2019).
- Davison KK, Lawson CT (2006): Do Attributes in the Physical Environment Influence Children's Physical Activity? A Review of the Literature. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 3(1), 19.
- De Bock F, Geene R, Hoffmann W, Stang A (2017): Vorrang für Verhältnisprävention. Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure. Berlin: Zukunftsforum Public Health. http://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/01/2017_12_Handreichung_Verhältnisprävention_Zukunftsforum.pdf (Stand: 25.07.2019).
- Dresing T, Pehl TH (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg. www.audiotranskription.de/praxisbuch (Stand: 01.08.2019).
- Ekelund U, Brage S, Froberg K, Harro M, Andresen SA, Sardinha LB et al. (2006): TV Viewing and Physical Activity are Independently Associated with Metabolic Risk in Children: The European Youth Heart Study. *PLoS Med*, 3(12), 2449-2457.
- Elkeles T, Mielck A (1997): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. *Soziale Medizin. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*. Argument Verlag.
- Familienzentrum Jungfernheide (o. D.): Familienzentrum Jungfernheide, <http://www.familienzentrum-halemweg.de/> (Stand: 25.07.2019).
- Faselt F, Geuter G (2011): Bewegungsförderung in Lebenswelten - eine Einführung. In: Faselt F, Geuter G. (Hrsg.) *Bewegungsförderung in Lebenswelten. Wissenschaftliche Grundlagen und Beispiele guter Praxis. Erweiterte Dokumentation der Fachtagung "Bewegungsförderung in Lebenswelten" am 18. Oktober 2011 in Düsseldorf: Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW)*.
- Flick U (2017): *Qualitative Sozialforschung eine Einführung*, 8. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Fröhlich-Gildhoff K, Rönnau-Böse M (2015): *Resilienz*, 4. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Utb GmbH.
- Fröhlich-Gildhoff K, Wünsche M, Eichin C, Schickler A, Richter-Kornweitz A, Weithe V et al. (2012): Abschlussbericht "Gesund aufwachsen in der Kita - Zusammenarbeit mit Eltern stärken!" Kooperationsprojekt der Länder Baden-Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Praevention/abschlussbericht/Abschlussbericht_Gesund_aufwachsen_in_der_Kita_-_Zusammenarbeit_mit_Eltern_staerken.pdf (Stand: 25.07.2019)
- Geuter G, Hollderer A (2012): *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*, 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.
- Grünheid E, Sulak H (2016): *Bevölkerungsentwicklung 2016. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. https://www.bib.bund.de/Publikation/2016/pdf/Bevoelkerungsentwicklung-2016-Daten-Fakten-Trends-zum-demografischen-Wandel.pdf;jsessionid=B1E3EC884DA3F5642DFAEE6980B0C234.1_cid389?__blob=publicationFile&v=3 (Stand: 24.06.2019).
- Helfferich C (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*, 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hofmann-Riem C (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 32(2), 339-372.
- Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group (2014) *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57(7): 807–819.

- Hölling H, Schlack R (2008): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter - Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Gesundheitswesen*, 70(3), 154-163.
- Huber, Ludwig (2013). Warum forschendes Lernen nötig und möglich ist. In: Huber, Ludwig, Hellmer, Julia & Schneider, Friedericke. *Forschendes Lernen im Studium. Aktuelle Konzepte und Erfahrungen*. 2. Auflage, Bielefeld: UVW Universitäts-Verlag Weblar, 9-35.
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch JH (2010): Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch JH (Hrsg.) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Verlag Hans Huber, 13-24.
- Jordan S, Von der Lippe E (2013): Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56, 878-884.
- Kilian H, Grandes S, Lehmann F (2018): Der Good-Practice-Ansatz des Kooperationsverbundes "Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten" <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice-kriterien/> (Stand: 07.07.2019).
- Klasen F, Reiß F, Otto C, Haller A-C, Meyrose A-K, Barthel D et al. (2017): Die BELLA-Studie – Das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Kleemann F, Krähne U, Matuschek I (2013): *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens*, 2. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Koletzko B, Armbruster M, Bauer CP, Bös K, Cierpka M, Cremer M et al. (2013): Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Handlungsempfehlungen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“. *Monatsschr Kinderheilkd*, 161(12), 1187-120.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2013): Integrierte kommunale Strategien als Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit für Kinder und Jugendliche. BZgA, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/integrierte-kommunale-strategien/> (Stand: 14.07.2019).
- Kooperationsverbund Gesundheitsziele.de (2010): *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. Nationales Gesundheitsziel. gesundheits: Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf (Stand: 28.06.2019).
- Kuckartz U (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Laging R (2002): Selbstorganisierte Spiel- und Sportaktivitäten. Zur Aneignung von Bewegungsräumen. *Spektrum Freizeit*, 24(2), 38-58.
- Lampert T, Hoebel J, Kuntz B, Müters S, Kroll LE, Robert-Koch-Institut (2017): *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gesundheitliche_ungleichheit_lebensphasen.html. (Stand: 25.07.2019).
- Lampert T, Kuntz B (2015): *Gesund aufwachsen - welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* [Online]. Berlin: Robert-Koch-Institut. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_1_gesund_aufwachsen.pdf?__blob=publicationFile. (Stand: 25.07.2019).
- Lampert T, Kurth B-M (2007): Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsveys. *Deutsches Ärzteblatt*, 6(11), 521-526.
- Lampert T, Mensink GB M, Hölling H, Kurth B-M (2008): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts als Grundlage für Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hackauf H, Jungbauer-Gans M (Hrsg.) *Gesundheitsprävention bei Kindern und Jugendlichen: Gesundheitliche Ungleichheit, Gesundheitsverhalten und Evaluation von Präventionsmaßnahmen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 15-39.

- Lorenz A, Stöcker S, Wiere A (2013): Pädagogische und konzeptionelle Herausforderungen an Kindertageseinrichtungen in belasteten Sozialräumen. Zwischenbericht im Dresdner Handlungskonzept "Aufwachsen in sozialer Verantwortung". Dresden: Zentrum für Forschung, Weiterbildung und Beratung.
- Mackenbach JP (2006): Health inequalities: Europe in profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf (Stand: 03.05.2019).
- Marquart L, Eberhardt S (2017): Armutsbericht 2017. Zur sozialen Lage der Bevölkerung in Charlottenburg-Wilmersdorf. Bezirksamt von Charlottenburg-Wilmersdorf von Berlin, Abteilung Soziales und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle für Soziales und Gesundheit (Hrsg.), Berlin.
- Mayring P (2007): Generalisierung in qualitativer Forschung. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research. 8(3), Art. 26, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0703262> (Stand: 25.07.2019).
- Mayring P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring P (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung eine Anleitung zu qualitativem Denken, 6., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mensink GBM, Kleiser C, Richter A (2007): Lebensmittelverzehr bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 5/6, 609-623.
- Meuser M, Nagel U (2002): Vom Nutzen der Expertise. In: Bogner A, Littig B, Menz W (Hrsg.) Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, 257-272.
- Misoch S (2015): Qualitative Interviews. Berlin, München, Boston: De Gruyter Verlag.
- Muff C, Weyerer S (2010): Sozialer Status und Ernährungsqualität. Evidenz, Ursachen und Interventionen. Ernährungs Umschau, 57, 84-89.
- Owen N, Glanz K, Sallis JF, Kelder SH (2006): Evidence-based Approaches to Dissemination and Diffusion of Physical Activity Interventions. American Journal of Preventive Medicine, 31(4), 35-44.
- Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch, 3., korr. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhardt M (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt, 50(5-6), 871-878.
- Reinders H (2012): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen: Ein Leitfaden, 3. Auflage. Berlin/Boston: Walter De Gruyter GmbH.
- Richter-Kornweitz A, Utermark K (2013): Werkbuch Präventionskette "gesund aufwachsen" für alle Kinder! Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen.
- Richter M, Hurrelmann K (2006): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte, 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rieger J, Schuchardt H, Näher G, Bühler Reinhardt U (2018): Qualitative Befragung der Zielgruppe in Charlottenburg-Nord – Ergebnisse. Zweiter Workshop „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ am 28. November 2018 in Berlin.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie "Gesundheit in Deutschland aktuell 2012". Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Rosenbrock R (2008): Primärprävention - was ist das und was soll das? Discussion Papers /Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, ForschungsschwerpunktSchwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2008-303. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-294054> (Stand: 22.05.2019).
- Rütten A, Abu-Omar K, Lampert T, Ziese T (2005): Heft 26 Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut.

- Rütten A, Pfeiffer K (2016): Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU Erlangen-Nürnberg.
- Sauter D (2018): Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme psychiatrisch Pflegender. Eine qualitative Studie. Münster, Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C (2008): Influence of Parental Attitudes in the Development of Children Eating Behaviour. *Br J Nutr*, 99(Suppl 1), S22-25.
- Schienkiewitz A, Brettschneider A-K, Damerow S, Schaffrath Rosario A (2018a): Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 16-23.
- Schienkiewitz A, Damerow S, Mauz E, Vogelsang F, Kuhnert R, Schaffrath Rosario A (2018b): Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern- Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. *Journal of Health Monitoring*, 3(1), 76-81.
- Schlack R, Kurth B-M, Hölling H (2008): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.
- Schmiade N, Mutz M (2012): Sportliche Eltern, sportliche Kinder. *Sportwissenschaft*, 42(2), 115-125.
- Schöppe S, Braubach M (2007): Wohnen, Bewegung und Gesundheit. *Public Health Forum*, 15(26), 2-6.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht. Berlin. https://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf (Stand: 20.07.2019).
- Senatsverwaltung für Justiz und Verbraucherschutz (2016): Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG) vom 25. Mai 2006, letzte berücksichtigte Änderung: zuletzt geändert durch Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 17.06.2016 (GVBl. S. 336). juris GmbH - Juristisches Informationssystem für die Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.). <http://gesetze.berlin.de/jportal/?quelle=jlink&query=%C3%96GesDG+BE&psml=bsbeprod.psml&max=true> (Stand: 16.07.2019).
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2017): Monitoring Soziale Stadtentwicklung. Index-Indikatoren nach Status und Dynamik – Anteilswerte – auf Ebene der Planungsräume 2016. https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/download/2017/tab/2.1.IndexInd_Anteile_PLR_MSS2017.pdf (Stand: 18.06.2019).
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen (2017): Monitoring Soziale Stadtentwicklung. Index-Indikatoren nach Status und Dynamik – Anteilswerte – auf Ebene der Bezirke 2016 https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/basisdaten_stadtentwicklung/monitoring/download/2017/tab/2.3.IndexInd_Anteile_Bezirke_MSS2017.pdf (Stand: 18.06.2019).
- Siegrist J, Marmot MG (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Timmons BW, Leblanc AG, Carson V, Connor Gorber S, Dillmann C, Janssen I et al. (2012): Systematic review of physical activity and health in the early years (aged 0-4 years). *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 37(4), 773-792.
- Tremblay MS, Leblanc AG, Carson V, Choquette L, Connor Gorber S, Dillman C et al. for the Canadian Society for Exercise Physiology (2012): Canadian Physical Activity Guidelines for the Early Years (aged 0-4 years). *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 37(2), 345-369.
- Van Lenthe FJ, Brug J, Mackenbach JP (2005): Neighbourhood Inequalities in Physical Inactivity: The Role of Neighbourhood Attractiveness, Proximity to Local Facilities and Safety in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 60(4), 763-75.
- Wagner U (2014): Qualitative Befragung mit Kindern. In: Tillmann A, Fleischer S, Hugger K (Hrsg.) *Handbuch Kinder und Medien. Digitale Kultur und Kommunikation*. Wiesbaden: Springer VS, 183-198.

- Witzel A (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519v> (Stand: 21.05.2019).
- World Health Organization - WHO (2010): Global Recommendations on Physical Activity for Health. Genf: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1 (Stand: 25.07.2019).
- World Health Organization - WHO – Regional Office for Europe (o. D.): Faktenblatt psychische Gesundheit. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf?ua=1 (Stand: 06.06.2019).
- World Health Organization - WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1, iii-v.
- World Health Organization - WHO (D. O. M. H.) (1994): Life Skills education for Children and Adolescents in Schools. Pt. 1, Introduction to Life Skills for Psychosocial Competence. Pt. 2, Guidelines to Facilitate the Development and Implementation of Life Skills Programmes, 2nd rev. <http://www.who.int/iris/handle/10665/63552> (Stand: 25.07.2019).
- Wright MT (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention, 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Wustmann C (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Zimmer R (2002): Entwicklungsförderung durch Bewegung – Möglichkeiten und Grenzen psychomotorischer Arbeit. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Anhang I: Informationsschreiben exemplarisch für den Themenbereich Psychische Gesundheit und Resilienz

Information

zur Teilnahme an einer Befragung im Rahmen der Bachelor-Arbeit zum Thema:

**„Gesund aufwachsen von Kindern in der Paul-Hertz-Siedlung –
Sichtweisen und Bedürfnisse von Müttern hinsichtlich der psychischen
Gesundheit ihrer Kinder“**

Liebe Interessentin,

ich möchte Sie einladen, an einer Befragung teilzunehmen, die im Rahmen des Bachelorstudiengangs Gesundheitswissenschaften als Abschlussarbeit durchgeführt wird. Die Arbeit trägt den Titel „Gesund aufwachsen von Kindern in der Paul-Hertz-Siedlung – Sichtweisen und Bedürfnisse von Müttern hinsichtlich der psychischen Gesundheit ihrer Kinder“. Das Ziel der Arbeit ist es, die Erfahrungen und Wünsche von Müttern 4 bis 6-jähriger Kinder aus der Paul-Hertz-Siedlung zu erfassen. Die Befragung erfolgt in Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, das im Jahr 2016 das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ gestartet hat.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig!

Sie können Ihre Teilnahme bis zu 3 Wochen nach der Befragung ohne Angabe von Gründen widerrufen. In diesem Fall werden alle erhobenen Daten, die sich auf Ihre Person beziehen, gelöscht.

Nachfolgend gehe ich auf Fragen ein, die im Zusammenhang mit einem wissenschaftlichen Projekt immer wieder gestellt werden.

Wie ist das Vorgehen, wenn ich an der Befragung teilnehmen möchte?

Sie wurden bereits von Frau (Name einer Erzieherin) kontaktiert und um die Teilnahme an einem Interview gebeten. Sobald Sie dieses Informationsschreiben gelesen haben und die Einwilligungserklärung unterschrieben haben, werden wir einen Termin für das Gespräch vereinbaren. Dazu wäre es gut, wenn Sie mir Ihre Telefonnummer notieren würden, unter der ich Sie kontaktieren kann. Anderenfalls können Sie telefonisch oder per E-Mail Kontakt zu mir aufnehmen. Bezogen auf die Zeit und den Ort werde ich mich nach Ihren Wünschen richten. Es wäre zum Beispiel möglich, dass wir das Gespräch in der Kita Bernhard-Lichtenberg-Straße führen, nachdem Sie Ihr Kind in die Betreuung gegeben haben. Das Gespräch wird mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und später in Text übertragen. Dabei werden alle personenidentifizierenden Angaben durch Decknamen versehen.

Wieviel Zeit muss ich für die Teilnahme an der Befragung einplanen?

Die Befragung wird ca. 30 bis 45 Minuten dauern. Es wäre schön, wenn Sie für den Termin insgesamt eine Stunde einplanen könnten.

Welche Vorteile habe ich von der Teilnahme an der Befragung?

Wie bereits erwähnt, erfolgt die Befragung vor dem Hintergrund des Projekts „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“. Mit Hilfe der Sichtweisen der Bewohnerinnen können gezielt Maßnahmen in der Paul-Hertz-Siedlung verbessert bzw. neue Angebote geschaffen werden. Dies wird seine Zeit dauern, jedoch werden die Bewohnerinnen und Bewohner davon profitieren, dass sie ihre Bedürfnisse äußern konnten.

Entstehen mir Nachteile durch die Teilnahme an der Befragung?

Sie müssen mit keinen Nachteilen durch Ihre Teilnahme an der Befragung rechnen.

Was passiert mit meinen Angaben?

Alle Aussagen, die Sie im Rahmen der Befragung machen, werden absolut vertraulich behandelt. Ihre persönlichen Angaben werden mit Decknamen versehen, sicher auf meinem Computer gespeichert und nach Abschluss der Arbeit (spätestens Oktober 2018) vollständig gelöscht. Die Abschlussarbeit wird dem Projektteam Charlottenburg-Wilmersdorf zur Verfügung gestellt, damit deren Projekt „Gesund aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ mit den Inhalten des Gesprächs arbeiten und Maßnahmen ableiten kann. Ich betone noch einmal, dass keine personenbezogenen Daten weitergeleitet werden.

Sollten Sie vorab weitere Fragen zum Interview haben, können Sie gerne mit mir Kontakt aufnehmen und ich werde Ihnen weitere Auskünfte geben.

Wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten, bestätigen Sie Ihre Einwilligung bitte auf der beiliegenden Einwilligungserklärung durch Ihre Unterschrift.

Anhang II: Einwilligungserklärung exemplarisch für den Themenbereich Ernährung

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Ansprechpartnerin

CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften



Bachelorstudiengang Gesundheitswissenschaften

Einwilligungserklärung

zur Teilnahme an einer Befragung im Rahmen der Bachelor-Arbeit zum Thema:

**„Gesund aufwachsen von Kindern in der Paul-Hertz-Siedlung –
Eine Bedürfnisanalyse der Mütter zum Thema Ernährung“**

Ich bin über die Inhalte der Studie und deren Ablauf ausreichend aufgeklärt worden.

Ich habe den Informationsbogen gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, bei Fragen Kontakt aufzunehmen, um Antworten zu erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Befragung zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme freiwillig ist. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung bis zu 3 Wochen nach dem Gespräch (Interview) und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Falls ich meine Teilnahme widerrufe, werden alle Daten, die sich auf meine Person beziehen lassen, gelöscht bzw. vernichtet.

Mir ist bekannt, dass meine Daten in pseudonymisierter (verschlüsselter) Form gespeichert werden. Alle Daten werden entsprechend den Bestimmungen der Datenschutzgesetze streng vertraulich behandelt und ohne den Namen oder eine Verbindung zu meiner Person ausgewertet. Die Gespräche werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Diese Aufnahme kann auch während des Gesprächs auf Wunsch jederzeit unterbrochen oder abgebrochen werden. Die Tonbandaufzeichnungen werden nach Abschluss des Projekts (spätestens Oktober 2018) vernichtet.

Durch die Teilnahme an der Befragung entstehen mir keine Kosten oder sonstigen Verpflichtungen.

Ich habe die Information zur Teilnahme am Forschungsprojekt zusammen mit einer Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Projekt.

Name, Vorname (Blockschrift) Ort, Datum Unterschrift

Telefonnummer (freiwillig)

Aufklärende Person:

Name, Vorname (Blockschrift) Ort, Datum Unterschrift

Anhang III: Kurzfragebogen

Datum:

Pseudonym:

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig / in Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden / getrennt lebend <input type="checkbox"/> alleinerziehend	
Anzahl und Alter der Kinder	Anzahl: _____ Alter: _____	
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> Mietwohnung / Mietshaus <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> eigenes Haus Anzahl der Wohnräume: _____	
Schulbildung	Kindesmutter: <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> kein Abschluss	Kindsvater: <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> mittlere Reife <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> kein Abschluss
Berufsausbildung / Studium	Kindesmutter:	Kindsvater:
Berufsstatus / derzeit ausgeübte Tätigkeit	Kindesmutter: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> in Elternzeit aktuelle Tätigkeit:	Kindsvater: <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> in Elternzeit aktuelle Tätigkeit:
Herkunft	Kindesmutter:	Kindsvater:

Anhang IV: Theoretische Fundierung Interviewleitfaden exemplarisch für den Themenbereich Bewegung

1) Sichtweise auf Bewegung	Eingangsfrage Was fällt Ihnen zu dem Begriff Bewegung in Bezug auf Kinder ein? Erzählen Sie einfach mal.	
	Nachfragen Wenn Sie mit Ihrem Kind nach draußen gehen, was macht Ihr Kind dann am liebsten? Welche Rolle spielt Bewegung für die Entwicklung von Kindern?	Memo Bedeutung von Bewegung für Kinder Bedürfnis der Kinder nach Bewegung
<p>Hintergrund</p> <p>Aus dem Armutsbericht 2017 geht hervor, dass die Paul-Hertz-Siedlung einen hohen Anteil an Arbeitslosen und Menschen mit Migrationshintergrund aufweist (Berlin-Charlottenburg-Wilmersdorf Abteilung Soziales und Gesundheit 2017).</p> <p>Aus Studien geht hervor, dass sich Kinder aus sozial benachteiligten Familien bzw. in sozial benachteiligten Gebieten weniger bewegen als Kinder aus sozial besser gestellten Familien (RKI).</p> <p>Die Sichtweise auf die Rolle von Bewegung für ihre Kinder von Eltern wurde bislang nicht erhoben.</p> <p>Ziel</p> <p>Die Eingangsfrage soll einen offenen Einstieg in das Gespräch bieten und zum Erzählen anregen. Es geht dabei um die Klärung des Verständnisses von Bewegung. Weiter ist es von Interesse, die Bedeutung von Bewegung für Kinder aus Sicht der Mütter zu erfahren.</p> <p>Besteht ein Bewusstsein für die Notwendigkeit von Bewegung für Kinder? Sind sie für das Thema sensibilisiert? Ferner soll zu den Bewegungsräumen in der Paul-Hertz-Siedlung hingeleitet werden.</p>		

2) Förderliche bzw. hinderliche Faktoren der Bewegungsräume in der Paul-Hertz-Siedlung	Leitfrage Wenn Sie jetzt hier an die Paul-Hertz-Siedlung denken – wie schätzen Sie die Situation ein, dass sich Ihr Kind draußen bewegen kann?	
	Nachfragen Welche Flächen nutzen Sie und warum? Welche Plätze nutzen Sie nicht und warum? Welche Gedanken kommen bei Ihnen auf, wenn Ihr Kind ohne Ihre Aufsicht nach draußen zum Spielen geht? Wie schätzen Sie die Situation mit dem Verkehr hier in der Siedlung ein?	Memo Spielplätze Grünflächen Verkehr Sicherheit
Hintergrund Die Wohnumwelt hat einen entscheidenden Einfluss auf das Bewegungsverhalten von Kindern. In benachteiligten Quartieren findet sich oft Defizit an Grünflächen und Spielplätzen und sie werden häufig von großen Verkehrsstraßen tangiert (Bär 2009). Die Sicherheit im Wohnumfeld wird von Casagrande et al. (2009) als hinderlicher Faktor für den Bewegungsfreiraum angeführt. Das Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf ist sehr interessiert daran, welche Potenziale die Paul-Hertz-Siedlung bietet und welche Hindernisse bzgl. der Bewegung für Kinder in der Siedlung bestehen.		
Ziel Es soll von den Müttern eingeschätzt werden, inwiefern die Paul-Hertz-Siedlung Merkmale aufweist, die sich förderlich bzw. hinderlich auf die körperliche Aktivität der Kinder auswirken.		

3) Bedürfnisse bzgl. der Bewegungsräume in der Paul-Hertz-Siedlung	Hypothetische Leitfrage Stellen Sie sich vor, Sie dürften entscheiden, was hier verändert werden soll, um die Paul-Hertz-Siedlung bewegungsfreundlicher für Ihr Kind zu machen. Was würden Sie verändern?	
	Nachfragen Was würden Sie umgestalten oder neu machen? Denken Sie nochmal an die bereits angesprochenen Hindernisse.	Memo
<p>Hintergrund</p> <p>Es ist von großer Bedeutung, die Bedürfnisse der Zielgruppe zu ermitteln, um anschließend nutzerorientierte Angebote schaffen zu können (Faselt, Geuter 2011).</p> <p>Von Seiten des Gesundheitsamts Charlottenburg-Wilmersdorf besteht der Wunsch zu erfahren, welche Umstände die Mütter gerne verändern würden, um die Paul-Hertz-Siedlung für Kinder bewegungsfreundlicher zu gestalten.</p> <p>Ziel</p> <p>Es soll in Erfahrung gebracht werden, was nach Meinung der Mütter in der Paul-Hertz-Siedlung verändert werden müsste, damit die Kinder sich in der Wohnumgebung besser bewegen können.</p>		

4) Informationswege	Leitfrage Wie informieren Sie sich über neue Bewegungsangebote bzw. wie werden Sie informiert?	
	Nachfragen Wie würden Sie am liebsten über neue Angebote oder Plätze für Bewegung informiert werden? Nehmen wir an, dass hier ein neuer großer Spielplatz gebaut wurde und den Kindern nun zur Verfügung steht.	Memo Informationen bekommen Informationen suchen
<p>Hintergrund</p> <p>Sozial benachteiligte Menschen sind über andere Informationswege zu erreichen als sozial besser Gestellte (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013).</p> <p>Das Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf ist daran interessiert, geeignete Informationswege in Erfahrung zu bringen. Die Nutzendenstatistiken des Familienzentrums Halemweg zeigen, dass viele Familien aus der Paul-Hertz-Siedlung mit über bisherige Informationswege nicht erreicht werden.</p> <p>Ziel</p> <p>Es sollen genutzte und gewünschte Informationswege ausgemacht werden, um künftig jene zu bedienen und die Mütter mit Angeboten und Informationen besser zu erreichen.</p>		

Anhang V: Posterpräsentation Absolventenverabschiedung (Rieger et al. 2018)



Gesund aufwachsen in Charlottenburg-Nord

Eine qualitative Erhebung der Sichtweisen und Bedürfnisse der Eltern

Bachelorthesis von Ursula Bühler Reinhart, Gwendolyn Näher, Julia Rieger, Heike Schuchardt
betreut durch Dr. rer. cur. Ines Wulff

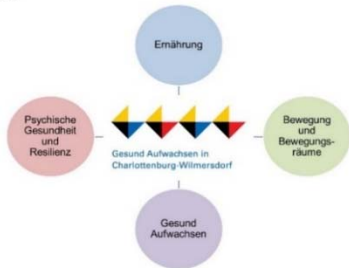
Hintergrund

Kinder aus schwieriger sozialer Lage haben geringere Chancen auf ein gesundes Aufwachsen¹. Sie bewegen sich weniger, sind häufiger übergewichtig und zeigen vermehrt psychische Auffälligkeiten². Vor diesem Hintergrund ist im Jahr 2016 das Projekt „Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf“ gestartet³. Es soll eine Präventionskette aufgebaut werden und durch die Vernetzung beteiligter Akteure Kindern im Stadtteil ein gesundes Aufwachsen ermöglicht werden⁴. Zunächst liegt der Fokus auf Charlottenburg-Nord mit dem Planungsraum Paul-Hertz-Siedlung, einer Bezirksregion mit niedrigem sozialen Statusindex⁵.



Fragestellung

Welche Sichtweisen und Bedürfnisse formulieren Eltern von 0- bis 6-jährigen Kindern in Charlottenburg-Nord zu folgenden Themen:



Methodik

Zur Erhebung der subjektiven Sichtweisen wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews (n=14) durchgeführt. Der Zugang zu den Eltern erfolgte über eine Kita, über das Familienzentrum Jungfernheide und persönliche Kontakte. Zusätzlich wurden mittels Kurzfragebögen einige Sozialdaten erhoben. Die Interviews wurden transkribiert und in Anlehnung an Mayring⁷ und Kuckartz⁸ inhaltsanalytisch ausgewertet. Dies erfolgte anhand deduktiver und induktiver Kategorien.

Ergebnisse

Status quo	Bedürfnisse
<ul style="list-style-type: none"> Zentrale Themen: Bewegung, Ernährung, körperliches und psychisches Wohlbefinden, Wichtige Institutionen: Kinderarzt, Kita, Schule, Familienzentrum, Gesundheitsamt (Ersthausbesuch) Gesundheitsförderliche Gestaltung der Umgebung 	
<ul style="list-style-type: none"> Nicht ausreichende Einkaufsmöglichkeiten ungünstige Frühstücksgestaltung in der Kita 	<ul style="list-style-type: none"> Kurse im Familienzentrum Kindercafé Kiezgemeinschaftsgarten
<ul style="list-style-type: none"> Mangel an attraktiven Spielplätzen Kaum nutzbare Grünflächen schlechte Verkehrssicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> Abenteuerspielplatz, Wasserspielplatz Freiflächen Verkehrsberuhigung (z.B. Zebrastreifen)
<ul style="list-style-type: none"> unzureichende Angebote am späteren Nachmittag Fehlende Informationsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> professionelle Ansprechpartner vor Ort Elterncafé Zielorientierte Angebote

Diskussion und Fazit

Bei den Befragten besteht ein Interesse sowie Bewusstsein zu den Themen Gesund Aufwachsen, Bewegung, Ernährung und psychisches Wohlbefinden. Aus den Ergebnissen ist abzuleiten, dass Kitas und KinderärztInnen innerhalb der Präventionskette eine zentrale Gatekeeper-Rolle einnehmen sollten. Die Eltern stammten mehrheitlich aus sozial stabilen Verhältnissen, jedoch sind auch sie mit den örtlichen Gegebenheiten konfrontiert und auf die Angebote angewiesen. Die vorliegenden Ergebnisse sind richtungweisend und stellen eine Grundlage für weitere Untersuchungen unter Einbezug der Zielgruppe dar.

Ein sektorenübergreifendes Arbeiten im Sinne von „Health in all Policies“ ist für ein gesundes Aufwachsen unabdingbar.

Literatur

¹RICHTER M. & KURSELIMAN, K. 2006. Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
²LAIBINER, T. & KUNZ, B. 2016. Gesund aufwachsen - eine Bedingungsformel dem sozialen Status. Berlin: Robert-Koch-Institut.
³COLLMER-ANDERLE, H. 2016. Newsletter Nr. 1. Statistisches für ein Großstadtquartier. Gesund Aufwachsen in Charlottenburg-Wilmersdorf. Viele Akteure, ein Ziel. Große Chancen für alle Kinder. Gesundheitsamt Charlottenburg-Wilmersdorf.
⁴newslett_gesund_aufwachsen_080716.pdf [Zugriff am: 24.05.2018].
⁵NOCHTERNING, U. 2016. Soziale Ungleichheiten und gesundheitliche Ungleichheiten: 2013. In: Integrative kommunale Strategien und Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit. Kinder und Jugendliche Online. BZgA, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/regionale-herausforderungen> [Zugriff am: 14.07.2018].
⁶SENATSKOMMISSION FÜR STADTENTWICKLUNG UND WOHNFÄHIGKEIT 2017. Bewertung Sozialer Stadtentwicklung Berlin 2017 [Online].
⁷http://www.stadtentwicklung-berlin.de/planungsabteilung_urbanentwicklung/entwicklungsinformationssystem/STATISTIK/Charlottenburg-Wilmersdorf [Zugriff am: 10.06.2018].
⁸THODAT, S. 2016. Karte der Paul-Hertz-Siedlung [Online]. Wikivand. <http://www.wikivand.com/wiki/Paul-Hertz-Siedlung> [Zugriff am: 04.08.2018].
⁹MAYRING, P. 2010. Qualitative Interviewverfahren. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
¹⁰KUCKARTZ, U. 2014. Qualitative Interviewverfahren. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: Beltz Juventa.

**Working Paper der Unit
Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik**

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin | Deutschland