



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung & Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“

Wissenschaftliche Evaluation

ERGEBNISBERICHT

Bearbeitungszeitraum: 01.01.2021 bis 31.01.2024

Autor/-innen: Marc Lewy (M.Sc.), Juliane Schiller (M.Sc.), Dr. Franziska Püschner
inav GmbH, Schiffbauerdamm 12, 10117 Berlin

Unter Mitarbeit von: Anna-Lena Brecher (M.Sc.), Lisa Maria Gartner (B.A.), Fenja Demandt (M.Sc.)
und Miriam Schmidt (B.Sc.)

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung:

Fotonachweis: XXXXXXXXXXXXXXXX

DOI: XXXXXXXXXXXXXXXX

Diese Studie ist wie folgt zu zitieren:

Lewy, M., Schiller, J. & Püschner F. (2024). *Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung & Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“*. Wissenschaftliche Evaluation. *Ergebnisbericht*. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Berlin, 2024

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	11
1 Einleitung	14
1.1 Hintergrund.....	14
1.2 Interventionsbeschreibung.....	15
1.3 Zielstellung.....	16
2 Methodik der Evaluation	17
2.1 Evaluationsdesign ABmPE.....	17
2.1.1 Bestandsaufnahme (Modul I)	18
2.1.2 Schulungsevaluation der Basisschulung (Modul II)	19
2.1.3 Fallstudien (Modul III).....	19
2.2 Evaluationsdesign Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“	20
2.2.1 Bestandsaufnahme (Modul I)	20
2.2.2 Schulungsevaluation der Intensivworkshoptage (Modul II).....	21
2.2.3 Fallstudien (Modul III).....	21
2.3 Fallzahlplanung	23
2.4 Datenaufbereitung und Datenanalysen	25
2.4.1 Quantitative Analysen	25
2.4.2 Qualitative Analysen.....	25
3 Ergebnisse ABmPE	25
3.1 Ergebnisse der Befragung der bereits zertifizierten ABmPE zur Abbildung der langfristigen Wirkung des PPE (Modul I)	25
3.1.1 Charakterisierung der Stichprobe.....	25
3.1.2 Strukturen und Verpflegungskonzepte der Einrichtungen.....	27
3.1.3 Weitere Veränderungen im Rahmen der Zertifizierung.....	30
3.1.4 Erfolgsbeurteilung.....	34
3.2 Ergebnisse der Befragung der ABK im Zertifizierungsprozess zur Abbildung der kurzfristigen Wirkung und Implementierung des PPE (Modul I).....	35
3.2.1 Charakterisierung der Stichprobe.....	35
3.2.2 Strukturen und Verpflegungskonzepte der Einrichtungen.....	36
3.2.3 Beteiligung, Erwartungen, Arbeitsaufwand und Veränderungen	41
3.3 Ergebnisse der Schulungsbefragungen (Modul II).....	43
3.3.1 Charakterisierung der Stichprobe.....	43
3.3.2 Zufriedenheit mit der Schulung	43
3.3.3 Umsetzung der Schulungsinhalte und Veränderungen im Kita-Alltag	45
3.3.4 Erwartungen an die Schulung und deren Erfüllungsgrad.....	47
3.3.5 Bewertung und Optimierungspotenziale der Basisschulungen	53
3.4 Ergebnisse der Fallstudien (Modul III)	53

3.4.1	Charakterisierung der Stichprobe.....	53
3.4.2	Akquise.....	54
3.4.3	Zertifizierungsprozess.....	55
3.4.4	Umsetzung PPE.....	55
3.4.5	Vernetzung und Kooperation.....	57
3.4.6	Erfolgsbeurteilung.....	57
4	Seelische Gesundheit	58
4.1	Ergebnisse der Befragung der ABmPE, die bereits am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ teilgenommen haben (Modul I)	58
4.1.1	Charakterisierung der Stichprobe.....	58
4.1.2	Inhaltliche Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“	58
4.2	Ergebnisse der Befragung der ABmPE, ohne Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I)	59
4.2.1	Charakterisierung der Stichprobe.....	59
4.2.2	Gründe für bzw. gegen eine zukünftige Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“	59
4.3	Ergebnisse der Befragung zum Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I und II)	62
4.3.1	Charakterisierung der Stichprobe (Modul I).....	62
4.3.2	Ist-Stand und Erwartungen an den Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I).....	62
4.3.3	Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (Modul II)	63
4.3.3.1	Charakteristika der Stichprobe	63
4.3.3.2	Zufriedenheit mit dem Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“	64
4.3.3.3	Umsetzung der Intensivworkshopinhalte und Veränderungen im Kita-Alltag.....	71
4.3.3.4	Optimierungspotenziale	72
4.4	Ergebnisse der Fallstudien (Modul III)	74
4.4.1	Charakterisierung der Stichprobe.....	74
4.4.2	Akquise.....	74
4.4.3	Teilnahme am Intensivworkshop.....	75
4.4.4	Umsetzung des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“	75
4.4.5	Vernetzung und Kooperation	75
4.4.6	Erfolgsbeurteilung.....	76
5	Zusammenfassung und Triangulation	76
5.1	Zusammenfassung ABmPE.....	76
5.1.1	Bestandsaufnahme (Modul I) und Veränderungen der ABmPE und ABK	76
5.1.2	Schulungsevaluation	78
5.1.3	Fallstudien.....	79
5.2	Zusammenfassung „Seelische Gesundheit“	80
5.2.1	Bestandsaufnahme	80
5.2.2	Schulungsevaluation des Intensivworkshops	81
5.2.3	Fallstudien.....	82
5.3	Triangulation ABmPE	83

5.4	Triangulation „Seelische Gesundheit“	83
6	Diskussion, Gestaltungsbedarfe und -möglichkeiten	84
6.1	Einordnung in den aktuellen Forschungsstand	85
6.2	Gestaltungsbedarfe und -möglichkeiten	89
7	Limitationen	92
8	Literaturverzeichnis.....	94
9	Anhang	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Erhebungszeitpunkte pro Zielgruppe	22
Abbildung 2: Durchschnittliche Teilnahme an Mahlzeiten	27
Abbildung 3: Zusammensetzung des Frühstücks (n = 82).....	28
Abbildung 4: Zusammensetzung des Mittagessens	29
Abbildung 5: Getränkeangebot* (n = 152).....	30
Abbildung 6: Veränderung der Mahlzeitenzusammensetzung seit der Zertifizierung (n = 151).....	31
Abbildung 7: Umsetzung der Ziele im Rahmen des PPE (n = 146)	32
Abbildung 8: Bewertung der Bestandteile des Pluspunkts Ernährung (n = 144).....	33
Abbildung 9: Verbesserungen durch die Zertifizierung* (n = 121)	34
Abbildung 10: Häufigkeit der Zubereitung des ersten und/oder zweiten Frühstücks in den ABK (t0, n = 12; t1, n = 19).....	36
Abbildung 11: Zusammensetzung des Frühstücks (t0, n = 6; t1, n = 14)	38
Abbildung 12: Zusammensetzung des Mittagessens (t0, n = 12; t1, n = 19)	40
Abbildung 13: Erwartete und tatsächliche Veränderung durch den PPE-Zertifizierungsprozess (t0, n = 11; t1, n = 19).....	42
Abbildung 14: Zufriedenheit mit Aspekten der Schulung (t1)	44
Abbildung 15: Umsetzung der Schulungsinhalte in der Kita (t2, n = 101)	46
Abbildung 16: Veränderungen im Kita-Alltag nach der Schulungsteilnahme* (t2, n = 101)	47
Abbildung 17: Gründe für die Teilnahme an der Basisschulung* (t0, n = 680)	48
Abbildung 18: Erwartungen an die Schulung (t0) und erfüllte Erwartungen (t2).....	50
Abbildung 19: Einschätzung des vorhandenen Wissens (t0, n = 767), des Informationsgehalts der Schulung (t1, n = 686) und des Wissens nach der Schulung (t2, n = 101).....	52
Abbildung 20: Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 9).....	59
Abbildung 21: Gründe für die Teilnahme am Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 117) ...	60
Abbildung 22: Gründe gegen eine zukünftige Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 17).....	61
Abbildung 23: Relevanz des Themas „Seelische Gesundheit“ für verschiedene Zielgruppen (n = 143)	62
Abbildung 24: Motivation zur Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“* (n = 104)...	65
Abbildung 25: Zufriedenheit mit der digitalen Umsetzung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“	66
Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (t1, n = 104)	68
Abbildung 27: Veränderungen nach Teilnahme am Intensivworkshop (t1, n = 104; t2, n = 32)	69
Abbildung 28: Erfüllung der Erwartungen an den Intensivworkshop mit Blick auf den Kita-Alltag (t1, n = 103; t2, n = 32).....	70
Abbildung 29: Veränderungen nach Teilnahme am Intensivworkshop (t2, n = 32)	70
Abbildung 30: Nutzen der Workshopinhalte im Alltag (t1, n = 103; t2, n = 33).....	72
Abbildung 31: Wunsch nach weiteren Inhalten oder Unterstützung bei der Umsetzung (t1, n = 104; t2, n = 33).....	73
Abbildung 32: Vorteil der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs (t1, n = 104; t2, n = 32)	74

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schematische Darstellung des modularen Evaluationskonzepts – ABmPE.....	18
Tabelle 2: Schematische Darstellung des modularen Evaluationskonzepts - Seelische Gesundheit	20
Tabelle 3: Fallzahlen (roh- und bereinigte Daten)	24
Tabelle 4: Dauer der Position als Leitung der Kita in Jahren (n = 178)	97
Tabelle 5: Träger/Dachverband der Einrichtung (n = 179).....	97
Tabelle 6: Zertifizierung als ABmPE (n = 179)	98
Tabelle 7: Dauer der Zertifizierung als ABmPE in Jahren (n = 138).....	98
Tabelle 8: ABmPE mit Status plusKita (n = 163)	98
Tabelle 9: Vorliegen eines Arbeitskonzeptes, Leitbildes oder Schwerpunkts (n = 163)	99
Tabelle 10: Arbeitskonzept, Leitbild oder Schwerpunkt (n = 132) (Mehrfachantworten möglich).....	99
Tabelle 11: Personal in den ABmPE (n = 175)	100
Tabelle 12: Kinder in den ABmPE (n = 161).....	101
Tabelle 13: Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (n = 161)	102
Tabelle 14: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die kaum Deutsch sprechen (n = 161).....	102
Tabelle 15: Anteil der Erziehungsberechtigten mit Migrationshintergrund, die kaum Deutsch sprechen (n = 161).....	103
Tabelle 16: Anteil der Erziehungsberechtigten, die eine Ermäßigung oder einen Erlass der Teilnahme- oder Kostenbeiträge (Elternbeiträge) erhalten (n = 161)	103
Tabelle 17: Häufigkeit der Zubereitung des ersten und/oder zweiten Frühstücks in den ABmPE (n = 155).....	104
Tabelle 18: Verpflegungssystem (n = 160)	105
Tabelle 19: Verpflegungssystem - Sonstiges in Kategorien (n = 5)	105
Tabelle 20: Hauptsächliche Verantwortung für die Zubereitung des Mittagessens (n = 153)	106
Tabelle 21: Zurverfügungstellung von Getränken (n = 153)	106
Tabelle 22: Fazit in Bezug auf den Arbeitsaufwand für die Zertifizierung mit dem PPE (n = 144)	107
Tabelle 23: Arbeitsaufwand für die pädagogische Umsetzung für den PPE (n = 147).....	107
Tabelle 24: Arbeitsaufwand für organisatorische Aufgaben für den PPE (n = 147).....	108
Tabelle 25: Eintritt des erhofften Ergebnisses (n = 144).....	108
Tabelle 26: Verlängerung des Zertifikats PPE (n = 144)	109
Tabelle 27: Zeitraum der bestehenden Zertifizierung mit dem PPE (in Jahren) (n = 138).....	109
Tabelle 28: Zeitraum der Zertifizierung als ABK (in Jahren) (n = 143).....	110
Tabelle 29: Wunsch der erneuten Zertifizierung mit dem PPE (n = 28).....	110
Tabelle 30: Gründe für die Entscheidung für den PPE (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich) (n = 136).....	111
Tabelle 31: Faktoren, die zur Verlängerung des Zertifikats zum PPE beigetragen haben (Mehrfachantworten möglich) (n = 116).....	112
Tabelle 32: Gründe für die Verlängerung des Zertifikats zum PPE (Mehrfachantworten möglich) (n = 27).....	113
Tabelle 33: Bisherige Zertifizierung als ABmPE (ABK, n = 13)	114
Tabelle 34: Träger bzw. Dachverband der ABK (n = 13).....	114
Tabelle 35: Vorhandensein eines Arbeitskonzeptes, Leitbilds oder Schwerpunkts der ABK (n = 13) ...	115
Tabelle 36: Arbeitskonzept, Leitbild oder Schwerpunkt der ABK (n = 12) (Mehrfachantworten möglich)	115

Tabelle 37: Personal in den ABK (n = 12)	116
Tabelle 38: Kinder in den ABK (n = 12).....	117
Tabelle 39: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den ABK (n = 12).....	117
Tabelle 40: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den ABK, die kaum Deutsch sprechen (n = 12).....	118
Tabelle 41: Anteil der Erziehungsberechtigten mit Migrationshintergrund der ABK, die kaum Deutsch sprechen (n = 13).....	118
Tabelle 42: Anteil der Erziehungsberechtigten, die eine Ermäßigung oder einen Erlass der Teilnahme- oder Kostenbeiträge erhalten (n = 12).....	119
Tabelle 43: Kita-Einrichtungen mit dem Status plusKITA (MKFFI) (n = 12).....	119
Tabelle 44: Veränderungen im Getränkeangebot der ABK (Mehrfachantworten möglich) (t0, n = 12 und t1, n = 19)	120
Tabelle 45: Anteil des aktuellen Angebots der Kitas für Erziehungsberechtigte zum Thema Ernährung (n = 19).....	120
Tabelle 46: Einschätzungen der Teilnehmenden über das Interesse der Erziehungsberechtigten für das Thema Ernährung (t0, n = 12).....	121
Tabelle 47: Einschätzungen der Teilnehmenden über das Interesse der Erziehungsberechtigten für das Thema Ernährung (t1, n = 19).....	121
Tabelle 48: Anzahl der Elternveranstaltungen der ABmPE zum Thema Ernährung (n = 144)	122
Tabelle 49: Häufigkeit der Angebote zur Ernährungsbildung von ABK (n = 14)	122
Tabelle 50: Häufigkeit der Angebote zur Ernährungsbildung von ABmPE (n = 144)	123
Tabelle 51: Erwartungen an den PPE mit Blick auf den Kita-Alltag (n = 19)	123
Tabelle 52: Geschätzter Arbeitsaufwand für die pädagogische Umsetzung des PPE (n = 19).....	124
Tabelle 53: Wahrgenommener Lohn für den Weg zum ABmPE (n = 19).....	124
Tabelle 54: Anzahl der Kitas, die den Weg noch einmal gehen würden (n = 19)	124
Tabelle 55: Deskriptive Statistiken zur Altersverteilung (Modul II, n = 681)	125
Tabelle 56: Höchster Berufsabschluss der Stichprobe (Modul II, n = 622)	125
Tabelle 57: Position der Stichprobe in der Kita (Modul II, n = 658)	126
Tabelle 58: Bereits mit dem PPE zertifizierte Kitas (Modul II, n = 679)	127
Tabelle 59: Schulungsort der Stichprobe (Modul II, n = 673)	127
Tabelle 60: Positive Aspekte der Schulung (n = 243)	128
Tabelle 61: Optimierung der Schulung (n = 75) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	129
Tabelle 62: Umfang der Veränderung im Kita-Alltag seit der Teilnahme an der Basisschulung (n = 99) 129	
Tabelle 63: Aspekte, die an der Schulung besonders gut gefielen (n = 91) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	130
Tabelle 64: Optimierungsvorschläge der Schulung seitens der Teilnehmenden (n = 198) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich).....	131
Tabelle 65: Vorherige Teilnahme der ABmPE an einer Veranstaltung zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ (n = 143)	132
Tabelle 66: Vorherige Teilnahme der ABmPE am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 24) 132	
Tabelle 67: Einstellung gegenüber einer zukünftigen Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 134)	133
Tabelle 68: Vorhandenes Wissen zu seelischer Gesundheit je Kita-Position (n = 140)	133
Tabelle 69: Vorhandenes Wissen zu seelischer Gesundheit (n = 100)	134

Tabelle 70: Wahrgenommene Vorteile des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit (n = 93)	134
Tabelle 71: Bisherige Relevanz der Thematik „Seelische Gesundheit“ (n = 37)	135
Tabelle 72: Erwartungen an das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ (n = 98) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	136
Tabelle 73: Vorteile der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs (t1, n = 63) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	137
Tabelle 74: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden des Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104)	137
Tabelle 75: Deskriptive Statistiken zum Alter der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)	138
Tabelle 76: Höchste Berufsausbildung der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 103)	138
Tabelle 77: Berufliche Position der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)	139
Tabelle 78: Benutzte technische Geräte zur Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104) (Mehrfachantworten möglich)	139
Tabelle 79: Ort der Teilnahme am Online-Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104) (Mehrfachantworten möglich)	140
Tabelle 80: Eigeneinschätzung der technischen Fertigkeiten der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)	140
Tabelle 81: Vorhandene Fertigkeiten im Umgang mit dem Computer der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)	141
Tabelle 82: Von den Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ gewünschtes zukünftiges Schulungsformat (n = 104)	141
Tabelle 83: Nutzen der Intensivworkshopinhalte „Seelische Gesundheit“ im Arbeitsalltag (t1, n = 71) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	141
Tabelle 84: Nutzen der Intensivworkshopinhalte „Seelische Gesundheit“ im Arbeitsalltag (t2, n = 13) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	142
Tabelle 85: Wahrgenommene Veränderungen im Kita-Alltag, seit der Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (t2, n = 6) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	143
Tabelle 86: Beobachtete Veränderungen im Kita-Alltag seit der Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 32)	143
Tabelle 87: Wahrgenommene positive Aspekte des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 79) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	144
Tabelle 88: Wahrgenommene negative Aspekte des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 44) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	145
Tabelle 89: Bestehende Wünsche nach zusätzlichen Inhalten der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 36) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	145
Tabelle 90: Wahrgenommene Vorteile der Teilnehmenden in der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs im Kita-Alltag (t2, n = 13) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)	146
Tabelle 91: Lage der ABmPE im Einzugsgebiet eines sozialen Brennpunkts (DSHS, n = 49)	147
Tabelle 92: Zusammensetzung des Frühstücks (DSHS, n = 41)	147
Tabelle 93: Zusammensetzung des Mittagessens (DSHS, n = 57)	149
Tabelle 94: Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (DSHS, n = 58)	150

Tabelle 95: Personal in den ABmPE (DSHS, n = 59).....	150
-------------------------------------------------------	-----

Abkürzungsverzeichnis

ABK	Anerkannter Bewegungskindergarten
ABmPE	Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung
BMI-SDS	Body Mass Index Standard Deviation Score
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
DSHS	Deutsche Sporthochschule Köln
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ID	Identifikationsnummer
KiBiz	Kinderbildungsgesetz
Kitas	Kindertagesstätten
LK	Landeskoordinatorin(-nen)
LSB	Landessportbund
MKJFGFI NRW	Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
MW	Arithmetisches Mittel (Mittelwert)
NRW	Nordrhein-Westfalen
PPE	Pluspunkt Ernährung
RQ	Rücklaufquote
SD	Standard Deviation (<i>dt: Standardabweichung</i>)
SGB	Sozialgesetzbuch
VeKiTa	Verpflegung in Kindertageseinrichtungen

Zusammenfassung

Hintergrund

Mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung im Kindesalter gehören zu den größten Risikofaktoren für kindliches Übergewicht. Diesen Risikofaktoren kann durch gezielte Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention entgegengewirkt werden. Im Rahmen des Präventionskonzeptes Nordrhein-Westfalen wurde durch die Landesregierung und die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen (NRW) in Kooperation mit dem Landessportbund NRW der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ (ABmPE) initiiert. Das übergeordnete Ziel der Projektträger ist es, die Prävention in Kindertagesstätten (Kitas) zu fördern. Im Rahmen des Projekts wird Gesundheit als Dreiklang aus Bewegung, Ernährung sowie seelischem Wohlbefinden ganzheitlich betrachtet.

Evaluationsdesign

Die Evaluation des Pluspunkt Ernährung (PPE) fand primär prozessorientiert statt. Es wurden hierbei die Organisationsentwicklung und -steuerung auf Landesebene (Kita-Träger und Projektträger) als auch auf Kitaebene (Kita-Leitungen und pädagogische Fachkräfte) in den Fokus genommen. Auch die Evaluation des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ zielte darauf ab, Informationen zu Bedarfen und zur Implementierung struktur- und prozessbasiert zu analysieren. Die Evaluation sollte zudem dazu beitragen, Verbesserungs- bzw. Weiterentwicklungspotenziale aufzuzeigen. Der Evaluationszeitraum erstreckte sich von Januar 2021 bis Dezember 2023 und umfasste somit drei Jahre.

Ergebnisse ABmPE

Bezüglich der Mahlzeitengestaltung zeigte sich in den befragten Kitas seit der Zertifizierung ein deutlicher Rückgang süßer Speisen, zuckerhaltiger Getränke und Fleisch, während das Angebot nährstoffreicher Komponenten (z. B. Gemüse, Obst, Vollkornprodukte) und zuckerarmer Getränke zunahm. Die Kita-Leitungen der befragten ABmPE bewerteten den PPE positiv, die Aussagen der im Zertifizierungsprozess befindlichen Anerkannten Bewegungskindergärten (ABK) deuteten ebenfalls auf eine hohe Zufriedenheit hin. Auch der Ressourceneinsatz zahlte sich für die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden aus und äußerte sich zumeist in Form von verbessertem Wissen der Mitarbeitenden über ausgewogene Ernährung.

Der Informationsgehalt der Basisschulung wurde von den Schulungsteilnehmenden fast durchgängig als hoch eingeschätzt. Rund 90 % der Teilnehmenden gaben in allen Kategorien an, dass „viele“ bzw. „sehr viele“ Informationen vermittelt wurden. Zudem wurden die anfänglichen Erwartungen der Teilnehmenden an die Basisschulung erfüllt. Dies traf insbesondere auf Erwartungen bezüglich des Zuwachses an Ernährungswissen, des fachlichen Austauschs und erwarteten Effekten auf die pädagogische Arbeit in der Kita zu.

Die Ergebnisse der schriftlichen Befragungen wurden durch die Interviewergebnisse gestützt. So äußerten sich sowohl die Kita-Leitungen als auch beide Landeskoordinatorinnen (LK) für

Ernährung und Bewegung positiv zu den Anforderungen und der Organisation des Zertifizierungsprozesses. Die Kita-Leitungen berichteten zudem z. B. von Anpassungen im Speiseplan und von einer Sensibilisierung des Teams für das Thema. Eine Unterstützung durch den Träger, eine ausreichende finanzielle und räumliche Ausstattung der Kita sowie ein engagiertes Team wurden als förderliche Faktoren bei der Umsetzung des PPE identifiziert. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie (z. B. in Form von Personalmangel), unausgewogene Ernährungsgewohnheiten der Kinder zu Hause sowie aufwendige Nachschulungen infolge von Personalfuktuation in den Kitas wurden als hinderliche Faktoren angeführt. Optimierungswünsche umfassten z. B. die Forderung nach mehr interkultureller Perspektive im PPE und die verstärkte Einbeziehung von Erziehungsberechtigten. Zudem wünschten sich die LK eine langfristige Perspektive für das Angebot, um Planungssicherheit und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.

Ergebnisse zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“

Dem Thema der seelischen Gesundheit wurde seitens der Kita-Leitungen eine hohe Relevanz für Kinder und Kita-Personal beigemessen, insbesondere um ein gemeinsames Verständnis zum Thema seelische Gesundheit im Team zu entwickeln. Generell wurde das vorhandene Wissen im Vergleich zu ernährungsbezogenen Themen niedriger eingeschätzt, sodass es eine hohe Bereitschaft zur Teilnahme am Intensivworkshop gab, insbesondere mit Blick auf praxisnahe Strategien und die Erweiterung des Fachwissens. Für wenige Kita-Leitungen gab es aktuell wichtigere Themen und ebenfalls nur wenige befürchteten einen erheblichen Mehraufwand durch die Umsetzung der Inhalte des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“.

Die Evaluation des Intensivworkshops zeigte eine überwiegend positive Resonanz der Teilnehmenden. Die digitale Umsetzung wurde mehrheitlich positiv bewertet, insbesondere die Bereitstellung digitaler Materialien. Allerdings präferierten etwa zwei Drittel der Teilnehmenden Präsenzveranstaltungen gegenüber Online-Schulungen. Die Zufriedenheit mit den Referierenden, der Interaktion und dem inhaltlichen Umfang war hoch. Die definierten Ziele des Workshops wurden vollständig erreicht und die Erwartungen wurden von mehr als 90 % der Teilnehmenden erfüllt. Während rund die Hälfte der Teilnehmenden nicht einschätzen konnten, ob sichtbare Veränderungen im Kita-Alltag zu beobachten waren, zeigte der Workshop bei einigen im Hinblick auf die achtsame Gestaltung des Arbeitsalltages sowie die vermehrte Selbstreflexion des Kita-Personals bereits längerfristige positive Effekte.

Auch im Rahmen der Interviews bestätigten die Kita-Leitungen und die LK die positive Umsetzung des Intensivworkshops, wobei hier insbesondere das ausgewogene Theorie-Praxis-Verhältnis hervorgehoben wurde. Zudem bestand ein Interesse an einem vermehrten Austausch zwischen den Kitas und den Fachkräften zu Themen der seelischen Gesundheit, der durch Ressourcenmangel häufig nicht umgesetzt wurde. Obwohl die Bewegungsdimension nicht Teil dieser Evaluation war, wurde der Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit von den Kita-Leitungen als vorteilhaft bewertet. Auch die Rückmeldungen der Erziehungsberechtigten diesbezüglich waren laut den Kita-Leitungen überwiegend positiv. Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestehen laut den LK in einem inhaltlichen Ausbau des Konzeptes, einer flächendeckenderen Umsetzung, der Bereitstellung einer Ansprechperson für

das Thema seelische Gesundheit, einer besseren Aufklärungsarbeit gegenüber Kita-Trägern sowie der verstärkten Einbeziehung der Erziehungsberechtigten.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Gesundheit von Kindern gerät zunehmend in den Blickpunkt des gesundheitspolitischen Interesses, da Gesundheitsdefizite wie Übergewicht und Adipositas im frühen Kindesalter langfristige Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter haben und somit volkswirtschaftlich relevant sind (Kurth, 2018; Reilly & Kelly, 2011).

Rund elf Prozent der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren gelten als übergewichtig und rund zwei Prozent als adipös (Schienkiewitz, Damerow & Schaffrath Rosario, 2018). Während der COVID-19-Pandemie stieg unter Betrachtung des Body Mass Index Standard Deviation Score (BMI-SDS¹) der Prozentsatz der Kinder, die Gewicht zunahmen, im Vergleich zu den 15 Jahren vor der Pandemie stärker an, während der Anteil der Kinder, die eine Gewichtsabnahme aufwiesen, sank. Dieser Trend ist vor allem bei bereits übergewichtigen Kindern nachweisbar (Vogel, Geserick & Gausche, 2022). Das Alter, in dem Kinder eine Kita besuchen, stellt dabei eine kritische Phase für die Entstehung von Übergewicht und Adipositas dar. Von denjenigen, die im Alter von drei Jahren Adipositas aufwiesen, sind 90,0 % als Jugendliche ebenfalls übergewichtig oder adipös (Geserick et al., 2018).

Übergewicht im Kindesalter ist mit einem höheren Risiko für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs im Erwachsenenalter assoziiert (Llewellyn et al., 2016; Schienkiewitz et al., 2018). Zudem besteht ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Fettleibigkeit in der frühen Kindheit und erhöhten kardiometabolischen Risiken bereits im Alter von elf bis zwölf Jahren (Lycett, Juonala & Magnussen, 2020).

Neben erblich bedingten Ursachen begünstigen verschiedene Umweltfaktoren wie ein sitzender Lebensstil, eine ungünstige Ernährungsweise und die durch soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen beeinflusste Lebenswelt die Entstehung von Übergewicht im Kindesalter (Robert-Koch-Institut, 2020). So haben Kinder aus Familien mit einem niedrigeren Sozialstatus im Vergleich zu Kindern mit einem hohen Sozialstatus ein mehrfach höheres Risiko für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas (Kurth, 2018; Schienkiewitz et al., 2018).

Für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung bedarf es – neben dem körperlichen – auch des geistig-seelischen Wohlbefindens, das in den nationalen Gesundheitszielen unter Stressbewältigung bzw. Lebenskompetenz Berücksichtigung findet (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Für ein seelisch gesundes Aufwachsen sind psychosoziale Ressourcen wie soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit und Stressbewältigung von großer Bedeutung (Cuptova, 2014; Schiel et al., 2006). Laut der Copsy-Studie stellten insbesondere die Folgen der COVID-19-

¹ Die statistische Kenngröße BMI-SDS verdeutlicht, wieviel ein individueller BMI-Wert unter bzw. über dem alters- und geschlechtsspezifischen BMI-Median liegt. Somit wird ein Vergleich der Werte sowohl zwischen verschiedenen Personen als auch verschiedenen Zeitpunkten ermöglicht (Haeusler et al., 2022; Kromeyer-Hauschild et al., 2001).

Pandemie eine psychische Gesundheitsgefährdung von Kindern und Jugendlichen dar. Jedoch kann diesem Risiko beispielsweise mit Präventivangeboten im Setting-Ansatz begegnet werden (Ravens-Sieberer et al., 2021). Daher wurden auf nationaler Ebene konkrete Gesundheitsziele und Handlungsempfehlungen für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen entwickelt. Hierbei werden die Bereiche Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stress- und Ressourcenmanagement als Dreiklang verstanden (GKV-Spitzenverband, 2021).

Kitas bieten als wichtigste Sozialinstanz neben der Familie für Kinder im Elementarbereich die Chance, bereits früh die Weichen für die Entwicklung einer guten körperlichen und psychischen Gesundheit zu stellen (Richter-Kornweitz & Kruse, 2020; Schneider, Tai & Diehl, 2018; Textor, 2010). Daher stellt die Gesundheitsförderung in Kitas einen wichtigen Teil des im fünften und achten Sozialgesetzbuch (SGB V, SGB VIII) und im Kinderbildungsgesetz (KiBiz) verankerten Bildungs- und Erziehungsauftrags dar (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2022).

1.2 Interventionsbeschreibung

Der „Anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ (ABmPE) ist ein Angebot der Landesregierung Nordrhein-Westfalen (NRW) und der gesetzlichen Krankenkassen in NRW in Kooperation mit dem Landessportbund (LSB) NRW. Seit 2007 wird von den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens in NRW das Angebot als Teil der Landesinitiative „Gesundheitsförderung und Prävention Nordrhein-Westfalen“ (Verband der Ersatzkassen e. V., 2021) umgesetzt und laufend weiterentwickelt. Die Evaluation der Pilotphase 2007 bis 2010 (46 Kitas aus 45 kreisfreien Städten) ergab, dass sich u. a. bei 90 % der am Projekt beteiligten Kitas der Alltag gesundheitsförderlich veränderte. Von den über 1.000 anerkannten Bewegungskindergärten (ABK) des LSB NRW wurden bislang 398 Kitas in NRW mit dem ABmPE-Zertifikat ausgezeichnet (Stand 11. Dezember 2023). Im Kindergartenjahr 2020/2021 konnten mehr als 23.500 Kinder und ihre Familien in NRW von diesem Programm profitieren (Verband der Ersatzkassen e. V., 2021).

Für die Entwicklung des Angebots wurden die beiden anerkannten Konzepte ABK und „Fit Kid“ 2006/2007 zusammengeführt. Im Rahmen des Angebots sollen die Grundsätze einer vielseitigen Bewegungsförderung und einer ausgewogenen Ernährung unter Einbezug von Kita-Leitungen, pädagogischen Fachkräften, Kindern und Eltern gemeinsam im Kita-Alltag umgesetzt werden (DAK-Gesundheit, 2023). Die Grundsätze und Aktivitäten des ABmPE sind in einem Leitfaden zur Zertifizierung detailliert definiert.

Voraussetzung für die Vergabe des PPE ist, dass die Kita bereits die Qualitätskriterien des „Anerkannten Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen“ erfüllt oder parallel mit dem Gütesiegel des LSB NRW ausgezeichnet ist. Für den PPE müssen zusätzlich die Prinzipien der „Ernährungsbildung“ im pädagogischen Konzept der Kita festgeschrieben werden.

Dazu müssen mindestens die Leitung der Kita und je eine pädagogische Fachkraft aus jeder Gruppe bei Antragstellung für den PPE an einer Fortbildung teilnehmen, die 16 Lerneinheiten zu „Essen und Trinken in Kindertageseinrichtungen“ umfasst. Die Fortbildung ist angelehnt an das Programm „FIT KID – Essen und Trinken in Tageseinrichtungen für Kinder“ der Deutschen

Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE). Außerdem müssen für die Zubereitung von ausgewogenen (Zwischen-)Mahlzeiten und zur Beschäftigung mit dem Thema Ernährung geeignete Räumlichkeiten und Materialien zur Verfügung stehen. Weiter muss eine kindgerechte Ausstattung mit Geräten und Materialien für den Ernährungsbereich vorhanden sein und eine Elternveranstaltung muss jährlich das Thema Ernährung aufgreifen.

Nach Prüfung der einzureichenden Unterlagen und Voraussetzungen durch die LK für Ernährung erfolgt die Zertifizierung. Jede zertifizierte Kita hat danach eigenverantwortlich dafür Sorge zu tragen, dass die Zertifizierungskriterien fortlaufend erfüllt sind. Zudem müssen die geschulten Mitarbeitenden mindestens alle vier Jahre an weiteren Fortbildungen mit acht Lerneinheiten im Themengebiet teilnehmen. Hierzu werden regelmäßig verschiedene, Kita-übergreifende Fortbildungen sowohl in Präsenz als auch im digitalen Format angeboten. Zertifizierte Kitas können auch individuell gestaltete Inhouse-Schulungen durchführen. Hierfür können Ernährungsfachkräfte des ABmPE gebucht werden. Diese stehen zudem als Referierende für Elternveranstaltungen zur Verfügung.

Um neben Bewegung und Ernährung auch die seelische Gesundheit von Kita-Kindern zu adressieren, wurde das ABmPE-Angebot im Herbst 2018 (Pilotphase) und ab Mitte 2020 NRW-weit um das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ erweitert. Hierdurch sollte der Dreiklang einer zeitgemäßen Gesundheitsförderung von Kindern praxisnah vermittelt werden. Das Modul wird allen mit dem PPE zertifizierten Einrichtungen kostenfrei angeboten, ist jedoch nicht verpflichtend. Im Rahmen des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ werden verschiedene Aktivitäten angeboten. Dazu gehören ein Impulsvortrag im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Netzwerktage mit der anschließenden Möglichkeit zur Teilnahme an einem Praxisworkshop sowie ein eintägiger Intensivworkshop. Durch das Zusatzmodul wird das Kitapersonal für die Bedeutung der seelischen Gesundheit im Rahmen der Kindesentwicklung sensibilisiert. Hierbei werden insbesondere Achtsamkeit und Resilienz sowie das Salutogenese-Konzept² thematisiert, sodass sowohl der Aspekt der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention berücksichtigt wird.

1.3 Zielstellung

Das Konzept der Interventionsevaluation wurde prozessorientiert gestaltet und modular aufgebaut. Zudem wurde der Schwerpunkt auf die Organisationsentwicklung und -steuerung gelegt. Berücksichtigt wurden die Kita-Träger auf Landesebene, die Kita-Leitungen und pädagogischen Fachkräfte auf der Ebene der Kitas sowie die Landeskoordinatorinnen und -koordinatoren (LK) für Ernährung und Bewegung des ABmPE-Angebotes. Insbesondere sollte der Nutzen des ABmPE-Angebotes für die Kitas und ihre Träger, das Engagement der Mitarbeitenden in den Kitas sowie die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen des PPE herausgestellt werden. Zudem wurde der Implementierungsprozess bzw. die Durchführung der Intensivworkshops des

² Das Salutogenese-Konzept, entwickelt von Aaron Antonovsky, betrachtet Gesundheit und Krankheit als Kontinuum und berücksichtigt Stressoren, die Art ihrer Bewältigung und verfügbare Widerstandsressourcen als Determinanten der Gesundheit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2023).

Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ im Rahmen einer Struktur- und Prozessevaluation untersucht. Mittels Transferevaluation wurde darüber hinaus die Anwendbarkeit der vermittelten Inhalte in der Kita zur Umsetzung des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit im Kita-Alltag analysiert. Es ist anzumerken, dass ein Großteil der Evaluation während der COVID-19-Pandemie stattfand und somit durch die Pandemie und ihre Folgen beeinflusst wurde (vgl. Kapitel 7).

2 Methodik der Evaluation

Nachfolgend wird die Methodik der Evaluation des ABmPE und des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ detailliert dargestellt. Sowohl die methodische Beschreibung als auch die Darstellung der Ergebnisse erfolgen jeweils getrennt für den PPE und das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“. Im Sinne der Praktikabilität und der Ressourcenschonung aufseiten der befragten Zielgruppen wurden beide Evaluationsdesigns jedoch aufeinander abgestimmt, sodass Befragungen zu den beiden Komponenten teilweise zum selben Zeitpunkt oder sogar innerhalb eines Erhebungsinstrumentes stattfanden. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente werden in einer separaten Anlage zum vorliegenden Abschlussbericht bereitgestellt.

2.1 Evaluationsdesign ABmPE

Um das ABmPE-Angebot hinsichtlich der Organisationsentwicklung und -steuerung auf den Ebenen der Kita-Träger als auch der Kita-Leitungen und -Fachkräfte wissenschaftlich zu überprüfen, wurde ein modular aufgebautes Evaluationsdesign angewendet. Die Module des Evaluationskonzepts werden im Folgenden dargestellt. Der Evaluationszeitraum erstreckte sich von Januar 2021 bis Dezember 2023 und umfasste somit drei Jahre.

Die Evaluation erfolgte anhand eines Mixed-Methods-Ansatzes, der sowohl quantitative als auch qualitative Elemente beinhaltet. Im Rahmen der Evaluation wurden die Perspektiven verschiedener Zielgruppen erfasst. Es standen vor allem die pädagogischen Fachkräfte und die Kita-Leitungen im Fokus. Darüber hinaus wurden Kita-Träger, LK für Ernährung und Bewegung sowie die hauswirtschaftlichen Kräfte der Kitas in die Befragung miteinbezogen.

Vor Befragungsbeginn wurden die jeweiligen Zielgruppen ausführlich im Rahmen eines Informationsschreibens über die jeweiligen Befragungen informiert. Die Einladungen zu den quantitativen und qualitativen Befragungen wurden aus Datenschutzgründen ausschließlich über die LK für Ernährung an die jeweiligen Zielgruppen übermittelt. Bei sich wiederholenden schriftlichen Befragungen wurde ein Identifizierungscode (ID) verwendet, der die Zuordnung der Teilnehmenden über die jeweiligen Befragungszeitpunkte hinweg ermöglichen sollte. Zudem erfolgte, ebenfalls über die LK für Ernährung, die Versendung von Erinnerungs-E-Mails und eine telefonische Kontaktaufnahme, um die Teilnahmebereitschaft an den telefonischen Interviews oder die Rücklaufquote der Fragebogenerhebungen zu erhöhen.

Tabelle 1: Schematische Darstellung des modularen Evaluationskonzepts – ABmPE

	Modul I Bestandsaufnahme	Modul II Schulungsevaluation	Modul III Fallstudien
Forschungsdesign	Quantitative Befragung	Quantitative Befragung	Qualitative Befragung
Erhebungsinstrument	Online-Befragung	Papier- und Onlinebefragung	Leitfadenbasierte Telefoninterviews
Zeitpunkt(-e)	ABmPE: einmalig ABK: 2 Zeitpunkte (t0, t1)	3 Zeitpunkte (t0, t1, t2)	Einmalig
Zielgruppe(-n)	Kita-Leitungen	Schulungsteilnehmende	Kita-Leitungen, LK für Ernährung und Bewegung, Kita-Träger

Legende: ABmPE = bereits PPE-zertifizierte Kitas ABK = Anerkannte Bewegungskindergärten im PPE-Zertifizierungsprozess

2.1.1 Bestandsaufnahme (Modul I)

Im Rahmen von Modul I wurde eine Bestandsaufnahme in den jeweiligen Kitas durchgeführt, um den aktuellen Stand der Umsetzung der PPE-Inhalte und des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ zu erfassen und potenzielle Bedarfe zu identifizieren. Ziel war es, die Strukturen, die Implementierung und die Wirkung des PPE und des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ in den Einrichtungen abzubilden. Es wurden hierfür sowohl Kita-Leitungen von bereits zertifizierten ABmPE adressiert als auch Leitungen von Kitas, die sich aktuell im PPE-Zertifizierungsprozess befinden.

Der selbstentwickelte Fragebogen für die bereits zertifizierten **ABmPE** wurde zum Start der Evaluation an alle 302 bis dahin zertifizierten ABmPE gesendet. Der Fragebogen enthielt fünf Kategorien zum Themenkomplex PPE und zwei Komponenten zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ (vgl. Kapitel 2.2.1). Neben soziodemografischen Daten wurden insbesondere ernährungsrelevante Aspekte (u. a. Gestaltung der Verpflegung in der Kita, Zusammensetzung der Mahlzeiten, Getränkebereitstellung etc.) erfragt. Weiterhin umfasste der Fragebogen eine Komponente, die Rückschlüsse auf den Projektverlauf seit der Zertifizierung in den einzelnen Einrichtungen und somit über die Wirkung im Projektverlauf ermöglichte. Diese Komponente umfasste u. a. die Bewertung von Veränderungen der Ernährungssituation, der Erfüllung der Erwartungen sowie des Stellenwerts des Themenfeldes Ernährung. Zudem wurden die Akzeptanz des PPE, der Umsetzungsstand der Inhalte sowie die Bewertung der Inhalte erfragt.

Der Fragebogen bestand aus halboffenen und offenen Fragen, die teilweise an die Erstevaluation durch die Deutsche Sporthochschule Köln (DSHS) angelehnt wurden. Die einmalige Befragung

dauerte etwa 30 Minuten und wurde über die webbrowsersbasierte Plattform LimeSurvey³ online durchgeführt. Der Zugangslink wurde zusammen mit dem Informationsschreiben und der Einwilligungserklärung elektronisch per E-Mail an die Kitas versendet.

Um den Zertifizierungsprozess zu begleiten und Erkenntnisse über die Umsetzung der Angebotsinhalte zu erhalten, wurden die **ABK** im Zertifizierungsprozess zum ABmPE befragt. Die Befragung umfasste soziodemografische Angaben der Kitas, eine Einschätzung zu Ressourcen und Bedarfen für die Zertifizierung und die Umsetzung, die aktuelle Ernährungssituation, Erwartungen an die Zertifizierung sowie Gründe, aus denen die Zertifizierung angestrebt wurde. In der Folgebefragung wurde der Schwerpunkt auf die Veränderungen im und durch den PPE-Zertifizierungsprozess gelegt.

Die Online-Befragung der ABK im Zertifizierungsprozess erfolgte zu zwei Zeitpunkten: zu Beginn der Interessensbekundung zur Zertifizierung (t0) und sechs Monate nach der Teilnahme an der Basisschulung (t1). Da Kitas sich während des gesamten Evaluationszeitraums für eine PPE-Zertifizierung entscheiden konnten, fanden die Befragungen fortlaufend statt (vgl. Abbildung 1). Die Teilnehmenden wurden gebeten, eine individuelle, schematisch definierte ID zu erstellen und zu verwenden. Die Fragebögen enthielten fünf (t0) bzw. drei (t1) Fragenblöcke und das Ausfüllen dauerte jeweils etwa 20 (t0) bzw. 15 (t1) Minuten. Die Fragebögen wurden ebenfalls über die Plattform LimeSurvey bereitgestellt.

2.1.2 Schulungsevaluation der Basisschulung (Modul II)

Im Rahmen von Modul II fand die Evaluation der PPE-Zertifizierungsschulung (Basisschulung) statt. Zu diesem Zweck wurden die Schulungsteilnehmenden über drei Messzeitpunkte hinweg (t0 bis t2, vgl. Abbildung 1) begleitend zu ihrem Ernährungswissen, ihren Erwartungen (t0) sowie zu ihrer Zufriedenheit mit der Schulung und der Anwendbarkeit der Schulungsinhalte (t1) befragt. In der dritten Befragung (t2) stand vor allem die Implementierung der Inhalte in den Kita-Alltag im Vordergrund. Die Befragungen zu den Zeitpunkten t0 (vor der Schulung) und t1 (direkt im Anschluss an die Schulung) erfolgten vor Ort mittels papierbasierter Fragebögen. Zu t2 (sechs Monate nach Teilnahme an der Schulung) fanden sie online über LimeSurvey statt. Die Befragungen dauerten jeweils zehn bis 15 Minuten und enthielten offene und geschlossene Fragen. Die Zuordnung der Teilnehmenden zu den jeweiligen Befragungszeitpunkten erfolgte über eine ID, die die Teilnehmenden selbst nach einem standardisierten Schema vergaben.

2.1.3 Fallstudien (Modul III)

Modul III umfasste qualitative Befragungen ausgewählter ABK-Leitungen und -Träger im Zertifizierungsprozess sowie der LK für Ernährung und Bewegung. Dies ermöglichte eine vertiefende Untersuchung relevanter Aspekte der Umsetzung des PPE in den Kitas. Die Interviews beinhalteten Fragen zum Zertifizierungsprozess, zur Vernetzung und zu etwaigen Kooperationen

³ Zugriff über <https://www.limesurvey.org/de/> (letzter Zugriff am 29.11.2023)

sowie zur Beurteilung des Angebotes und des Entwicklungspotenzials. Die befragten Kitas wurden anhand verschiedener Kriterien (Größe, Region, Trägerschaft, Sozialstruktur) ausgewählt.

Die für die Befragung erstellten Leitfäden enthielten überwiegend offene Fragen. Dies ermöglichte gleichermaßen eine Standardisierung der durchgeführten Interviews sowie die Berücksichtigung individueller Charakteristika und Erfahrungen der Teilnehmenden. Die Interviews wurden im Sinne der Ressourcenschonung und zur Förderung einer offenen Gesprächsatmosphäre telefonisch durchgeführt. Um die Perspektiven aller Zielgruppen zu berücksichtigen, wurden auf Ebene der Kitas (Kita-Leitung und Kita-Träger) jeweils fünf Personen interviewt. Auf Programmanbieterseite wurden die beiden LK für Ernährung und Bewegung befragt. Alle Telefoninterviews wurden aufgezeichnet und vollständig transkribiert.

2.2 Evaluationsdesign Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“

Die Evaluation des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ zielte darauf ab, Informationen zum Bedarf und zur Implementierung des Zusatzmoduls in den Kitas zu erheben. Maßgeblich waren hierfür die im Rahmen des Zusatzmoduls angebotenen Intensivworkshops, die struktur- und prozessbasiert evaluiert wurden. Eine Transferevaluation untersuchte die Anwendbarkeit der Inhalte im Sinne des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit (Modul I, II) in den Kitas. Die Evaluation des Zusatzmoduls erfolgte analog zur ABmPE-Komponente modular (vgl. Tabelle 2) und mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes.

Tabelle 2: Schematische Darstellung des modularen Evaluationskonzepts - Seelische Gesundheit

	Modul I Bestandsaufnahme	Modul II Schulungsevaluation	Modul III Fallstudien
Forschungsdesign	Quantitative Befragung	Quantitative Befragung	Qualitative Befragung
Erhebungsinstrument	Online-Befragung	Online-Befragungen	Leitfadenbasiertes Telefoninterview
Zeitpunkt(-e)	Einmalig	2 Zeitpunkte (t1, t2)	Einmalig
Zielgruppe(-n)	Kita-Leitungen	Schulungsteilnehmende	Kita-Leitungen, LK für Ernährung und Bewegung

2.2.1 Bestandsaufnahme (Modul I)

Die Befragung der langjährig zertifizierten Kitas zur seelischen Gesundheit war Teil der in Modul I durchgeführten Online-Erhebung zum ABmPE (vgl. Kapitel 2.1.1) und richtete sich an alle Kitas,

unabhängig von einer bisherigen Teilnahme am Intensivworkshop. Für Kitas ohne bisherige Teilnahme am Intensivworkshop zielte die Befragung darauf ab, Bedarfe, Ressourcen und Erwartungen im Zusammenhang mit dem Zusatzmodul zu erheben. Kitas mit bereits erfolgter Teilnahme wurden gebeten, ihre Erfahrungen mit dem Zusatzmodul und dessen Nutzen für den Kita-Alltag zu teilen sowie potenzielle Auswirkungen der Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ aus Kita-Leitungssicht zu bewerten. Die Befragungskomponente zur seelischen Gesundheit bestand analog zum ABmPE-Teil ebenfalls aus standardisierten geschlossenen sowie aus offenen und halboffenen Fragen.

2.2.2 Schulungsevaluation der Intensivworkshoptage (Modul II)

Modul II zielte auf die Evaluation des Intensivworkshops des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ ab. Dabei wurden die Umsetzung der Inhalte sowie ihr praktischer Nutzen betrachtet. Im Fokus stand hierbei die Relevanz der vermittelten Inhalte, die organisatorische Umsetzung der Workshops sowie mögliche Hindernisse und förderliche Faktoren. Die Evaluation erfolgte in zwei Phasen: unmittelbar nach der Teilnahme am Workshop (t1) und sechs Monate später (t2) (vgl. Abbildung 1).

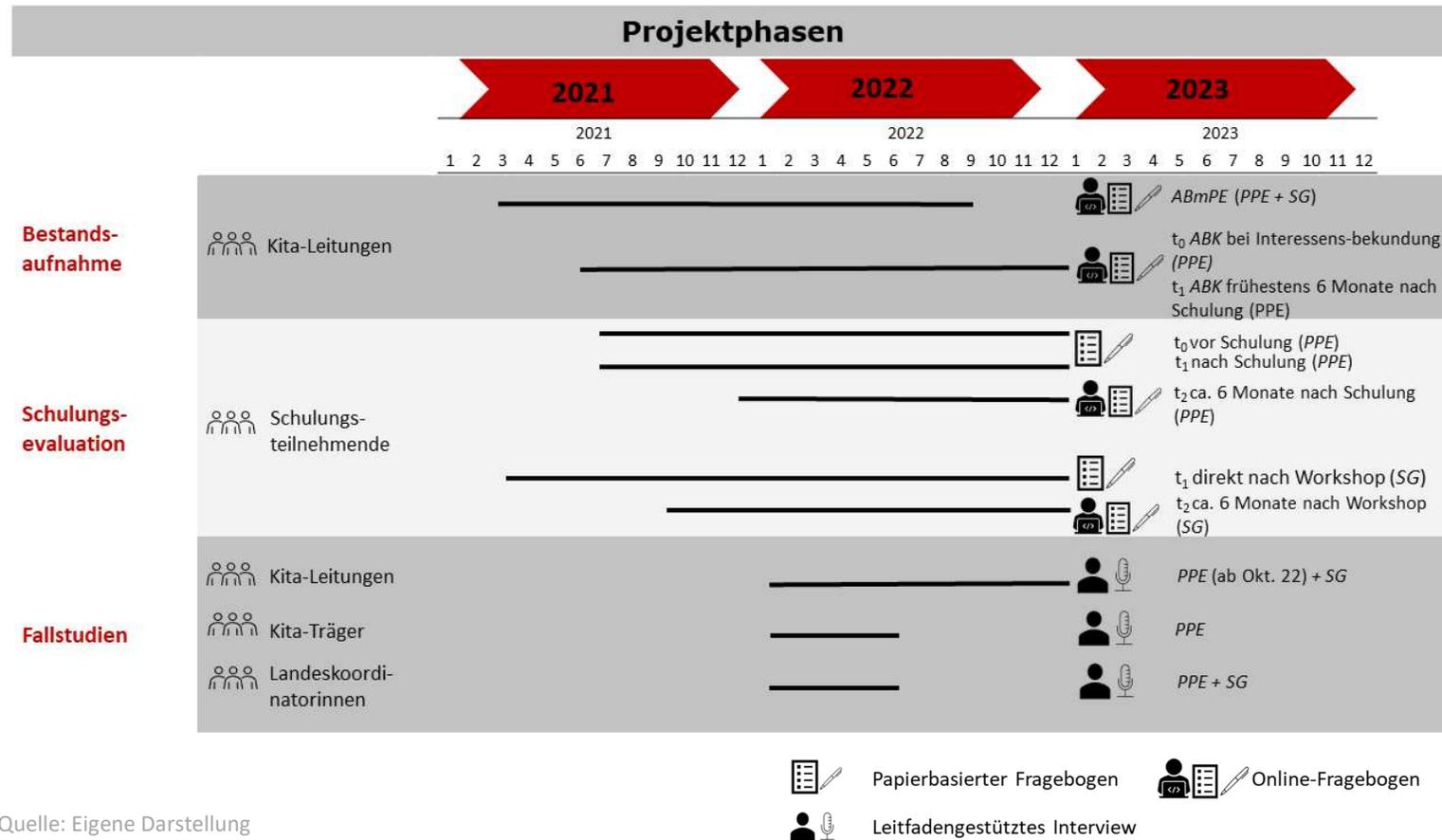
Beide Fragebögen enthielten ebenfalls standardisierte geschlossene, halboffene und offene Fragen und wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten online über LimeSurvey durchgeführt. Eine Verknüpfung der Befragungszeitpunkte sollte ebenfalls mittels ID-Vergabe durch die Befragten gewährleistet werden.

2.2.3 Fallstudien (Modul III)

Modul III hatte das Ziel, den Transfer der Inhalte des Intensivworkshops in den Kita-Alltag zu fokussieren, um Erkenntnisse zur Umsetzung in den jeweiligen Kitas zu liefern. Die Untersuchung sollte zudem Erfolgsfaktoren und Optimierungspotenziale aus Sicht ausgewählter Kita-Leitungen und aus Sicht der beiden LK für Ernährung und Bewegung aufzeigen. Die Interviews mit den Kita-Leitungen beinhalteten Aspekte zur Vermittlung und Anwendung der Workshop-Inhalte im Kita-Alltag, mögliche Veränderungen in der Arbeit und die Bewertung des Erfolgs. Die Interviews mit den LK behandelten die Hintergründe und Entwicklung des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“, die Projektakquise und Herausforderungen bei der Umsetzung.

Die Auswahl der Kita-Leitungen erfolgte anhand festgelegter soziodemografischer Merkmale (Größe der Kita, Trägerschaft, Sozialstatus, Region, Zeitpunkt der Zertifizierung) rund neun Monate nach Teilnahme der Interviewten an den jeweiligen Intensivworkshops. Die Befragungen wurden in Form qualitativer, leitfadengestützter Telefoninterviews umgesetzt, die etwa 35 bis 45 Minuten dauerten.

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Erhebungszeitpunkte pro Zielgruppe



Quelle: Eigene Darstellung

2.3 Fallzahlplanung

Für die Evaluation der Module ABmPE und „Seelische Gesundheit“ wurden separate Fallzahlplanungen durchgeführt. Diese basierten auf Informationen der Projektverantwortlichen und wurden im Projektverlauf angepasst. Tabelle 3 zeigt die angestrebten Stichprobenumfänge und die bereinigten Rückläufe der befragten Akteurinnen und Akteure.

Tabelle 3: Fallzahlen (roh- und bereinigte Daten)

Erhebungs- form	ABmPE			Seelische Gesundheit (SG)		
	Modul I Online- Befragung	Modul II Papier- und Online- Befragung	Modul III Leitfaden- basierte Telefon- interviews	Modul I Online- Befragung	Modul II Online- Befragung	Modul III Leitfaden- basierte Telefon- interviews
Befragte Akteure						
ABmPE- Leitungen (N = 302)	einmalig: n = 151 [n = 179]	/	/	einmalig: n = 151 [n = 179]	/	einmalig: n = 4-5 [n = 4]
ABK-Leitungen (N = 50)	t0: n = 25 [n = 13] t1: n = 13 [n = 19]	/	t0: n = 4-5 [n = 5]	/	/	/
Schulungsteil- nehmende (ABmPE: N = 773) (SG: N = 325)	/	t0: n = 540 [n = 681] t1: n = 432 [n = 686] t2: n = 216 [n = 101]	/	/	t1: n = 208 [n = 105] t2: n = 104 [n = 34]	/
LKs für Ernährung und Bewegung (N = 2)	/	/	einmalig: n = 2 [n = 2]	/	/	einmalig: n = 2 [n = 2]
Kita-Träger (N = 20)	/	/	einmalig: n = 4-5 [n = 5]	/	/	/

Legende:

N = Größe der
Grundgesamtheit

n = Geplante
Stichprobengröße

[n] = Tatsächlicher Rücklauf
(erreichte Stichproben-
größe)

/ = Erhebungszeitraum
unzutreffend

2.4 Datenaufbereitung und Datenanalysen

2.4.1 Quantitative Analysen

Vor der Datenauswertung wurden alle quantitativen Daten bereinigt und auf fehlende Werte überprüft. Fragebögen wurden nur dann als vollständig fehlend betrachtet, wenn keine auswertbaren Antworten vorhanden waren. Die quantitative Datenauswertung wurde mithilfe von IBM® SPSS Statistics® Version 29 durchgeführt und umfasste primär die Berechnung von absoluten und relativen Häufigkeitsverteilungen sowie Lage- und Streuungsmaßen (Spannweite R, Standardabweichung SD), abhängig von der Verteilung der Daten.

Die quantitativen Ergebnisse sind in Abbildungen im Fließtext bzw. in Tabellen im Anhang dargestellt, wobei binäre und offene Antworten ausschließlich im Fließtext erfasst wurden. Sich wiederholende Befragungen (ABmPE: Modul I – ABK-Befragungen, Modul II; Seelische Gesundheit: Modul II) wurden aufgrund fehlender bzw. teilweise nicht übereinstimmender IDs als unverbundene Stichproben betrachtet und im Rahmen von Querschnittsanalysen deskriptiv gegenüberstellend ausgewertet.

2.4.2 Qualitative Analysen

Die Auswertung der Einzelinterviews (Modul III: ABmPE und Seelische Gesundheit) erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010). Ziel dieser Methode ist es, qualitatives Datenmaterial strukturiert zu untersuchen. Dabei wurde der Blick nicht nur auf inhaltliche Aspekte, sondern ebenso auf nicht direkt ersichtliche Zusammenhänge gerichtet. Das gesammelte Material wurde bezüglich der Forschungsfragen kodiert und in Kategorien unterteilt. Eine solche Kategorienbildung führt zur besseren Vergleichbarkeit des Materials, sodass sich erste Ergebnisse ableiten lassen. Dieses Vorgehen ermöglichte eine anschauliche Aufbereitung der Daten sowie, aufgrund der stark regelgeleiteten und systematischen Vorgehensweise, eine intersubjektive Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse (Mayring & Fenzl, 2014).

Die Auswertung und Darstellung der offenen Antworten aus den Fragebögen erfolgten, wenn die entsprechenden Fragen von $\geq 20,0$ % der Teilnehmenden der Gesamtstichprobe beantwortet wurden. War dies der Fall, wurden die offenen Fragen ebenfalls mittels Kategorienbildung und Angabe deskriptiver Häufigkeiten analysiert.

3 Ergebnisse ABmPE

3.1 Ergebnisse der Befragung der bereits zertifizierten ABmPE zur Abbildung der langfristigen Wirkung des PPE (Modul I)

3.1.1 Charakterisierung der Stichprobe

Im Rahmen der digitalen ABmPE-Befragung wurden die Antworten von 206 Kita-Leitungen erhoben. Nach Datenbereinigung verblieben 179 Fragebögen (86,9 %) für die weitere

Auswertung. Die Rücklaufquote (RQ) der insgesamt 302 eingeladenen ABmPE betrug somit 59,7 %.

Die Kita-Leitungen gaben im Durchschnitt an, seit 11,2 Jahren als Leitung tätig zu sein (n = 178; Standardabweichung SD = 9,89 Jahre) (Tabelle 4 im Anhang). Der Träger bzw. Dachverband der Einrichtungen war nach Angaben der Kita-Leitungen zu jeweils 29,1 % gemeinnütziger Art (n = 52) oder entsprach der Stadt bzw. Kommune (n = 52). Bei 21,8 % handelte es sich um einen kirchlichen Träger (n = 39), bei 11,2 % um einen privaten (n = 20) und bei 8,9 % um einen sonstigen Träger (n = 16). Als sonstige Träger bezeichneten die Kita-Leitungen (n = 14) hier u. a. Elterninitiativen (28,6 %), den Sport-/Turnverein und den paritätischen Wohlfahrtsverband (jeweils 14,3 %) (Tabelle 5 im Anhang).

Alle 179 Kita-Leitungen bestätigten, dass ihre Einrichtung bereits als ABmPE zertifiziert war (Tabelle 6 im Anhang). Dies war bei den Einrichtungen im Durchschnitt seit 8,1 Jahren der Fall (Tabelle 7 im Anhang). Den Status plusKITA⁴ (Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, MKJFGFI NRW) hatten 26,4 % der Einrichtungen inne (Tabelle 8 im Anhang). Dass die Einrichtung vor der Zertifizierung ein bestimmtes Arbeitskonzept, Leitbild oder Schwerpunkt führte, bejahten 73,7 % der Kita-Leitungen (n = 179) (Tabelle 9 im Anhang). Dies beinhaltete laut 74,2 % der Kita-Leitungen (n = 132) die Bewegungserziehung und die Psychomotorik (n = 98). Weitere 43,2 % beschrieben einen integrativen Ansatz (n = 57) und 32,6 % das Familienzentrum als Arbeitskonzept (n = 43) (Tabelle 10 im Anhang).

Durchschnittlich beschäftigten die befragten Einrichtungen 10,8 Erzieherinnen und Erzieher (n = 175), jeweils 1,7 hauswirtschaftliche Fach-/Küchenkräfte (n = 165) sowie Kinderpflegerinnen und -pfleger (n = 112), jeweils 1,2 Heilpädagoginnen und -pädagogen (n = 84) sowie 1,2 Ergänzungskräfte (n = 58), 1,1 Anerkennungspraktikantinnen und -praktikanten (n = 111) und 0,9 Sozialpädagoginnen und -pädagogen (n = 61) (Tabelle 11 im Anhang).

Insgesamt besuchten zwischen 20 und 146 Kinder die Einrichtungen der Kita-Leitungen (Mittelwert – MW = 71,5 Kinder; n = 161). Im Durchschnitt waren darunter 48,5 % Mädchen (MW absolut = 34,1), 51,7 % Jungen (MW absolut = 36,5) und 0,3 % Kinder diversen Geschlechts (MW absolut = 0,2). Durchschnittlich waren 21,2 % der Kinder unter drei Jahre alt (MW absolut = 15,1), während 78,6 % älter als drei Jahre waren (MW absolut = 56,0) (Tabelle 12 im Anhang). Bei der Hälfte der an der Befragung teilnehmenden Kitas (50,9 %; n = 82) kamen zwischen null und 20 % der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (Tabelle 13 im Anhang).

Rund ein Fünftel der Teilnehmenden (18,7 %; n = 30) gab an, dass ein Anteil von über 20,0 % der Kinder mit Migrationshintergrund kaum Deutsch sprach (Tabelle 14 im Anhang). Unter den Erziehungsberechtigten betrug dieser Anteil 26,7 % (n = 43) (Tabelle 15 im Anhang). Zudem lag

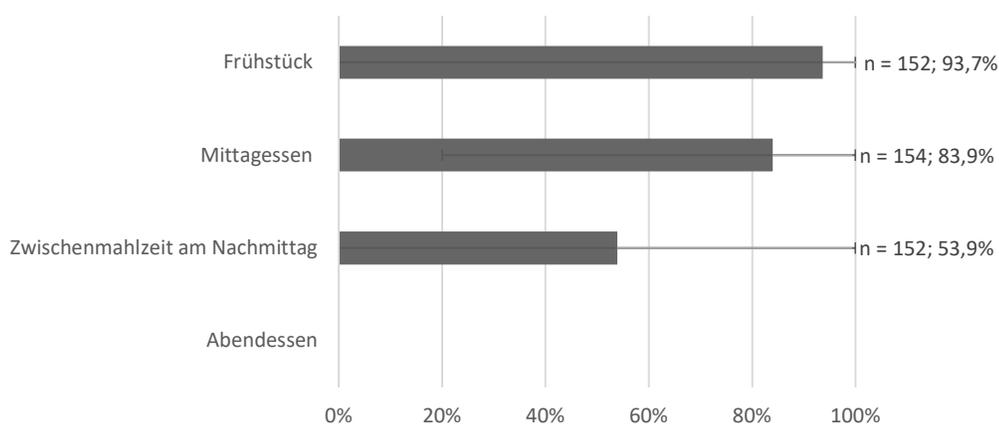
⁴ Finanzielle Förderungsmöglichkeit für Kitas, die in ihrem Umfeld einen hohen Anteil Familien mit erschwerten Startbedingungen haben. Vgl. hierzu: <https://www.mkjfgfi.nrw/pluskita> (letzter Zugriff: 24.01.2024)

bei etwa einem Drittel der ABmPE (33,5 %; n = 54) der Anteil der Erziehungsberechtigten, die eine Ermäßigung oder einen Erlass der Teilnahme- oder Kostenbeiträge erhalten, bei über 20,0 % (Tabelle 16 im Anhang).

3.1.2 Strukturen und Verpflegungskonzepte der Einrichtungen

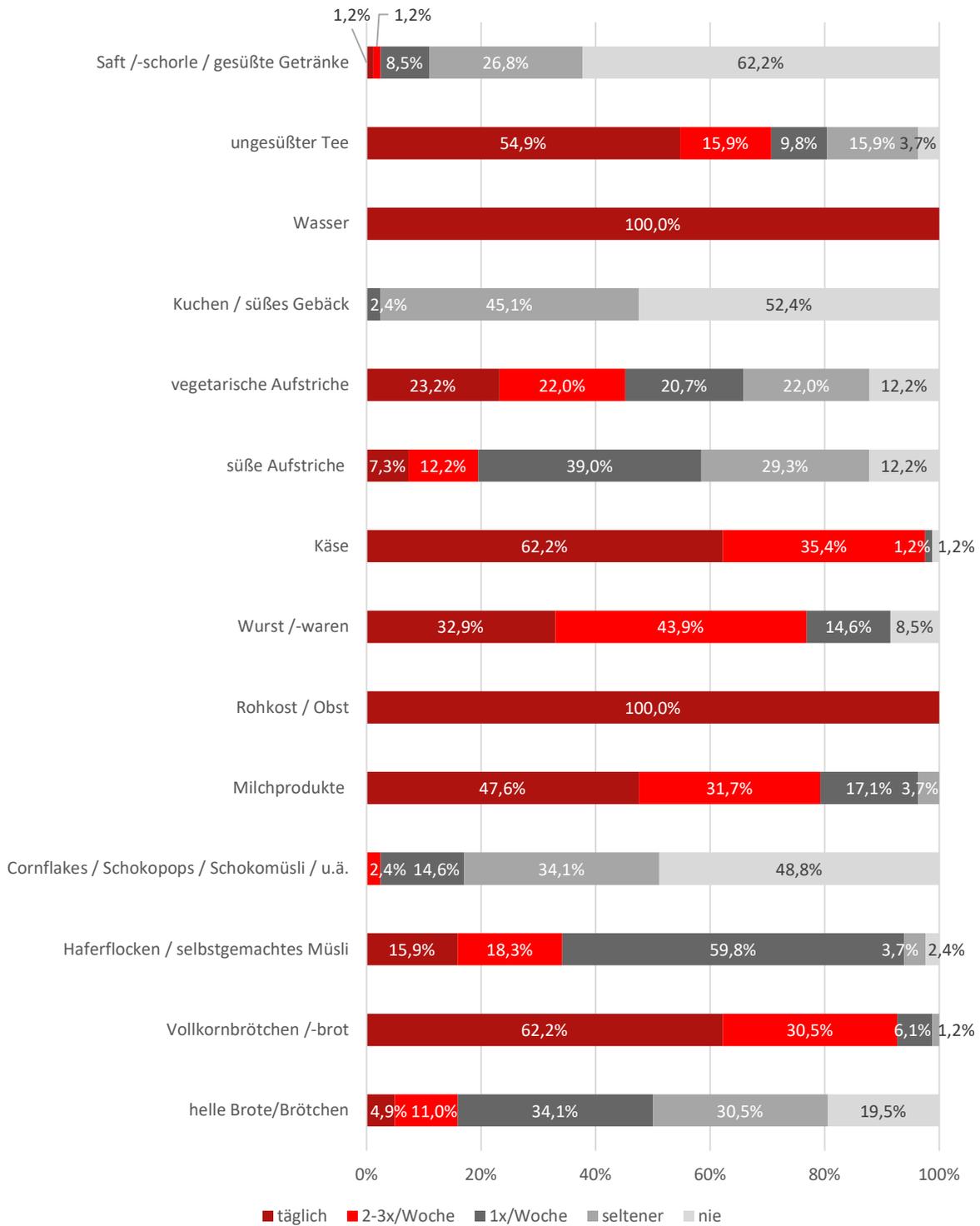
Das Frühstück wurde laut den Kita-Leitungen im Durchschnitt von 93,7 % (n = 152) und das Mittagessen von 83,9 % (n = 154) der betreuten Kinder eingenommen. Zwischenmahlzeiten am Nachmittag nahmen durchschnittlich 53,9 % (n = 152) ein (Abbildung 2).

Abbildung 2: Durchschnittliche Teilnahme an Mahlzeiten



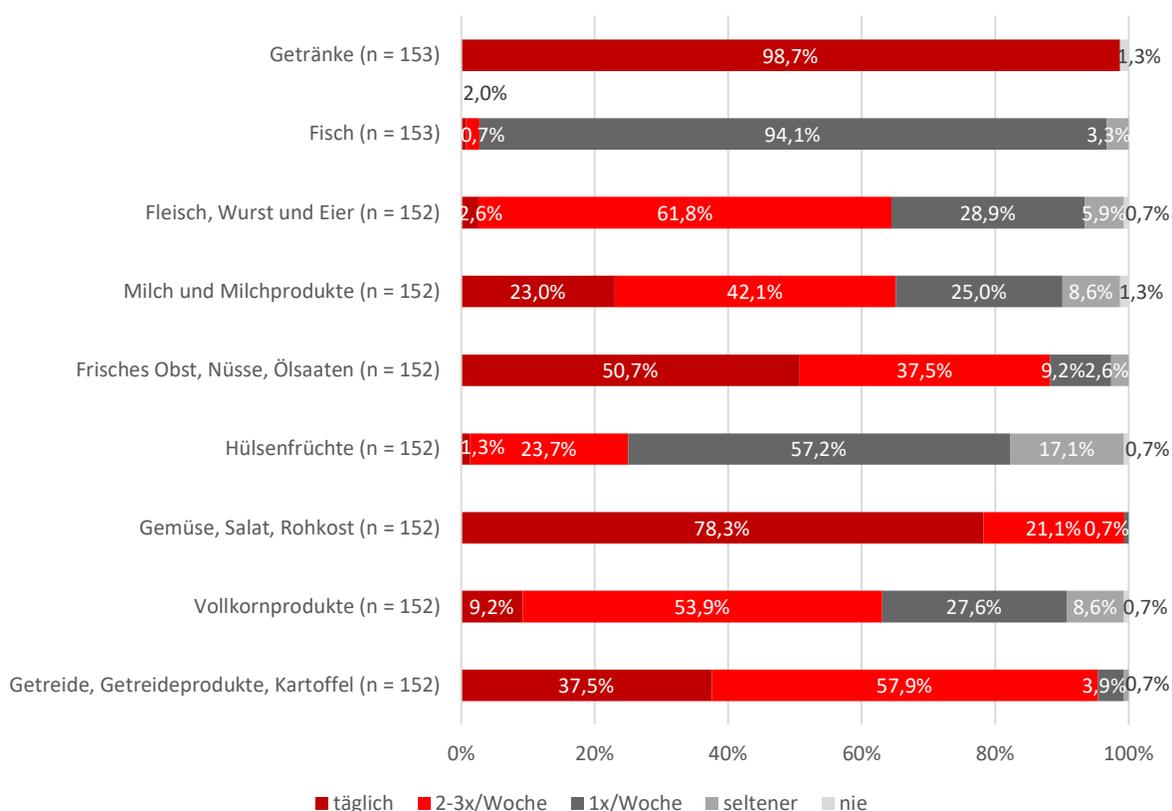
Das Frühstück wurde von jeder zweiten befragten Kita (53,5 %; n = 83) täglich zubereitet. 18,1 % (n = 28) der Kitas bereiteten das Frühstück einmal pro Woche zu (Tabelle 17 im Anhang). Das täglich zubereitete Frühstück in den befragten ABmPE beinhaltete am häufigsten Rohkost/Obst und Wasser (täglich = jeweils 100 %), Käse und Vollkornbrötchen/-brot (täglich = jeweils 62,2 %) sowie ungesüßten Tee (täglich = 54,9 %). Nicht enthalten waren hingegen am häufigsten Saft/-schorlen und gesüßte Getränke (nie = 62,2 %), Kuchen und süßes Gebäck (nie = 52,4 %) sowie Cornflakes, Schokopops und Schokomüsli (nie = 48,8 %). Eine Übersicht der Frühstückskomponenten kann Abbildung 3 entnommen werden.

Abbildung 3: Zusammensetzung des Frühstücks (n = 82)



Zum Mittagessen wurden neben den Getränken am häufigsten Gemüse, Salat und Rohkost (78,3 %; n = 119), frisches Obst, Nüsse und Ölsaaten (50,7 %; n = 77) sowie Getreide(-produkte) und Kartoffeln (37,5 %; n = 57) serviert. Fisch (94,1 %; n = 143) und Hülsenfrüchte (57,2 %; n = 87) wurden in den meisten befragten Kitas einmal pro Woche zum Mittagessen angeboten. Weitere Komponenten des Mittagessens können Abbildung 4 entnommen werden.

Abbildung 4: Zusammensetzung des Mittagessens



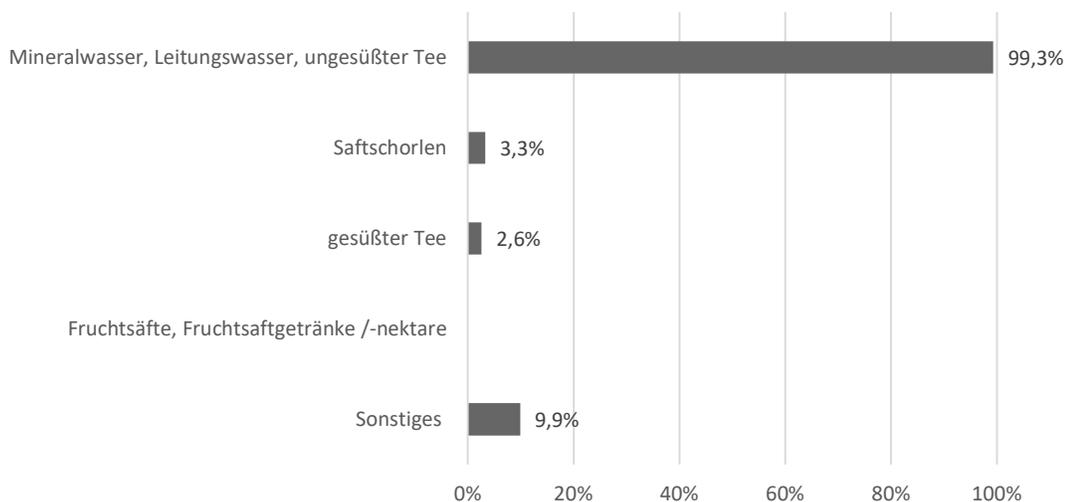
Insgesamt 42,5 % der ABmPE setzten beim Mittagessen ein Warmverpflegungssystem ein (n = 68). Etwa ein Drittel (31,3 %) griff auf ein Frischkostsystem (n = 50) zurück, 13,1 % nutzten ein Mischkostsystem (n = 21) und 10,0 % der Einrichtungen ein Regeneriersystem (n = 16). Weitere 3,1 % verwendeten ein sonstiges Verpflegungssystem (n = 5) wie z. B. „apetito“ oder „cook and chill“. Diese können ebenfalls den Regeneriersystemen zugeordnet werden (Tabelle 18 und Tabelle 19 im Anhang).

In 44,4 % der Kitas (n = 68) wurde das Mittagessen verzehrfertig angeliefert. Hauswirtschaftliches Personal oder Fach-/Küchenpersonal bereiteten laut den Kita-Leitungen in 39,2 % (n = 60) der

Einrichtungen die Mahlzeiten zu. Der Anteil der Kitas, in denen ungelerntes bzw. angelerntes Personal das Mittagessen zubereitete, betrug 11,8 % (n = 18). In wenigen ABmPE waren die pädagogischen Kräfte (0,7 %; n = 1), bzw. die pädagogischen Kräfte gemeinsam mit den Kindern (1,3 %; n = 2) für die Zubereitung zuständig (Tabelle 20 im Anhang).

Die Kita-Leitungen (n = 152) gaben nahezu vollständig an, Getränke für die Kinder in der Einrichtung anzubieten (99,3 %) (Tabelle 21 im Anhang). Am häufigsten wurden Mineralwasser, Leitungswasser und ungesüßter Tee angeboten; dies wurde in 99,3 % der Fälle genannt. Saftschorlen (3,3 %) und gesüßter Tee (2,6 %) waren hingegen nur in einem geringen Anteil der Einrichtungen Teil des Getränkeangebots. Zudem boten 9,9 % der Kita-Leitungen sonstige Getränke, wie z. B. Milch, an (Abbildung 5).

Abbildung 5: Getränkeangebot* (n = 152)

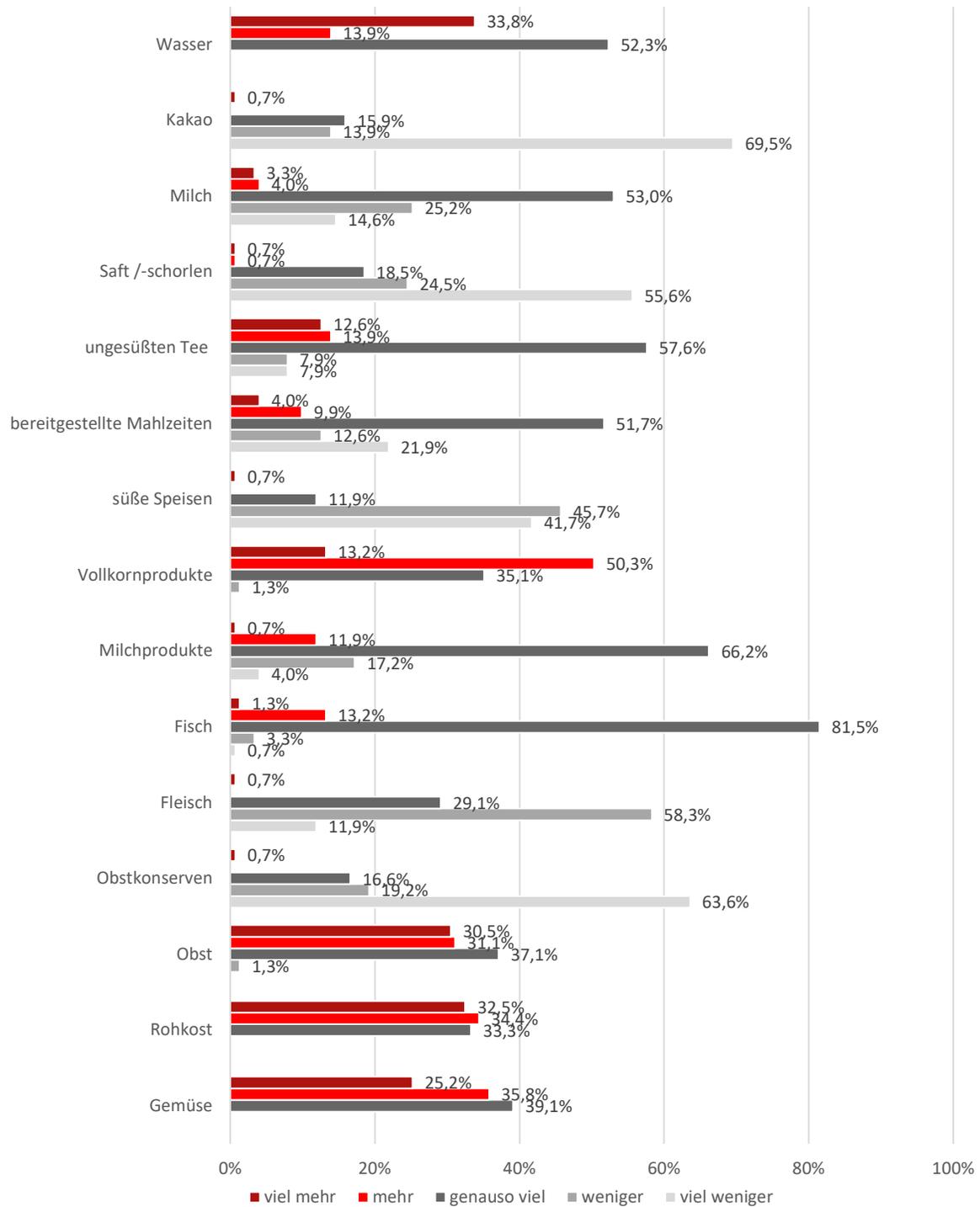


*Mehrfachantworten möglich

3.1.3 Weitere Veränderungen im Rahmen der Zertifizierung

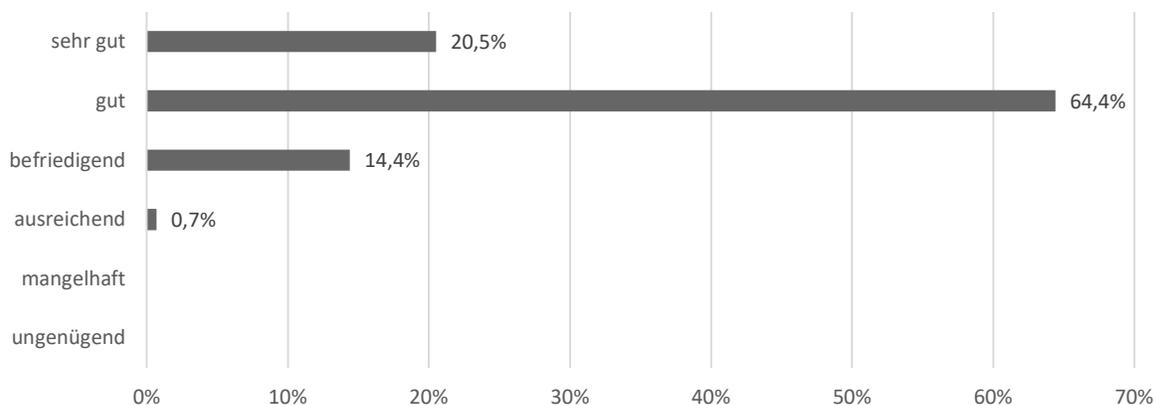
Laut den Kita-Leitungen wurden Wasser (33,8 %; n = 51), Rohkost (32,5 %; n = 49), Obst (30,5 %; n = 46) und Gemüse (25,2 %; n = 38) seit der Zertifizierung zum PPE am häufigsten „viel mehr“ in den Einrichtungen angeboten. „Viel weniger“ wurden in der retrospektiven Einschätzung insbesondere Kakao (69,5 %; n = 105), Obstkonserven (63,6 %; n = 96) und Saft-/Schorlen (55,6 %; n = 84) in den Speiseplan integriert. „Weniger“ wurden darüber hinaus fleischhaltige Produkte (58,3 %; n = 88) sowie süße Speisen (45,7 %; n = 69) angeboten. Nicht verändert hatte sich bei 81,5 % das Angebot von Fisch (n = 123), bei etwa zwei Dritteln das Angebot von Milchprodukten (66,2 %; n = 100), bei 57,6 % das Angebot an ungesüßtem Tee (n = 87) sowie bei 51,7 % der ABmPE das Angebot der bereitgestellten Mahlzeiten (n = 78) (Abbildung 6).

Abbildung 6: Veränderung der Mahlzeitenzusammensetzung seit der Zertifizierung (n = 151)



Allgemein wurde die Umsetzung der Ziele im Rahmen des PPE von etwa zwei Drittel der Kita-Leitungen (64,4 %; n = 94) als „gut“ und von 20,5 % (n = 30) als „sehr gut“ bewertet (Abbildung 7).

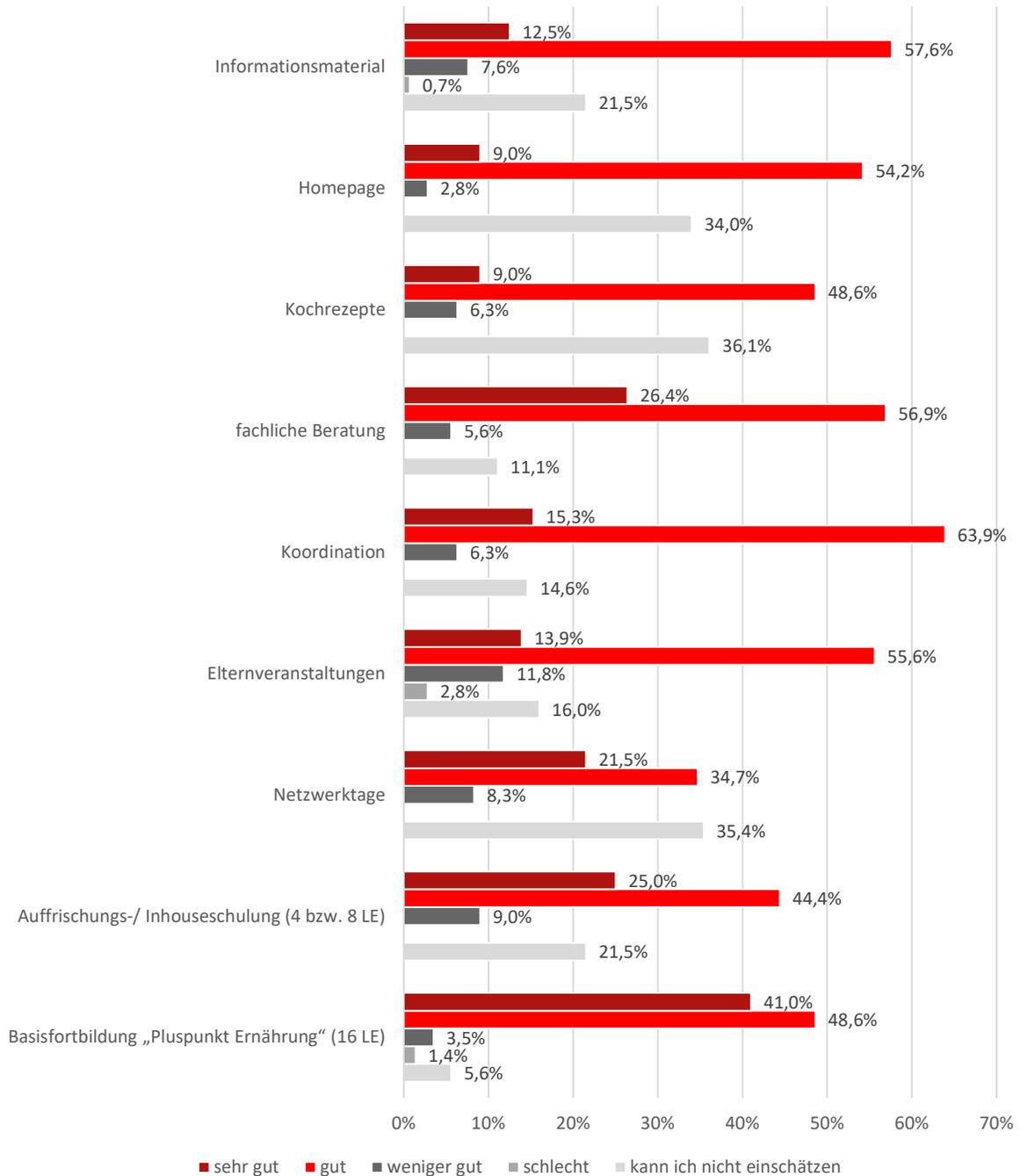
Abbildung 7: Umsetzung der Ziele im Rahmen des PPE (n = 146)



Insgesamt fiel die Bewertung der Module und Angebote im Rahmen des PPE positiv aus. Die Basisfortbildungen zum PPE (41,0 %; n = 59), die Auffrischungs-/Inhouse-Schulungen (25,0 %; n = 36) sowie die fachlichen Beratungen (26,4 %; n = 38) wurden von den Teilnehmenden am häufigsten mit „sehr gut“ bewertet (Abbildung 8).

Bei insgesamt 97,9 % (n = 141) der befragten ABmPE existierten Angebote zur Ernährungsbildung, davon wurden insgesamt 81,9 % (n = 118) monatlich (13,9 %; n = 20) oder häufiger (mehrmals monatlich: 22,9 %, n = 33; wöchentlich: 18,1 %, n = 26; mehrmals wöchentlich: 13,9 %, n = 20; täglich: 13,2 %, n = 19) angeboten (Tabelle 50 im Anhang). Insgesamt 92,3 % (n = 133) der ABmPE-Leitungen gaben an, Elternveranstaltungen zum Thema Ernährung durchzuführen. Diese fanden meist einmal pro Jahr (72,9 %; n = 105) und bei weiteren 19,4 % (n = 28) der ABmPE mehrmals jährlich statt (Tabelle 48 im Anhang).

Abbildung 8: Bewertung der Bestandteile des Pluspunkts Ernährung (n = 144)

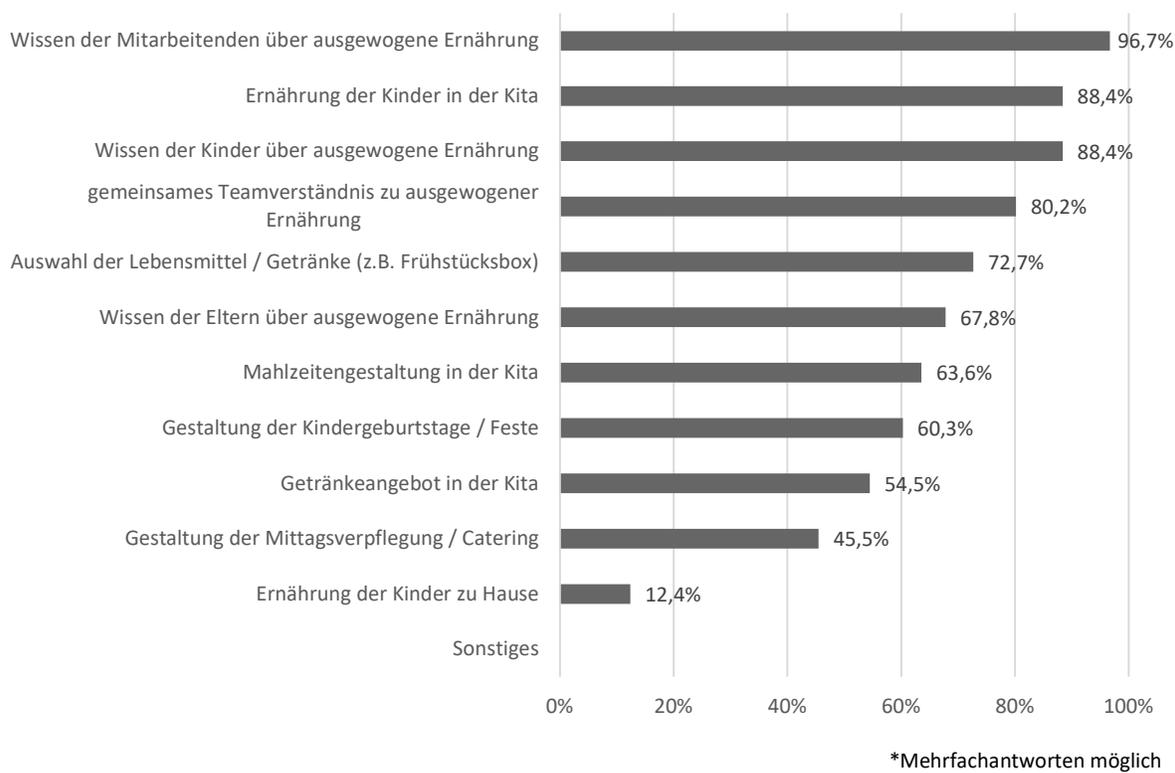


3.1.4 Erfolgsbeurteilung

Insgesamt fiel das Fazit, das die Kita-Leitungen zum PPE zogen, positiv aus. So hatte sich der Ressourcenaufwand nach Ansicht von 86,8 % der Kita-Leitungen „sehr gelohnt“ (42,2 %; n = 61) bzw. „eher gelohnt“ (44,4 %; n = 64) (Tabelle 22 im Anhang). Insgesamt 93,9 % der Teilnehmenden (n = 138) schätzten den Arbeitsaufwand für die pädagogische Umsetzung als „angemessen“ ein; lediglich 2,0 % als „zu hoch“ (n = 3) (Tabelle 23 im Anhang). Der Aufwand in Arbeitszeit für die organisatorischen Aufgaben für den PPE wurde ebenfalls von 93,9 % der Teilnehmenden (n = 138) als „angemessen“ eingeschätzt. 4,1 % der Teilnehmenden empfanden ihn hingegen als „zu hoch“ (n = 6) (Tabelle 24 im Anhang).

Die erhoffte Wirkung bzw. das erhoffte Ergebnis durch die Zertifizierung war bei 84,0 % der Teilnehmenden eingetreten (n = 121) (Tabelle 25 im Anhang). Demnach hatten sich insbesondere das Wissen der Mitarbeitenden über ausgewogene Ernährung (96,7 %; n = 117), das Wissen der Kinder über ausgewogene Ernährung sowie die Ernährung der Kinder (jeweils 88,4 %; n = 107) und das gemeinsame Teamverständnis (80,2 %; n = 97) des Kita-Personals verbessert. Eine Verbesserung der Ernährung der Kinder im häuslichen Bereich wurde von dem geringsten Anteil der Teilnehmenden (12,4 %; n = 15) bestätigt (Abbildung 9).

Abbildung 9: Verbesserungen durch die Zertifizierung* (n = 121)



Ein Großteil der Kita-Leitungen (80,6 %; n = 116) gab an, dass das bestehende Zertifikat seit der ersten Zertifizierung ihrer Kita zum PPE bereits verlängert worden war (Tabelle 26 im Anhang). Im Mittel waren die Einrichtungen seit 8,1 Jahren (SD = 3,0; n = 138) mit dem PPE sowie seit durchschnittlich 11,8 Jahren als ABK zertifiziert (SD = 4,1; n = 143). Insgesamt 96,4 % der Kitas, auf die diese Frage zutraf (n = 27), gaben an, dass sie sich erneut zertifizieren lassen würden (Tabelle 27, Tabelle 28 und Tabelle 29 im Anhang). Als Gründe für die Entscheidung für den PPE wurden im Rahmen einer offenen Frage von 136 Kita-Leitungen am häufigsten die Bedeutung von Ernährungsbewusstsein und -erziehung (50,7 %; n = 69) sowie einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung (47,8 %; n = 65) und die individuelle und gesellschaftliche Relevanz der Thematik (42,6 %; n = 58) angeführt (Tabelle 30 im Anhang).

Gründe für die Beantragung einer Verlängerung des PPE-Zertifikats wurden von 116 Kita-Leitungen genannt. Diese beinhalteten insbesondere die Förderung der positiven Außendarstellung der Kita (78,4 %; n = 91), die erkannte Notwendigkeit, die Inhalte weiter voranzutreiben und umzusetzen (70,7 %; n = 82), sowie der erkannte Bedarf der Erhöhung der fachlichen Kompetenz der Kita-Mitarbeitenden (66,4 %; n = 77) (Tabelle 31 im Anhang). Die Kita-Leitungen, die das Zertifikat zukünftig verlängern würden (n = 27), führten ebenfalls am häufigsten die Förderung der positiven Außendarstellung (88,9 %; n = 24), die Notwendigkeit, die Inhalte weiter voranzutreiben und umzusetzen (85,2 %; n = 23), und die Steigerung der Kompetenz der Mitarbeitenden durch die Fortbildung (77,8 %; n = 21) als Gründe an (Tabelle 32 im Anhang). Eine einzelne Kita, die angab, keine erneute Zertifizierung anzustreben, gab als Hauptgrund an, stattdessen in Zukunft den Fokus auf die psychomotorische Entwicklung der Kinder legen zu wollen (n = 1).

3.2 Ergebnisse der Befragung der ABK im Zertifizierungsprozess zur Abbildung der kurzfristigen Wirkung und Implementierung des PPE (Modul I)

3.2.1 Charakterisierung der Stichprobe

Von den insgesamt 36 (t0) bzw. 37 (t1) eingeladenen ABK, nahmen an der digitalen Befragung zum Zeitpunkt t0 15 ABK teil. Nach der Bereinigung der Daten verblieben 13 Fragebögen (86,7 %; RQ: 36,1 %) für die weitere Auswertung. Zum Zeitpunkt t1 wurden Antworten von 19 Personen erhoben. Im Rahmen der Datenbereinigung mussten hier keine Fragebögen ausgeschlossen werden (100 %, RQ: 51,4 %).

Alle an der Evaluation teilnehmenden ABK (100 %; n = 13) hatten zum Zeitpunkt t0 das ABmPE-Zertifikat noch nicht erhalten (Tabelle 33 im Anhang). Fast die Hälfte der Einrichtungen (n = 6) hatte einen kirchlichen Träger (46,2 %) und etwa ein Viertel einen privaten Träger (23,1 %; n = 3) (Tabelle 34 im Anhang). Die weit überwiegende Mehrheit der ABK verfolgte ein bestimmtes Arbeitskonzept, ein Leitbild oder hatte einen Schwerpunkt (92,3 %; n = 12) (Tabelle 35 im Anhang). Besonders häufig standen dabei Bewegung und Sport (83,3 %; n = 10) sowie ein integrativer bzw. inklusiver Ansatz (41,7 %; n = 5) im Fokus (Tabelle 36 im Anhang).

Durchschnittlich waren in den Einrichtungen 11,1 Erzieherinnen und Erzieher (n = 12), 2,7 Kinderpflegerinnen und -pfleger (n = 9), zwei Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger (n = 5), 1,8 hauswirtschaftliche Fach- und Küchenkräfte (n = 10), 1,5 Sozialpädagoginnen und -pädagogen

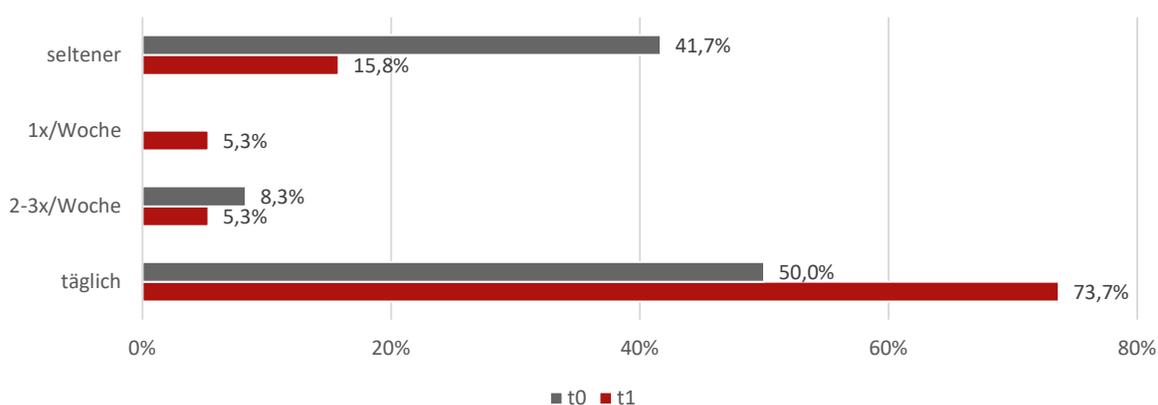
(n = 6), 1,3 Anerkennungspraktikantinnen und -praktikanten (n = 8), 1,3 Ergänzungskräfte (n = 3), 0,8 Heilpädagoginnen und -pädagogen (n = 4) sowie eine weitere Kraft mit einer anderen Berufsbezeichnung (n = 8) tätig (Tabelle 37 im Anhang).

Insgesamt wurden die ABK im Mittel von 82,8 Kindern (n = 12) besucht, davon 40,1 Mädchen (n = 11) und 43,4 Jungen (n = 11). Durchschnittlich waren darunter 19,6 Kinder jünger als drei Jahre und 63,9 Kinder älter als 3 Jahre (n = 11) (Tabelle 38 im Anhang). Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund lag in fünf Einrichtungen (41,7 %) unter 20 %, in zwei Kitas (16,7 %) zwischen 21 % und 40 % sowie in vier Kitas (33,3 %) zwischen 41 % und 60 %. In lediglich einer Kita (8,3%) betrug der Anteil 81 % bis 100 % (Tabelle 39 im Anhang). Der Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die kaum Deutsch sprachen, lag in der Mehrheit der Einrichtungen (84,6 %; n = 11) unter 20 % und in einer Kita (7,7 %) zwischen 81 und 100 % (Tabelle 40 im Anhang). Unter den Erziehungsberechtigten betrug der Anteil derer, die kaum Deutsch sprachen ebenfalls in den meisten Kitas (69,2 %; n = 9) null bis 20 % oder 21 bis 40 % (15,4 %; n = 2) (Tabelle 41 im Anhang). Eine Ermäßigung oder einen Erlass der Elternbeiträge erhielten in 83,3 % der Kitas weniger als 20 % der Erziehungsberechtigten (n = 10) (Tabelle 42 im Anhang). Insgesamt 15,4 % der Einrichtungen wiesen den Status einer plusKITA auf (n = 2) (Tabelle 43 im Anhang).

3.2.2 Strukturen und Verpflegungskonzepte der Einrichtungen

Das erste bzw. zweite Frühstück wurde zum Zeitpunkt der ersten Befragung in der Hälfte der ABK täglich (50,0 %) für die Kinder zubereitet (n = 6). In der zweiten Erhebung gaben etwa drei Viertel der Kita-Leitungen an, den Kindern täglich (73,7 %) Frühstück anzubieten (n = 14) (Abbildung 10).

Abbildung 10: Häufigkeit der Zubereitung des ersten und/oder zweiten Frühstücks in den ABK (t0, n = 12; t1, n = 19)



Im Rahmen des Frühstücks wurde zum ersten Erhebungszeitpunkt in allen Kitas täglich Wasser angeboten (100 %; n = 6). Dies war zum Zeitpunkt der zweiten Befragung unverändert (100 %;

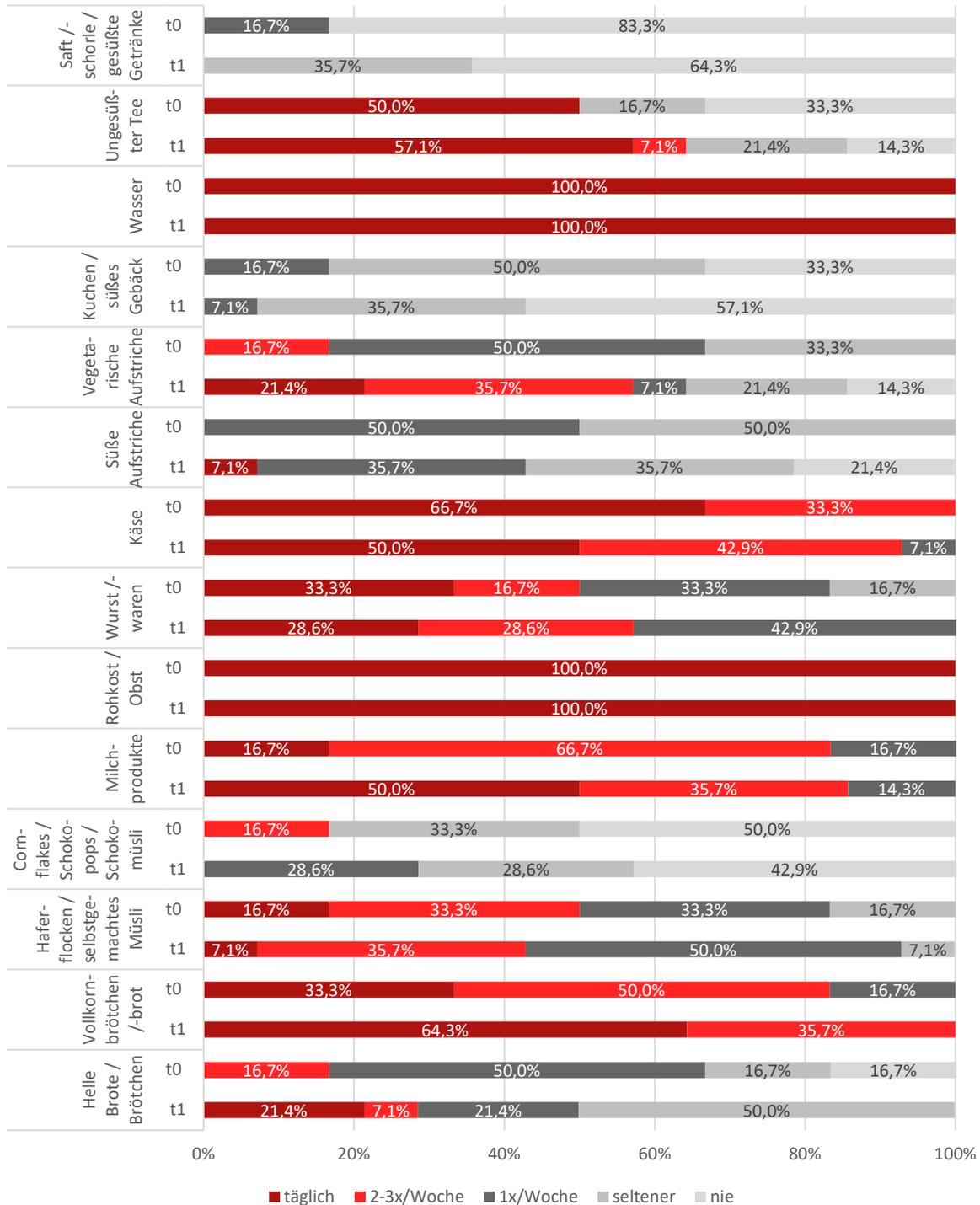
n = 14). Als weiteres Getränk bot laut der ersten Befragung die Hälfte der Einrichtungen täglich ungesüßten Tee zum Frühstück an (50 %; n = 3). Bei der zweiten Befragung war dies in acht ABK der Fall (57,1 %). Saft, Saftschorlen oder gesüßte Getränke standen den Kindern laut der ersten Befragung nur in einer der Einrichtungen etwa einmal pro Woche zur Verfügung (16,7 %); in den übrigen nie (83,3 %; n = 5). In der zweiten Befragung gaben fünf Kitas an, diese Getränke seltener als wöchentlich anzubieten (35,7 %), während die weiteren neun Einrichtungen nie Saft, Saftschorlen oder gesüßte Getränke servierten (64,3 %).

Das Frühstück beinhaltete in allen befragten Kitas sowohl bei der ersten als auch der zweiten Befragung täglich Rohkost und Obst (t0: 100 %, n = 6; t1: 100 %; n = 14). Käse stand zum Zeitpunkt der ersten Erhebung in zwei Drittel der Einrichtungen täglich auf dem Frühstückstisch (66,7 %; n = 4). Zur zweiten Befragung gaben die Hälfte der ABK an, täglich Käse zum Frühstück zu servieren (50 %; n = 3). Weitere Milchprodukte wie Milch und Joghurt gehörten zum ersten Erhebungszeitpunkt in einer Kita täglich (16,7 %; n = 1) sowie in zwei Dritteln der befragten Einrichtungen zwei- bis dreimal pro Woche (66,7 %; n = 4) zum Frühstück dazu. Laut der zweiten Erhebung waren Milchprodukte in der Hälfte der Kitas täglich Bestandteil des Frühstücks (n = 7) und wurden von etwa einem weiteren Drittel zwei- bis dreimal wöchentlich angeboten (35,7 %; n = 5).

Vollkornbrot oder -brötchen servierten zum Zeitpunkt der ersten Befragung ein Drittel der Kitas täglich (33,3 %; n = 2) sowie die Hälfte zwei- bis dreimal pro Woche (50 %; n = 3). In der zweiten Befragung gaben knapp zwei Drittel der Einrichtungen an, täglich Vollkornbackwaren anzubieten (64,3 %; n = 9) und etwa ein Drittel inkludierte diese zwei- bis dreimal pro Woche (35,7 %; n = 5). Haferflocken und selbstgemachte Müslis waren laut der ersten Befragung in einer Kita täglich (16,7 %) sowie in zwei Kitas zwei- bis dreimal wöchentlich (33,3 %) Bestandteil des Frühstücks. Zwei weitere Einrichtungen boten sie einmal pro Woche an (33,3 %). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt stieg der Anteil der ABK, die regelmäßig diese Komponenten in ihr Frühstücksangebot inkludierten, etwas an. Weiterhin servierte eine Kita täglich Haferflocken und selbstgemachte Müslis (7,1 %); etwa ein Drittel bot sie mehrmals wöchentlich an (35,7 %; n = 5) und weitere 50 % der Einrichtungen einmal pro Woche (n = 7).

Cornflakes, Schokopops oder Schokomüsli waren laut der ersten Befragung in einer Kita zwei- bis dreimal wöchentlich Bestandteil des Frühstücks (16,7 %). Ein Drittel der Einrichtungen inkludierte diese Lebensmittel seltener als wöchentlich in ihr Angebot (33,3 %; n = 2). Bei der zweiten Erhebung gaben jeweils vier ABK an, diese Cerealien seien einmal pro Woche oder seltener in ihrem Frühstücksangebot enthalten (28,6 %). Weitere Frühstückskomponenten können Abbildung 11 entnommen werden.

Abbildung 11: Zusammensetzung des Frühstücks (t0, n = 6; t1, n = 14)



Zum Mittagessen wurden sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt von allen Kitas Getränke angeboten (t0: 100 %, n = 12; t1: 100 %, n = 19). In den meisten Einrichtungen standen darüber hinaus zum Zeitpunkt der ersten Befragung Gemüse, Salat und Rohkost täglich auf dem Speiseplan (91,7 %; n = 11). Laut den Teilnehmenden der zweiten Erhebung boten 78,9 % (n = 15) der ABK diese Lebensmittelgruppe jeden Tag an; die übrigen zwei- bis dreimal wöchentlich (21,1%; n = 4). In einem Drittel der Kitas standen zum ersten Erhebungszeitpunkt täglich frisches Obst, Nüsse oder Ölsaaten auf dem Mittagstisch (33,3 %; n = 4), in den weiteren zwei Dritteln zwei- oder dreimal pro Woche (66,7 %; n = 8). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt verdoppelte sich der Anteil der Einrichtungen, die täglich Obst, Nüsse oder Ölsaaten servierten fast auf 63,2 % (n = 12).

Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln standen den Kindern zum Zeitpunkt der ersten Befragung in zwei Drittel der Kitas zwei- bis dreimal wöchentlich (66,7 %; n = 8) und in einem Viertel der befragten Einrichtungen täglich zur Verfügung (25,0 %; n = 3). Bis zur zweiten Erhebung stieg der Anteil der ABK, in denen es jeden Tag Getreide, Getreideprodukte oder Kartoffeln zum Mittagessen gab, auf 47,4 % (n = 9) an, während diese Lebensmittel in 52,6 % (n = 10) der Einrichtungen mehrmals wöchentlich auf dem Speiseplan standen. Der Anteil von Kitas, die zwei- bis dreimal wöchentlich Vollkornprodukte in das Mittagessen inkludierten, stieg ebenfalls von 58,3 % (n = 7) in der ersten Befragung auf 68,4 % (n = 13) in der zweiten Erhebung an.

Gleichermaßen wurden Milchprodukte laut der ersten Erhebung meist zwei- oder dreimal pro Woche (58,3 %; n = 7) und in einem Viertel der Einrichtungen jeden Tag zum Mittagessen serviert (25,0 %; n = 3). Zum Zeitpunkt der zweiten Befragung standen Milchprodukte in 21,1 % (n = 4) der ABK täglich sowie in 47,4 % (n = 9) der Einrichtungen mehrmals wöchentlich auf dem Speiseplan. Fleisch, Wurst und Eier wurden zum Zeitpunkt der ersten Erhebung in den meisten ABK zwei- bis dreimal wöchentlich zum Mittagessen angeboten (50,0 %; n = 6). Zur zweiten Befragung hatte sich dieser Anteil auf 26,3 % (n = 5) reduziert. Knapp drei Viertel der Einrichtungen nahmen Fleisch, Wurst oder Eier nun einmal pro Woche in das Mittagessen auf (73,7 %; n = 14). Weitere Komponenten des Mittagessens können Abbildung 12 entnommen werden.

Abbildung 12: Zusammensetzung des Mittagessens (t0, n = 12; t1, n = 19)



Mineralwasser, Leitungswasser und ungesüßter Tee wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten von allen Einrichtungen angeboten (t0: n = 12; t1: n = 19). Bei der zweiten Befragung gab kein ABK mehr an, gesüßten Tee (t0: 8,3 %) oder Fruchtsäfte und Fruchtsaftgetränke/-nektare (t0: 8,3 %) zu servieren (Tabelle 44 im Anhang).

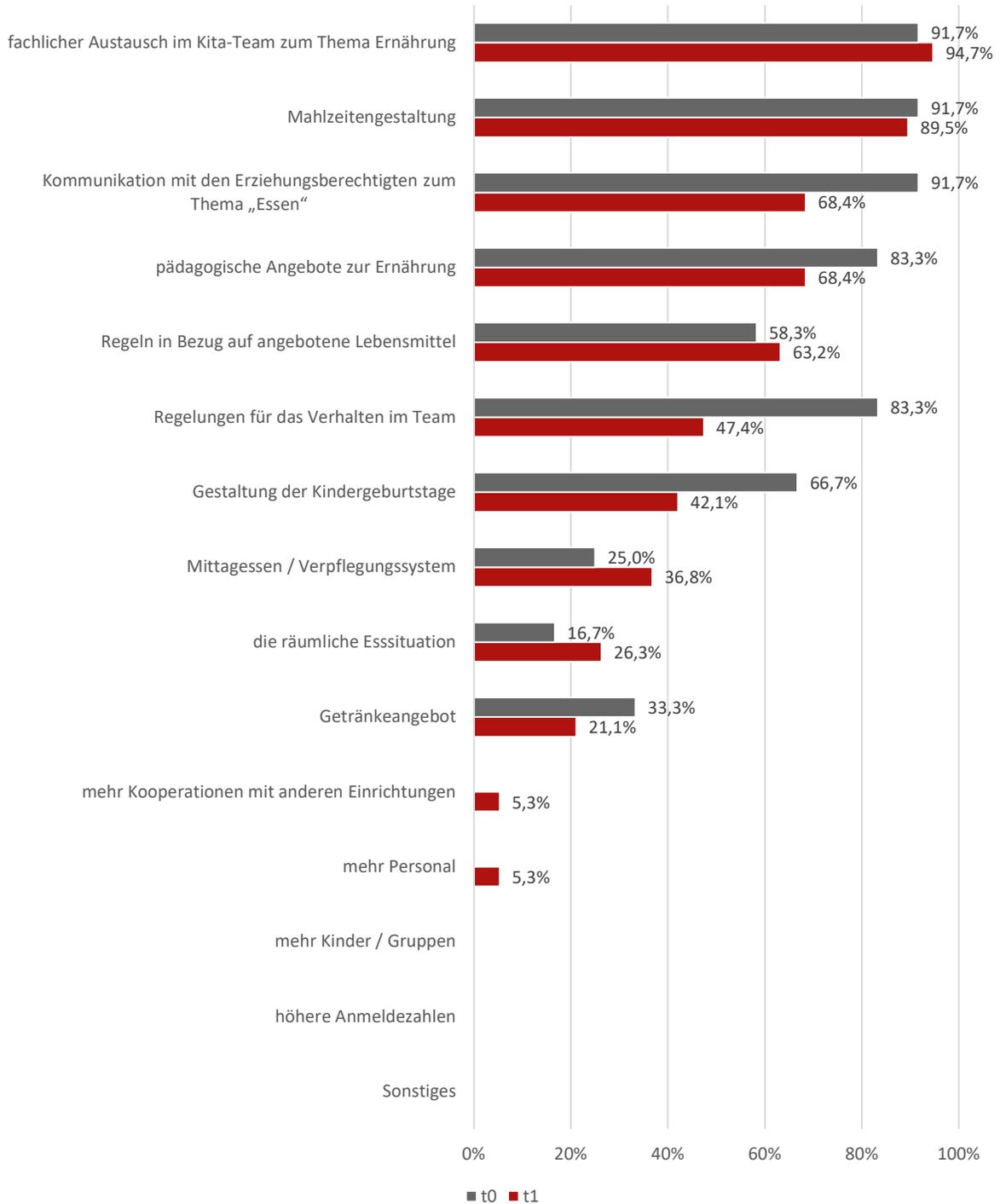
3.2.3 Beteiligung, Erwartungen, Arbeitsaufwand und Veränderungen

Im Rahmen der zweiten Befragung (t1) gaben 47,4 % der ABK (n = 9) an, Angebote für Erziehungsberechtigte zum Thema Ernährung zu offerieren (Tabelle 45 im Anhang). Das Interesse seitens der Erziehungsberechtigten an diesem Thema schätzte mehr als die Hälfte der Leitungen der ABK als „teils-teils“ (57,9 %; n = 11) und etwa ein Viertel als „sehr hoch“ (15,8 %; n = 3) oder „hoch“ (10,5 %; n = 2) ein. Zu t0 wurde das Interesse der Erziehungsberechtigten höher eingeschätzt („teils-teils“: 33,3 %, n = 4; „hoch“: 50 %, n = 6; „sehr hoch“: 8,3 %, n = 1) (Tabelle 46 und Tabelle 47 im Anhang). Etwa drei Viertel (73,7 %; n = 9) der befragten ABK führten Angebote zur Ernährungsbildung mit Kindern meist wöchentlich (42,9 %; n = 6) oder mehrmals wöchentlich (21,4 %; n = 3) durch (Tabelle 49 im Anhang).

Zum ersten Zeitpunkt der Erhebung erwarteten die meisten Teilnehmenden eine Veränderung des fachlichen Austauschs im Kita-Team zum Thema Ernährung, zur „Mahlzeitengestaltung“ und zur „Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten zum Thema Essen“ (jeweils 91,7 %; n = 11). Im Rahmen der zweiten Befragung wurde am häufigsten von Veränderungen des fachlichen Austauschs im Team (94,7 %; n = 18) und bei der Mahlzeitengestaltung (89,5 %; n = 17) berichtet. Bezüglich der Anzahl der Kinder und der Anmeldezahlen wurde keine Veränderung erwartet und sie trat auch in keiner der Einrichtungen ein (Abbildung 13).

Die Erwartungen, die die Kita-Leitungen an den PPE mit Blick auf ihren Kita-Alltag hatten, wurden in etwa zwei Drittel der Einrichtungen „voll und ganz“ (63,2 %; n = 12) und im weiteren Drittel „eher erfüllt“ (36,8 %; n = 7) (Tabelle 51 im Anhang). Durch die Zertifizierung hatten sich insbesondere der fachliche Austausch zum Thema Ernährung (94,7 %) und die Mahlzeitengestaltung (89,5 %) verbessert (n = 19). Diese Veränderungen traten in einem größeren Anteil der Einrichtungen auf als die Kita-Leitungen (n = 12) im Rahmen der ersten Erhebung erwartet hatten. Auf das Personal und Kooperationen mit anderen Einrichtungen (jeweils 5,3 %) hatte der Prozess der Zertifizierung nur einen geringen Einfluss (Abbildung 13). Den pädagogischen Arbeitsaufwand, der für die Umsetzung des PPE notwendig war, schätzten 84,2 % der befragten Kita-Leitungen im Rahmen der zweiten Erhebung als „angemessen“ (n = 16) ein, weitere 15,8 % als „nicht mehr als bislang“ (n = 3). Keine der Einrichtungen bewertete den Arbeitsaufwand als „zu hoch“ (Tabelle 52 im Anhang). Abschließend waren alle ABK der Ansicht, der Weg zur ABmPE-Zertifizierung habe sich gelohnt und sie würden ihn wieder gehen (n = 19) (Tabelle 53 und Tabelle 54 im Anhang).

Abbildung 13: Erwartete und tatsächliche Veränderung durch den PPE-Zertifizierungsprozess (t0, n = 11; t1, n = 19)



3.3 Ergebnisse der Schulungsbefragungen (Modul II)

3.3.1 Charakterisierung der Stichprobe

Zum Zeitpunkt t0, unmittelbar vor der Schulung, erfolgte die Befragung der Schulungsteilnehmenden zum Ist-Stand und zu den Erwartungen mittels eines papierbasierten quantitativen Fragebogens. Es wurden insgesamt 773 Fragebögen versendet, 684 Personen nahmen an der Erhebung teil. Nach der Datenbereinigung konnten 681 Fragebögen (99,6 %, RQ: 88,1 %) in die Datenanalyse aufgenommen werden. Zum Zeitpunkt t1, unmittelbar nach der Schulung, erfolgte die Befragung der Teilnehmenden durch einen zweiten papierbasierten quantitativen Fragebogen, um die Schulung retrospektiv zu bewerten. An dieser Befragung nahmen von den ebenfalls 773 eingeladenen Personen 687 teil. Nach Bereinigung der Daten verblieben 686 ausgefüllte Fragebögen (99,9 %; RQ: 88,9 %).

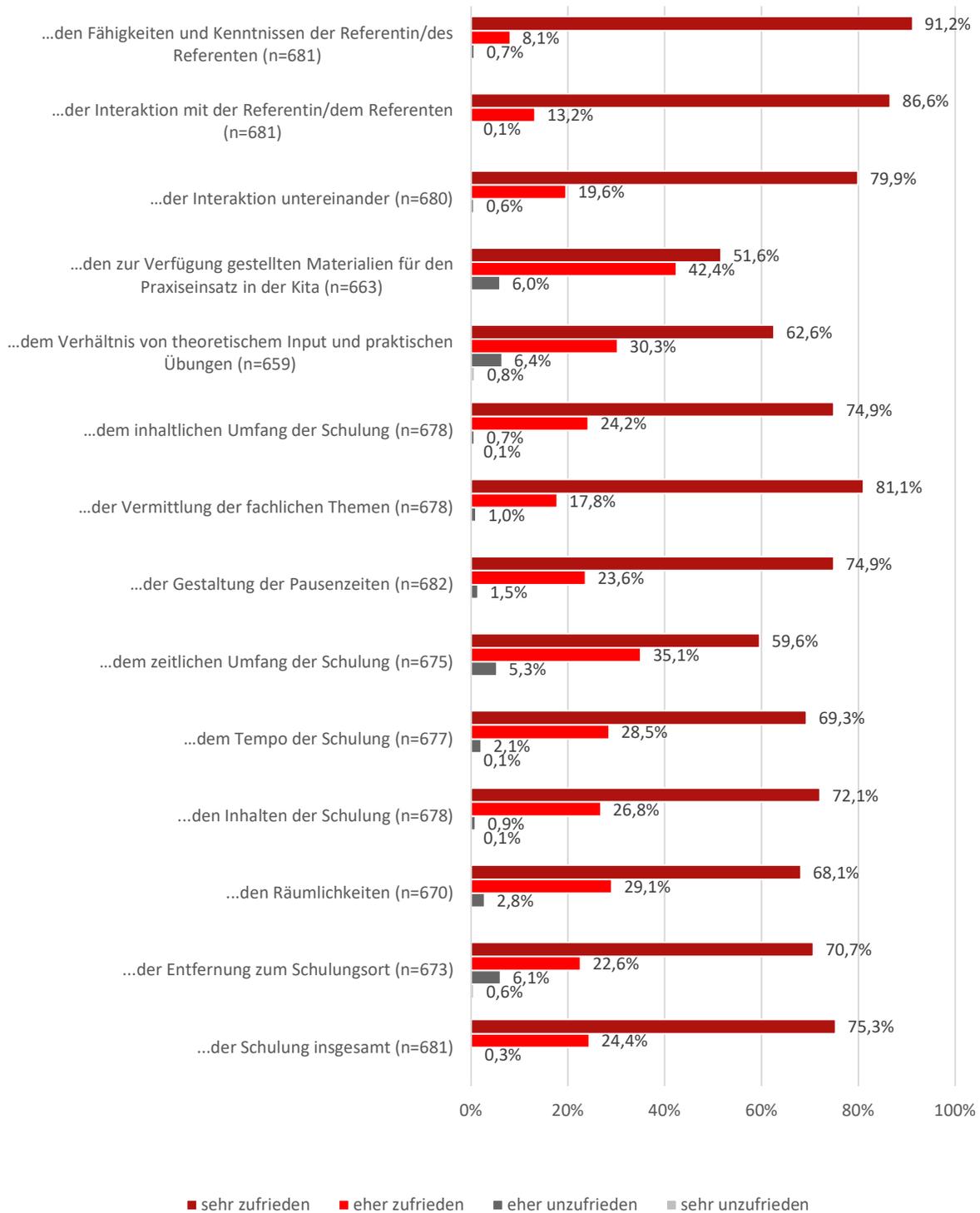
Der Großteil der Teilnehmenden war weiblich (95,0 %; n = 647). Das durchschnittliche Alter betrug 37,3 Jahre bei einer Spanne von 18 bis 65 Jahren (SD = 11,5 Jahre) (Tabelle 55 im Anhang). Etwa drei Viertel der Schulungsteilnehmenden (74,3 %; n = 462) verfügten als höchsten beruflichen Abschluss über eine abgeschlossene Berufsausbildung (Tabelle 56 im Anhang). Ihre Funktion in der Kita beschrieben die meisten Schulungsteilnehmenden als „Erzieherinnen und Erzieher“ (76,1 %; n = 501) (Tabelle 57 im Anhang).

Bei 60,7 % der Schulungsteilnehmenden war die jeweilige Kita bereits mit dem PPE zertifiziert (n = 412) (Tabelle 58 im Anhang). An der Basisschulung nahm etwa die Hälfte der Schulungsteilnehmenden in der eigenen Kita (49,6 %; n = 339) und ein Drittel (29,3 %; n = 200) in einer fremden Kita teil (Tabelle 59 im Anhang).

3.3.2 Zufriedenheit mit der Schulung

Die Teilnehmenden waren überwiegend „sehr zufrieden“ mit der Schulung insgesamt (75,3 %; n = 513). Die größten Anteile von sehr zufriedenen Teilnehmenden konnten bei den Aspekten der Fähigkeiten und Kenntnissen der Referentin bzw. dem Referenten (91,2 %; n = 621), der Interaktion mit der Referentin bzw. dem Referenten (86,6 %; n = 590) sowie der Vermittlung der fachlichen Themen (81,1 %; n = 550) verzeichnet werden. Das Verhältnis von theoretischem Input und praktischen Übungen (6,4 %; n = 42) sowie die Entfernung zum Schulungsort (6,1 %; n = 41) wiesen den höchsten Anteil von „eher unzufriedenen“ Teilnehmenden auf (Abbildung 14).

Abbildung 14: Zufriedenheit mit Aspekten der Schulung (t1)



Insgesamt bot die Basisschulung laut der Einschätzung der Teilnehmenden einen hohen Informationsgehalt. Insbesondere der Umfang des vermittelten Wissens bezüglich Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder (61,2 %) sowie rechtlicher Aspekte (57,0 %) wurde von der Mehrheit der Schulungsteilnehmenden mit „sehr viel“ bewertet (Abbildung 19, S. 52).

In Freitextantworten benannten die Schulungsteilnehmenden, dass ihnen insbesondere die Austauschmöglichkeit und Atmosphäre im Rahmen der Schulung (30,0 %; n = 73), die Kenntnisse und das Fachwissen der Referentin bzw. des Referenten (25,9 %; n = 63) sowie ihre Vermittlungsmethoden und die behandelten Themen bzw. der dadurch generierte Wissenszuwachs (je 18,9 %; n = 46) gefallen hatten. Von weiteren Teilnehmenden wurde der Ablauf bzw. die Struktur der Schulung (3,7 %; n = 9) als besonders gut empfunden (Tabelle 60 im Anhang). Optimierungsbedarf erkannten darüber hinaus insgesamt 74 Schulungsteilnehmende. Von diesen äußerten 36,0 % den Wunsch, praktische Einheiten, wie ein gemeinsames Kochen, vermehrt durchzuführen. Diese sind zwar fester Bestandteil der Basisschulungen, aufgrund der Bedingungen der COVID-19-Pandemie waren die Praxisanteile jedoch überwiegend nicht umsetzbar. Zudem sollten die Themen und Inhalte nach der Ansicht von 24,0 % (n = 18) der Schulungsteilnehmenden sowie die Länge bzw. die Struktur der Schulung nach Meinung von 22,7 % (n = 17) der Teilnehmenden optimiert werden (Tabelle 61 im Anhang).

3.3.3 Umsetzung der Schulungsinhalte und Veränderungen im Kita-Alltag

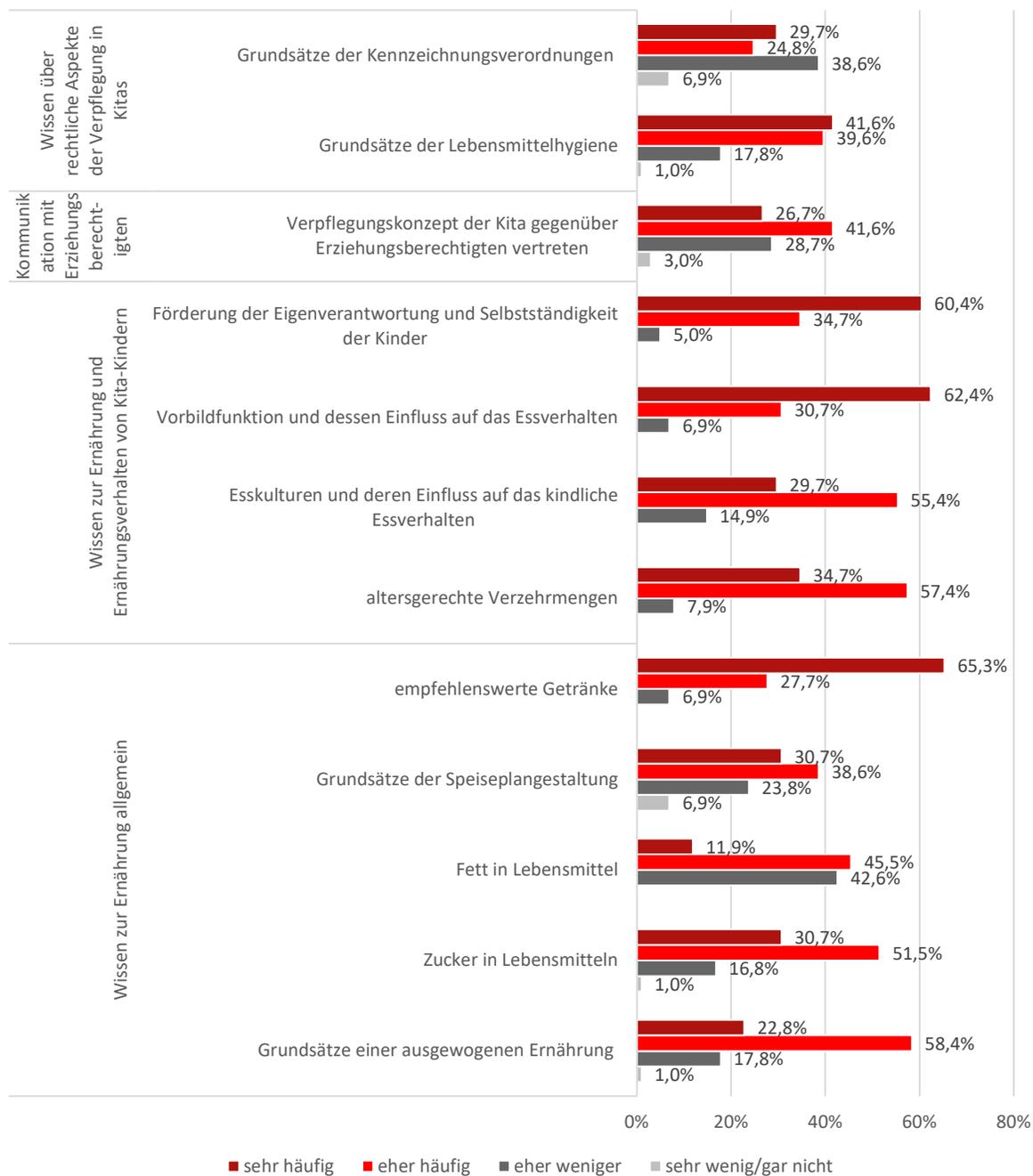
Zum Erhebungszeitpunkt t2, sechs Monate nach der Basisschulung, erfolgte die letzte Befragung der Schulungsteilnehmenden, um den Transfer der theoretischen Inhalte der PPE-Basisschulung in den Kita-Praxisalltag zu erheben. Von den 673 eingeladenen Personen nahmen an dieser Befragung 109 Personen teil. Nach Datenbereinigung konnten 101 Fragebögen (92,7 %; RQ: 15,0 %) in die weitere Auswertung aufgenommen werden.

In Abbildung 19 (S. 52) sind die zeitpunktübergreifenden (t0, t1, t2) Ergebnisse dargestellt. Der Mehrheit der Schulungsteilnehmenden waren die Inhalte der Schulung sechs Monate später noch präsent. Insbesondere das Thema „Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder“ war 42,6 % (n = 43) der Teilnehmenden sehr präsent im Gedächtnis geblieben. Die Informationen zur Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten waren hingegen nur 19,8 % (n = 20) sehr präsent und 20,8 % (n = 21) weniger präsent. Im Vergleich zu dem Wissen vor der Schulung konnte der Wissensstand durch die Schulung in allen vier Bereichen gesteigert werden. Das bedeutet, der Anteil der Teilnehmenden, denen das Wissen nach sechs Monaten sehr präsent war, war höher als der Anteil der Teilnehmenden, die vor der Schulung ihr Wissen über das jeweilige Thema als sehr gut einschätzten. Daraus lässt sich eine Zunahme des Wissens zum letzten Befragungszeitpunkt im Vergleich zur Ersterhebung ableiten.

Die Übertragung des in der Schulung behandelten Wissens zur Ernährung in die praktische Tätigkeit der Kita gelang am häufigsten bei den Themen „Förderung der Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Kinder“ (sehr häufig = 60,4 %; eher häufig = 34,7 %), „empfehlenswerte Getränke“ (sehr häufig = 65,3 %; eher häufig = 27,7 %) und „Vorbildfunktion und dessen Einfluss auf das Essverhalten“ (sehr häufig = 62,4 %; eher häufig = 30,7 %). Beim Thema „Fett in Lebensmitteln“ gaben dagegen 42,6 % der Teilnehmenden an, es „eher weniger“ in den Kita-

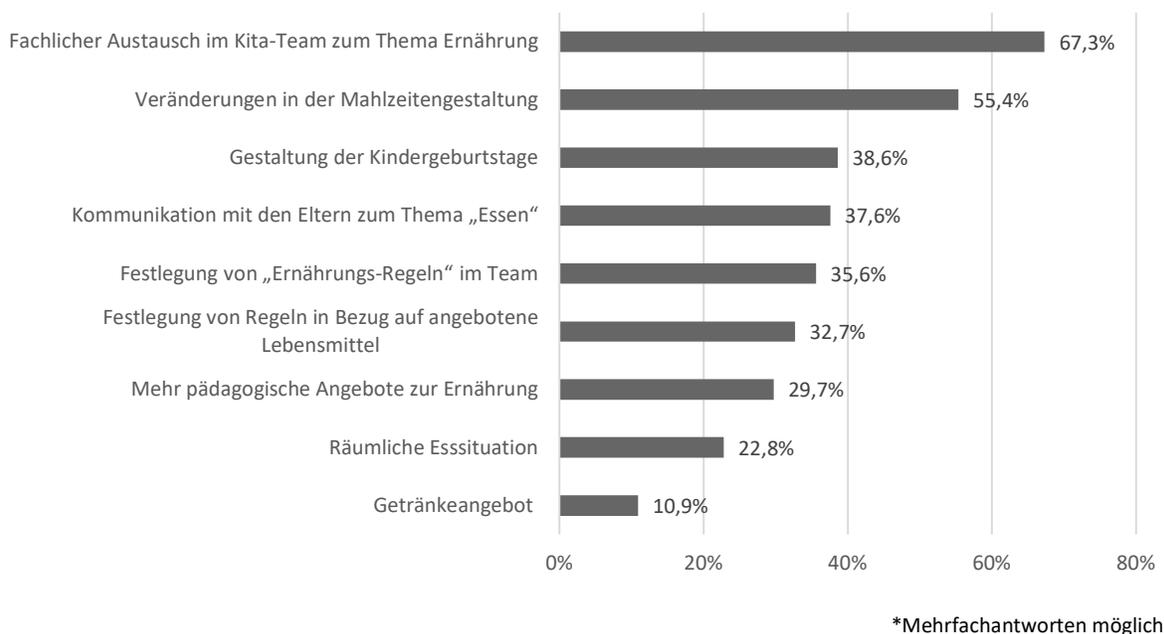
Alltag einfließen zu lassen. Ebenso war dies bei 38,6 % der Schulungsteilnehmenden im Hinblick auf das Thema „Grundsätze der Kennzeichnungsverordnung“ der Fall (Abbildung 15).

Abbildung 15: Umsetzung der Schulungsinhalte in der Kita (t2, n = 101)



Die Mehrheit der Teilnehmenden gab zu t2 an, seit der Teilnahme an der Basisschulung „sehr große“ (10,1 %; n = 10) oder „eher große“ (60,6 %; n = 60) Veränderungen in Bezug auf Essen und Ernährung in ihrem Kita-Alltag beobachtet zu haben. Lediglich 2,0 % der Schulungsteilnehmenden (n = 2) berichteten von keinen Veränderungen (Tabelle 62 im Anhang). Besonders häufig veränderten sich nach Wahrnehmung der Schulungsteilnehmenden der fachliche Austausch im Kita-Team zum Thema Ernährung (67,3 %; n = 68) und die Mahlzeitengestaltung (55,4 %; n = 56). Veränderungen bezüglich der räumlichen Esssituation (22,8 %; n = 23) oder des Getränkeangebots (10,9 %; n = 11) wurden hingegen seltener beobachtet (Abbildung 16).

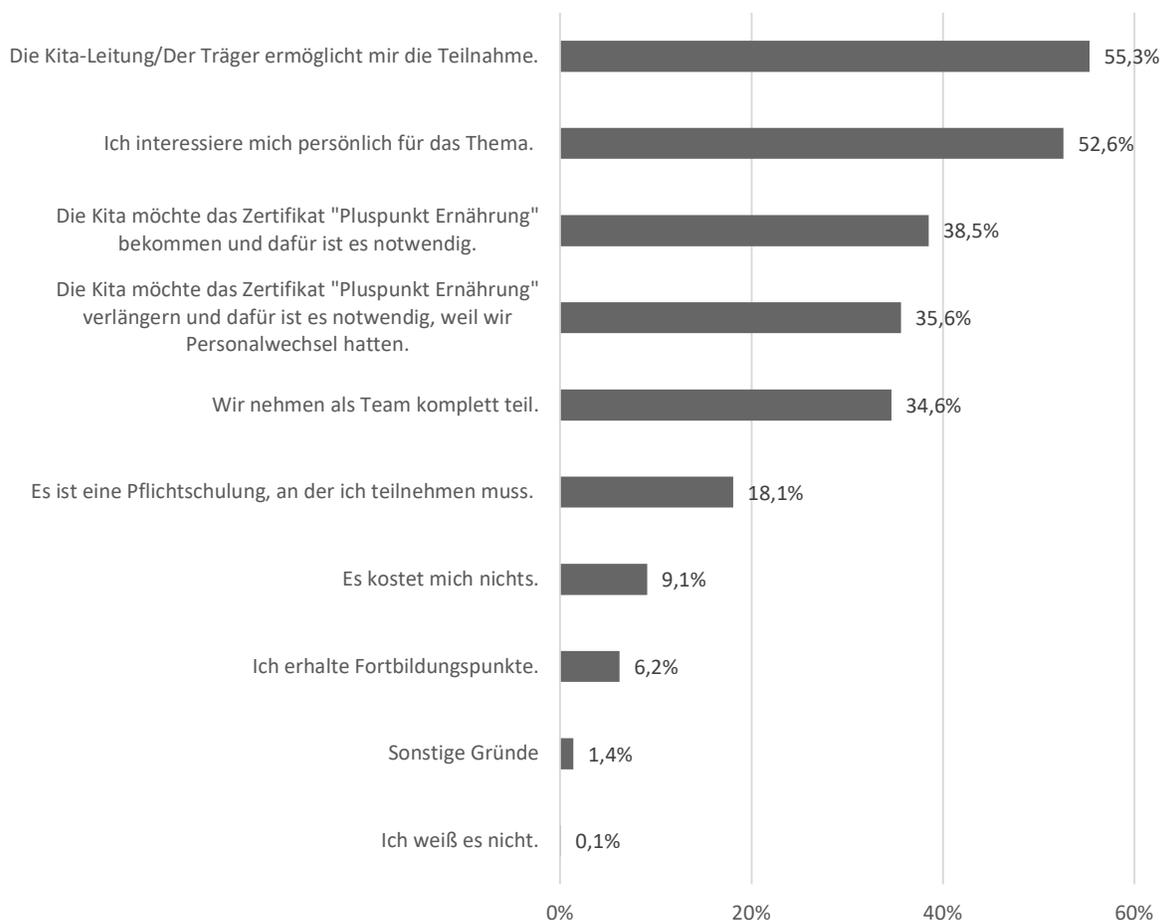
Abbildung 16: Veränderungen im Kita-Alltag nach der Schulungsteilnahme* (t2, n = 101)



3.3.4 Erwartungen an die Schulung und deren Erfüllungsgrad

Als Gründe für die Teilnahme an der Schulung standen insbesondere das Ermöglichen der Teilnahme durch die Leitung bzw. den Träger der Kita (55,3 %; n = 376) sowie das persönliche Interesse (52,6 %; n = 358) im Vordergrund. Zudem gab jeweils mehr als ein Drittel der Teilnehmenden an, an der Schulung teilzunehmen, um das PPE-Zertifikat zu erhalten (38,5 %; n = 262) oder zu verlängern (35,6 %; n = 242) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Gründe für die Teilnahme an der Basisschulung* (t0, n = 680)



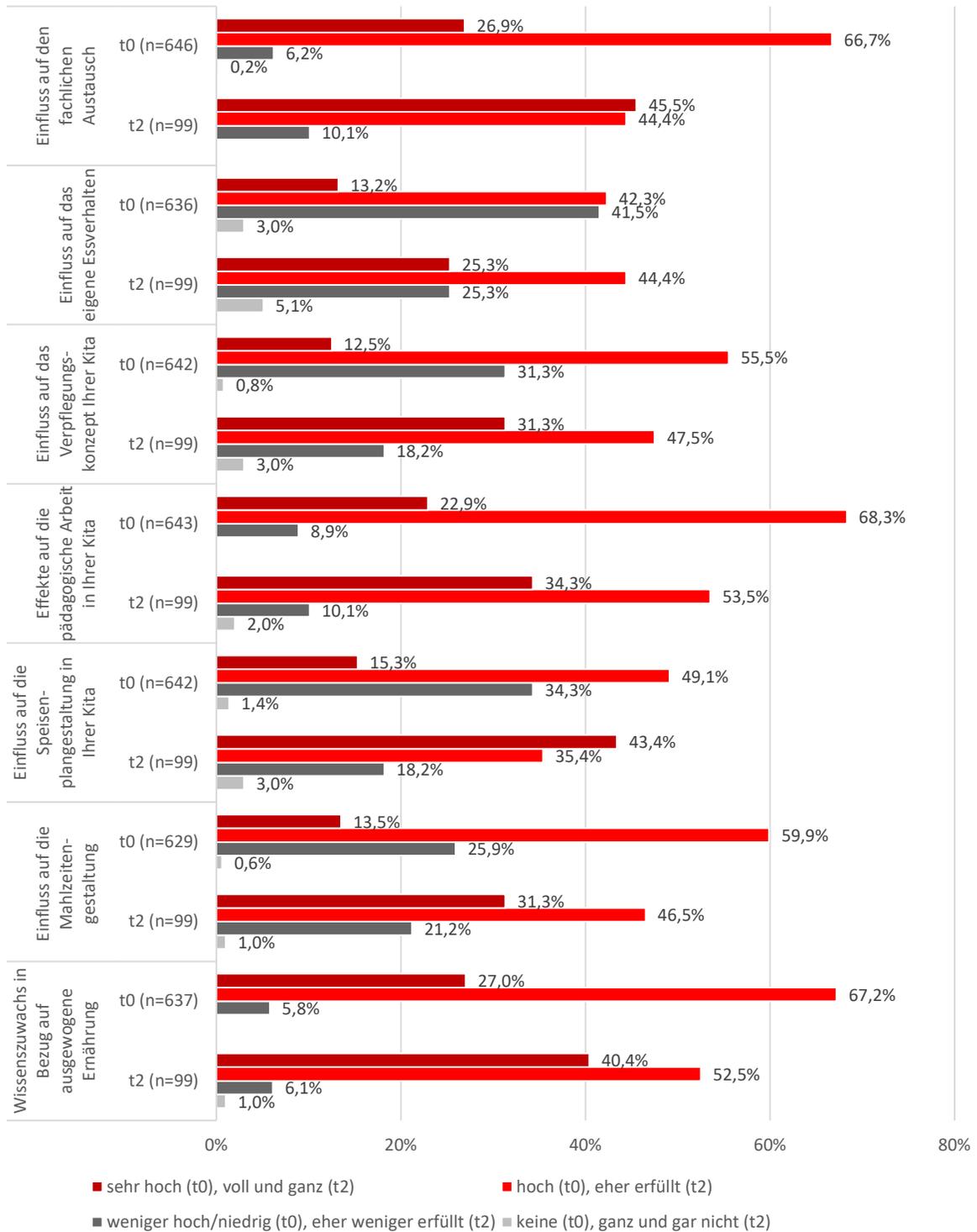
*Mehrfachantworten möglich

Die Erwartungen an die Schulungsteilnahme (t0) wurden von den meisten Teilnehmenden als „hoch“ oder „sehr hoch“ beschrieben. Die Teilnehmenden erwarteten insbesondere einen Wissenszuwachs in Bezug auf ausgewogene Ernährung (sehr hoch = 27,0 %, n = 172; hoch = 67,2 %, n = 428), einen Einfluss auf den fachlichen Austausch im Team (sehr hoch = 26,9 %, n = 174; hoch = 66,7 %, n = 431) sowie Effekte auf die pädagogische Arbeit in der Kita (sehr hoch = 22,9 %, n = 147; hoch = 68,3 %, n = 439) (Abbildung 18).

Zum Erhebungszeitpunkt t2 gaben die Teilnehmenden mehrheitlich an, die hohen Erwartungen an einen Wissenszuwachs bezüglich ausgewogener Ernährung durch die Teilnahme an der Schulung seien erfüllt worden (voll und ganz = 40,4 %, n = 40; eher erfüllt = 52,5 %, n = 52). Gleichermaßen hatte die Schulung einen Einfluss auf den fachlichen Austausch im Team, sodass die Erwartungen bei 45,5 % (n = 45) der Teilnehmenden „voll und ganz“ sowie laut 44,4 % (n = 44) der Teilnehmenden „eher erfüllt“ wurden. Darüber hinaus entsprach der Einfluss auf die

pädagogische Arbeit in der Kita gemäß 87,8 % der Teilnehmenden ihren Erwartungen (voll und ganz = 34,3 %, n = 34; eher erfüllt = 53,5 %, n = 53). „Eher weniger erfüllt“ wurde laut 25,3 % (n = 25) der Schulungsteilnehmenden der erwartete Einfluss auf das eigene Essverhalten sowie bei 21,2 % (n = 21) der Befragten auf die Gestaltung der Mahlzeiten.

Abbildung 18: Erwartungen an die Schulung (t0) und erfüllte Erwartungen (t2)

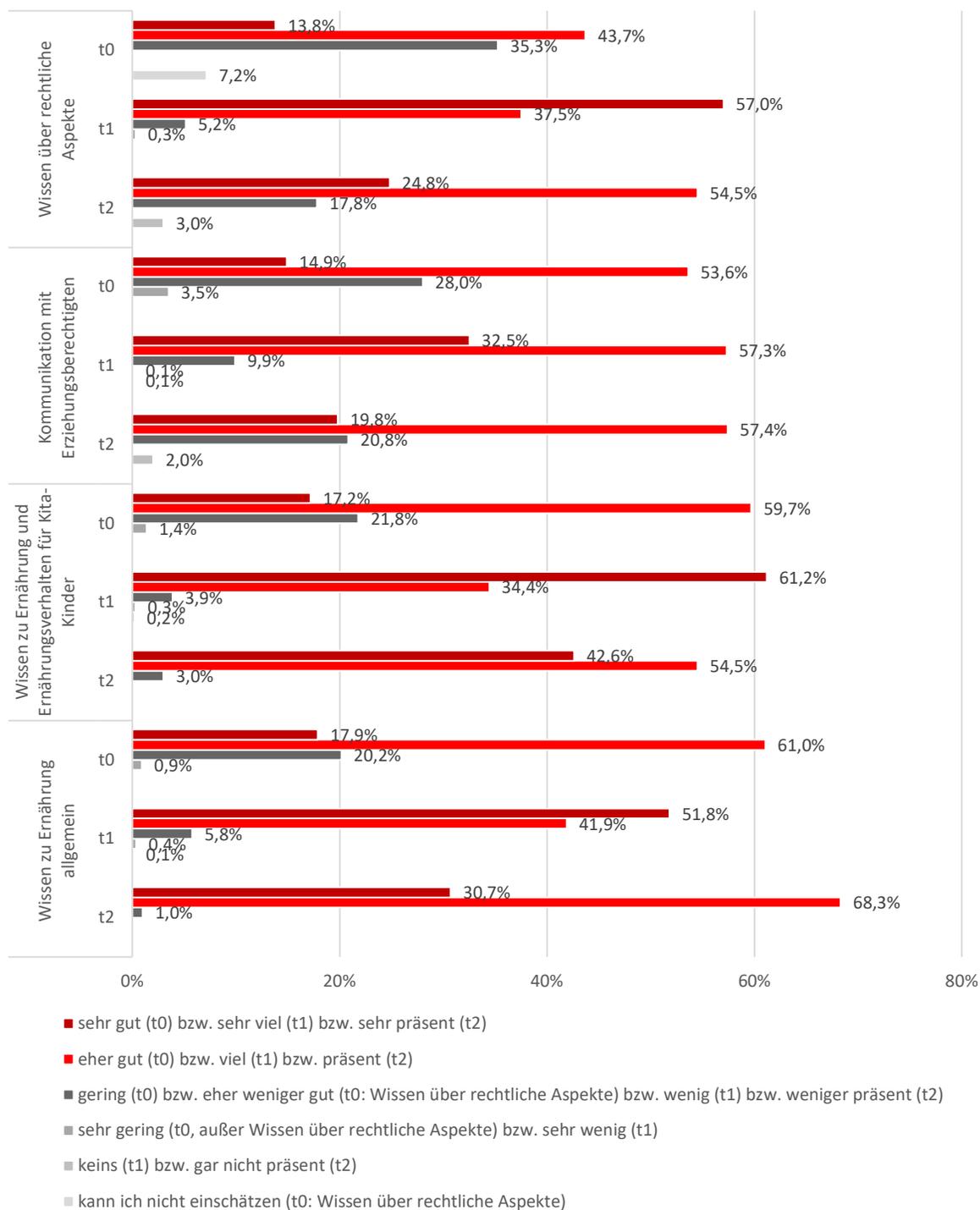


Das bereits vorhandene Wissen und die Kompetenzen zu unterschiedlichen Aspekten der Ernährung wurden von einem Großteil der Schulungsteilnehmenden als „eher gut“ eingeschätzt. Insbesondere bezüglich Ernährung allgemein (sehr gut = 17,9 %; eher gut = 61,0 %) sowie Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder (sehr gut = 17,2 %; eher gut = 59,7 %) verfügte ein Großteil der Teilnehmenden über Vorwissen. Im Gegensatz dazu gaben 35,5 % der Teilnehmenden an, nur über geringes Wissen über rechtliche Aspekte der Ernährung in der Kita zu verfügen.

Der Informationsgehalt der Schulung wurde von den Teilnehmenden überwiegend mit „sehr viel“ oder „viel“ eingeschätzt. Insbesondere die Inhalte bezüglich der rechtlichen Aspekte, zu denen das Wissen im Vorhinein eher weniger ausgeprägt war, wurden als sehr umfassend bewertet (sehr viel = 57,0 %; viel = 37,5 %). Zudem gaben die meisten Teilnehmenden an, die Schulung habe „sehr viele“ (61,2 %) oder „viele“ (34,4 %) Informationen zu Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder vermittelt.

Sechs Monate später waren die Schulungsinhalte den meisten Teilnehmenden noch präsent. Insbesondere das Wissen zu Ernährung im Allgemeinen (sehr präsent = 30,7 %; präsent = 68,3 %) sowie speziell für Kita-Kinder (sehr präsent = 42,6 %; präsent = 54,5 %) blieb fast allen Teilnehmenden nach eigenen Angaben im Gedächtnis. Die Informationen bezüglich der Kommunikation mit Erziehungsberechtigten waren 20,8 % der Schulungsteilnehmenden weniger präsent sowie 2,0 % gar nicht mehr präsent (Abbildung 19).

Abbildung 19: Einschätzung des vorhandenen Wissens (t0, n = 767), des Informationsgehalts der Schulung (t1, n = 686) und des Wissens nach der Schulung (t2, n = 101)



Anmerkung zu t0 und t1: „Wissen zu Ernährung allgemein“ umfasst die Kategorien „Grundsätze einer ausgewogenen Ernährung (bspw. Ernährungspyramide)“, „Zucker in Lebensmitteln“, „Fettgehalt von Lebensmitteln“, „Grundsätze der Speiseplangestaltung“ und „empfehlenswerte Getränke“. „Wissen zu Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder“ umfasst die Kategorien „altersgerechte Verzehrmenen für Kita-Kinder“, „Esskulturen und deren Einfluss auf das kindliche Essverhalten“, „Vorbildfunktion und dessen Einfluss auf das Essverhalten“ und „Förderung der Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Kinder“. „Wissen über rechtliche Aspekte“ umfasst die Kategorien „Grundsätze der Lebensmittelhygiene“ und „Grundsätze der Kennzeichnungsverordnung (Allergene und Zusatzstoffe)“.

Anmerkung zu n: Aufgrund der zusammengefassten Kategorien bei t0 und t1 wird jeweils die höchste Anzahl an gültigen Fällen je Erhebungszeitpunkt angegeben

3.3.5 Bewertung und Optimierungspotenziale der Basisschulungen

Die Methodenauswahl und die Vielfalt der vermittelten Methoden gefiel der Mehrheit der Teilnehmenden besonders (38,5 %; n = 35). Ebenfalls positiv bewerteten 31,9 % der Teilnehmenden (n = 29) den Aspekt, dass die Schulung sowohl aktuelle wissenschaftliche Evidenz als auch Impulse, Ideen und Tipps für den Alltag vermittelt. Die Referentinnen und Referenten der Schulung empfanden 20,9 % der Teilnehmenden (n = 19) als gut. Bezüglich der Vermittlung der Inhalte (fachlich, Präsentation) gaben 18,7 % der Teilnehmenden (n = 17) an, dass ihnen diese gefiel. Insgesamt 13,2 % (n = 12) nahmen eine gute Atmosphäre während der Schulung wahr (Tabelle 63 im Anhang). Eine Betrachtung des wahrgenommenen Optimierungspotenzials der Schulung zeigte auf, dass sich 42,9 % der Teilnehmenden (n = 81) mehr Integration von Praxisübungen und Bewegung wünschten. Zudem hielten 25,9 % (n = 49) eine Optimierung der Struktur und des Zeitmanagements für wünschenswert. Jeweils 7,3 % der Teilnehmenden (n = 14) äußerten, dass eine Vertiefung in spezifische Themenbereiche sowie eine Erweiterung des Materials in ihren Augen sinnvoll seien (Tabelle 64 im Anhang).

3.4 Ergebnisse der Fallstudien (Modul III)

Um die Erkenntnisse der quantitativen Erhebungen vertiefend zu betrachten, wurden Fallstudien aus der ABmPE-Anbieterperspektive (LK für Ernährung und Bewegung) und der ABmPE-Nachfrageperspektive (Kita-Leitungen im PPE-Zertifizierungsprozess und Kita-Träger) mittels Einzelinterviews durchgeführt. Hierzu wurden – neben den beiden LK – insgesamt fünf Träger und fünf Kita-Leitungen entsprechend den soziodemografischen Indikatoren (Größe der Kita, Trägerschaft, Sozialstatus, Region, Zeitpunkt der Zertifizierung) ausgewählt und telefonisch befragt. Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus den zwölf Interviews dargestellt.

3.4.1 Charakterisierung der Stichprobe

Im Rahmen der Erhebung wurden fünf **Kita-Leitungen** befragt, die zwischen drei und 40 Jahren in leitender Position tätig waren. Die soziale und wirtschaftliche Einschätzung des Umfelds variierte stark: Zwei beschrieben es als „guten Mittelstand“, eine als „bunt gemischt“ und die anderen beiden erwähnten einen „ländlichen“ oder „kleinstädtischen“ Sozialraum mit einem familienfreundlichen Umfeld. Die Zertifizierungszeitpunkte zum ABK lagen zwischen 2006 und 2022. Die Zertifizierung zum PPE hatten zwei Einrichtungen 2021 und drei 2022 erhalten. Zwei Kitas hatten den Zertifizierungsprozess für ABK und PPE gleichzeitig durchgeführt.

Im Rahmen der Erhebung wurden zudem fünf verschiedene **Kita-Träger** in NRW befragt. Die Anzahl der den Kita-Trägern zugehörigen Kitas variierte stark von einer bis 106 zugehörigen Einrichtungen. Ebenso heterogen war der Anteil der Kitas der jeweiligen Träger, die ABK waren. Dieser reichte von ca. 15 % bis hin zu 100 %. Die Varianz des Anteils der Kitas mit PPE-Zertifikat war ähnlich groß und reichte von 2 % über knapp 30 % bis hin zu 100 %.

Die interviewte **LK für Bewegung** war zusammen mit ihrem Beratungsteam verantwortlich für die Umsetzung des Landesprogramms „Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes NRW“, zugleich steuerte sie die strategische Ausrichtung des Handlungsfeldes Bewegungsförderung von Kindern unter sieben Jahren in Verein und Kita in der Sportjugend des Landessportbundes NRW. Die Steuerung des o. g. Landesprogramms erfolgte durch den organisierten Sport eigenständig und war deshalb nicht Bestandteil dieser Evaluation.

Bei der **LK für Ernährung** lag der thematische Aufgabenschwerpunkt hingegen ausschließlich im Ernährungsbereich. Sie beschrieb ihren Tätigkeitsbereich wie folgt:

„Ich bin als Landeskoordinatorin für den Pluspunkt Ernährung zuständig für alle Aufgaben rund um die wirkliche Abwicklung im Projekt PPE, also von der Akquise der Bewegungskindergärten, die den Pluspunkt Ernährung aufsatteln möchten, bis hin zur Zertifizierung und auch die darüberhinausgehenden Inhalte, die zur Qualitätssicherung unserer Kitas beitragen. Aber eben auch jederzeit zwischendurch bin ich für alle Fragen der Kitas Ansprechpartnerin und unterstütze zusätzlich die federführende Krankenkasse [...] in allen Belangen, die damit zusammenhängen, von Öffentlichkeitsarbeit über die haushalterischen Sachen über alle Fragen in der Weiterentwicklung.“

[220106_Interview_Koordinatorinnen - Transkript - TR220728]

3.4.2 Akquise

Die **LK für Bewegung** arbeitete mit Koordinierungs- und Beratungsstellen zusammen, um Kitas für den PPE zu rekrutieren. Kitas, die bereits ABK waren und Interesse am PPE hatten, wurden an die LK für Ernährung weitergeleitet. Zusätzlich wurden Interessierte auf die Website des Präventionsangebots verwiesen. Die **LK für Ernährung** teilte ihre Einschätzung zum Gelingen der Akquise in verschiedene Phasen auf. Während der Pilotphase gab es eine Warteliste an am PPE interessierten Kitas. In einer späteren Projektphase wurde versucht, ABKs direkt anzuschreiben, was jedoch wenig erfolgreich war. Zum Interviewzeitpunkt (2022) ging die Initiative zur Zertifizierung zum PPE oft von selbstmotivierten Kitas aus, die sich über die Beratungsstellen des LSB informierten oder sich direkt an die LK für Ernährung wandten. Beide Koordinatorinnen sahen Potenzial für eine verbesserte Kommunikation zwischen den Trägern und den Kitas, um den Sinn der Zertifizierung mit den Gütesiegeln ABK und PPE besser zu vermitteln und die Beteiligung der Kitas am Angebot zu erhöhen. In Zukunft sollte zudem die Zusammenarbeit mit den Koordinierungs- und Beratungsstellen bezüglich der Akquise verstärkt werden. Genannte Gründe für eine ausbleibende Zertifizierung waren begrenzte Ressourcen, die vielfältigen Möglichkeiten der Schwerpunktsetzung und die gleichzeitig begrenzten Fortbildungskontingente der Kitas. Zertifikatsrückgaben wurden z. B. durch fehlende personelle Ressourcen, thematische Neuausrichtungen, wechselnde Interessen des Elternrats oder Trägerentscheidungen verursacht.

3.4.3 Zertifizierungsprozess

In Bezug auf die Gründe für eine Zertifizierung mit dem PPE betonten vier der befragten **Kita-Leitungen**, dass innerhalb der Einrichtung bereits seit längerer Zeit der Schwerpunkt auf ausgewogener Ernährung gelegen habe. Dennoch gab es Bestrebungen, sich kontinuierlich weiterzuentwickeln und eine offizielle Zertifizierung zu erlangen. Alle interviewten Kita-Leitungen äußerten sich positiv zu den Anforderungen und der Organisation des Zertifizierungsprozesses. Sie betonten, dass der Prozess gut begleitet, effizient und mit einem angemessenen Arbeitsaufwand verbunden war. Während der Zertifizierung sowie in der Zeit danach nahmen die Kita-Leitungen verschiedene Veränderungen und Entwicklungen wahr. Hierzu zählte die Steigerung des Bewusstseins für die Bedeutung von Bewegung und Ernährung im Team und bei den Erziehungsberechtigten, die Aufnahme vegetarischer und zuckerfreier Optionen in den Speiseplan, eine stärkere Vermeidung von Lebensmittelverschwendung oder die Umsetzung der Qualitätsstandards der DGE. Teils wurden Mahlzeiten auch vermehrt gemeinsam mit den Kindern zubereitet. Zu den förderlichen Faktoren des Zertifizierungsprozess zählten laut Kita-Leitungen die Unterstützung durch den Träger, die Selbstverpflichtung und die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion hinsichtlich ernährungsbezogener Thematiken. Als hemmende Faktoren für den PPE-Zertifizierungsprozess wurden die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hervorgehoben. So war z. B. die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten nur eingeschränkt möglich und personelle Engpässe (aufgrund von Erkrankungen) wirkten sich negativ auf den Zertifizierungsprozess aus.

Die Befragung der **Trägervertretungen** ergab eine breite Palette von Kenntnissen zum PPE-Zertifizierungsprozess. Drei der fünf befragten Trägervertretenden gaben an, dass die Initiative für die Zertifizierung von den jeweiligen Kitas ausgehe. Zertifizierungsbestrebungen wurden bei allen Kitas durch die Träger unterstützt, waren aber nicht verpflichtend. Die Ausprägung der Unterstützung durch die Träger war ebenfalls sehr heterogen und reichte von der Information und Herstellung des Erstkontakts über die Vernetzung mit anderen zertifizierten Kitas bis hin zur Beratung und Überprüfung des Ernährungskonzepts. Finanzielle Unterstützungen der Kita-Mitarbeitenden wurden nicht angegeben. Die von den Trägervertretenden genannten Gründe für die Unterstützung der Zertifizierung zum PPE waren vielfältig. Ein Träger betonte z. B. die gesellschaftliche Relevanz des Themas Ernährung. Gleichzeitig würde durch die Zertifizierung die Profilbildung der Einrichtungen verstärkt. Ein anderer Träger sah den Nutzen besonders für Kinder und Erziehungsberechtigte aus sozial instabilen Umfeldern.

Beide **LK** waren mit dem Zertifizierungsprozess zum ABmPE zufrieden. Auch sie äußerten, dass es sich um einen machbaren Prozess handle, in dem die Qualitätsanforderungen von den Kitas erfüllt wurden.

3.4.4 Umsetzung PPE

Bei der Umsetzung des PPE in den Kitas spielten laut der befragten **Kita-Leitungen** mehrere förderliche Faktoren eine entscheidende Rolle. Dazu gehörten engagierte Mitarbeitende, die spezielle Aufgaben im Rahmen des Programms übernahmen, ein ausgeprägtes Bewusstsein für ausgewogene Ernährung zeigten und Erfahrung in diesem Bereich mitbrachten. Ebenfalls förderlich waren das Engagement und die Zustimmung der Erziehungsberechtigten, die

Vertrauen in die Einrichtung gewannen und entlastet wurden. Die Ausstattung der Einrichtung, einschließlich gut ausgerüsteter Küchen und offener Bereiche für Kinder, z. B. um Obst und Gemüse zuzubereiten, trug zum Erfolg bei. Finanzielle Unterstützung, kreatives und engagiertes Küchenpersonal, Fortbildungsmöglichkeiten für diese und das tatsächliche Einbeziehen der Erziehungsberechtigten spielten ebenfalls eine wichtige Rolle. Genannte Herausforderungen bei der Umsetzung des PPE in Kitas reichten von finanziellen Einschränkungen bis hin zu Beeinträchtigungen durch teils unausgewogene Ernährungsgewohnheiten der Familien. Hinzu kamen eine steigende Anzahl von Kindern mit Unverträglichkeiten und Allergien und die damit verbundenen Anpassungsbedarfe bei der Mahlzeitengestaltung.

Die befragten **Trägervertretungen** äußerten einheitlich, dass die Verantwortung für die Verpflegungssysteme bei den betreuten Kitas lag, weshalb sich die Verpflegungssysteme zwischen den Einrichtungen innerhalb eines Trägers unterschieden. Mit den bestehenden Fortbildungsangeboten im Rahmen des PPE äußerten die Teilnehmenden Zufriedenheit. Auf Nachfrage wurden spezifische Wünsche und Unterstützungsbedarfe geäußert. So wurde ein einfacherer Freistellungsprozess für das Kita-Personal sowie der vermehrte Einbezug der Kinder in die Fortbildungsangebote genannt. Das Angebot der „Praxisbörse“ (ein Tag mit Workshops) wurde zudem positiv bewertet. Optimierungswünsche umfassten die Forderung nach einer stärkeren interkulturellen Perspektive im PPE, die vermehrte Einbeziehung von Hauswirtschaftskräften und Erziehungsberechtigten, eine verstärkte Betonung der Aspekte Nachhaltigkeit und Regionalität sowie die kritische Überprüfung bestimmter Hygienemaßnahmen, da diese teils die Wiederverwertung von Lebensmitteln sowie die Annahme von regionalen Spenden erschwerten. Darüber hinaus wurde der Bedarf an zusätzlichem Material, insbesondere für die spielerische Vermittlung von Informationen an die Kinder, hervorgehoben. Ein Träger zeigte Interesse an der Partizipation der Träger an der Verstetigung des Programms. Die Ansichten der Teilnehmenden bezüglich trägerübergreifender Fortbildungen divergierten.

Die Unterstützung durch die **LK für Ernährung** bei der Umsetzung des PPE reichte von Referententätigkeiten bei Elternveranstaltungen und Teamfortbildungen bis hin zur Beratung bei ernährungsbezogenen Problemen einzelner Kinder. Sie unterstützte zudem bei der Erarbeitung von Ernährungskonzepten. Die Umsetzung des PPE wurde von den Koordinatorinnen insgesamt positiv und als zufriedenstellend bewertet. Die Mitarbeitenden in den Kitas zeigten ein hohes Engagement für das Thema Ernährung, insbesondere hinsichtlich Hygienekriterien, Allergien, Unverträglichkeiten, des Umgangs mit schwierigen Essenssituationen und des Zeitmanagements in der Einrichtung. Verbesserungspotenziale wurden beim Kostendruck gesehen, der von den Trägern auf die Kitas bezüglich des Verpflegungspreises ausgeübt würde. Weiterhin wäre die Einrichtung eines Forums für Leitungen von PPE-Kitas und eine verstärkte Einbindung der Fachbereichsleitungen in Jugendämtern, Sportvereinen, Kindertagespflegestellen sowie der Kita-Träger wünschenswert. Auf die Frage, welche Ideen sie im Falle einer Ausweitung ihrer Kapazitäten umsetzen würden, nannten die Koordinatorinnen z. B. monatliche digitale Fortbildungen, die den Austausch fördern könnten. Die Möglichkeit, administrative Aufgaben an die Ernährungsfachkräfte zu delegieren, um mehr Zeit für die Zusammenarbeit mit Kitas zu haben, wurde zudem als zielführend beschrieben.

3.4.5 Vernetzung und Kooperation

Die befragten **Kita-Träger** betonten die Wichtigkeit von Kooperationen, z. B. mit Krankenkassen und regionalen Landwirtinnen und Landwirten. Ein Teil der **Kita-Leitungen** gab an, bereits mit anderen zertifizierten Kitas vernetzt zu sein. Während einige, etwa aufgrund einer erst kurzen Zertifizierungsdauer, noch keine Vernetzung aufbauen konnten, arbeiteten andere bereits eng mit weiteren zertifizierten Kitas innerhalb des Trägers zusammen und erarbeiteten u. a. gemeinsam die Speiseplangestaltung. Die Einbindung der Erziehungsberechtigten wurde seitens der befragten Kita-Leitungen als bedeutend erachtet, obwohl es gelegentlich Herausforderungen aufgrund unterschiedlicher Ansichten und Praktiken bezüglich ausgewogener Ernährung gab. Es wurden diverse Angebote gestaltet, um die Erziehungsberechtigten aktiv in die Thematik einzubeziehen. Insgesamt erhielt das PPE-Programm positive Rückmeldungen von Erziehungsberechtigten.

Die Kontakthäufigkeit der **LK für Ernährung und Bewegung** gestaltete sich unterschiedlich. Die LK für Ernährung stand regelmäßig im Austausch mit Kita-Trägern und Kita-Leitungen sowie Ernährungsfachkräften und beschrieb diesen als wertvoll. Im Gegensatz dazu hatte die LK für Bewegung sporadischen Kontakt zu Kita-Trägern, vor allem bei übergeordneten Austauschtreffen. Beide LK empfanden ihre Zusammenarbeit untereinander als positiv. Optimierungspotenziale in Bezug auf die Einbindung der Ernährungsfachkräfte sah die LK für Ernährung darin, noch mehr von den fachlichen Beratungen der Kitas an die Fachkräfte zu delegieren. Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), der Landesregierung und den zuständigen Ministerien wurde von beiden Koordinatorinnen ebenfalls als wertvoll wahrgenommen.

3.4.6 Erfolgsbeurteilung

In den **Interviews mit den Kita-Leitungen zum PPE** berichteten diese durchweg positiv über die Zertifizierung. Zudem wurde hervorgehoben, dass die Zertifizierung neue Anregungen, Ideen und niederschwellige Weiterbildungsmöglichkeiten biete. Insgesamt zeigten alle befragten Kita-Leitungen eine klare Bereitschaft zur erneuten Zertifizierung. Des Weiteren wurde das Kosten-Nutzen-Verhältnis als äußerst positiv bewertet. Alle befragten Kita-Leitungen betonten zudem den positiven Einfluss der Zertifizierung auf die Außenwirkung ihrer Einrichtungen. Sie hoben hervor, dass sich viele Erziehungsberechtigte gezielt für ihre Kita entschieden, da sie den PPE als Qualitätsmerkmal wahrnahmen. Als eine Herausforderung bei der Zertifizierung wurden z. B. knappe personelle Kapazitäten beschrieben. Des Weiteren waren die meisten befragten Kita-Leitungen nicht mit dem Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ vertraut.

Auch im Rahmen der **Interviews mit den Kita-Leitungen zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“** (vgl. Kapitel 4.4) wurden die Leitungen zertifizierter ABmPE zusätzlich nach ihrer Beurteilung des PPE gefragt. Alle hier befragten Kita-Leitungen bewerteten das Präventionsangebot PPE positiv. Sie schätzten die umfassenden Inhalte und die Teamfortbildungen.

Alle **Trägervertretenden** bewerteten das Verhältnis zwischen den eingesetzten Ressourcen und dem Nutzen des PPE als positiv. Sie betonten, dass nicht nur die Kinder in den Einrichtungen profitierten, sondern die gesunden Ernährungsgewohnheiten auch zu Hause ankämen. Seitens

eines Trägers wurde jedoch angemerkt, dass die Kopplung des PPE an das Gütesiegel ABK für Einrichtungen, die sich eher ernährungs- und weniger bewegungsbezogen spezialisieren wollen, hinderlich sei und von einer Zertifizierung abhalten könnte.

Die **LK für Bewegung** sah Optimierungspotenziale in der Aufklärung und Schulung der Mitarbeitenden bei den Trägern und in den Kitas. Die Tatsache, dass gut geschulte Fachkräfte teils durch die Träger in andere Einrichtungen versetzt wurden, erfordere aufwendige Nachschulungen sowohl den ABK als auch den ABmPE betreffend.

4 Seelische Gesundheit

4.1 Ergebnisse der Befragung der ABmPE, die bereits am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ teilgenommen haben (Modul I)

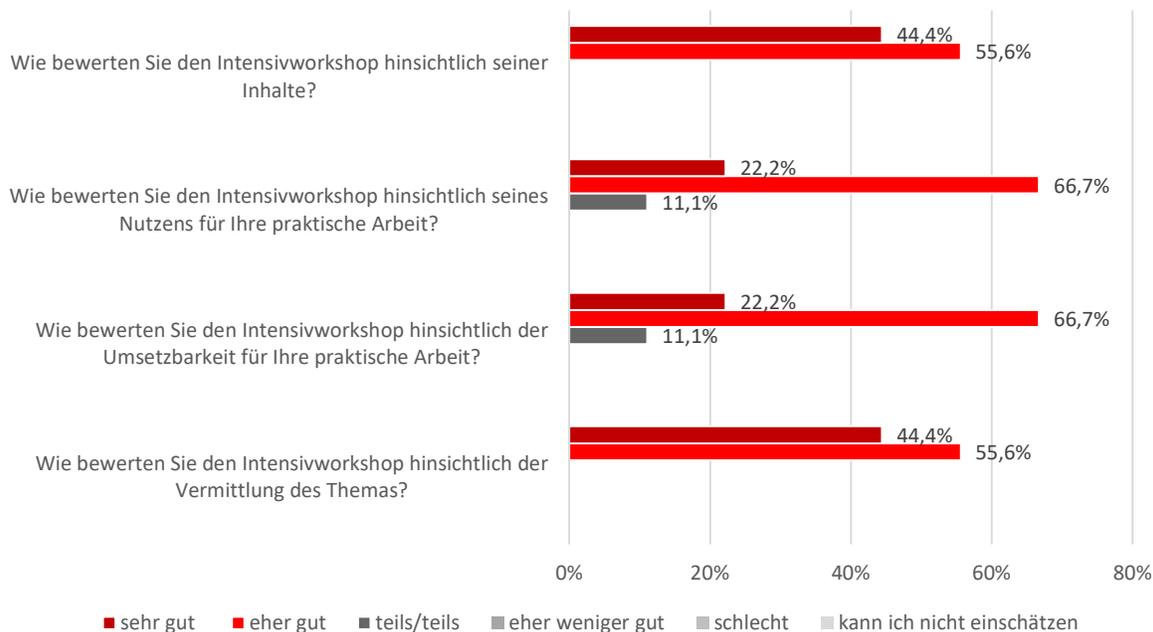
4.1.1 Charakterisierung der Stichprobe

Insgesamt 24 Teilnehmende der Befragung der ABmPE (16,8 %; n = 143) gaben an, bereits an einer der Veranstaltungen zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ teilgenommen zu haben (Tabelle 65 im Anhang). Darunter hatten neun Personen an dem Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ teilgenommen (Tabelle 66 im Anhang).

4.1.2 Inhaltliche Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“

Alle neun Teilnehmenden des Intensivworkshops bewerteten die Inhalte als „sehr gut“ (44,4 %; n = 4) oder „eher gut“ (55,6 %; n = 5). Den praktischen Nutzen sowie die Umsetzbarkeit für die praktische Arbeit schätzten jeweils zwei Drittel der Teilnehmenden (66,7 %; n = 6) als eher gut ein. Zudem waren alle Teilnehmenden der Ansicht, dass das Thema im Rahmen des Workshops „sehr gut“ (44,4 %; n = 4) oder „eher gut“ (55,6 %; n = 5) vermittelt wurde (Abbildung 20).

Abbildung 20: Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 9)



4.2 Ergebnisse der Befragung der ABmPE, ohne Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I)

4.2.1 Charakterisierung der Stichprobe

Von insgesamt 143 Befragten gaben 72,7 % (n = 104) an, bisher nicht an einer Veranstaltung zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ teilgenommen zu haben. Weiteren 10,5 % war das Zusatzmodul nicht bekannt (n = 15). An einer der Veranstaltungen zum Zusatzmodul hatten 13,4 % (n = 24) bereits teilgenommen; darunter neun Befragte (37,5 %) am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Tabelle 65 und Tabelle 66 im Anhang).

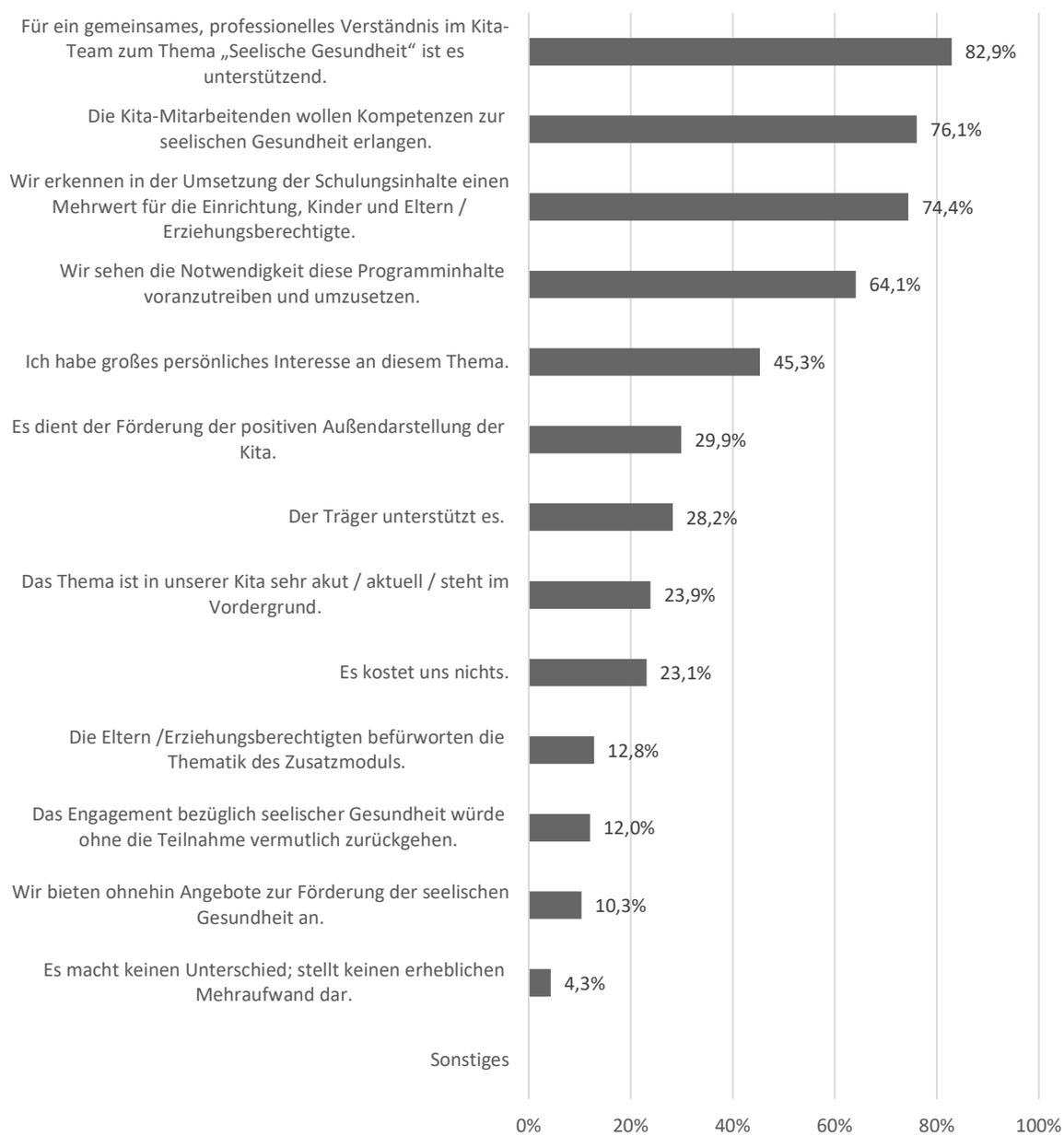
4.2.2 Gründe für bzw. gegen eine zukünftige Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“

Insgesamt 87,3 % (n = 117) der Befragten, die noch nicht an dem Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ teilgenommen hatten, konnten sich vorstellen, diesen in Zukunft zu besuchen. Lediglich 4,5 % (n = 6) lehnten die Teilnahme am Workshop ab; 8,2 % (n = 11) konnten dies nicht einschätzen (Tabelle 67 im Anhang).

Als Gründe für die zukünftige Teilnahme am Intensivworkshop führten die Teilnehmenden am häufigsten den Wunsch an, ein gemeinsames, professionelles Verständnis zum Thema Seelische

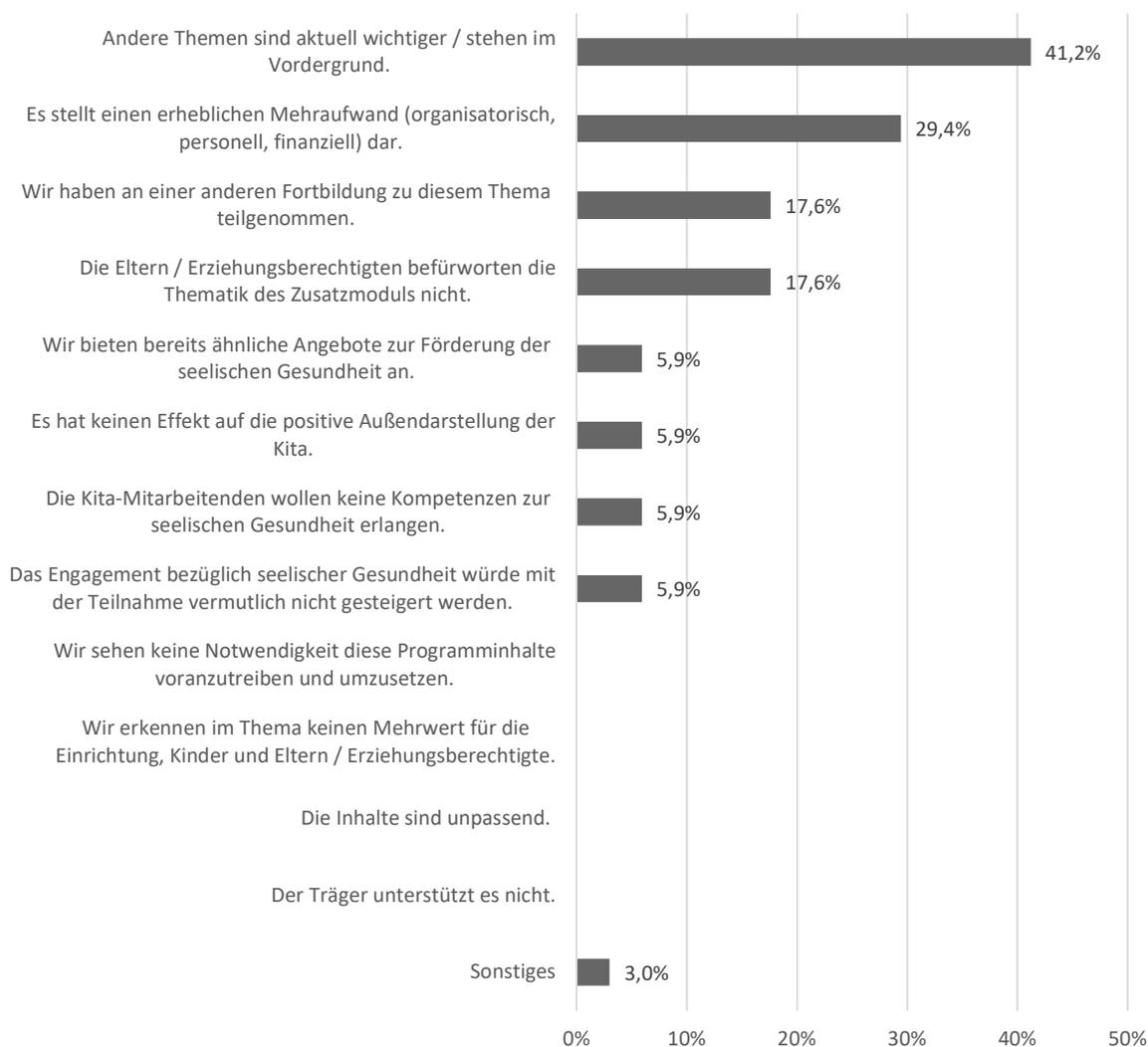
Gesundheit im Team zu etablieren (82,9 %; n = 97) oder neue Kompetenzen zu erlangen (76,1 %; n = 89). Auch der Mehrwert für die Einrichtung, Kinder und Erziehungsberechtigten durch die Umsetzung der Inhalte (74,4 %; n = 87) in der Kita wurde häufig als Teilnahmegrund angegeben (Abbildung 21).

Abbildung 21: Gründe für die Teilnahme am Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 117)



Teilnehmende, die angaben, in Zukunft nicht an dem Intensivworkshop teilnehmen zu wollen, oder dies nicht einschätzen konnten, führten dafür diverse Gründe an. Am häufigsten wurde darauf verwiesen, dass andere Themen aktuell im Vordergrund stünden bzw. wichtiger seien (41,2 %; n = 7). Etwa ein Drittel der Teilnehmenden (29,4 %; n = 5) gab den organisatorischen, personellen oder finanziellen Mehraufwand als Hindernis an (Abbildung 22).

Abbildung 22: Gründe gegen eine zukünftige Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 17)



4.3 Ergebnisse der Befragung zum Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I und II)

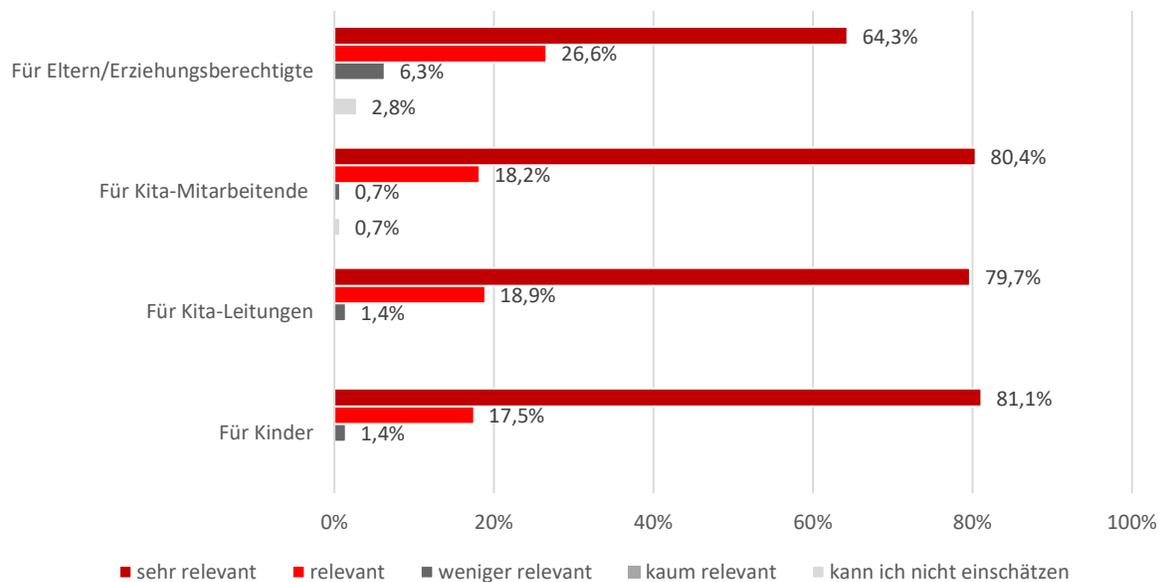
4.3.1 Charakterisierung der Stichprobe (Modul I)

Die digitale ABmPE-Befragung beinhaltete Fragen bezüglich des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“. An dieser Erhebung, welche sich an langjährig zertifizierte Einrichtungen richtete, nahmen 206 Kita-Leitungen teil. Nach der Datenbereinigung verblieben 179 Fragebögen (86,9 %; RQ: 59,7 %) für die weitere Auswertung. Weiterführende Charakteristika können Kapitel 3.1.1 entnommen werden.

4.3.2 Ist-Stand und Erwartungen an den Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (Modul I)

Die befragten Kita-Leitungen erachteten das Thema Seelische Gesundheit mit jeweils ca. 80,0 % als gleichermaßen relevant für Kinder und Kita-Angestellte (Leitung, Mitarbeitende). Auch für die Erziehungsberechtigten wäre das Thema laut den Kita-Leitungen tendenziell relevant (sehr relevant = 64,3 %) (Abbildung 23).

Abbildung 23: Relevanz des Themas „Seelische Gesundheit“ für verschiedene Zielgruppen (n = 143)



Entsprechende Vorkenntnisse diesbezüglich waren dabei bei 71,4 % der Kita-Leitungen (n = 100) und 60,0 % des pädagogischen Personals (n = 84) vorhanden, während dieses Wissen bei dem sonstigen Personal deutlich geringer eingeschätzt wurde (11,4 %; n = 16) (Tabelle 68 im Anhang).

Zu Achtsamkeit verfügten 91,0 % (n = 91) der befragten Kita-Leitungen über Kenntnisse, gefolgt von Entspannung bzw. Stressprävention (88,0 %; n = 88) sowie Resilienz (80,0 %; n = 80). Seltener wurde Wissen zur Selbstwirksamkeit (58,0 %; n = 58) genannt (Tabelle 69 im Anhang).

Ein Großteil der 93 Antwortgebenden, welche den Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit als Vorteil betrachteten, tat dies aus dem Grund, dass es sich um einen ganzheitlichen Ansatz handelt und somit um eine sich ergänzende Gesundheitsförderung (81,7 %; n = 76). Weitere deutlich seltener genannte Vorteile beinhalteten die Verbesserung des Wohlbefindens (n = 6), das mit einem ganzheitlichen Ansatz einhergehende, gesündere Kita-Personal (n = 7), sowie die Steigerung des Bewusstseins und des positiven Körpergefühls (n = 4) (Tabelle 70 im Anhang).

Von den 59 Befragten, die seelische Gesundheit als festen Bestandteil des Kindergartenkonzepts nicht als relevant für ihre Einrichtung einschätzen, führten 37 Personen im Rahmen einer offenen Frage Gründe dafür an. Rund ein Drittel dieser Befragten (35,1 %; n = 13) gab an, dass das Thema Seelische Gesundheit für sie neu war und sie sich mit der Thematik im Kita-Alltag nicht beschäftigten. Ebenfalls gaben 24,3 % (n = 9) an, dass das Thema erst noch konzeptionell erarbeitet werden müsste. 18,9 % der Teilnehmenden (n = 7) erwähnten, dass sie sich mit dem Thema beschäftigten, es aber eher nebenbei lief und anderen Schwerpunkten angegliedert war (Tabelle 71 im Anhang).

Die Teilnehmenden erwarteten von dem Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ insbesondere praxisnahe und ressourcenorientierte Strategien zur Übertragbarkeit der Inhalte in den Alltag (50,0 %; n = 49) sowie Informationen, Erkenntnisse, Fachwissen und Tipps (48,0 %; n = 47). 21,4 % der Teilnehmenden (n = 21) erwarteten, dass das Zusatzmodul den aktuellen Gegebenheiten angepasst wird (COVID-19) sowie Informationsmaterialien aktuell gehalten werden. Ebenfalls hofften 21,4 % der Teilnehmenden (n = 21) auf eine Stärkung der persönlichen Ressourcen (u. a. der Kompetenz und Resilienz). Weiter erhofften sich 19,4 % der Teilnehmenden (n = 19) Strategien zu Achtsamkeit, Entspannung und Körperwahrnehmung. Weitere 18,4 % der Teilnehmenden (n = 18) wünschten sich ganzheitliche Veränderungen bei Erziehungsberechtigten und Kindern (z. B. Akzeptanz, Sensibilisierung) sowie 15,3 % (n = 15) Hinweise bzw. Informationen im Umgang mit Erziehungsberechtigten (Tabelle 72 im Anhang).

Der hauptsächlich von den 65 Befragten wahrgenommene Vorteil in Hinblick auf die gemeinsame Anwendung des Dreiklangs, wurde in einem gegenseitigen Bedingen der Dimensionen Bewegung, Ernährung und seelische Gesundheit gesehen (63,5 %; n = 40) (Tabelle 73 im Anhang).

4.3.3 Bewertung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (Modul II)

4.3.3.1 Charakteristika der Stichprobe

Im Rahmen der Evaluation des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ wurden insgesamt 153 Schulungsteilnehmende direkt nach dem Workshop (t1) sowie sechs Monate später (t2) zu einer Online-Befragung eingeladen. An der ersten Befragung nahmen, von 153 (t1 und t2) eingeladenen, 121 Personen teil. Nach der Datenbereinigung konnten 104 Fragebögen (86,0 %; RQ: 70,0 %) in die Datenauswertung aufgenommen werden. Bei der zweiten Erhebung (t2)

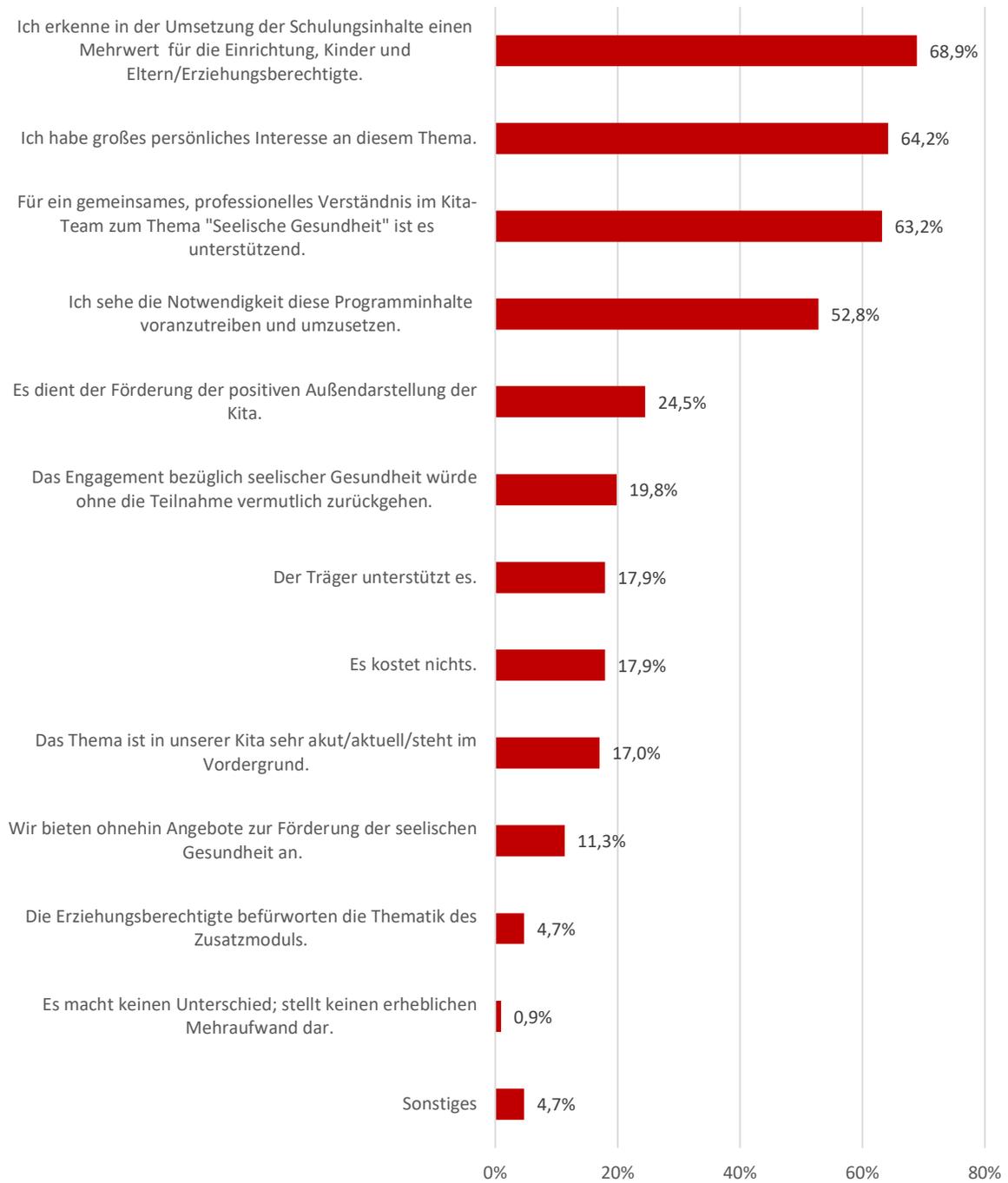
verblieben nach der Bereinigung der Daten 33 (82,5 %, RQ: 21,6 %) von 40 Fragebögen für die weitere Auswertung.

Die überwiegende Mehrheit der Schulungsteilnehmenden war weiblich (97,1 %; n = 101) (Tabelle 74 im Anhang). Das Alter der Teilnehmenden (n = 104) betrug im Mittel 43,8 Jahre (SD = 11,3) bei einer Spanne von 21 bis 64 Jahren (Tabelle 75 im Anhang). Die meisten Teilnehmenden verfügten über eine abgeschlossene Berufsausbildung als höchsten Bildungsabschluss (72,8 %; n = 75) (Tabelle 76 im Anhang) und waren als Erzieherin oder Erzieher (47,1 %; n = 49), Leitung bzw. stellvertretende Leitung (28,8 %; n = 30) oder Kinderpflegerin und -pfleger (11,5 %; n = 12) in einer der ABmPE tätig (Tabelle 77 im Anhang).

4.3.3.2 Zufriedenheit mit dem Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“

Als Motivation für die Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ führten die Teilnehmenden am häufigsten den Mehrwert durch die Umsetzung der Schulungsinhalte (68,9 %; n = 73), das persönliche Interesse der Teilnehmenden (64,2 %; n = 68) sowie den Wunsch, ein gemeinsames, professionelles Verständnis im Team zu der Thematik aufzubauen (63,2 %; n = 67) an (Abbildung 24).

**Abbildung 24: Motivation zur Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“*
(n = 104)**

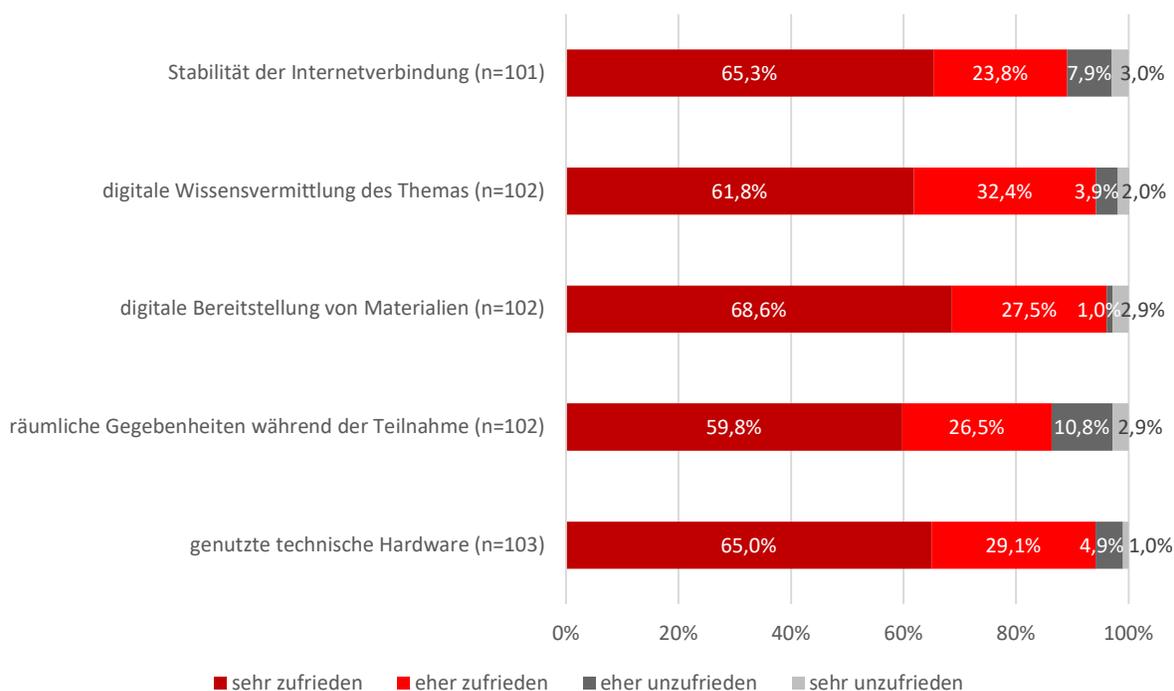


*Mehrfachantworten möglich

Die Schulungsteilnehmenden verwendeten meist einen dienstlichen (50,0 %; n = 52) oder privaten PC bzw. Laptop (38,5 %; n = 40), um an der Online-Schulung teilzunehmen (Tabelle 78 im Anhang). Dabei befanden sich 69,2 % zu Hause (n = 72), und/oder die restlichen 41,3 % der Teilnehmenden (n = 43) nahmen von der Kita aus teil (Tabelle 79 im Anhang).

Mit den technischen und organisatorischen Gegebenheiten der Schulung waren die Teilnehmenden mehrheitlich zufrieden. Dabei waren sie am häufigsten mit der digitalen Bereitstellung von Materialien „sehr zufrieden“ (68,6 %; n = 70) und hinsichtlich der räumlichen Gegebenheiten am häufigsten „eher unzufrieden“ (10,8 %; n = 11) (Abbildung 25).

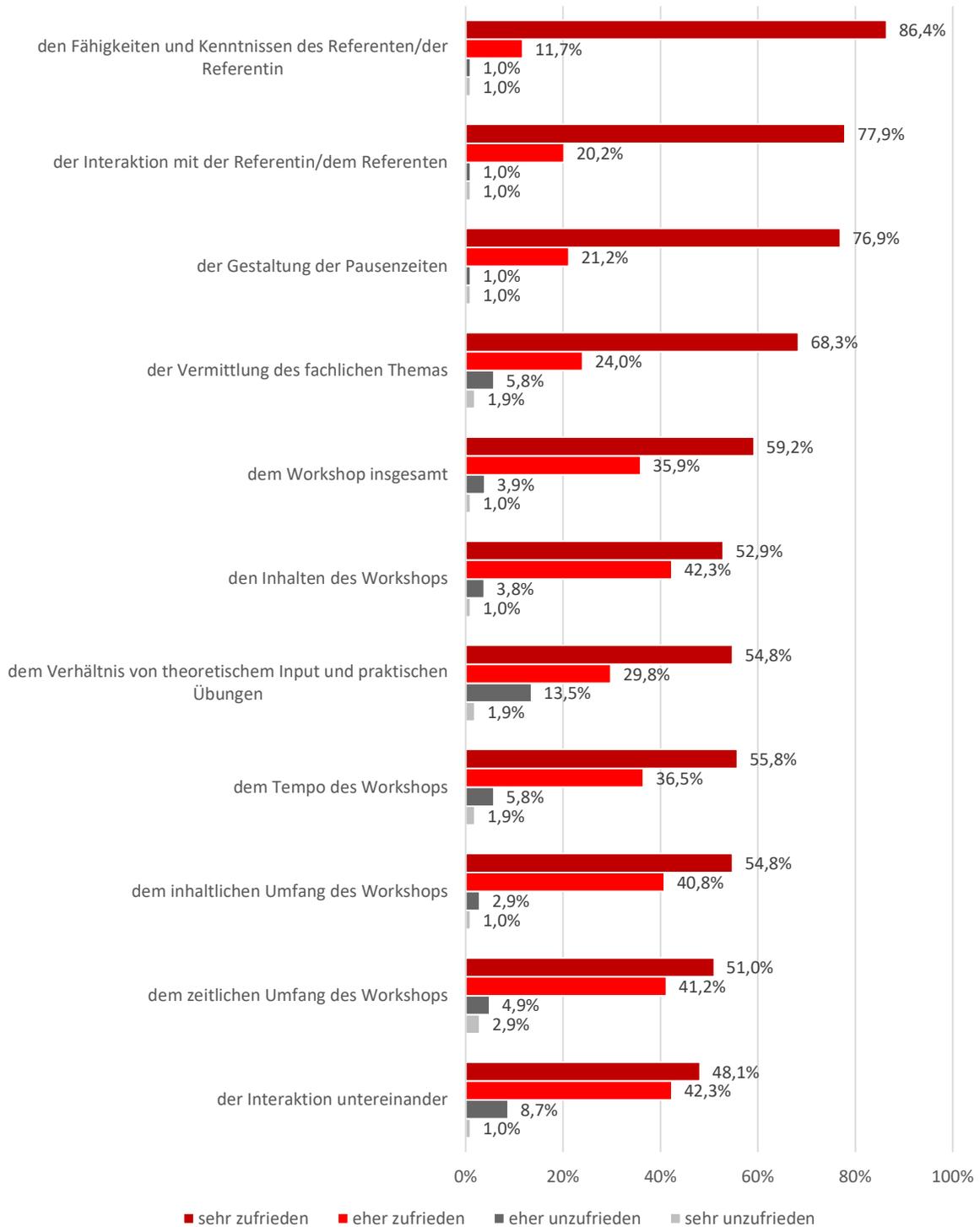
Abbildung 25: Zufriedenheit mit der digitalen Umsetzung des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“



Insgesamt 58,7 % (n = 61) der Teilnehmenden schätzten sich selbst als fortgeschritten im Umgang mit dem Computer ein. Lediglich 7,7 % (n = 8) der Schulungsteilnehmenden waren nach eigener Einschätzung Anfängerinnen oder Anfänger ohne Vorkenntnisse (Tabelle 80 im Anhang). Fast alle Teilnehmenden (98,1 %; n = 102) empfanden ihre Fertigkeiten im Umgang mit dem Computer für die Teilnahme am digitalen Intensivworkshop als ausreichend (Tabelle 81 im Anhang). Zukünftig würden dennoch etwa zwei Drittel (65,4 %; n = 68) die Durchführung in Präsenz gegenüber einer Online-Schulung bevorzugen (Tabelle 82 im Anhang).

Bezüglich der Durchführung des Intensivworkshops waren die Teilnehmenden insbesondere mit den Fähigkeiten und Kenntnissen der Referentin bzw. des Referenten (86,4 %; n = 89) und mit dessen bzw. deren Interaktion (77,9 %; n = 81) „sehr zufrieden“. Mit dem Workshop insgesamt waren 59,2 % (n = 55) der Schulungsteilnehmenden „sehr zufrieden“ und weitere 35,9 % (n = 37) „eher zufrieden“. Insgesamt 68,3 % (n = 71) der Teilnehmenden gaben an, mit der Vermittlung des fachlichen Themas „sehr zufrieden“ gewesen zu sein. Die Workshopinhalte stellten ebenfalls die Mehrheit der Teilnehmenden zufrieden. Insbesondere mit dem inhaltlichen Umfang des Workshops waren 54,8 % (n = 57) der Teilnehmenden „sehr zufrieden“ und 40,8 % (n = 42) „eher zufrieden“. Während die Mehrheit der Schulungsteilnehmenden mit dem Verhältnis von theoretischem Input und praktischen Übungen ebenfalls zufrieden war, äußerten sich 13,5 % „eher unzufrieden“ (n = 14) (Abbildung 26).

Abbildung 26: Zufriedenheit mit dem Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (t1, n = 104)



Die Ziele des Intensivworkshops wurden nach Aussage der Teilnehmenden überwiegend erreicht. Insbesondere die Anregung der Selbstreflexion zur eigenen Achtsamkeit sowie die Vermittlung von Wissen zur Achtsamkeit wurden laut je 69,2 % der Teilnehmenden „voll und ganz“ erreicht (n = 72). Keines der Ziele wurde von einem oder einer der Schulungsteilnehmenden als „ganz und gar nicht“ erreicht eingestuft. Für die Umsetzung im Rahmen der praktischen Tätigkeit in der Kita wurden zum Zeitpunkt t2 alle Aspekte von der Mehrheit der Teilnehmenden als hilfreich bewertet. Dabei wurden insbesondere die Anregung zur Selbstreflexion bezüglich der eigenen Achtsamkeit (sehr hilfreich: 48,5 %, n = 16; hilfreich: 39,4 %, n = 13) sowie die Vermittlung von Wissen zur Achtsamkeit im Allgemeinen (sehr hilfreich: 30,3 %, n = 10; hilfreich: 57,6 %, n = 19) als hilfreich für die Praxis empfunden (Abbildung 27). Entsprechend wurden auch die Erwartungen der Teilnehmenden an den Workshop überwiegend „voll und ganz“ (44,7 %; n = 46) oder „eher erfüllt“ (49,5 %; n = 51) (Abbildung 28).

Abbildung 27: Veränderungen nach Teilnahme am Intensivworkshop (t1, n = 104; t2, n = 32)

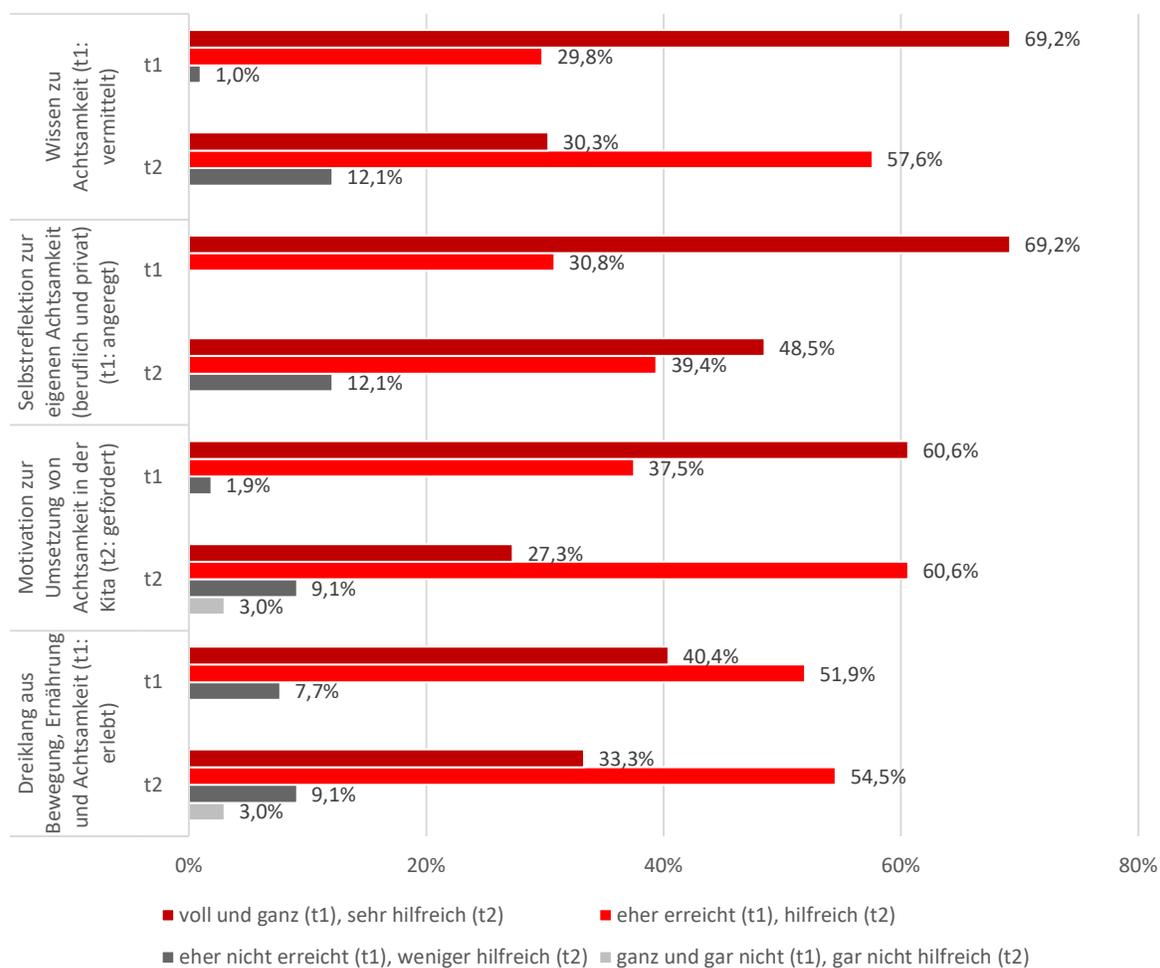
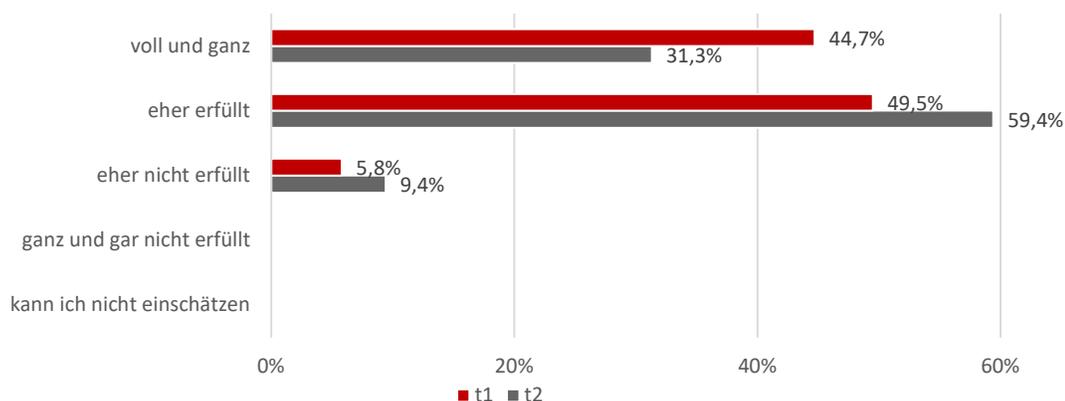
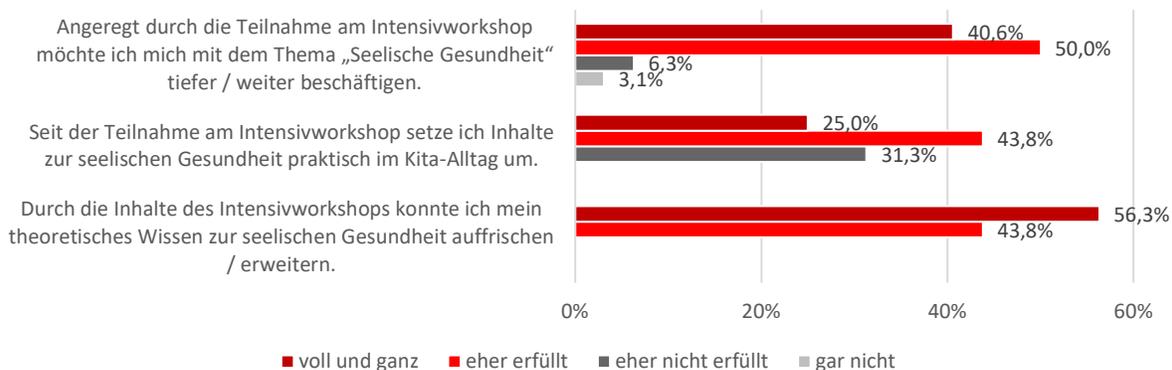


Abbildung 28: Erfüllung der Erwartungen an den Intensivworkshop mit Blick auf den Kita-Alltag (t1, n = 103; t2, n = 32)



Angeregt durch die Inhalte des Intensivworkshops konnten zum Zeitpunkt t2 alle Teilnehmenden (n = 32) nach eigener Einschätzung ihr theoretisches Wissen zur seelischen Gesundheit auffrischen oder erweitern (voll und ganz = 56,3 %, n = 18; eher erfüllt = 43,8 %, n = 14). Darüber hinaus wollte sich die Mehrheit der Teilnehmenden in Zukunft intensiver mit dem Thema Seelische Gesundheit beschäftigen (voll und ganz = 40,6 %, n = 13; eher erfüllt = 50,0 %, n = 16). Bezüglich der praktischen Umsetzung von Inhalten des Intensivworkshops im Kita-Alltag berichtete zum Zeitpunkt t2 etwa ein Drittel der Teilnehmenden, diese habe sich „eher nicht erfüllt“ (31,3 %; n = 10). Die restlichen Teilnehmenden stimmten einer tatsächlichen Umsetzung der Inhalte zum Zeitpunkt t2 jedoch „voll und ganz“ (25 %; n = 8) oder „eher“ (43,8 %; n = 14) zu (Abbildung 29).

Abbildung 29: Veränderungen nach Teilnahme am Intensivworkshop (t2, n = 32)



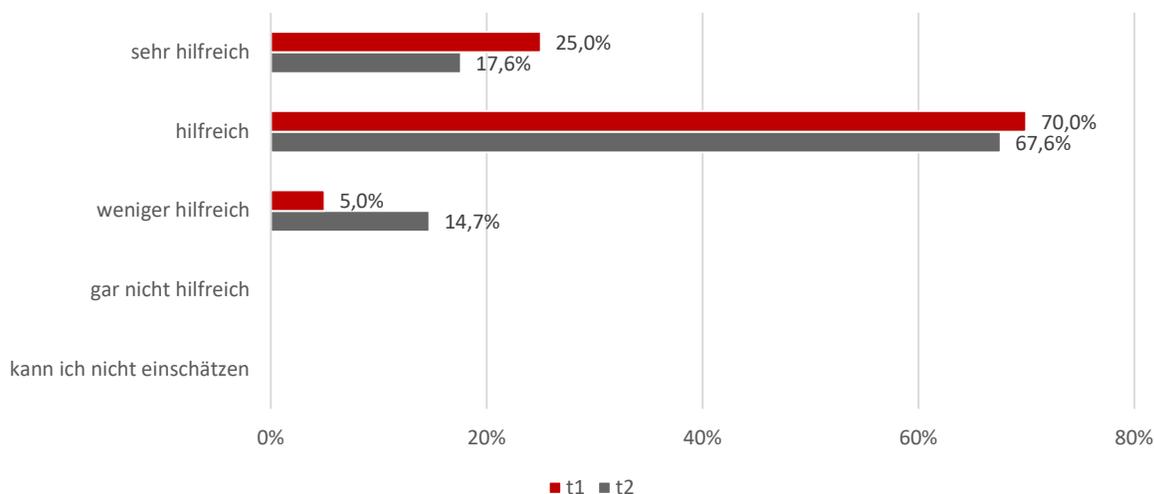
4.3.3.3 Umsetzung der Intensivworkshopinhalte und Veränderungen im Kita-Alltag

Insgesamt 29,6 % der Teilnehmenden zum Zeitpunkt t1 (n = 21) gaben an, dass sie insbesondere die erlernten praktischen Übungen und Tipps des Intensivworkshops in ihren Arbeitsalltag integrieren können. Das durch den Intensivworkshop gewonnene Bewusstsein für die Thematik sowie das bewusste Auseinandersetzen mit dieser war für 21,1 % der Teilnehmenden (n = 15) im Arbeitsalltag umsetzbar. Rund 18,0 % (n = 13) nutzten die vermittelten Inhalte des Workshops zur verstärkten Selbstreflexion, 16,9 % (n = 12) konnten den dort gewonnenen Input im Alltag umsetzen und 14,1 % (n = 10) arbeiteten aktiver im Team und Kita-übergreifend (Tabelle 83 im Anhang). Nach sechs Monaten (Befragungszeitpunkt t2) gaben 40,0 % der Teilnehmenden (n = 8) an, dass sie den Arbeitsalltag bewusster erlebten, und in der Lage waren das Geschehene zu reflektieren. Ein Viertel (n = 5) war in der Lage, den Fokus auf die eigene Person zu richten und persönliche Ressourcen zu aktivieren (Tabelle 84 im Anhang).

Insgesamt gab mit 44,4 %, ein großer Teil der Teilnehmenden (n = 4) an, dass sie ein verstärktes Bewusstsein sowie eine Sensibilisierung im Alltag aufgrund der Teilnahme am Intensivworkshop entwickelten und in ihren Arbeitsalltag integrierten (Tabelle 85 im Anhang).

Im Rahmen der Erhebung, welche direkt im Anschluss an den Intensivworkshop stattfand, empfanden 70,0 % der Teilnehmenden (n = 73) die Inhalte hilfreich für ihre praktische Arbeit. Sechs Monate später bestätigte sich diese Einschätzung und zwei Drittel der Teilnehmenden (67,6 %; n = 22) gaben erneut an, der Workshop sei hilfreich im Kontext der praktischen Arbeit gewesen (Abbildung 30). Insbesondere die Inhalte bezüglich der Selbstreflexion zur eigenen Achtsamkeit wurden von 48,5 % der Teilnehmenden als „sehr hilfreich“ für die praktische Tätigkeit in der Kita bewertet. Laut 25,0 % der Schulungsteilnehmenden (n = 8) traten in Folge der Teilnahme an dem Intensivworkshop zum Thema Seelische Gesundheit Veränderungen im Kita-Alltag ein. Die Mehrheit der Teilnehmenden (53,1 %; n = 17) konnte jedoch nicht einschätzen, ob sich seitdem etwas verändert hatte (Tabelle 86 im Anhang).

Abbildung 30: Nutzen der Workshopinhalte im Alltag (t1, n = 103; t2, n = 33)



4.3.3.4 Optimierungspotenziale

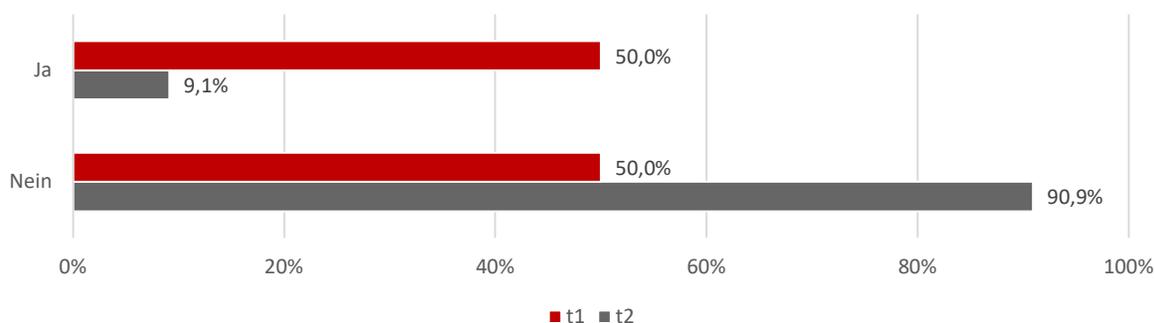
Mit 46,2 % gab ein Großteil der Teilnehmenden (n = 36) an, dass die Referentin bzw. der Referent des Intensivworkshops fachlich gut ausgebildet war und sehr professionell agierte. Ebenfalls wurde die Möglichkeit zum Austausch in der Gruppe und dem Beantworten von Fragen von 33,3 % der Teilnehmenden als sehr positiv wahrgenommen (n = 26). Weitere 23,1 % (n = 18) fanden den Informationsgehalt sowie die -vermittlung positiv und nannten in diesem Zuge sowohl die Gestaltung der PowerPoint-Präsentationen als auch die Nutzung von Padlet⁵ und die Relevanz der Inhalte für das Arbeitsleben. Den praktischen Teil des Intensivworkshops und das Sammeln bzw. Vorstellen von Ideen für die Praxis fanden 20,5 % der Teilnehmenden (n = 16) positiv (Tabelle 87 im Anhang). Als negativ nahmen 23,3 % (n = 10) den hohen Anteil an Theorie wahr. Hier wurde insbesondere der theoretische Anteil am ersten Tag des Intensivworkshops als zu viel bewertet. Weitere 11,6 % der Teilnehmenden (n = 5) empfanden das digitale Format des Intensivworkshops als negativ und 9,3 % (n = 4) nahmen während des Intensivworkshops zu wenig Bezug zum Kita-Alltag und zu wenige Methoden zur Umsetzung der Theorie wahr. Weitere 9,3 % (n = 4) fanden die Zeit in den Kleingruppen zu lang (Tabelle 88 im Anhang).

Direkt im Anschluss an den Intensivworkshop äußerten 50,0 % der Teilnehmenden den Wunsch nach weiteren Inhalten oder Unterstützung bei der Umsetzung (n = 52) (Abbildung 31). Dabei

⁵ Padlet ist eine digitale Pinnwand, auf der Texte, Bilder, Videos, Links, Sprachaufnahmen, Bildschirmaufnahmen und Zeichnungen abgelegt werden können.

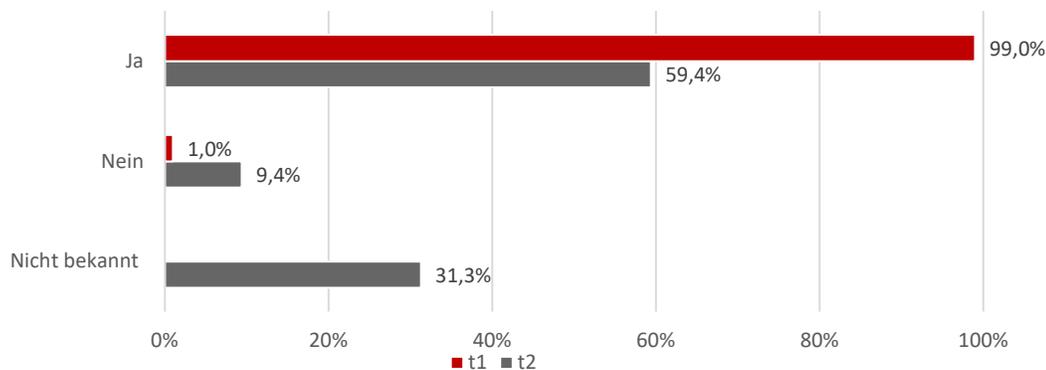
stand insbesondere der Wunsch nach mehr praktischen Einheiten, Übungen und Tipps (51,4 %; n = 18) im Vordergrund. Darüber hinaus führten die Teilnehmenden die Vertiefung zu Aspekten wie Entspannung, Achtsamkeit, Resilienz und psychische Belastung (16,7 %; n = 6), mehr Methoden zur Umsetzung im Kita-Alltag (13,9 %; n = 5) und weitere Teamfortbildungen und Workshops (13,9 %; n = 5) als Vorschläge an (Tabelle 89 im Anhang). Sechs Monate später gaben lediglich 9,1 % der Teilnehmenden an, dass ihnen im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit Themen oder Inhalte gefehlt hätten (n = 3) (Abbildung 31)Abbildung 31.

Abbildung 31: Wunsch nach weiteren Inhalten oder Unterstützung bei der Umsetzung (t1, n = 104; t2, n = 33)



Abschließend sahen 99,0 % der Teilnehmenden zum ersten Erhebungszeitpunkt (t1) im Dreiklang von Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit einen Vorteil (n = 103). Im Rahmen der zweiten Befragung (t2) bewerteten 59,4 % der Schulungsteilnehmenden die Anwendung des Dreiklangs als vorteilhaft (n = 19) (Abbildung 32). Der Vorteil der gemeinsamen Betrachtung von Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit bestand zu t1 laut den Teilnehmenden vor allem darin, dass sich diese Aspekte gegenseitig bedingen (63,5 %; n = 40). Darüber hinaus betrachteten sie den Dreiklang als förderlich für die Gesundheit von Körper und Seele (15,9 %, n = 10) sowie das bewusstere Wahrnehmen des Gegenübers (11,1 %, n = 7). Zu t2 (n = 16) wurden die Vorteile in einer stattfindenden Gesundheitsförderung durch den Dreiklang (38,8 %; n = 5), einer beobachteten Verhaltensänderungen der Kinder (ausgeglichener, resilienter, achtsamer) (30,8 %; n = 4) sowie in einer Entwicklung des Bewusstseins für Ganzheitlichkeit (23,1 %; n = 3) gesehen. Weitere Antworten wurden jeweils einmal genannt (Tabelle 90 im Anhang).

Abbildung 32: Vorteil der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs (t1, n = 104; t2, n = 32)



4.4 Ergebnisse der Fallstudien (Modul III)

4.4.1 Charakterisierung der Stichprobe

Die Befragungen der **LK für Bewegung und Ernährung** zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ wurden im Rahmen der bereits in Kapitel 3.4 beschriebenen Interviews durchgeführt. Zusätzlich wurden vier **Kita-Leitungen** zur Thematik des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ befragt. Alle Leitungen hatten am Intensivworkshop teilgenommen, und ihre Kitas waren zwischen fünf und 13 Jahre als ABmPE zertifiziert. Die vier Teilnehmenden waren zum Zeitpunkt der Interviews bereits zwischen sechs und 34 Jahre Leitungen ihrer Kitas. Drei der vier Kita-Leitungen gaben an, dass ein signifikanter Anteil der von ihnen betreuten Kinder einen Migrationshintergrund hätte. In den Interviews mit den Kita-Trägern und den Kita-Leitungen zum ABmPE (vgl. Kapitel 3.4) wurde die Kenntnis des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ erfragt. Von den fünf befragten Trägern gaben drei an, keine Kenntnis von dem Zusatzmodul zu haben. Drei der im Rahmen der ABmPE-Erhebung befragten fünf Kita-Leitungen waren ebenfalls nicht mit dem Zusatzmodul vertraut. Nachfolgend werden jedoch lediglich die Ergebnisse der Befragungen dargestellt, die ausschließlich das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ fokussierten.

4.4.2 Akquise

Bei der Akquise für das Zusatzmodul bestünden laut den **LK** Verbesserungspotenziale. Beispielsweise könnte vermehrt gezielt kommuniziert werden, welchen Mehrwert das Zusatzmodul für die Kita leistete. Gleichzeitig würde das Zusatzmodul von seiner Anerkennungsfähigkeit sowohl für den ABK als auch für den PPE profitieren, da dies die Kitas zur Teilnahme motiviere. Alle fünf befragten Kita-Leitungen gaben an, dass sie die Informationen über den Workshop von der LK für Ernährung erhalten hatten.

4.4.3 Teilnahme am Intensivworkshop

Aus zwei Kitas der befragten **Kita-Leitungen** nahmen jeweils zwei Mitarbeitende an einem Intensivworkshop zur seelischen Gesundheit teil. In einer Kita absolvierten sieben pädagogische Fachkräfte, einschließlich der Leitung, den Workshop, während in der anderen Kita fünf Mitarbeitende teilnahmen. Für die Teilnahme am Workshop wurden verschiedene Gründe genannt, darunter die Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden, die Reflexion über seelische Gesundheit in der Einrichtung und die Bewältigung der Herausforderungen, die sich aus der COVID-19-Pandemie ergaben. Alle befragten Kita-Leitungen bewerteten den Workshop insgesamt positiv. Auch die Beurteilung des Verhältnisses von Theorie und Praxis fiel sehr positiv aus – insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Workshop online stattgefunden habe. Die Inhalte des Workshops – im Speziellen die Praxisbeispiele – bewerteten die befragten Kita-Leitungen zudem als gut umsetzbar im Kita-Alltag. So wurden laut den Angaben der Kita-Leitungen z. B. Praktiken vermittelt, um insbesondere die Fokussierung auf die Selbstfürsorge zu stärken. Auch die **LK** schätzten die Grundausrichtung der Veranstaltungen positiv ein, betonten jedoch die Notwendigkeit, die Inhalte anzupassen und zu vertiefen.

4.4.4 Umsetzung des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“

Die **Kita-Leitungen** gaben unterschiedliche Rückmeldungen bezüglich der Umsetzung der Workshop-Inhalte im Kita-Alltag. Einige Einrichtungen arbeiteten die Inhalte nachträglich in einer Profilsitzung für das gesamte Team auf. Teils führte der Workshop zur Einführung von täglichen Ruhephasen für die Kinder oder zum Angebot von Kinder-Yoga in der Kita. Des Weiteren wurde gespiegelt, dass die Teilnahme am Workshop zu verstärkter Selbstreflexion bei den Mitarbeitenden führte. In einigen Kitas wurde der Stellenwert der Gesundheit der Mitarbeitenden gestärkt, indem beispielsweise Nebenräume zu Pausenräumen umfunktioniert wurden. Teils war das Thema Seelische Gesundheit jedoch auch vor dem Workshop schon von besonderer Bedeutung in der Kita, sodass dieser nur geringe Auswirkungen hatte. Die meisten Kita-Leitungen informierten die Erziehungsberechtigten umfassend über die Durchführung des Intensivworkshops, welche meist positiv darauf reagierten.

Bezüglich der Umsetzung des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ betrachtete die **LK** für Bewegung die Betonung des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit als wichtig.

4.4.5 Vernetzung und Kooperation

Die **LK für Bewegung** berichtete, dass es keinen regelmäßigen Austausch zwischen ihr und den Kita-Leitungen oder Mitarbeitenden zum Thema Seelische Gesundheit gab. Allerdings fand ein regelmäßiger Austausch zwischen den Kita-Mitarbeitenden und ihrem Beratungsteam statt. Ähnlich äußerte sich die **LK für Ernährung**, die angab, dass es wenig bis keinen kontinuierlichen Austausch zwischen ihr und den Kita-Leitungen bezüglich seelischer Gesundheit gab. Einige Kita-Leitungen hatten zwar Interesse am Thema Seelische Gesundheit für ihr gesamtes Team bekundet und Kontakt aufgenommen, jedoch war die Beantwortung dieser Anfragen aufgrund von begrenzten finanziellen und personellen Kapazitäten nicht umsetzbar. Die Vernetzung der Kitas untereinander wurde von der **LK** für Bewegung als sehr nützlich angesehen, während die **LK**

für Ernährung die regionale Vernetzung, z. B. von Kitas eines Trägers, als bedeutender ansah. Die Netzwerktage und der Intensivworkshop in Präsenz könnten einen Mehrwert bieten, da gemeinsame Gespräche und Erlebnisse den Austausch stärker anregen. Durch die COVID-19-Pandemie mussten die geplanten Netzwerktage und die Intensivworkshops in ein digitales Format umgewandelt werden, was die Vernetzung erschwerte.

4.4.6 Erfolgsbeurteilung

Die befragten **Kita-Leitungen** bewerteten das Zusatzmodul bzw. die begleitenden Fortbildungen insgesamt positiv. Sie hoben die Qualität der Fortbildungen und der Referentin bzw. des Referenten hervor. Einige wünschten sich erweiterte Angebote, darunter Fortbildungen für das gesamte Team sowie die Einbeziehung von Erziehungsberechtigten. Alle Kita-Leitungen betonten, dass der Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit einen erheblichen Mehrwert für ihre Kitas böte. Die Sensibilisierung für dieses Zusammenspiel wurde demnach von allen befragten Kita-Leitungen als größter Erfolg angesehen, von dem Kita-Mitarbeitende, Kinder und Erziehungsberechtigte profitieren könnten.

Die **LK für Bewegung** sah als wesentliches Verbesserungspotenzial den Ausbau des Konzepts des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“, insbesondere die Erweiterung der Anzahl der Referentinnen und Referenten und die Ergänzung des Themas um weitere Facetten an. Sie schlug vor, die Workshops im Rahmen von „Kita-Coaching-Prozessen“ anzubieten und betonte die Notwendigkeit, die Erziehungsberechtigten in den Themenbereich der seelischen Gesundheit einzubeziehen. Eine Entkopplung des Zusatzmoduls vom PPE wurde ebenfalls vorgeschlagen, um mehr Kitas die Möglichkeit zu bieten, sich diesem wichtigen Thema zu widmen. Sie hob zudem hervor, dass die Präventionsarbeit durch die Schaffung des Zusatzmoduls vervollkommen wurde und lobte die interdisziplinäre Zusammenarbeit, den fachlich-inhaltlichen Konsens und das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure.

Die **LK für Ernährung** betonte als Optimierungspotenzial die Notwendigkeit von Aufklärungsarbeit gegenüber Kita-Trägern, um den Nutzen des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ zu vermitteln. Ein weiterer Wunsch dieser LK war die Einrichtung einer direkten Ansprechperson, die bei Fragen gezielte Beratung anbietet und auf Anfrage die Buchung von Referierenden für Veranstaltungen für Erziehungsberechtigte ermöglicht. Sie äußerte zudem den Wunsch nach einem flächendeckenden Ausbau und einer langfristigen Perspektive für das Angebot, um Planungssicherheit und Nachhaltigkeit sicherzustellen.

5 Zusammenfassung und Triangulation

5.1 Zusammenfassung ABmPE

5.1.1 Bestandsaufnahme (Modul I) und Veränderungen der ABmPE und ABK

In Bezug auf die Mahlzeitenzubereitung zeigte sich, dass 53,5 % der ABmPE täglich Frühstück für die Kinder zubereiteten, während 18,1 % dies wöchentlich taten. Laut den Kita-Leitungen nahmen durchschnittlich 93,7 % der Kinder an dem Frühstück in der Kita teil. Das Mittagessen

wurde von 83,9 % der Kinder in der Kita eingenommen sowie Zwischenmahlzeiten von rund der Hälfte der Kinder (53,9 %). Bei den angebotenen Lebensmitteln dominierten Rohkost/Obst und Wasser (jeweils 100 % täglich), gefolgt von Käse und Vollkornbrötchen/-brot (62,2 % täglich) sowie ungesüßtem Tee (54,9 % täglich). Äußerst selten wurden Kuchen/süßes Gebäck (97,5 % seltener/nie), Saft/gesüßte Getränke (89,0 % seltener/nie) und Cornflakes/Schokomüsli (82,9 % seltener/nie) zum Frühstück angeboten (vgl. Abbildung 3).

Beim Mittagessen wurden in 44,4 % der befragten Kitas verzehrfertige Mahlzeiten geliefert, in 39,2 % wurde dies von gelerntem hauswirtschaftlichem Fach-/Küchenpersonal und in 11,8 % der Kitas von ungelerntem bzw. angelerntem Personal vor Ort zubereitet. Gemüse, Salat und Rohkost wurden am häufigsten (78,3 %) täglich bereitgestellt, gefolgt von frischem Obst, Nüssen und Ölsaaten (50,7 %). Ein- oder mehrmals wöchentlich wurden auch Fisch (96,1 %), Fleisch, Wurst und Eier (90,7 %), Vollkornprodukte (81,5 %) und Hülsenfrüchte (80,9 %) angeboten. Fast alle Kitas (99,3 %) stellten täglich ungesüßte Getränke bereit (vgl. Abbildung 4).

Verglichen zum Zeitpunkt vor der Zertifizierung zeigte sich nach der Zertifizierung ein deutlicher Rückgang süßer Speisen (87,4 %) und zuckerhaltiger Getränke (80,1 %) sowie von Fleisch (70,2 %), während das Angebot von nährstoffreichen Komponenten wie Rohkost (66,9 %), Gemüse (61,6 %), Obst (61,0 %), Vollkornprodukten (63,5 %) und zuckerarmer Getränke wie Wasser (47,7 %) und ungesüßter Tees (26,2 %) zunahm (vgl. Abbildung 6).

Die Kita-Leitungen bewerteten die Module des PPE positiv. Dies gilt insbesondere für die Basisschulung, die fast 90,0 % als gut bis sehr gut einschätzten (vgl. Abbildung 8). Fast alle Teilnehmenden (96,4 %) gaben an, eine erneute Zertifizierung anzustreben, hauptsächlich zur Förderung der positiven Außendarstellung der Kita (78,4 %), zur Umsetzung der PPE-Inhalte (70,7 %) und zur Erhöhung der fachlichen Kompetenz der Kita-Mitarbeitenden (66,4 %) (vgl. Tabelle 31).

Der Ressourceneinsatz zahlte sich für die große Mehrheit der Teilnehmenden aus („sehr“ und „eher gelohnt“, 86,8 %). Der Mehrwert äußerte sich zumeist in Form von verbessertem Wissen der Mitarbeitenden über ausgewogene Ernährung (96,7 %), Wissen der Kinder (88,4 %) und in einem gemeinsamen Teamverständnis (80,2 %). Insgesamt 55,1 % der befragten Kita-Leitungen gaben an, dass sich die Ernährung zu Hause verbessert hätte. Die Akzeptanz des PPE bei den Erziehungsberechtigten wurde von den Kita-Leitungen als hoch eingeschätzt (77,5 %). Die Ernährung der Kinder im häuslichen Bereich verbesserte sich am wenigsten (12,4 %) (Abbildung 9).

Die Aussagen der ABK deuteten ebenfalls auf eine hohe Zufriedenheit mit der PPE-Zertifizierung hin. Die Erwartungen an die Zertifizierung wurden von allen Teilnehmenden als „voll und ganz“ oder „eher erfüllt“ (100 %) bewertet (vgl. Tabelle 51). Der Arbeitsaufwand, der für die Umsetzung des PPE notwendig war, wurde von keiner der befragten Leitungen als „zu hoch“ eingeschätzt. Rückblickend bewerteten 84,2 % (n = 19) der Leitungen den Aufwand als „angemessen“ oder als „nicht mehr als bislang“ (vgl. Tabelle 52). Demnach verbesserte sich laut den Aussagen der Kita-Leitungen durch die Zertifizierung insbesondere der fachliche Austausch innerhalb des Kita-Personals zum Thema Ernährung (t1: 94,7 %) und die Mahlzeitengestaltung (t1: 89,5 %) (vgl. Abbildung 13).

Laut Angaben der Kita-Leitungen wurde das Frühstück zum zweiten Befragungszeitpunkt im Vergleich zur ersten Erhebung häufiger täglich angeboten (t0: 50,0 %; t1: 73,7 %). Die angebotenen Komponenten zum Frühstück umfassten zudem häufiger täglich Vollkornprodukte (64,3 % vs. 33,3 %) und ungesüßte Tees (57,1 % vs. 50,0 %), während zu t1 fast keine (nie und seltener als 1/Woche: 100 %) gesüßten Getränke mehr angeboten wurden (t0: 16,7 % einmal wöchentlich) (vgl. Abbildung 11).

Ein Vergleich zwischen den langjährig zertifizierten ABmPE (Abbildung 4) und den im Zertifizierungsprozess befindlichen ABK zu t1 (Abbildung 12) zeigte in Bezug auf die Gestaltung des Mittagessens nur geringfügige Unterschiede in Bezug auf die Komponenten Fisch (1x/Woche: ABK 89,5 % vs. ABmPE 94,1 %), Gemüse, Salat und Rohkost (täglich: ABK 78,9 % vs. ABmPE 78,3 %) sowie Vollkorn- und Getreideprodukte und Kartoffeln (täglich: ABK 47,4 % vs. ABmPE 37,5 %). Die sich in der Zertifizierung befindlichen ABK (t1) hatten in Bezug auf einzelne Komponenten jedoch eine Mahlzeitengestaltung, die eher den DGE-Empfehlungen entsprach. Dies galt in Bezug auf Fleisch, Wurst und Eier (einmal wöchentlich: ABK 73,7 % vs. ABmPE 28,9 %) sowie in Bezug auf frisches Obst, Nüsse und Ölsaaten (täglich: ABK 63,2 % vs. ABmPE 50,7 %).

5.1.2 Schulungsevaluation

Um den Informationsgehalt und den Praxisnutzen der Basisschulung zu evaluieren, wurde der Wissenstand der Teilnehmenden vor Schulungsbeginn erfasst. Zu den Themenkomplexen „Wissen zu Ernährung allgemein“ und „Wissen zu Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder“ wurden das bereits vorhandene Wissen und die Kompetenzen von einem Großteil der Schulungsteilnehmenden selbst häufig als „eher gut“ (61,0 % und 59,7 %) eingeschätzt. Am häufigsten gaben die Teilnehmenden Defizite hinsichtlich des Wissens über rechtliche Aspekte (35,3 %) sowie hinsichtlich der Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten (28,0 %) an.

Der Informationsgehalt (t1) der Basisschulung wurde von den Schulungsteilnehmenden fast durchgängig als hoch eingeschätzt. Rund 90,0 % der Teilnehmenden gaben in allen Kategorien an, dass „viele“ bzw. „sehr viele“ Informationen vermittelt wurden. Dies galt insbesondere für rechtliche Aspekte, bei denen die Teilnehmenden zum ersten Zeitpunkt deutliche Wissensdefizite erkannten und die vermittelten Informationen von 57,0 % als „sehr hoch“ eingeschätzt wurden. Lediglich hinsichtlich der Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten gaben rund 10,0 % an, „wenig“ Informationen durch die Schulung erhalten zu haben.

Im Hinblick auf die Praxisrelevanz wurde deutlich, dass die Inhalte der Basisschulung auch sechs Monate nach Teilnahme an der Basisschulung nicht nur bei den Teilnehmenden präsent, sondern darüber hinaus auch in den Kita-Alltag eingeflossen waren. Am häufigsten wurden die Aspekte im Kita-Alltag praktisch integriert, bei denen bereits vor der Teilnahme an der Basisschulung „eher gute“ bzw. „sehr gute“ Kenntnisse vorhanden waren („Wissen zu Ernährung allgemein“, „Wissen zu Ernährung und Ernährungsverhalten für Kita-Kinder“). Aspekte, denen im Rahmen der Schulung auch ein hoher Informationsgehalt bescheinigt wurde („Wissen über rechtliche Aspekte“, „Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten“), wurden hingegen seltener praktisch angewendet. Erwähnenswert ist, dass der Wissenstand in sämtlichen Kategorien zum Themenkomplex Ernährung laut den Angaben der Teilnehmenden sechs Monate nach der

Schulung höher war als vor Beginn der Schulung, sodass von einem nachhaltigen Impact ausgegangen werden kann (vgl. Abbildung 19).

Entsprechend (vgl. Abbildung 18) können auch die anfänglichen Erwartungen der Teilnehmenden der Basisschulung als erfüllt betrachtet werden. In Themengebieten, in denen ein Großteil der Teilnehmenden hohe bzw. sehr hohe Erwartungen (t0) berichteten, fiel der Anteil der erfüllten Erwartungen ebenfalls hoch aus (t2). Dies traf insbesondere auf die Kategorien „Wissenszuwachs in Bezug auf ausgewogene Ernährung“ (t0: 94,2 %; t2: 92,9 %), „Einfluss auf den fachlichen Austausch“ (t0: 93,6 %; t2: 89,9 %) und „Effekte auf die pädagogische Arbeit in Ihrer Kita“ (t0: 91,2 %; t2: 87,8 %) zu.

5.1.3 Fallstudien

Zum Interviewzeitpunkt ging die Initiative zur Zertifizierung zum PPE oft von selbstmotivierten Kitas aus, die sich über die Beratungsstellen des LSB informierten oder sich direkt an die LK für Ernährung wandten. In Zukunft sollten nach Ansicht der Befragten die Zusammenarbeit mit den Koordinierungs- und Beratungsstellen sowie der Austausch zwischen Kita-Leitungen und -Trägern verstärkt werden, um mehr Kitas für die Zertifizierung zu gewinnen. Eine ausbleibende Zertifizierung resultierte zumeist aus begrenzten Ressourcen, einer Vielzahl an Schwerpunktoptionen oder beschränkten Fortbildungskontingenten in Kitas. Rückgaben von Zertifikaten erfolgten z. B. aufgrund von Personalmangel, thematischen Neuausrichtungen oder Trägerentscheidungen. (vgl. Kapitel 3.4.2.)

Sowohl die Kita-Leitungen als auch beide LK äußerten sich positiv zu den Anforderungen und zur Organisation des Zertifizierungsprozesses. Dieser wurde gut begleitet und wirkte sich positiv auf das Bewusstsein für die Bedeutung von Bewegung und Ernährung im Team und bei den Erziehungsberechtigten aus. Zudem führte er zu Anpassungen im Speiseplan sowie bei den Essenssituationen. Zu den förderlichen Faktoren der Zertifizierung gehörten z. B. die Unterstützung durch den Träger und das Engagement der Mitarbeitenden, während die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, z. B. durch personelle Engpässe, als hemmende Faktoren genannt wurden. Zertifizierungsbestreben von Kitas wurden von allen befragten Trägern unterstützt, u. a. in Form der Vernetzung mit anderen zertifizierten Kitas oder der Überprüfung des Ernährungskonzepts. (vgl. Kapitel 3.4.3)

Auch bezüglich der Umsetzung der Inhalte des PPE im Kita-Alltag wurden als förderliche Faktoren engagierte und motivierte Mitarbeitende und Erziehungsberechtigte genannt, ebenso wie eine gute finanzielle und räumliche Ausstattung. Als hemmender Faktor wurden dagegen unausgewogene Ernährungsgewohnheiten in der häuslichen Umgebung angeführt. Optimierungswünsche der Träger umfassten z. B. die Forderung nach einer stärker interkulturell ausgerichteten Perspektive im PPE, einer verstärkten Einbeziehung von Hauswirtschaftskräften und Erziehungsberechtigten sowie einer stärkeren Betonung von Nachhaltigkeit und Regionalität. Die Umsetzung des PPE wurde auch von den LK insgesamt positiv bewertet. Die Mitarbeitenden in den Kitas zeigten hohes Engagement, beispielsweise hinsichtlich Themen wie Allergien oder schwierigen Essenssituationen. Verbesserungspotenzial wurde beim Kostendruck gesehen, den die Träger auf die Kitas bezüglich des Verpflegungspreises ausübten. (vgl. Kapitel 3.4.4)

Beide LK waren vielseitig vernetzt und arbeiteten u. a. mit Kita-Trägern, Kita-Leitungen, Ernährungsfachkräften und zuständigen Ministerien zusammen. Sie beschrieben diese Kooperationen durchgehend als wertvoll. Ein Teil der Kita-Leitungen arbeitete bereits mit anderen zertifizierten Kitas zusammen, beispielsweise hinsichtlich der Speiseplangestaltung. Die Einbindung der Erziehungsberechtigten wurde als bedeutsam erachtet und von den befragten Leitungen aktiv angestrebt, gestaltete sich jedoch aufgrund unterschiedlicher Ansichten teils schwierig. (vgl. Kapitel 3.4.5)

Sowohl die befragten Kita-Leitungen als auch die Träger bewerteten das Präventionsangebot PPE positiv – insbesondere im Verhältnis zwischen den eingesetzten Ressourcen und dem Nutzen. Die Kita-Leitungen hoben hervor, dass sich viele Erziehungsberechtigte gezielt für ihre Kita entschieden, da sie den PPE als Qualitätsmerkmal wahrnahmen. Die Kopplung des PPE an das Gütesiegel ABK wurde von einem Kita-Träger als hinderlich angesehen, da es für interessierte Kitas ohne ABK-Zertifizierung als Zugangshürde wahrgenommen werden könnte. (vgl. Kapitel 3.4.6)

5.2 Zusammenfassung „Seelische Gesundheit“

5.2.1 Bestandsaufnahme

Insgesamt 80,0 % der befragten ABmPE-Leitungen (Modul I) wiesen dem Thema Seelische Gesundheit nicht nur mit Blick auf die Kinder, sondern auch in Hinblick auf das Kita-Personal und die Erziehungsberechtigten eine hohe Relevanz zu (Abbildung 23). Einschlägiges Wissen war bereits bei der Mehrheit der Kita-Leitungen (71,4 %) und dem pädagogischen Personal (60,0 %) vorhanden, jedoch gab auch mehr als ein Drittel der Teilnehmenden (35,1 %) an, dass das Thema der seelischen Gesundheit bisher für sie neu sei (Tabelle 68 und Tabelle 71 im Anhang). Die Teilnehmenden erwarteten von dem Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ insbesondere praxisnahe und ressourcenorientierte Strategien zur Übertragbarkeit der Inhalte in den Alltag (50,0 %) sowie Informationen, Erkenntnisse, Fachwissen und Tipps (48,0 %). Die Mehrheit der Teilnehmenden (63,5 %) gab an, dass sie in der gemeinsamen Anwendung von Inhalten zu Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit (Dreiklang) einen Vorteil sehen würde (Tabelle 72 im Anhang).

Alle neun Personen, die langjährig zertifizierte ABmPE vertraten und bereits an einem Intensivworkshop teilgenommen hatten, bewerteten den Workshop mehrheitlich als „sehr gut“ oder „eher gut“ – sowohl hinsichtlich seiner inhaltlichen Ausrichtung als auch im Hinblick auf den Praxisnutzen, die Umsetzbarkeit und die Themenvermittlung (Abbildung 20).

Bei ABmPE-Vertretenden, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht am Intensivworkshop zum Thema seelische Gesundheit teilgenommen hatten, bestand eine hohe Bereitschaft (87,3 %; n = 117) für eine zukünftige Teilnahme (Tabelle 67 im Anhang). Dies wurde hauptsächlich damit begründet, dass ein gemeinsames professionelles Verständnis im Kita-Team zu diesem Themenbereich unterstützend wirken würde und viele Kita-Mitarbeitende hierzu Kompetenzen erlangen wollten. Außerdem lieferte eine Teilnahme einen erwarteten Mehrwert für die Einrichtung, für die Kinder und die Erziehungsberechtigten (Abbildung 21). Die wenigen Kitas, die sich nicht vorstellen konnten, an einem Intensivworkshop zur seelischen Gesundheit

teilzunehmen, begründeten dies vor allem damit, dass andere Themen aktuell wichtiger seien und eine Teilnahme mit einem erheblichen Mehraufwand verbunden wäre (Abbildung 22).

5.2.2 Schulungsevaluation des Intensivworkshops

Die Teilnehmenden waren mehrheitlich sehr zufrieden mit der digitalen Umsetzung des Intensivworkshops, insbesondere mit der digitalen Bereitstellung von Materialien, die von 68,6 % der Teilnehmenden positiv bewertet wurde (Abbildung 25). Dennoch würden zukünftig etwa zwei Drittel (65,4 %) die Durchführung in Präsenz gegenüber einer Online-Schulung bevorzugen (Tabelle 82 im Anhang).

Die Teilnehmenden waren hauptsächlich mit den Fähigkeiten und Kenntnissen der Referentin bzw. des Referenten (86,4 %) sowie der Interaktion mit diesem oder dieser (77,9 %) während der Durchführung des Intensivworkshops „sehr zufrieden“. Insgesamt bekundeten 59,2 % der Teilnehmenden eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Workshop, während zusätzliche 35,9 % angaben, „eher zufrieden“ zu sein. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (54,8 %) war besonders mit dem inhaltlichen Umfang des Workshops „sehr zufrieden“, weitere 40,8 % gaben an, „eher zufrieden“ zu sein. Während die Mehrheit (84,6 %) mit dem Verhältnis von theoretischem Input und praktischen Übungen eher oder sehr zufrieden war, äußerten sich 15,4 % diesbezüglich eher oder sehr unzufrieden (Abbildung 26).

Auch bezüglich der Erreichung der Ziele des Intensivworkshops zeigte sich ein durchgehend positives Bild. Die Ziele des Intensivworkshops, insbesondere die Anregung der Selbstreflexion zur eigenen Achtsamkeit und die Vermittlung von Wissen zur Achtsamkeit, wurden laut 69,2 % der Teilnehmenden „voll und ganz“ erreicht. Keines der Ziele wurde als „ganz und gar nicht“ erreicht eingestuft (Abbildung 27). Die Erwartungen der Teilnehmenden an den Workshop wurden überwiegend als „voll und ganz“ (44,7 %) oder „eher erfüllt“ (49,5 %) bewertet (Abbildung 28).

Direkt nach dem Intensivworkshop (t1) bewerteten 29,6 % der Teilnehmenden insbesondere praktische Übungen und Tipps sowie das bewusste Auseinandersetzen mit dem Thema (21,1 %) als nützlich für ihren Arbeitsalltag. Auch nach sechs Monaten (t2) gaben 40,0 % der Teilnehmenden an, dass sie den Arbeitsalltag bewusster erlebten und in der Lage waren, das Geschehene zu reflektieren (Tabelle 83 und Tabelle 84 im Anhang).

Zudem empfanden 70,0 % der Teilnehmenden direkt nach dem Intensivworkshop (t1) die Inhalte als hilfreich für ihre praktische Arbeit. Diese Einschätzung bestätigte sich sechs Monate später, als zwei Drittel der Teilnehmenden (67,6 %) erneut angaben, dass der Workshop im Kontext ihrer praktischen Arbeit hilfreich war (Abbildung 30).

Direkt nach dem Intensivworkshop (t1) äußerte die Hälfte der Teilnehmenden (50,0 %) den Wunsch nach zusätzlichen Inhalten oder Unterstützung bei der Umsetzung, etwa in Form von praktischen Einheiten, Übungen und Tipps. Zusätzlich schlugen die Teilnehmenden vor, Themen wie z. B. Entspannung und Achtsamkeit oder weiterführende Methoden zur Anwendung im Kita-Alltag zu vertiefen. Sechs Monate später (t2) gaben lediglich knapp 10,0 % der Teilnehmenden

an, dass ihnen im Rahmen ihrer praktischen Tätigkeit Themen oder Inhalte gefehlt hätten (Abbildung 31).

Der Dreiklang aus Ernährung, Bewegung und seelischer Gesundheit wurde direkt nach dem Workshop (t1) von 99,0 % der Teilnehmenden sowie sechs Monate später (t2) von 59,4 % der Teilnehmenden als vorteilhaft angesehen. Während der konkrete Vorteil zu t1 besonders darin gesehen wurde, dass sich die Aspekte gegenseitig bedingten (63,5 %), wurden zu t2 konkrete Veränderungen beschrieben, z. B. achtsamere Verhaltensweisen der Kinder (25,0 %) (Abbildung 32 und Tabelle 90 im Anhang).

5.2.3 Fallstudien

Alle befragten Kita-Leitungen gaben an, dass sie die Informationen über den Intensivworkshop von der LK für Ernährung erhalten hatten. Verbesserungspotenziale bei der Akquise lägen laut den LK z. B. in der gezielten Kommunikation des entstehenden Mehrwerts für die Kitas. (vgl. Kapitel 4.4.2)

Die befragten Kita-Leitungen und die LK bewerteten die Veranstaltung insgesamt positiv. Besonders positiv wurde das Verhältnis von Theorie und Praxis beurteilt, vor allem unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Workshop ausschließlich digital stattfand. Die Anzahl der teilnehmenden Mitarbeitenden der Kitas variierte stark. Zu den Gründen für die Teilnahme zählte nach Angaben der Kita-Leitungen z. B. die Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden. (vgl. Kapitel 4.4.3)

Die Inhalte des Intensivworkshops wurden in den befragten Kitas unterschiedlich umgesetzt bzw. nachbearbeitet, beispielsweise in Form von Teamworkshops, der Einführung von Ruhezeiten oder dem Anbieten von Kinder-Yoga. In einigen Kitas wurde der Stellenwert der Gesundheit der Mitarbeitenden gestärkt. Die Rückmeldungen der Erziehungsberechtigten zum Zusatzmodul oder daraus resultierenden Änderungen im Kita-Alltag waren zumeist positiv. (vgl. Kapitel 4.4.4)

Das Interesse für einen vermehrten Austausch zwischen Kita-Leitungen und den LK zu den Inhalten des Zusatzmoduls war den Interviews zufolge vorhanden, konnte aber aufgrund von knappen Ressourcen nicht umgesetzt werden. Eine Vernetzung der Kitas, die am Intensivworkshop teilgenommen hatten, wurde von der LK für Bewegung als erstrebenswert erachtet. (vgl. Kapitel 4.4.5)

Die befragten Kita-Leitungen bewerteten das Zusatzmodul und die begleitenden Fortbildungen positiv und lobten die Qualität der Schulungen und der Referierenden. Einige wünschten sich erweiterte Angebote, darunter Fortbildungen für das gesamte Team und die Einbeziehung der Erziehungsberechtigten. Alle Kita-Leitungen betonten den erheblichen Mehrwert, den der Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit für ihre Kitas bot. Optimierungspotenziale wurden von den LK in einem Ausbau des Konzepts im Hinblick auf die Flächendeckung als auch auf weitere inhaltliche Facetten gesehen. Überdies sei eine stärkere Aufklärungsarbeit gegenüber den Kita-Trägern sinnvoll. Die LK wünschten sich zudem eine langfristige Perspektive für das Angebot, um Planungssicherheit und Nachhaltigkeit sicherzustellen. (vgl. Kapitel 4.4.6)

5.3 Triangulation ABmPE

Sowohl in den Interviews (vgl. Kapitel 3.4) als auch in den schriftlichen Befragungen (vgl. Kapitel 3.2 und 3.3) äußerten sich die Kita-Leitungen im ABmPE-Zertifizierungsprozess übereinstimmend positiv hinsichtlich der Anforderungen und der Umsetzung. Hervorgehoben wurde qualitativ als auch quantitativ insbesondere die hochwertige Umsetzung der Basisschulungen und der daraus resultierende Nutzen für mehrere Zielgruppen innerhalb, aber auch außerhalb der Kita. Der Nutzen überstieg den dabei häufig als angemessen bewerteten Ressourcenaufwand teils deutlich.

Die Mahlzeitengestaltung veränderte sich dahingehend, dass mehr vegetarische und zuckerfreie Optionen angeboten wurden. Die Zertifizierung führte darüber hinaus auch zu einer Steigerung des Bewusstseins für die Bedeutung der Ernährung im Team und bei den Erziehungsberechtigten. Mitverantwortlich für diesen Erfolg waren laut der Interviews mit den Kita-Leitungen die Unterstützung durch den Kita-Träger, die Verbindlichkeit und die Veränderungsbereitschaft der Mitarbeitenden sowie deren Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Deutlich wurde sowohl im Rahmen der Interviews als auch im Rahmen der Fragebogenerhebungen, dass der Einbezug der Erziehungsberechtigten im Rahmen des PPE sich teilweise als Herausforderung darstellte. Obwohl im Rahmen der Interviews von motivierten Erziehungsberechtigten hinsichtlich der PPE-Umsetzung gesprochen und diverse Angebote gestaltet wurden, um die Erziehungsberechtigten aktiv in die Thematik der ausgewogenen Ernährung einzubeziehen, wurde deren Interesse am Thema unterschiedlich bewertet. So gaben lediglich 26,3 % (n = 5) der Kita-Leitungen zum zweiten Befragungszeitpunkt ein sehr hohes bzw. hohes Interesse der Erziehungsberechtigten an, während dieser Anteil zu t0 noch bei 53,9 % (n = 7) lag (Tabelle 46 und Tabelle 47 im Anhang). Auch die Einbindung der Erziehungsberechtigten gestaltete sich teilweise als schwierig, sodass zwar häufig innerhalb der jeweiligen Kitas eine ausgewogene Ernährung gelebt wurde, diese jedoch mit ungesunden Ernährungsgewohnheiten von zu Hause kollidierte. Demnach hatte ein Großteil der befragten Kita-Leitungen hohe Erwartungen (91,7 %) an die PPE-Zertifizierung hinsichtlich einer Strategie zur verbesserten Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten zum Thema Ernährung. Diese wurde von rund zwei Drittel der Teilnehmenden (68,4 %) als erfüllt angesehen (Abbildung 13).

5.4 Triangulation „Seelische Gesundheit“

Bezüglich der Gründe für eine Teilnahme am Intensivworkshop wurde in den Interviews besonders die Gesundheit der Mitarbeitenden und die Bewältigung der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie betont (vgl. Kapitel 4.4.4), während die Ergebnisse der Fragebogenerhebungen eher den Mehrwert eines professionellen Verständnisses des Themas im Kita-Team hervorhoben (vgl. Kapitel 4.2.2).

Die quantitativen und qualitativen Erhebungen zur Zufriedenheit mit der Teilnahme am Intensivworkshop lieferten übereinstimmende Resultate. So bewerteten die interviewten Kita-Leitungen als auch die LK den Intensivworkshop positiv, was sich auch mit den hohen Zufriedenheitsraten aus der Fragebogenerhebung bezüglich der digitalen Umsetzung des Workshops (59,8 % bis 68,6 %) sowie des Workshops insgesamt (59,2 % „sehr zufrieden“ und

35,0 % „eher zufrieden“) deckte (Abbildung 25, Abbildung 26). In den Interviews wurde zudem das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Veranstaltung als besonders positiv herausgestellt. Auch in den Fragebogenerhebungen wurde diesbezüglich mehrheitlich Zufriedenheit geäußert, jedoch war dies gleichzeitig die Antwortmöglichkeit, zu der am häufigsten Unzufriedenheiten angegeben wurden (13,5 %).

Sowohl in den Interviews als auch in den Erhebungen mittels Fragebogen wurde die Qualität der Referierenden besonders gelobt. Auch der Dreiklang aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit wurde sowohl von den Kita-Leitungen in den Interviews als auch von den mittels Fragebogen befragten Teilnehmenden des Intensivworkshops zu beiden Erhebungszeitpunkten (t1, t2) mehrheitlich als vorteilhaft beschrieben. Optimierungspotenziale wurden in den Interviews vor allem im Ausbau des Konzepts gesehen, sowohl regional als auch inhaltlich. In den Fragebogenerhebungen wurde ebenfalls der Wunsch nach weiterführenden Inhalten geäußert, z. B. in Form von Methoden zur Anwendung im Kita-Alltag (vgl. Kapitel 4.3.3.2, 4.3.3.4, 4.4.6).

6 Diskussion, Gestaltungsbedarfe und -möglichkeiten

Zusammengefasst lassen sich die hier dargestellten Evaluationsergebnisse für den PPE und für das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ positiv bewerten. Seit der Zertifizierung und auch teilweise bereits im Zertifizierungsprozess zum PPE zeigte sich bei den befragten Kitas eine Anpassung der Mahlzeitengestaltung hin zu einer ausgewogeneren Ernährung. Die Zufriedenheit der beteiligten Akteurinnen und Akteure mit dem PPE wurde als durchgängig hoch angegeben, insbesondere die Erwartungen der Teilnehmenden an die Basisschulung wurden überwiegend erfüllt. Der Ressourceneinsatz wurde von diesen dabei als angemessen beschrieben. Optimierungswünsche bestanden z. B. hinsichtlich der stärkeren Einbeziehung der Erziehungsberechtigten. Auch die Evaluation des Intensivworkshops im Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ zeigte eine überwiegend positive Resonanz der Teilnehmenden, insbesondere mit Blick auf die ausschließlich digitale Umsetzung. Hierbei wurde die hohe Zufriedenheit mit den Referierenden besonders herausgestellt. Die definierten Ziele des Workshops wurden vollständig erreicht und die Erwartungen wurden von mehr als 90,0 % der Teilnehmenden erfüllt. Dies schlug sich bei einigen Befragten beispielsweise in einer achtsameren Gestaltung des Arbeitsalltages wieder. Weiterentwicklungsmöglichkeiten bestanden laut den LK in einem inhaltlichen Ausbau des Konzeptes, einer flächendeckenderen Umsetzung und einer besseren Aufklärungsarbeit gegenüber Kita-Trägern. Zudem wurde eine verstärkte Einbeziehung der Erziehungsberechtigten als wünschenswert angesehen.

Vor diesem Hintergrund sollen die vorliegenden Evaluationsergebnisse nun in den aktuellen Forschungsstand der Thematik eingeordnet und diskutiert werden. In einem weiteren Schritt werden Gestaltungsbedarfe und -möglichkeiten abgeleitet.

6.1 Einordnung in den aktuellen Forschungsstand

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.

Das Angebot der Lebensmittel im Rahmen des Frühstücks in den befragten ABmPE entsprach weitestgehend dem DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kitas (DGE, 6. Auflage, 2023). Gemäß der Checkliste im DGE-Qualitätsstandard für Frühstück und Zwischenverpflegung in der Mischkost sollten sowohl Obst als auch Gemüse oder Salat jeden Tag und Wasser oder ungesüßte Getränke jederzeit verfügbar angeboten werden (DGE, 6. Auflage, 2023, S. 78 ff.). Diese Kriterien wurden von allen zertifizierten ABmPE erfüllt, die täglich ein Frühstück anbieten und diese Frage beantworteten (n = 82). Getreide, Getreideprodukte und Kartoffeln sollen laut dem DGE-Qualitätsstandard ebenfalls jeden Tag inkludiert werden, wobei Vollkornprodukte die Hälfte dieses Angebots ausmachen sollen. Von den befragten Einrichtungen stellten 62,2 % (n = 51) Vollkornbrot oder -brötchen täglich zum Frühstück bereit. Zudem können Haferflocken und selbstgemachtes Müsli, die in 15,9 % (n = 13) der Kitas jeden Tag Teil des Frühstücks waren, dieser Lebensmittelkategorie und den Vollkornprodukten zugeordnet werden. Darüber hinaus standen helle Brote oder Brötchen in 4,9 % (n = 4) der ABmPE täglich und in 11,0 % (n = 9) zwei- bis dreimal wöchentlich auf dem Frühstückstisch. Gleichermaßen sollen entsprechend der DGE Milchprodukte wie Joghurt, Quark und Käse einmal täglich im Rahmen des Frühstücks oder der Zwischenmahlzeiten angeboten werden. Käse war in 62,2 % (n = 51) der ABmPE täglich und in weiteren 35,4 % (n = 29) zwei- bis dreimal pro Woche Bestandteil des Frühstückangebots. Weitere Milchprodukte boten 47,6 % (n = 39) der Einrichtungen täglich sowie 31,7 % (n = 26) mehrmals pro Woche an. Im Rahmen des Frühstücks oder der Zwischenverpflegung ist das Angebot von Fleisch und Wurst laut den Qualitätsstandards der DGE gar nicht empfohlen. Dennoch servierten 32,9 % (n = 27) der Kitas jeden Tag und weitere 43,9 % (n = 36) mehrmals pro Woche Fleisch oder Wurstwaren zum Frühstück (Abbildung 3).

Darüber hinaus beinhaltet der DGE-Qualitätsstandard Kriterien für die Mittagsverpflegung. Getreide(-produkte) und Kartoffeln sollten laut den Empfehlungen für die Mischkost jeden Tag Teil des Mittagessens sein; darunter mindestens einmal pro Woche Vollkornprodukte. Diese Empfehlungen wurden in den ABmPE (n = 152 bzw. 153) überwiegend umgesetzt. Getreide(-produkte) und Kartoffeln standen in 37,5 % (n = 57) der Einrichtungen täglich und in weiteren 57,9 % (n = 88) zwei- bis dreimal pro Woche auf dem Speiseplan. Zusätzlich wurden Vollkornprodukte in der Mehrheit der Kitas sogar häufiger als mindestens empfohlen angeboten. In 9,2 % (n = 14) der ABmPE waren sie täglich Bestandteil des Mittagessens und in 53,9 % (n = 82) zwei- bis dreimal pro Woche. Lediglich 9,3 % der ABmPE boten Vollkornprodukte mittags seltener als einmal pro Woche an (seltener = 8,6 %, n = 13; nie = 0,7 %, n = 1).

Auch Gemüse oder Salat sollen laut DGE-Qualitätsstandard täglich in die Mittagsverpflegung inkludiert werden. Diese Empfehlung wurde von 78,3 % (n = 119) der befragten Kitas erfüllt. Weitere 21,1 % (n = 32) boten Gemüse, Salat oder Rohkost zwei- bis dreimal pro Woche an. Die DGE ordnet Hülsenfrüchte dieser Lebensmittelgruppe zu. Hülsenfrüchte sollten mindestens einmal wöchentlich auf dem Speiseplan stehen. Im Rahmen der ABmPE-Befragung wurden Hülsenfrüchte als separate Komponente des Mittagessens abgefragt. Dies bedeutet, dass zusätzlich zu dem bereits hohen Anteil an Kitas, die täglich Gemüse anboten, 23,7 % (n = 36) mehrmals sowie 57,2 % (n = 87) einmal wöchentlich Hülsenfrüchte in die Mittagverpflegung

inkludierten. Seltener als wöchentlich boten nur 17,8 % (seltener = 17,1 %, n = 26; nie = 0,7 %, n = 1) der ABmPE Lebensmittel dieser Gruppe an.

Obst, Nüsse und Ölsaaten werden von der DGE mindestens zweimal pro Woche als Bestandteil des Mittagessens empfohlen. Die Hälfte der befragten ABmPE boten Obst, Nüsse oder Ölsaaten täglich (50,7 %; n = 77) an, ein weiteres Drittel bot diese Lebensmittel zwei- bis dreimal wöchentlich (37,5 %; n = 57) an. Lediglich 11,8 % servierten diese Lebensmittel seltener als empfohlen (seltener = 9,2 %, n = 14; nie = 2,6 %, n = 4).

Fisch soll laut dem DGE-Qualitätsstandard für die Mischkost mindestens einmal pro Woche angeboten werden. Dies war bei fast allen der antwortenden ABmPE der Fall (1x/Woche = 94,1 %, n = 143; 2-3x/Woche = 2,0 %, n = 3; täglich = 0,7 %, n = 1). Nur in 3,3 % (n = 5) der Kitas wurde Fisch seltener als einmal pro Woche angeboten. Fleisch oder Wurst soll hingegen entsprechend den DGE-Empfehlungen maximal einmal pro Woche auf dem Speiseplan stehen. Im Rahmen der ABmPE-Befragung wurden die Häufigkeit des Angebots von Fleisch, Wurst und Eiern innerhalb einer gemeinsamen Lebensmittelkategorie erhoben. Demnach wurden in 64,4 % der ABmPE Fleisch, Wurst und Eier häufiger als einmal wöchentlich angeboten (2-3x/Woche = 61,8 %, n = 94; täglich = 2,6 %, n = 4) (Abbildung 4).

Gemäß der Einschätzung der Kita-Leitungen hatte sich das Verpflegungsangebot seit der Zertifizierung zum PPE bereits entsprechend des DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas verändert. Rohkost (32,5 %; n = 49), Obst (30,5 %; n = 46) und Gemüse (25,2 %; n = 38) wurden in einem relevanten Anteil der Kitas seit der Zertifizierung zum PPE „viel mehr“ angeboten. Alle diese Lebensmittel sollen laut DGE täglich oder mehrmals wöchentlich auf dem Speiseplan stehen. Weniger häufig in die Mahlzeitengestaltung wurden dagegen Obstkonserven (viel weniger = 63,6 %; n = 96), fleischhaltige Produkte (weniger = 58,3 %; n = 84) sowie süße Speisen (weniger = 45,7 %; n = 69) inkludiert (Abbildung 6).

Auch bezüglich des Getränkeangebots erfüllten die ABmPE den DGE-Qualitätsstandard. Laut der DGE sollen Wasser oder ungesüßter Tee jederzeit zur Verfügung gestellt werden. Alle befragten Kitas boten Wasser zum Frühstück an und auch darüber hinaus waren in nahezu allen Einrichtungen jederzeit Mineralwasser, Leitungswasser oder ungesüßte Tees verfügbar (99,3 %) (Abbildung 3 und Tabelle 21 im Anhang). Saft-/Schorlengetränke oder gesüßte Tees waren nur in einem geringen Anteil der Kitas Bestandteil des Getränkeangebots (Abbildung 5). Nach eigener Einschätzung der Kita-Leitungen hatte sich das Getränkeangebot seit der Zertifizierung zum PPE in Hinblick auf den DGE-Qualitätsstandard ebenfalls positiv entwickelt. Wasser wurde laut 33,8 % (n = 51) der Kita-Leitungen „viel mehr“ angeboten. Zuckerhaltige Getränke wie Kakao (69,5 %; n = 105) und Saft bzw. Saftschorlen (55,6 %; n = 84) wurden hingegen infolge der Zertifizierung „viel weniger“ zur Verfügung gestellt (Abbildung 6).

Insgesamt wird deutlich, dass die Kriterien des DGE-Qualitätsstandards in den befragten ABmPE überwiegend erfüllt wurden. Es besteht jedoch in einigen Einrichtungen in Hinblick auf die Häufigkeit des Angebots von Hülsenfrüchten, Obst und Fleisch bzw. Wurst Optimierungspotenzial.

Deutsche Sporthochschule

Im Jahr 2008 fand bereits eine von der Deutschen Sporthochschule (DSHS) durchgeführte Erstevaluation der ABmPE statt. Vergleiche sind aufgrund der unterschiedlichen Stichprobe nur eingeschränkt möglich (vgl. Kapitel 7). Nachfolgend sind soziodemografische Merkmale bzw. Unterschiede der beiden Stichproben dargestellt.

So befanden sich 75,6 % der im Rahmen der Ersterhebung befragten Einrichtungen im Einzugsgebiet eines sozialen Brennpunkts (mittendrin = 32,7 %, n = 16; am Rand = 42,9 %, n = 21) (Tabelle 91 im Anhang). Dies war nach Angaben des Projektträgers im Rahmen der Pilotphase so festgelegt. Eine Aufnahme einer Kita ohne soziale Bedarfslage in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt geschah hingegen nur, wenn in der Region keine Einrichtung mit Bezug zu einem sozialen Brennpunkt gefunden wurde. Im Rahmen der aktuellen Erhebung wiesen lediglich 26,4 % (n = 43) der Kitas den Status einer plusKITA auf (Tabelle 8 im Anhang). Zudem berichteten die im Jahr 2008 befragten Kita-Leitungen von einem höheren Anteil an Kindern mit Migrationshintergrund. So betrug der Anteil in etwa zwei Drittel der Einrichtungen mehr als 40 % (41-60 % = 31,0 %, n = 18; 61-80 % = 25,9 %, n = 15; 81-100 % = 13,8 %, n = 8) (Tabelle 94 im Anhang). Im Vergleich dazu wiesen laut der aktuellen Erhebung nur in ca. einem Viertel der ABmPE über 40 % der Kinder einen Migrationshintergrund auf (41-60 % = 15,5 %, n = 25; 61-80 % = 5,0 %, n = 8; 81-100 % = 5,6 %, n = 9) (Tabelle 13 im Anhang).

Auch bezüglich der Anzahl der pädagogischen (Fach-)Kräfte liegen Differenzen zwischen der aktuellen Befragung und der Erstevaluation durch die DSHS vor. Während laut der Erhebung im Jahr 2008 durchschnittlich 7,4 (SD = 3,0; n = 59) Erzieherinnen und Erzieher in den ABmPE tätig waren, belief sich diese Zahl nach Angaben der aktuell befragten Kita-Leitungen im Mittel auf 10,8 (SD = 4,2; n = 175) Erzieherinnen und Erzieher (Tabelle 11 und Tabelle 95 im Anhang). Außerdem wurden seit 2008 die DGE-Kriterien an die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst und damit auch die Auswahl der Lebensmittelgruppen, die bezüglich des Frühstücks und Mittagessens abgefragt wurden. Trotz der unterschiedlichen Charakteristika der Stichproben werden ausgewählte Aspekte der beiden Befragungen im Folgenden gegenübergestellt.

Während laut der aktuellen Befragung alle ABmPE täglich Obst oder Gemüse zum Frühstück anboten, war dies 2008 in lediglich 63,4 % (n = 26) der Einrichtungen der Fall. Auch Milchprodukte wurden laut der Erstevaluation im Vergleich zur aktuellen Befragung weniger häufig zum Frühstück serviert (täglich = 25,6 %, n = 10; 2-3x/Woche = 20,5 %, n = 8). Ein deutlicher Unterschied wurde zudem in Hinblick auf das Angebot von Vollkornbrot und -brötchen sichtbar. Während die Mehrheit der Kita-Leitungen in der aktuellen Befragung angab, Vollkornprodukte täglich zum Frühstück anzubieten, wurden diese 2008 lediglich in 14,7 % der ABmPE jeden Tag und in 44,4 % der Kitas seltener als einmal pro Woche serviert (seltener = 32,4 %, n = 11; nie = 8,8 %, n = 3) (Tabelle 92 im Anhang). Das Mittagessen beinhaltete 2008 in den ABmPE etwas häufiger Fleisch (2-3x/Woche = 72,7 %, n = 40) und geringfügig seltener Fisch (1x/Woche = 81,8 %, n = 45) (Tabelle 93 im Anhang). Die Gegenüberstellung der beiden Erhebungen stützt demnach die Einschätzung der Kita-Leitungen, nach der sich das Verpflegungsangebot seit der Zertifizierung zum PPE unter Betrachtung des DGE-Qualitätsstandards positiv verändert hat.

Weitere Studien

Auf Grundlage der DGE-Empfehlungen untersuchte auch das Projekt „NRW isst besser“ den aktuellen Stand der Ernährungssituation in Kitas in NRW (Ritter, Hielscher & Reichardt, 2021). Einbezogen wurden dabei die Forschungsergebnisse einer landesweiten Befragung im Auftrag der Verbraucherzentrale, die Repräsentativität für NRW aufweist (Wehrmüller & Liebau, 2013). Die 2016 veröffentlichte Studie zur Verpflegung in Kindertageseinrichtungen (VeKiTa) beschäftigte sich ebenfalls mit der Ernährungssituation und der Umsetzung des DGE-Qualitätsstandards in 1.400 bundesweit verteilten Kitas (Tecklenburg, Arens-Azevedo & Pfannes, 2016). Dabei wurde aus 53.000 Kitas eine geschichtete und repräsentative Zufallsstichprobe gezogen und befragt. Die Kinder-Ernährungsstudie zur Erfassung des Lebensmittelverzehrs (KiESEL) wurde ebenfalls als repräsentative Querschnittsstudie konzipiert. Sie war Teil der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS,) und betrachtete u. a. die Ernährung in Kitas (Nowak et al., 2022). Die Ergebnisse dieser Erhebungen werden im Folgenden den Ergebnissen der Evaluation des ABmPE gegenübergestellt.

In den bereits zertifizierten ABmPE wurde in 53,5 % der Kitas täglich ein Frühstück angeboten, an dem 93,7 % der Kinder teilnahmen. Laut der VeKiTa-Erhebung wurde bundesweit in 46,0% der Einrichtungen ein Frühstück angeboten, an dem im Mittel 79,0 % der Kinder teilnahmen (Tecklenburg 2016). In den ABmPE nahmen 83,9 % der Kinder am Mittagessen teil. Laut der Ergebnisse des Projekts „NRW isst besser“ boten durchschnittlich 98,0 % der Einrichtungen in NRW ein Mittagessen an, das von 74,0 % der Kinder angenommen wurde (Ritter, Hielscher & Reichardt, 2021). Auch laut der VeKiTa-Studie bot bundesweit ein Großteil (96,1 %) der befragten Kitas ein Mittagessen an, das von 73,6 % der Kinder in Anspruch genommen wurde (Tecklenburg et al., 2016). Laut den Ergebnissen der bundesweiten KiESEL-Studie nahmen 70,0 % der Kinder am Mittagessen in Kitas teil.

Wie zu Beginn des Kapitels beschrieben, wurden die Empfehlungen der DGE, nach denen die ABmPE geschult wurden, in diesen weitestgehend umgesetzt. So wurden z. B. täglich Rohkost, Obst und Wasser bzw. wenig zuckerhaltige Getränke und Lebensmittel angeboten. Laut der Studie „NRW isst besser“ orientierten sich in NRW 46 % der Kitas an den Qualitätsstandards der DGE (Ritter, Hielscher & Reichardt, 2021). In der bundesweiten VeKiTa-Studie gaben 29,6 % der befragten Kitas an, sich an den geltenden DGE-Standards zu orientieren und ihn als Basis für die Verpflegung zu berücksichtigen (Tecklenburg et al., 2016).

Die Ergebnisse der hier dargestellten Studien stehen im Einklang mit den Evaluationsergebnissen zum ABmPE. Da jedoch nicht bekannt ist, inwiefern die Stichproben der jeweiligen Erhebungen mit der im Rahmen der ABmPE-Evaluation herangezogenen Stichprobe vergleichbar sind, müssen Unterschiede in den Studienergebnissen nicht unbedingt auf den PPE zurückzuführen sein, sondern sie können auch durch unterschiedliche Stichprobenzusammensetzungen entstanden sein.

6.2 Gestaltungsbedarfe und -möglichkeiten

Einbindung der Erziehungsberechtigten

Eine ganzheitliche Perspektive, die auch die Zeit, die die Kinder außerhalb der Kita verbringen berücksichtigt, ist für ein gesundes Aufwachsen bzw. eine ausgewogene Kinderernährung unerlässlich. Wie im Rahmen der Zusammenfassung und Triangulation (vgl. Kapitel 5) beschrieben, wurde die Einbindung der Erziehungsberechtigten von den Befragten ebenfalls als bedeutsam erachtet und aktiv angestrebt. Sie gestaltete sich jedoch teils herausfordernd. So kollidierte die zumeist ausgewogene Ernährung in der Kita teils mit unausgewogenen Ernährungsgewohnheiten in der Häuslichkeit. Der vermehrte Einbezug der Erziehungsberechtigten wurde demnach als Optimierungspotenzial des PPE identifiziert. Das von einigen Kita-Leitungen zurückgemeldete Engagement und Interesse der Erziehungsberechtigten (vgl. Tabelle 46 und Tabelle 47, Kapitel 3.4.4) und die von der Mehrheit der Kitas einmal pro Jahr durchgeführten Elternveranstaltungen zum Thema Ernährung stellten hierbei die Ausgangssituation dar (vgl. Tabelle 48, Kapitel 3.2.3).

Der Fokus des PPE und des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ liegt derzeit auf der Zielgruppe der Kita-Kinder und des Kita-Personals. Unter Berücksichtigung der begrenzten Ressourcen und weiterer individueller Gegebenheiten der jeweiligen Kitas sollte dennoch geprüft werden, ob der Einbezug der Erziehungsberechtigten zukünftig stärker in den Fokus rücken sollte. Ist dies der Fall, sollten die verschiedenen Bedarfe, Erwartungen, kulturellen Hintergründe sowie ggf. sprachliche Barrieren berücksichtigt werden. Ein Beispiel für ein Programm, das die Arbeit mit Erziehungsberechtigten fokussiert, ist das Programm „Schatzsuche“⁶. Dieses zielt auf die Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern in Kitas und deren Familien ab und soll die vertrauensvolle Kommunikation zwischen Erziehungsberechtigten und Fachkräften stärken. Es beinhaltet Veranstaltungen, die sich direkt an die Erziehungsberechtigten richten. Diese werden bezüglich Zeitpunkt und Turnus an deren Bedürfnissen ausgerichtet. Das Programm wird bereits in mehr als zehn Bundesländern durchgeführt. Der Austausch oder die Schaffung von Kooperationen mit dem Projekt „Schatzsuche“ oder ähnlichen Präventionsprogrammen, könnte eine Möglichkeit darstellen, Erziehungsberechtigte verstärkt einzubinden und für diese Themengebiete zu sensibilisieren. Zugleich stünde für die Erziehungsberechtigten in diesem Fall eine Ansprechperson bereit, an die diese sich bei Fragen wenden können.

Flexibilisierung des Veranstaltungsformats und der -inhalte

Die Kopplung der PPE-Zertifizierung an das ABK-Gütesiegel wurde seitens eines Kita-Trägers als hinderlich betrachtet, da sie interessierte Einrichtungen ohne dieses Gütesiegel von der Zertifizierung mit dem PPE ausschließen. Die Teilnahme am Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“

⁶ Bei der **Schatzsuche** handelt es sich um ein Eltern-Programm für Kitas, das von der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) entwickelt wurde und einem ressourcenorientierten Ansatz folgt. Die Aufmerksamkeit der Erwachsenen richtet sich auf die Stärken und Schutzfaktoren der Kinder. Durch Stärkung der Resilienz wird das seelische Wohlbefinden gefördert (Zugriff über: <https://www.lzg-rip.de/de/schatzsuche.html>).

wiederum war nur für zertifizierte ABmPE möglich, sodass ferner interessierte ABK-Kitas von der Inanspruchnahme des Zusatzmoduls ausgeschlossen waren (vgl. Kapitel 3.4). Da es für die Zertifizierungen (überschaubarer) finanzieller, personeller und räumlicher Voraussetzungen bedarf, die nicht von allen Kitas erfüllt werden können, könnte der Zugang durch die Kopplung für einige Einrichtungen erschwert werden. Zukünftig wäre es demnach eine Option, ABK, ABmPE und das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ nicht aufeinander aufbauend zu offerieren, sondern den Kitas die freie Wahl zu lassen, welches Präventionsthema sie zuerst fokussieren möchten. Dies würde bedeuten, dass die jeweiligen Themen als gleichberechtigte Wahlmodule angeboten werden. Wissen zur Wichtigkeit des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit sollte in jedem der Module vermittelt werden, sodass Kitas die Bedeutung des Zusammenspiels kennen und die Teilnahme an weiteren Modulen als erstrebenswert erachten, aber in der Wahl der Reihenfolge flexibel sind.

Die Befragungen zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ lieferten widersprüchliche Aussagen zum gewünschten Veranstaltungsformat. Obwohl die Online-Schulung zur seelischen Gesundheit von zwei Drittel der Befragten als positiv empfunden wurde, wünschte sich ein fast genauso großer Anteil der Befragten eine zukünftige Durchführung in Präsenz (vgl. Kapitel 4.3.3). Auch die Ansichten der Befragten zum Verhältnis zwischen Theorie und Praxis in den Schulungen divergierten. Während die Befragten mehrheitlich den Theorie-Praxis-Transfer als besonders positiv bewerteten und dies auch in den Interviews bestätigten (vgl. Kapitel 4.4.3), äußerten 13,5 % der Befragten diesbezüglich Unzufriedenheit (vgl. Kapitel 4.3.3).

Online angebotene Seminare haben in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Digitale Formate bieten ggf. weniger Möglichkeiten zum persönlichen Austausch oder zum gemeinsamen Bearbeiten einer Aufgabe. Gleichzeitig können jedoch, aufgrund der standortunabhängigen Wissensvermittlung, mehr Personen an einer Schulung teilnehmen, da z. B. lange Anfahrtswege vermieden werden (Friehold & Winnen, 2023). Da beide Formate Vor- und Nachteile aufweisen und kein eindeutiges Stimmungsbild unter den Befragten eingefangen werden konnte, sollte die Option einer parallelen Umsetzung oder das Verlagern einzelner Schulungselemente in das digitale Format in Betracht gezogen werden. Beispielsweise könnten nicht nur die Präferenzen hinsichtlich des Veranstaltungsformats, sondern auch das Vorwissen und damit verbunden der gewünschte Anteil von Theorie und Praxis im Vorfeld der Schulung bei den einzelnen Kitas erfragt werden. Auf diese Weise könnten vielfältige Erwartungshaltungen an die Schulung differenzierter und flexibler berücksichtigt werden.

Fortführung und Verstetigung des ABmPE und des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ sowie stetige Weiterentwicklung der Schulungen

Die positiven Ergebnisse der vorliegenden Evaluation betonen die Notwendigkeit der Erarbeitung einer Strategie, um die Umsetzung der Präventionsprogramme langfristig und flächendeckend zu gewährleisten. Hierfür müssen ausreichende finanzielle und personelle Ressourcen auf Anbieterseite vorhanden sein. Auch eine kontinuierliche Anpassung der Programme an aktuelle wissenschaftliche Evidenz sollte sichergestellt werden.

Eine mögliche Ausweitung des ABmPE auf andere Bundesländer sollte zudem in Erwägung gezogen werden. Hierfür muss eine differenzierte Betrachtung der regionalen Gegebenheiten

erfolgen. Weiterführende Evaluationen können dazu beitragen, die Bedürfnisse der Kitas in den Blick zu nehmen und aufbauend darauf zielgruppenspezifische Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Die Verstetigung des ABmPE bzw. des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ würde so langfristig gefördert.

7 Limitationen

Komplexe Evaluationen sind häufig dynamischen Veränderungs- und Anpassungsprozessen unterworfen, da sich Rahmenbedingungen im Evaluationsverlauf ändern können. Nachfolgend werden einige Limitationen benannt, die die Bewertung des Angebotes ABmPE bzw. des Zusatzmoduls „Seelische Gesundheit“ beeinflussten.

Als herausfordernd für den gesamten Evaluationszeitraum stellte sich die COVID-19 Pandemiesituation (ab Anfang 2020) heraus, da diese mit zahlreichen Einschränkungen verbunden war. So gestaltete sich insbesondere zu Beginn der Evaluation die Rekrutierung schwierig, da viele Schulungen (Basisschulungen) nicht wie geplant umgesetzt werden konnten (Ausfall bzw. Verschiebung der Schulung und Ausfall des Praxisanteils) und einige Formate (Intensivworkshops) erstmals von einem Präsenzformat auf ein digitales Format umgestellt werden mussten. Organisatorisch gestaltete sich dadurch einerseits die Rekrutierung der Teilnehmenden zu Beginn der Evaluation schwierig und erforderte teilweise eine Modifizierung der Erhebungsinstrumente (Erstellung eines Online-Fragebogens zur Bewertung des ausschließlich digital durchgeführten Intensivworkshops). Inhaltlich könnte der COVID-19-bedingte Ausfall bzw. die Umorganisation der Praxiseinheiten (Basisschulungen, Intensivworkshops) zu einer negativen Verzerrung der Evaluationsergebnisse geführt haben. So wurde der Praxisanteil von den Teilnehmenden der Basisschulungen und Intensivworkshops als besonders relevant erachtet, konnte jedoch durch die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen nicht wie vom Projektträger geplant umgesetzt werden.

Hingegen konnten trotz der pandemiebedingten Herausforderungen die angestrebten Fallzahlen im späteren Evaluationsverlauf in den meisten Fällen erreicht und teilweise sogar deutlich übertroffen werden (vgl. Tabelle 3), sodass insgesamt von einer für den ABmPE-Kontext repräsentativen Erhebung ausgegangen werden kann. Bei den im Rahmen der Diskussion vorgenommenen Vergleichen zu weiteren (ebenfalls repräsentativen) Studien („NRW isst besser“, VeKiTa, KiESEL) muss hingegen darauf hingewiesen werden, dass die zugrundeliegenden Stichproben sich teilweise deutlich von denen der aktuellen Evaluation unterscheiden. Ebenso unterscheiden sich die im Rahmen der Erstevaluation von der DSHS Köln erhobenen Datensätze von den hier beschriebenen Daten hinsichtlich der soziodemografischen Charakteristika. Beispielsweise war im Rahmen der Erstevaluation der Anteil der sozial schwächer gestellten Kitas (plusKITAs, mehr Kinder und Erziehungsberechtigte mit Migrationshintergrund, weniger pädagogische Fachkräfte etc.) im Vergleich zur aktuellen Evaluation deutlich höher. Unterschiede zwischen den Erhebungen, die ggf. Rückschlüsse auf Veränderungen im Zeitverlauf ermöglichen könnten, müssen somit nicht zwangsläufig auf die Intervention zurückzuführen sein, sondern könnten aus den unterschiedlichen Stichproben resultieren (Selektionsbias). Auch Unterschiede zwischen den verschiedenen Zeitpunkten der Erhebungen innerhalb der vorliegenden Evaluation können von einer unterschiedlichen Stichprobenszusammensetzung zu den einzelnen Zeitpunkten beeinflusst worden sein. Dies betrifft insbesondere die in Modul II durchgeführten t2-Erhebungen der Basisschulung und der Schulungsevaluation des Intensivworkshops, die deutlich niedrigere Fallzahlen erreichten als die jeweiligen t0- bzw. t1-Erhebungen. Als konkretes Beispiel kann hier die hohe Diskrepanz hinsichtlich des Wunsches nach weiteren Inhalten oder Unterstützung bei der Umsetzung der Inhalte des Intensivworkshops zwischen den

Erhebungszeitpunkten angeführt werden (Abbildung 31). Während zu t1 bei 50,0 % der Teilnehmenden ein Bedarf nach weiteren Inhalten geäußert wurde, lag dieser Anteil zu t2 lediglich bei 9,1 %. Neben dem Selektionsbias kann hierfür auch der Recall-Bias mitverantwortlich sein, der eine Verzerrung durch fehlerhafte Erinnerungen aufgrund des relativ langen Abstandes zwischen den letzten beiden Erhebungszeitpunkten darstellt.

Aufgrund datenschutzrechtlicher Aspekte, wurden nachträglich Änderungen und Löschungen im Rahmen der Interviews mit den Landeskoordinatorinnen vorgenommen, sodass der entsprechende qualitative Teil als unvollständig betrachtet werden muss. Hintergrund dieser Änderung war, dass im Sinne des Datenschutzes sichergestellt werden musste, dass keinerlei Rückschlüsse auf befragte Personen für Dritte möglich sein dürfen. Da in der Ergebnisdarstellung der Interviews mit den LK aufgrund der geringen Anzahl dieser (n=2) Rückschlüsse jedoch nicht auszuschließen sind, wurde den Interviewten die Möglichkeit gegeben, diesen Teil vor Abschluss der Berichterstellung einzusehen und zu kommentieren.

Abschließend wird darauf hingewiesen, dass zwar Aussagen über bestimmte Zielgruppen – in Form der der Kita-Kinder und deren Erziehungsberechtigten – getroffen werden. Jedoch wurden diese Personengruppen nicht direkt befragt, sondern indirekt primär über die Kita-Leitungen, da der Zugang zu den Erziehungsberechtigten als schwierig und die Aussagekraft der Auffassungen der Kita-Kinder aufgrund des Alters als nicht belastbar eingestuft wurde. Die Aussagen über Erziehungsberechtigte und Kita-Kindern zu soziodemografischen Daten und zur häuslichen Ernährungssituation etc. können daher von direkten Befragungen der jeweiligen Zielgruppen abweichen.

8 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit. (2010). Nationales Gesundheitsziel - Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de [abgerufen am: 09.12.2022].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Kinder- und Jugendgesundheit. Verfügbar unter: <https://www.bzga.de/programme-und-aktivitaeten/kinder-und-jugendgesundheit/> [abgerufen am: 09.12.2022].

Cuptova, O. (2014). Evaluation des Projektes „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“. Köln: Deutsche Sporthochschule Köln. Verfügbar unter: [https://fis.dshs-koeln.de/portal/de/publications/evaluation-des-projektes-anerkannter-bewegungskindergarten-mit-dem-pluspunkt-ernaehrung\(a2d2dd49-bd50-4d6d-9a33-6ebf48503d29\)/export.html](https://fis.dshs-koeln.de/portal/de/publications/evaluation-des-projektes-anerkannter-bewegungskindergarten-mit-dem-pluspunkt-ernaehrung(a2d2dd49-bd50-4d6d-9a33-6ebf48503d29)/export.html) [abgerufen am: 07.12.2023]

DAK-Gesundheit. (2023). Der anerkannte Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung: Angebot. Verfügbar unter: <https://www.bewegungskindergarten-nrw.de/angebot/> [abgerufen am: 07.12.2023].

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE). (2023). DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Kitas (6. Auflage, 2. korrigierter und aktualisierter Nachdruck). Bonn: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.

Friehold, S. & Winnen, L. (2023). Digitale und hybride Events als Chance für die Erwachsenenbildung: Eine qualitative Studie. In: Zanger, C. (Hrsg.), Eventforschung: Events und ‚The New Normal‘ (S. 139-161).

Geserick, M., Vogel, M., Gausche, R., Lipek, T., Spielau, U., Keller, E., Pfäffle, R., Kiess, W. & Körner, A. (2018). Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *The New England Journal of Medicine* 379, 1303-1312.

GKV-Spitzenverband. (2021). Leitfaden Prävention: Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Haeusler, G., Wrba, T., Riedl, S. et al. (2022). Körpermessdaten bei Kindern: Update zu „wachstum.at“. *Paediatr. Paedolog.*, 57, 66-72.

Kromeyer-Hauschild, K., Wabitsch, M., Kunze, D. et al. (2001). Perzentile für den BodyMass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd*, 149, 807–818.

Kurth, B. M. (2018). KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. *Journal of Health Monitoring* 3(1).

Llewellyn, A., Simmonds, M., Owen, C. G. & Woolacott, N. (2016). Childhood obesity as a predictor of morbidity in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Obes. Rev.*, 17, 56-67.

Lycett, K., Juonala, M. & Magnussen, C. G. (2020). Body Mass Index From Early to Late Childhood and Cardiometabolic Measurements at 11 to 12 Years. *Pediatrics*, 146(2).

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.

Mayring, P. & Fenzl, T. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In N. Baur & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (pp. 543-556). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Nowak, N., Höpfner, T., Rüdiger, T. & Lindtner, O. (2022). *Kinder-Ernährungsstudie zur Erfassung des Lebensmittelverzehr (KiESEL) Forschungsbericht Teil 1; Ergebnisse des Fragebogens*. Berlin: Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR).

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M. & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(12), 1512-1521.

Reilly, J. J. & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International journal of obesity*, 35, 891-898.

Richter-Kornweitz, A. & Kruse, C. (2020). Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i039-2.0> [abgerufen am 07.12.2023].

Ritter, G., Hielscher, J. & Reichardt, K. (2021). *NRW isst besser! Wegweiser zu einem nachhaltigeren Ernährungssystem in NRW*. Münster: FH Münster & Institut für Nachhaltige Ernährung (iSuN).

Robert-Koch-Institut (2020). *AdiMon-Themenblatt: Gesundheitsverhalten der Eltern (Stand 22. September 2020)*.

Schiel, R., Beltschikow, W., Kramer, G. & Stein, G. (2006). Overweight, obesity and elevated blood pressure in children and adolescents. *European Journal of Medical Research*, 11(3), 97-101.

Schienkiewitz, A., Brettschneider, A.-K., Damerow, S. & Schaffrath Rosario, A. (2018). 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. & Schaffrath Rosario, A. (2018). Prävalenz von Untergewicht, Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Einordnung der Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 nach internationalen Referenzsystemen. *Journal of Health Monitoring* 3(3), 60–74.

Scholl, A. (2015). *Die Befragung* (3., überarbeitete Auflage). Konstanz und München: UVK Verlagsgesellschaft mbH.

Schneider, S., Tai, T. & Diehl, K. (2018). Der Kindergarten und seine Bedeutung für die Gesundheit unserer Kinder. *Forschungsstand - Forschungslücken – Forschungsagenda. unsere jugend*, 70(11+12), 491-499.

Tecklenburg, E., Arens-Azevêdo, U. & Pfannes, U. (2016). Verpflegung in Kindertageseinrichtungen (VeKiTa): Ernährungssituation, Bekanntheitsgrad und Implementierung des DGE-Qualitätsstandards. *Ernährungs Umschau* 63(2), 48-55.

Textor, M. R. (2010). *Staatliche Verantwortung für Erziehung und Bildung*.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). (2021). Neue Homepage für den Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung. Verfügbar unter:
<https://www.vdek.com/LVen/NRW/Presse/Pressemitteilungen/2021/07-09-2021-bewegungskindergarten.html> [abgerufen am 07.12.2023].

Vogel, M., Geserick, M. & Gausche, R. (2022). Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie. *Kinder- und Jugendmedizin*, 22(02), 112-117.

Wehrmöller, D. & Liebau, M. (2013). *Kita gesund & lecker. Erste landesweite Befragung zur Verpflegung in Kindertagesstätten in Nordrhein-Westfalen*. Berlin und Düsseldorf: Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen & USUMA GmbH

9 Anhang

Tabelle 4: Dauer der Position als Leitung der Kita in Jahren (n = 178)

N Gültig	178
N Fehlend	1
Mittelwert	11,16
Standardfehler des Mittelwerts	0,74
Median	8,0
Modus	1
Std.-Abweichung	9,89
Varianz	97,79
Spannweite	35
Minimum	0
Maximum	35

Tabelle 5: Träger/Dachverband der Einrichtung (n = 179)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gemeinnütziger Träger (z. B. DPWV, AWO...)	52	29,1	29,1	29,1
	Kirchlicher Träger	39	21,8	21,8	50,8
	Stadt/Kommune	52	29,1	29,1	79,9
	Privater Träger	20	11,2	11,2	91,1
	Sonstige	16	8,9	8,9	100,0
Gesamt		179	100,0	100,0	

Tabelle 6: Zertifizierung als ABmPE (n = 179)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	179	100,0	100,0	100,0
Gesamt		179	100,0	100,0	

Tabelle 7: Dauer der Zertifizierung als ABmPE in Jahren (n = 138)

N Gültig	138
N Fehlend	41
Mittelwert	8,1
Std.-Abweichung	3,0
Minimum	2
Maximum	15

Tabelle 8: ABmPE mit Status plusKita (n = 163)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	43	24,0	26,4	26,4
	Nein	109	60,9	66,9	93,3
	Nicht bekannt	11	6,1	6,7	100,0
	Gesamt	163	91,1	100,0	
Fehlend	-100	16	8,9		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 9: Vorliegen eines Arbeitskonzeptes, Leitbildes oder Schwerpunkts (n = 163)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	132	73,7	73,7	73,7
	Nein	27	15,1	15,1	88,8
	Nicht bekannt	20	11,2	11,2	100,0
	Gesamt	179	100,0	100,0	

Tabelle 10: Arbeitskonzept, Leitbild oder Schwerpunkt (n = 132) (Mehrfachantworten möglich)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Waldorf	0	0,0
	Montessori	3	2,3
	Natur/Wald	22	16,7
	Konfessionell	21	15,9
	Bewegung, Spiel und Sport	98	74,2
	International/bilingual	9	6,8
	Offene Arbeit	16	12,1
	Integrativer/inklusive Ansatz	57	43,2
	Familienzentrum	43	32,6
	Sonstiges	28	15,7
Gesamtantworten		297	219,5
Gesamtteilnehmende		132	
Fehlend	-300	46	
	-100	1	
	Gesamt	47	
Gesamt		179	

Tabelle 11: Personal in den ABmPE (n = 175)

	Erzieher/-innen	Kinder- pfleger/- innen	Sozial- pädagogen/- pädagoginne n	Heilpäda- gogen/- pädagoginne n/Heilerzieh- ungspfleger/- innen	Anerkennun- gspraktikant /-innen
N Gültig	175	112	61	84	111
N Fehlend	4	67	118	95	68
Mittelwert	10,84	1,68	0,87	1,21	1,10
Standard- fehler des Mittelwerts	0,31	0,12	0,10	0,12	0,05
Median	11,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Modus	8	1	1	1	1
Std.- Abweichung	4,15	1,27	0,74	1,11	0,54
Varianz	17,24	1,61	0,55	1,23	0,29
Spannweite	23	6	3	5	2
Minimum	1	0	0	0	0
Maximum	24	6	3	5	2
	Ergänzungs- kräfte	Hauswirtsch aftl. Fach- /Küchenpers onal	Andere		
N Gültig	58	165	74		
N Fehlend	121	14	105		
Mittelwert	1,19	1,70	2,42		
Standard- fehler des Mittelwerts	0,11	0,06	0,23		
Median	1,00	1,00	2,00		
Modus	1	1	1		
Std.- Abweichung	0,84	0,78	1,99		
Varianz	0,68	0,62	3,97		

Spannweite	4	5	10
Minimum	0	0	0
Maximum	4	5	10

Tabelle 12: Kinder in den ABmPE (n = 161)

	Kinder insgesamt (absolut)	Anzahl der Mädchen (relativ)	Anzahl der Jungen (relativ)	Anzahl der diversen Kinder (relativ)	Unter 3 Jahre (relativ)	Über 3 Jahre (relativ)
N Gültig	161	143	144	77	156	151
N Fehlend	18	36	35	102	23	28
Mittelwert	71,46	0,484	0,517	0,003	0,212	0,786
Standardfehler des Mittelwerts	1,868	0,005	0,006	0,002	0,007	0,009
Median	70,00	0,482	0,517	0,000	0,216	0,789
Modus	65	0,50	0,50	0,00	0,29	0,71
Std.-Abweichung	23,698	0,062	0,067	0,017	0,090	0,108
Varianz	561,575	0,004	0,005	0,00	0,008	0,012
Spannweite	126	0,4	0,60	0,14	0,72	0,93
Minimum	20	0,31	0,29	0,00	0,00	0,07
Maximum	146	0,71	0,88	0,14	0,72	1,00
Mittelwert absolut		34,08	36,52	0,19	15,05	55,99

Anmerkung: Differenz der relativen Mittelwerte zu 1,00 möglich, da die relativen Werte auf Basis absoluter Angaben der Befragten berechnet wurden.

Tabelle 13: Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (n = 161)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	82	45,8	50,9	50,9
	21 – 40 %	37	20,7	23,0	73,9
	41 – 60 %	25	14,0	15,5	89,4
	61 – 80 %	8	4,5	5,0	94,4
	81 – 100 %	9	5,0	5,6	100,0
	Gesamt		161	89,9	100,0
Fehlend	-100	18	10,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 14: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund, die kaum Deutsch sprechen (n = 161)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	131	73,2	81,4	81,4
	21 – 40 %	13	7,3	8,1	89,4
	41 – 60 %	13	7,3	8,1	97,5
	61 – 80 %	4	2,2	2,5	100,0
	81 – 100 %	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt		161	89,9	100,0
Fehlend	-100	18	10,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 15: Anteil der Erziehungsberechtigten mit Migrationshintergrund, die kaum Deutsch sprechen (n = 161)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	118	65,9	73,3	73,3
	21 – 40 %	26	14,5	16,1	89,4
	41 – 60 %	8	4,5	5,0	94,4
	61 – 80 %	8	4,5	5,0	94,4
	81 – 100 %	1	0,6	0,6	100,0
	Gesamt	161	89,9	100,0	
Fehlend	-100	18	10,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 16: Anteil der Erziehungsberechtigten, die eine Ermäßigung oder einen Erlass der Teilnahme- oder Kostenbeiträge (Elternbeiträge) erhalten (n = 161)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	107	59,8	66,5	66,5
	21 – 40 %	38	21,2	23,6	90,1
	41 – 60 %	11	6,1	6,8	96,9
	61 – 80 %	5	2,8	3,1	100,0
	81 – 100 %	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	161	89,9	100,0	
Fehlend	-100	18	10,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 17: Häufigkeit der Zubereitung des ersten und/oder zweiten Frühstücks in den ABmPE (n = 155)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	täglich	83	46,4	53,5	53,5
	2-3x/Woche	5	2,8	3,2	56,8
	1x/Woche	28	15,6	18,1	74,8
	seltener	9	5,0	5,8	80,6
	nie	6	3,4	3,9	84,5
	Sonstiges	24	13,4	15,5	100,0
	Gesamt	155	86,6	100,0	
Fehlend	-100	24	13,4		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 18: Verpflegungssystem (n = 160)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Frischkostsystem	50	27,9	31,3	31,3
	Mischkostsystem	21	11,7	13,1	44,4
	Warmverpflegungs- system	68	38,0	42,5	86,9
	Regeneriersystem	16	8,9	10,0	96,9
	Sonstiges	5	2,8	3,1	100,0
	Gesamt	160	89,3	100,0	
Fehlend	-100	19	10,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 19: Verpflegungssystem - Sonstiges in Kategorien (n = 5)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mix aus Frischkost und Warmverpflegungs- system/ Regenerier- system	3	1,7	60,0	60,0
	Cook and Chill	1	0,6	20,0	80,0
	Apetito	1	0,6	20,0	100,0
	Gesamt	5	2,8	100,0	
Fehlend	-300	174	97,2		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 20: Hauptsächliche Verantwortung für die Zubereitung des Mittagessens (n = 153)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Wird verzehrfertig angeliefert	68	38,0	44,4	44,4
	Hauswirtschaftliches Fach-/ Küchenpersonal	60	33,5	39,2	83,7
	Ungelerntes/ angelerntes Personal	18	10,1	11,8	95,4
	Pädagogisches Personal	1	0,6	0,7	96,1
	Pädagogisches Personal mit Kindern	2	1,1	1,3	97,4
	Sonstige	4	2,2	2,6	100,0
	Gesamt	153	85,5	100,0	
Fehlend	-100	26	14,5		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 21: Zurverfügungstellung von Getränken (n = 153)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1	0,6	0,7	0,7
	Ja	152	84,9	99,3	100,0
	Gesamt	153	85,5	100,0	
Fehlend	-100	26	14,5		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 22: Fazit in Bezug auf den Arbeitsaufwand für die Zertifizierung mit dem PPE (n = 144)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr gelohnt	61	34,1	42,2	42,2
	Eher gelohnt	64	35,8	44,4	86,8
	Teils/teils	18	10,1	12,5	99,3
	Eher nicht gelohnt	1	0,6	0,7	100,0
	Gar nicht gelohnt	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	144	80,4	100,0	
Fehlend	-100	35	19,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 23: Arbeitsaufwand für die pädagogische Umsetzung für den PPE (n = 147)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Zu hoch	3	1,7	2,0	2,0
	Angemessen	138	77,1	93,9	95,9
	Ausbaufähig	4	2,2	2,7	98,6
	Nicht bekannt	2	1,1	1,4	100,0
	Gesamt	147	82,1	100,0	
Fehlend	-100	32	17,9		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 24: Arbeitsaufwand für organisatorische Aufgaben für den PPE (n = 147)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Zu hoch	6	3,4	4,1	4,1
	Angemessen	138	77,1	93,9	98,0
	Nicht bekannt	3	1,7	2,0	100,0
	Gesamt	147	82,1	100,0	
Fehlend	-100	32	17,9		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 25: Eintritt des erhofften Ergebnisses (n = 144)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
	Nein	8	4,5	5,6	5,6
	Ja	121	67,6	84,0	89,6
	Nicht bekannt	15	8,4	10,4	100,0
	Gesamt	144	80,4	100,0	
Fehlend	-100	35	19,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 26: Verlängerung des Zertifikats PPE (n = 144)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	28	15,6	19,4	19,4
	Ja	116	64,8	80,6	100,0
	Gesamt	144	80,4	100,0	
Fehlend	-100	35	19,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 27: Zeitraum der bestehenden Zertifizierung mit dem PPE (in Jahren) (n = 138)

N Gültig	138
N Fehlend	41
Mittelwert	8,12
Standardfehler des Mittelwerts	0,254
Median	9,00
Modus	9
Std.-Abweichung	2,983
Varianz	8,897
Spannweite	13
Minimum	2
Maximum	15

Tabelle 28: Zeitraum der Zertifizierung als ABK (in Jahren) (n = 143)

N Gültig	143
N Fehlend	36
Mittelwert	11,83
Standardfehler des Mittelwerts	0,345
Median	12,00
Modus	13
Std.-Abweichung	4,130
Varianz	17,056
Spannweite	19
Minimum	4
Maximum	23

Tabelle 29: Wunsch der erneuten Zertifizierung mit dem PPE (n = 28)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	1	0,6	3,6	3,6
	Ja	27	15,1	96,4	100,0
	Gesamt	28	15,6	100,0	
Fehlend	-100	151	84,4		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 30: Gründe für die Entscheidung für den PPE (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich) (n = 136)

	Kategorien	Häufigkeit	Prozent	Prozent der Fälle
Gültig	Langjähriger und vorab etablierter Schwerpunkt auf Bewegung	15	3,8	11,0
	Gute Infrastruktur und Rahmenbedingungen innerhalb der Kita	5	1,3	3,7
	Engagierte & interessierte Mitarbeitende	12	3,1	8,8
	Weiterbildung der Mitarbeitenden	26	6,6	19,1
	Ergänzung zur Konzeption der Kita	10	2,5	7,4
	Festigung und Verbesserung des Ernährungskonzepts	21	5,3	15,4
	Ernährungsbewusstsein und -erziehung	69	17,6	50,7
	Etablierung gesunder Ernährungsverhalten, auch Kitaübergreifend	40	10,2	29,4
	Elternbeteiligung und -aufklärung	28	7,1	20,6
	Vorbildfunktion	11	2,8	8,1
	Schwerpunktsetzung für Kita	11	2,8	8,1
	Ganzheitliche Gesundheitsförderung; Ergänzung zum ABK	65	16,5	47,8
	Individuelle und gesellschaftliche Relevanz der Thematik (Übergewicht, Zahngesundheit, Ernährung)	58	14,8	42,6
	Gesundheitliche Chancengleichheit	7	1,8	5,1
	Nachhaltigkeit	9	2,3	6,6

	Kategorien	Häufigkeit	Prozent	Prozent der Fälle
	Öffentlichkeitswirksamkeit	5	1,3	3,7
	Trägerentscheidung	1	0,3	0,7
	Gesamtantworten	393	100,0	289,0
	Gesamtteilnehmende	136		
Fehlend	-100	43		
Gesamt		179		

Tabelle 31: Faktoren, die zur Verlängerung des Zertifikats zum PPE beigetragen haben (Mehrfachantworten möglich) (n = 116)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Wir sahen die Notwendigkeit die Inhalte weiter voranzutreiben und umzusetzen.	82	70,7
	Es machte keinen Unterschied; stellte keinen erheblichen Mehraufwand dar.	29	25,0
	Es war kostenfrei.	36	31,0
	Es diene der Förderung der positiven Außendarstellung der Kita.	91	78,4
	Wir erkannten in der verpflichtenden Umsetzung einen Mehrwert für Kinder und Erziehungsberechtigte	71	61,2
	Die Erziehungsberechtigten befürworten den PPE.	67	57,8
	Die einheitliche Fortbildung der Kita-Mitarbeitenden erhöhte die fachliche Kompetenz zum Thema „ausgewogene Kinderernährung“.	77	66,4
	Das Engagement bezüglich ausgewogener Ernährung würde ohne die Zertifizierung vermutlich zurückgehen.	27	23,3
	Wir würden ohnehin so arbeiten.	49	42,2
	Der Träger verlangt es.	6	5,2
	Der Träger unterstützt es.	50	43,1

	Sonstiges	0	0,0
	Gesamtantworten	585	504,3
	Gesamtteilnehmende	116	
Fehlend	-100	63	
Gesamt		179	

Tabelle 32: Gründe für die Verlängerung des Zertifikats zum PPE (Mehrfachantworten möglich) (n = 27)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Wir sehen die Notwendigkeit die Inhalte weiter voranzutreiben und umzusetzen	23	85,2
	Es macht keinen Unterschied; stellt keinen erheblichen Mehraufwand dar.	7	25,9
	Es ist kostenfrei.	8	29,6
	Es dient der Förderung der positiven Außendarstellung der Kita.	24	88,9
	Wir erkennen in der verpflichtenden Umsetzung einen Mehrwert für Kinder und Erziehungsberechtigte	20	74,1
	Die Erziehungsberechtigten befürworten den PPE.	17	63,0
	Die einheitliche Fortbildung der Kita-Mitarbeitenden erhöht die fachliche Kompetenz zum Thema „ausgewogene Kinderernährung“.	21	77,8
	Das Engagement bezüglich ausgewogener Ernährung würde ohne die Zertifizierung vermutlich zurückgehen.	6	22,2
	Wir würden ohnehin so arbeiten.	13	48,1
	Der Träger unterstützt es.	17	63,0
	Persönliches Interesse	9	33,3
	Gemeinsames professionelles Verständnis im gesamten Kita-Team für eine ausgewogene Ernährung	18	66,7

	Sonstiges	0	0,0
	Gesamtantworten	183	677,8
	Gesamtteilnehmende	27	
Fehlend	-300	1	
	-100	151	
Gesamt		179	

Tabelle 33: Bisherige Zertifizierung als ABmPE (ABK, n = 13)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	13	100,0	100,0	100,0
	Ja	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	13	100,0	100,0	

Tabelle 34: Träger bzw. Dachverband der ABK (n = 13)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gemeinnützig er Träger (z. B. DPWV, AWO...)	1	7,7	7,7	7,7
	Kirchlicher Träger	6	46,2	46,2	53,8
	Stadt/Komm- une	2	15,4	15,4	69,2
	Privater Träger	3	23,1	23,1	92,3
	Sonstige	1	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	13	100,0	100,0	

Tabelle 35: Vorhandensein eines Arbeitskonzepts, Leitbilds oder Schwerpunkts der ABK (n = 13)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	12	92,3	92,3	92,3
	Nein	0	0,0	0,0	92,3
	Nicht bekannt	1	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	179	100,0	100,0	

Tabelle 36: Arbeitskonzept, Leitbild oder Schwerpunkt der ABK (n = 12) (Mehrfachantworten möglich)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Waldorf	1	8,3
	Montessori	2	16,7
	Natur/Wald	2	16,7
	Konfessionell	3	25,0
	Bewegung, Spiel und Sport	10	83,3
	International/bilingual	0	0,0
	Offene Arbeit	4	33,3
	Integrativer/inklusive Ansatz	5	41,7
	Familienzentrum	4	33,3
	Sonstiges	0	0,0
	Gesamtantworten	31	258,3
Gesamtteilnehmende		12	
Fehlend	-100	1	
Gesamt		13	

Tabelle 37: Personal in den ABK (n = 12)

	Erzieher/-innen	Kinder- pfleger/- innen	Sozial- pädagogen/- pädagoginnen	Heilpäda- gogen/- pädagogin nen	Heilerzieh- ungspfleger /-innen
N Gültig	12	9	6	4	5
N Fehlend	1	4	7	9	8
Mittelwert	11,08	2,67	1,50	0,75	2
Standard- fehler des Mittelwerts	1,368	0,441	0,428	0,250	0,548
Median	10	3	1,50	1,00	2
Modus	7	3	1	1	1
Std.- Abweichung	4,738	1,323	1,049	0,500	1,225
Varianz	22,447	1,75	1,10	0,250	1,5
Spannweite	14	4	3	1	3
Minimum	5	1	0	0	1
Maximum	19	5	3	1	4
	Anerkennungs- praktikant/- innen	Ergänzungs- kräfte	Hauswirtschaftl . Fach- /Küchenperson al	Andere	
N Gültig	8	3	10	8	
N Fehlend	5	10	3	5	
Mittelwert	1,25	1,33	1,8	1	
Standard- fehler des Mittelwerts	0,313	0,882	0,291	0	
Median	1	1	1,5	1	
Modus	1	0	1	1	
Std.- Abweichung	0,886	1,528	0,919	0	
Varianz	0,786	2,333	0,844	0	
Spannweite	3	3	2	0	

Minimum	0	0	1	1
Maximum	3	3	3	1

Tabelle 38: Kinder in den ABK (n = 12)

	Kinder insgesamt	Anzahl der Mädchen	Anzahl der Jungen	Anzahl der diversen Kinder	Unter 3 Jahre	Über 3 Jahre
N Gültig	12	11	11	6	11	11
N Fehlend	1	2	2	7	2	2
Mittelwert	82,75	40,09	43,36	0	19,55	63,91
Standardfehler des Mittelwerts	8,66	4,726	5,107	0	3,146	8,651
Median	79	41	40	0	19	56
Modus	75	12a	16a	0	6a	27
Std.-Abweichung	30	15,675	16,937	0	10,434	28,693
Varianz	900,023	245,691	286,855	0	108,873	823,291
Spannweite	95	48	55	0	31	97
Minimum	35	12	16	0	6	27
Maximum	130	60	71	0	37	124

Tabelle 39: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den ABK (n = 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	5	38,5	41,7	41,7
	21 – 40 %	2	15,4	16,7	58,3
	41 – 60 %	4	30,8	33,3	91,7
	61 – 80 %	0	0,0	0,0	91,7
	81 – 100 %	1	7,7	8,3	100,0
	Gesamt	12	92,3	100,0	
Fehlend	-100	1	7,7		
Gesamt		13	100,0		

Tabelle 40: Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund in den ABK, die kaum Deutsch sprechen (n = 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	11	84,6	84,6	84,6
	21 – 40 %	1	7,7	7,7	92,3
	41 – 60 %	0	0,0	0,0	92,3
	61 – 80 %	0	0,0	0,0	92,3
	81 – 100 %	1	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	13	100,0	100,0	

Tabelle 41: Anteil der Erziehungsberechtigten mit Migrationshintergrund der ABK, die kaum Deutsch sprechen (n = 13)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	9	69,2	69,2	69,2
	21 – 40 %	2	15,4	15,4	84,6
	41 – 60 %	0	0,0	0,0	84,6
	61 – 80 %	0	0,0	0,0	84,6
	81 – 100 %	2	15,4	15,4	100,0
	Gesamt	13	100,0	100,0	

Tabelle 42: Anteil der Erziehungsberechtigten, die eine Ermäßigung oder einen Erlass der Teilnahme- oder Kostenbeiträge erhalten (n = 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	10	83,3	83,3	83,3
	21 – 40 %	1	7,7	7,7	91,4
	41 – 60 %	0	0,0	0,0	91,4
	61 – 80 %	0	0,0	0,0	91,4
	81 – 100 %	1	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Tabelle 43: Kita-Einrichtungen mit dem Status plusKITA (MKFFI) (n = 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	10	76,9	76,9	76,9
	Ja	2	15,4	15,4	92,3
Gesamt		12	100,0	100,0	

Tabelle 44: Veränderungen im Getränkeangebot der ABK (Mehrfachantworten möglich) (t0, n = 12 und t1, n = 19)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
t0	Mineralwasser, Leitungswasser, ungesüßter Tee	12	100,0
	Gesüßter Tee	1	8,3
	Saftschorlen	1	8,3
	Fruchtsäfte, Fruchtsaftgetränke/-nektar	1	8,3
	Sonstiges	1	8,3
	Gesamtantworten	16	133,2
	Gesamtteilnehmende	12	
Fehlend	-100	1	
Gesamt		13	
t1	Mineralwasser, Leitungswasser, ungesüßter Tee	19	100,0
	Gesüßter Tee	0	0,0
	Saftschorlen	1	5,3
	Fruchtsäfte, Fruchtsaftgetränke/-nektar	0	0,0
	Sonstiges	2	10,6
	Gesamtantworten	22	115,9
	Gesamtteilnehmende	19	

Tabelle 45: Anteil des aktuellen Angebots der Kitas für Erziehungsberechtigte zum Thema Ernährung (n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	9	47,4	47,4	47,4
	Ja	9	47,4	47,4	94,7
Gesamt		19	90,5	100,0	

Tabelle 46: Einschätzungen der Teilnehmenden über das Interesse der Erziehungsberechtigten für das Thema Ernährung (t0, n = 12)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr hoch	1	7,7	8,3	8,3
	Hoch	6	46,2	50,0	58,3
	Teils/teils	4	30,8	33,3	91,7
	Niedrig	0	0,0	0,0	91,7
	Sehr niedrig	0	0,0	0,0	91,7
	Nicht bekannt	1	7,7	8,3	100,0
	Gesamt	12	92,3	100,0	
Fehlend	-100	1	7,7		
Gesamt		13	100,0		

Tabelle 47: Einschätzungen der Teilnehmenden über das Interesse der Erziehungsberechtigten für das Thema Ernährung (t1, n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr hoch	3	15,8	15,8	15,8
	Hoch	2	10,5	10,5	26,3
	Teils/teils	11	57,9	57,9	84,2
	Niedrig	1	5,3	5,3	89,5
	Sehr niedrig	2	10,5	10,5	100,0
	Nicht bekannt	0	0,0	0,0	0,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	

Tabelle 48: Anzahl der Elternveranstaltungen der ABmPE zum Thema Ernährung (n = 144)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Mehrmals pro Jahr	28	15,6	19,4	19,4
	Einmal im Jahr	105	58,7	72,9	92,3
	Nein	9	5,0	6,3	98,6
	Nicht bekannt	2	1,1	1,4	100,0
	Gesamt	144	80,4	100,0	
Fehlend	-100	35	19,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 49: Häufigkeit der Angebote zur Ernährungsbildung von ABK (n = 14)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	2	10,5	14,3	14,3
	Mehrmals wöchentlich	3	15,8	21,4	35,7
	Wöchentlich	6	31,6	42,9	78,6
	Mehrmals monatlich	2	10,5	14,3	92,9
	Monatlich	0	0,0	0,0	0,0
	Seltener	1	5,3	7,1	100,0
	Gesamt	14	73,7	100,0	
Fehlend	System	5	26,3		
Gesamt		19	100,0		

Tabelle 50: Häufigkeit der Angebote zur Ernährungsbildung von ABmPE (n = 144)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Täglich	19	10,6	13,2	13,2
	Mehrmals wöchentlich	20	11,1	13,9	27,1
	Wöchentlich	26	14,5	18,1	45,1
	Mehrmals monatlich	33	18,4	22,9	68,1
	Monatlich	20	11,2	13,9	81,9
	Seltener	23	12,8	16,0	97,9
	Nie	3	1,7	2,1	100,0
	Gesamt	144	80,4	100,0	
Fehlend	-100	35	19,6		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 51: Erwartungen an den PPE mit Blick auf den Kita-Alltag (n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Voll und ganz	12	63,2	63,2	63,2
	Eher erfüllt	7	36,8	36,8	100,0
	Eher weniger erfüllt	0	0,0	0,0	100,0
	Ganz und gar nicht	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	

Tabelle 52: Geschätzter Arbeitsaufwand für die pädagogische Umsetzung des PPE (n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Hoch	0	0,0	0,0	0,0
	Angemessen	16	84,2	84,2	84,2
	Nicht mehr als bislang	3	15,8	15,8	100,0
	Kann ich nicht einschätzen	0	0,0	0,0	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	

Tabelle 53: Wahrgenommener Lohn für den Weg zum ABmPE (n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	0	0,0	0,0	0,0
	Ja	19	100,0	100,0	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	

Tabelle 54: Anzahl der Kitas, die den Weg noch einmal gehen würden (n = 19)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	0	0,0	0,0	0,0
	Ja	19	100,0	100,0	100,0
	Gesamt	19	100,0	100,0	

Tabelle 55: Deskriptive Statistiken zur Altersverteilung (Modul II, n = 681)

N Gültig	681
N Fehlend	2
Mittelwert	37,3
Std.-Abweichung	11,5
Minimum	18
Maximum	65

Tabelle 56: Höchster Berufsabschluss der Stichprobe (Modul II, n = 622)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keinen Berufsabschluss	6	0,9	0,1	0,1
	Noch in der Ausbildung	17	2,5	2,7	3,7
	Abgeschlossene Berufsausbildung	462	67,6	74,3	78,0
	Fachschulabschluss	69	10,1	11,1	89,1
	Akademischer Abschluss	59	8,6	9,5	98,6
	Anderen Ausbildungsabschluss	9	1,3	1,4	100,0
	Gesamt	622	91,1	100,0	
Fehlend	-200	58	8,5		
	-100	3	0,4		
Gesamt		683	100,0		

Tabelle 57: Position der Stichprobe in der Kita (Modul II, n = 658)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Erzieher/-in	501	73,4	76,1	76,1
	Kinderpfleger/-in	41	6,0	6,2	82,4
	Sozialpädagoge/-in, Kindheitspädagog/-in	13	1,9	2,0	84,3
	Heilerziehungspfleger/-in	19	2,8	2,9	87,2
	Anerkennungspraktikant/-in	8	1,2	1,2	88,4
	Ergänzungskraft	8	1,2	1,2	89,7
	Hauswirtschaftliches Fach-/Küchenpersonal	23	3,4	3,5	93,2
	Gesamt	658	96,3	100,0	
Fehlend	-200	22	3,2		
	-100	3	4,0		
Gesamt		683	100,0		

Tabelle 58: Bereits mit dem PPE zertifizierte Kitas (Modul II, n = 679)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	264	38,7	38,9	38,9
	Ja	412	60,3	60,7	99,6
	Nicht bekannt	3	0,4	0,4	100,0
	Gesamt	679	99,4	100,0	
Fehlend	-100	4	0,6		
Gesamt		683	100,0		

Tabelle 59: Schulungsort der Stichprobe (Modul II, n = 673)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	In meiner Kita	339	49,6	50,4	50,4
	In einer fremden Kita	200	29,3	29,7	80,1
	An einem anderen Bildungsort	134	19,6	19,9	100,0
	Gesamt	673	98,5	100,0	
Fehlend	-200	6	0,9		
	-100	4	0,6		
Gesamt		683	100,0		

Tabelle 60: Positive Aspekte der Schulung (n = 243)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ablauf/ Struktur	9	1,3	3,7	3,7
	Vermittlungs- methode	46	6,7	18,9	22,6
	Referent/- in/Fachwissen/ Fragen beantwortet	63	9,2	25,9	48,6
	Thematik/ Inhalt/Wissens- zuwachs	47	6,9	19,3	67,9
	Austausch- möglichkeiten/ Gruppenarbeit /Atmosphäre	73	10,6	30,0	97,9
	Alles/allgemein gut	5	0,7	2,1	100,0
	Gesamt	243	35,5	100,0	
	Fehlend	-100	24	3,5	
	System	419	61,1		
Gesamt		686	100,0		

Tabelle 61: Optimierung der Schulung (n = 75) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Gemeinsames Kochen/Praktischer Teil (COVID)	27	3,9	36,0	36,0
	Mehr Bewegung	2	0,3	2,7	38,7
	Länge/Struktur der Schulung	17	2,5	22,7	61,3
	Räumlichkeit	2	0,3	2,7	64,0
	Thematik/ Inhalt	18	2,6	24,0	88,0
	Positives Feedback	6	0,9	8,0	97,0
	Sonstiges	3	0,4	4,0	100,0
	Gesamt	75	10,9	100,0	
Fehlend	-100	193	28,1		
	System	418	60,9		
Gesamt		686	100,0		

Tabelle 62: Umfang der Veränderung im Kita-Alltag seit der Teilnahme an der Basisschulung (n = 99)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sehr groß	10	9,9	10,1	10,1
	Eher groß	60	59,4	60,6	70,7
	Eher klein	24	23,8	24,2	94,9
	Sehr klein	3	3,0	3,0	98,0
	Keine	2	2,0	2,0	100,0
	Gesamt	99	98,0	100,0	
Fehlend	System	2	2,0		
Gesamt		101	100,0		

Tabelle 63: Aspekte, die an der Schulung besonders gut gefielen (n = 91) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Methodenauswahl und -vielfalt	35	38,5
	(Fachliche, anschauliche, kurzweilige) Vermittlung der Inhalte	17	18,7
	Zeitmanagement	5	5,5
	Referentinnen und Referenten	19	20,9
	Alles	4	4,4
	Bezug zur Praxis, praxisnahe Wissensvermittlung	10	11,0
	Viele Informationen, neue Impulse, Ideen und Tipps	29	31,9
	Auf Wünsche und Fragen wurde eingegangen	9	9,9
	Gute Atmosphäre	12	13,2
	Austausch	22	24,2
	Ansprechende und wichtige Thematik	4	4,4
	Stärkung der Teilnehmenden	2	2,2
	Behandlung spezifischer Themen (Kinder U1/U2, Elternabende, Chinesische Medizin, Andersesser)	4	4,4
	Gesamtantworten	172	189,0
	Gesamtteilnehmende	91	
Fehlend		596	
Gesamt		687	

Tabelle 64: Optimierungsvorschläge der Schulung seitens der Teilnehmenden (n = 198) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Prozent
Gültig	Integration von Praxisübungen und Bewegung	81	42,9
	Verknüpfung von Bewegung und Ernährung	3	1,6
	Optimierung der Struktur und des Zeitmanagements	49	25,9
	Vertiefung in spezifische Themenbereiche	14	7,4
	Erweiterung von Materialien, Beispielen und Methoden	14	7,4
	Förderung von Nachhaltigkeit	2	1,1
	Veränderung Gruppenarbeitsangebot	8	4,2
	Selektive Behandlung von Themen	11	5,8
	Stärkerer Bezug zum Kita-Alltag	8	4,2
	Optimierung der räumlichen Gegebenheiten	4	2,1
	Sonstiges	4	2,1
	Gesamtantworten	198	104,8
	Gesamtteilnehmende	189	
Fehlend		487	
Gesamt		686	

Tabelle 65: Vorherige Teilnahme der ABmPE an einer Veranstaltung zum Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ (n = 143)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	104	58,1	72,7	89,5
	Ja	24	13,4	16,8	16,8
	Nicht bekannt	15	8,4	10,5	100,0
	Gesamt	143	79,9	100,0	
Fehlend	-100	36	20,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 66: Vorherige Teilnahme der ABmPE am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 24)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	15	8,4	62,5	62,5
	Ja	9	5	37,5	100
	Gesamt	24	13,4	100,0	
Fehlend	-100	36	20,1		
	-300	119	66,5		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 67: Einstellung gegenüber einer zukünftigen Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 134)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	117	65,4	87,3	87,3
	Nein	6	3,4	4,5	91,8
	Kann ich nicht einschätzen	11	6,1	8,2	100,0
	Gesamt	134	74,9	100,0	
Fehlend	-100	45	25,1		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 68: Vorhandenes Wissen zu seelischer Gesundheit je Kita-Position (n = 140)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kita- Leitung	Ja	100	55,9	71,4	71,4
	Nein	32	17,9	22,9	94,3
	Nicht bekannt	8	4,5	5,7	100,0
Pädagogi- sches Personal	Ja	84	46,9	60,0	60,0
	Nein	27	16,1	19,3	79,3
	Nicht bekannt	29	16,2	20,7	100,0
Sonstiges Personal	Ja	16	8,9	11,4	11,4
	Nein	48	26,8	34,3	45,7
	Nicht bekannt	76	42,5	54,3	100,0
Gesamt		140	78,2	100,0	
Fehlend	-100	39	21,8		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 69: Vorhandenes Wissen zu seelischer Gesundheit (n = 100)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Achtsamkeit	Ja	91	50,8	91,0	91,0
	Nein	9	5,0	9,0	100,0
Entspannung/ Stressprävention	Ja	88	49,2	88,0	88,0
	Nein	12	6,7	12,0	100,0
Resilienz	Ja	80	44,7	80,0	80,0
	Nein	20	11,2	20,0	100,0
Selbstwirksamkeit	Ja	58	32,4	58,0	58,0
	Nein	42	23,5	42,0	100,0
Gesamt		100	55,9		
Fehlend	-300	35	19,6		
	-100	44	24,6		
	Gesamt	79	44,1		
Gesamt		170	100,0		

Tabelle 70: Wahrgenommene Vorteile des Dreiklangs aus Bewegung, Ernährung und seelischer Gesundheit (n = 93)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Verbesserung des Wohlbefindens/ Ausgeglichenheit	6	3,4	6,5	6,5
	Ganzheitliche/sich ergänzende Gesundheitsförderung	76	42,5	81,7	88,2
	Steigerung des Bewusstseins/Positives Körpergefühl	4	2,2	4,3	92,5
	Ganzheitliches Arbeiten/gesundes Team	7	3,9	7,5	100,0

	Gesamt	93	52,0	100,0
Fehlend	-100	86	48,0	
Gesamt		179	100,0	

Tabelle 71: Bisherige Relevanz der Thematik „Seelische Gesundheit“ (n = 37)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Bisher anderer Schwerpunkt/Fokus	5	2,8	13,5	13,5
	Nock kein ausreichendes Bewusstsein/keine Erfahrung	3	1,7	8,1	21,6
	Noch nicht damit beschäftigt/neues Thema/keine Information	13	7,3	35,1	56,8
	Muss konzeptionell erst erarbeitet werden	9	5,0	24,3	81,1
	Läuft nebenbei/wird unter anderer Definition umgesetzt	7	3,9	18,9	100,0
	Gesamt	37	20,7	100,0	
Fehlend	-100	142	79,3		
Gesamt		179	100,0		

Tabelle 72: Erwartungen an das Zusatzmodul „Seelische Gesundheit“ (n = 98) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Struktur der Veranstaltung (COVID-19 angepasst, Informationsmaterial, neuer Input)	21	21,4
	Informationen, Erkenntnisse, Fachwissen, Tipps	47	48,0
	Strategien zur Übertragbarkeit in den Alltag (pädagogische Hilfestellungen, ressourcenorientiert, praxisnah)	49	50,0
	Stärken persönlicher Ressourcen (Kompetenz, Resilienz)	21	21,4
	Ganzheitliche Veränderungen bei Erziehungsberechtigten und Kindern (Akzeptanz, Sensibilisierung, Verhaltensprävention)	18	18,4
	Verhältnisprävention	3	3,1
	Achtsamkeits-, Entspannungs- und Körperwahrnehmungsstrategien	19	19,4
	Stärkung des Gemeinschaftsgefühls	10	10,2
	Regelmäßige Fortbildungen und Teamschulungen	7	7,1
	Ansprechpersonen, Beratung	3	3,1
	Umgang mit Erziehungsberechtigten	15	15,3
	Fokussieren des Dreiklangs	7	7,1
	Andere	7	7,1
	Keine Erwartungen	5	5,1
Gesamtantworten	232	218,3	
	Gesamtteilnehmende	98	
Fehlend	-100	81	
Gesamt		179	

Tabelle 73: Vorteile der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs (t1, n = 63) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozenze
Gültig	Gegenseitiges Bedingen der 3 Aspekte	40	63,5
	Bewussteres Wahrnehmen des Gegenübers (Achtsamkeit)	7	11,1
	Gesundheitsfördernde Aspekte (körperlich, seelisch)	10	15,9
	Austausch untereinander	2	3,2
	Möglichkeit zur Selbstreflexion	5	7,9
	Gute Basis für die Entwicklung der Kinder	1	1,6
	Andere	8	12,7
	Gesamtantworten	73	115,9
	Gesamtteilnehmende	63	
Fehlend	-100	41	
Gesamt		104	

Tabelle 74: Soziodemografische Charakteristika der Teilnehmenden des Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig	Weiblich	101	97,1	97,1	97,1
	Männlich	3	2,9	2,9	100,0
Gesamt		104	100,0	100,0	

Tabelle 75: Deskriptive Statistiken zum Alter der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)

N Gültig	104
N Fehlend	0
Mittelwert	43,8
Median	45
Std.-Abweichung	11,3
Minimum	21
Maximum	64

Tabelle 76: Höchste Berufsausbildung der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 103)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Noch in der Ausbildung	1	1,0	1,0	1,0
	Abgeschlossene Berufsausbildung	75	72,1	72,8	73,8
	Fachschulabschluss	11	10,6	10,7	84,5
	Akademischer Abschluss	12	11,5	11,7	96,1
	Sonstiges	4	3,8	3,9	100,0
	Gesamt	103	99,0	100,0	
	Fehlend	-100	1	1,0	
Gesamt		104	100,0		

Tabelle 77: Berufliche Position der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Leitung/stellvertretende Leitung	30	28,8	28,8	28,8
	Erzieher/-in	49	47,1	47,1	76,0
	Kinderpfleger /-in	12	11,5	11,5	87,5
	Sozialpädagoge/-in	3	2,9	2,9	90,4
	Anerkennung spraktikant/-in	2	1,9	1,9	92,3
	Ergänzungskraft	1	1,0	1,0	93,3
	Sonstige	1	1,0	1,0	94,2
	Gesamt	104	100,0	100,0	
Fehlend	-100	6	5,8	100,0	

Tabelle 78: Benutzte technische Geräte zur Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104) (Mehrfachantworten möglich)

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Privater PC/Laptop	40	38,5
	Dienstlicher PC/Laptop	52	50,0
	Tablet	12	11,5
	Smartphone	1	1,0
	Sonstige	0	0,0
Gesamtantworten		105	101,0
Gesamtteilnehmende		104	

**Tabelle 79: Ort der Teilnahme am Online-Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 104)
(Mehrfachantworten möglich)**

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	In der Kita	43	41,3
	Räumlichkeiten beim Träger	0	0,0
	Zu Hause	72	69,2
	Sonstiges	0	0,0
Gesamtantworten		115	110,5
Gesamtteilnehmende		104	

Tabelle 80: Eigeneinschätzung der technischen Fertigkeiten der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Anfänger/-in ohne Vorkenntnisse	8	7,7	7,7	7,7
	Anfänger/-in mit Vorkenntnissen	34	32,7	32,7	40,4
	Fortgeschrittene/-r	61	58,7	58,7	99,0
	Expertin/Experte	1	1,0	1,0	100,0
Gesamt		104	100,0	100,0	

Tabelle 81: Vorhandene Fertigkeiten im Umgang mit dem Computer der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 104)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Ja	102	98,1	98,1	98,1
	Nein	2	1,9	1,9	100,0
Gesamt		104	100,0	100,0	

Tabelle 82: Von den Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ gewünschtes zukünftiges Schulungsformat (n = 104)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Präsenzverant- wortung	68	65,4	65,4	65,4
	Digitale Veranstaltung	36	34,6	34,6	100,0
Gesamt		104	100,0	100,0	

Tabelle 83: Nutzen der Intensivworkshopinhalte „Seelische Gesundheit“ im Arbeitsalltag (t1, n = 71) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

Kategorien		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Praktische Übungen und Tipps	21	29,6
	Wissensvermittlung/-auffrischung, Literaturhinweise	9	12,7
	Ergänzender Blickwinkel auf laufende Angebote/Alltagssituationen	6	8,5
	Auseinandersetzung mit spezifischen Themen (Achtsamkeit, Stressregulation, Dreiklang)	8	11,3
	Input für die tägliche Arbeit	12	16,9
	Förderung Teamarbeit und Austausch (auch Kita übergreifend)	10	14,1

	Selbstreflexion	13	18,5
	Förderung der Motivation	3	4,2
	Sich bewusst mit dem Thema auseinander setzen	15	21,1
	Gesamtantworten	97	136,9
	Gesamtteilnehmende	71	
Fehlend	-100	33	
Gesamt		104	

Tabelle 84: Nutzen der Intensivworkshopinhalte „Seelische Gesundheit“ im Arbeitsalltag (t2, n = 13) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Beruflich wie private Denkanstöße	2	15,4
	Bewusster den Arbeitsalltag erleben und reflektieren	8	61,5
	Menge der Informationen, Übungen des Workshops	3	23,1
	Fokus auf die eigene Person und Ressourcen	5	38,5
	Kleine Pausen zulassen	1	7,7
	Das Gelernte in die Praxis umsetzen	2	15,4
	Austausch untereinander	1	7,7
	Gesamtantworten	22	169,3
	Gesamtteilnehmende	13	
Fehlend	-100	20	
Gesamt		33	

Tabelle 85: Wahrgenommene Veränderungen im Kita-Alltag, seit der Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (t2, n = 6) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozenze
Gültig	Einführung von Wunschkarten	1	11,1
	Verstärktes Bewusstsein und Sensibilisierung im Alltag	4	44,4
	Gezieltere Projektplanung unter dem Ansatz „Seelische Gesundheit“	1	11,1
	Verstärkte Selbstreflexion, Resilienz	1	11,1
	Positivität	1	11,1
	Anderes	1	11,1
	Gesamtantworten	9	100,0
	Gesamtteilnehmende	6	
Fehlend	-100	32	
Gesamt		38	

Tabelle 86: Beobachtete Veränderungen im Kita-Alltag seit der Teilnahme am Intensivworkshop „Seelische Gesundheit“ (n = 32)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Gültig	Nein	7	21,2	21,9	21,9
	Ja	8	24,2	25,0	46,9
	Kann ich nicht einschätzen	17	51,5	53,1	100,0
	Gesamt	32	97,0	100,0	
Fehlend	System	1	3,0		
Gesamt		33	100,0		

Tabelle 87: Wahrgenommene positive Aspekte des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 79) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Informationsgehalt und -vermittlung (Hintergrundwissen, Relevanz für den Arbeitsalltag, Padlet, PowerPoint- Präsentationen)	18	23,1
	Austausch in der Gruppe	26	33,3
	Wechsel zw. Theorie und Praxis	2	2,6
	Referentin und Referent	36	46,2
	Wechsel zw. Eigen- und Gruppenarbeit	6	7,7
	Praktischer Teil/Ideen für die Praxis	16	20,5
	Organisatorische Aspekte (Ablauf, zeitliche Einteilung, Pausen)	8	10,3
	Alles	3	3,8
	Gesamtantworten	115	145,6
	Gesamtteilnehmende	79	
Fehlend	-100	25	
Gesamt		104	

Tabelle 88: Wahrgenommene negative Aspekte des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 44) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Keine, der Intensivworkshop war gut	11	25,6
	Zu viel Theorie (insbesondere am ersten Tag)	10	23,3
	Schwere Sprache (Fachbegriffe)	3	7,0
	Zu wenig Bezug zum Kita-Alltag und Methoden zur Umsetzung	4	9,3
	Die Uhrzeit des Intensivworkshops	3	7,0
	Zu lange Vorstellungsrunden	2	4,7
	Digitales Format	5	11,6
	Zu lange Kleingruppenarbeitszeit	4	9,3
	Anderes	4	9,3
	Gesamtantworten	46	104,5
	Gesamtteilnehmende	44	
Fehlend	-100	60	
Gesamt		104	

Tabelle 89: Bestehende Wünsche nach zusätzlichen Inhalten der Teilnehmenden des Intensivworkshops „Seelische Gesundheit“ (n = 36) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	Mehr praktische Einheiten, Übungen, Tipps	18	50,0
	Inklusion der Erziehungsberechtigten	2	5,6
	Vertiefung zu Aspekten wie Entspannung, Achtsamkeit, Resilienz, Mental Load	6	16,7
	Mehr Methoden zur Umsetzung im Alltag (Kita)	5	13,9
	Wissenschaftlicher Input, theoretische Hintergründe und Materialien zum Aufhängen	4	11,1
	Weitere Teamfortbildungen und Workshops	5	13,9

	Verhaltensprobleme bei Kindern (Übergewicht, Essstörung) und der Umgang damit	2	5,6
	Alltägliche Hilfestellungen („Notfallwerkzeug“)	2	5,6
	Gesamtantworten	44	122,4
	Gesamtteilnehmende	36	
Fehlend	-100	68	
Gesamt		104	

Tabelle 90: Wahrgenommene Vorteile der Teilnehmenden in der gemeinsamen Anwendung des Dreiklangs im Kita-Alltag (t2, n = 13) (Offene Frage, mehrfache Zuordnung möglich)

	Kategorien	Häufigkeit	Gültige Prozenzte
Gültig	Wissensvermittlung an Kinder und Erziehungsberechtigte	1	7,8
	Vorbildfunktion für Kinder	1	7,7
	Verhaltensänderung der Kinder (ausgeglichener, resilienter, achtsamer)	4	30,8
	Gesundheitsförderung durch den Dreiklang	5	38,8
	Entwicklung eines Bewusstseins für Ganzheitlichkeit	3	23,1
	Größere Zufriedenheit im Team	1	7,7
	Wissen über Methoden und Möglichkeiten	1	7,7
	Gesamtantworten	16	123,6
	Gesamtteilnehmende	13	
Fehlend	-100	20	
Gesamt		33	

Tabelle 91: Lage der ABmPE im Einzugsgebiet eines sozialen Brennpunkts (DSHS, n = 49)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	mittendrin	16	1,5	32,7	32,7
	am Rand	21	2,0	42,9	75,5
	nein	12	1,1	24,5	100,0
	Gesamt	49	4,6	100,0	
Fehlend	System	1011	95,4		
Gesamt		1060	100,0		

Tabelle 92: Zusammensetzung des Frühstücks (DSHS, n = 41)

		Belegte helle Brote/ Brötchen		Belegte Vollkorn- brötchen		Müsli	
		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	1	2,9	5	14,7	4	10,5
	2- 3x/Woche	2	5,9	2	5,9	1	2,6
	1x/Woche	12	35,3	13	38,2	25	65,8
	seltener	11	32,4	11	32,4	7	18,4
	nie	8	23,5	3	8,8	1	2,6
	Gesamt	34	100,0	34	100,0	38	100,0
Fehlend	System	1026		1026		1022	
Gesamt		1060		1060		1060	
		Cornflakes/ Schokopops		Milchprodukte		Frisches Obst/ Gemüse	
		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	0	0,0	10	25,6	26	63,4
	2- 3x/Woche	0	0,0	8	20,5	2	4,9
	1x/Woche	15	44,1	14	35,9	10	24,4

	seltener	10	29,4	6	15,4	3	7,3
	nie	9	26,5	1	2,6	0	0,0
	Gesamt	34	100,0	39	100,0	41	100,0
Fehlend	System	1026		1021		1019	
Gesamt		1060		1060		1060	

Wurst/Käse

Süße Aufstriche

Vegetarische Aufstriche

		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	15	38,5	8	21,1	4	13,3
	2- 3x/Woche	3	7,7	6	15,8	3	10,0
	1x/Woche	15	38,5	12	31,6	5	16,6
	seltener	6	15,4	8	21,1	9	30,0
	nie	0	0,0	4	10,5	9	30,0
	Gesamt	39	100,0	38	100,0	30	100,0
Fehlend	System	1021		1022		1030	
Gesamt		1060		1060		1060	

Kuchen/süßes Gebäck

		Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	0	0,0
	2- 3x/Woche	0	0,0
	1x/Woche	3	9,7
	seltener	15	48,4
	nie	13	41,9
	Gesamt	31	100,0
Fehlend	System	1029	
Gesamt		1060	

Tabelle 93: Zusammensetzung des Mittagessens (DSHS, n = 57)

		Fleischgericht		Eintopf/Auflauf		Fischgericht	
		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	1	1,8	0	0,0	0	0,0
	2-3x/Woche	40	72,7	10	17,9	3	5,5
	1x/Woche	14	25,5	40	71,4	45	81,8
	seltener	0	0,0	5	8,9	7	12,7
	nie	0	0,0	1	1,8	0	0,0
	Gesamt		55	100,0	56	100,0	55
Fehlend	System	1005		1004		1005	
Gesamt		1060		1060		1060	
		Vegetarisches Gericht		Süßes Hauptgericht		Frisches Obst	
		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	2	3,8	0	0,0	20	35,1
	2-3x/Woche	15	28,3	1	1,9	19	33,3
	1x/Woche	27	50,9	4	7,4	11	19,3
	seltener	8	15,1	40	74,1	6	10,5
	nie	1	1,9	9	16,7	1	1,8
	Gesamt		53	100,0	54	100,0	57
Fehlend	System	1007		1006		1003	
Gesamt		1060		1060		1060	
		Rohkost, frischer Salat		Pellkartoffeln, Salzkartoffeln, Püree aus frischen Kartoffeln		Vollkornprodukte	
		Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente	Häufig- keit	Gültige Prozente
Gültig	täglich	15	26,8	2	3,6	1	1,9
	2-3x/Woche	29	51,8	38	69,1	12	22,6
	1x/Woche	9	16,1	10	18,2	12	22,6

	seltener	3	5,4	3	5,5	21	39,6
	nie	0	0,0	2	3,6	7	13,2
	Gesamt	56	100,0	55	100,0	53	100,0
Fehlend	System	1004		1005		1007	
Gesamt		1060		1060		1060	

Tabelle 94: Anteil der Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund (DSHS, n = 58)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0 – 20 %	4	0,4	6,9	6,9
	21 – 40 %	13	1,2	22,4	29,3
	41 – 60 %	18	1,7	31,0	60,3
	61 – 80 %	15	1,4	25,9	86,2
	81 – 100 %	8	0,8	13,8	100,0
	Gesamt	58	5,5	100,0	
Fehlend	System	1002	94,5		
Gesamt		1060	100,0		

Tabelle 95: Personal in den ABmPE (DSHS, n = 59)

	Erzieher/- innen	Kinder- pfleger/- innen	Sozial- pädagogen/- pädagoginne n	Heilerzieher/- innen	Anerkennung spraktikant/- innen
N Gültig	59	43	5	3	16
N Fehlend	1001	1017	1055	1057	1044
Mittelwert	7,424	2,256	1,000	1,000	1,125
Std.-fehler des Mittelwerts	0,393	0,194	0,000	0,000	0,854
Median	7	2	1	1	1
Modus	7	1	1	1	1

Std.- Abweichung	3,024	1,274	0,000	0,000	0,342
Varianz	9,145	1,623	0,000	0,000	0,117
Spannweite	12	5	0	0	1
Minimum	3	1	1	1	1
Maximum	15	6	1	1	2
	An- /ungelerntes pädagogisch es Personal	Hauswirt- schaftl. Fach- /Küchen- personal	Andere		
N Gültig	12	27	28		
N Fehlend	1048	1033	1032		
Mittelwert	1,500	1,537	1,250		
Std.-fehler des Mittelwerts	0,151	0,183	0,083		
Median	1,5	1	1		
Modus	1	1	1		
Std.- Abweichung	0,522	0,950	0,441		
Varianz	0,273	0,902	0,194		
Spannweite	1	4,5	1		
Minimum	1	0,5	1		
Maximum	2	5	2		