

Fragebogen Pädagogische Fachkräfte

»Gesund aufwachsen in der Kita -
Zusammenarbeit mit Eltern stärken.«



Datum: _____

ID-Nummer: Bitte tragen Sie den Anfangsbuchstaben **Ihres Vor- und Nachnamens sowie Ihren Geburtstag und -monat** ein. (Bei Doppelnamen bitte jeweils den ersten Buchstaben des ersten und zweiten Namens.)

Bsp.: Anna Müller, geb. 26.03. = AM2603 oder Anna-Kathrin Müller-Beier, geb. 26.03 = AKMB2603

--	--	--	--	--	--	--	--

(erster Buchstabe Vor- und Nachname; Geburtstag und Monat)

☐ weiblich ☐ männlich

Ausbildung: _____

1) Wie hoch schätzen Sie Ihren Kenntnisstand im Bereich der Gesundheitsförderung ein?

☐ hoch ☐ eher hoch ☐ eher gering ☐ gering

2) Wie hoch schätzen Sie Ihre Kenntnisse bezogen auf folgende Bereiche und Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention ein?

	hoch	eher hoch	eher gering	gering	kenne ich nicht
2.1)					
ausgewogene Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2)					
Ernährungsbedingte Erkrankungen (z.B. Übergewicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3)					
Zahngesundheit/ Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4)					
spezifische Bewegungsansätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5)					
Salutogenese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7)					
Resilienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6)					
Förderung von Lebenskompetenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Wie hoch schätzen Sie Ihre Kenntnisse bezogen auf folgende Bereiche und Begriffe der Zusammenarbeit mit Eltern ein?

	hoch	eher hoch	eher gering	gering	kenne ich nicht
3.1) Grundlagen und Methoden der Gesprächsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2) Bedarfsanalysen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3) Gestaltung zielgruppen- spezifischer Angebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4) Kennen Sie gesundheitsförderliche Maßnahmen für das Team?

- ☐ ja → welche? _____
- ☐ nein

4.1) Wenn ja, wie regelmäßig werden diese umgesetzt?

- ☐ regelmäßig (1x im Monat oder häufiger) ☐ manchmal (mind. 1x pro Halbjahr)
- ☐ selten (mind. 1x im Jahr) ☐ nie

5) Mit welchen Institutionen/Fachkräften des Gesundheitssystems hatten Sie bisher aus beruflichen Gründen an Ihrer aktuellen Arbeitsstelle Kontakt?

Institution/Fachkräfte	Häufigkeit der Kontakte	
<input type="checkbox"/> Kinderärzte	<input type="checkbox"/> 1x pro Woche	<input type="checkbox"/> 1x im Monat
	<input type="checkbox"/> 1x im Jahr	<input type="checkbox"/> seltener
<input type="checkbox"/> Zahnärzte/Fachkräfte für Zahngesundheit	<input type="checkbox"/> 1x pro Woche	<input type="checkbox"/> 1x im Monat
	<input type="checkbox"/> 1x im Jahr	<input type="checkbox"/> seltener
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> 1x pro Woche	<input type="checkbox"/> 1x im Monat
	<input type="checkbox"/> 1x im Jahr	<input type="checkbox"/> seltener

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Therapeuten (z.B. Logopäden/
Ergotherapeuten/Psychotherapeuten) | <input type="checkbox"/> 1x pro Woche | <input type="checkbox"/> 1x im Monat |
| | <input type="checkbox"/> 1x im Jahr | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> Frühe Hilfen (als Schnittstelle von Gesundheitssystem
und Jugendhilfe) | <input type="checkbox"/> 1x pro Woche | <input type="checkbox"/> 1x im Monat |
| | <input type="checkbox"/> 1x im Jahr | <input type="checkbox"/> seltener |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> 1x pro Woche | <input type="checkbox"/> 1x im Monat |
| | <input type="checkbox"/> 1x im Jahr | <input type="checkbox"/> seltener |

6) Kennen Sie Methoden der Selbstevaluation oder der Bedarfserhebung in Kitas?

- ☐ ja ☐ nein

6.1) wenn ja, welche Methoden haben Sie bisher angewandt (z.B. um Qualitätskriterien Ihrer Arbeit zu ermitteln oder um Bedarfe bei den Eltern zu erheben)?

7) Welche Programme/Interventionen der folgenden thematischen Bereiche kennen Sie?

Thematischer Bereich	Programme/Interventionen	bereits durchgeführt?
7.1) Ernährung	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.2) Bewegung	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7.3) Psychosoziale Gesundheit	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8) Wurden in Ihrer Einrichtung bisher in der Zusammenarbeit mit Eltern Angebote zur Gesundheitsförderung geschaffen?

☐ ja ☐ nein

8.1) Wenn ja, benennen Sie diese Angebote kurz: _____

9) Wie sicher fühlen Sie sich in der Moderation von strukturierten Angeboten für die Eltern (z.B. Themenelternabend zur Ernährung)?

☐ sicher ☐ eher sicher ☐ eher unsicher ☐ unsicher

10) Bitte bewerten Sie, inwieweit folgende Aussagen für Sie zutreffen:

	Trifft zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
In der alltäglichen Gesprächsführung mit den Eltern fühle ich mich sicher!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei kritischen Situationen oder Konflikten mit Eltern fühle ich mich sicher!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir eher schwer, mich in die unterschiedlichen Lebenslagen der Familien einzufühlen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir eher schwer, mich in kulturelle Unterschiede des Familienlebens einzufühlen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich setze mich selten mit meinem eigenen Gesundheitsverhalten kritisch auseinander!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Förderung der körperlichen und seelischen Gesundheit der Kinder in der Kita regelmäßig im Blick!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Förderung der Gesundheit der Familien ist mir ein Anliegen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich setze mich regelmäßig mit der Gesundheitssituation an meinem Arbeitsplatz auseinander!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir eher schwer, mich regelmäßig selbstreflexiv mit meinen Ansprüchen und Erwartungen an Andere auseinander zu setzen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Wie regelmäßig kooperiert ihre Einrichtung mit Kinderärzten?

- ☐ regelmäßig (mind. 1x im Monat oder häufiger) ☐ manchmal (mind. 1x pro Halbjahr)
☐ selten (mind. 1x im Jahr) ☐ nie

11.1) wenn eine Kooperation mit den Kinderärzten besteht, wie sind Ihre Erfahrungen bezüglich dieser?

- ☐ die Kooperation verläuft sehr gut ☐ die Kooperation verläuft meist gut
☐ die Kooperation ist verbesserungswürdig ☐ die Kooperation verläuft nicht gut

12) Bewerten Sie in folgender Tabelle Ihre Arbeitszufriedenheit:

sehr unzufrieden = 1 ; unzufrieden = 2 ; eher unzufrieden = 3 ; weder noch = 4

eher zufrieden = 5 ; zufrieden = 6 ; sehr zufrieden = 7

		1	2	3	4	5	6	7
a)	Mit meiner Position an meiner Arbeitsstelle bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Wenn ich daran denke, wie sicher mir meine berufliche Zukunft ist, dann bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Mit den Erfolgen, die ich in meinem Beruf habe, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	Mit den Aufstiegsmöglichkeiten, die ich an meinem Arbeitsplatz habe, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Mit dem Betriebsklima an meinem Arbeitsplatz bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	Was das Ausmaß meiner beruflichen Anforderungen und Belastungen betrifft, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	Mit der Abwechslung, die mir mein Beruf bietet, bin ich...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Bewerten Sie in folgender Tabelle Ihre Arbeitsbelastung:

völlig unzutreffend = 1 ; weitgehend unzutreffend = 2 ; eher unzutreffend = 3 ; weder noch / weiß nicht = 4

eher zutreffend = 5 ; weitgehend zutreffend = 6 ; völlig zutreffend = 7

		1	2	3	4	5	6	7
a)	Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgebrannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Ich denke manchmal, dass die Belastung zu viel für mich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Ich fühle mich erschöpft und kraftlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	An manchen Stellen fühle ich mich einfach überlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	Ich fühle mich oft abgearbeitet und überlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!