



**GESUND  
AUFWACHSEN  
UND LEBEN**  
**Baden-Württemberg**

Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen

Eine sozillagenbezogene und integrative  
Perspektive mit den Schwerpunkten  
Ernährung und Bewegung

**Hochschule Esslingen**  
University of Applied Sciences

Gefördert von der  
**Robert Bosch Stiftung**



**Baden-Württemberg**  
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN  
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART



# Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,  
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN  
REGIERUNGSPRÄSIDIUM STUTT GART

# Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg

Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen

Eine sozialogenbezogene und integrative  
Perspektive mit den Schwerpunkten  
Ernährung und Bewegung

Autorinnen

Lotte Kaba-Schönstein

Sabine Letsch-Stockmann

Birte Kimmerle

(Hochschule Esslingen, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege)

Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg ist eine Initiative  
des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren  
und des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg  
im Rahmen der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg.

Gefördert von der Robert Bosch Stiftung

## Impressum

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart  
Nordbahnhofstraße 135 | 70191 Stuttgart  
Tel. 0711 904-35000 | Fax 0711 904-35010 | [abteilung9@rps.bwl.de](mailto:abteilung9@rps.bwl.de)  
[www.rp-stuttgart.de](http://www.rp-stuttgart.de) | [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de)



Hochschule Esslingen  
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege  
Flandernstraße 101 | 73732 Esslingen  
[www.hs-esslingen.de](http://www.hs-esslingen.de)



Ansprechpartnerin:

Prof. Lotte Kaba-Schönstein  
Tel. 0711 397-4501  
[lotte.kaba-schoenstein@hs-esslingen.de](mailto:lotte.kaba-schoenstein@hs-esslingen.de)

Bildnachweis:

Umschlagvorderseite und alle Kapitel mit Ausnahme von Kapitel 6.2:  
Team Kita Daimlerstraße Stuttgart Bad Cannstatt | Kapitel 6.2: Inge Nowak (Monheim für Kinder)

Vereinfachte Schreibweise:

Sofern keine neutrale Personenbezeichnung gewählt wurde, ist entweder die männliche oder die weibliche Form genannt. Die Ausführungen gelten jedoch für Männer und Frauen gleichermaßen.

## Layout und Druck

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit



Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung



Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurde 2003 auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören aktuell 55 Partnerorganisationen an.

2. unveränderte Auflage, Januar 2012

## Danksagung

Lore Miedaner und Christine Köckeritz (Hochschule Esslingen) für fachliche Beratung und Unterstützung, Sina Paulus und Falko Stockmann für kritisches Lesen, hilfreiche Anregungen und technische Unterstützung bei der Fertigstellung, Frieda Hohloch und Sonja Lehmeier für Vorarbeiten bei der Recherche.

Ebenso herzlichen Dank für kritisches Lesen und Anregungen zu einzelnen Kapiteln:

Susanne Keefer, Gertrud van Akern, Heinz-Peter Ohm (Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Stuttgart, g'sund & g'scheit), Mirjam Oethinger, Gudrun Mertens (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg), Rita Grimm, Axel Janssa, Regine Morys, Nina Kölsch-Bunzen (Hochschule Esslingen).

Besonderen Dank auch an das Team und die Leiterin Frau Miller der Kita Daimlerstrasse, sowie die Fachberaterin Frau Braungart (Landeshauptstadt Stuttgart) für die hervorragende Zusammenarbeit bei der Entwicklung der Konzeptbausteine.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung und Überblick</b> .....	<b>6</b>
1.1	Inhaltliche Schwerpunkte der Handreichung .....	6
1.2	Die Bedeutung von Kindertageseinrichtungen für eine integrative soziallagenbezogene Gesundheitsförderung .....	7
1.3	Ziele und Zielgruppen der Handreichung .....	8
1.4	Initiative ‚Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg‘: Hintergrund der Handreichung und konzeptionelle Überlegungen .....	9
1.5	Benutzungshinweise .....	12
<b>2</b>	<b>Grundlagen</b> .....	<b>14</b>
2.1	Was wissen wir über den Zusammenhang von sozialer Lage, Ernährung, Bewegung und Körpergewicht im Kindesalter? .....	14
2.2	Welche Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern gibt es? .....	19
2.2.1	Gesundheitsförderung und Prävention mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern .....	19
2.2.2	Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen .....	21
<b>3</b>	<b>Kindertageseinrichtungen und gesundes Aufwachsen</b> .....	<b>26</b>
3.1	Welche Bedeutung hat das Setting Kita für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung? .....	26
3.2	Was wissen wir über den Stand und die Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen? .....	30
3.3	Welche Grundlagen und Initiativen gibt es zum Gesundheitsziel ‚Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung‘? .....	36
3.4	Welche Grundlagen und Anknüpfungsmöglichkeiten bieten die Bildungspläne, insbesondere der Orientierungsplan Baden-Württemberg (2009)? .....	43
3.5	Welche Anknüpfungsmöglichkeiten, Schnittstellen und Beispiele gibt es zu Qualitätskonzepten und Qualitätsstandards für Kindertageseinrichtungen? .....	48
3.5.1	Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen .....	49
3.5.2	Verknüpfung von Nationalem Kriterienkatalog und Ernährung und Bewegung: Das Projekt ‚gesunde kitas – starke kinder‘ .....	52
3.5.3	Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder .....	52
3.6	Welche guten Beispiele zur Vernetzung und Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Bildung in Kindertageseinrichtungen kennen wir? .....	53
3.7	Welche Handlungskonzepte und Leitfäden gibt es zur Gesundheitsförderung für alle in Kitas? .....	56

<b>4</b>	<b>Zur Verbindung von Kinderschutz, Frühen Hilfen, Prävention und Gesundheitsförderung</b> .....	<b>61</b>
4.1	Welche Risiken für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern bestehen? .....	62
4.2	Welche Hintergründe haben Vernachlässigung und Misshandlung? .....	63
4.3	Welche Folgen haben Misshandlung und Vernachlässigung für die Gesundheit und Entwicklung in der Kindheit? .....	63
4.4	Welche Anforderungen ergeben sich an den Kinderschutz? .....	64
4.4.1	Welche Aufgaben müssen das Jugendamt und die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe wahrnehmen? .....	64
4.4.2	Welche Aufgaben muss das Gesundheitssystem wahrnehmen? .....	65
4.5	Was können Frühe Hilfen zur Förderung des gesunden Aufwachsens leisten? .....	66
4.5.1	Was sind Anliegen und Ziel der Frühen Hilfen? .....	66
4.5.2	Welche Empfehlungen gibt es zu Netzwerken der Frühen Hilfen? .....	67
4.6	Welche Modellprojekte und Programme gibt es im Bereich der Frühen Hilfen (in Baden-Württemberg)? .....	68
4.6.1	„Guter Start ins Kinderleben“ .....	68
4.6.2	Stärke .....	69
4.6.3	Familienhebammen .....	71
4.7	Welche Rolle kommt den Kindertageseinrichtungen innerhalb der Frühen Hilfen zu? .....	72
<b>5</b>	<b>Eltern und Familien: Zentren, Bildung und Unterstützung</b> .....	<b>73</b>
5.1	Welche Angebote und Anschlussmöglichkeiten bieten Eltern-Kind-Zentren bzw. Familienzentren? .....	73
5.2	Was wissen wir zu Stand und Perspektiven von Angeboten im Elternbildungsbereich insbesondere im Hinblick auf sozial benachteiligte Eltern? .....	82
5.3	Welche Empfehlungen zum niederschweligen Zugang zu familienunterstützenden Angeboten gibt es? .....	86
5.4	Was wissen wir zur Zusammenarbeit mit „schwer erreichbaren Eltern“ in der Gesundheitsförderung? .....	87
5.5	Welche Programme zur Stärkung der Elternkompetenz und Familienunterstützung eignen sich zur Verknüpfung? .....	90
5.6	Welche Angebote und Verknüpfungsmöglichkeiten bietet die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)? .....	98
5.7	Welche Angebote und Verknüpfungsmöglichkeiten gibt es zur Familiengesundheitspflege, zu Familienhebammen? .....	100
<b>6</b>	<b>Gesundes Aufwachsen: Grundlagen, Strategien, Aktionspläne, Empfehlungen und Umsetzungsbeispiele zu Kooperation, Vernetzung, Integration und Gesamtkonzepten</b> .....	<b>102</b>
6.1	Welche Grundlagen und inhaltlichen Orientierungen ergeben sich aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter und in Kitas? .....	102
6.2	Welche Grundlagen und Anknüpfungspunkte gibt es in nationalen und regionalen (gesundheits)politischen Strategien und Aktionsplänen? .....	111
6.2.1	Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008) .....	111
6.2.2	Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010 .....	113
6.2.3	Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten „IN FORM“ (2008) .....	114
6.2.4	Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg .....	116
6.3	Welche neueren Handlungsempfehlungen zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und zur Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe gibt es? .....	119
6.4	Was können wir aus den Programmen Sure Start/Early Excellence Centres zur integrierten frühkindlichen Förderung und Unterstützung von Familien lernen? .....	122

6.5	Welche Beispiele Guter Praxis gibt es für integrierte Ansätze der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung mit und um Kitas? .....	128
6.5.1	Mo.Ki – Monheim für Kinder .....	128
6.5.2	Die Dormagener Präventionskette .....	131
<b>7</b>	<b>Ein Beispiel Guter Praxis und exemplarische Konzeptbausteine:</b>	
	<b>Städtische Kita Daimlerstraße, Stuttgart-Bad Cannstatt .....</b>	<b>136</b>
7.1	Die Städtische Kindertageseinrichtung Daimlerstraße 103c – Landeshauptstadt Stuttgart .....	136
7.2	Konzeptbausteine zur soziallyagenbezogenen, integrativen Gesundheitsförderung in Kitas .....	141
7.2.1	Konzeptbaustein Ernährung .....	142
7.2.2	Konzeptbaustein Bewegung .....	148
7.2.3	Konzeptbaustein Elternbeteiligung .....	155
7.2.4	Konzeptbaustein Integration und Vernetzung .....	161
7.3	Erfolgsfaktoren für integrative soziallyagenbezogene Gesundheitsförderung in Kitas .....	163
7.4	Schlussbetrachtung .....	165
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>167</b>

# 1 Einführung und Überblick

## 1.1 Inhaltliche Schwerpunkte der Handreichung

Alle Kinder verdienen die gleichen Chancen auf ein gesundes Aufwachsen. Die meisten Kinder in Deutschland haben die Chance, in Sicherheit und Geborgenheit aufzuwachsen und werden hinsichtlich ihrer individuellen Entwicklungs- und Zukunftschancen gefördert. Doch viele Kinder wachsen unter belasteten Lebensumständen



auf und haben einen erschwerten Start ins Leben, was sich unter Umständen nachhaltig auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirkt. Die Entwicklung von Kindern und ihre Chance auf Gesundheit, sowie Fähigkeiten, diese zu erhalten, werden maßgeblich von ihrer Familie, dem sozialen Umfeld sowie den Bedingungen unter denen sie aufwachsen (d. h. spielen, lernen und leben) beeinflusst. Über den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit im Kindesalter liegen inzwischen auch für Deutschland Belege vor. Der nationale Kinder- und Jugendgesundheitsurvey zeigt beispielsweise, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien – mit Ausnahme allergischer Erkrankungen – häufiger körperlich und psychisch beeinträchtigt sind, ein schlechteres Ernährungsverhalten haben und häufiger übergewichtig sind.<sup>1</sup>

Gesundheitsrelevante Handlungsmuster, z. B. in Bezug auf Hygiene, Ernährung, Bewegung und Tagesrhythmus, werden in der frühen Kindheit erworben. Damit werden bereits die Weichen für die Gesundheit und Lebensqualität im höheren Lebensalter gestellt. Deshalb sind Kinder eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei sollten Kinder, die in besonders belasteten Lebensumständen aufwachsen, besonders berücksichtigt werden, um einer sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheits- und Entwicklungschancen entgegen zu wirken.

Ernährung und Bewegung sind menschliche Grundbedürfnisse und spielen eine zentrale Rolle für die Gesundheit und das Wohlbefinden. Eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung haben deshalb eine große Bedeutung für ein chancengleiches, gesundes Aufwachsen. Ihre frühe Förderung, auch und insbesondere für sozial benachteiligte Kinder, ist Gegenstand und Ziel zahlreicher neuerer (gesundheits)politischer Strategien und Aktionspläne sowie fachlicher Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen, z. B. Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland (2005–2010); Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008); Nationaler Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten (2008); Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (2010); Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg (2008) (> Kapitel 6.2).

Als mögliche Handlungsfelder und Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention werden in der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ Ernährung und Bewegung als übergreifende Themengebiete für ein gesundes Aufwachsen herausgegriffen. Im Interesse einer chancengleichen Bildung und Gesundheits-

<sup>1</sup> Unter sozialer Ungleichheit und Benachteiligung werden in dieser Handreichung Nachteile durch einen niedrigen sozioökonomischen Status (Bildung, Einkommen, berufliche Stellung der Eltern) verstanden, außerdem Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts, des ethnisch-kulturellen Hintergrunds, aufgrund einer belasteten Wohnsituation/Wohngegend sowie durch schwierige Lebenslagen.

förderung richtet diese Handreichung ein besonderes Augenmerk auf die Sozillagenorientierung, um auch sozial benachteiligten Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Darüber hinaus liegt der Fokus auf einer integrativen Perspektive. Das bedeutet, dass Gesundheitsförderung in den Alltag der Kinder integriert wird, indem gesundheitsförderliche Lebenswelten geschaffen werden. Diese Perspektive bedeutet auch, dass Ernährung und Bewegung in umfassendere Gesundheitsförderungs-, Bildungs- und Erziehungskonzepte integriert werden. Ein ideales Handlungsfeld für eine frühzeitige, sozillagenbezogene und integrative Gesundheitsförderung ist die Kita. Nach dem Motto „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ ist es dort möglich, insbesondere auch sozial benachteiligte Kinder und Familien zu erreichen.

## 1.2 Die Bedeutung von Kindertageseinrichtungen für eine integrative sozillagenbezogene Gesundheitsförderung

Kindertageseinrichtungen (Kitas)<sup>2</sup> spielen für ein chancengleiches, gesundes Aufwachsen und die sozillagenbezogene und integrative Förderung von Ernährung und Bewegung eine besondere Rolle. Sie sind seit einigen Jahren als besonders geeignet für die frühe, lebensweltorientierte und sozillagenbezogene Förderung von Kindern in Bildung und Gesundheit in den Blickpunkt geraten. Sie ermöglichen sozial benachteiligten Kindern (und ihren Eltern) einen niederschweligen und nicht-stigmatisierenden Zugang zu Bildungs- und Gesundheitschancen. In der Lebenswelt Kita können gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung systematisch in umfassende Bildungs-, Erziehungs- und Gesundheitsförderungskonzepte im Alltag integriert werden. Kinder aus sozial benachteiligten Familien können in der Kita nachhaltig Freude an gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung in Alltagszusammenhängen erleben und erlernen. Risikoorientierte Ansätze wie die Prävention von Übergewicht und Adipositas, sollten dabei unbedingt integriert werden in eine umfassende und ressourcenorientierte Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung.



Gesundheitsförderung mit allen in der Kita bedeutet, die Lebenswelt Kita zu einem gesundheitsfördernden Setting zu machen, die Kita zu nutzen, um Eltern früh zu erreichen, Kindergesundheit im Blick zu haben, Kinder in ihrer Entwicklung und ihre Gesundheit früh zu fördern, soziale Benachteiligung und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern, bspw. auch durch systematische Früherkennung zu minimieren. Dazu gehört auch der Aufbau einer Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit den Eltern. Nach allen vorliegenden Erkenntnissen und Erfahrungen muss die Gesundheits- und Bildungsförderung in Kitas generell – ganz besonders jedoch eine sozillagenbezogene Gesundheitsförderung – die Eltern beteiligen, bilden, unterstützen und mit ihnen zusammenarbeiten. Sie muss auch mit dem sozialen Umfeld der Kita und der Familien kooperieren. Darüber hinaus muss sie eingebunden sein in umfassende sektoren- und professionsübergreifende Netzwerke und Gesamtkonzepte der Kommunen zur Unterstützung von (sozial benachteiligten) Kindern und Eltern. In einem solchen Netz kommt Kindertageseinrichtungen eine besondere Bedeutung zu, weil sie erste Anlaufstelle sind, wenn Eltern zur Erziehung, Bildung oder der Gesundheit ihrer Kinder Fragen haben, weil sich Familien von sich aus an Erzieherinnen wenden,

<sup>2</sup> Die Begriffe „Kindertagesstätte“, „Kindertageseinrichtung“ und „Kita“ werden in dieser Handreichung synonym verwandt, im Sinne von Tageseinrichtungen für Kinder im Alter von null bis sechs Jahren, wo sich Kinder für einen Teil des Tages oder ganztätig aufhalten.

aber auch Erzieherinnen niederschwellig Kontakt zu den Eltern herstellen können und die Entwicklung und damit auch die Gesundheit der Kinder im Blick haben. Kitas sind wichtig, weil sie das Vertrauen der Eltern in einer frühen Familienphase gewinnen, um Gefahren für das Wohl eines Kindes früh zu erkennen und Hilfen in die Wege zu leiten. Nur dadurch kann es gelingen, sozial benachteiligten Kindern und ihren Familien alle Unterstützungsangebote, die sie in ihrer besonders belasteten Lebenssituation benötigen, passgenau und lebensweltnah zu erschließen. Kinder und Eltern sollen aktiv beteiligt werden an der Planung und Umsetzung von Bildungs- und Gesundheitsförderungsangeboten. Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Eltern sollen im Sinne der Kindergerechtigkeit vermieden und bekämpft werden.

Das anspruchsvolle Ziel, allen Kindern in Baden-Württemberg ein „gesundes Aufwachsen“ zu ermöglichen, erfordert die Zusammenarbeit und Vernetzung der Bereiche und Akteure der Kinder- und Jugendhilfe, des Bildungs- und Gesundheitswesens sowie der Umwelt und Stadtentwicklung. Systematische Handreichungen zur Erleichterung der sektoren-, disziplinen- und professionsübergreifenden Kooperation werden in Handlungsempfehlungen zunehmend gefordert. Hier setzt diese Handreichung an.

### 1.3 Ziele und Zielgruppen der Handreichung

Die vorliegende Handreichung „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ hat das Ziel, über eine sozillagenbezogene und integrative Gesundheitsförderung in und um Kindertageseinrichtungen ausdrücklich „allen“, auch sozial benachteiligten Kindern in Baden-Württemberg, ein „gesundes Aufwachsen“ zu ermöglichen.



„Gesundheitsförderung mit allen“ bezieht sich darüber hinaus auch auf die Familien der Kinder, die Mitarbeiterinnen, das soziale Umfeld sowie die Kooperationspartner der Kita. Dabei erfolgt eine der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ entsprechende Schwerpunktsetzung in den Bereichen Ernährung und Bewegung.

Die Handreichung umfasst die Grundlagen, Strategien, Konzepte und Umsetzungsbeispiele einer Auswahl von Handlungsfeldern, die thematisch eng verbunden, aber oft getrennt organisiert sind. Sie müssen in einer sozillagenbezogenen Perspektive zu einem Gesamtangebot integriert und vernetzt werden:

- Gesundheitsförderung (mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung)
- Bildung und Erziehung
- Eltern- und Familienbildung und -unterstützung
- Frühe Förderung, Frühe Hilfen und Kinderschutz
- Netzwerke und (kommunale) Gesamtkonzepte

Das zentrale Merkmal der Handreichung ist dabei eine systematische sozillagenbezogene und integrative Perspektive auf die Gesundheitsförderung in und um Kitas (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung).

Ziel ist eine systematische „Gesamtschau“, die Informationen und Anregungen liefert sowie Orientierungs-, Begründungs- und Bewertungshilfe leistet. Dies gilt für die Grundlagen, Strategien, Konzepte und Umsetzungsbeispiele sowie Verknüpfungsmöglichkeiten zur sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung in und um Kitas (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung).

## Die Handreichung richtet sich an:

- Träger und Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe
- Fachkräfte in der Fachberatung von Kindertageseinrichtungen
- Träger, Leiterinnen und Fachkräfte von Kindertageseinrichtungen
- Träger und Fachkräfte der kommunalen Gesundheitsförderung
- Träger und Fachkräfte im Bereich der Frühen Förderung, Frühen Hilfen, im Kinderschutz
- Träger und Fachkräfte der Eltern- und Familienbildung und -unterstützung
- Bürgermeister und kommunale Verwaltungsfachkräfte

Sie versteht sich als Service-Leistung: Sie will allen Trägern und Fachkräften der verschiedenen Bereiche, die sich an einer ganzheitlichen, integrativen, vernetzten und sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung in Kitas beteiligen wollen, die intersektorale, interdisziplinäre, interprofessionelle und themenbezogene Kooperation und Vernetzung erleichtern. Sie dient der Information, Orientierung, Bewertung und gibt Anregungen für Schnittstellen und Verknüpfungsmöglichkeiten.

Die Orientierungs- und Bewertungshilfe soll die im beruflichen Alltag der Fachkräfte oft zu aufwendigen Recherchen zu angrenzenden Bereichen und Themengebieten erleichtern. Die Ergebnisse der im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ durchgeführten Literatur-, Erfahrungs- und Schnittstellenanalyse zur sozialogenorientierten Gesundheitsförderung sollen praxisnah zur Verfügung gestellt werden.

Die Handreichung bezieht sich auf Kinder im Alter zwischen null bis sechs Jahren, wobei die Altersgruppe der unter Dreijährigen nicht gesondert in den Blick genommen wird.

## 1.4 Initiative ‚Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg‘: Hintergrund der Handreichung und konzeptionelle Überlegungen

Diese Handreichung entstand im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“, einer Gemeinschaftsinitiative des Gesundheitsforums Baden-Württemberg des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren. Sie wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert und vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg im Regierungspräsidium Stuttgart geleitet.

Ziel der Initiative ist die Erstellung eines Konzeptes für Kommunen, um ein gesundes Aufwachsen zu unterstützen. Damit baut die Initiative auf den Erkenntnissen des Förderpreises Gesundheit 2004/2005 „Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ auf.

Weitere Informationen zur Initiative mit insgesamt drei Modulen zu den Handlungsfeldern Kommune, Kita und Schule sowie dem gleichnamigen Handbuch sind erhältlich unter: [www.gesundheitsamt-bw.de](http://www.gesundheitsamt-bw.de).

Im Rahmen des Moduls 2 der Initiative wurde eine umfassende Analyse der nationalen und internationalen Literatur, der vorliegenden Programme, Projekte und Erfahrungen sowie Schnittstellen zur sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) durch die Hochschule Esslingen als Kooperationspartner durchgeführt. Sie sollte als Grundlage für die Entwicklung sozialogenbezogener Interventionen für Kinder im Alter von null bis sechs Jahren in belasteten



sozialen Lagen dienen. Die Ergebnisse der umfassenden nationalen und internationalen Analyse führten zu der Entscheidung, ausgewählte Ergebnisse praxisnah in Form einer Handreichung zugänglich zu machen und dabei den Fokus auf Kitas zu richten, da diese für ein chancengleiches und gesundes Aufwachsen besonders bedeutsam sind.

Ergänzend wurde ein Praxis- und Anwendungsprojekt durchgeführt. Gemeinsam mit einer Praxiseinrichtung wurden exemplarische Konzeptbausteine einer soziallagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung in Kitas mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung entwickelt, die die Ergebnisse der Analyse berücksichtigen. Für das Praxisprojekt wurde die städtische Kindertagesstätte Daimlerstraße in Stuttgart-Bad Cannstatt ausgewählt, welche auch Mitglied im Netzwerk g'sund & g'scheit des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Stuttgart ist. Darüber hinaus ist sie Preisträgerin des Deutschen Präventionspreises (DPP) 2008 und praktiziert vorbildlich soziallagenbezogene integrative „Gesundheitsförderung mit allen in der Kita“ und im Umfeld. Zu ausgewählten Handlungsfeldern der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung wurden Konzeptbausteine entwickelt: Ernährung, Bewegung, Beteiligung von Eltern sowie Integration und Vernetzung von sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern in belasteten Lebenslagen. Diese sind Teil dieser Handreichung und dienen als praktisches Umsetzungsbeispiel (> Kapitel 7).

### **Konzeptionelle Vorüberlegungen zur soziallagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung:**

In der fachlichen und politischen Diskussion besteht zwar seit Jahren Einigkeit darüber, dass insbesondere sozial benachteiligte Kinder (und ihre Eltern) verstärkt von fördernden und präventiven Angeboten in den Bereichen Ernährung und Bewegung und Körpergewicht erreicht werden müssen. Für Baden-Württemberg hatte sich allerdings bei der Analyse der Projekte, die sich am Förderpreis Gesundheit 2004/2005 „Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“ beteiligt haben, gezeigt, dass es nur wenige Projekte gibt, die sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche fokussieren und auch erreichen.

Übergewicht bei Kindern und Erwachsenen wurde in den letzten Jahren als wachsendes und zunehmend prioritäres Gesundheitsproblem erkannt und eine kaum mehr überschaubare Vielzahl von Programmen und Projekten zu den Themen Körpergewicht, Ernährung, Bewegung wurde entwickelt. Es gibt jedoch national und international sehr wenig gesichertes Wissen über erfolgreiche Interventionskonzepte, die sozial benachteiligte Kinder und ihre Familien erreichen, die deren aktive Teilnahme erleichtern, die passgenaue und nachhaltige Hilfen für Kinder, Familien und Einrichtungen anbieten und zur Förderung eines gesunden Körpergewichts bei der Förderung von Ernährung und Bewegung ansetzen.

Parallel zu den vielen Einzelangeboten und Programmen zu Ernährung und Bewegung hat sich eine ebenfalls kaum mehr überschaubare Vielzahl von Interventionskonzepten in den thematisch angrenzenden Bereichen frühe Bildung, Erziehung und Betreuung, Gesundheitsförderung, Frühe Hilfen und Kinderschutz entwickelt. National und international gibt es einige Versuche, mehrere Bereiche für sozial benachteiligte Kinder und Familien zu integrieren: z. B. frühe Bildung von sozial benachteiligten Kindern unter expliziter Beteiligung ihrer Eltern in Early Excellence Zentren oder im Sure Start Programm (UK). Hier werden die Bereiche Frühe Bildung, Erziehung und Betreuung, Sicherung des Kindeswohls, Gesundheits- und Familienförderung, Ernährung und Qualifizierung, sowie Beschäftigungsförderung der (oft jungen) Mütter in belasteten sozialen Lagen miteinander verknüpft (> Kapitel 6.4).

Um einen systematischen Überblick zu erhalten, wurden im Rahmen von „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ von der Hochschule Esslingen die einschlägige nationale und internationale wissenschaftliche Literatur sowie Referenzprogramme, -projekte und Praxiserfahrungen aus den verschiedenen Handlungsfeldern, die für ein soziallagenbezogenes und integratives Gesundheitsförderungskonzept relevant erscheinen, zusammengestellt

und analysiert. In dieser Analyse wurden Schnittstellen und Anschlussmöglichkeiten für Konzepte einer sozial-lagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) ermittelt.

Die Literatur-, Erfahrungs- und Schnittstellenanalyse soll als Grundlage für die wissens- und erfahrungsgestützte Entwicklung soziallagenbezogener Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte für Kinder von null bis sechs Jahren mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung dienen.

### **Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen mit sozial benachteiligten Kindern**

Die Vorbilder von integrierten Kindertageseinrichtungen und Eltern-Kind-Familien-Zentren im In- und Ausland, sowie die „Explosion“ von isolierten Programmen und Projekten, führte zu der Leitidee, bei Recherchen und Konzeptentwicklungen für die Zielgruppe der benachteiligten Kinder, darauf zu achten, dass nicht weitere isolierte, spezifische, körpergewichtszentrierte Interventionskonzepte neben die vielen anderen Konzepte gestellt werden. Vielmehr sollte überlegt werden, wie Gesundheitsförderung im Bereich Ernährung und Bewegung (und Prävention von Übergewicht und Adipositas) für und mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern gestaltet sein muss, damit sie mit anderen Konzepten verknüpft bzw. in diese integriert werden kann.

Bei der Entwicklung von solchen Konzepten sollte auch von vorneherein bedacht werden, dass und wie sie in den Alltag der Kinder, ihrer Familien sowie der beteiligten Einrichtungen und in Regelangebote integriert werden können. Dabei zeigen die vorhandenen Erfahrungen, dass dies über den Settingansatz der Gesundheitsförderung in Lebenswelten möglich ist. Bei der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt in Kindertageseinrichtungen, im Sinne des Settingansatzes, wird Gesundheitsförderung in den Alltag integriert und richtet sich an alle, auch an Eltern und alle Mitarbeiterinnen der Einrichtung. Der nicht-stigmatisierende und niederschwellige Zugang über die Kita ermöglicht dabei auch sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern die Teilhabe (> Kapitel 3.1).

Im Zuge der Analyse und in Expertinnengesprächen wurde deutlich, dass alle Gesundheitsförderungsaktivitäten in Kitas integraler Bestandteil der Bildungs- und Erziehungskonzepte der Einrichtungen sein müssen und darüber hinaus mit den übergeordneten Bildungs- und Orientierungsplänen der Bundesländer verknüpft werden müssen (> Kapitel 3.4). Gesundheitsförderung ist Teil der pädagogischen Qualität der Arbeit in den Kitas. Daher müssen Aktivitäten der Gesundheitsförderung die gängigen Qualitätskonzepte für Kitas berücksichtigen (> Kapitel 3.5). Gesundheitsförderungskonzepte, die aus dem Gesundheitswesen heraus entwickelt werden, sollten dies von vorneherein beachten. Darüber hinaus sollte Gesundheitsförderung als Qualitätsmerkmal in die Qualitäts- und Organisationsentwicklung von Kindertageseinrichtungen Eingang finden.

Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse wurden im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ exemplarische Konzeptbausteine für eine integrative, soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in Kitas mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung entwickelt, die anschlussfähig sind an die Einrichtungskonzepte, die Bildungs- und Erziehungspläne sowie die Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen (> Kapitel 7). Die auf ihren Soziallagenbezug und die Verknüpfungsmöglichkeiten analysierten und dargestellten angrenzenden Bereiche und Programme fanden Eingang in die Handreichung „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“. Eine Handreichung stellte sich als optimale Lösung für die Verknüpfung der Analyseergebnisse unter Einbezug und Anwendung auf eine konkrete Kita und deren Umfeld dar.

## 1.5 Benutzungshinweise

### Aufbau der Handreichung:

Diese Handreichung verfolgt die Frage, wie eine sozialogenbezogene und integrative „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ aussehen bzw. umgesetzt werden kann, was dahinter steckt, was man dazu wissen und beachten muss und welche Elemente man nutzen kann, um sie zu Gesamtkonzepten und Netzwerken zu verbinden. Den Hauptbestandteil der Handreichung bildet die Zusammenfassung der Literatur-, Erfahrungs- und Schnittstellenanalyse. Im Kapitel 7 werden die Ergebnisse des Praxis- und Anwendungsprojekts zusammengefasst, und die entwickelten Konzeptbausteine werden abgebildet.

Die Handreichung gliedert sich in sieben Kapitel. Der Einführung folgen in Kapitel 2 zunächst ausgewählte Grundlagen einer sozialogenbezogenen, integrativen Gesundheitsförderung und Prävention. Um zu verstehen, was es heißt, allen Kindern ein chancengleiches, gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, wird zunächst dargestellt, was wir über den Zusammenhang von sozialer Lage, Ernährung, Bewegung und Körpergewicht im Kindesalter wissen. Daran schließt sich ein Überblick über Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern an, und es werden Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung vorgestellt und beschrieben, die als Ausgangsbasis und Richtschnur für die Planung und Konzeptionierung in der Praxis dienen können.

Kapitel 3 widmet sich der Rolle von Kindertageseinrichtungen für ein gesundes Aufwachsen. Bestandteil sind für den Kita-Bereich relevante Konzepte, Bildungs- und Erziehungspläne, Qualitätsstandards und Initiativen, deren Anknüpfungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung sowie gute Beispiele für die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Bildung in Kitas.

Kapitel 4 legt ein besonderes Augenmerk auf Frühe Förderung, Frühe Hilfen und den Kinderschutz sowie auf Verknüpfungsmöglichkeiten und Forschungsergebnisse in diesem Bereich.

Innerhalb des so gesteckten Rahmens einer „Gesundheitsförderung für alle in Kindertageseinrichtungen“ fokussiert Kapitel 5 Eltern und Familien als Kooperationspartner für Bildung und Gesundheitsförderung. Es wird ein Überblick und eine Bewertung gegeben zu Eltern- und Familienbildungs- und -unterstützungsangeboten und -programmen und aufgezeigt, wo diese Aktivitäten stattfinden und welche guten Beispiele es dafür gibt, diese mit Kindertageseinrichtungen unter einer sozialogenorientierten Perspektive zu verknüpfen.

Eine Quintessenz der Analyse ist die Bedeutung von Netzwerken und Gesamtkonzepten für eine sozialogenbezogene, integrative „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“. Kapitel 6 widmet sich der Frage, welche Kooperationen sinnvoll sein können, wie Vernetzungsarbeit aussehen kann und wie Gesundheitsförderung integrativ in verschiedenen Lebenswelten und in abgestimmten Gesamtkonzepten stattfinden kann, um damit einen wesentlichen Beitrag für ein gesundes Aufwachsen in Chancengleichheit zu leisten. Dazu werden Grundlagenberichte, Strategien, Aktionspläne, Handlungsempfehlungen und Umsetzungsbeispiele zusammengefasst und bewertet.

Im Kapitel 7 der Handreichung wird ein Beispiel vorbildlicher Praxis für sozialogenbezogene und integrative „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ dargestellt: die Kita Daimlerstraße Stuttgart-Bad Cannstatt (Träger: Landeshauptstadt Stuttgart). Die innerhalb des Praxis- und Anwendungsprojektes gemeinsam entwickelten exemplarischen Konzeptbausteine zu vier Leitzielen werden dargestellt:

- Gesunde Ernährung bei Kindern wird gefördert. Fehlernährung ist reduziert.
- Bewegung von Kindern ist gefördert. Bewegungsmangel ist reduziert.
- Die Beteiligung aller Eltern an der Gesundheitsförderung in der Kita wird gefördert.
- Integration und Vernetzung von Kindern und Eltern in belasteten Lebenslagen werden gefördert.

Die Handreichung ist so aufgebaut, dass die Unterkapitel jeweils mit einer Leitfrage eingeleitet werden. Literaturhinweise sowie Internetquellen finden sich im Anschluss an jedes Unterkapitel. Querverweise auf andere Kapitel werden im gesamten Text mit dem Zeichen „>“ eingefügt. Ein Anhang informiert in einer übersichtlichen Kurzdarstellung über Programme, Konzepte und Handbücher mit den entsprechenden Internetadressen.

### **Anmerkungen der Autorinnen:**

Die vorliegende Handreichung, die sich auf eine umfassende Literatur- und Erfahrungsanalyse stützt, ist das Ergebnis eines fast dreijährigen Arbeitsprozesses. Dabei wurde der Anspruch auf Aktualität und Vollständigkeit bis zum Schluss verfolgt und versucht, die Recherche zu aktualisieren und um die zahlreichen neuen einschlägigen Entwicklungen in einigen Bereichen (z. B. Kinder- und Jugendbericht 2009, Orientierungsplan Baden-Württemberg 2009 und Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen 2010) zu erweitern. Absolute Aktualität und Vollständigkeit sind bei einem so umfassenden Unterfangen wie einer intersektoralen, interdisziplinären und interprofessionellen Handreichung jedoch ein herausforderndes Ziel und nur begrenzt zu erreichen. Eine Auswahl hinsichtlich der Strategien, Konzepte, Programme und Projekte war notwendig. Verbesserungsvorschläge und Anregungen für evtl. künftige Auflagen der Handreichung sind willkommen. Wir hoffen, dass diese Handreichung den Akteurinnen, die sich an einer sozialogenbezogenen und integrativen „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ beteiligen, eine Orientierungs- und Bewertungshilfe ist, vielfältige Anregungen für Entwicklungsmöglichkeiten bietet und sie darin unterstützt, allen Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

## 2 Grundlagen

Was heißt es, allen Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen? Grundlage dieser Frage ist die Kenntnis der gesundheitlichen Situation, der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und anderer relevanter Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern. Dafür sind Analysen und Berichterstattungen spezifischer gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten dieser Bevölkerungsgruppe die Voraussetzung. Dazu werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys zu den Themen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht im Kindesalter zusammengefasst. Ein besonderes Augenmerk ist auf die soziale Ungleichheit zu richten, da diese vielfältige Auswirkungen auf die soziale wie gesundheitliche Entwicklung im Kindesalter hat. Anschließend wird ein kurzer Überblick über Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention mit sozial benachteiligten Kindern gegeben. Der Ausgleich sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen ist ein zentrales Ziel von Gesundheitsförderung. Doch wie muss Gesundheitsförderung aussehen, damit sie soziallagenbezogen ist? Dazu werden im letzten Gliederungspunkt Anhaltspunkte gegeben. Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten werden zusammengefasst, welche die Chance erhöhen, dass „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ stattfinden kann und dadurch ein Beitrag dafür geleistet wird, die Gesundheitschancen der Kinder zu verbessern und allen Kindern ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen.

### 2.1 Was wissen wir über den Zusammenhang von sozialer Lage, Ernährung, Bewegung und Körpergewicht im Kindesalter?

#### Soziale Lage und Gesundheit

Soziale Benachteiligung und Armut in der Kindheit belasten den Start ins Leben und wirken sich unter Umständen nachhaltig auf die Entwicklung der Heranwachsenden aus. In den letzten Jahren ist der Anteil der betroffenen Kinder, besonders in der Altersgruppe der Null- bis Sechsjährigen, europaweit stark angestiegen. Die ansteigende Armutsquote wird mit den zunehmenden Gesundheitsproblemen und den ungleichen Gesundheitschancen von Kindern in Zusammenhang gebracht. Analysen und Berichterstattungen spezifischer gesundheitsbezogener Problemlagen und Verteilungsungleichheiten bei kleinen Kindern sind die Voraussetzung für die Entwicklung und Umsetzung erfolgreicher Konzepte für ein gesundes Aufwachsen. Um gesundheitliche Konsequenzen des Aufwachsens in sozialer Benachteiligung zu analysieren, konnte in Deutschland jedoch lange nur auf eine eingeschränkte Datenlage zurückgegriffen werden. Mit dem von 2003–2006 bundesweit durchgeführten Kinder- und Jugendgesundheits survey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts hat sich die Basis für eine fundierte bundesweite Gesundheitsberichterstattung zu dieser Altersgruppe deutlich verbessert. Die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bildet erstmals eine zuverlässige Datenbasis zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen und liefert Ansatzpunkte für Interventions- und Präventionsstrategien. Über die Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung sowie zum Haushaltseinkommen wurden Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit unterem, mittlerem und hohem Sozialstatus gebildet. Auf diese Weise werden Analysen zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen in der heranwachsenden Generation möglich gemacht (vgl. RKI/BZgA 2008, 9 f; RKI 2008, 7–9, 76).

## Soziale Lage und Übergewicht

Es ist üblich, als Grundlage für die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas den BMI (Body Mass Index<sup>3</sup>) zu verwenden. Adipositas (Fettleibigkeit) ist eine extreme Form des Übergewichts und gekennzeichnet durch eine übermäßige Ansammlung von Fettgewebe im Körper. Sie gilt als eine chronische Gesundheitsstörung. Betroffen sind nicht nur Erwachsene, sondern auch immer mehr Kinder. Ein Vergleich der KiGGS-Studienergebnisse mit Referenzwerten aus den 1980er- und 1990er-Jahren zeigt, dass der Anteil übergewichtiger Kinder um 50 % gestiegen ist. Auch der Anteil der adipösen Kinder hat sich verdoppelt.

Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zeigen:

- 15 % der Kinder und Jugendlichen von 3–17 Jahren haben Übergewicht.
- 9 % der 3- bis 6-jährigen Kinder sind übergewichtig, 2,9 % sind adipös.
- Der Anteil übergewichtiger und adipöser Kinder steigt mit zunehmendem Alter an.

Tabelle 1: Ergebnisse der KiGGS-Studie (RKI/BZgA 2008, 42)

Mit den Ergebnissen der KiGGS-Studie liegen erstmals für Deutschland bundesweit repräsentative Daten vor, die bestätigen, dass Übergewicht bei Kindern mit dem sozialen Status zusammenhängt. Es zeigt sich, dass Kinder aus sozial benachteiligten Familien dreimal so häufig adipös sind wie Kinder mit hohem Sozialstatus.

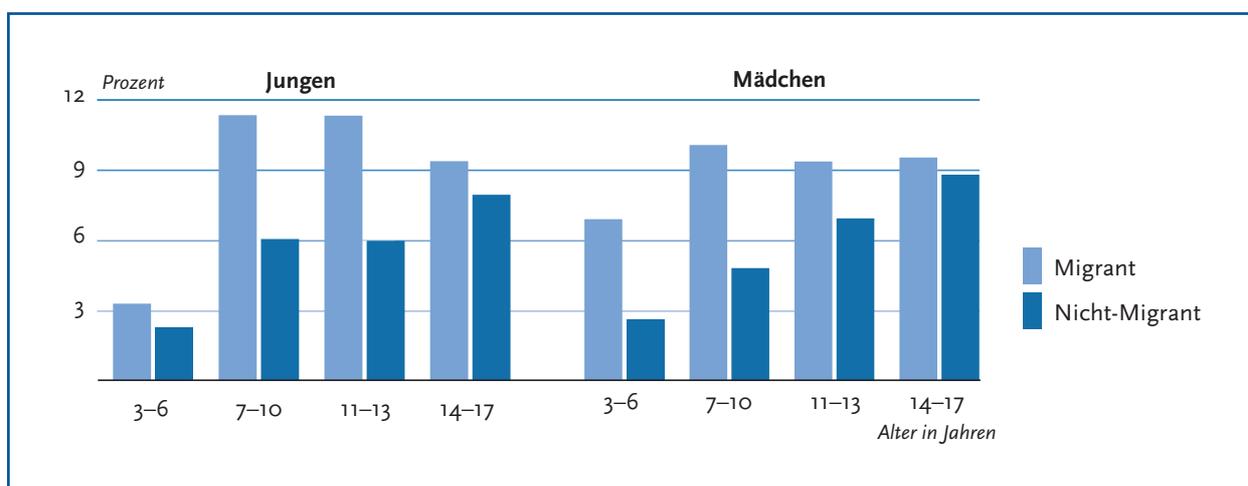


Abbildung 1: Adipositas nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus (RKI/BZgA 2008, 43)

Auch in Familien mit Migrationshintergrund sind Kinder häufiger übergewichtig. Der größte Anteil übergewichtiger Kinder mit Migrationshintergrund stammt aus türkischen Familien. Der Zusammenhang zwischen Übergewicht und Migrationsstatus lässt sich nicht allein auf sozioökonomische Faktoren zurückführen.

<sup>3</sup> Der BMI berechnet sich aus dem Körpergewicht im Verhältnis zum Quadrat der Körpergröße und wird auch für das Kindesalter angewendet. Allerdings wurden wegen alters-, entwicklungs- und geschlechtsabhängigen Veränderungen spezifische Perzentile für das Kindesalter entwickelt.

### Weitere Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas:

- übergewichtige Eltern
- eine ungesunde Ernährung
- Flaschennahrung statt Stillen
- ein hohes Geburtsgewicht
- eine hohe Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft
- niedriger familiärer Zusammenhalt
- wenig körperliche Aktivität
- hoher Medienkonsum
- wenig Schlaf
- Rauchen der Eltern
- Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft

Tabelle 2: Risikofaktoren für Übergewicht und Adipositas (RKI/BZgA 2008, 43)

Die einzelnen Faktoren hängen miteinander zusammen. Der Einfluss des Sozialstatus kann zu einem Teil durch andere Risikofaktoren erklärt werden, die in sozial schlechter gestellten Familien häufiger sind. Zum Beispiel rauchen Eltern in sozial benachteiligten Schichten häufiger und die Kinder sitzen längere Zeit vor dem Computer oder Fernseher, was gleichzeitig dazu führt, dass sie sich weniger bewegen als andere Kinder. Doch es lässt sich darüber hinaus ein eigenständiger Einfluss des sozialen Status auf die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern nachweisen, sowohl in Bezug auf das Haushaltseinkommen, die Bildung der Eltern, als auch auf deren berufliche Stellung. Das höchste Risiko für Übergewicht haben Kinder, deren Eltern übergewichtig sind. Die familiäre Häufung lässt sich jedoch nur zu einem Teil mit einer genetischen Veranlagung erklären, denn auch bei nicht-leiblichen Eltern konnte der Effekt nachgewiesen werden. Davon kann abgeleitet werden, dass die (gesellschaftlich beeinflussten) gesundheitlich relevanten Lebensformen in den Familien und deren Einfluss auf das Verhalten der Kinder für die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas von Bedeutung sind. Zum einen werden gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von den Eltern an die Kinder weitergegeben, zum anderen leben Eltern und Kinder jedoch auch in denselben Verhältnissen und sind damit zum Beispiel denselben Einflüssen des Wohn- oder Gesellschaftsumfelds ausgesetzt. Das bedeutet, dass nicht nur Kinder, sondern auch deren Eltern eine wichtige Zielgruppe für Gesundheitsförderungs- und Präventionsbemühungen sind (vgl. RKI 2008, 46 f, 85; RKI/BZgA 2008, 41–48; Kurth/Schaffrath Rosario 2007, 736; Danielzik/Müller 2006, 214).

### Individuelle Bedeutung und Risiko

Langfristig stellen Übergewicht und Adipositas ein Risiko für die Gesundheit dar und können schwerwiegende Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Störungen des Fettstoffwechsels sowie Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems zur Folge haben. Bereits im Kindesalter können Übergewicht und Adipositas den Blutdruck sowie Cholesterin- und Blutzuckerspiegel erhöhen. „Erwachsenenkrankheiten“ treten heute bereits im Kindesalter auf. Oft wird das Übergewicht ein Leben lang beibehalten. Darum kommt der Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht und Adipositas bei Kindern eine Schlüsselrolle zu (vgl. RKI/BZgA 2008, 41 f).

### Gesellschaftliche Bedeutung

Übergewicht und Adipositas sind weltweit ein wachsendes Problem und stellen große Anforderungen an das Gesundheitssystem dar. Knapp 5 % aller Gesundheitsausgaben in den Industrieländern werden für die Behandlung der Adipositas und ihrer Folgen aufgewendet. Die Themen Übergewicht und Adipositas haben jedoch nicht nur aus gesundheitsökonomischer Sicht eine hohe Relevanz für die Gesellschaft, sondern vor allem auch deswegen, weil die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheit an diesem Beispiel augenfällig wird (vgl. DAG 2009, 1; RKI 2008, 46; Danielzik/Müller 2006, 215).

## Soziale Lage und Ernährung

Das Ernährungsverhalten hat wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas. Im Rahmen der KiGGS-Studie wurde der Lebensmittelverzehr von Kleinkindern mit aktuellen Empfehlungen des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund verglichen. Betrachtet wurde die Ernährung im frühen Kindesalter von null bis sechs Jahren. Insgesamt ist die Ernährung in dieser Altersgruppe verbesserungswürdig: Die Kinder trinken zu wenig, essen deutlich zu wenig Obst und Gemüse, aber zu viel Fleisch, Wurst und Süßes. Die Ernährungsgewohnheiten von Kindern mit niedrigem Sozialstatus unterscheiden sich in diesen Lebensmittelgruppen deutlich:

- Flüssigkeitsaufnahme entspricht häufiger den Empfehlungen (beinhaltet allerdings Erfrischungsgetränke wie Cola oder Limonade)
- geringerer Fischverzehr aber
- weitaus größerer Fleisch-, Wurst- und Süßigkeitenverzehr als empfohlen

Unterschiede nach dem Migrationsstatus bestehen lediglich in Bezug auf Süßigkeiten: Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund essen zu viel Süßes. Ungünstiges Ess- und Trinkverhalten im Kindesalter kann gravierende Folgen nach sich ziehen: Einschränkung der Lern- und Leistungsfähigkeit, Konzentrationsschwäche und Müdigkeit, wenn keine regelmäßigen Mahlzeiten erfolgen, Zahnschäden bei hohem Zuckerkonsum in Verbindung mit mangelnder Mundhygiene, Übergewichtigkeit und Fettleibigkeit sowie psychische und physische Beeinträchtigungen. Zudem werden in der Kindheit erworbene Ernährungsgewohnheiten und das Essverhalten im Erwachsenenalter beibehalten, was langfristig zu chronischen Erkrankungen führen kann. Das heißt, die Weichen für eine gesunde Ernährung im Jugend- und Erwachsenenalter werden im Kleinkindalter gestellt (vgl. RKI 2008, 91–93).

### Soziale Lage und Stillen:

Stillen ist die beste Ernährungsform für Säuglinge und spielt eine Rolle bei der Prävention einer Adipositas. Die WHO empfiehlt, Säuglinge bis zu ihrem sechsten Lebensmonat ausschließlich zu stillen. Mit steigendem Sozialstatus der Mutter nehmen die Stillhäufigkeit und die Stilldauer zu. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie weisen deutlich auf den Bedarf einer gezielten Förderung des Stillens bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen hin.

Tabelle 3: Soziale Lage und Stillen (RKI 2008, 93; Lange/Schenk/Bergmann 2007, 626 ff)

## Soziale Lage und Bewegung

Ernährung, Bewegung und Körpergewicht beeinflussen sich gegenseitig: Eine mangelhafte Ernährungsqualität wirkt sich über das Körpergewicht auf das Bewegungsverhalten aus und führt häufig zu Bewegungsmangel. Fehlende Bewegung wird in der KiGGS-Studie als ein Risikofaktor für Übergewicht und Adipositas identifiziert. Doch noch größer ist der Einfluss des Medienkonsums.

### Medienkonsum in Zusammenhang mit Bewegung und Ernährung:

- Kinder betätigen sich vor dem Fernseher/Computer nicht körperlich
- Vorlieben bestimmter Nahrungsmittel werden durch Werbung beeinflusst
- Kinder nehmen unnötig viele Kalorien zu sich, wenn sie beim Fernsehen essen
- Eltern nehmen mit steigender Bildung zunehmend Einfluss auf die Fernseh- und Computergewohnheiten

Die tägliche körperlich inaktive Zeit aufgrund von Medienkonsum ist ein Grund, warum sich Kinder mit niedrigem Sozialstatus im Vergleich zu Kindern mit höherem weitaus weniger bewegen. Die Ergebnisse der KiGGS-Studie zur körperlich-sportlichen Aktivität zeigen darüber hinaus, dass Kinder, die nicht regelmäßig Sport treiben, überproportional häufig aus Familien mit niedrigem Sozialstatus oder Migrationshintergrund kommen. Die Defizite bezüglich der Aktivität sind bei Mädchen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund am meisten ausgeprägt (vgl. RKI 2008, 94–96; Lampert u. a. 2007, 637; Richter 2005, 167).

### Anknüpfungspunkte:

Kinder aus sozial benachteiligten Familien sind häufiger ungesund ernährt, häufiger übergewichtig und körperlich weniger aktiv, was weitere gesundheitliche Folgen bis ins Erwachsenenalter nach sich ziehen kann. Die Potenziale für eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung im Kindesalter zu nutzen und damit ein gesundes Aufwachsen zu fördern, sind darum wesentliche Voraussetzungen für eine nachhaltige Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Doch haben Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien häufig einen erschwerten Zugang zu gesundheitsförderlichen und präventiven Programmen und Aktivitäten. Darum ist die Entwicklung integrativer sozialogenbezogener Ansätze grundlegend. Die Zusammenhänge machen deutlich, dass insbesondere die Handlungsfelder Ernährung und Bewegung geeignete Ansatzpunkte für frühe „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ sind, dass aber darüber hinaus auch das soziale Umfeld, sowie die weiteren Lebensbedingungen gesundheitsförderlich gestaltet werden müssen. Die Kindertageseinrichtungen müssen in größere gesundheitsfördernde Netzwerke und Gesamtkonzepte auf kommunaler Ebene eingebunden werden. (> Kapitel 3, 4, 5, 6)

### Literatur

- Aktion Jugendschutz – Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg (Hrsg.) (2005). *Hauptsache gesund ...? Körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen*. ajs Jahrestagungsband. Stuttgart.
- Danielzik, S.; Müller M. J. (2006). „Sozioökonomische Einflüsse auf Lebensstil und Gesundheit von Kindern – Socioeconomic gradients in lifestyle and health“. In: *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* Jg. 57, H. 9, 2006: 214–219.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG) (2010). <http://www.adipositas-gesellschaft.de/> [Stand: 23.05.2010].
- Fröschl, Barbara; Haas Sabine; Wirl, Charlotte (2009). *Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen (Verhalten- und Verhältnisprävention)*. Hg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 85; 1. Aufl. Köln: DIMDI.
- Kurth, Bärbel-Maria; Schaffrath Rosario, A. (2007). „Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“. In: *Bundesgesundheitsblatt* Jg. 50, H. 5/6, 2007: 736–743.
- Lampert, Thomas u. a. (2007). „Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“. In: *Bundesgesundheitsblatt* Jg. 50, H. 5/6, 2007: 634–642.
- Lange, Cornelia; Schenk, Liane; Bergmann, R. (2007). „Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland: Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)“. In: *Bundesgesundheitsblatt* Jg. 50, H. 5/6, 2007: 624–633.
- Richter, Antje (2005). „Frühe Armut: Prävention durch Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen“. In: *Aktion Jugendschutz – Landesarbeitsstelle Baden-Württemberg* (Hrsg.) (2005, 165–175).
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2008). *Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS)*. Bericht für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: RKI.

## 2.2 Welche Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern gibt es?

Wie sollte Gesundheitsförderung aussehen, damit sie soziallyagenbezogen ist? Die Kriterien einer guten Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten ergeben sich aus den Grundlagen der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Zielgruppen. Darum wird zunächst ein kurzer Überblick über grundlegende Ansätze und Prinzipien der Gesundheitsförderung und Prävention vor allem in Hinblick auf den Soziallyagenbezug gegeben. Anschließend werden die Kriterien guter Praxis zusammengefasst, welche grundsätzliche Anhaltspunkte für eine integrative soziallyagenbezogene „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ geben.

### 2.2.1 Gesundheitsförderung und Prävention mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern

Bei der soziallyagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung in Kitas und in ihrem Umfeld sollten die sich ergänzenden Ansätze der Prävention und der Gesundheitsförderung kombiniert werden. Prävention orientiert sich daran, wie Krankheitsrisiken vermieden oder zumindest gesenkt werden können, Gesundheitsförderung geht über die Ziele der Prävention hinaus. Das Konzept setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen an und zielt auf den Aufbau und die Erweiterung dieser gesundheitsfördernden Ressourcen bei allen Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen (vgl. Kaba-Schönstein 2006, 73–78.).



Abbildung 2: Gesundheitsförderung und Prävention: Strategien und Methoden (Waller 2006, 161)

Gesundheitsförderung wird definiert als ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen, sie zu verbessern und zu erhalten durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit (Jakarta-Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert, 1997). Determinanten sind Einflussfaktoren oder Bedingungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit. Die Hauptdeterminanten der Gesundheit wurden von Dahlgren und Whitehead Anfang der 1990er Jahre in der folgenden Abbildung zusammengefasst und veranschaulicht.



Abbildung 3: Die Hauptdeterminanten der Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (Waller 2006, 36)

Die dargestellten Faktoren und Ebenen, die die Gesundheit positiv als Ressourcen oder negativ als Risiken beeinflussen, gehen weit über das individuelle Gesundheitsverhalten hinaus und die Einflussnahme Einzelner auf die Faktoren der Lebensbedingungen ist nur bedingt möglich. Die Determinanten für Gesundheit und das Zusammenspiel dieser Faktoren verweisen auf eine Vielzahl möglicher Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention. Große Potenziale liegen auf den Ebenen der Verbesserung der allgemeinen sozioökonomischen und Umweltbedingungen, der Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie in der Unterstützung des sozialen Umfelds der Einzelnen. Auch die (gesellschaftlich beeinflusste) Lebensweise ist ein bedeutsamer Bedingungsfaktor, z. B. in Bezug auf gesunde Ernährung und ausreichende Bewegung. Alter und Geschlecht sowie erbliche Faktoren sind festgelegte Determinanten, die sich dem Einfluss des Einzelnen entziehen.

Ressourcen und Risiken, und damit die Gesundheitschancen, sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Im Zuge der weltweiten Strategie „Gesundheit für alle“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Rahmenkonzept für die Europäische Region „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ (Gesundheit 21) wurde gesundheitliche Chancengleichheit zu einem zentralen Bestandteil und wichtigen Ziel des Konzeptes Gesundheitsförderung. Strategien der Gesundheitsförderung müssen, generell und vor allem auch in Bezug auf sozial benachteiligte Kinder und Eltern, alle Determinanten der Gesundheit umfassen.

Die Strategien und Handlungsebenen der Gesundheitsförderung umfassen deshalb neben der Entwicklung von persönlichen Kompetenzen auch die Förderung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, die Stärkung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, eine gesundheitsförderliche Neuorientierung von Institutionen und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Das heißt, Gesundheitsförderung setzt an mehreren Ebenen an („Mehrebenenansatz der Gesundheitsförderung“). Durch die Beeinflussung aller wichtigen Einflussfaktoren sollen die Handlungsmöglichkeiten aller, auch sozial benachteiligter Menschen, erweitert werden. Die gesündere Wahl soll zur leichteren Wahl gemacht werden. Für die Förderung von Ernährung und Bewegung bedeutet dies, nicht nur Angebote zur Verbesserung des Wissens vorzusehen, sondern auf Strukturen und Angebote hinzuwirken, die es allen Bevölkerungsgruppen leichter machen, sich für gesünderes Essen zu entscheiden, weil es regelmäßig und zu erschwinglichen Preisen angeboten wird. Für die Bewegung bedeutet das ebenfalls, die individuelle Entscheidung durch Strukturen und Angebote, die für alle offen sind und sie einladen, zu erleichtern wie z. B. regelmäßige Bewegungspausen, Integration von Bewegung in den Alltag von Institutionen wie Kindertageseinrichtungen und Schulen sowie sichere Fußgänger- und Radwege.

## Typische Probleme der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern:

Sozial benachteiligte Kinder und Familien haben weniger gesundheitliche Ressourcen und höhere gesundheitliche Risiken, dies gilt auch in Bezug auf Ernährung und Bewegung sowie damit verbundene Erkrankungen. Sie gelten als „schwer erreichbare Zielgruppen“, weil sie z. B. von „mittelschichtorientierten“ Bildungs-Angeboten und Komm-Strukturen, die ihre besondere soziale Lage und ihre Voraussetzungen nicht berücksichtigen, eher nicht erreicht werden (> Kapitel 5). Das führt oft dazu, dass die Gruppen mit den größten Problemen nicht nur nicht erreicht werden, sondern dass sich die Schere der Ungleichheit sogar noch vergrößert, weil die „besser Gebildeten und Gestellten“ von diesen Angeboten durchaus profitieren. Deshalb ist es von großer Bedeutung, von vorneherein sozialsensibel vorzugehen und Gesundheitsförderung (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) in Kitas und in ihrem Umfeld zu integrieren. Alle Aktivitäten sollten so konzipiert werden, dass sie dazu beitragen, die gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern und sozial bedingte Ungleichheiten der Gesundheit zu verringern. Vor diesem Hintergrund wurden Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Menschen und Gruppen entwickelt.

### 2.2.2 Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Menschen

Es hat in den letzten Jahren verschiedene Versuche gegeben, die konzeptionellen Grundlagen der Gesundheitsförderung und die nationalen und internationalen Forschungsergebnisse zu Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung praxisnah und anwendungsorientiert zusammenzufassen. Für die Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten in Kindertageseinrichtungen und in ihrem Umfeld, sind insbesondere die „Kriterien guter Praxis zur Gesundheitsförderung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ von Bedeutung. Darüber hinaus wurden vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge Handlungsempfehlungen zum niederschweligen Zugang zu familienunterstützenden Maßnahmen veröffentlicht, die in Kapitel 5.3 dargestellt werden. Empirisch überprüfte Kriterien, die nachweislich einen Beitrag zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit<sup>4</sup> leisten, gibt es noch nicht. Doch wurden zur Identifizierung guter Praxis in der Gesundheitsförderung für und mit sozial benachteiligten Zielgruppen in einem beratenden Arbeitskreis der BZgA 2003/2004 „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ entwickelt. Diese werden seitdem erprobt und kontinuierlich weiterentwickelt und sollen eine Ausgangsbasis und Richtschnur bilden, um insbesondere Träger von Angeboten sowie Praktikerinnen in ihrer täglichen Arbeit zu unterstützen.

Bei der Entwicklung der „Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ wurden die folgenden Forschungsergebnisse, bereits entwickelte Instrumente und vorliegende Erfahrungen berücksichtigt und geprüft:

<sup>4</sup> Gesundheitliche Chancengleichheit ist zentrales Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und bedeutet, dass idealerweise jeder Mensch eine faire Chance haben sollte, sein volles gesundheitliches Potenzial auszuschöpfen und dass niemand durch Benachteiligung daran gehindert werden sollte, den bestmöglichen Gesundheitszustand zu erreichen, wenn sich das vermeiden lässt.

- die nationale und internationale Forschung zum Bereich „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“<sup>5</sup>,
- die Good-Practice-Kriterien des Bund-Länder-Programms „Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf – die soziale Stadt“ des Deutschen Instituts für Urbanistik (2002),
- die Qualitätssicherungsinstrumente der BZgA in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf<sup>6</sup>,
- die Erfahrungen aus der Qualitätssicherungsentwicklung des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und
- die Erfahrungen aus der direkten halbstandardisierten Befragung von Vertreterinnen der Praxisangebote in der Datenbank.

Auf der Grundlage dieser Ergebnisse, Instrumente und Erfahrungen empfiehlt der beratende Arbeitskreis des Kooperationsverbundes die Anwendung von zwölf Kriterien zur Auffindung und Bewertung von „Modellen guter Praxis“ in der Gesundheitsförderung. Diese werden im Folgenden vorgestellt. Schlüsselbegriffe sind mit einem Pfeil (⇔) gekennzeichnet und werden in einem Glossar erläutert, das über die Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) zugänglich ist.

## Zwölf Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten

### 1. Konzeption, Selbstverständnis

Erstes Kriterium ist das Vorliegen einer Konzeption,

- a) aus der ein klarer Zusammenhang zu ⇔ Gesundheitsförderung und/oder ⇔ Prävention hervorgeht sowie eine hierauf basierende Zielformulierung.
- b) in der die Verminderung der ⇔ gesundheitlichen Ungleichheit explizit und systematisch angestrebt wird.

Bei der Konzeptions- und Zielbeurteilung ist zu berücksichtigen, inwieweit die Beurteilenden sich des Risikos bewusst sind, dass diese Ungleichheit durch das Angebot sogar noch vergrößert werden könnte, und sie so planen, dass dies vermieden wird.

### 2. Zielgruppe

Die ⇔ Zielgruppe der sozial Benachteiligten (⇔ soziale Benachteiligung) ist präzise eingegrenzt und gehört zu einer oder mehreren von sozialen Gruppen oder Lebenslagen, die im Erhebungsinstrument für die Datenbank aufgelistet sind bzw. richtet sich an Multiplikatorinnen für diese Zielgruppen. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Zielgruppe auch tatsächlich erreicht wird, zum Beispiel durch ein Interview mit der oder dem Verantwortlichen des Angebots.

<sup>5</sup> Helmert, U. (2003). Soziale Ungleichheit und Krankheitskriterien. Augsburg: Maro Verlag.

Mielck, A. (2000). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Mackenbach, J.; Bakker, M. (eds.) (2002). Reducing inequalities in health: A European perspective London: Roudledge.

International Union for Health Promotion and Education (1999). The Evidence of Health Promotion Effectiveness, Brussels-Luxembourg.

Gepkens, A.; Gunning-Schepers, L. J. (1996). Interventions to reduce socioeconomic health differences. A review of the international literature. In: European Journal of Public Health 1996, 6, pp. 218-226.

<sup>6</sup> Kliche, T.; Töppich, J.; Kawski, S.; Koch, U.; Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Bundesgesundheitsblatt 2004, 47, 125–132.

### 3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Angebot hat ⇔ innovativen Charakter bzw. enthält innovative Aspekte und strebt die kontinuierliche, das heißt nachhaltige Fortführung erfolgreicher Angebotskomponenten an.

### 4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Multiplikatorenkonzept vor, das Multiplikatorinnen systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.

### 5. Niederschwellige Arbeitsweise

Das Angebot ist niederschwellig (⇔ Niederschwelligkeit), aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend angelegt.

### 6. Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an Beteiligungsmöglichkeiten für die ⇔ Zielgruppe sozial Benachteiligter. Beteiligung und Teilhabe sind wesentliche Bestandteile und Erfolgsfaktoren der Gesundheitsförderung. Das heißt, Kinder und deren Eltern sollen, wo immer möglich, bei der Bedarfs- und Bestandsanalyse, der Zielfestlegung, der Planung, Durchführung und Auswertung von Maßnahmen einbezogen und beteiligt werden. Hierzu gehören auch speziell entwickelte Methoden (z. B. Zukunftswerkstatt, Szenariowerkstatt, Bürgergutachten) sowie die Unterstützung von Projekten/Aktivitäten, die von Beteiligten selbst initiiert werden.

### 7. Empowerment

Es erfolgt eine Befähigung und Qualifizierung der ⇔ Zielgruppe sozial Benachteiligter, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut. Empowerment in der Gesundheitsförderung ist die Stärkung und Befähigung der Menschen zur gesundheitsfördernden Gestaltung ihrer Lebensbedingungen. Es beinhaltet die Befähigung und Qualifizierung der Zielgruppe(n), aufbauend auf deren Stärken und Ressourcen. Die Angebote sollten die Eigenkompetenz der Kinder sowie deren Eltern gemeinsam mit diesen stärken und weiter entwickeln. Angebote sollten vorbeugend ansetzen, um Wissen und Kompetenzen über Ernährung und Bewegung zu vermitteln und solche Strukturen schaffen, die Ernährung und Bewegung erleichtern. Gegenseitige Unterstützung und soziale Aktionen sollen schwierige Lebensbedingungen überwinden helfen.

### 8. Settingansatz

Gesundheitsförderliche Aktivitäten, die sich am ⇔ Settingansatz der WHO orientieren, zielen zum einen darauf ab, Menschen zu befähigen mehr Einfluss auf ihre Gesundheit zu nehmen (Empowerment), zum anderen geht es darum, gesundheitsförderliche Strukturen zu gestalten und dabei alle Akteure des Settings zu beteiligen (Partizipation). Ein Setting, häufig auch übersetzt mit Lebenswelt, ist der Ort, wo Menschen ihren Alltag leben, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben, dazu gehören z. B. Kindertageseinrichtungen, Schulen oder Stadtteile. Dort sind Menschen sowohl gesundheitsförderlichen als auch riskanten Einflüssen und Wirkungen ausgesetzt. Der Settingansatz der Gesundheitsförderung gilt als Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Er geht weit über individuelles Gesundheitsverhalten hinaus, indem versucht wird, die Bedingungen in der jeweiligen Lebenswelt gezielt zu verbessern. Das bedeutet zum Beispiel, nicht nur Einzelaktivitäten zu Ernährung und Bewegung in einer Kita anzubieten (Gesundheitsförderung im Setting), sondern die gesamte Lebenswelt so umzugestalten, dass gesunde Ernährung und Bewegung für alle Kinder niederschwellig in den Alltag integriert ist (gesundheitsförderndes Setting). Durch diese Umgestaltung des gesamten Settings kann es leichter gelingen, mittelschichtorientierte Einengungen zu vermeiden und auch benachteiligte Menschen zu erreichen, ohne sie durch Sonderprojekte und Sonderbezeichnungen zu stigmatisieren.

## 9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt, die einem ↔ integrierten Handlungskonzept entsprechen. Die Umsetzung des Konzepts erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteurinnen im lokalen Umfeld. Das heißt, es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum. Im Sinne eines ↔ Capacity-Building werden Strukturen gebildet, die es ermöglichen mit geeigneten Programmen und Angeboten auf identifizierte Gesundheitsprobleme zu reagieren. Durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen können Programme und Maßnahmen dauerhaft vorgehalten und Schwerpunkte ausgeweitet werden. Idealerweise werden durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt werden, auch über die ursprüngliche Intervention hinaus, Effekte in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen erzielt.

## 10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Das Angebot beinhaltet ein ↔ Qualitätsmanagement bzw. eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Das heißt, Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet, sondern sie wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) immer wieder überprüft, verbessert und entwickelt.

## 11. Dokumentation und Evaluation

Gesundheitsförderliche Aktivitäten werden dokumentiert und evaluiert. Dokumentation und ↔ Evaluation sollen zur Qualitätsentwicklung eingesetzt werden.

## 12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen. In Bezug auf ↔ Kosten und Nutzen (bzw. Aufwand und Ertrag) ist zu prüfen, ob hierfür Kennzahlen eingesetzt werden können.

### Bedeutung und Anknüpfungspunkte:

Die zwölf Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten sind gut geeignet als Ausgangsbasis und Empfehlung für die Entwicklung von Konzepten der sozialogenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und ihrem Umfeld.

Auf der Grundlage dieser zwölf Kriterien wurden Good-Practice-Beispiele identifiziert, die auf der Internetplattform [www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) eingesehen werden können und zur Übertragung und Nachahmung inspirieren sollen.

Ein „Good-Practice-Beispiel“ aus Baden-Württemberg zu den Handlungsfeldern Kita, Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung ist: „Früh übt sich. MINIFIT. Von klein auf gesund“ mit den „Guten Praxisbereichen“: Integriertes Handlungskonzept, Vernetzung, Qualitätsmanagement und Qualitätsentwicklung sowie Dokumentation und Evaluation.<sup>7</sup>

Ein weiteres Angebot zur Entwicklung der Qualität der Gesundheitsförderung ist die Website Partizipative Qualitätsentwicklung: [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) unterstützt Praxisanbieter der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten, die Qualität der Arbeit gemeinsam mit der Zielgruppe zu planen, zu verbessern und zu bewerten.

Für den Bereich der Betreuung, Bildung und Erziehung in Kitas stellt der Nationale Kriterienkatalog (QKK) ein umfassendes Kompendium für „beste Fachpraxis“ dar (> Kapitel 3.5).

<sup>7</sup> [www.minifit.de](http://www.minifit.de)

## Literatur:

- Kaba-Schönstein, Lotte (2006). „Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsfelder und -strategien“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: 73–78.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2006). „Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven)“. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: 104–111.
- Lehmann, Frank (2006). „Kooperationsverbund zur Realisierung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2006: 423–438).
- Lehmann, Frank u. a. (2010). Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten: Ansatz – Beispiele – Weiterführende Informationen. Hg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). 4. erw. u. überarb. Aufl.; Bd. 5 Reihe Gesundheitsförderung konkret. Köln: BZgA.
- Naidoo, J.; Wills, J. (2010). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Hamburg: BZgA.
- Waller, Heiko (2006). Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 4. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1999). Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle‘ für die Europäische Region der WHO. Europäische Schriftenreihe ‚Gesundheit für alle‘ Nr. 6. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa.

### 3 Kindertageseinrichtungen und gesundes Aufwachsen

Im folgenden Kapitel steht die Rolle von Kindertageseinrichtungen für ein gesundes Aufwachsen aller Kinder im Mittelpunkt. Einführend wird die Bedeutung des Settings Kita für gesundheitliche Chancengleichheit und soziallagenbezogene Gesundheitsförderung aufgezeigt. Es folgen Informationen zu Stand und Perspektiven der Gesundheitsförderung in Kitas sowie die dafür grundlegenden Zielsetzungen und Pläne: das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“; die Bildungspläne/der Orientierungsplan; die Qualitätskonzepte, Kriterien und Standards für Kitas mit den jeweiligen Verknüpfungsmöglichkeiten. Das Kapitel wird abgerundet mit einem Beispiel für die Verknüpfung von Bildung und Gesundheit in Kitas sowie mit Beiträgen zum Handlungskonzept „Gesund in allen Lebenslagen“ und einem Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kita.

#### 3.1 Welche Bedeutung hat das Setting Kita für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung?

Kinder gelten als die gesündeste Bevölkerungsgruppe, gehören gleichzeitig jedoch auch zur sensibelsten (vgl. Geene 2009, 13; Kliche u. a. 2009, 29). Bereits im Kindesalter werden die Weichen für die Gesundheit im Erwachsenenalter gestellt: Soziale Benachteiligung und Armut in der Kindheit belasten den Start ins Leben und haben unter Umständen nachhaltige Auswirkungen auf die soziale und gesundheitliche Entwicklung der Heranwachsenden. Armut gilt allgemein als der größte Risikofaktor für die Gesundheit (vgl. WHO 1998, 13). Die Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit von Kindern werden vielfach beschrieben. Eine schon in der Kindheit bestehende Beziehung zwischen sozialen und gesundheitlichen Lebenslagen ist durch die Gesundheitsberichterstattung und

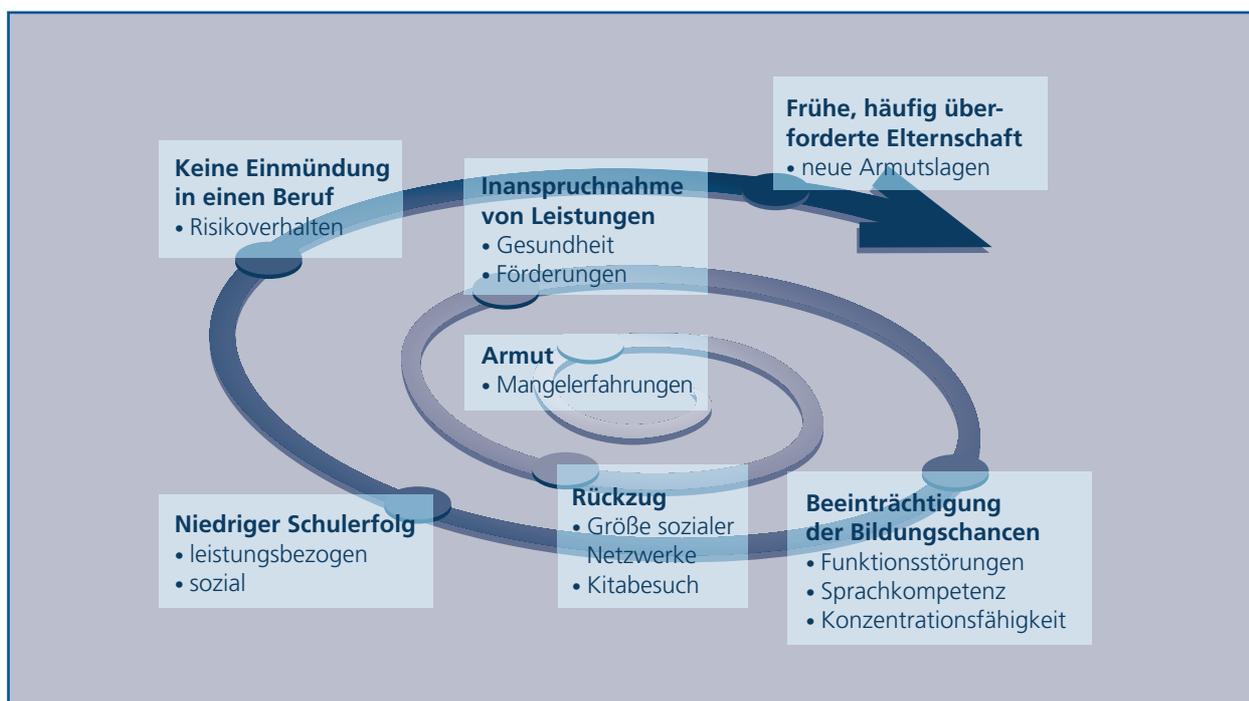


Abbildung 4: Armutsspirale (Altgeld u. a. 2006, 17)

die gesundheitswissenschaftliche Forschung vielfach aufgezeigt (> Kapitel 2.1; Kapitel 6.1). In der Kindheit erlittene Benachteiligungen wirken sich dauerhaft auf den sozioökonomischen Status und die Gesundheit im späteren Erwachsenenleben aus. Dieser Kreislauf der „Weitervererbung“ von Armut wird auch als „Armutsspirale“ bezeichnet (vgl. Altgeld 2006; Altgeld u. a. 2006, Abb. 4).

Eine Möglichkeit, diesem Zirkel entgegenzuwirken, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen und ein gesundes Aufwachsen zu fördern, wird darin gesehen, die Potenziale der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter frühzeitig zu nutzen. Kinder gelten als wichtige Zielgruppe für Interventionen zur Verminderung sozioökonomisch bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. Doch gerade Kinder aus sozial schwächeren Familien werden von präventiven und gesundheitsfördernden Programmen häufig schlechter erreicht. Darum ist es notwendig, Gesundheitsförderung und Prävention breit anzusetzen und niederschwellig in den Lebenswelten zu verankern, um besonders auch diese Zielgruppe nicht-stigmatisierend zu erreichen. Eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung, die im Hinblick auf die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit als besonders vielversprechend gilt, ist der Settingansatz. Bei der Schaffung eines gesundheitsförderlichen Settings stehen die Beteiligung der Zielgruppen (Partizipation), die Befähigung der Beteiligten (Empowerment) und die gezielte Entwicklung der Strukturen im Mittelpunkt. Die Gesundheitschancen der Kinder werden in Abhängigkeit vom familiären und sozialen Umfeld und der vorhandenen Infrastruktur gesehen. Dazu gehören auch der Zugang zu gesundheitlichen und sozialen Leistungen sowie die Spiel- und Lernbedingungen der Kinder im Wohnumfeld. Die Bemühungen um eine Förderung der Gesundheit im Elternhaus und im näheren Lebensumfeld von Kindern müssen Hand in Hand gehen. In diesem Kontext stellt die Kita als Setting und Lebenswelt ein zentrales und bedeutendes Handlungsfeld von Gesundheitsförderung und Prävention dar.

Verschiedene politische Aktivitäten im Bereich der Bildung und Gesundheit von Kindern berücksichtigen den Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit und bekräftigen in diesem Zusammenhang die Rolle von Kindertageseinrichtungen als wichtigem Feld für Prävention und Gesundheitsförderung:

- Die Implementierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepten in Kindertageseinrichtungen wird als wichtige Maßnahme zur Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit im Rahmen der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008) hervorgehoben (> Kapitel 6.2.1).
- Auch im Rahmen des Nationalen Aktionsplans für ein kindergerechtes Deutschland (2005–2010) bilden Kindertageseinrichtungen ein zentrales Handlungsfeld, um mehr Chancengleichheit und Bildungsgerechtigkeit herzustellen. Im Rahmen des Ziels der Förderung eines gesunden Lebens und einer gesunden Umwelt wird konkret der Ausbau der Gesundheitsförderung in Kitas angestrebt (> Kapitel 6.2.2).
- Das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ (2010) will dazu beitragen, dass integrierte gesundheitsfördernde Handlungskonzepte in den relevanten Lebenswelten von Kindern und deren Eltern besser verankert werden. Neben der „Familie und deren Umfeld“ und „Schulen“ gelten „Kindertagesstätten“ als relevantes Setting für ein gesundes Aufwachsen. Sie sollen nicht nur Zugangsweg, sondern selbst auch Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung sein (vgl. BMG 2010, 27 f). Querschnittsanforderung aller erarbeiteten Gesundheitsziele im Rahmen von „gesundheitsziele.de“<sup>8</sup> ist gesundheitliche Chancengleichheit (vgl. Lehmann 2006, 426) (> Kapitel 3.3).

<sup>8</sup> „Gesundheitsziele.de“ ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zur Entwicklung nationaler Gesundheitsziele (> Kapitel 3.3).

- In dem Bericht „Kinder und Gesundheit: Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden wird bereits 2005 als allgemeines Anliegen formuliert, durch breit angelegte gesundheitsfördernde Konzepte besonders belastete Zielgruppen nicht-stigmatisierend zu erreichen. Um möglichst viele Familien gezielt zu erreichen, müssten Gesundheitsförderung und Prävention in den Lebenswelten bzw. Settings verankert werden, wie z. B. in Kindertageseinrichtungen. Gesundheitsförderung müsse als Querschnittsaufgabe in pädagogischen Institutionen, wie der Kita, eine wesentliche und ausdrückliche Rolle spielen.
- Diese Forderungen wurden auch auf der Ebene der Bundesländer berücksichtigt, indem Themen der Gesundheitsförderung in allen Bildungs- und Erziehungsplänen, die für den Elementarbereich entwickelt wurden, verankert sind. Vor allem die Bewegungsförderung ist in allen Bundesländern Bestandteil der Bildungspläne. Die Bedeutung einer gesunden Ernährung, Körperpflege, Körpererfahrung und -wahrnehmung werden in fast allen Bundesländern angesprochen. In einigen Bildungs- und Erziehungsplänen wird Gesundheitsförderung als Querschnittsanforderung berücksichtigt. Ihnen liegt das Verständnis zugrunde, dass zur Bildung unter dem Aspekt der Förderung grundlegender Kompetenzen und Ressourcen auch die Förderung der Gesundheit gehört. Denn dies ist das stabile Fundament für die Entwicklung der Kinder und die Grundlage dafür, sie zu lebenslangem Lernen zu befähigen (vgl. MKJS 2009, 199; Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts 2009, 19) (> Kapitel 3.4).

Auf Grundlage der Fachliteratur zu diesem Thema werden im Folgenden Gründe aufgeführt, warum die Kita ein Schlüsselfeld für Gesundheitsförderung und Prävention ist:

#### **Über Kitas können Kinder frühzeitig erreicht werden.**

Kindertageseinrichtungen sind die erste öffentliche Bildungsinstitution, die Kinder besuchen. Immer mehr Forschungsergebnisse bestätigen die Wichtigkeit der frühen Kindheit für die Ausbildung von Risiko- und Schutzfaktoren und die Gesundheit im späteren Leben. Die Bedeutung der frühen Entwicklungsphasen macht Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen zu einem unerlässlichen Querschnittsthema (vgl. Kliche u. a. 2008, 14 f; Kliche u. a. 2009, 29).

#### **Über Kitas können fast alle Kinder erreicht werden.**

Die meisten Kinder gehen vor ihrer Einschulung zumindest zeitweilig in eine Kita. In Deutschland besuchen 88,7 % der Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren eine Kindertagesstätte, in manchen Bundesländern sind es sogar 95 % (vgl. Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts 2009, 6). Das bedeutet, dass über das Setting Kita die große Mehrheit der Kinder und damit auch ihre Familien erreicht werden. Laut dem 13. Kinder- und Jugendbericht haben 2007 28,5 % der Kinder einen Migrationshintergrund und 17,2 % kommen aus Familien, in denen kein Deutsch gesprochen wird. Eltern mit Migrationshintergrund, die in der Familie nicht Deutsch sprechen, geben ihre Kinder vorwiegend erst ab dem dritten Lebensjahr in eine Kindertageseinrichtung (vgl. BMFSFJ 2009, 193).

#### **Über Kitas können auch schwer erreichbare Zielgruppen angesprochen werden.**

Über Kitas können auch Teilgruppen der Bevölkerung erreicht werden, die sonst erschwert Zugang zu Leistungen des Gesundheits- und Bildungswesens erhalten, wie sozial benachteiligte Familien, Familien mit Migrationshintergrund und bildungsungewohnte Familien. Zielgruppen, die sonst Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen distanziert oder mit Skepsis gegenüber stehen oder sie mangels Vorkenntnissen schwerer nutzen können, werden über Kitas niederschwellig erreicht. Kitas übernehmen damit in der Gesundheitsförderung für sozial schwächer gestellte Bevölkerungsschichten eine Schlüsselrolle (vgl. Kliche 2008, 15; Kliche 2009, 253). Auch die Expertise von Fröhlich-Gildhoff u. a. (2008) macht deutlich, dass Kindertageseinrichtungen besonders in Bezug auf schwer erreichbare Eltern eine zentrale Stellung einnehmen und die Kita daher ein geeignetes Setting für Gesundheitsförderung für und mit diesen Zielgruppen ist.

### Über die Kita können ganze Familien erreicht und einbezogen werden.

Die Nachhaltigkeit und Wirksamkeit von Gesundheitsförderung und Prävention werden durch die Einbeziehung der Familien unterstützt (vgl. Kliche u. a. 2009, 253). Als „schichtübergreifender“ Institution mit einer besonderen sozialen Reichweite kommt Einrichtungen der Kindertagesbetreuung familienergänzende und -unterstützende Funktion in Bezug auf die Förderung der Gesundheit von Kindern zu (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden 2005, 16). Kitas können zum einen den Gesundheitszustand der Kinder unmittelbar beeinflussen (z. B. durch gesündere Ernährung, Bewegungsmöglichkeiten und Entwicklungsförderung), zum anderen können sie darüber hinaus gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen der ganzen Familie langfristig prägen sowie elterliche Erziehungskompetenz stärken (Altgeld, Zimmer in Kliche 2008, 14; Kliche 2009 257–258).

### Kitas können in der Interaktion mit den Eltern deren Kompetenzen fördern.

Als besonders relevante Aspekte im Sinne des Aufbaus gesundheitsfördernder Kompetenzen und Potenziale werden in dem Bericht „Kinder und Gesundheit“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (2005) unter anderem die Eltern- und Familienbildung (§ 16 SGB VIII) sowie Familienfreizeit und -erholung (§ 16 SGB VIII) genannt. In diesem Zusammenhang werden Kindertageseinrichtungen (gemäß § 22 ff SGB VIII) als besonders relevante Einrichtungen hervorgehoben, von denen ein besonders umfassender und breitenwirksamer Beitrag zu erwarten sei. Sowohl der Aufbau gesundheitsfördernder Potenziale und Kompetenzen der Kinder als auch der Eltern sei integraler Bestandteil der Erziehungs- und Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen. Denn die Gesundheit der Kinder sei wichtige Voraussetzung dafür, Kinder effektiv bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und in Entwicklungsprozessen zu unterstützen. Gesundheitsförderung werde damit zu einem durchgängigen Prinzip im Kita-Alltag und decke sich mit den Aufgaben von Bildung und Erziehung. Dabei komme besonders der Zusammenarbeit mit den Eltern und anderer Kooperationspartner große Bedeutung zu (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden 2005, 14–16).

### Kitas können durch Vernetzungsarbeit die gesundheitliche Versorgung verbessern.

Kitas können durch Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Settings sowie durch fachliche Vernetzung dazu beitragen, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, indem sie als Vermittlungsstelle fungieren (vgl. Kliche u. a. 2009, 253). Nicht zuletzt wird sogar erwartet, dass Kitas Versorgungslücken schließen, indem sie die Betroffenen erreichen und an entsprechende Stellen weitervermitteln. Beispielsweise nehmen weniger als ein Drittel der hilfsbedürftigen Kinder und Jugendlichen bei psychischen Beschwerden oder Erkrankungen die verfügbaren Behandlungsmethoden und Hilfen in Anspruch (vgl. Schubert u. a. in Kliche 2008, 15). Die Kita als Knotenpunkt in einem Netz gesundheitsförderlicher Aktivitäten ermöglicht Eltern einen besonders niederschweligen Zugang. In diesem Zusammenhang bezeichnen Richter und Altgeld (2004, 9) die Kita als „Schlüsselsetting gesundheitlicher Chancengleichheit“. Die Obersten Landesjugendbehörden sehen eine äußerst bedeutsame Aufgabe von Kindertageseinrichtungen darin, die Gesundheit der Kinder im Interesse von Früherkennung und einer rechtzeitigen gesundheitlichen Versorgung und Förderung im Blick zu haben (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden 2005, 16) (> Kapitel 5 und 6).

Um die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings Kita zu ermöglichen, sind die Bereitstellung entsprechender personeller, struktureller und finanzieller Ressourcen erforderlich sowie Fortbildungen sowohl für Erzieherinnen als auch der Fachbereichsleitungen zum Thema Gesundheitsförderung (vgl. Geene u. a. 2009, 47) (> Kapitel 3.2).

### Anknüpfungspunkte:

Kindertageseinrichtungen, als Lebenswelt von Kindern und Familien, leisten einen wichtigen Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit, da sie Familien aller Schichten ansprechen und damit nicht diskriminierend oder stigmatisierend auch sozial benachteiligte, besonders belastete Zielgruppen niederschwellig und frühzeitig errei-

chen. Der Settingansatz gilt vor allem für eine sozialogenorientierte Gesundheitsförderung als besonders vielversprechend. Das Setting Kita kann als Koordinationsstelle in einem Netzwerk aus Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten, als Begegnungsstätte für Kinder und Familien wichtiges Verbindungsglied im Sozialraum sein.

## Literatur:

- Altgeld, Thomas (2006). „Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* Wiesbaden 2006: 389–404.
- Altgeld, Thomas u. a. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung: Ein Programm für eine bessere Sozial- und Gesundheitspolitik.* Hg. vom Wirtschafts- und Sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Arbeit und Sozialpolitik. Bonn.
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (2005). „Kinder und Gesundheit: Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Berlin: Mai 2005. URL: [http://www.mbjs.brandenburg.de/media\\_fast/5527/TOP%207%20-%20Anlage.15475634.pdf](http://www.mbjs.brandenburg.de/media_fast/5527/TOP%207%20-%20Anlage.15475634.pdf) [Stand: 28.05.2010].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hg.) (2010). Nationales Gesundheitsziel. *Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung.* In: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) [Stand 11.03.2010].
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönna, Maike (2008). *Elternarbeit in der Gesundheitsförderung: Angebote und Zugangswege unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe „schwer erreichbare Eltern“.* Expertise. Hg. vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Geene, Raimund u. a. (2009). „Der Settingansatz der Gesundheitsförderung – Gesunde Schule, gesunde Kita, gesunder Stadtteil“. In: Geene, Raimund; Gold, Carola (Hg.). *Kinderarmut und Kindergesundheit.* 1. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber 2009: 47–69.
- Kliche, Thomas u. a. (2009). „Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung“. In: Bitzer u. a. (2009). *Kindergesundheit stärken.* Heidelberg: Springer Verlag: 252–259.
- Kliche, Thomas u. a. (2008). *Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen.* Weinheim: Juventa Verlag.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (MKJS) (2009). *Der Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen (Vorläufige Fassung vom 17. Juni 2009).*
- Richter, Antje; Altgeld, Thomas (2004). *Gesund in allen Lebenslagen.* Bd. I: *Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder im Elementarbereich.* Hg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen. 1. Aufl. Bd. 4 Reihe Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Bremerhafen: Wirtschaftsverlag NW.
- Richter, Matthias; Hurrelmann, Klaus (Hg.) (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven.* 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts (Hg.) (2009). *Die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen.* Expertise zum 13. Kinder- und Jugendbericht verfasst von Tanja Friedrich. Berlin: Juni 2009.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1998). *Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept ‚Gesundheit für alle‘ für die Europäische Region der WHO.* Europäische Schriftenreihe ‚Gesundheit für alle‘ Nr. 5. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.

## 3.2 Was wissen wir über den Stand und die Verbesserungsmöglichkeiten der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen?

Wie im vorangegangenen Kapitel deutlich wurde, birgt die Kita großes Potenzial für den Aufbau gesundheitlicher Chancengleichheit und gilt als vielversprechendes Handlungsfeld für eine sozialogenbezogene Gesundheitsförderung. Deshalb hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE) mit einer bundesweiten Bestands- und Bedarfserhebung zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“ beauftragt. Zur Abschätzung der Qualitätsaspekte von Prävention war durch die BZgA und das UKE bereits 2003–2005 ein Qualitätsentwicklungsinstrument QIP (Qualität in Prävention und Gesundheitsförderung) entwickelt worden<sup>9</sup>. 2005/2006 wurde eine

<sup>9</sup> In den Veröffentlichungen der Autoren herrscht keine Einheitlichkeit bzgl. der Abkürzung. QIP steht auch für „Qualität in der Prävention“.

Pilotstudie durchgeführt, 2007 die Hauptstudie. Die Ziele der Erhebung waren: Art, Umfang und Qualität von Präventions- und Gesundheitsförderungsinterventionen für Kinder, Eltern und Mitarbeiterinnen in Kindertageseinrichtungen zu erfassen, den aktuellen gesundheitlichen Status und positive wie negative Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Kindern und Erzieherinnen zu erheben sowie Verbesserungspotenzial hinsichtlich Planung, Umsetzung und Qualität der einzelnen Programme und Projekte zu identifizieren. Der gewonnene Datensatz stellt die momentan umfassendsten und detailliertesten Erkenntnisse zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zur Verfügung. Die Forschungsbefunde und daraus resultierenden Empfehlungen für den Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention in Kitas wurden in einem Buch veröffentlicht (Kliche u. a. 2008). Sie werden im Folgenden unter dem Aspekt der Relevanz für die soziallagenbezogene und integrative Gesundheitsförderung in Kitas zusammengefasst.

### Ergebnisse der bundesweiten Bestands- und Bedarfserhebung

In der Pilotstudie wurden 643 Kitas befragt, in der Hauptstudie nahmen 3.000 Kitas an der schriftlichen Befragung teil. Zu den wichtigsten Ergebnissen dieser Einrichtungsbefragungen gehört der Befund, dass sowohl bei Kindern als auch bei Erzieherinnen erhebliche gesundheitliche Einschränkungen vorliegen. Zu den Beeinträchtigungen der Kinder zählen in erster Linie Entwicklungsverzögerungen, Sprachstörungen, deutliche Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten sowie Karies. Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage der Kita und der Gesundheit der Kinder. Arbeitsbezogene Gesundheitsbeschwerden der Erzieherinnen sind meistens Schmerzen des Bewegungsapparates, vor allem Rückenschmerzen, darüber hinaus Infektions- und Erkältungskrankheiten, Erschöpfung und Müdigkeit sowie Kopfschmerzen. Aus diesen Ergebnissen wird ein Bedarf an Gesundheitsförderung und Prävention, auch für Erzieherinnen, abgeleitet.

Im Rahmen der Befragungen erläuterten Kitas die Ziele und relative Frequenz ihrer Aktivitäten zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung betreffend der drei Zielgruppen Kinder, Mitarbeiterinnen und Eltern. Die im Folgenden aufgelisteten Aktivitäten machen deutlich, dass einige wichtige Gesundheitsthemen bereits ganz selbstverständlich in den Arbeitsalltag der Kitas integriert sind.

### Laufende Aktivitäten im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich der befragten Kindertageseinrichtungen:

Kinderbezogene Aktivitäten:		Mitarbeiterinnenbezogene Aktivitäten:	
■ Bewegungsförderung:	97,0 %	■ Gesundheitsförderliches Mobiliar:	33,6 %
■ Außengelände:	96,7 %	■ Ruhe- und Entspannungsräume:	25,5 %
■ Zugang zu zuckerfreien Getränken:	95,0 %	■ Supervision:	27,0 %
■ Zahngesundheitsförderung:	91,0 %	■ Stressprävention:	7,8 %
■ Ernährungserziehung:	75,3 %	■ Gesundheitszirkel:	9,0 %
■ Sprachförderung:	70,9 %		
■ Ruhe- und Entspannungsräume:	64,1 %	<b>Elternbezogene Aktivitäten:*</b>	
■ Stressverminderung:	44,2 %		
■ Niederschwellige Therapien:	40,4 %	■ Gesundheitsbezogene Informationen:	59,6 %
■ Gewaltprävention:	40,3 %	■ Aktive gesundheitsbezogene Zusammenarbeit mit den Eltern:	30,0 %
■ Gesundheitsförderliches Mobiliar:	39,7 %		
■ Schwimmen:	33,0 %		

\* Die Zusammenarbeit mit den Eltern beschränkt sich meist auf Elternabende sowie Tür- und Angelgespräche.

Tabelle 4: Laufende Aktivitäten in Präventions- und Gesundheitsförderung (Kliche u. a. 2008)

Die Fragebogenauswertung macht deutlich, in welchem Ausmaß gesundheitsförderliche und präventive Aktivitäten in Kitas bereits verankert sind, aber auch, wo Verbesserungs- und Erweiterungspotenzial besteht. Es zeigt sich, dass Anknüpfungspunkte für Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in den Kindertageseinrichtungen vorhanden sind. Sowohl die Kitas als auch die Träger bemühen sich darum, die präventive Versorgung am Bedarf zu orientieren. Es zeigt sich beispielsweise, dass Kitas mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil gesundheitlich belasteter Kinder hinsichtlich gesundheitsförderlicher und präventiver Aktivitäten aktiver sind. Doch wird damit der Bedarf, insbesondere hinsichtlich sozial benachteiligter Zielgruppen, noch nicht ausreichend gedeckt. Die Bestandsaufnahme zeigt, dass Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme häufig nur die Zielgruppe der Kinder fokussieren und Mitarbeiterinnen nur unzureichend einbinden. Auch richten sich bislang wenige Vorhaben an die Eltern oder binden das Wohnquartier ein. Nur selten wird mit dem Settingansatz gearbeitet, der die ganze Einrichtung samt dem direkten Umfeld nachhaltig auf Gesundheit ausrichten will<sup>10</sup>. Die Interventionen finden darüber hinaus vorwiegend in Form von unverbunden nebeneinander stehenden Einzelprojekten statt und nicht in Form von Programmen, die Aktivitäten miteinander verknüpfen und sich langfristig in den Kita-Alltag integrieren lassen. Die Einzelprojekte sind in ihrer Qualität sehr unterschiedlich. Stärken lassen sich im Bereich der Konzepterstellung und der Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal feststellen. Verbesserungen sind vor allem hinsichtlich Planung, Umsetzung und Evaluation von präventiven und gesundheitsförderlichen Projekten anzustreben. Die Qualitätsanalyse zeigt auf, dass es sowohl Einrichtungen gibt, in welchen gängige Standards im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung nicht eingehalten wurden, als auch Einrichtungen mit einem vorbildlichen Qualitätsmanagement, das Standards im Gesundheitsbereich mit einbezieht. Unter den Qualitätssicherungsverfahren dominieren in Kindertageseinrichtungen unspezifische Ansätze (wie EFQM<sup>11</sup> und DIN ISO<sup>12</sup>). Diese sind jedoch kaum gesundheitsbezogen, das bedeutet, dass Gesundheitsförderung als Qualitätsmerkmal darin nicht verankert ist.

Der Forschungsstand zur Wirksamkeit von Programmen, Projekten und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention wird von den Autoren zusammengefasst. Dabei wird deutlich, dass es hinsichtlich der Strategien, Prinzipien und Kriterien wirkungsvoller Prävention und Gesundheitsförderung keinen Konsens gibt und erheblicher Forschungsbedarf besteht. Aus den vorliegenden Studien geht hervor, dass die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen ein zentraler Einflussfaktor für Gesundheitsförderung und Prävention sind. Die Daten der Bestands- und Bedarfserhebung bestätigen dies: Je mehr eine Kita für die Gesundheit Ihrer Mitarbeiterinnen unternahm, desto höher war die Arbeitszufriedenheit und desto geringer die erlebten Belastungen. Wichtige Rahmenfaktoren, die die Gesundheit der Kinder und Mitarbeiterinnen beeinflussen sind u. a. die strukturelle Ausstattung, Räumlichkeiten, Gruppengröße, Lärmpegel, die materielle Ausstattung (z. B. mit rückschonenden Hilfsmitteln wie spezielle Stühle für Erzieherinnen), personale Ausstattung, Betreuungsschlüssel, Zeit (z. B. auch für Elterngespräche), Gestaltungsfreiräume, Rückzugsmöglichkeiten, Pausengestaltung, Fortbildungsmöglichkeiten, klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, die Vernetzungsbereitschaft und ein gesundheits- und beschäftigtenorientiertes Qualitätskonzept des Trägers. Viele dieser Rahmenbedingungen hängen eng miteinander zusammen wie Zeit und Betreuungsschlüssel oder Räumlichkeiten und Lärmpegel. Die Bereitstellung von Ressourcen wie Zeit, Raum, Personal und finanziellen Mitteln hängt maßgeblich von der Unterstützung durch den Träger, den Kostenträger und nicht zuletzt durch den Gesetzgeber ab.

<sup>10</sup> Die zentralen Merkmale, die beim Settingansatz ineinandergreifen, sind die Vermittlung individueller Lebenskompetenzen (persönliches Empowerment), die aktive Einbindung aller Beteiligten (Partizipation, soziale Interaktion) und die Schaffung gesundheitsförderlicher Strukturen im Setting (verbesserte Lebensumwelten, „gesunde Organisationen“).

<sup>11</sup> European Foundation for Quality Management

<sup>12</sup> Deutsches Institut für Normung e. V., International Organisation for Standardization

## Zusammenfassung von Ergebnissen der Bestands- und Bedarfserhebung

- Erhebliche gesundheitliche Belastungen der Kinder
- Deutlich mehr Gesundheitsprobleme der Kinder in belasteten Wohnquartieren
- Präventive Versorgung folgt den Bedarfslagen im Umfeld der Kitas nicht ausreichend
- Hohe Anforderungen und spürbare Belastungen für Mitarbeiterinnen
- Gesundheitsförderung für Kinder breit im Arbeitsalltag der Kitas verankert
- Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung wenig auf Mitarbeiterinnen und Familien ausgerichtet
- Viele heterogene präventive Einzelprojekte
- Wenig Aufmerksamkeit für umfeldbezogene Ansätze und den Settingansatz
- Gestaltungsschwächen vieler Einzelprojekte (hinsichtlich der Strukturen, Prozesse, Ergebnisse)
- Gesundheitsförderung als Qualitätsmerkmal nicht in gängigen Qualitätssicherungsverfahren berücksichtigt
- Rahmenbedingungen beeinflussen Prävention und Gesundheitsförderung

Tabelle 5: Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung (Kliche u. a. 2008)

## Entwicklungspotenziale und Unterstützungsbedarf

Kitas sollen sich zu Dreh- und Angelpunkten für Frühförderung, Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln, um durch frühe Förderung nachhaltig Bildung und Gesundheit zu verbessern und insbesondere einer schon in der Kindheit wirksamen gesundheitlichen Ungleichheit entgegenzuwirken. Die Einbindung von Familien in sozial-lagenbezogene Präventions- und Förderprogramme muss dafür verstärkt werden. Der Ausbau des Settingansatzes ist erforderlich, vor allem in sozial belasteten Quartieren. Doch damit Kindertageseinrichtungen ihre wichtige Funktion wahrnehmen und ihre Rolle erweitern können, brauchen sie Unterstützung von Seiten der Träger/ Kostenträger und des Gesetzgebers.

Wichtige Handlungsansätze, um die Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung in und durch Kitas zu unterstützen, sind folgende (vgl. Kliche u. a. 2009, 257–259; Kliche u. a. 2008, Tabelle 6):

## Entwicklungspotenziale und Unterstützungsbedarf

### 1. Bekanntmachung hochwertiger Beispiel- und Vorbildprojekte:

Beispiele guter Praxis sollten durch die Bereitstellung und Verbreitung geeigneter Fachinformationen und Materialien zur Unterstützung der Umsetzung anderen Kitas bekannt gemacht werden.

### 2. Ausrichtung der Mittel am Bedarf:

Kitas in Wohngebieten mit besonderem Entwicklungsbedarf sollten anhand gezielter Fördermöglichkeiten und durch Angebote wirkungsvoller Programme unterstützt werden.

### 3. Betriebliche Gesundheitsförderung:

Mitarbeiterinnen sind eine grundlegend wichtige Zielgruppe für Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas. Aktivitäten mit Fokus auf die Mitarbeiterinnen im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung müssen mehr Berücksichtigung finden und die Unterstützung seitens der Träger und Kostenträger erfahren.

**4. Programme zum Einbezug der Familien:**

Kitas erreichen breit alle Familien und sind vor allem in sozial schwachen Quartieren häufig erste Anlaufstelle in Gesundheits- und Entwicklungsfragen. Um die Gesundheit der Kinder langfristig zu verbessern sollten Maßnahmen zur Förderung einer aktiven niederschweligen Zusammenarbeit mit den Eltern und Einbindung der Familien im Kita-Alltag verankert werden. Voraussetzung dafür sind: gezielte Fortbildungen für die damit verbundenen Aufgaben, Integration familiengerichteter Interventionen in Arbeitsplatzbeschreibungen und entsprechende Honorierung mit Arbeitszeiten, Unterstützung durch geeignete Programme, Erstellung lokaler Listen mit Ansprechpartnerinnen, Unterstützung und Motivation der Leitungen und Mitarbeiterinnen bei der Übernahme von neuen Aufgaben und Rollen in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung durch die Träger/Kostenträger.

**5. Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention:**

Gängige Qualitätssicherungsverfahren sollten um Gesundheitsförderung und Prävention als Qualitätsmerkmal ergänzt werden. Geeignete Instrumente zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung gesundheitsförderlicher und präventiver Projekte und Aktivitäten sollten implementiert werden (z. B. QIP oder das „Audit gesunde Kita“).

**6. Qualifizierung und Fachberatung:**

Fort- und Weiterbildungen für Kita-Fachkräfte und Fachberatungen sollten (weiter-)entwickelt werden, z. B. zu folgenden Themen: Auffinden, Auswahl und Umsetzung guter Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung, Vernetzung und Einbindung des Settings, Einsatz von Beobachtungsinstrumenten, Instrumente Betrieblicher Gesundheitsförderung (z. B. Zukunftswerkstatt, Gesundheitszirkel, Bestandsaufnahmen).

**7. Einsatz von Instrumenten zur Bestimmung des (vorrangigen) Interventionsbedarfs:**

Zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs für einzelne Kinder sind individuelle Beobachtungs- und Diagnoseverfahren erforderlich. Gleichzeitig müssen Kennziffern zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs von Kitas oder Wohngebieten eingesetzt werden. Zur frühzeitigen Ermittlung des Förderbedarfs und zur Beobachtung der gesundheitlichen Entwicklung sind aussagefähige, ökonomische und zuverlässige Instrumente notwendig, welche verbreitet bzw. entwickelt werden müssen.

**8. Aufbau von Versorgungsketten:**

Die Vernetzung mit lokalen Expertinnen, Kooperationen mit anderen Einrichtungen (z. B. Arztpraxen, Kliniken, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendhilfebehörden) sowie die Zusammenarbeit mit anderen Angeboten (z. B. Sportvereine, Überschuldungsberatung, Selbsthilfegruppen, Programme der Familienbildung) sollten angestrebt werden, um die Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention zu verbessern und die Kita als zentrales Handlungsfeld zu stärken.

**9. Strukturbildung durch Staat und Träger:**

Alle diese Maßnahmen und Aufgaben sind personalintensiv. Die Bereitstellung entsprechender Ressourcen und die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen für die Funktionen, die die Kita im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention einnimmt, müssen gewährleistet werden. Dazu ist eine zielgerichtete Unterstützung aller Innovationen zur Prävention und Gesundheitsförderung durch die Träger der Kitas und der gesundheitlichen Versorgung sowie durch die Bildungs- und Gesundheitspolitik notwendig.

Tabelle 6: Entwicklungspotenziale und Unterstützungsbedarf von Kitas (Kliche u. a. 2008; Kliche u. a. 2009)

Organisatorisch-rechtliche Hürden in diesen Bereichen gilt es zu überwinden. Neue, ineinander greifende Arbeitsformen, Fortbildungen, Motivation durch Fachinformationen und Anreize, Modellprogramme und Programme sowie Rahmenregelungen und Versorgungssteuerung sind für die Kindertageseinrichtungen notwendig, um Innovationen im Präventions- und Gesundheitsförderungsbereich zu fördern. Die von den Autoren vorgeschlagenen Maßnahmen für eine Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen werden im Folgenden (Tabelle 7) zusammengefasst:

## Maßnahmen für eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen:

### Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen:

- Setting-Ansätze fördern und unterstützen (personellen Mehrbedarf für Gremien- und Kooperationsaktivitäten decken, Fördermöglichkeiten z. B. durch Krankenkassen ausschöpfen)
- Gesundheitsförderung in der Organisationskultur von Trägern verankern (z. B. Kooperation mit Kranken- und Unfallversicherungskassen, arbeitsmedizinische Betreuung, Ermittlung von Mitarbeiterzufriedenheit und berufsbedingten Erkrankungen)
- Verstärkung der gesundheitsförderlichen Strukturmerkmale (Möbiliar, Rückzugsmöglichkeiten, Bewegungs- und Ernährungsangebote, Gesundheitszirkel, Eltern- und Gemeinwesenkooperation)
- Gezielte Unterstützung von Kindertageseinrichtungen in schwierigen sozialen Umfeldern (z. B. durch zusätzliche Hilfsmittel, Fortbildungen, spezielle Programme für die Arbeit mit sozial belasteten Familien)
- Ausbau von spezifischen Versorgungsanalysen und Ergebnisevaluationen
- Genereller Ausbau der strukturellen Bedarfe sowie der gesundheitsförderlichen und präventiven Arbeits- und Kommunikationsprozesse in den Kindertageseinrichtungen

### Intensivierung der Kooperation mit den Eltern und Familien:

- Fortbildungen und Fachberatung für Mitarbeiterinnen im Bereich der Kooperation mit Eltern
- Arbeitsplatzbeschreibungen und zeitliche Ressourcen für die Zusammenarbeit mit Eltern
- Ausbau der zielgruppenspezifischen Angebote im Elternbildungsbereich
- Fachliche Vernetzung der Kindertageseinrichtungen (Gesundheitsamt, Beratungsstellen, Therapeuten, Selbsthilfegruppen, Vereine)
- Zugang zu spezifischem Wissen, Arbeitsmaterialien und Umsetzungshilfen (Datenbanken, Handreichungen, Projekt- und Programmplanung)

Tabelle 7: Maßnahmen für eine verbesserte Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas (Kliche u. a. 2008)

### Anknüpfungspunkte:

In Kitas finden bereits viele Aktivitäten statt, die sich dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung zuordnen lassen. Die am häufigsten genannten Projekte beziehen sich auf Ernährung (35 %) und Bewegung (17 %). Der Kita-Alltag weist viele Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung und Prävention auf. Kitas haben das Potenzial, zu Dreh- und Angelpunkten einer sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu werden. Indem auch schwer erreichbare Zielgruppen in Kindertageseinrichtungen angesprochen werden, können sie einen wichtigen Beitrag zu gesundheitlicher Chancengleichheit leisten. Doch verdeutlichen die Ergebnisse der Bestands- und Bedarfserhebung auch den brisanten Handlungsbedarf im Setting Kita. Um gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken, muss insbesondere der Sozillagenbezug intensiviert werden. Eine Schlüsselrolle spielt dabei die Strategie des Settingansatzes, mit der sich einige Forderungen der Autoren verbinden lassen: Der Zusammenarbeit mit den Eltern, der Gesundheit der Mitarbeiterinnen, der Betrieblichen Gesundheitsförderung, besonders der Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen und Vernetzungsaktivitäten sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Kitas weisen zwar gute Voraussetzungen für eine breite Frühförderung und frühe Prävention und Gesundheitsförderung auf. Doch muss die Kita, um in diese neue Rolle hineinzuwachsen und die großen Erwartungen erfüllen zu können, die an sie gestellt werden, sowohl vom Gesetzgeber als auch von den Trägern unterstützt werden.

## Literatur:

- Kliche, Thomas; Töppich, Jürgen; Koch-Gromus, Uwe (2009). „Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung“. In: Bitzer, Eva M.; Walter, Ulla; Lingner, Heidrun; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.). Kindergesundheit stärken: Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2009: 252–260.
- Kliche, Thomas u. a. (2008): Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim.
- Kliche, Thomas; Töppich, Jürgen; Lehmann, Harald; Koch, Uwe (2007). QIP: Erfahrungen mit einem getesteten Qualitätsentwicklungsverfahren für Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundheit Berlin (Hrsg.): Dokumentation 12. bundesweiter Kongress Armut und Gesundheit, Berlin 2007. URL: [http://www.gesundheitberlin.de/download/Kliche\\_T%F6ppich\\_Lehmann\\_Koch.pdf](http://www.gesundheitberlin.de/download/Kliche_T%F6ppich_Lehmann_Koch.pdf) [Stand: 30.05.2010]
- Kliche, T.; Krüger, C.; Goldapp, C.; Mann, R.; Töppich, J.; Koch, U. (2006): Adipositas-Prävention für Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik – eine qualitätsorientierte Bestandsaufnahme. In: Kirch, W.; Badura, B. (Hrsg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Heidelberg: 409–428.
- Kliche, Thomas u. a. (2004): Zweistufige Erfassung und Analyse von Angeboten für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas in der Bundesrepublik 2004. Abschlussbericht zur Stufe A: Bestandsaufnahme der Versorgungslage und Typen von Angeboten. Hamburg, Köln: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

## 3.3 Welche Grundlagen und Initiativen gibt es zum Gesundheitsziel ‚Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung‘?

### Gesundheitsziele in Deutschland

Der konsensuale Gesundheitszielprozess des Bundes, der Länder und Kommunen ermöglicht eine gemeinsame inhaltliche Schwerpunktsetzung aller verantwortlichen Akteure aus Politik und Wissenschaft, den Gesundheitsberufen, Krankenkassen und Versicherungen sowie von Bürgerinnen- und Patientinnenvertretungen. Auf diese Weise ist es möglich, ein verstärktes Zusammenwirken der unterschiedlichen Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche zu erreichen und für gleiche Probleme gemeinsame Problemlösungen zu finden (vgl. BMGS 2003; BMG 2007)<sup>13</sup>.

Das Projekt „gesundheitsziele.de“ startete im Jahr 2000 mit der Entwicklung von sechs nationalen Gesundheitszielen in Zusammenarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. (GVG). Mit dem Erscheinen des jüngsten Berichts „Nationales Gesundheitsziel – Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ (BMG 2010) ist die Überarbeitung des Ziels „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung“ abgeschlossen. Damit wurde eine Grundlage für das praktische Handeln der verschiedenen Akteure in diesem Bereich geschaffen.

### Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“

„Gesund aufwachsen“ ist ein Gesundheitsziel, das Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt stellt. Seit der ersten Veröffentlichung des Gesundheitsziels (2003) entstanden zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vielfältige Interventionen und Praxisprojekte, auch liegen Ergebnisse verschiedener Evaluationen und Untersuchungen vor. Darüber hinaus lieferten die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys

<sup>13</sup> Im internationalen Bereich wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1977 die weltweite gesundheitspolitische Strategie und Zielsetzung „Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000“ aufgestellt, die zur Festlegung von 38 Gesundheitszielen für die Europäische Region der WHO führte. 1998 wurde das globale Rahmenkonzept aktualisiert. Für die Europäische Region wurde dieses Rahmenkonzept angepasst zum Konzept „Gesundheit 21“, welches 21 Gesundheitsziele für das 21. Jahrhundert beinhaltet. Besonders das Ziel 3 „Ein gesunder Lebensanfang“, aber auch Ziel 2 „Gesundheitliche Chancengleichheit“ sowie Ziel 13 „Settings zur Förderung der Gesundheit“ sind für das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ grundlegend.

(KiGGS) des Robert Koch-Instituts (2007) erstmals bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Als Konsequenz dieser neuen Erkenntnisse und Entwicklungen wurde das Gesundheitsziel überarbeitet. Der Fokus von „Gesund aufwachsen“ richtet sich auf die Themen „Lebenskompetenz“<sup>14</sup>, „Bewegung“ und „Ernährung“. Bewegungsmangel, Fehlernährung, Übergewicht und psychische Probleme betreffen schon Kinder und Jugendliche und wirken sich bereits in diesem Alter – aber auch langfristig – auf die Gesundheit aus. So sind sie u. a. die Basis für die sogenannten „Zivilisationskrankheiten“. Alle drei Felder, Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung hängen eng miteinander zusammen und bedingen sich gegenseitig, so dass eine getrennte Betrachtungsweise nicht angemessen ist. Im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung sollten die Bereiche sinnvoll miteinander verknüpft werden, um eine wechselseitige positive Beeinflussung zu ermöglichen. Ein „integrierter Ansatz“ wird angestrebt, das heißt, die Maßnahmen sollen sich auf alle drei Handlungsfelder – Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung – beziehen.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen basieren auf verinnerlichten Wahrnehmungs-, Denk-, und Handlungsschemata und werden durch die soziale Umwelt entwickelt. Um gesunde Lebensweisen im Alltag zu unterstützen und Menschen ganzheitlich zu erreichen, stellt sich der Settingansatz als geeignet dar. Menschen sind am besten dort zu erreichen, wo sie leben, spielen, lernen, arbeiten und lieben (Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung 1986). Um systematisch konkrete Ziele zu formulieren, wurden die Settings Kita, Schule, Familie und Umfeld gewählt. Dabei sollen sowohl gesundheitliche Risiken von Kindern und Jugendlichen, als auch die Förderung gesundheitlicher Ressourcen im Auge behalten werden. In den Settings Kita und Schule stellt die Gesundheitsförderung einen Aspekt des Bildungs- und Erziehungsauftrages dar, da ein enger Zusammenhang zwischen erfolgreichem Lernen und Gesundheit besteht.

Zu jedem Setting wurden Oberziele, exemplarische Teilziele und beispielhafte geeignete Maßnahmen sowie die Zielgruppen/Multiplikatorinnen, Kooperationspartner und Zuständigkeiten erarbeitet. Die Struktur der Zielkonzeption beinhaltet vier aufeinander aufbauende Bausteine, die auf der wissenschaftlichen Analyse der Datenlage bzw. der Bestandsaufnahme von Interventionen beruhen und stets ausgesuchte Querschnittsanforderungen, wie den Aspekt der gesundheitlichen Chancengleichheit, berücksichtigen.

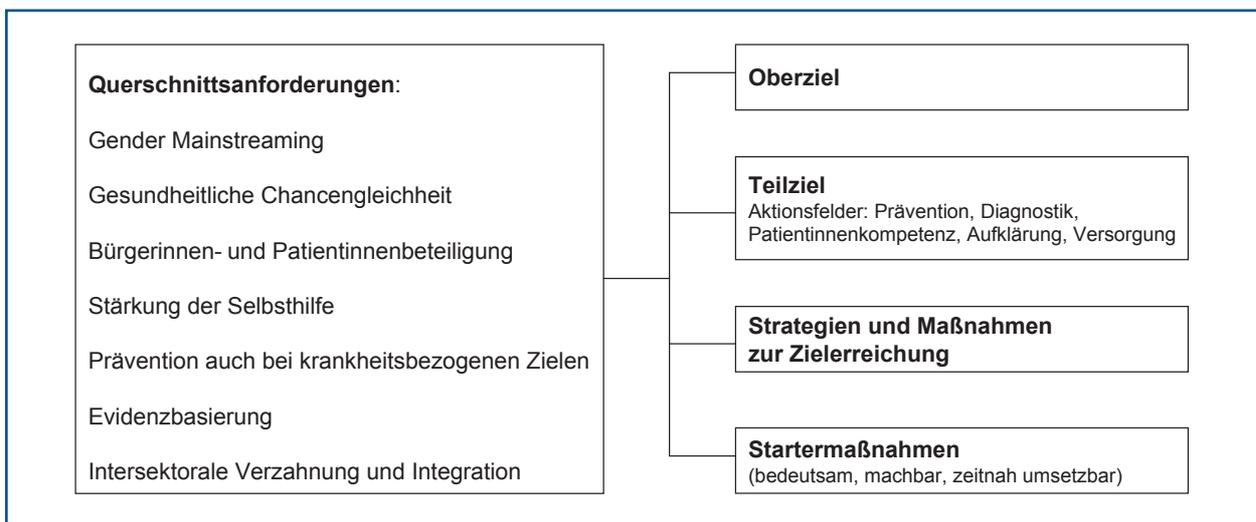


Abbildung 5: Zielkonzept „gesundheitsziele.de“ (Eigendarstellung nach BMG 2010, 25)

<sup>14</sup> Das Thema „Lebenskompetenz“ ersetzt die „Stressbewältigung“ in den früheren Zielen. Mit Lebenskompetenz sind grundlegende Kompetenzen und Fertigkeiten gemeint, die es Menschen ermöglichen, alltägliche Anforderungen erfolgreich zu bewältigen und ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Zur Lebenskompetenz gehört neben Problemlösungsfähigkeiten und vielem anderem auch die Stressbewältigung (vgl. BMG 2010, 40).

Wegen der grundlegenden Bedeutung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ für das Projekt „Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg“ und für die Gesundheitsförderung in Kitas werden die Gesundheitsziele für die Settings Familie und Kita in den folgenden Tabellen (8–12) zusammengestellt. Sie benennen sehr umfassend auch Zielgruppen/Multiplikatorinnen, Kooperationspartner und Zuständigkeiten, die deutlich machen, welche Akteurinnen mit welchen Zuständigkeiten kooperieren sollten und wie die Gesundheitsförderung in Kitas ergänzt werden soll (Eigendarstellung nach BMG 2010, 28–36).

Setting „Familie/Umfeld“	Setting „Kita“
<p><b>Ziel:</b> Die Lebenskompetenz von Kindern (und Jugendlichen) ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert</p>	
<p><b>Exemplarische Teilziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Kompetenz der Familien zur Entwicklung von Lebenskompetenzen ist gestärkt.</li> <li>■ Familien in Belastungssituationen sind durch niederschwellige ggf. kultursensible Angebote gezielt und ressourcenorientiert unterstützt.</li> <li>■ Die Förderung der Entwicklung von Mädchen und Jungen erfolgt geschlechtersensibel.</li> <li>■ Die Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit gesundheitlichen und behinderungsbedingten Einschränkungen ist verwirklicht.</li> <li>■ Kinder, Jugendliche und ihre Eltern haben einen kompetenten Umgang mit Medien.</li> <li>■ Soziale Netzwerke im Wohnumfeld sind gestärkt und bürgerschaftliches Engagement ist gefördert.</li> </ul>	<p><b>Exemplarische Teilziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Kompetenzen der Kindertagesstätten zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder sind gestärkt.</li> <li>■ Die Förderung der Kinder erfolgt individuell und bedarfsgerecht.</li> <li>■ Mädchen und Jungen sind in ihrer Entwicklung geschlechter- und kultursensibel gefördert.</li> <li>■ Die Kitas arbeiten mit den Eltern eng zusammen, um gemeinsam Belastungen der Kinder zu reduzieren.</li> <li>■ Die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung von Kindern ist Bestandteil des Bildungsauftrages von Kitas.</li> <li>■ Die Kita ist Lernfeld für einen kompetenten Umgang mit Medien (PC, Fernsehen).</li> </ul>
<p><b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nachbarschaftsnetzwerke werden innerhalb des Bund-Länder-Programms „Soziale Stadt“ gefördert.</li> <li>■ Sensibilisierung der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren.</li> <li>■ Niederschwellige Angebote rund um die Schwangerschaft und Geburt werden zu einem Standardangebot für Familien in Belastungssituationen.</li> <li>■ Eltern erhalten Angebote, positive Erziehungskompetenzen aufzubauen (Elternkompetenztrainings o. ä.).</li> <li>■ Kinder und Jugendliche von psychisch kranken oder suchtkranken, körperlich chronisch kranken oder behinderten Eltern erhalten eine frühzeitige und wohnortnahe Unterstützung.</li> <li>■ Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten werden zeitnah leitliniengerecht versorgt (qualitätsgesicherte Diagnostik und ggf. Behandlung).</li> </ul>	<p><b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Themen Lebenskompetenz und Konfliktlösungsstrategien werden in den Lehrplänen und in der Erzieherinnenaus-, -fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen und weitere Träger von Kitas).</li> <li>■ Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen zur Kooperation mit den Eltern bei der Förderung von Lebenskompetenzen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsorientiert weiterentwickelt.</li> <li>■ Der Personal- und Betreuungsschlüssel in der Kleinkindbetreuung wird an den Erfordernissen einer individuellen und bedarfsgerechten Betreuung und Förderung ausgerichtet.</li> <li>■ Kitas engagieren sich im Sinne von Verhältnisprävention in gesundheitsförderlicher Netzwerkbildung und Stadtteilentwicklung.</li> <li>■ Integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder in der Kita liegen vor.</li> <li>■ Kitas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieherinnengesundheit zu verbessern.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erste Ansätze zur Anpassung des Lebenskompetenzprogramms an die Kita werden ausgeweitet und flächendeckend umgesetzt.</li> <li>■ Kitas nutzen systematisch die Kompetenzen und Angebote anderer relevanter Partner vor Ort.</li> </ul>
<b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern</li> <li>■ Kinder</li> <li>■ Jugendliche</li> <li>■ Kinder- und Jugendhilfe</li> </ul>	<b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Erzieherinnen</li> <li>■ Eltern</li> </ul>
<b>Kooperationspartner:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Schule</li> <li>■ Stiftungen etc.</li> <li>■ Familienbildungsstätten</li> </ul>	<b>Kooperationspartner:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Ausbildungsinstitutionen von Erzieherinnen</li> </ul>
<b>Zuständigkeiten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ BMG</li> <li>■ Gesundheits- und Sozialministerien der Länder</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ GKV, PKV</li> <li>■ Bundes- und Landespsychotherapeutenkammer(n)</li> <li>■ BZgA</li> <li>■ Bundes- und Landesärztekammer(n)</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Träger von Erziehungs-, Familien- und Schwangerschaftsberatungsstellen, Mehrgenerationenhäusern</li> </ul>	<b>Zuständigkeiten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Wohlfahrtsverbände</li> <li>■ Kita-Träger</li> </ul>

Tabelle 8: Lebenskompetenz in den Settings „Familie/Umfeld“ und „Kita“ (BMG 2010)

Setting „Familie/Umfeld“	Setting „Kita“
<b>Ziel:</b> Bewegung von Kindern (und Jugendlichen) ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert	
<b>Exemplarische Teilziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Elternkompetenzen zur Förderung der Bewegung von Kindern sind gestärkt.</li> <li>■ Das Wohnumfeld von Familien regt zur Bewegung an.</li> <li>■ Bewegungsräume für Kinder sind auch in städtischen Bereichen ausreichend vorhanden.</li> <li>■ Körperliche Aktivität ist fester Bestandteil des Familienalltags.</li> </ul>	<b>Exemplarische Teilziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewegung ist in den Strukturen und Routinen der Kita verankert.</li> <li>■ Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt.</li> <li>■ Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.</li> <li>■ Psychomotorisch orientierte Bewegungsförderungsansätze umfassen durch ihre Erlebnis- und Handlungsorientierung auch wesentliche Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.</li> <li>■ Die Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern ist reduziert.</li> <li>■ Motorische Defizite von Kindern bei Schuleintritt sind reduziert.</li> </ul>

<p><b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.</li> <li>■ Kommunen und Sportvereine bieten zielgruppengerechte Spiel- und Bewegungsangebote insb. für sozial benachteiligte Familien an.</li> <li>■ Gezielte Maßnahmen der Jugendhilfe im Rahmen der Programme „Soziale Stadt“ in Kooperation mit anderen Akteurinnen vor Ort.</li> <li>■ Kinder- und Jugendbeteiligung bei der Stadtteilplanung.</li> <li>■ Durchführung geschlechter- und kultursensibler Maßnahmen zur Unfallprävention.</li> <li>■ Informationen für Eltern zur Bewegungsförderung und Unfallprävention sind altersgruppenspezifisch aufbereitet und berücksichtigen sowohl kultur- als auch geschlechtsspezifische Aspekte.</li> <li>■ Ausbau eines sicheren Radwegenetzes.</li> <li>■ Einbindung von Kindern und Jugendlichen in Vereine und ehrenamtliche Aktivitäten.</li> </ul>	<p><b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewegungsförderung ist in den Lehrplänen und in der Erzieherinnenaus-, fort- und -weiterbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt.</li> <li>■ Bewegungsbaustellen erlauben es Kindern aus vorgefertigten aber verwendungsoffenen Materialien eigene Bewegungs- und Spiellandschaften zu gestalten.</li> <li>■ Im unmittelbaren Umfeld der Kita stehen ausreichend Freiflächen zur Nutzung zur Verfügung.</li> <li>■ Die Raumausstattung von Kitas wird bewegungsfreundlich verbessert.</li> <li>■ Kitas engagieren sich im Sinne von Verhältnisprävention in bewegungsförderlichen Netzwerken und kooperieren z. B. mit Sportvereinen.</li> <li>■ Die Erzieherinnenaus-, fort- und -weiterbildung zur ressourcenorientierten Kooperation mit den Eltern bei der Bewegung wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsorientiert weiterentwickelt.</li> <li>■ Bewegungsförderung ist Teil der Alltagsgestaltung in Kitas.</li> </ul>
<p><b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Jugendliche</li> <li>■ Eltern</li> </ul>	<p><b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Erzieherinnen</li> <li>■ Eltern</li> </ul>
<p><b>Kooperationspartner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Schulen</li> <li>■ Örtliche (Sport-)Vereine</li> <li>■ Kinder- und Jugendhilfe</li> <li>■ Kinderärztinnen</li> <li>■ Programm „Soziale Stadt“</li> <li>■ BAG Kindersicherheit</li> </ul>	<p><b>Kooperationspartner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Ausbildungsinstitutionen von Erzieherinnen</li> <li>■ Unfallversicherungsträger</li> <li>■ Sportvereine</li> </ul>
<p><b>Zuständigkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheits- und Sozialministerien</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Wohlfahrtsverbände</li> <li>■ Unfallversicherungsträger (DGUV/GDV)</li> <li>■ Träger von (Schwangerschafts-)Beratungsstellen</li> <li>■ Stadtteilzentren</li> <li>■ Stadtteilmanagement</li> </ul>	<p><b>Zuständigkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Kita-Träger</li> <li>■ Wohlfahrtsverbände</li> </ul>

Tabelle 9: Bewegung in den Settings „Familie/Umfeld“ und „Kita“ (BMG 2010)

Setting „Familie/Umfeld“	Setting „Kita“
<b>Ziel:</b> Familien ernähren sich gesund, Fehlernährung ist reduziert	Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert
<b>Exemplarische Teilziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Elternkompetenz in Ernährungsfragen, z. B. im Hinblick auf Einkauf, Zubereitung und Umgang mit Lebensmitteln sowie Verbraucherschutz, ist gestärkt.</li> <li>■ Die Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen in Ernährungsfragen sind altersgemäß gestärkt.</li> <li>■ Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Familienalltags.</li> <li>■ Die Häufigkeit der gemeinsamen Zubereitung von Mahlzeiten ist erhöht.</li> <li>■ Das ausreichende Trinken von ungesüßten Getränken in Familien ist gewährleistet.</li> </ul>	<b>Exemplarische Teilziele:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der Kita ist gewährleistet und orientiert sich an den „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“.</li> <li>■ Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kindern sind gestärkt. Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.</li> <li>■ Die altersgerechte Kompetenzentwicklung bzgl. Herkunft und täglichem Bedarf von Nahrungsmitteln ist in der pädagogischen Arbeit verankert.</li> <li>■ Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.</li> </ul>
<b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationsmaterialien und Empfehlungen zur Ernährung, die sich an Kinder und Eltern richten, sind altersgruppenspezifisch aufbereitet und berücksichtigen sowohl kultur- als auch geschlechtsspezifische Aspekte.</li> <li>■ Leicht verständliche und eindeutige Lebensmittelkennzeichnung.</li> <li>■ Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet sowie die Platzierung in und um Kindersendungen.</li> <li>■ Förderung des Stillens.</li> </ul>	<b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen zu Ernährungsfragen wird verbessert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt. Die Berufsgruppe wird sensibilisiert für die Wahrnehmung von kindlichen Essstörungen.</li> <li>■ Der Austausch zwischen Kita-Personal, Eltern und Caterern (und Kindern) in Hinblick auf einen ausgewogenen Speiseplan wird gefördert.</li> <li>■ Die Kita nutzt ihre Möglichkeiten der spielerischen Ernährungserziehung und vermittelt praktisches Wissen.</li> <li>■ Kitas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.</li> </ul>
<b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Jugendliche</li> <li>■ Eltern</li> <li>■ Lebensmittelindustrie</li> </ul>	<b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Erzieherinnen</li> <li>■ Eltern</li> </ul>
<b>Kooperationspartner:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Schule</li> <li>■ Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE)</li> <li>■ Familienberatungsstellen/ Familienzentren</li> <li>■ Stadtteil-/Bürgerzentren</li> <li>■ Hebammen</li> </ul>	<b>Kooperationspartner:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Ausbildungsinstitutionen von Erzieherinnen</li> <li>■ Elternräte</li> </ul>
<b>Zuständigkeiten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ BMELV</li> <li>■ Bundesministerium für Wirtschaft</li> <li>■ Gesundheits- und Sozialministerien der Länder</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ GKV, PKV</li> <li>■ BZgA</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Verbraucherschutzorganisationen</li> </ul>	<b>Zuständigkeiten:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ Kommunen</li> <li>■ Kita-Träger</li> <li>■ Wohlfahrtsverbände</li> </ul>

Tabelle 10: Ernährung in den Settings „Familie/Umfeld“ und „Kita“ (BMG 2010)

Setting „Familie/Umfeld“	Setting „Kita“
<p><b>Ziel:</b> Die Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in der Kita, in der Schule und in Familie/Umfeld sind optimiert.</p>	
<p><b>Exemplarische Teilziele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Berichterstattung zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist systematisch ausgebaut.</li> <li>■ Alle Kinder erhalten in Kitas und Schulen die Möglichkeit, sich gemäß ihrer Fähigkeiten zu entwickeln und werden dabei entsprechend gefördert.</li> <li>■ Der Anteil der Jugendlichen, die keinen Schulabschluss erlangen, ist deutlich reduziert.</li> <li>■ Gesundheitsmanagement ist in Kitas und Schulen aller Schulformen umfassend implementiert.</li> <li>■ Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitswesens, der Eingliederungshilfe und der Rehabilitation sind auf allen Ebenen vernetzt.</li> <li>■ Die Quote der Kinder aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund, die Kindertageseinrichtungen besuchen, ist deutlich erhöht.</li> <li>■ Die Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen sind erleichtert und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kitas und Schulen ist gewährleistet.</li> <li>■ Die Auswahl, der Einsatz und die Bewertung von Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt für alle Gesundheitszielbereiche nach geeigneten und transparenten Qualitätsindikatoren.</li> <li>■ Die Angebote zur Versorgung von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten sind ausgebaut und ein flächendeckendes Versorgungsangebot ist vorhanden.</li> <li>■ Die Durchimpfungsrate bei den empfohlenen Schutzimpfungen ist erhöht.</li> </ul>	
<p><b>Beispielhaft geeignete Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene gibt es eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung, die als Planungsbasis für Maßnahmen dienen kann.</li> <li>■ Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente sind in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt.</li> <li>■ Es gibt familienaufsuchende Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder, um die Eltern zur Kooperation zu motivieren und zu befähigen.</li> <li>■ Der Personal- und Betreuungsschlüssel in der Kleinkindbetreuung wird an den Erfordernissen einer individuellen und bedarfsgerechten Betreuung und Förderung ausgerichtet.</li> <li>■ Im Rahmen der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachberufe im Gesundheitswesen (Ärzterschaft, Hebammen, Arzthelferinnen etc.) wird auf die Bedeutung des Impfens explizit hingewiesen. (Umsetzung in den Aus-, Weiterbildungscurricula – Länder/Schulen, med. Fakultäten, Landesärztekammern).</li> <li>■ Erstellung und Verbreitung zielgruppengerechter, kultursensibler, niederschwelliger, qualitätsgesicherter Impfinformationen.</li> <li>■ Sensibilisierung der Ärzteschaft durch Rückmeldung von kleinräumigen Impfquoten durch Verlinkung der entsprechenden Internetseiten von BÄK/KBV und ÖGD.</li> <li>■ Das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V wird um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Störungen erweitert.</li> </ul>	
<p><b>Zielgruppen/Multiplikatorinnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder</li> <li>■ Jugendliche</li> <li>■ Erzieherinnen</li> <li>■ Eltern</li> </ul>	<p><b>Kooperationspartner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kita</li> <li>■ Elternräte</li> <li>■ Kinder- und Jugendhilfe</li> <li>■ Familienbildungsstätten</li> <li>■ Hebammen</li> </ul>
<p><b>Zuständigkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesundheits- und Sozialministerien der Länder</li> <li>■ Familien- und Jugendministerien der Länder</li> <li>■ Kommunen (GBE, ÖGD)</li> <li>■ BMFSFJ</li> <li>■ GKV, PKV</li> <li>■ Bundes- und Landesärztekammer(n)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bundes- und Landespsychotherapeutenkammer(n)</li> <li>■ IQWiG</li> <li>■ BZgA</li> <li>■ G-BA</li> <li>■ KBV/KV</li> <li>■ Kita-Träger</li> </ul>

Tabelle 11: Rahmenbedingungen und Strukturen in den Settings „Kita“, „Schule“ und „Familie/Umfeld“ (BMG 2010)

### Übergreifende Vorschläge als Startermaßnahmen:

- Sensibilisierung der Akteurinnen der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Ziel, Gesundheitsförderung als fachlichen Standard in der Kinder- und Jugendhilfe zu etablieren.
- Das gesetzliche Früherkennungsprogramm nach § 26 SGB V wird um Screeninginstrumente bzw. Diagnoseverfahren zur frühzeitigen Erfassung von psychosozialen Risiken und psychischen Störungen erweitert.
- Beratung zur Bewegungsförderung wird in die Beratung Schwangerer und die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter integriert.
- Gezielte Maßnahmen der Jugendhilfe in belasteten Regionen in Kooperation mit anderen Akteurinnen vor Ort.
- Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet sowie der Platzierung in und um Kindersendungen.
- Das Thema „Lebenskompetenz“ wird in der Erzieherinnenausbildung fächerübergreifend verankert und weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen, weitere Träger von Kitas).
- Kitas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung / des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieherinnengesundheit zu verbessern.
- Die Raumausstattung von Kitas wird bewegungsfreundlich verbessert.
- Kitas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.

Tabelle 12: Startermaßnahmen (BMG 2010)

Im Rahmen der Initiative „Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg. Kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung“ wurden im Modul 2 in Anlehnung an das Gesundheitsziel „Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ Konzeptbausteine zur sozialogenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung in der Kita entwickelt. (> Kapitel 7: Fallbeispiel und Konzeptbausteine Kita Daimlerstraße).

#### Literatur:

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2007). gesundheitsziele.de – Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. In: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) [Stand 11.03.2010].
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (Hrsg.) (2003). gesundheitsziele.de – Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.
- Deutscher Bundestag (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770.

### 3.4 Welche Grundlagen und Anknüpfungsmöglichkeiten bieten die Bildungspläne, insbesondere der Orientierungsplan Baden-Württemberg (2009)?

Zur Verbesserung der Bildungsarbeit in Tageseinrichtungen für Kinder wurden in den Bundesländern Bildungs- oder Orientierungspläne erarbeitet, die eine zentrale Grundlage für Gesundheitsförderung in Kitas darstellen und Anknüpfungsmöglichkeiten für Gesundheitsförderung und Prävention in den Bereichen Ernährung und Bewegung aufweisen.

Im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts wurden die Bildungspläne mit dem Schwerpunkt Elementarbereich (drei bis sechs Jahre) dahingehend untersucht, inwieweit sie die Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention aufgreifen. Diese Thematik ist in einer Tabelle im Anhang des Berichts dargestellt. Alle Pläne beinhalten das Thema Gesundheit, die meisten auch noch die Themen Bewegung, Ernährung, Körperwahrnehmung und weitere gesundheitsrelevante Thematiken wie die Hygiene und die Früherkennung. Nur elf Bildungs-

pläne widmen der sozialen Kompetenz einen eigenen Bereich. Des Weiteren werden Aspekte wie Resilienz, Partizipation, geschlechtersensible Erziehung, Sprache, Beteiligung der Eltern aufgegriffen. Eine Verzahnung all dieser Aspekte mit dem Gesundheitsbereich erfolgt jedoch kaum. Die Qualitätsstandards und Bildungsbereiche in der Kindertagespflege werden im Kinder- und Jugendbericht nicht festgehalten. Ferner liegen bislang keine Erkenntnisse vor, inwieweit die Bildungspläne hinsichtlich der Gesundheitsförderung bzw. gesundheitsbezogenen Prävention in den Einrichtungen zum Tragen kommen (>Kapitel 3.5).

Der baden-württembergische Orientierungsplan (in der Fassung vom 17. Juni 2009) versteht sich als Gesamtkonzept für alle Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg. Er gibt Orientierung für Bildungsprozesse von Geburt an, einschließlich des Übergangs von der Kindertageseinrichtung in die Schule und sieht eine verbindliche Kooperation von Kindertageseinrichtungen und Schulen vor. Das Bildungsverständnis des Orientierungsplans ist multiperspektivisch. Eine kontinuierliche und nachhaltige Bildungsbiographie von Kindern wird verbindlich angestrebt. Deshalb fordert der Orientierungsplan eine enge Zusammenarbeit von Kindertageseinrichtungen mit Elternhäusern und Schulen im Sinne von Erziehungspartnerschaften. Zusammenarbeit mit den Eltern und Kooperationsarbeit mit Schulen werden im Orientierungsplan als wichtige Aufgaben von Kindertageseinrichtungen benannt.

Der Orientierungsplan versteht sich als Leitfaden für die Anregung und Begleitung von Bildungsprozessen für alle Kinder von null bis sechs Jahren sowie im Übergangsbereich zur Schule. Ausdrücklich gilt dies auch für Kinder mit besonderem Förderbedarf, der etwa durch schwierige Lebenslagen, Migrationshintergrund, chronische Krankheit, Behinderung, herausfordernde Verhaltensweisen, sozial-emotionale Probleme oder Hochbegabung entstehen kann. Die Forderung nach Inklusion soll jedem Kind das Recht auf Bildungschancen entsprechend seiner Möglichkeiten und auf soziale Teilhabe sichern. Der Orientierungsplan bezieht sich dabei ausdrücklich auf die UN-Kinderrechtskonvention von 1989.

Innerhalb des Orientierungsplans werden sechs Bildungs- und Entwicklungsfelder benannt, die für die Persönlichkeitsentwicklung, das Hineinwachsen in die Kultur sowie die Sozialisation und Bildung eines Kindes von Geburt an leitend sind: Körper, Sinne, Sprache, Denken und Mitgefühl, Sinn, Werte und Religion. Spezielle Beachtung finden die Sprachentwicklung, Werteerziehung und Schulfähigkeit. Der Orientierungsplan stellt verbindlich einzuhaltende <sup>15</sup> Ziele auf, ermöglicht den Kindertageseinrichtungen allerdings auch, diese individuell und bedarfsbezogen auszugestalten und somit einen für jedes Kind passenden Bezug zur sozialen Lage herzustellen. Explizite Vorgaben für die Qualitätsentwicklung und -sicherung werden in der vorliegenden Internetfassung ebenfalls gemacht.

Der Orientierungsplan gliedert sich in zwei Teile:

1. **Grundlagenteil:** Hier werden die Grundlagen, Ziele sowie die pädagogischen Herausforderungen der Bildungsarbeit in Kindertageseinrichtungen beschrieben, Kooperationsbedarfe und pädagogische Haltungen skizziert und Aussagen zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in den Kindertageseinrichtungen gemacht.
2. **Erziehungs- und Bildungsmatrix:** In Form einer Matrix werden Bildungs- und Entwicklungsfelder in Verbindung mit der Motivation der Kinder beschrieben. Es werden konkrete und verbindliche Zielvorgaben (s. Fußnote) für die einzelnen Felder gemacht, Reflektionsfragen als Hilfe für die pädagogische Planungs- und Evaluationsarbeit angeboten sowie die Anschlussfähigkeit der Entwicklungsfelder an den Bildungsplan der Grundschulen beschrieben.

<sup>15</sup> Im November 2009 haben sich das Land und die Kommunalen Spitzenverbände auf eine stufenweise Einführung des Orientierungsplans geeinigt. Der Orientierungsplan kann z. Zt. als fachlich verbindlich, rechtlich aber unverbindlich angesehen werden. Die Umsetzung des Orientierungsplans in der vorliegenden Internetfassung liegt in der Verantwortung der Träger.

## Welche Anschlussmöglichkeiten bietet der Grundlagenteil des Orientierungsplans?

Da der Orientierungsplan den Leitfragen „Was will das Kind?“, „Was braucht das Kind?“ und „Was kann das Kind?“ nachgeht, ergeben sich deutliche Anschlussmöglichkeiten zu einem Gesundheitsförderungskonzept.

Die allgemein gehaltene Forderung des Bildungsplans, auch Kinder in schwierigen Lebenslagen optimal zu unterstützen, sich mit Bildungsbarrieren auseinanderzusetzen, diese abzubauen und Zugangswege zu erweitern und hierzu auch mit anderen Stellen und Diensten zu kooperieren, kann als Anker- und Schnittstelle für ein sozial-lagenbezogenes Förderungskonzept und die Vernetzung zu weiteren Diensten interpretiert werden.

Gemeinsame Mahlzeiten werden konkret als Lernanlässe und Lerngelegenheiten und als Schlüsselfunktion zur Kulturaneignung beschrieben. Dabei wird auch die Bedeutung von Sinneserfahrungen wie Riechen und Schmecken für erfolgreiche Lernprozesse hervorgehoben. Ebenso wird der Zusammenhang von Bewegung und koordinierter Motorik für einen gelingenden Bildungsprozess wiederkehrend benannt. Der Aspekt „Sich mit Freude bewegen können“ wird als Schuleintrittskriterium aufgeführt.

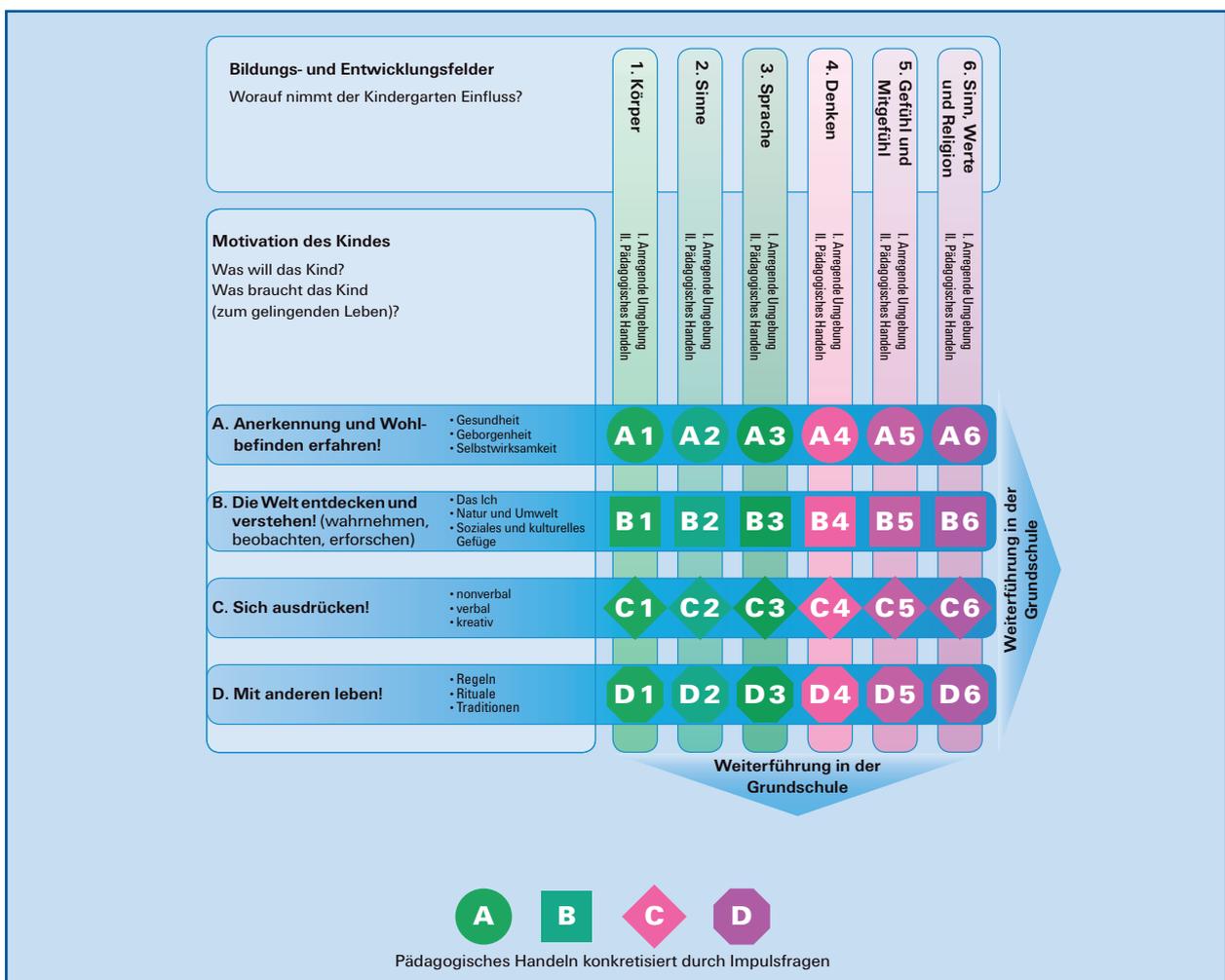


Abbildung 6: Erziehungs- und Bildungsmatrix im Orientierungsplan für die baden-württembergischen Kindertageseinrichtungen<sup>16</sup> (MKJS Ba-Wü 2006, S. 66)

<sup>16</sup> In dieser Darstellung von 2006 fehlt bei Motivation des Kindes noch der Aspekt „Was kann das Kind?“. Bis zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Handreichung war eine (ergänzte) Darstellung der Matrix in der vorliegenden Internetfassung 2009 nicht verfügbar. Eine Druckfassung wird für Herbst 2010 erwartet.

Weiter wird die Förderung der Resilienz von Kindern als maßgebliche Bildungsaufgabe von Kindertageseinrichtungen benannt. Auch hier ergibt sich ein Anknüpfungspunkt zur Förderung von Ressourcen und Schutzfaktoren in soziallagenbezogenen Gesundheitsförderungskonzepten.

### Welche Anschlussmöglichkeiten bietet die Erziehungs- und Bildungsmatrix?

Im Rahmen der Erziehungs- und Bildungsmatrix ist es prinzipiell an allen Schnittstellen möglich, ein soziallagenbezogenes Gesundheitsförderungskonzept abzuleiten und anzuschließen, insbesondere in den Bildungs- und Entwicklungsfeldern 1. Körper, 2. Sinne und 3. Sprache. Bezüglich der Motivationsbereiche von Kindern scheint eine Anbindung an A. „Anerkennung und Wohlbefinden erfahren“ und B. „Die Welt entdecken und verstehen“ besonders nahe liegend, aber auch die Motivationsbereiche C. „Sich ausdrücken“ und D. „Mit anderen leben“ können mit einem Erziehungs- und Bildungskonzept zu Ernährung und Bewegung inhaltlich verbunden werden.

### Konkrete Anbindungsbeispiele bei der Verwebung von Motivationsbereichen und den Bildungs- und Entwicklungsfeldern

#### Bildungs- und Entwicklungsfeld 1. „Körper“

In diesem Feld enthaltene **Inhaltsaspekte** und für ein soziallagenbezogenes Gesundheitsförderungs-/Präventionskonzept wichtige Anknüpfungspunkte sind:

- Bedarfsgerechte Ernährung, Essen und Trinken als Voraussetzung für Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Gesundheit
- Bewegung und ihre Bedeutung für körperliche, kognitive und seelische Entwicklung
- Kennen lernen von Lebensmitteln, die Zubereitung von Speisen sowie die Vorbereitung, Gestaltung und Ritualisierung von Mahlzeiten
- Entwicklung eines positiven Körpergefühls, eines Gesundheitsbewusstseins und eines positiven Selbst- und Körperkonzepts

**Ziele**, welche vom Orientierungsplan verbindlich eingefordert werden und mit einem Förderungs- und Präventionskonzept verbunden werden können:

- Kinder erwerben grundlegende Bewegungsformen und erweitern ihren Handlungs- und Erfahrungsraum
- Kinder erweitern und verfeinern ihre konditionellen, koordinativen und motorischen Fähigkeiten
- Kinder erfahren den genussvollen Umgang mit gesunder Ernährung

Ausgewählte planungs- und evaluationsleitende **Reflexionsfragen**, welche in ein Förderungs- und Präventionskonzept eingebunden werden können, stammen aus den Motivationsbereichen A. und B.:

- Welche grundlegenden Bewegungserfahrungen kann jedes Kind im Innen- und Außenraum der Kindertageseinrichtung machen?
- Wie wird die Grob- und Feinmotorik des Kindes gefördert?
- Welche unterschiedlichen Materialien stehen für vielfältige Bewegungsanreize und Sinneserfahrungen zur Verfügung?
- Wie tragen Erzieherinnen dazu bei, dass den Kindern das gesunde Durst-, Hunger- und Sättigungsgefühl erhalten bleibt?
- Wann und wo gibt die Einrichtung dem Kind die Möglichkeit, sich gesund zu ernähren?
- Wie werden die Kinder aktiv in die Planung und Zubereitung von Mahlzeiten einbezogen?
- Mit welchen Ritualen werden Mahlzeiten begleitet?

## Bildungs- und Entwicklungsfeld 2. „Sinne“

In diesem Feld enthaltene **Inhaltsaspekte** und für ein soziallagenbezogenes Förderungs- und Präventionskonzept wichtige Anknüpfungspunkte sind:

- Trinken und Essen ist als elementares frühkindliches Erlebnis mit vielfältigen Sinneserfahrungen verknüpft
- Sinneserleben entscheidet über Mögen und Nichtmögen von Speisen
- Erleben von Hunger, Durst und Sättigung

**Ziele**, welche vom Orientierungsplan diesbezüglich verbindlich eingefordert werden und mit einem Förderungs- und Präventionskonzept verbunden werden können:

- Kinder entwickeln, schärfen und schulen ihre Sinne
- Kinder erfahren über die Sinneswahrnehmung Identität, Selbstvertrauen, Weltwissen und soziale Kompetenzen und erleben ihre Sinne als Grundlage für Aktivität und Teilhabe

Ausgewählte planungs- und evaluationsleitende **Reflexionsfragen**, welche in ein Förderungs- und Präventionskonzept eingebunden werden können, stammen aus den Motivationsbereichen A., B., C. und D.:

- Welche Möglichkeiten werden jedem Kind zur gezielten Schulung seiner Sinne angeboten?
- Welche Gelegenheiten bietet die Kindertageseinrichtung, Natur, Kunst und Musik mit möglichst vielen Sinnen zu erleben?
- Werden dem Kind vielfältige Materialien zur Verfügung gestellt?
- Werden die Kinder durch Regeln und Rituale dazu angehalten, andere bewusst in ihrer Eigenart und Andersartigkeit wahrzunehmen (Haltung, kulturelle Prägung, Behinderung), darauf Rücksicht zu nehmen und zu akzeptieren?

## Bildungs- und Entwicklungsfeld 3. „Sprache“

In diesem Feld enthaltene **Inhaltsaspekte** und für ein soziallagenbezogenes Interventionskonzept wichtige Anknüpfungspunkte sind:

- Sprache als Schlüssel für die Bildungsbiographie und zur gesellschaftlichen Teilhabe
- Bewegung als wichtiger Bestandteil des Spracherwerbs
- Sprachlich begleitete Alltagsroutinen wie Begrüßung und Mahlzeiten als wichtiger Sprachentwicklungsfaktor
- Anders- und Mehrsprachigkeit von Kindern als Ressource wahrnehmen und zusammen mit den Eltern fördern

**Ziele**, welche vom Orientierungsplan diesbezüglich verbindlich eingefordert werden und mit einem Förderungs- und Präventionskonzept verbunden werden können:

- Kinder erweitern in der Verknüpfung von Sprache mit Musik, rhythmischem Sprechen und Bewegung ihre Sprachkompetenz
- Kinder nutzen Sprache, um an der Gemeinschaft teilzuhaben und das Zusammenleben mit anderen zu gestalten
- Kinder erfahren unterschiedliche Sprachen als Bereicherung der Kommunikation und Kultur

Ausgewählte planungs- und evaluationsleitende **Reflexionsfragen**, welche in ein Förderungs- und Präventionskonzept eingebunden werden können, stammen aus den Motivationsbereichen B., C. und D.:

- Welche Gelegenheiten werden den Kindern geboten, sich mit ihrer dinglichen und sozialen Umwelt auseinanderzusetzen und wie werden sie ermutigt, sich diese durch Fragen zu erschließen?
- Wie werden Situationen geschaffen, in denen neue Begriffe erschlossen werden (z. B. gemeinsames Einkaufen)?
- In welcher Form wird Kindern und deren Eltern mit anderer Herkunftssprache Gelegenheit gegeben, etwas aus ihrer Sprache und Kultur vorzustellen (z. B. gemeinsames Kochen, Tanzspiele)

Im Rahmen der im Ausbau befindlichen Arbeit von Bildungshäusern für Kinder von drei bis zehn Jahren erscheint es möglich, die Aspekte von Bewegung und Ernährung eines Förder- und Präventionskonzeptes mit Sozillagenbezug so zu integrieren, dass ein guter Übergang vom Elementarbildungsbereich in den Primarbildungsbereich gelingen kann. Da die Themen Ernährung, Bewegung und Zusammenarbeit mit den Eltern sowohl in den Bildungsplänen der Kindertageseinrichtung als auch in den Fächerverbänden der Grundschulen verankert sind, können sowohl thematisch-inhaltliche als auch systematisch-curriculare Anknüpfungspunkte für ein sozillagenbezogenes Konzept ausgemacht werden.

Anzumerken bleibt, dass der Orientierungsplan prinzipiell fordert, auf sozial benachteiligte Kinder einzugehen und sie zu unterstützen, dass konkrete Hinweise, wie auf diese besonderen Bedürfnisse sozial benachteiligter Kinder und Eltern eingegangen werden kann, innerhalb des Orientierungsplanes aber nicht gegeben werden. Dieser inhaltliche Brückenschlag muss von den einzelnen Kindertageseinrichtungen selbst vorgenommen werden. Im Freistaat Sachsen wurde vom Staatsministerium für Soziales in Verbindung von Bildungsplan und dem regionalen sächsischen Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ ein Handbuch „Gesund aufwachsen in Sachsen“ für Erzieherinnen in Kindertageseinrichtungen entwickelt.

#### Literatur:

- MKJS Ba-Wü (2009): Der Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen (Vorläufige Fassung vom 17. Juni 2009)
- MKJS Ba-Wü (2006): Der Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen. Pilotphase
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales (2008). Gesund aufwachsen in Sachsen. Handbuch. 3. Auflage, download unter: <https://publikationen.sachsen.de/bdb/showDetails.do?detailForward=listByPublisher&id=265840> [Stand: 06.08.2009]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). Bildungshäuser für Kinder von 3-10 Jahren. Expertise. download unter: [http://www.bmbf.de/pub/expertise\\_bildungshaus.pdf](http://www.bmbf.de/pub/expertise_bildungshaus.pdf) [Stand: 08.08.2009]

### 3.5 Welche Anknüpfungsmöglichkeiten, Schnittstellen und Beispiele gibt es zu Qualitätskonzepten und Qualitätsstandards für Kindertageseinrichtungen?

Die Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen stellen neben den Bildungsplänen der Länder/dem Orientierungsplan Baden-Württemberg (> Kapitel 3.4) eine bedeutende Grundlage und Schnittstelle für die Entwicklung von sozillagenbezogener Gesundheitsförderung in Kitas (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) dar. Die Qualitätskonzepte werden im Überblick vorgestellt und exemplarisch auf Anknüpfungsmöglichkeiten hin überprüft. Mit dem Projekt „gesunde kitas – starke kinder“ wird ein Beispiel für die Verknüpfung des exemplarisch analysierten Nationalen Kriterienkatalogs für pädagogische Qualität in Kitas beschrieben.

Für den Bereich der Ernährung und Verpflegung wurden „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ entwickelt, die als weitere Grundlage und Anknüpfungsmöglichkeit für Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung in Kitas ausgeführt werden.

### 3.5.1 Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen

Kindertageseinrichtungen sind laut SGB VIII §22a dazu verpflichtet, „... die Qualität der Förderung in ihren Einrichtungen durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen und weiterzuentwickeln.“ Dies schließt auch den Einsatz von Konzepten und Instrumenten zur Arbeitsevaluation ein. Weil der Gesetzgeber diesbezüglich jedoch keine verbindlichen Vorgaben macht, sind viele unterschiedliche Konzepte zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung an Kindertageseinrichtungen entwickelt worden.

Die Qualitätskonzepte für Kindertageseinrichtungen lassen sich nach Esch (2006, 32) in vier Typen aufteilen, die in folgender Tabelle dargestellt werden.

Typisierung	Qualitätskonzepte
<b>Allgemeine Steuerungsverfahren (Akkreditierungsverfahren)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Five Star Rated Licence System, North Carolina</li> <li>■ Kindergarten Skala – Revidierte Fassung KES (R)</li> <li>■ National Association for the Education of Young Children (NAEYC), Washington D.C.</li> </ul>
<b>Konzeptgebundene Steuerungsverfahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ High Scope, Preschool Program Quality Assessment (PQA), Ypsilanti, Michigan (USA)</li> <li>■ Judy Center, Maryland (USA)</li> <li>■ Early Excellence Centre, Großbritannien</li> <li>■ KLAX gGmbH, Berlin</li> <li>■ Lernorientierte Qualitätstestierung für Kindertagesstätten LQK</li> </ul>
<b>Normierte Organisationsentwicklungsverfahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualitätsmanagement in der Kindertageseinrichtung der AWO</li> <li>■ PQ Sys<sup>®</sup>, Der Paritätische</li> <li>■ Diakonie</li> <li>■ KTK Gütesiegel des Caritas Bundesverbandes</li> </ul>
<b>Fachspezifische Organisationsentwicklungsverfahren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Integrierte Qualitäts- und Personalentwicklung (IQUE)</li> <li>■ Kronberger Kreis</li> <li>■ Nationale Qualitätsinitiative (NQI)</li> <li>■ Nationaler Qualitäts-Kriterien-Katalog (QKK)</li> <li>■ Qualität im Situationsansatz (QuaSi)</li> </ul>

Tabelle 13: Typisierung der Qualitätskonzepte (Eigendarstellung nach Esch/Klaudy/Michael 2006, 32)

Eine Anbindung eines sozillagenbezogenen Gesundheitsförderungskonzepts ist dabei an alle Qualitätskonzepte möglich, weil:

- Qualitätsentwicklung grundsätzlich darauf abzielt, möglichst effektiv und effizient inhaltliche Aufgaben zu bewältigen
- Bedarfsorientierung immer Ausgangs- und Bezugspunkt der angebotenen Dienstleistung ist
- Konzepte, welche konkrete und situationsbezogene Qualitätskriterien nennen, die Aspekte von Ernährung, Bewegung und Gesundheitsförderung in die Qualitätsbeurteilung von Kindertageseinrichtungen einbeziehen.

## Auswahl von anschlussfähigen Qualitätskonzepten für Kindertageseinrichtungen:

Es würde den Rahmen dieser Handreichung sprengen, alle Qualitätskonzepte zu analysieren. Die Analyse auf Schnittstellen und Anschlussmöglichkeiten konzentriert sich exemplarisch auf die fachspezifischen Organisationsentwicklungsverfahren der Nationalen Qualitätsinitiative (NQI), den Nationalen Qualitäts-Kriterien-Katalog (QKK) und Qualität im Situationsansatz (QuaSi).

### Die Nationale Qualitätsinitiative im System der Tageseinrichtungen für Kinder (NQI)

Die NQI war ein von 1999 bis 2006 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderter länder- und trägerübergreifender Forschungsverbund. Neben dem BMFSFJ beteiligten sich zehn Bundesländer, die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Deutsche Städtetag, verschiedene Landesjugendämter und Kommunen an diesem Forschungsvorhaben. Der Verbund bestand aus fünf Teilprojekten, die sich mit einem jeweils anderen Schwerpunkt befassten: Die Projekte I und II entwickelten Qualitätskriterien für die Arbeit mit null- bis sechsjährigen Kindern, Projekt III für die Arbeit mit Schulkindern, Projekt IV für die Arbeit nach dem Situationsansatz und Projekt V für die Arbeit der Träger von Tageseinrichtungen. In allen Teilprojekten wurden Verfahren und Instrumente zur internen und externen Evaluation erarbeitet und erprobt. Ziel war es, ein umfassendes und konsensfähiges Instrumentarium zur Erfassung, Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder bereit zu stellen. Zwei der entwickelten Instrumente (QKK und QuaSi) sind besonders für eine Verbindung mit einem sozialogenbezogenen Förderungs- und Präventionskonzept im Bereich Ernährung und Bewegung geeignet.

### Nationaler Qualitätskriterienkatalog (QKK)

Der QKK stellt ein nationales, umfassendes und konzeptübergreifendes Kompendium für „beste Fachpraxis“ in der Betreuung, Bildung und Erziehung in Kindertageseinrichtungen dar. Im Prinzip bieten alle 21 Qualitätsbereiche Verbindungen zu sozialogenbezogener Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung. Als Anknüpfungspunkte des QKK können u. a. folgende Qualitätsbereiche genutzt werden:

Zweiter Qualitätsbereich: Tagesgestaltung

- Rhythmisierung des Tagesablaufes z. B. durch festgelegte Essenszeiten

Dritter Qualitätsbereich: Mahlzeiten und Ernährung

- Kinder wählen ihre Speisen selbst
- Kinder werden aktiv in die Zubereitung von Speisen einbezogen
- Eltern werden in die Speisenvorbereitung und die Mahlzeiten einbezogen
- Es werden kulturübergreifende Kochangebote gemacht
- Die Ernährung beruht auf wissenschaftlichen Standards
- Essgewohnheiten der Kinder, die eine Rücksprache mit Eltern erfordern, werden dokumentiert (einseitige Ernährung, geringe Flüssigkeitsaufnahme)
- Kinder werden auf Unterschiede in Geschmack, Geruch, Aussehen und Ernährungswert sowie auf angemessene Mengen von Speisen und Getränken aufmerksam gemacht
- Erzieherinnen dienen als Vorbild für gesundheitsbewusste Ernährung

Vierter Qualitätsbereich: Gesundheit und Körperpflege

- Kinder werden angeregt, sich mit dem Thema Gesundheit und Körperpflege zu beschäftigen
- Tagesereignisse werden genutzt, um die Körperwahrnehmung der Kinder im Spiel zu fördern

- Eltern und Erzieherinnen tauschen regelmäßig notwendige Informationen aus
- Eltern werden in der Gesundheitsvorsorge unterstützt
- Erzieherinnen erarbeiten gemeinsam mit den Kindern Regeln für gesundheitsförderndes Verhalten

#### Zehnter Qualitätsbereich: Bewegung

- Räume und Außengelände sind bewegungsförderlich und entwicklungsangemessen gestaltet und zugänglich
- Individuelle Bewegungsangebote, die sich am Entwicklungsstand und an den vorhandenen Fertigkeiten des Kindes orientieren, werden angeboten
- Die Erzieherinnen erweitern das Angebot an Bewegungsarten, z. B. durch Nutzung von Schwimmbädern
- Besondere Bewegungsbedarfe werden dokumentiert
- Fehlende Bewegungsmotivation wird wahrgenommen, abgestimmte Bewegungsaktivitäten angeboten

#### 14. Qualitätsbereich: Natur-, Umgebungs- und Sachwissen

- Kinder erkunden alltägliche Vorgänge (z. B. Hauswirtschaft, Küche, Technik)

#### 19. Qualitätsbereich: Zusammenarbeit mit Familien

- Eltern erhalten die Möglichkeit, am Alltag der Kindertageseinrichtung teilzunehmen
- Es werden regelmäßig Veranstaltungen und schriftliche Informationen (z. B. zu Mahlzeiten und Ernährung) angeboten
- Eltern erhalten Informationen zur Gesundheitsvorsorge der Kinder (z. B. Broschüren über zahnmedizinische Prophylaxe, Ernährung)
- Die Kindertageseinrichtung arbeitet mit Eltern in unterschiedlicher Form zusammen (Arbeitskreise, Gesprächsrunden, Workshops)
- Erzieherinnen erfragen Ernährungsgewohnheiten, gesundheitliche und religiöse Ernährungsvorschriften der Kinder
- (Groß-)Eltern und Geschwister können Aktivitäten wie Kochen begleiten und gestalten
- Erzieherinnen arbeiten, was Ernährung und Pflege betrifft, eng mit den Eltern zusammen

#### 21. Qualitätsbereich: Leitung

- Die Leitung ist verpflichtet, die Konzeptionsentwicklung auf der Basis der Aufträge aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz und des entsprechenden Trägers voranzutreiben

### Qualität im Situationsansatz (QuaSi)

Aus den konzeptionellen Grundsätzen, auf welchen der Situationsansatz beruht und welche im Instrumentarium QuaSi beurteilt werden, ergeben sich Anknüpfungspunkte für ein Förderungs- und Präventionskonzept mit Soziallagenbezug:

- Die pädagogische Arbeit geht aus von den sozialen und kulturellen Lebenssituationen der Kinder und ihrer Familien
- Erzieherinnen finden im kontinuierlichen Diskurs mit Kindern, Eltern und anderen Erwachsenen heraus, was Schlüsselsituationen im Leben der Kinder sind
- Die Arbeit der Kindertageseinrichtung orientiert sich an Anforderungen und Chancen einer Gesellschaft, die durch verschiedene Kulturen geprägt ist

- Die Kindertageseinrichtung integriert Kinder mit Behinderung, unterschiedlichen Entwicklungsvoraussetzungen und Förderbedarf und wendet sich gegen Ausgrenzung
- Räume und ihre Gestaltung stimulieren das eigenaktive und kreative Tun der Kinder in einem anregenden Milieu
- Eltern und Erzieherinnen sind Partner in der Betreuung, Bildung und Erziehung der Kinder
- Die Kindertageseinrichtung entwickelt enge Beziehungen zum sozial-räumlichen Umfeld

Das Konzept „Qualität im Situationsansatz“ (QuaSi) ist gut geeignet für eine Verknüpfung mit einem sozialogenbezogenen Förderungs- und Präventionskonzept im Bereich Ernährung und Bewegung.

Zusammenfassend ist darauf hinzuweisen, dass es wünschenswert und erforderlich wäre, Gesundheit, Ernährung und Bewegung in allen fachspezifischen Qualitätskonzepten zu finden und dass Sozialogenorientierung als Querschnittsanforderung ebenfalls in allen Qualitätskonzepten zu finden sein müsste (z. B. unter den Aspekten Erziehungspartnerschaft, Niederschwelligkeit, Bildung und Herkunft).

### 3.5.2 Verknüpfung von Nationalem Kriterienkatalog und Ernährung und Bewegung: Das Projekt „gesunde kitas – starke kinder“

„gesunde kitas – starke kinder“ ist ein Projekt der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb)<sup>17</sup>. peb setzt sich für eine ausgewogene Ernährung und mehr Bewegung als wesentliche Bestandteile eines gesundheitsförderlichen Lebensstils bei Kindern und Jugendlichen ein, um Übergewicht im Kindes- und Jugendalter entgegen zu wirken. Im Rahmen des Pilotprojekts „gesunde kitas – starke kinder“ (2007–2009) wurden Kitas dabei unterstützt, individuelle Konzepte für eine nachhaltige Gesundheitsförderung zu entwickeln. „gesunde kitas – starke kinder“ verfolgt einen integrierenden, ganzheitlichen Ansatz, indem die Komponenten Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern in den Kita-Alltag und die pädagogische Arbeit eingegliedert und gleichwertig berücksichtigt werden. Auf Basis des Nationalen Kriterienkatalogs als pädagogischer Rahmenkonzeption wurden Kriterien zu folgenden Zielbereichen entwickelt:

- I. Basisanforderungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Entspannung
- II. Gesundheitsdialog zwischen Kita-Team und Eltern
- III. Verbindung der Gesundheitsziele mit Erziehungs- und Bildungszielen
- IV. Verankerung der Gesundheitsförderung in der Organisations- und Personalentwicklung

Das Pilotprojekt wurde an vier Standorten (Mühlheim an der Ruhr, Bielefeld, Augsburg, München) mit 46 Einrichtungen von 2007–2009 durchgeführt. Die unabhängige wissenschaftliche Evaluation wurde von dem Forschungs- und Entwicklungsinstitut PädQUIS vorgenommen. Zusammenfassend kommt die Evaluation zu dem Ergebnis, dass das Konzept „gesunde kitas – starke kinder“ in der Pilotphase in den teilnehmenden Einrichtungen gute Erfolge aufweist. In einen explizit sozialogenbezogenen Rahmen wurde das Projekt (während des Recherchezeitraums für diese Handreichung) nicht eingebettet. Die Evaluationsergebnisse, die inhaltliche Verbindung von Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie die Verknüpfung mit dem Nationalen Kriterienkatalog lassen eine Verbindung mit einem sozialogenbezogenen Gesundheitsförderungskonzept sinnvoll erscheinen.

### 3.5.3 Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder

Die „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ wurden im Rahmen des nationalen Aktionsplans IN FORM von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) in Zusammenarbeit mit Wissenschaft,

<sup>17</sup> Die Plattform für Ernährung und Bewegung e. V. (peb) ist ein Zusammenschluss von Politik, Wirtschaft und Wissenschaft. Mit circa 100 Mitgliedern ist peb das größte europäische Netzwerk zur Vorbeugung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen.

Praxis und Ländern im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz entwickelt. Sie richten sich an alle, die sich mit der Gestaltung eines optimalen Verpflegungsangebots befassen und dienen damit als Richtschnur für Träger von Kindertageseinrichtungen, für Erzieherinnen, hauswirtschaftliches und pädagogisches Personal, Essenslieferanten, Tagespflegepersonen und Eltern. Hauptziel ist es, die Qualität der Verpflegung in Tageseinrichtungen zu sichern. Alle Verantwortlichen sollen darin unterstützt werden, Kindern eine vollwertige Ernährung zu bieten und Ernährungsbildung fest in den Kita-Alltag zu integrieren. Kinder sollen genussvolles und gesundes Essen als selbstverständlichen Bestandteil ihres Alltags erleben. Ernährungswissenschaftliche Empfehlungen, Hinweise zur Erstellung eines gesundheitsfördernden Speiseplans und Checklisten zur Überprüfung der Qualität sind Bestandteile der Standards. Darüber hinaus sind Hinweise zur Ernährungserziehung, zu organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen, einschließlich rechtlicher Vorgaben, enthalten. Neben praxisnahen Empfehlungen z. B. zur Frühstücksgestaltung oder zur Getränkeversorgung, finden sich auch Anregungen für die Raumgestaltung und die Gestaltung von Essenssituationen, die auf Trägerebene, aber auch in den Einrichtungen selbst, hilfreich sein können. Die „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“ stehen im Internet kostenlos zur Verfügung: <http://www.fitkid-aktion.de/fitkit+aktion/qualitaetsstandards/downloads/downloads.html>

### Literatur:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] (Hg.) (2002): Nationale Qualitätsinitiative im System der Tageseinrichtungen für Kinder. Berlin.
- Esch, Karin; Klaudy, Elke Katharina; Micheel, Brigitte (2006). Qualitätskonzepte in der Kindertagesbetreuung. 1. Aufl. Wiesbaden.
- Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen (Hg.) (1998): Qualität im Dialog entwickeln – Wie Kindergärten besser werden. Seelze.
- Lasson, Andrea; Ulbrich, Christine; Tietze, Wolfgang (2009). „Evaluierung des Pilotprojekts ‚gesunde kitas – starke kinder‘ – Abschlussbericht“. Pädagogische Qualitäts-Informationen-Systeme (PädQUIS) gGmbH (Hrsg.). Berlin. Kostenloser Download unter <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/303/> [Stand: 19.05.2010]
- Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (Hrsg.) (2010). „Regionen mit peb – Gemeinsam für einen gesunden Lebensstil von Kindern“. Kostenloser Download unter [www.regionen-mit-peb.de](http://www.regionen-mit-peb.de) [Stand: 19.05.2010]
- Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (Hrsg.) (2007). „gesunde kitas – starke kinder: Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kitas – Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte“. Kostenloser Download unter <http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/23/> [Stand: 19.05.2010]
- Preissing, C. (Hg.) (2003): Qualität im Situationsansatz. Qualitätskriterien und Materialien für die Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen. Weinheim, Basel, Berlin.
- Tietze, Wolfgang; Viernickel, Susanne (Hrsg.) (2007). Pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder: Ein nationaler Kriterienkatalog. 3. aktualisierte und erw. Aufl. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen Verlag.
- Tietze, W. (Hg.)/Dittrich, I./Grenner, K./Groot-Wilken, B./Sommerfeld, V./Viernickel, S. (2004): Pädagogische Qualität entwickeln. Praktische Anleitungen und Methodenbausteine für Bildung, Betreuung und Erziehung in Tageseinrichtungen für Kinder von 0–6 Jahren. Weinheim, Basel.

## 3.6 Welche guten Beispiele zur Vernetzung und Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Bildung in Kindertageseinrichtungen kennen wir?

### Das Landesnetzwerk „g’sund & g’scheit“ – Netzwerk für gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtungen und Schulen

Das Netzwerk „g’sund & g’scheit“ ist ein gutes Beispiel dafür, wie die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Bildung in Kindertageseinrichtungen gelingen kann. Gegründet wurde das Netzwerk 2003 von zehn Gesundheitsämtern und dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg mit dem übergeordneten Ziel, eine breit angelegte Unterstützung für gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtungen und Schulen zu schaffen.

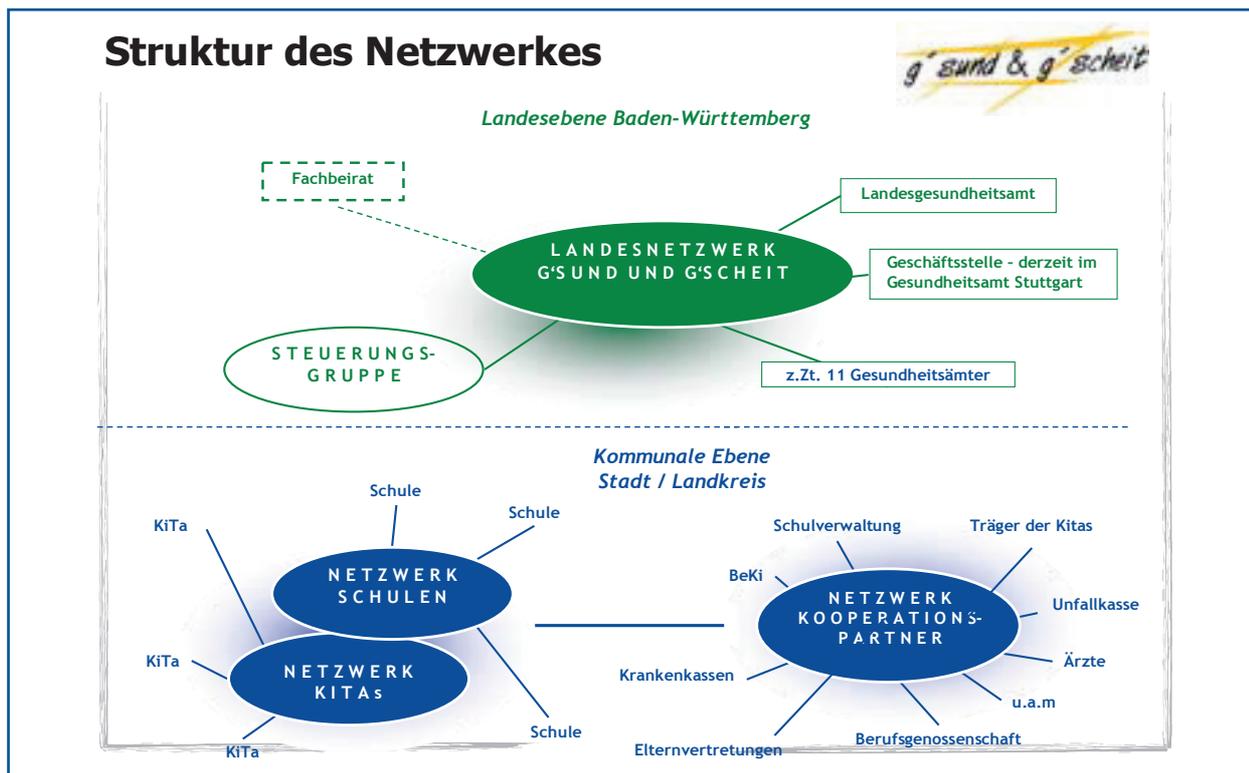


Abbildung 7: Struktur des Netzwerkes g'sund & g'scheit. (Flyer g'sund & g'scheit 2010, S. 8–9)

### Aufgaben und Ziele des Netzwerkes:

- gesundheitsfördernde Kindertageseinrichtungen und Schulen in Baden-Württemberg anzuregen und zu unterstützen
- regionale Strukturen, insbesondere „Praxisbüros“ oder vergleichbare Koordinierungsstellen, in den Gesundheitsämtern der beteiligten Stadt- und Landkreise aufzubauen
- Kindertageseinrichtungen bzw. Schulen untereinander zu vernetzen und die Kooperation der Partner in den Stadt- und Landkreisen zu stärken
- durch eine verbindliche Arbeitsstruktur der Netzwerkmitglieder den fachlichen Austausch und die Zusammenarbeit der beteiligten Gesundheitsämter sicherzustellen
- durch systematische interne und externe Kooperation der Netzwerkmitglieder die Praxis der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen qualitativ zu sichern und weiterzuentwickeln

Dabei soll das Thema „Gesundheit“ in den Alltag, in das Profil und die Konzeption der Kita integriert werden. Dies bedeutet, dass ein langfristiger Prozess angeregt wird, der durch die Projektbegleitung des Netzwerkes, Fortbildungsmaßnahmen der Mitarbeiterinnen und bereitgestellte Materialien unterstützt wird. Gesundheitsförderung soll in allen anderen Themengebieten der Kita integriert werden, z. B. in den Bereich „Lernen“ oder „Sprachförderung“. Lernen und Gesundheit werden als sich gegenseitig bedingende Größen definiert. Die im Netzwerk entstehenden Synergien sollen dabei konsequent genutzt werden.

### Verknüpfung von Bildung und Gesundheit am Beispiel des Stuttgarter Netzwerkes:

Die sinnvolle Verknüpfung des Konzepts „g'sund & g'scheit“ mit bereits bestehenden Bildungskonzepten in den Einrichtungen wie etwa „infans“, „Lernwerkstatt KiTa“, „Lern- und Bildungsgeschichten“ und dem bestehenden Orientierungsplan für Kindertageseinrichtungen in Baden-Württemberg wird von den Initiatoren ausdrücklich

angestrebt. So findet sich im Netzwerkhandbuch des Stuttgarter Netzwerks, das den teilnehmenden Einrichtungen zur Verfügung gestellt wird, eine Darstellung der Querverbindungen zum bestehenden Orientierungsplan und seinen Bildungs- und Erziehungsfeldern. Die Bildungs- und Erziehungsfelder „Körper“ und „Sinne“ werden in der Konzeption ausdrücklich berücksichtigt, auch werden Arbeitshilfen im Netzwerkhandbuch angeboten. Ebenso werden Qualitätskriterien aufgeführt, die ebenfalls mit den Zielen des Orientierungsplans kompatibel sind. Dies bewirkt, dass die Integration des Konzepts in die Arbeitsstruktur der Einrichtung leichter gelingt. Auch zu Konzepten wie der Salutogenese, der Verhaltens- sowie der Verhältnisprävention werden klare Bezüge hergestellt.

### Schwerpunkte:

Folgende Aspekte sollen im Bereich Gesundheitsförderung aufgegriffen werden:

- Soziales Klima (z. B. Umgang miteinander, Rücksichtnahme, Beteiligung von Kindern und Eltern etwa in Form von gemeinsamen Planungskonferenzen)
- Förderung des Kohärenzgefühls/der Resilienz (z. B. Umgang mit eigenen Gefühlen, Bewältigungsstrategien, lebensbejahende Grundhaltung, Beziehungsfähigkeit)
- Ernährung (z. B. ausgewogene, gesundheits-, ökologie- und sozialverträgliche Ernährung in der Kita, Rituale um gemeinsame Mahlzeiten, Besuch von Bauernhöfen, Bäckereien)
- Bewegung (z. B. bewegungs- und körperfreundliches Umfeld, Förderung der Sinnes- und Körperwahrnehmung)
- Entspannung (z. B. Ruhezeiten, Umgangsstrategien mit Belastungen und Krisen, Umgang mit Stress)
- Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (betriebliche Gesundheitsförderung)

Gegliedert werden diese Themen in eine

#### a) Personenbezogene Ebene (Verhaltensprävention):

- Empowerment von Kindern, Eltern und Erzieherinnen mittels Beratung, Fortbildung und Information zu den genannten Themenbereichen
- Kooperation und Vernetzung durch eine Öffnung der Einrichtung nach außen und eine konsequente Gemeinwesenorientierung (z. B. Bildungseinrichtungen, regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit, Beratungsstellen, Vereine)

#### b) Strukturelle Ebene (Verhältnisprävention):

- Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten (z. B. Settingbezug, Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung)
- Beratung und Unterstützung der Einrichtung durch Projektbetreuerinnen. Die Grundsätze der Beteiligung von Kindern, Eltern und Erzieherinnen und die Sicherung der Nachhaltigkeit im Sinne einer Integration in den pädagogischen Alltag werden dabei konsequent berücksichtigt.

### Auswahl der Einrichtungen und Bezug zu sozialer Lage:

Das Stuttgarter Netzwerk strebt an, Gesundheitsförderung eher in Einrichtungen durchzuführen, die vor allem sozial benachteiligte Familien (über 50 %) zu ihrer Klientel zählen. Die Einrichtungen werden gemeinsam mit den Fachberatungen bzw. dem Träger vorgeschlagen und ausgewählt. Ein Beispiel für eine Kita, die vom Stuttgarter Netzwerk begleitet wurde und wird, ist die Kita Daimlerstraße der Stadt Stuttgart, die in > Kapitel 7 als Fallbeispiel beschrieben wird.

## Literatur

Flyer „g’sund & g’scheit“. Download unter: [http://www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/show/1309563/gg\\_Broschuere\\_2010.pdf](http://www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/show/1309563/gg_Broschuere_2010.pdf)  
[Stand: 09.05.2010]

### 3.7 Welche Handlungskonzepte und Leitfäden gibt es zur Gesundheitsförderung für alle in Kitas?

#### 1) „Gesund in allen Lebenslagen“ (2004)

Im Rahmen eines bundesweiten Kooperationsprojekts vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) unter Beteiligung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e. V. und des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Frankfurt a/M (ISS) wurde unter anderem „Das Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Kinder im Elementarbereich“ veröffentlicht (Richter/Altgeld 2004). Grundlage dieses Konzepts bildet eine Erhebung zur Ermittlung von Gesundheitspotenzialen in Kindertageseinrichtungen mit einem erhöhten Anteil an sozial benachteiligten Kindern. Mit unterschiedlichen Berufsgruppen, wie z. B. Erzieherinnen und Fachreferentinnen aus der Gesundheitsförderung und dem Kindertagesstättenbereich, wurden Gruppenbefragungen geführt. Das daraus entstandene Handlungskonzept gliedert sich in zwei Teile. Der erste Teil enthält einen Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte bei sozial Benachteiligten. Den zweiten Teil bildet ein Manual mit allgemeinen Hinweisen zur Projektarbeit und spezifischen Arbeitsmaterialien zur Implementierung von Gesundheitsförderung im Setting Kita, welche durch Modellbeispiele ergänzt werden. In der Reihe „Gesund in allen Lebenslagen“ des BKK erschien darüber hinaus im selben Jahr eine „Expertise zu Gesundheitsdefiziten und Gesundheitspotenzialen sozial benachteiligter und armer Kinder im frühen Kindesalter“ (Holz/Richter 2004).

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die gesundheitlichen Potenziale aus dem Handlungskonzept gegeben, welche im Setting Kindertagesstätte im Rahmen der Erhebung ermittelt wurden, in die sowohl Erzieherinnen und Fachkräfte als auch Eltern und Kinder sowie die Kooperationspartner der Kitas mit einbezogen wurden.

#### Gesundheitliche Potenziale im Setting Kita

##### Erzieherinnen

- **Zusammenarbeit im Team:** positives Arbeitsklima, Gestaltungsspielräume, hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit der Mitarbeiterinnen, Qualifikation, Schulungen der Mitarbeiterinnen (z. B. in Konfliktbearbeitung, Stressabbau, Erwerb von Bewältigungskompetenzen), Zeit für Gespräche und zur Lösung von Konflikten, offener Umgang mit Teamkonflikten, gegenseitige Wertschätzung, „Lobkultur“, Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Grenzen, Supervision, Arbeit in Kleingruppen und gruppenübergreifender Personaleinsatz
- **Fortbildung:** Gesprächsführung, Konfliktbewältigung, Projektmanagement, Qualitätsentwicklung, Fortbildungen durch andere Berufsgruppen, wie Musiktherapeutinnen oder Ergotherapeutinnen, regelmäßige Supervision, vertrauensvolle Betreuung durch Fachberatung
- **strukturelle Rahmenbedingungen:** Arbeitszeiten, räumliche Bedingungen (Gestaltungsmöglichkeiten, Mehrzweckräume, Außengelände, Naturumfeld), angemessenes Mobiliar
- **Leitungsaufgaben:** Transparenz hinsichtlich der Gesundheitsförderung, demokratische Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, reibungsloses Informationsmanagement (gegenüber Mitarbeiterinnen, Träger), Fortbildung der Leitung im Bereich Zeit- und Selbstmanagement und allgemeinen Managementaufgaben, Delegieren von Arbeit, Definition allgemeiner Leitlinien für die Kita, Zielformulierung für die gemeinsame Arbeit, Berücksichtigung der Teamerfordernisse bei Personaleinstellungen (z. B. Bildung eines multikulturellen Teams, männliche Erzieher, Hausmeister, Zivildienstleistende)

## **Sozial benachteiligte Kinder**

### **Fähigkeiten und Entwicklungspotenziale werden gestärkt durch:**

- Förderung sozialer und personaler Ressourcen durch Ausbildung von Kompetenzen, wie sensible Selbstwahrnehmung, Einfühlungsvermögen, funktionaler Umgang mit Stress und Emotionen, kritisches und kreatives Denken u. a.
- Förderung der Sprachentwicklung: Kinder fühlen sich durch das Verhalten der Erzieherinnen motiviert, ihre sprachlichen Fähigkeiten weiterzuentwickeln, Erzieherinnen klären Eltern über die Bedeutung der Muttersprache für die Sprachentwicklung auf
- Beachtung geschlechtsspezifischer Aspekte: Jungen und Mädchen werden gleichermaßen gefördert
- Förderung von Fähigkeiten zur Bewältigung des Übergangs von der Kita zur Grundschule
- Förderung der Sicherheit: umfassender Unfallschutz und Kindersicherheit gewährleisten
- Förderung von Freizeitaktivitäten (z. B. Ausflüge, Kinderfreizeit)

### **Vermittlung von Alltagskompetenzen**

- Förderung einer gesunden Ernährung, gemeinsames Frühstück (z. B. gesundes Frühstücksbuffet), Kennen lernen ungewohnter Lebensmittel, gemeinsame Zubereitung von Mahlzeiten, Vermittlung einer Esskultur und Freude am Kochen, Backen und Essen vermitteln
- regelmäßige Bewegung draußen, unabhängig vom Wetter; Stärkung motorischer Fähigkeiten
- Körperhygiene
- regelmäßige Zahnpflege
- Sprachförderung

### **Ganzheitliche Förderung**

- themenübergreifender Bezug von Aktivitäten, z. B. Verknüpfung von Bewegung, Ernährung und Sinneswahrnehmung
- Einbezug der Eltern als Multiplikatorinnen

## **Eltern**

### **sozial benachteiligte Mütter und Väter profitieren durch:**

- Hilfestellungen im Umgang mit Ämtern, Institutionen, Arztpraxen
- Unterstützung zur Überwindung von Sprachbarrieren durch Übersetzung, Begleitung
- praktische Unterstützungsangebote bei Versorgungsproblemen (z. B. Mittagessen auch für Halbtagskinder)
- Mitfahrgelegenheiten bei Ausflügen, kostengünstige Freizeitaktivitäten für die Kinder
- Unterstützung des Kontaktaufbaus der Eltern untereinander (Unterstützungsnetzwerke)

### **interkulturelle Kompetenz und Gesundheit**

- Berücksichtigung der Unterschiede in Gesundheitsvorstellungen
- Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse (nach Herkunft, Bildungsstand, Lebenssituation)
- Gesundheitsförderung mit Eltern abstimmen

### **Erziehungspartnerschaft**

- Vermittlung von Kenntnissen über kindliche Entwicklungsprozesse
- Ansprache auf Auffälligkeiten oder Behinderungen der Kinder
- Entwicklungsgespräche über das Kind
- ausdrücklich auch „Väter als Erzieher“ und auch Mütter und Väter mit Migrationshintergrund in den Kita-Alltag einbeziehen
- Eltern an Aktivitäten beteiligen, Eltern ansprechen, Förderung der Identifikation der Eltern mit der Einrichtung
- Einbezug der Eltern als Multiplikatorinnen

## **Soziales Umfeld**

### **Vernetzung und Kooperation**

- mit lokalen Einrichtungen des Gesundheits-, Sozial- und Bildungssektors
- Kenntnis des sozialen Umfelds und seiner Akteure
- Beteiligung an Arbeitskreisen, Stadtteilkonferenzen u. a.

- persönlicher Kontaktaufbau
- Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten

**Kooperationspartner**

Gesundheitsamt, Jugendamt, Beratungsstellen, Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH), Ärztinnen, Zahnärztinnen, Sprachheilambulanzen, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, kirchliche Dienste, städtische Ämter und Dienste, Eltern-Kind-Zentren, andere Kitas, Schulen, Schulamt, Familienbildungsstätten, kulturelle Einrichtungen, Ehrenamtliche, Vereine, Kommunalpolitikerinnen, Medien (Zeitung, Rundfunk u. a.)

Tabelle 14: Gesundheitliche Potenziale im Setting Kita (vgl. Richter/Altgeld 2004, 18-28)

**Anknüpfungspunkte:**

Das Handlungskonzept zur Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Zielgruppen bezieht das gesamte Setting Kita mit ein. Ziel ist die Förderung der Gesundheit von Kindern und Erzieherinnen sowie die Verbesserung der Zusammenarbeit mit Eltern und Kooperationspartnerinnen des sozialen Umfelds.

**2) „Gesunde Kita für alle!“ (2010)**

„Gesunde Kita für alle!“ ist der Titel eines Leitfadens zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Herausgegeben wurde die Broschüre von der Landesvereinigung Gesundheit und der Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVGAFS) und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Nationalen Aktionsplans „IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung“. Das Ziel ist, unter Beteiligung von Kindern, Mitarbeiterinnen, Eltern und dem Umfeld, Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag zu integrieren. Das Setting Kita nimmt in der Gesundheitsförderung und Prävention eine Schlüsselposition ein, da Kindertageseinrichtungen schon früh das gesunde Aufwachsen von Mädchen und Jungen beeinflussen können und Einblick in die Lebenswelt der Kinder haben. Dort, wo wir wohnen, spielen, lernen oder arbeiten wird unsere Gesundheit beeinflusst. Das Wahrnehmen, Wissen und Verstehen des Familienalltags und die Beteiligung der Eltern werden als wichtige Schlüssel für einen niederschweligen Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen hervorgehoben.

Es handelt sich um einen praxisorientierten Leitfaden, der sich ausdrücklich an die Zielgruppe der Erzieherinnen wendet. Er fordert Praktikerinnen dazu auf, Gesundheitsförderung ganzheitlich anzugehen, übergreifende Strukturen zu entwickeln und Gesundheitsförderung als festen Bestandteil des Kita-Alltags zu begreifen. Als grundlegend für ein ganzheitlich ausgerichtetes Konzept zur Gesundheitsförderung wird die Berücksichtigung aller Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Kita beschrieben: Beschäftigte, Kinder, Eltern und das Umfeld.

Neben den Kindern sollen Eltern und alle Beschäftigten sowie das Umfeld der Kita eingebunden sein. Deren spezifischen Belastungen und Potenziale sollen in die Gesundheitsförderung im Setting Kita einbezogen werden und werden im Leitfaden detailliert und differenziert aufgeführt. Der Leitfaden stellt dar, wie Eltern an der Arbeit in der Kita und damit auch an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung beteiligt werden können. Zugleich werden damit verbundene Schwierigkeiten und Hindernisse aufgezeigt. Eine gelungene Zusammenarbeit mit schwer erreichbaren Eltern gehört

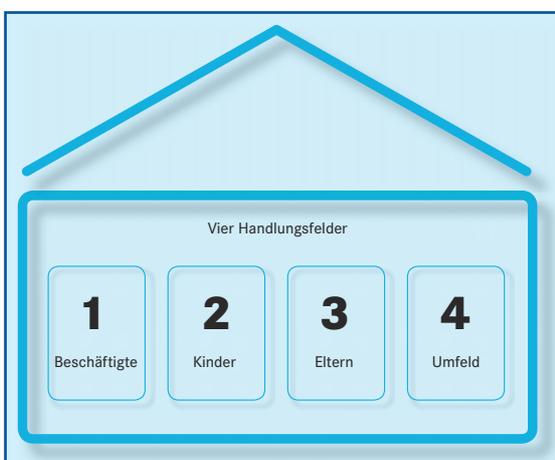


Abbildung 8: Settingorientierte Gesundheitsförderung in der Kita (LVGAFS 2010, 13)

zu den anspruchsvollsten Aufgaben in Kindertageseinrichtungen. Eine Kultur der Wertschätzung in der Einrichtung wirkt sich sowohl auf Mitarbeiterinnen, als auch auf die Zusammenarbeit mit den Eltern positiv aus. An diesem Beispiel wird deutlich, wie die unterschiedlichen Handlungsfelder (siehe Abbildung 8) zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Kindertageseinrichtung wird nicht nur als Ort betrachtet, über den möglichst viele Kinder und Eltern erreicht werden können, sondern auch als Arbeitsplatz mit typischen Belastungen und Ressourcen. Verringerung von Lärm, Fehlhaltungen des Körpers und andere Beispiele werden praxisnah aufgeführt, und das Zusammenwirken derartiger Maßnahmen mit anderen Faktoren der Gesundheitsförderung wird dargestellt. Auch das Umfeld der Kita wird als Handlungsfeld der Gesundheitsförderung berücksichtigt und steht ebenfalls in Wechselwirkung zu den anderen Bereichen. Wenn in der Umgebung der Kita bspw. enge Wohnungen und wenig Platz zum Spielen die Regel sind, brauchen Kinder zum Ausgleich in der Kita ausreichend Bewegungsangebote. Darüber hinaus wird die Kita als Kooperationspartner im Gemeinwesen betrachtet, z. B. durch Kooperationen mit lokalen Sportvereinen, Kultureinrichtungen und Beratungseinrichtungen. Auf diese Weise werden Kindertageseinrichtungen für Kinder und ihre Familien zum Bestandteil eines sozialen Netzwerks, das ihnen Zugang zu Informationen oder Kontakten bietet. Damit wird ihnen der Zugang zu Lebensbereichen ermöglicht, die ihnen sonst versperrt bleiben würden.

Der Leitfaden macht deutlich, dass alltägliche Abläufe in der Kita Gegenstand von Gesundheitsförderung sind. Er bietet praktische Unterstützung dabei, wie Gesundheitsförderung fester Bestandteil der Einrichtungskultur werden kann. Als Beispiele für wichtige übergreifende Themengebiete der Gesundheitsförderung werden Ernährung und Bewegung sowie Resilienzförderung vorgestellt. Die Auswahl dieser Themen als Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung wird damit begründet, dass diese als Querschnittsthemen gelten, mit engen Verbindungen in benachbarte Bereiche, und dass sie von grundlegender Bedeutung für die Kindergesundheit sind. Darüber hinaus weisen sie eine Nähe zu den Angeboten im Kita-Alltag auf. Die Kita ist neben der Familie ein geeigneter Ort, um Wissen und Fertigkeiten einer gesunden Ernährung zu vermitteln und eine positive Esskultur einzuüben. Das gemeinsame Essen in einer ansprechenden Atmosphäre wirkt sich positiv auf das Sozialverhalten der Einzelnen und in der Gemeinschaft aus. In der Kita können Kinder spielerisch an eine gesundheitsgerechte Ernährung herangeführt werden. Der ganze Kreislauf, vom gemeinsamen Einkauf über die Zubereitung zur gemeinsamen Mahlzeit, kann nachvollzogen werden und sowohl Kinder als auch die Eltern können eingebunden werden. Bewegungsförderung ist ebenfalls grundlegender Bestandteil von Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen. Räume sollen zu regelmäßiger Bewegung auffordern, Bewegungslandschaften sollen geschaffen und Freiflächen im Umfeld der Kita erschlossen bzw. genutzt werden.

Zur konkreten Ausgestaltung eines Konzeptes für Gesundheitsförderung in der Kita, befindet sich am Ende der Broschüre ein „Werkzeugkasten“. Dieser enthält Vorlagen zur Planung von Maßnahmen mit Beispielen aus den vier Handlungsfeldern – Kinder, Beschäftigte, Eltern, Umfeld – zu den Themen Ernährung, Bewegung und Resilienzförderung. Es werden beispielhaft Leitziele mit untergeordneten Teilzielen, möglichen Maßnahmen, denkbaren Verbündeten sowie Erfolgskriterien und Stolpersteine formuliert. Beispiele „Guter Praxis“ sowie Leitfragen zur Umsetzung geben zahlreiche Anregungen. Insgesamt werden viele praktische Hinweise für die Umsetzung eines ganzheitlichen Konzeptes der Gesundheitsförderung gegeben. Die Broschüre kann kostenlos über das Internet bezogen werden<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> über die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V.: [www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7774](http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&snr=7774) oder über die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: [www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/dokumentationen/99-230210-gesunde-Kita-fuer-alle](http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/dokumentationen/99-230210-gesunde-Kita-fuer-alle).

### Anknüpfungspunkte:

Es handelt sich um einen Handlungsleitfaden, der darauf abzielt, Gesundheit zu einer Konstanten im Kita-Alltag zu machen und dabei sowohl alle Kinder, ihre Familien, als auch die Beschäftigten und das Gemeinwesen einzubeziehen. Ernährung und Bewegung werden als Ansatzpunkte für settingorientierte Gesundheitsförderung in der Kita ausgewählt. Die Beispiele und Arbeitsmaterialien, die aufzeigen, wie Gesundheitsförderung in der Kita geplant und umgesetzt werden kann, bieten vielfältige Anregungen und Anknüpfungspunkte für die Entwicklung eines Konzepts für eine sozialogenbezogene, integrierte Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen.

### Literatur:

- Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVGAFS) (2010). Gesunde Kita für Alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Hannover. URL: <http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/dokumentationen/99-230210-gesunde-Kita-fuer-alle> [Stand: 28.04.2010].
- Richter, A.; Holz, G.; Altgeld, T. (Hg.) (2004). Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich – Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte. ISS-Pontifex 2/2004. (FL).

## 4 Zur Verbindung von Kinderschutz, Frühen Hilfen, Prävention und Gesundheitsförderung

Die Förderung der Kindergesundheit ist ein wichtiger Bestandteil der Sicherung des Kindeswohls. Gefährdungen des Kindeswohls bestehen dann, wenn durch eine gegenwärtige Gefahr eine erhebliche Schädigung des Kindes mit ziemlicher Sicherheit vorhersagbar ist. (vgl. Kindler u. a. 2007). Jede Kindeswohlgefährdung umfasst nennenswerte Beeinträchtigungen der körperlichen und/oder seelischen Gesundheit des betroffenen Kindes. Sie bietet dem Staat, der nach Art. 6, Abs. 2 GG das Wächteramt über das Kindeswohl innehat, Anlass, durch Hilfen auf die Verbesserung der Lebensbedingungen des Kindes in der Familie hinzuwirken oder ggf. auch in das Elternrecht einzugreifen, um das Kind vor vorhersehbaren oder sogar weiteren Schädigungen zu bewahren. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht stellen insbesondere die Vernachlässigung, die Kindesmisshandlung und der sexuelle Missbrauch von Kindern die Gefährdungskonstellationen dar, die das Eintreten schwerwiegender gesundheitlicher und entwicklungsbezogener Beeinträchtigungen erwarten lassen.

Gesundheitsförderung umfasst somit grundsätzlich solche Maßnahmen, mit denen ein frühzeitiger und wirksamer Schutz gegen das Entstehen solcher Gefährdungskonstellationen geschaffen werden kann. Gesundheitsförderung als solche sollte darüber hinaus auch in den Fallkonstellationen zum Handlungsprinzip werden, in denen Kinder durch problematische familiäre Entwicklungsbedingungen bereits Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu erleiden hatten und gegenüber weiteren Belastungen besonders verletzlich sind.

Sowohl die Gesundheitsförderung als auch die Kindeswohlsicherung versuchen mittels frühzeitig ansetzender Hilfen („Frühe Hilfen“) für Eltern junger Kinder, die Potenziale der Eltern zu stärken und so möglichen Risikokonstellationen, die statistisch mit dem Auftreten von Kindeswohlgefährdungen (z. B. durch anhaltende Unterversorgung und emotionale Vernachlässigung) assoziiert sind, zu begegnen oder sie da aufzufangen, wo sie bereits im Entstehen begriffen sind. Der Schutz der Kinder vor Gefahren für ihr Wohl stellt damit eine besondere Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe dar, wie sie auch im 13. Kinder- und Jugendbericht formuliert wird (vgl. BMFSFJ 2009, 254f; > Kapitel 6.1). In diesem Sinne sind Frühe Hilfen auch auf die Gesundheitsförderung gerichtet (> Kapitel 6.3).

In den nun folgenden Abschnitten soll neben einigen Fakten bzgl. Kindeswohlgefährdungen und den daraus resultierenden Folgen für den Kinderschutz v. a. dargestellt werden, welche Struktur und welche Aufgaben Frühe Hilfen haben, welche Bedeutung sie für Kindertageseinrichtungen und für besonders belastete Familien haben und, mehr noch, welche Rolle die Tageseinrichtungen in den nun zu beschreibenden Netzwerken und ihren die Gesundheitsförderung betreffenden Aufgaben spielen können.

### Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.) (2007). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut. URL: <http://db.dji.de/asd/7.htm> [Stand 04.06.2010].

## 4.1 Welche Risiken für die Gesundheit und Entwicklung von Kindern bestehen?

Zu den wichtigsten Gefährdungskonstellationen für die kindliche Entwicklung und damit auch für die körperliche und seelische Gesundheit gehören (vgl. Köckeritz 2004):

- a) Pränatale Gefährdungen des ungeborenen Kindes durch Alkohol- und Drogenkonsum der werdenden Mutter, nicht selten begleitet durch belastende, insbesondere auch durch Gewalterfahrungen beeinträchtigte Lebensumstände der Schwangeren (vgl. Steinhausen 2000).
- b) Vernachlässigung als Konstellation von ungenügender physischer Versorgung und emotionaler Zuwendung, gekennzeichnet insbesondere durch unzureichende Pflege, ungeeignete oder gar fehlende Ernährung, Versäumnisse in der Gesundheitsvorsorge, ausbleibende emotionale Anregung und kognitive Förderung, die Zumutung sich wiederholender Beziehungsabbrüche (z. B. durch ungeeignete Betreuungsarrangements), durch fehlenden Schutz vor Gefahren (vgl. Kindler 2007).
- c) Körperliche Misshandlungen durch wiederholte, durch affektive Handlungen oder in strafender Absicht ausgeführte Übergriffe wie Schläge, Tritte, Schütteln u. ä., typischerweise verbunden mit dem Fehlen von Einfühlung in das Kind (vgl. Kindler 2007).
- d) Psychische Misshandlungen durch demütigende Behandlung, durch die emotionaler Druck ausgeübt werden soll (vgl. Kindler 2007).
- e) Sexueller Missbrauch als mit dem Kind, vor ihm oder an ihm durchgeführte Handlungen, die der sexuellen Stimulation und der sexuellen Befriedigung Erwachsener dienen (vgl. Kindler 2007).

Neben der Mangelernährung wird in der fachlichen Diskussion zum Teil auch ein ähnlicher Bezug zu Adipositas hergestellt, in dem Sinne, dass beide Formen der Fehlernährung in den letzten Jahren zugenommen haben und zu gravierenden Gefährdungen der kindlichen Gesundheit und Entwicklung führen können.

In Deutschland gibt es keine systematische Statistik über Kinderschutzfälle und deshalb auch keine belastbaren Zahlen im Hinblick auf Todesfälle oder gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folgeerscheinungen von Vernachlässigung und Misshandlung (vgl. Ziegenhain 2010, 29).

### Literatur

- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.) (2007). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut. URL: <http://db.dji.de/asd/7.htm> [Stand 04.06.2010].
- Köckeritz, Ch. (2004). Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.
- Steinhausen, H. Ch. (2000). Pränatale Entwicklungsgefährdungen – Ergebnisse der Verhaltensteratologie. In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hg): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag, S 101-112.
- Ziegenhain, Ute u. a. (2010). Werkbuch Vernetzung: Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Hg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 1. Aufl. Ulm: Süddeutsche Verlagsgesellschaft. URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/materialien/publikationen/publikation/titel/werkbuch-vernetzung-chancen-und-stolpersteine-interdisziplinärer-kooperation/> [Stand: 12.05.2010].

## 4.2 Welche Hintergründe haben Vernachlässigung und Misshandlung?

Risikokonstellationen für die kindliche Entwicklung entstehen vor dem Hintergrund elterlicher Notlagen, die in der Regel durch eine Verknüpfung struktureller Benachteiligungen mit personalen Problemlagen gekennzeichnet sind (vgl. Köckeritz 2004).

Einkommensarmut und die damit verbundenen Benachteiligungen auf dem Wohnungsmarkt, fehlende Ressourcen zur Inanspruchnahme von Freizeit- und Kontaktmöglichkeiten oder belastende Verschuldungssituationen können als Stressoren die gesamte Lebenssituation und auch die Versorgungs- und Erziehungssituation der Kinder belasten. Dies kann, wie an anderer Stelle auch schon beschrieben, zu Fehlernährung und mangelnder Bewegung führen und die Entwicklung von Übergewicht und Adipositas begünstigen.

Kommen schwerwiegende persönliche Belastungen hinzu, ist mit erheblichen Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit der Eltern zu rechnen.

Psychische Störungen einer Elternperson beeinträchtigen Stimmung, Selbststeuerung, Orientierung und Alltagsbewältigung tief greifend, ebenso wie übermäßiger Alkoholkonsum. Nicht selten finden sich in der Vorgeschichte psychisch beeinträchtigter Eltern eigene Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Herkunftsfamilie (vgl. Deneke 2005).

Nicht unterschätzt werden darf die Bedeutung von Gewalt in der Elternbeziehung, vorherrschend die Gewalt gegenüber Müttern: Sie kann zur Traumatisierung der Mutter führen und schließlich auf diesem Wege ebenfalls die Erziehungsfähigkeit beeinträchtigen (vgl. Köckeritz 2002).

### Literatur

- Deneke, Ch. (2005). Misshandlung und Vernachlässigung durch psychisch kranke Eltern. In: Deegener, G., Körner, W. (Hg.). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe, S. 141–154.
- Köckeritz, Ch. (2002). Lebensumstände, Entwicklungen und Erfahrungen von Kindern aus Gewaltkontexten. In: Diakonisches Werk der EKD e. V., AG Evangelische Frauenhäuser (Hg.). Kinderleben im Frauenhaus. Stuttgart, S. 5–25.
- Köckeritz, Ch. (2004). Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.
- Strobel, B., Liel, Ch., Kindler, H. (2008). Validierung und Evaluierung des Kinderschutzbogens. Ergebnisbericht. DJI. gefördert. durch das Jugendamt der Landeshauptstadt Stuttgart.

## 4.3 Welche Folgen haben Misshandlung und Vernachlässigung für die Gesundheit und Entwicklung in der Kindheit?

Vernachlässigung und Gewalt wirken sich auch unterhalb der Schwelle lebensbedrohlicher Auswirkungen schädigend auf die Entwicklung von Kindern aus. Dabei sind die körperliche und die psychische Entwicklung betroffen. Mangel- und Fehlernährung in der Kindheit können dauerhafte Veränderungen im Stoffwechsel verursachen, die später bei reichlicher Ernährung Stoffwechselerkrankungen und Fettsucht begünstigen. Belegt sind verlangsamtes Gehirnwachstum in den ersten Jahren und herabgesetzter Stoffwechsel in einigen Hirnarealen bei schweren Formen der Vernachlässigung. Zahlreiche internationale Studien belegen Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Entwicklung. Frühe Vernachlässigung bedingt schon in den ersten Lebensjahren erhebliche Entwicklungsrückstände in Form der Deprivationsstörung. Soziale und emotionale Entwicklung: Körperlich und/oder emotional vernachlässigte Kinder bauen keine sichere Bindungsbeziehung zur Mutter auf (Väter sind bislang nicht untersucht) sondern zeigen desorganisierte Bindungen, die im engen Zusammenhang mit bereits in den ersten Lebensjahren erkennbaren Defiziten des Sozialverhaltens stehen (Lyons-Ruth, Conell, Grunebaum, Botein, 1990, Lyons-Ruth, Alpern, Repacholi, 1993). Folgen sind aber nicht nur Unruhe und Aggressivität, sondern

auch Angst, Rückzugstendenzen, fehlende Kompetenz in sozialen Konfliktsituationen und mangelndes Selbstwertgefühl. (vgl. Kindler 2006, Köckeritz 2004; Moggi 2005)

## Literatur

- Kindler, H., Lillig, S. Blüml, H., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.) (2006). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). München: Verlag Deutsches Jugendinstitut. URL: <http://db.dji.de/asd/32.htm> [Stand 04.06.2010].
- Köckeritz, Ch. (2004). Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Weinheim, München: Juventa.
- Lyons-Ruth, K.; Alpern, L.; Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behaviour in the preschool classroom. In: Child Development, 64, 572-585.
- Lyons-Ruth, K.; Connell, D. B.; Grunebaum, H. U.; Botein, Sh. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. In: Child Development, 61, 85-98.
- Moggi, F. (2005). Folgen von Kindesmisshandlung. Ein Überblick. In: Deegener, G., Körner, W. (Hg.). Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. Göttingen u. a.: Hogrefe.

## 4.4 Welche Anforderungen ergeben sich an den Kinderschutz?

### 4.4.1 Welche Aufgaben müssen das Jugendamt und die öffentlichen und freien Träger der Jugendhilfe wahrnehmen?

Kinderschutz wird realisiert durch das staatliche Wächteramt, das im Grundgesetz (GG) Art. 6 Abs. 2 fixiert ist. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt insbesondere die Eingriffsmöglichkeiten des Staates in das Elternrecht, das Sozialgesetzbuch (SGB) VIII enthält alle Bestimmungen über die Erbringung öffentlicher Jugendhilfeleistungen.



Insbesondere § 1666a im BGB regelt den Vorrang öffentlicher Hilfen im Falle einer Kindeswohlgefährdung; der Eingriff in das Elternrecht durch den Entzug von Teilen der elterlichen Sorge ist das letzte und schärfste Mittel im Kinderschutz, das nur durch eine gerichtliche Entscheidung zum Einsatz kommen darf, wenn Hilfeangebote versagt haben oder nicht in der Lage sind, die bestehende Gefahr abzuwenden.

Kinderschutz ist also zum wenigsten und zuletzt Eingriff ins Elternrecht.

Er beginnt weit im Vorfeld möglicher Gefährdungen z. B. durch Elternbildung und –beratung und setzt auf die Bereitschaft der Eltern, gute Eltern sein zu wollen, auf ihr Interesse und ihre Mitwirkung. Selbst in bereits bestehenden Gefährdungssituationen ist nicht der Eingriff ins Elternrecht das Mittel der Wahl sondern eine gemeinsam mit der Familie auszuhandelnde detaillierte Hilfeplanung, mit der die Erziehungsfähigkeit der Eltern gestärkt und die Entwicklungsbedingungen des Kindes verbessert werden sollen. In diesem Bereich gilt es also, auch schwierig zu erreichende Eltern angemessen anzusprechen, so dass sie die Hilfeleistung annehmen können und davon profitieren. Es können also Beispiele guter Praxis hinsichtlich der Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen jeweils übertragen werden (> Kapitel 5).

Gleichwohl wäre es illusionär, einen Kinderschutz ohne Kontrolle und staatliche Eingriffsrechte zu konzipieren. Die Erfahrung lehrt, dass Eltern in Situationen kommen können, in denen sie aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Kinder angemessen zu versorgen und zu erziehen, sowie Gefahren von ihnen abzuwenden.

Gleichwohl wäre es illusionär, einen Kinderschutz ohne Kontrolle und staatliche Eingriffsrechte zu konzipieren. Die Erfahrung lehrt, dass Eltern in Situationen kommen können, in denen sie aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage sind, ihre Kinder angemessen zu versorgen und zu erziehen, sowie Gefahren von ihnen abzuwenden.

Somit bleibt der für den Kinderschutz zuständigen Jugendhilfe immer und zu Recht ein doppeltes Mandat: sie hat für die angemessene Unterstützung der Eltern Sorge zu tragen mit dem Ziel, dass Eltern (wieder) in die Lage versetzt werden, ihr Kind selbst zu erziehen. Sie ist aber nicht nur Dienstleister gegenüber den Eltern, worauf insbesondere der 10. Kinder- und Jugendbericht (vgl. BMFSFJ 1998) hinweist. Ihre Aufgabe besteht auch darin, Gefährdungsfälle zu erkennen und ggf. gegen das elterliche Einverständnis den Schutz des Kindes zu realisieren.

Der Gesetzgeber hat im Jahre 2005 durch die Einfügung des § 8a ins SGB VIII den Schutzauftrag des Jugendamtes sowie aller Erbringer von Jugendhilfeleistungen bei Kindeswohlgefährdungen explizit geregelt. Er besteht darin, Gefährdungen des Kindeswohls differenziert wahrzunehmen, insoweit erfahrene Fachkräfte bei der Beurteilung einer Gefährdungssituation einzuschalten und nach entsprechender Beratung der Eltern und Kinder weitere Hilfen verfügbar zu machen, um der Gefährdung abzuwehren. Im Falle ausbleibenden Erfolgs solcher Bemühungen sind Jugendamt wie auch Leistungserbringer verpflichtet, das Familiengericht anzurufen, um das Kind angemessen zu schützen.

Kindertageseinrichtungen:

Diese Aufgabe obliegt auch den Kindertageseinrichtungen, da sie Leistungserbringer nach dem SGB VIII sind. Folglich gehört es zu ihren Aufgaben, durch geeignete Beobachtungsverfahren auf die für sie wahrnehmbaren Anzeichen für Kindeswohlgefährdungen zu achten und diese zu dokumentieren, Beratungsgespräche zu führen, in denen Gefährdungen thematisiert und weitere Hilfeangebote zugänglich gemacht werden können; falls auf diese Weise die Gefährdung beendet werden kann, ist das Jugendamt zu informieren.

## Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1998). Zehnter Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation von Kindern und über Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Berlin.

### 4.4.2 Welche Aufgaben muss das Gesundheitssystem wahrnehmen?

Im Rahmen ärztlicher Vorsorgeuntersuchungen und v. a. auch bei akuten Vorstellungen ist es möglich, Anzeichen von Kindeswohlgefährdungen zu erkennen, z. B. durch die Wahrnehmung typischer Verletzungen durch Misshandlungen, eines schlechten Pflegezustandes oder einer Unter- und Mangelernährung.

Pädiaterinnen sehen sich dann oft in einer Dilemma-Situation. Zunächst ist es gelegentlich nicht leicht, die Situation angemessen einzuschätzen. Zu fachlichen Unsicherheiten kommen rechtliche Unklarheiten: Immerhin könnte die Mitteilung der Wahrnehmung von Gefährdungszeichen eine strafbare Verletzung der Schweigepflicht darstellen.

Auch andere Fachärztinnen (z. B. Gynäkologinnen, insbesondere im Rahmen der Schwangerschaftsberatung) und Hebammen (bei der nachgeburtlichen Betreuung von Mutter und Kind) haben grundsätzlich die Möglichkeit, Gefährdungsanzeichen zu erkennen – und sehen sich ebenfalls im beschriebenen Dilemma. Ein möglicher Ansatz im Bereich der Hebammenhilfe nicht nur Gefährdungsanzeichen zu erkennen, sondern auch damit kompetent umzugehen, ist in dem Konzept der Familienhebammen zu sehen, die speziell für die Arbeit mit Familien in belasteten Situationen geschult/ausgebildet werden. (> Kapitel 4.6.3; Kapitel 5.7)

Das Baden-Württembergische Kinderschutzgesetz vom 3. März 2009 regelt zunächst die Verpflichtung der Personensorgeberechtigten zur Teilnahme ihrer Kinder an den Früherkennungsuntersuchungen sowie die Nachholung versäumter Untersuchungen. Diese Vorschrift dient der Verbesserung der Kontrolle des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes der Kinder. Außerdem hat das Gesetz hinsichtlich der Informationsweitergabe bei Kindeswohlgefährdungen eine Klarstellung geschaffen: in Fällen, die dringend ein Tätigwerden erfordern und in denen

die Personensorgeberechtigten an einer Abwendung der Gefährdung nicht mitwirken, sind Personen, die der Schweige- und Geheimhaltungspflicht nach § 203 (StGB) unterliegen, ausdrücklich befugt, dem Jugendamt ihre Erkenntnisse mitzuteilen. Sie haben die Betroffenen vorab darauf hinzuweisen, solange der wirksame Schutz des Kindes dadurch nicht gefährdet wird.

## 4.5 Was können Frühe Hilfen zur Förderung des gesunden Aufwachsens leisten?

### 4.5.1 Was sind Anliegen und Ziel der Frühen Hilfen?

Der Begriff Frühe Hilfen ist nicht neu, sondern ursprünglich in den 70er Jahren von der Frühförderung geprägt und findet sich in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssystems oder der Kinder- und Jugendhilfe wieder. Im Zusammenhang mit Prävention und Kinderschutz wurde der Begriff in den letzten Jahren zunächst ausgehend von der Idee geprägt, soziale Frühwarnsysteme als Verzahnung von gesundheitsbezogenen Leistungen und Jugendhilfeleistungen sowie zivilgesellschaftlichem Engagement zu entwickeln, um dem Schutzauftrag der staatlichen Gemeinschaft verstärkt gerecht zu werden. Weiterführend wurde dann auch die Frage der Ausgestaltung früher Hilfen für Eltern und ihre Kinder diskutiert. Den derzeitigen Stand der Diskussion spiegelt der Vorschlag für eine verbindliche Definition des Begriffes „Frühe Hilfen“ vom Wissenschaftlichen Beirat des NZFH<sup>19</sup> wider:



#### Was wird unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ verstanden?

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der Null- bis Dreijährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden. Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern.

<sup>19</sup> NZFH steht für Nationales Zentrum Frühe Hilfen und ist unter dem Link [www.fruehehilfen.de](http://www.fruehehilfen.de) im Internet zu erreichen. Auf der Homepage finden sich neben Informationen zum rechtlichen Rahmen, verschiedene Beschlüsse und Hintergründe sowie Daten und Fakten, Veranstaltungs- und Fortbildungshinweise.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Maßnahmen der Frühen Hilfen umfassen einen breiten Rahmen, z. B. UN-Kinderrechtskonvention, Grundgesetz, Bürgerliches Gesetzbuch, Strafgesetzbuch, Schwangerschaftskonfliktgesetz, Fünftes, Achtes und Neuntes Sozialgesetzbuch (vgl. Ziegenhain u. a. 2010).

Auch wenn es eine nicht zu vernachlässigende Schnittmenge im Hinblick auf die Frühen Hilfen und die Gesundheitsförderung gibt (> Kapitel 6.5.1 Mo.Ki; Kapitel 6.5.2 Dormagener Präventionskette), sollte eine begriffliche Differenzierung, wie sie im 13. Kinder- und Jugendbericht nach Schone (2008) vorgeschlagen wird, weiterverfolgt werden (> Kapitel 6.1). In diesem Zusammenhang werden die Begrifflichkeiten „frühe Förderung“ von den „Frühen Hilfen“ und dem „Schutz“ unterschieden, wobei betont wird, dass in den Bereichen, in denen es nicht direkt um eine Kindeswohlgefährdung geht, von „früher Förderung“ gesprochen werden sollte. Die Maßnahmen der „frühen Förderung“ sind an alle Familien adressiert, von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter (> Kapitel 6.1).

## Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Frühe Hilfen: Grundlagen. URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/fruehe-hilfen-grundlagen/begriffsbestimmung/> [Stand: 12.05.2010]
- Ziegenhain, Ute u. a. (2010). Werkbuch Vernetzung: Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Hg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 1. Aufl. Ulm: Süddeutsche Verlagsgesellschaft. URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/materialien/publikationen/publikation/titel/werkbuch-vernetzung-chancen-und-stolpersteine-interdisziplinärer-kooperation/> [Stand: 12.05.2010].

### 4.5.2 Welche Empfehlungen gibt es zu Netzwerken der Frühen Hilfen?

Helmig u. a. führten 2007 eine Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern durch, um Stärken und Schwächen entlang der oben genannten Ziele herauszuarbeiten und offene Fragen und Lücken im System der Frühen Hilfen zu identifizieren.

Die Evaluation des DJI bleibt in dieser Veröffentlichung auf die Strukturebene beschränkt. Es wird überprüft, mit welchen Methoden und Arbeitsansätzen die Projekte versuchen, die im Modellprogramm des Bundes formulierten Ziele umzusetzen. Dabei wurden 19 Projekte an 21 Standorten untersucht. Eingesetzt wurden leitfadengestützte Interviews mit Projektleitungen, Mitarbeiterinnen, Kooperationspartner Jugend- und Gesundheitshilfe, Daten aus einem Fragebogen sowie schriftliche Materialien der Projekte. Im Ergebnis der Studie zeigte sich eine sehr heterogene Projektlandschaft, über deren Effizienz keine verallgemeinerten Aussagen gemacht werden können. Gleichwohl war es möglich, einige Empfehlungen zur Ausgestaltung der Hilfenetzwerke auszusprechen:

Nur ein umfassendes, ausreichend differenziertes Netzwerk kann den Schutz der Kinder verbessern. Berücksichtigt werden müssen Jugendamt, Gesundheitsamt, Bildungs- und Betreuungseinrichtungen, Familiengericht, Polizei und freie Träger. Es muss eine Koordinierungsstelle festgelegt werden (Jugend- und/oder Gesundheitsamt).

Es gilt, vor der Etablierung eines interdisziplinären Netzwerks „Frühe Hilfen“ einige Entscheidungen zu treffen und Voraussetzungen zu schaffen:

- Initiative: Top-down-Strategie der Kommune: Das Netzwerk muss von den politisch und verwaltungstechnisch verantwortlichen Personen und Strukturen getragen und aktiv unterstützt werden.
- Steuerung: Verantwortung muss geklärt werden (Gesundheitsamt oder/und Jugendamt).
- Sozialraumanalyse: Analyse der lokalen Begebenheiten (Zielgruppen, laufende Angebote, aktuelle Probleme).

- Bausteine: Planung von gemeinsamen Veranstaltungen, um potenzielle Netzwerkpartner ausfindig zu machen und zu aktivieren.
- Ressourcen: die Kontinuität der Netzwerkarbeit steht und fällt mit zusätzlichen Ressourcen, die gezielt zur Verfügung gestellt werden müssen.
- Öffentlichkeitsarbeit: für Nutzerinnen und die breite Öffentlichkeit, um Akzeptanz herzustellen.
- Evaluation: Die Netzwerkarbeit sollte laufend überprüft und angepasst werden.

#### Literatur:

Helmig, E.; Sandmeir, G.; Sann, A.; Walter, M. (2007). Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. DJI, Abschlussbericht. München.

## 4.6 Welche Modellprojekte und Programme gibt es im Bereich der Frühen Hilfen (in Baden-Württemberg)?

Im Folgenden werden Modellprojekte aus dem Bereich der Frühen Hilfen in Baden-Württemberg vorgestellt, die sich gut für die Verknüpfung mit der sozillagenorientierten und integrativen Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen eignen: „Guter Start ins Kinderleben“, „STÄRKE“, „Familienhebammen“. Dabei unterscheiden sich alle drei in ihrer Herangehensweise. So ist das Hauptanliegen von „Guter Start ins Kinderleben“ niederschwellige und interdisziplinär angelegte Kooperations- und Vernetzungsformen zu erheben, zu entwerfen und zu erproben. STÄRKE hingegen fördert Familien hauptsächlich durch Bildungsgutscheine für bereits existierende Angebote und im Bezug auf die Familienhebammen hat Baden-Württemberg Gelder zur Verfügung gestellt, um die Fortbildung sowie den Einsatz der Fachkräfte im Rahmen einer Anschubfinanzierung zu fördern.

### 4.6.1 „Guter Start ins Kinderleben“

Für eine optimale Unterstützung und Versorgung werden an verschiedenen Standorten niederschwellig und interdisziplinär angelegte Kooperationsformen und Vernetzungsstrukturen zur gezielten Unterstützung eines guten Starts von Säuglingen und Kleinkindern erprobt und entwickelt. Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie des Gesundheitssystems werden dabei systematisch miteinander koordiniert und auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft. Über eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Angebote der Hilfen für junge Eltern sowie der Vernetzungsstrukturen werden diese weiterentwickelt und verbindliche Verfahrensregelungen und Zuständigkeiten festgelegt. Die weiteren Schritte betreffen die Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der entwicklungspsychologischen Beratung zur videogestützten Bindungsförderung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, sowie Unterstützung der Praxis durch die Entwicklung von Instrumenten, wie etwa eines Anhaltsbogens für ein vertiefendes Gespräch mit Eltern, um einen möglichen Hilfebedarf in der Zeit um die Geburt des Kindes wahrnehmen zu können. Ein „Workshop Kinderschutz“ mit Fachkräften aus dem Schnittstellenbereich Gesundheits- und Jugendhilfe ergänzen diesen Schritt. Als Ergebnis des Projekts wird ein „Werkbuch Vernetzung“ vorgelegt, das auch andere Kommunen, Fachkräfte in Jugend- und Gesundheitsämtern, freie Träger, Ärztinnen sowie Hebammen etc. in ihrer Vernetzungsarbeit praktisch unterstützen soll. Das Programm wird von den Ländern Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert (vgl. BMFSFJ 2009; NZFH 2010; Ziegenhain u. a. 2010).

Aus den Erfahrungen mit dem Modellprojekt ist das Werkbuch Vernetzung entstanden (Ziegenhain 2010). Das „Werkbuch Vernetzung“ enthält praktische Tipps zur Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitsdiensten. Die Arbeitshilfe richtet sich an Fachkräfte in Jugend- und Gesundheitsämtern, bei freien Trägern sowie an Ärztinnen, Hebammen und diejenigen, die an Netzwerken Früher Hilfen beteiligt sind oder solche Netzwerke starten möchten. Erstellt wurde das Werkbuch vom Forschungsteam um Prof. Dr. Jörg Fegert und Privatdozentin Dr. Ute

Ziegenhain an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Die Autorinnen schildern ihre Erfahrungen aus dem Frühe Hilfen-Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Dieses Projekt wurde in gemeinsamer Initiative der Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Thüringen entwickelt. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen fördert die wissenschaftliche Evaluation des Modellprojekts im Rahmen des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

## Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2010). Guter Start ins Kinderleben (Interventions- und Vernetzungsprojekt). URL: <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/praxisprojekte/guter-start-ins-kinderleben-baden-wuerttemberg-rheinland-pfalz-bayern-thueringen/> [Stand 04.06.2010].

Ziegenhain, Ute u. a. (2010). Werkbuch Vernetzung: Chancen und Stolpersteine interdisziplinärer Kooperation im Bereich Früher Hilfen und im Kinderschutz. Modellprojekt „Guter Start ins Kinderleben“. Hg. vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). 1. Aufl. Ulm: Süddeutsche Verlagsgesellschaft. URL: <http://www.fruehehilfen.de/wissen/materialien/publikationen/publikation/titel/werkbuch-vernetzung-chancen-und-stolpersteine-interdisziplinärer-kooperation/> [Stand: 12.05.2010].

### 4.6.2 Stärke



STÄRKE ist ein Programm der Landesregierung Baden-Württemberg zur Stärkung der Elternkompetenz. Ziel ist es, durch Elternbildung präventiv zum Kinderschutz beizutragen. Ein Schwerpunkt liegt auf Familien mit Kleinkindern. Das Programm enthält zwei Komponenten:

1. Ausgabe von Familien- und Elternbildungsgutscheinen an alle Eltern von Neugeborenen
2. Spezifische Angebote zur Unterstützung von Familien in besonderen Lebenssituationen

#### zu 1. Familien- und Elternbildungsgutscheine:

Seit 1. September 2008 werden Bildungsgutscheine an alle Eltern nach der Geburt oder Aufnahme eines Säuglings durch Adoption oder Pflege, die in Baden-Württemberg leben, ausgegeben. Das Bewusstsein für Bildung und Beratung unter Eltern soll gestärkt werden und eine Stigmatisierung von sozial benachteiligten Familien soll ausgeschlossen werden. Die Gutscheine stellen einen finanziellen Zuschuss in Höhe von 40 Euro für Bildungsangebote zur Förderung der Erziehungskompetenz dar. Die Einwohnermeldeämter übermitteln nach der Geburtsmeldung ein Glückwunschschreiben des Ministerpräsidenten sowie den Gutschein und einen Flyer an die Eltern. Der Gutschein muss im ersten Lebensjahr eingelöst werden. Es gibt verschiedene Alternativen, um den Gutschein einzulösen:

1. Einen *Grundkurs* (viermal 1,5 Stunden) zur Entwicklung im ersten Lebensjahr, der auf folgende Themen eingeht:
  - Entwicklungspsychologie: Möglichkeiten der Entwicklungsförderung und Gewaltvermeidung
  - Bewegung: motorische Entwicklung, Spiele, Aufenthalt im Freien
  - Ernährung: Stillen, kindgerechte Speisen, Zusammenstellung der Nahrung, Aufbau der Beikost, Vorbildfunktion der Eltern, Zusammenhang mit Zahngesundheit

2. Vier verschiedene *Themenabende* aus den Bereichen: Kommunikation in der Familie, Vater sein, Mutter sein, Väter in der Elternzeit, Entwicklungspsychologie, Kinderpflege, Ernährung, Bewegung
3. Allgemein anerkannte *Familien- und Elternbildungskurse* von längerer Dauer (Gutschein ersetzt nur einen Teil der Kosten): Der Inhalt muss nicht auf die Entwicklung im Kleinkindalter ausgerichtet sein. Die Gutscheine sollen hierüber auch für Mehrfacheltern mit älteren Kindern attraktiv werden.
4. Elternnetzwerke oder Kindertagesstätten mit entsprechendem Fachpersonal können selbst Kurse anbieten.

## **zu 2. Unterstützung von Familien in besonderen Lebenssituationen**

Zu dieser Zielgruppe gehören Alleinerziehende, besonders junge Eltern und Teenagerschwangere, Familien mit Gewalterfahrung, mit einem Familienmitglied, das (sucht-)krank oder behindert ist, Familien mit Mehrlingen, mit Migrationshintergrund, in prekären finanziellen Verhältnissen, Pflege- und Adoptivfamilien, in Trennung lebende Familien und Familien, die einen Unfall oder den Tod eines Familienmitglieds erlitten haben. Liegen solche besonderen Lebenssituationen vor, dann können Bildungsträger auf die Zielgruppe zugeschnittene Familien- und Elternbildung kostenfrei oder ermäßigt anbieten. Die Kosten für die Kurse werden im jeweiligen Landkreis abgerechnet. In Zusammenhang mit Mehrfachbelastungen bzw. Kindeswohlgefährdungen sollen diese Angebote ergänzend sein und eventuelle Hemmschwellen abbauen helfen. Hausbesuche und häusliche Einzelfallberatung professioneller Dienste (mind. fünf Hausbesuche und insgesamt zehn Stunden Beratung) können mit bis zu 500 Euro abgerechnet werden. Die Bildungsträger arbeiten mit anderen Berufsgruppen vor Ort zusammen, die den Eltern bereits vertraut sind. Der Zuschuss muss von den Eltern beantragt werden, indem bei dem jeweiligen Veranstalter der Kurse ein Antrag ausgefüllt wird. Die Angebote müssen von qualifizierten Personen durchgeführt werden. Hausbesuche mit Einzelfallberatung dürfen nur von Fachkräften mit einer der Aufgabe angemessenen beruflichen Fortbildung und von Trägern der freien Jugendhilfe mit einer Vereinbarung nach § 8a SGB VIII oder direkt von den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe durchgeführt werden.

STÄRKE soll eine mögliche Schwellenangst von Eltern verringern und ihnen die Möglichkeit geben, durch die freie Auswahl der Kurse, eigene Interessen und Schwerpunkte in ihrer Familienentwicklung zu verfolgen. Des Weiteren wird durch STÄRKE der Stellenwert der Bildungsarbeit betont und eine Vertiefung der Zusammenarbeit von Bildungseinrichtungen und anderen Institutionen im Umfeld Familie ermöglicht.

### **Gesetzesgrundlage, Finanzierung und Evaluation:**

Grundlage für die Programmdurchführung ist die Rahmenvereinbarung STÄRKE zwischen der Landesregierung, Organisationen von Bildungsträgern und sonstigen freien Trägern der Jugendhilfe, den Kommunalen Landesverbänden und dem Kommunalverband für Jugend und Soziales sowie der Leistungskatalog des SGB VIII. Finanziert wird das Programm STÄRKE durch das Land. In den Jahren 2009–2013 werden dafür jährlich vier Millionen Euro bereitgestellt. Stadt- und Landkreise verteilen die Mittel an die örtlichen Träger der Jugendhilfe. Diese wiederum erstatten den Veranstaltern den Wert der eingelösten Gutscheine. Der Rest der Mittel wird für die Unterstützung von Familien in besonderen Lebenssituationen aufgewandt. Vorrang hat jedoch die Gutscheinerstattung. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) koordiniert die Programmdurchführung, ist Ansprechpartner für die örtlichen Träger und bewilligt die Mittel. STÄRKE wird von Beginn an wissenschaftlich evaluiert. Erste Ergebnisse sollen 2012 vorliegen.

### **Anknüpfungspunkte:**

Der Anreiz zur Teilnahme von Familien in prekären finanziellen Verhältnissen wird durch die Kostenerstattung über den Gutschein möglicherweise erhöht. Durch die Ausgabe von Bildungsgutscheinen an alle Eltern von Neugeborenen werden Familienbildungsangebote eventuell insgesamt häufiger und selbstverständlicher in Anspruch genommen, wodurch die Akzeptanz auch bei bildungsfernen Familien steigen könnte. Darüber hinaus soll ein Mindestangebot von Familienbildungsveranstaltungen in strukturschwachen Regionen eingeführt werden. Die

vorgesehenen Bildungsangebote für Familien enthalten Bausteine der Ernährung und Bewegung. Kindertagesstätten sollen im Zusammenhang mit STÄRKE

- die Eltern über das Angebot vor Ort informieren und für das Angebot werben
- Bildungsträgern Räume zur Verfügung stellen
- Kurse gemeinsam mit Bildungsträgern durchführen
- Kurse selber organisieren, indem geeignete Referentinnen gesucht werden, oder von einer Erzieherin mit Fort- oder Ausbildung in Erwachsenenpädagogik durchgeführt werden

Das Programm STÄRKE bildet im Prinzip einen Rahmen für sämtliche andere Familienbildungsprogramme und -angebote. PEKiP, Triple P, STEP, Starke Eltern – Starke Kinder, Opstapje, HIPPIY und das Video-Home-Training werden als mögliche Programme, Konzepte und Kursangebote von STÄRKE explizit erwähnt (vgl. KVJS März 2009). Besonders auch durch die Bestimmung von Verantwortlichen für das Landesprogramm STÄRKE in allen Jugendämtern, könnte die Vernetzung vorhandener lokaler Angebote durch STÄRKE angeregt werden (> Kapitel 5).

### Quellen und Kontakt:

Informationen zur Kontaktaufnahme mit dem KVJS:

Ansprechpartnerin: Frau Julia Schien, Tel.: 0711 6375-422; Julia.Schien@kvjs.de

Anschrift: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Jugend-Landesjugendamt, Lindenspürstraße 39, 70176 Stuttgart

<http://www.kvjs.de/1094.0.html>

Landesprogramm STÄRKE: [http://www.kvjs.de/fileadmin/user\\_upload/fachoeffentlich/jugendhilfe/staerke/Kursuebersicht\\_Maerz\\_09.pdf](http://www.kvjs.de/fileadmin/user_upload/fachoeffentlich/jugendhilfe/staerke/Kursuebersicht_Maerz_09.pdf) [Stand: 13.05.2010].

Landtag von Baden-Württemberg (2009). Drucksache 14/5420 vom 11.11.2009. Stellungnahme des Ministeriums für Arbeit und Soziales: Einjährige Bilanz des Projektes STÄRKE. URL: <http://www.landtag-bw.de/Dokumente/volltextsuche/index.asp> [Stand: 13.05.2010].

### 4.6.3 Familienhebammen

In Baden-Württemberg existiert seit 2008 ein spezielles Förderprogramm für „Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg im Rahmen der Frühen Hilfen als Maßnahme zur Weiterentwicklung im Kinderschutz. In den sechs Jahren Programmlaufzeit (bis 31.12.2014) ist ein Fördervolumen von 1,2 Mio. € vorgesehen. Die Gelder werden diesbezüglich einerseits im Zusammenhang mit der Förderung der Fortbildung zur Familienhebamme durch den Hebammenverband Baden-Württemberg e. V.<sup>20</sup>, bzw. zur Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin durch den Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e. V. (BeKD) eingesetzt und andererseits als Anschubfinanzierung für den Einsatz dieser fortgebildeten Fachkräfte<sup>21</sup>. (> Kapitel 5.7 Familiengesundheitspflege)

<sup>20</sup> Durch die finanzielle Förderung konnten die Teilnahmebeiträge deutlich gesenkt werden. Näheres unter [www.hebammen-bw.de](http://www.hebammen-bw.de).

<sup>21</sup> Vor Ort können durch die Jugendämter der Stadt- und Landkreise bzw. durch die Städte mit eigenem Jugendamt Fördermittel beantragt werden. Jährlich besteht ein Fördervolumen in Höhe von 140.000 €. Der Bewilligungszeitraum erstreckt sich jeweils vom 01.01.–31.12. eines Jahres. Die Anträge müssen hierfür jedoch bis spätestens 01.07. jeden Jahres gestellt werden. Die Abwicklung und Auszahlung erfolgt dann über das Landesjugendamt des Kommunalverbands für Jugend und Soziales (KVJS).

## 4.7 Welche Rolle kommt den Kindertageseinrichtungen innerhalb der Frühen Hilfen zu?

Kindertageseinrichtungen können und sollten im System der Frühen Hilfen einen bedeutsamen Platz einnehmen. Als Regelangebot für Kinder im Alter zwischen drei und sechs Jahren stehen sie allen Kindern und deren Eltern offen. Ihr Besuch gilt in der Öffentlichkeit zunehmend als erstrebenswerte und die kindliche Entwicklung fördernde Selbstverständlichkeit und ist mit keinerlei Stigmatisierungen der Nutzerinnen verbunden.

Kindertageseinrichtungen sind zudem ein Lebensort, an dem Erwachsene und Kinder Alltagsleben gemeinsam gestalten und Alltagshandlungen, insbesondere auch auf die Gesundheitsförderung bezogene Handlungsmuster z. B. im Wege des Modelllernens durch Kinder erworben werden können. Da sich das gemeinsame Handeln nicht ausschließlich auf Kinder und das in der Tageseinrichtung tätige Personal beschränken muss, können auch Eltern in die Alltagsgestaltung einbezogen werden, ihre Erfahrungen einbringen und selbst neue Erfahrungen gewinnen. Auf diese Weise kann die Kindertageseinrichtung zu einem Ort nicht nur der Elternarbeit, sondern auch der Bildungs- und Erziehungspartnerschaft werden, an dem sämtliche Fragen, die die Förderung des gesunden Aufwachsens von Kindern berühren, gemeinsam bearbeitet werden.

Über den Kreis der alltäglichen Nutzerinnen hinaus können sich Tageseinrichtungen den zukünftigen Nutzerinnen (also Familien mit Kindern im Alter unter drei Jahren, dort, wo bereits jüngere Kinder aufgenommen werden auch Familien mit Kindern im ersten Lebensjahr) zuwenden und die Tageseinrichtung so zu einem Ort der Begegnung und der Bildung im Gemeinwesen machen, die Begegnungs-, Bildungs- und Beratungsangebote auch für die ganz frühen Jahre offeriert, wie dies auch im 13. Kinder- und Jugendbericht gefordert wird.

Dies gelingt am besten in Kooperationen mit weiteren Anbietern im Gemeinwesen, insbesondere in Zusammenarbeit mit Erziehungsberatungsstellen und Familienbildungsstätten, Familienzentren und in der Einbindung in Gesamtversorgungskonzepte und Netzwerke (> Kapitel 5; Kapitel 6.5.1 MoKi; Kapitel 6.5.2 Dormagener Präventionskette).

### Literatur

<http://www.kindesschutz.de/Expertisen/expertisen.html> [Stand 04.06. 2010].

Beneke, Doris (2006): „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ – Anforderungen an Träger von Kindertageseinrichtungen. Münster: Institut für soziale Arbeit e. V. URL: <http://www.kindesschutz.de/Expertisen/Expertise%20Doris%20Beneke.pdf> [Stand 06.06.2010].

## 5 Eltern und Familien: Zentren, Bildung und Unterstützung

Die Kooperation mit Eltern und Familien, ihre Beteiligung und Bildung, ist zu einem wesentlichen Element aller Konzepte und Empfehlungen im Bereich der Bildungs- und Gesundheitsförderung in und um Kindertageseinrichtungen geworden. Dies gilt für alle Eltern und Familien. Es gilt ganz besonders für sozial benachteiligte Eltern. Sie sollen erreicht, beteiligt und befähigt werden, damit die gesundheitsförderlichen Aktivitäten und Zielsetzungen in der Kita auch den Familienalltag erreichen. Die Angebote sollen ihrer Lebenssituation und dem besonders belasteten Alltag entsprechen. Sozial benachteiligte Eltern und Familien werden von den „klassischen“, eher mittelschichtorientierten und oft „verinselten“ Bildungs- und Unterstützungsangeboten in Kurs- und Komm-Strukturen nur mangelhaft erreicht und beteiligt. Bezogen auf eine sozialogenorientierte Gesundheitsförderung in und um Kitas ist deshalb darauf zu achten, dass Eltern- und Familienbildung und -unterstützung niederschwellig, integriert, lebenswelt- und sozialraumorientiert, sowie vernetzt konzipiert und angeboten wird. Die im Folgenden vorgestellten Einrichtungen, Grundlagen, Angebote und Empfehlungen wurden unter der Perspektive ausgewählt und bewertet, inwieweit sie hilfreich, geeignet und anschlussfähig sind für integrierte und vernetzte sozialogenorientierte Gesundheitsförderung in und um Kitas (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung).

### 5.1 Welche Angebote und Anschlussmöglichkeiten bieten Eltern-Kind-Zentren bzw. Familienzentren?

#### Begrifflichkeiten und Entwicklung

„Familienzentrum“, „Familientreff“, „Mütterzentrum“, „Stadtteilzentrum“ oder „Nachbarschaftszentrum“ sind Bezeichnungen für Einrichtungen, die Familien Unterstützungs-, Kontakt- und Austauschmöglichkeiten bieten wollen. Im Rahmen des Projekts „Eltern-Kind-Zentren“ vom Deutschen Jugendinstitut (DJI) werden alle diese Einrichtungen unter dem Begriff „Eltern-Kind-Zentren“ zusammengefasst (vgl. Diller 2006). Die Bezeichnungen sind über das Bundesgebiet hinweg uneinheitlich, weil diese Zentren, als Antwort auf veränderte Bedarfe von Familien, an vielen Orten gleichzeitig, jedoch voneinander unabhängig entstanden sind. Sie entwickelten sich zum einen als Einrichtungen der Familienselbsthilfe, zum anderen richteten Kommunen die Zentren ein. Seit 2005 wurde die Entwicklung von „Eltern-Kind-Zentren“ auf Bundesebene forciert, um die soziale Infrastruktur zu verbessern und der zunehmenden „Verinselung“ von Angeboten verschiedener Sektoren entgegen zu wirken. Neue und bereits bestehende Angebote werden durch Eltern-Kind-Zentren in ein sozialraumorientiertes Gesamtkonzept und lokale Strukturen eingebettet, so dass Synergien genutzt werden können und das Gemeinwesen hierüber aktiviert wird. Die politischen Rahmenbedingungen sind jedoch bundesweit sehr unterschiedlich. In einigen Bundesländern gibt es landespolitische Programme zur Förderung von Eltern-Kind-Zentren (z. B. Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Sachsen-Anhalt).

Die Arbeit von Eltern-Kind-Zentren beruht auf folgenden **Grundlagen** (vgl. Diller 2006, 9–15):

#### 1. Familienpolitische Begründungen:

Der 7. Familienbericht aus dem Jahr 2005 bestätigt die Wichtigkeit einer gelingenden Integration von Familie und Lebensumfeld und betont den Zusammenhang zwischen familiären Prozessen und gelingenden Bildungsbiographien und Lebensentwürfen. Der 12. Kinder- und Jugendbericht hebt zusätzlich hervor, dass kindliche Bildungsprozesse am

besten im Zusammenspiel von Familie und öffentlichen Bildungsinstitutionen gelingen. In diesen Kontext betten Eltern-Kind-Zentren ihre innovativen Angebote ein, die unter anderem darauf abzielen, allen Kindern gleiche Bildungschancen zukommen zu lassen, besonders den Kindern, die in sozial belasteten Familienverhältnissen leben.

**2. Arbeitsfeldspezifische Begründungen:**

SGB VIII fordert an mehreren Stellen eine Vernetzung und Kooperation unterschiedlicher Träger und Angebote, sowie der öffentlichen Jugendhilfe. Kindertageseinrichtungen gewährleisten bereits einen wichtigen Betreuungs- und Bildungsbedarf der Kinder. Die Zusammenarbeit mit Eltern und die Elternbildung werden jedoch häufig als zusätzlicher und deshalb belastender Arbeitsbereich erlebt. Daneben existieren noch eine Vielzahl von Angeboten, wie familienbezogene Bildungs- und Beratungsdienste, Familienhilfe, präventive und medizinische Dienste, die jedoch strukturell eher separiert sind und teilweise hohe Zutrittshürden für die eigentlichen Adressatinnen aufweisen. Eine strukturelle Vernetzung dieser Angebote wird von Eltern-Kind-Zentren angestrebt, um auch gerade soziallagenbedingten Ungleichheiten im Bildungsbereich von Kindern aktiv zu begegnen. Potenziale der Kindertageseinrichtungen für diese Kooperation sollen dabei genutzt werden. Ein augenfälliger Unterschied zu den „Early Excellence Centres“ (EECs) besteht bei den Eltern-Kind-Zentren darin, dass sich deren Arbeit nicht allein auf Quartiere mit besonderen sozialen Herausforderungen beschränkt.

**3. Leitlinien und Handlungsorientierungen:**

- Das Bereitstellen von integrierten, bedarfsgerechten und niederschweligen Angeboten zur Förderung der kindlichen Bildungsprozesse und der Einbeziehung von Eltern
- Orientierung am sozialräumlichen/individuellen Bedarf
- Schaffung von integrierten Gesamtkonzepten
- Öffnung der Angebotsstruktur nach innen und außen

Diese beschriebenen Grundlagen und Orientierungen lassen die Verknüpfung von Eltern-Kind-Zentren und soziallagenbezogenen Förderungs- und Präventionskonzepten in den Bereichen Bewegung und Ernährung gut möglich erscheinen.

Organisationsstrukturen und -modelle von Eltern-Kind-Zentren
<b>1. Organisationsform „Kita Plus“</b>
„Kita Plus“ ist eine weit verbreitete Organisationsform. Kindertageseinrichtungen bieten zusätzlich zum Regelangebot weitere fallbezogene, präventive oder situative Angebote für Eltern und Kinder und arbeiten dabei mit anderen Institutionen des Sozialraumes zusammen. Die Kindertageseinrichtung wird somit zum Ort der Begegnung, unterstützt die soziale Integration und reduziert Ausgrenzung.
<b>2. Kooperationsmodelle</b>
In dieser Struktur entwickeln unterschiedliche Träger eine übergreifende Kooperation, welche zum Ziel hat, die Angebote der einzelnen Kooperationspartner Adressatinnenorientiert und zugangsfreundlich miteinander zu vernetzen und gemeinsam Angebote zu gestalten. Dafür ist meist eine zentrale Kooperationsstelle verantwortlich. Das Projekt „Mo.Ki“ (Nordrhein-Westfalen) ist ein solches Kooperationsmodell.
<b>3. Zentrumsmodelle</b>
Diese Modelle sind aus Familienbildungseinrichtungen bzw. Mütterzentren entstanden, an welchen später eine Kindertageseinrichtung integriert wurde. Die besondere Stärke dieses Modells liegt in der vertikalen und horizontalen Integrationsmöglichkeit von Angeboten unter einem Dach, was eine Begleitung von Kindern und Eltern über verschiedene Lebensphasen ermöglicht. Verbreitet ist dieses Modell eher in den östlichen Bundesländern (z. B. „IRIS-Regenbogenzentrum“ in Halle).

Tabelle 15: Organisationsstrukturen und -modelle von Eltern-Kind-Zentren (vgl. Diller 2006, 21–26)

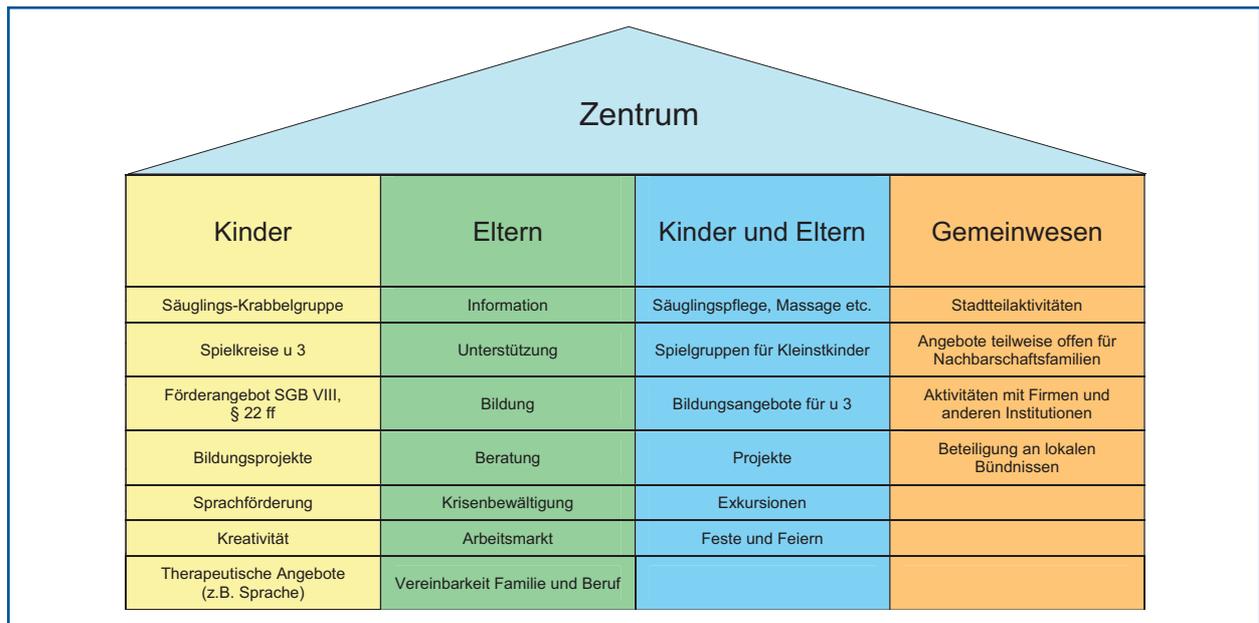


Abbildung 9: Zentrumsmodelle (Diller 2006)

Die Einbindung eines sozialogenbezogenen Interventionskonzepts ist dabei in alle drei Organisationsformen denkbar. Die sektorenübergreifende, gemeinwesen- und ressourcenorientierte Konzeption von Eltern-Kind-Zentren erscheint hierfür ausgesprochen günstig.

### Ziele und Arbeitsprinzipien der Eltern-Kind-Zentren:

Eltern-Kind-Zentren haben die Familie als System und die unterschiedlichen Bedarfe der einzelnen Familienmitglieder im Blick. In der Balance von generationsspezifischen und generationsübergreifenden Angeboten liegt das spezifische Profil der Zentren. Die Generationendifferenzierung ist ein wichtiger konzeptioneller Baustein, mit dem altersspezifisch unterschiedliche Bedarfe berücksichtigt werden. Folgende Ziele und Arbeitsprinzipien lassen die Anknüpfung eines sozialogenbezogenen Förder- und Präventionskonzepts besonders vielversprechend erscheinen (vgl. Tabelle 16):

#### 1. Förderung von Kindern

- Integration von Kindertageseinrichtungen nach SGB VIII § 22–24 an Eltern-Kind-Zentren; einige Zentren machen Betreuungsangebote für Kinder von null bis 16 Jahren
- Berücksichtigung der sozialräumlichen Bedingungen und spezifischer Lebenslagen der Familien
- Individuelle Fördermaßnahmen für Kinder (Verbindung zu Bildungs-/Orientierungsplänen der Länder)
- Sprachförderung als besonderer Schwerpunkt
- Förderung von Kindern mit Migrationshintergrund
- Typische Themenschwerpunkte: Bewegungsförderung, gesunde Ernährung, interkulturelle Aktivitäten, spezielle Bildungsprojekte, kreative Angebote (z. B. Zubereitung von gemeinsamem Frühstück, bei welchem Eltern und Kinder über die Qualität von Nahrungsmitteln informiert werden)
- Integration eines präventiven Frühwarnsystems: durch gezielte Beobachtung und Dokumentation können spezielle Förder- und Unterstützungsbedarfe der Kinder und Eltern abgeleitet und niederschwellig vernetzte Förderung oder Unterstützung angeboten werden

## 2. Förderung, Unterstützung und Beteiligung von Eltern

- Austausch und Begegnungsmöglichkeit mit anderen Erwachsenen, Familien und institutionellen Betreuungspersonen
- Lebenslagenbezogene Beratung in Erziehungs- und Partnerschaftsfragen, Schwangerschaftskonflikten, Fragen der Gesundheitsprävention
- Elternbildungsangebote und Elternkurse (z. B. Geburtsvorbereitungskurse, Eltern-Kind-Sportgruppen)
- Sprachkurse, integrations- und arbeitsmarktorientierte Angebote (z. B. Kochkurse, Bildungsangebote)
- Angebote zur Einbindung der Eltern in die Entwicklungsprozesse der Kinder (z. B. videogestütztes Erziehungstraining, Mutter-Kind-Gruppen)
- Angebote für die ganze Familie (z. B. gemeinsame Feste, gemeinsames Kochen)
- Angebote für Väter und Kinder (z. B. Basteln, Drachensteigen)
- Angebote zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie (z. B. Vermittlung von Tagespflege, flexible Betreuungszeiten)
- Einbindung und Beteiligung der Eltern an Entscheidungsprozessen, Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Eltern-Kind-Zentrum

## 3. Kooperation und lokale Vernetzung

- Kooperation mit anderen Institutionen zur Vermeidung von Angebotszersplitterung (z. B. mit Elternbildungseinrichtung, ASD, JA, medizinischen Diensten, Gesundheitsamt, Sprachtherapeuten, Migrationsdiensten, Schulen)
- Lokale Vernetzung und Einbindung in die kommunale Jugendhilfepolitik (z. B. Projekt „Mo.Ki“, Kooperation mit lokalen Anbietern: stadtteilvernetzte Angebote aus dem Bereich Sport, Kultur, Gesundheit, Migration)
- Kooperation mit ortsansässigen Unternehmen (z. B. „Betriebskindergartenplätze“ werden eingekauft, starke Familien als Ressource für Unternehmen)
- Kooperation mit lokalen Bündnissen zur fachlichen Unterstützung und Ausweitung der Eltern-Kind-Zentren und deren kommunalpolitische Stärkung

Leitende Prinzipien der Angebotsgestaltung sind dabei die Aspekte:

- Inhaltliche Integration von Angeboten
- Öffnung zum Gemeinwesen, Kooperation und Vernetzung
- Niederschwelligkeit
- Ausbau der systematischen Zusammenarbeit mit anderen niederschweligen Angeboten

Tabelle 16: Ziele und Arbeitsprinzipien der Eltern-Kind-Zentren (Diller 2006, 27–53)

In der Zusammenschau der einzelnen angeführten Aspekte erscheint die Verknüpfung eines soziallagenbezogenen Förder- und Präventionsprojekts mit der Arbeit von Eltern-Kind-Zentren inhaltlich, strukturell sowie zielgrößenbezogen sinnvoll und durchführbar.

### Landespolitisches Programm: „Familienzentren Nordrhein-Westfalen“

Die Förderung und Finanzierung von Eltern-Kind-Zentren ist bundesweit sehr unterschiedlich. Einige Bundesländer entwickelten spezifische Programme zur Förderung von Eltern-Kind-Zentren. Ein wegweisendes Projekt ist in diesem Zusammenhang das Landesprogramm in Nordrhein-Westfalen. In der Pilotphase (2006–2007) haben sich bereits 257 Einrichtungen zu Familienzentren weiterentwickelt und auch das Gütesiegel „Familienzentrum Nordrhein-Westfalen“ erhalten. Ziel der Landesregierung ist es, bis ins Jahr 2012 rund 3000 Familienzentren vorweisen zu können (d. h. jede dritte Einrichtung).

### Ziele des Landesprogramms in Nordrhein-Westfalen (vgl. MGFFF1 2008, 7):

Kindertageseinrichtungen sollen zu Knotenpunkten ausgebaut werden, in welchen die Aspekte Bildung, Erziehung und Betreuung mit Angeboten der Beratung und Hilfe für Familien unter einem Dach zusammengefasst sind. Konkrete Ziele sind:

- Sprachdefizite früher feststellen und durch eine individuelle Förderung systematisch abbauen
- Stärken und Schwächen der Kinder früher erkennen und Eltern in Fragen der Erziehung, Bildung, Gesundheit u. a. gezielter und bereits sehr früh Beratung anbieten
- Kindertageseinrichtungen zu Bildungs- und Erfahrungsorten für Kinder und ihre Eltern weiterentwickeln und damit auch Eltern in ihrer Erziehungskompetenz stärken
- Eltern bei der Überwindung von Alltagskonflikten unterstützen, indem Hilfen unmittelbar und ohne Hemmschwelle zugänglich gemacht werden
- Zuwandererfamilien und Familien aus bildungsfernen Schichten besser ansprechen
- insgesamt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern
- durch eine Öffnung der Angebotsstruktur – unter Einbeziehung der Familien – mehr Variabilität in den Betreuungszeiten schaffen
- Hilfe und Unterstützung bei der Vermittlung von Tagesmüttern und -vätern bieten

**Organisationsformen der Familienzentren in Nordrhein-Westfalen (vgl. MGFFI 2008, 9–17):**

Insgesamt existieren drei Organisationsformen für Familienzentren:

1. **„Unter einem Dach“** (vgl. MGFFI 2008, 10)

Bei diesem Modell werden alle Hilfs- und Beratungsangebote für Familien unter dem Dach der Kindertageseinrichtung bereitgestellt. Dies ermöglicht ein ganzheitliches und verlässliches Konzept. Vorbild für diesen Organisationstypus sind die stadtteilbezogenen Sozialzentren. Die Organisation und die Durchführung der Maßnahmen werden hauptsächlich vom Personal der Kindertageseinrichtung übernommen.

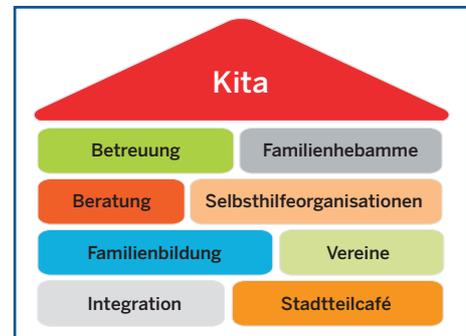


Abbildung 10: „Unter einem Dach“ (MGFFI 2008)

2. **„Lotse“** (vgl. MGFFI 2008, 12)

Hier übernimmt die Kindertageseinrichtung die Vermittlungsfunktion. Die Leitung der Kindertageseinrichtung vermittelt die Hilfesuchenden an ein räumlich nahe gelegenes Angebot weiter. Die im Netzwerk kooperierenden Dienste sind und bleiben eigenständig, jedoch gut aufeinander abgestimmt und ermöglichen somit eine gut funktionierende, flexible Zusammenarbeit. Die Kindertageseinrichtung ist erste Anlaufstelle für Familien mit Problemen und leitet diese kompetent an die zuständigen, vernetzten Stellen weiter.

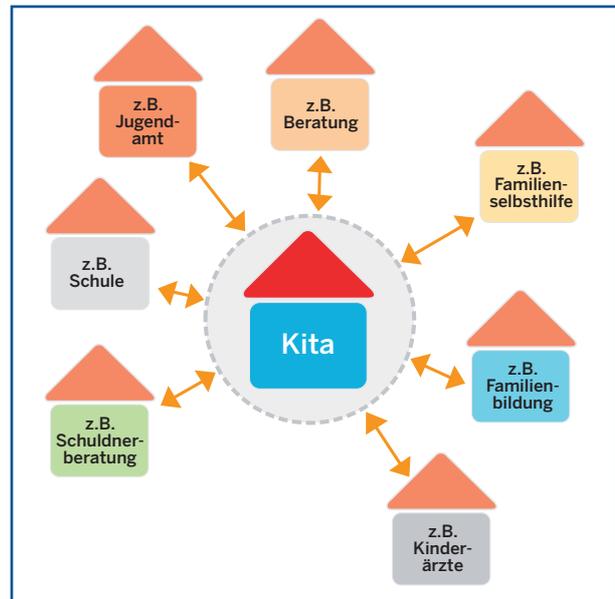


Abbildung 11: „Lotse“ (MGFFI 2008)

In der Pilotphase wurde das Modell „Lotse“ besonders oft gewählt, als sinnvoll hat sich dabei auch herausgestellt, dass sich mehrere Einrichtungen eines Sozialraums in einem Verbund zusammenschließen und so ein Vernetzungszentrum zu den gemeinsamen Kooperationspartnern außerhalb der Kindertageseinrichtungen bilden.

3. **„Galerie“** (vgl. MGFFI 2008, 15)

Das Modell Galerie ist eine Mischung der bislang vorgestellten Modelle – „Unter einem Dach“ und „Lotse“ – das Familienzentrum hält hierbei konkrete Hilfs- und Beratungsangebote unter dem Dach der Kindertageseinrichtung vor, deren Zusammenstellung jedoch unterschiedlich ausfallen kön-

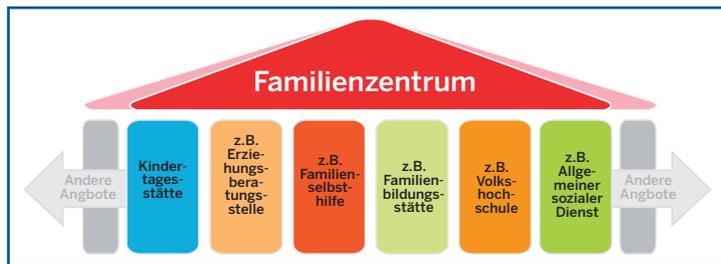


Abbildung 12: „Galerie“ (MGFFI 2008)

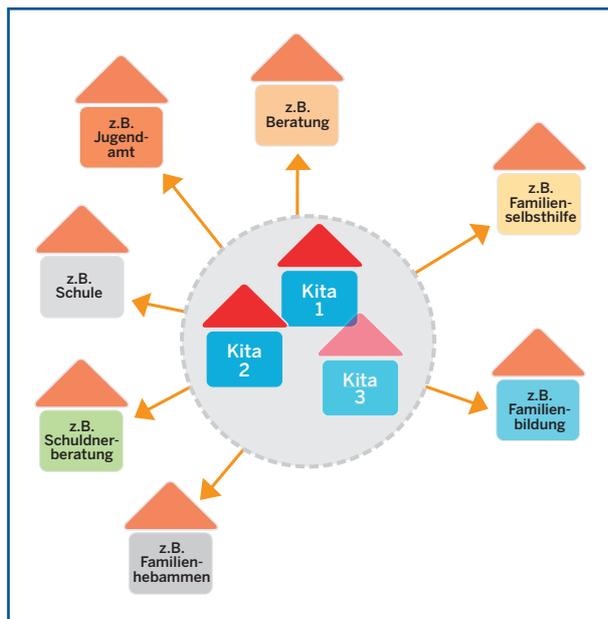


Abbildung 13: „Verbund-Familienzentrum“ (MGFFI 2008)

nen und sich nach den örtlichen Notwendigkeiten sowie den räumlichen Möglichkeiten der Einrichtung richten. Daneben kann es auch ergänzende Angebote im unmittelbaren Umfeld geben.

#### 4. „Verbund-Familienzentrum“ (vgl. MGFFI 2008, 17)

In der Praxis hat sich gezeigt, dass es sinnvoll sein kann, dass nicht eine Kindertageseinrichtung allein das Vernetzungszentrum bildet, sondern dass sich hier mehrere Tageseinrichtungen in einem Sozialraum zu einem Verbund zusammenschließen. Bestimmte Grundleistungen werden von jeder Einrichtung im Verbund vorgehalten, damit die erforderlichen Kernfunktionen für Familien in jeder Verbundeinrichtung verfügbar sind. Darüber hinaus bestehen Kooperationen mit anderen Institutionen. Die maximale Größe eines Verbund-Familienzentrums ist in der Regel auf fünf Einrichtungen begrenzt, um den sozialräumlichen Bezug zu erhalten und damit die Angebotsstruktur für die Familien noch übersichtlich bleibt.

Der Sozialraumbezug ist charakteristisches Merkmal der Familienzentren in NRW. In diesem Zusammenhang gilt es nicht nur den Bedarf vor Ort genau zu kennen und zu erfragen (durch Stadtteilbegehungen, Elternbefragungen, Daten über die Bevölkerungsstruktur etc.), sondern auch und vor allem ein niederschwelliges und wohnortnahes Angebot zu konzipieren. Dies wiederum bedeutet, dass die Angebote max. 1,5 km (bzw. bei Verbänden drei Kilometer) entfernt sein

dürfen. Des Weiteren muss ein Teil der Angebote auch für Eltern verfügbar sein, deren Kinder nicht in die Tageseinrichtung des Familienzentrums gehen, eine Kooperation mit anderen Tageseinrichtungen ist daher unerlässlich. Auch eine Zusammenarbeit mit Grundschulen und Senioreneinrichtungen sollte Teil der Angebotsstruktur sein. Die Kooperation mit Arbeitskreisen und Gremien sowie die regelmäßige Überprüfung verschiedener Angebote auf ihre Angemessenheit hin, sind fest vorgesehen. Die Kooperationsbeziehungen sollten schriftlich vereinbart werden und eine gemeinsame Philosophie verfolgen.

### Zentrale Leistungen der Familienzentren in NRW

#### 1. Beratung und Unterstützung von Kindern und Familien

- Bereithaltung aktueller Verzeichnisse zu Beratungs- und Therapiemöglichkeiten
- Bereithaltung aktueller Verzeichnisse zu Angeboten der Gesundheits- und Bewegungsförderung
- Interkulturelle Öffnung
- Eltern-Kind-Gruppen für Familien mit Kindern unter drei Jahren
- Vermittlung von Erziehungs-/Familienberatung
- Offene Sprechstunde zur Erziehungs-/Familienberatung
- Verfahren zur allgemeinen Früherkennung
- Aufsuchende Elternarbeit

## 2. Familienbildung und Erziehungspartnerschaft

- Bereithaltung eines aktuellen Verzeichnisses zu Angeboten für Kurse zur Stärkung der Erziehungskompetenz und allgemeine Familienbildungsangebote
- Offenes Elterncafé
- Elternveranstaltungen
- Interkulturell angelegte Veranstaltungen und Aktivitäten
- Beteiligung der Eltern an Planung und Durchführung von Aktivitäten des Familienzentrums
- Zeitliche Angebotsabstimmung für berufstätige Eltern
- Organisation von mindestens einer Elternaktivität

## 3. Kindertagespflege

- Informationen zu kommunalen Vermittlungsstrukturen von Kindertagespflege
- Informationsveranstaltungen zum Thema
- Kompetente Beantwortung von Elternfragen
- Explizite Informationen für Familien mit Kindern unter 3 Jahren
- Vorbereitung des Übergangs von Tagespflege zur Einrichtung
- Vermittlung von Kontakten zu Tageseltern im Stadtteil
- Vermittlung von Kindertagespflegepersonen

## 4. Vereinbarkeit von Familie und Beruf

- Erfassung des Betreuungsbedarfs über die Öffnungszeiten der Einrichtung hinaus
- Jährliche Abfrage des zeitlichen Betreuungsbedarfs
- Organisation von Beratungen zum Thema Betreuungsbedarf
- Organisation eines Mittagessens für Kinder
- Betreuungsangebote für unter dreijährige Kinder
- Betreuungsangebote bis mindestens 18:30 Uhr
- Babysitterpool zur Vermittlung an interessierte Eltern
- Notfallbetreuung für Geschwisterkinder

Tabelle 17: Zentrale Leistungen der Familienzentren in NRW (MGFFI 2008)

### Situation in Baden-Württemberg

Die häufigsten Bezeichnungen für Eltern-Kind-Zentren in Baden-Württemberg sind „Familienzentrum“ oder „Mütterzentrum“. Landesweit gibt es 49 Eltern-Kind-Zentren, darunter sieben Mehrgenerationenhäuser<sup>22</sup>, die im Landesverband Mütterforum Baden-Württemberg e. V. vernetzt sind. Die spezifischen Konzepte der Einrichtungen und ihre Profile sind sehr unterschiedlich. Auch die Trägerschaft variiert: sie wird von Kirchen, Kommunen und freien Trägern übernommen. Einige Einrichtungen wurden aus der Initiative von Familien gegründet und sind selbst verwaltet. Die Finanzierung ist ebenfalls nicht einheitlich. Sofern eine Kita unter dem Dach des Zentrums betrieben wird, ist die Finanzierung dieses Arbeitsbereichs gesetzlich geregelt, doch darüber hinaus gibt es für die Finanzierung von Eltern-Kind-Zentren in Baden-Württemberg keine Regelförderung. Einige Zentren erheben Nutzerbeiträge oder sammeln Gelder über Fundraising und Sponsoring. Bestimmte Leistungen können gemäß § 16 SGB VIII von den Kostenträgern der Jugend-

<sup>22</sup> Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiiert und startete 2006 mit dem Ziel bis 2007 in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens ein Mehrgenerationenhaus aufzubauen, indem Institutionen wie bspw. Eltern-Kind-Zentren zu Mehrgenerationenhäusern weiterentwickelt werden. Jedes Mehrgenerationenhaus kann bis zu fünf Jahre lang eine jährliche Förderung erhalten. Die Idee des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser ist es, verlässliche Beziehungen neben der traditionellen Form des Zusammenlebens zu fördern. Mehrgenerationenhäuser sind als Orte gedacht, an denen sich Menschen aller Generationen im Alltag begegnen, voneinander lernen und Unterstützung erfahren. Begleitend zum Bundesprogramm findet eine Wirkungsforschung statt (BMFSFJ 2008).

hilfe gefördert werden. Auch über das Landesprogramm STÄRKE können öffentliche Fördergelder, insbesondere für Maßnahmen zur Unterstützung von Familien in belasteten Lebenssituationen, abgerufen werden. Weitere Förderorganisationen und Stiftungen für soziale Projekte sind die Baden-Württemberg Stiftung und die Stiftung Kinderland.

Ein Beispiel für ein Förderprogramm der Landesstiftung ist das „Aktionsprogramm Familie – Förderung der Familienbildung“ (2002–2006). Mithilfe des Programms sollte die Möglichkeit geschaffen werden, innovative Projekte der Familienbildung durchzuführen und Erfahrungen mit der niederschweligen Ausgestaltung von Angeboten zu gewinnen. Familien in schwierigen Lebenssituationen standen im Mittelpunkt des Förderprogramms. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung durch die Familienforschung Baden-Württemberg (2006)<sup>23</sup> zeigen, dass es mittlerweile viele gute und erprobte Konzepte gibt, um auch bildungsungewohnte Familien zu erreichen. Hervorgehoben wird die Weiterentwicklung von Kinderbetreuungseinrichtungen zu Kinder- und Familienzentren als Erfolg versprechender Weg, auch bildungsungewohnte Familien flächendeckend und alltagsorientiert zu erreichen. So zeigt beispielsweise das Projekt „KiFa – Kinderbetreuung und Familienbildung“<sup>24</sup> in Ludwigsburg wie Elternbildung, Sprachförderung, Qualifizierung von Fachkräften und Multiplikatorinnen unter dem Dach von Kindertageseinrichtungen bedarfsorientiert und ganzheitlich vernetzt werden können:

### „KiFa – Kinder- und Familienbildung“

**Zugang:** über die Kita und muttersprachliche Mentorinnen

**Zielgruppe:** sozial benachteiligte Familien, bildungsungewohnte Familien, Familien mit Migrationshintergrund, mit Kindern von null bis sechs Jahren

**Setting:** Kita, Gemeinwesen, Stadtteil

**Ziele:** mehr Chancengerechtigkeit für Kinder (gleiche Zugangsmöglichkeiten zum Bildungssystem) durch Stärkung der Erziehungs- und Bildungskompetenz der Eltern, Empowerment (Stärkung der Selbsthilfe) der Eltern und Aufbau von Unterstützungsnetzwerken und stabilen Erziehungspartnerschaften (Eltern/Erzieherinnen)

**Arbeitsformen:** Das Programm beinhaltet drei Module

1. Qualifizierung und Fortbildung der Erzieherinnen und der Mentorinnen in den Kitas: Vermittlung des Rollenverständnisses der Mentorin und der Anleiterin (Erzieherin), Gestaltung der Erziehungspartnerschaft mit den Eltern, Gesprächsführung, Aktivierung der Eltern
2. Durchführung von Elternkursen in der Kita: interkultureller Ansatz; praxisorientierte Vermittlung alltagsorientierter Themen wie einer gesunden Ernährung, Spiele mit Kindern, der Umgang mit Medien und anderer Erziehungs- und Bildungskompetenzen; Anleitung zur Sprach- und Lernförderung
3. Vernetzung, Kooperation, Öffnung zum Gemeinwesen: Kitas entwickeln sich zu Eltern-Kind-Zentren, Vernetzung von Angeboten, breite Kooperationsbeziehungen (z. B. Beratungsstellen, Bücherei, Vereine, zu im Gesundheitsbereich Tätigen), Aufbau von Netzwerken innerhalb eines Stadtteils

**Evaluation** durch das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg (Fröhlich-Gildhoff u. a. 2005):

Hervorgehoben werden die Elternkurse (Modul 2) als erfolgreichster Baustein des Programms und der Einsatz einer Mentorin, mit der sich die Eltern identifizieren, weil sie ihre Sprache spricht und denselben kulturellen Hintergrund hat. Eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Eltern und Erzieherinnen wird vermerkt. Als hinderlich werden fehlende Zeit- und Personalressourcen und Räumlichkeiten sowie eine mangelnde Unterstützung durch den Träger genannt.

**Anknüpfungspunkte:** KiFa ist ein Beispiel, wie bildungsungewohnte Eltern und Eltern mit Migrationshintergrund über Kitas und durch den Einsatz von muttersprachlichen Mentorinnen zu einem frühen Zeitpunkt niederschwellig erreicht werden können. KiFa verfolgt einen soziallagenbezogenen, präventiven und ganzheitlichen Ansatz. Gesundheit wird in den Elternkursen zum Thema gemacht.

Tabelle 18: KiFa – Kinder- und Familienbildung ([www.kifa.de](http://www.kifa.de); Stand Juli 2010)

<sup>23</sup> [www.bwstiftung.de/uploads/tx\\_ffbwspub/innovative\\_familienbildung.pdf](http://www.bwstiftung.de/uploads/tx_ffbwspub/innovative_familienbildung.pdf)

<sup>24</sup> Das Programm wird synonym auch „KiFa – Kinder- und Familienbildung“ benannt ([www.kifa.de](http://www.kifa.de))

Verschiedene Evaluationsergebnisse im Familienbildungsbereich (FamilienForschung Baden-Württemberg 2006, BMFSFJ 2006, Fröhlich-Gildhoff u. a. 2005) stimmen darin überein, dass Kooperationen verschiedener Träger und Einrichtungen vereinzelt stattfinden, die Vernetzung von Angeboten und Initiativen jedoch die Ausnahme ist. Auch Kommunen verstärken in den letzten Jahren ihre Bemühungen, Strukturen zu schaffen, um gemeinwesenorientierte Ansätze der Familienbildung umzusetzen und bereits vorhandene Angebote zu vernetzen. Um Kooperationsbeziehungen der Einrichtungen und eine Vernetzung der Angebote weiter auszubauen sowie einen Informations- und Erfahrungsaustausch aller kommunalpolitisch Aktiven und Interessierten zu ermöglichen, wurde das Service-Portal [www.familienfreundlichekommune.de](http://www.familienfreundlichekommune.de) gegründet. Die Plattform wurde vom Kompetenzzentrum Familienfreundliche Kommune<sup>25</sup> im Rahmen der Initiative „Kinderland Baden-Württemberg“ eingerichtet. Auch die Bundesinitiative „Lokale Bündnisse für Familie“ fördert die Zusammenarbeit von familienpolitisch Aktiven, Kommunen, Kirchen, Verbänden und der Wirtschaft, mit dem Ziel, Angebote und Leistungen für Familien besser miteinander zu vernetzen und die örtlichen Rahmenbedingungen für Familien zu verbessern. Eltern-Kind-Zentren in Verbindung mit Kitas bieten in diesem Bereich Entwicklungspotenzial.

### Early Excellence Centres

Eine besondere Form von Eltern-Kind-Zentrum aus Großbritannien sind „Early Excellence Centres“ (EEC). EECs verbinden Bildung, Gesundheitsförderung, Hilfen für Eltern und gesellschaftliche Integration und sind Kinderbetreuungsort, Erziehungszentrum, Ausbildungsstätte und Forschungsstätte in einem. Die Kita ist zugleich Kinder- und Familienzentrum. Das Konzept der EECs wird auch in deutschen Städten umgesetzt. Begonnen hat diese Entwicklung in Berlin. Das Kinder- und Familienzentrum St. Josef in Stuttgart hat 2007 die Entwicklung zum EEC begonnen. Auch in Esslingen eröffnete im Stadtteil „Gartenstadt“ 2009 das sogenannte „Gartenstadthaus“, ein Kinder-, Familien- und Gemeindezentrum unter Trägerschaft der Evangelischen Kirche, gefördert von der Stadt Esslingen. Nach dem Vorbild der „Early Excellence Centres“ sollen Dienstleistungen und Begegnungsmöglichkeiten angeboten werden, die auf die Bedürfnisse der Nutzerinnen abgestimmt sind und diese mit einbeziehen. Das Zentrum soll zur Integration im Stadtteil beitragen. Die Zentren in Stuttgart und Esslingen werden von der Hochschule Esslingen wissenschaftlich begleitet<sup>26</sup>. Für soziallagenbezogene Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung sind EECs sehr gut geeignete Kindertageseinrichtungen > Kapitel 6.4.

Tabelle 19: Early Excellence Centres (1) ([www.early-excellence.de](http://www.early-excellence.de); [www.evangel-kirche-oberesslingen.de](http://www.evangel-kirche-oberesslingen.de); Stand Juli 2010)

### Literatur:

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.) (2008). „Starke Leistung für jedes Alter: Erste Ergebnisse der Wirkungsforschung im Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser“. Berlin. URL: <http://www.kindertagespflege-handbuch.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=110330.html> [Stand: 20.05.2010].
- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006). Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich. Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.html?suchtext=elternbildungsbereich&suchbereich=&suchformat=&suchsprache=> [Stand: 10.08.2009].
- Diller, Angelika (2006). Eltern-Kind-Zentren: Grundlagen und Rechercheergebnisse. Hrsg. vom Deutschen Jugendinstitut (DJI). URL: <http://www.dji.de/bibs/4EKZ-Grundlagenbericht.pdf> [Stand: 20.05.2010].
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Engel, Eva-Maria; Rönna, Maïke (2005). „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes Kinderbetreuung und Familienbildung (KiFa)“. URL: [www.kifa.de/?page=konzept](http://www.kifa.de/?page=konzept) [Stand: 20.05.2010].
- Landesstiftung Baden-Württemberg (Hrsg.) (2006). „Innovative Familienbildung: Modellprojekte in Baden-Württemberg“. Aktionsprogramm Familie – Förderung der Familienbildung. Schriftenreihe der Landesstiftung Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (MGFFI) (2008). Wege zum Familienzentrum Nordrhein-Westfalen. Eine Handreichung. URL: <http://www.familienzentrum.nrw.de/fileadmin/documents/pdf/handreichung.pdf> [Stand: 10.05.2010].
- [www.early-excellence.de](http://www.early-excellence.de)
- [www.evangel-kirche-oberesslingen.de/cms/startseite/gebaeude/evangelisches-gartenstadthaus/](http://www.evangel-kirche-oberesslingen.de/cms/startseite/gebaeude/evangelisches-gartenstadthaus/) [Stand: 05.07.2010].
- [www.kifa.de](http://www.kifa.de). URL: <http://www.kifa.de/?page=konzept> [Stand: 05.07.2010].

<sup>25</sup> Das Kompetenzzentrum Familienfreundliche Kommune wird von der FamilienForschung Baden-Württemberg im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg und mit Unterstützung des Landesfamilienrats Baden-Württemberg betrieben.

<sup>26</sup> [www.early-excellence.de](http://www.early-excellence.de); [www.evangel-kirche-oberesslingen.de](http://www.evangel-kirche-oberesslingen.de)

## 5.2 Was wissen wir zu Stand und Perspektiven von Angeboten im Elternbildungsbereich insbesondere im Hinblick auf sozial benachteiligte Eltern?

### Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich im Auftrag der Bundesregierung (BMFSFJ 2006)

Im Jahr 2006 wurden im Auftrag der Bundesregierung präventiv ansetzende Kursangebote zur Förderung der Erziehungskompetenz von Eltern untersucht (BMFSFJ 2006). Das Forschungsprojekt „Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich“ gliedert sich in zwei Teile: die systematische Erfassung der familienbezogenen Bildungsmaßnahmen bundesweit, sowie eine Meta-Analyse aus Wirksamkeitsstudien zu Familienbildungsangeboten.

#### Teil I: Ergebnisse der Bestandsaufnahme (BMFSFJ 2006, 23–108)

Präventiv ansetzende, kursartig organisierte Angebote im Elternbildungsbereich finden vor allem an Familienbildungsstätten und Koordinationsstellen (z. B. Eltern-Kind-Zentren) statt. Die Art der Angebote und die Zielgruppen variieren: Angebote von Familienbildungsstätten richten sich bevorzugt an junge Familien und Familien mit Migrationshintergrund und legen ihren Fokus auf die Stärkung der Alltagskompetenz. Selbstorganisierte Initiativen gestalten häufig niederschwellige Angebote, wie offene Treffs. Bei den erfassten präventiven Maßnahmen dominieren Eltern-Kind-Angebote, häufig mit sensomotorischem Schwerpunkt, wie PEKiP oder Baby-massagen (50 %). Diese Angebote wirken als „Türöffner“ für die Teilnahme an anderen Bildungsmaßnahmen in der späteren Familienphase und besitzen somit präventiven Charakter. Dies unterstreicht die Bedeutung dieser Angebote besonders für belastete und bildungsschwächere Familien.

Die Inhalte und Ziele der Angebote sind vielfältig: Im Vordergrund stehen Ziele in Bezug auf die Eltern, Ziele die sich auf das Kind beziehen, werden seltener formuliert. Bei Erziehungskursen stehen Erziehungsverhalten und -einstellungen im Mittelpunkt, der Erziehungsprozess wird wenig thematisiert. Paarkurse und Angebote „rund um die Geburt“ thematisieren die Partnerschaft und praktische Handlungsfragen, weniger erziehungsbezogene Aspekte. In den meisten Fällen (63 %) wird ein Beitrag von den Kursteilnehmerinnen erhoben (durchschnittlich 3 Euro/Stunde). Es gibt aber auch kostenfreie Angebote, wie offene Treffs oder Elterngruppen. Kursbeiträge grenzen die Zielgruppe ein. Es zeigt sich, dass die Angebote hauptsächlich durch junge, besser gestellte Familien angenommen werden. Lediglich 15 % der teilnehmenden Familien stammen aus sozial benachteiligten Gesellschaftsschichten. Ein Viertel der Angebote richtet sich an Familien mit besonderen Belastungen. Drei Belastungsgruppen werden identifiziert:

1. Strukturelle Belastungsfaktoren: Alleinerziehung, Migrationshintergrund, Scheidungs- und Patchworkfamilien, Teenager-Eltern, soziale Benachteiligung
2. Elternbezogene Belastungsfaktoren: familiäre Gewalt, Vernachlässigung, psychische Störungen, Substanzmissbrauch, Überforderung
3. Kindbezogene Belastungsfaktoren: Schul-/Lernprobleme, Hyperaktivität, Aggression, Ängstlichkeit und Rückzug

<b>Gut angenommene, gezielt präventive Angebote von belasteten Zielgruppen:</b>		
<b>Sozial schwache Familien:</b>	Offene Treffs:	44,0 %
	Freizeitangebote:	65,1 %
	Angebote „Rund um die Geburt“:	50,0 %
<b>Alleinerziehende:</b>	Offene Treffs:	82,0 %
	Freizeitangebote:	73,2 %
	Angebote „Rund um die Geburt“:	65,0 %
	Eltern-Kind-Gruppen:	56,9 %
<b>Familien mit Migrationshintergrund:</b>	Offene Treffs:	36,0 %
	Eltern-Kind-Gruppen:	35,3 %
	Angebote „Rund um die Geburt“:	30,0 %
<b>Teenager-Eltern:</b>	Angebote „Rund um die Geburt“:	75,0 %
	Eltern-Kind-Gruppen:	24,0 %
	Freizeitangebote:	4,9 %

Tabelle 20: Gut angenommene Angebote (BMFSFJ 2006)

Zentrale Zielgruppen von Angeboten, die einen gezielten Präventionsansatz bezüglich der beschriebenen Belastungsfaktoren verfolgen, sind Alleinerziehende, sozial schwache Familien sowie Scheidungs- und Patchworkfamilien. Besonders in offenen Treffs und Elterngruppen sowie bei Freizeitangeboten werden gezielte Präventionsansätze verfolgt. Bei den Paarangeboten richten sich nur 4,2 % an eine Zielgruppe mit spezifischen Belastungsfaktoren.

Bedarfsanalytische Aspekte der Studie zeigen, dass Einrichtungsleitungen den Bedarf an familienbezogenen Präventionsangeboten deutlich höher einschätzen, als ihn das augenblickliche Angebot decken kann. Insbesondere fehlen zielgruppenspezifische Angebote für Familien mit Belastungssituationen. Bedarfsanalysen der „Nicht-Nutzerinnen“ und anderer Expertinnen des Elternbildungsbereiches sowie aussagekräftige Sozialraumanalysen sind erforderlich, um Versorgungslücken aufzudecken.

## **Teil II: Wirksamkeitsstudien zu Familienbildungsangeboten – eine Meta-Analyse** (BMFSFJ 2006, 113–148)

*Familien mit besonderen Belastungen:* Die Ergebnisse der Meta-Analyse bestätigen die Wirksamkeit von Bildungsangeboten bei Familien mit besonderen Belastungen. Leider wenden sich familienbezogene Präventionsmaßnahmen nur selten an diese Zielgruppe. Dies trifft besonders auf die Angebote der Familienbildungsstätten zu. Häufig werden gezielte Angebote nicht exklusiv für eine bestimmte Belastungszielgruppe konzipiert, was schwierig wäre, da Familien gleichzeitig verschiedene Belastungsfaktoren aufweisen. Insbesondere offene Treffs und Elterngruppen haben einen niederschweligen Charakter. Angebote für Eltern in der frühen Familienphase werden nur sehr selten von belasteten Zielgruppen in Anspruch genommen. Obwohl diese Präventionsprogramme einen universellen Ansatz verfolgen, ist ihre tatsächliche Wirkung eher selektiv. Gezielte Präventionsprogramme für belastete Zielgruppen sind wirksamer und sollten ausgebaut werden. Erziehungskurse richten sich eher an Familien, die bereits ein verhaltensauffälliges Kind haben, sie sind demnach weniger präventiv angelegt. Familien mit besonderen Belastungsfaktoren sind diesbezüglich ebenfalls unterrepräsentiert. Verschiedene Studien zeigen die kurz- und langfristige Wirksamkeit von Eltern-Kind-Trainingsmaßnahmen auf. Allerdings sind diese effektstarken gezielten Maßnahmen meist mit einem höherschweligen Zugang verbunden.

*Akzeptanz und Niederschwelligkeit gezielter Präventionsprogramme:* Passgenaue Angebote werden häufig wegen des Verdachts der Stigmatisierung von der Zielgruppe nicht aufgesucht. Gezielte Programme, die mit Hausbesuchen ver-

bunden sind, wie „HIPPY“ und „Opstapje“ finden keine Anwendung. Häufig erfahren angestrebte Zielgruppen nicht von den Angeboten, weil keine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit erfolgt. Auch die Angebotspräsenz in den Lebensräumen (Stadtteilzentren, Kindertageseinrichtungen, Schulen) der Zielgruppen ist oft gering. Die Vernetzung zwischen Anbietern und Vermittlungsinstanzen (Ärztinnen, Erzieherinnen, Vereinsgruppenleitungen) ist auszubauen, genauso eine generelle Vernetzung der einzelnen Einrichtungen und Institutionen mit dem Ziel der „integrierten Hilfen“. Die Freiwilligkeit der Teilnahme darf dabei nicht zur Disposition stehen, jedoch sollen Kontakt- und Informationshürden gesenkt werden. Ein Problem stellt die Finanzierung von gezielten Maßnahmen für belastete Zielgruppen dar. Bildungseinrichtungen haben immer weniger öffentliche Mittel für derartige Angebote zur Verfügung. Die Finanzierung über Teilnahmegebühren hält aber gerade belastete Zielgruppen von der Teilnahme an Bildungsmaßnahmen ab.

*Evaluationen und Wirkungsanalysen:* Ein Ausbau von systematischen Wirkungsanalysen ist anzustreben. Nur wenige Programme sind evaluiert. Insbesondere Maßnahmen der Familienbildung basieren selten auf evaluierten Konzepten.

### Positionspapier zur Weiterentwicklung der Familienbildung (DV 2007):

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.<sup>27</sup> veröffentlichte 2007 ein Positionspapier zur Weiterentwicklung der Familienbildung. Es werden zum einen Ziele aufgestellt, welche eine zeitgemäße, d. h. eine sich immer wieder neu am Bedarf orientierende Familienbildung verfolgen soll, zum anderen werden Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Familienbildung vorgelegt.

#### Grundsätzliche Ziele für Familienbildung:

Stärkung und Entwicklung . . .

- der elterlichen Erziehungskompetenz
- der Beziehungskompetenz
- der Alltagskompetenz
- der Mitgestaltungs- und Partizipationskompetenz zur Mitarbeit in Formen der Selbst- oder Nachbarschaftshilfe
- der Medienkompetenz
- der Gesundheitskompetenz
- der Kompetenz einer adäquaten Freizeit- und Erholungsgestaltung

Tabelle 21: Grundsätzliche Ziele für Familienbildung (Deutscher Verein 2007, 4)

#### Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Familienbildung:

1. Jugendämter sollten sich als Orte der Initiierung, Steuerung und Moderation begreifen und den gesetzlichen Auftrag nach § 16 SGB VIII in Verbindung mit den §§ 78, 79, 85 SGB VIII offensiv definieren.
2. Eltern- und Familienbildung in ihren vielfältigen Inhalten, Formen und Bezügen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Öffnung und Intensivierung der Familienbildung zu einem breitenwirksamen und frühzeitigen Angebot für alle Familien kann gelingen, wenn möglichst viele Institutionen und Professionen zusammen wirken.
3. Eltern-Kind-Zentren, Familienzentren, Nachbarschaftshäuser, Stadtteilzentren und Mehrgenerationenhäuser sollten als Chance für Familienbildung genutzt werden.
4. Angebote der Familienbildung sollten niederschwellig gestaltet werden.

<sup>27</sup> Der Deutsche Verein ist das bundeszentrale Forum der Kommunen und der Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer und Vertreter der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit und der Sozialpolitik. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u. a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme und der Pflege und Rehabilitation.

5. Die Familienbildung sollte ihre Öffentlichkeitsarbeit optimieren und die Teilhabe an politischen Prozessen intensivieren.
6. Die Finanzierungsgrundlagen von Familienbildung müssen nachhaltig gesichert werden. Eine Förderung der Familienbildung durch das SGB VIII sollte so gestaltet werden, dass die Realisierung der hier genannten Ziele erleichtert bzw. ermöglicht wird.
7. Eltern- und Familienbildung sollte stärker zum Gegenstand wissenschaftlicher, insbesondere handlungsorientierter Forschung gemacht werden.

Tabelle 22: Empfehlungen zur Weiterentwicklung (Deutscher Verein 2007 8–13)

Die Empfehlungen sind ein Appell öffentlicher und freier Träger und zielen auf Verbesserungen der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen von Familienbildung, aber auch auf das Eigeninteresse der Anbieterinnen, Familienbildung effizient, mit fachlichem und politischem Rückhalt anzubieten.

### Situation in Baden-Württemberg:

Bereits 2003 wurden im Rahmen des Berichts „Familienbildung in Baden-Württemberg“ Empfehlungen für eine zukünftige Familienbildung formuliert, die sich mit folgenden Stichworten beschreiben lassen: Schaffung eines niederschweligen Zugangs, verbesserte Öffentlichkeitsarbeit, Nutzung vorhandener Strukturen, Schaffung von Kooperationen und Vernetzung, stärkere Bedarfsgerechtigkeit durch Partizipation, neue Aufgaben und Zielgruppen durch gesellschaftliche Veränderungsprozesse, Berücksichtigung von Sozialraumanalysen, Verankerung in der Jugendhilfeplanung, strukturelle Stärkung und Qualitätsentwicklung der Familienbildung (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Sozialministerium Baden-Württemberg 2003, 157–176). An diese Empfehlungen knüpfte 2006 das „Aktionsprogramm Familie – Förderung der Familienbildung“ der Landesstiftung Baden-Württemberg an. Die Modellprojekte im Rahmen dieses Programms richten ihren Fokus auf Familien in schwierigen Lebenslagen und zeigen auf, dass es vielfältige Möglichkeiten gibt, um auch bildungsungewohnte Familien zu erreichen. Die Verortung von Familienbildungsangeboten in Kindertageseinrichtungen und deren Weiterentwicklung zu Kinder- und Familienzentren stellt sich innerhalb der Projekte als erfolgreicher Weg heraus, auch bildungsungewohnte Familien flächendeckend und alltagsorientiert zu erreichen. Die Dokumentation des Aktionsprogramms unter dem Titel „Innovative Familienbildung“ gibt viele wertvolle Anregungen, wie man auf sozial benachteiligte Eltern zugehen kann.<sup>28</sup>

### Anknüpfungspunkte:

Bezogen auf soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in Kitas im Rahmen des Ziels „Gesund aufwachsen“, ergibt sich aus Bestandsaufnahme und Wirksamkeitsstudien, dass Kitas genutzt werden sollten, um Angebote der gezielten Förderung der Elternkompetenz für Familien mit besonderen Belastungen anzubieten. Darüber hinaus legt die Analyse der Angebote, die von belasteten Zielgruppen gut angenommen werden, nahe, offene Treffs und Freizeitangebote, aber auch Eltern-Kind-Gruppen in der vertrauten Kita niederschwellig und nicht-stigmatisierend anzubieten und zu vermitteln.

<sup>28</sup> kostenloser Download der Dokumentation: [www.bwstiftung.de/uploads/tx\\_ffbwspub/innovative\\_familienbildung.pdf](http://www.bwstiftung.de/uploads/tx_ffbwspub/innovative_familienbildung.pdf)

## Literatur:

- Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006). Bestandsaufnahme und Evaluation von Angeboten im Elternbildungsbereich. Berlin. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste.html?suchtext=elternbildungsbereich&suchbereich=&suchformat=&suchsprache=> [Stand: 10.08.2009].
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2007). Bestandsaufnahme und Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung der Familienbildung. Berlin. URL: <http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/familie> [Stand: 22.05.2010].
- Landesstiftung Baden-Württemberg (Hg.) (2006). „Innovative Familienbildung: Modellprojekte in Baden-Württemberg“. Aktionsprogramm Familie – Förderung der Familienbildung. Schriftenreihe der Landesstiftung Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (2003). „Familienbildung in Baden-Württemberg“. Bearb. von der Familienwissenschaftlichen Forschungsstelle des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg

## 5.3 Welche Empfehlungen zum niederschweligen Zugang zu familienunterstützenden Angeboten gibt es?

Unter einem niederschweligen Zugang versteht der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., dass „Unterstützungen für Familien rechtzeitig und leicht verfügbar gemacht werden, deren Selbsthilfekräfte und Bildungskompetenz gestärkt und Ausgrenzungskarrieren vermieden und besonders belastete Familien erreicht werden“ (Deutscher Verein 2005, 4). Er beschreibt in seinen praxis- und gebrauchorientierten Empfehlungen Kriterien eines niederschweligen Zugangs folgendermaßen:

### Kriterien für Niederschwelligkeit:

- Alltagsnähe: bestehende Sozialstrukturen nutzen, Angebotsstruktur an den Lebenswelten der Familien ausrichten (räumlich, zeitlich, inhaltlich)
- Familienfreundliche Öffnungszeiten: Überprüfung aller Angebote unter dem Gesichtspunkt Zeit
- Zugangsmöglichkeiten: Angebote müssen für alle erschwinglich und zugänglich sein
- Erreichbarkeit: räumlich und zeitlich unkompliziertes und unbürokratisches Angebot (ohne Antragsverfahren, ohne Voranmeldung, kurze Wartezeiten)
- Kombination von Komm- und Gehstruktur: frühzeitiger Zugang zu Familien durch aufsuchende Angebote wie Hausbesuche (z. B. Opstapje); Nutzung von Zugangsmöglichkeiten wie Kitas
- Anonymität und Vertraulichkeit: Ängste vor Stigmatisierung ernst nehmen, innere Schwelle nicht durch organisatorische, räumliche, verfahrensrechtliche Hürden verstärken
- Freiwilligkeit: Selbstverantwortung der Eltern in den Vordergrund stellen
- Präventiv: Angebote sollen vorbeugend und frühzeitig ansetzen; präventive Vermittlung von Informationen und Kompetenzen bei Übergängen von Familienphasen (z. B. Starke Eltern – Starke Kinder)
- Angebote unter einem Dach: Dienste für die ganze Familie anbieten, Angebote vernetzen (z. B. Eltern-Kind-Zentren)
- Frühzeitigkeit: Angebote sollen so früh wie möglich (bereits vor und ganz am Anfang der Familienphase) ansetzen, frühzeitiger Zugang über Kitas oder Eltern-Kind-Zentren
- Informations- und Kommunikationsformen: Informationsgestaltung (Flyer, Broschüren über Angebote), die unterschiedliche Bevölkerungsgruppen anspricht
- Nutzung moderner Medien: Angebote in die Lebenswelt von Familien bringen; Nutzung moderner Medien den Familien ermöglichen, z. B. Printmedien (Elternbrief), Telekommunikation (Elterntelefon), Online-Angebote (virtuelle Beratungsstelle für Erziehungs- und Familienberatung und Internetratgeber)
- Beachtung von kulturellen, weltanschaulichen, genderspezifischen Hintergründen: Bewusstsein für die Verschiedenartigkeit der Nutzerinnen:  
*Kultureller Hintergrund:* interkulturelle Öffnung der Angebote gewährleisten, Zielgruppen im Einzugsbereich in Angebotsentwicklung einbeziehen

*Weltanschaulicher Hintergrund:* Bewusstsein für Spannung zwischen traditionellen/religiösen Orientierungen und öffentlich erlebten Lebensweisen, diese aufgreifen  
*Gender Mainstreaming:* Angebote sollen gendersensibel sein  
 ■ Anschlussfähigkeit und Durchlässigkeit: träger- und institutionsübergreifende Vernetzung und Kooperation; fließende Übergänge für die Nutzerinnen gewährleisten

Tabelle 23: Kriterien für Niederschwelligkeit (Deutscher Verein 2005, 5–16)

Um diese Kriterien träger- und institutionsübergreifend mit den vorhandenen Ressourcen umzusetzen, empfiehlt der Deutsche Verein ein vierschrittiges Vorgehen:

### Handlungsempfehlungen:

1. Erstellung einer Bedarfs- und Standortanalyse unter Einbeziehung der Familien: mögliche Instrumente: Stadtteilkonferenzen, Befragungen u. a.
2. Klare Abgrenzung des Gegenstands- bzw. Problembereiches: Ausgangsproblematik, Zielgruppe, Sozialraum, Ziel
3. Bildung von Netzwerken und Kooperationen: Jugendhilfe, Schulen, Gesundheitsversorgung, Sozialverwaltung, Arbeitsverwaltung, Stadtentwicklung ⇔ Gestaltung von win-win-Situationen
4. Qualifizierung: Fortbildungsangebote zur Reflexion persönlicher Werte und Haltungen (Mutter-/Frauenrolle, Vater-/Männerrolle, Familie und Erwerbsarbeit), auf der fachlichen Ebene (Methoden, Forschungsstand), auf der strukturellen Ebene (Netzwerkaufbau, Netzwerkarbeit, Gemeinwesenarbeit, Qualitätsentwicklung, Prozessbegleitung)

Tabelle 24: Handlungsempfehlungen (Deutscher Verein 2005, 16–27)

Diese Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins geben hilfreiche Anregungen für die Gestaltung von familienunterstützenden Angeboten, die im Rahmen der Gesundheitsförderung in und um Kindertageseinrichtungen stattfinden.

### Literatur:

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2005): Niederschwelliger Zugang zu familienunterstützenden Angeboten in Kommunen. Handlungsempfehlungen des Deutschen Vereins. URL: [http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen\\_archiv/empfehlungen2005/dezember/20051206/?searchterm=zugang](http://www.deutscher-verein.de/05-empfehlungen/empfehlungen_archiv/empfehlungen2005/dezember/20051206/?searchterm=zugang) [Stand: 21.05.2010]

## 5.4 Was wissen wir zur Zusammenarbeit mit ‚schwer erreichbaren Eltern‘ in der Gesundheitsförderung?

Im Jahr 2008 erstellte das Zentrum für Kinder- und Jugendforschung an der Evangelischen Fachhochschule Freiburg im Auftrag des Landesgesundheitsamts Baden-Württemberg eine Expertise für gelingende Elternarbeit in der Gesundheitsförderung (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008). Die Expertise richtet sich an Erzieherinnen und Fachkräfte von Gesundheitsämtern. Im Mittelpunkt stehen „**schwer erreichbare Eltern**“. Unter diesem Begriff werden in der Fachdiskussion und in der Expertise folgende Gruppen subsumiert:

- sozial benachteiligte Familien
- bildungsferne bzw. bildungsbenachteiligte Familien
- Familien mit Migrationshintergrund

- Multiproblemfamilien
- (berufstätige) Väter
- Alleinerziehende

Um Eltern zu erreichen, müssen individuell die spezifischen **Belastungen** und Lebenssituationen der Familien bei Familienbildungsangeboten berücksichtigt werden, z. B.:

- materielle Armut, geringe materielle Ressourcen
- schlecht bezahlte Arbeit, Arbeitslosigkeit
- geringe Schulbildung, keine Berufsausbildung
- gesundheitliche Risiken, Erkrankungen
- psychische Belastungen, Partnerkonflikte
- Suchtverhalten
- Gewalterfahrungen
- Kommunikationsschwierigkeiten
- Spannungsverhältnis zwischen Verbundenheit zur Herkunftskultur und Eingliederung in die deutsche Gesellschaft (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008, 13–17)

Folgende **Zugangsbarrieren**, die es Familien erschweren, Angebote in Anspruch zu nehmen, werden genannt (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008, 17–19):

- Kostenaufwand
- Ungünstige Öffnungs- und Kurszeiten
- Keine Kinderbetreuung
- Mangelnde Fähigkeiten bei der Terminkoordination und Alltagsorganisation
- Angebote als zusätzliche Belastung
- Divergierende Lebenswelten in den Angeboten
- Resignation und Skepsis
- Angst und Scham
- Sprachliche Hürden

Die **Niederschwelligkeit** ist das zentrale Kriterium, um Zugangsbarrieren abzubauen und Eltern den Zugang zu Familienbildungsangeboten zu erleichtern. Kriterien für einen niederschweligen Zugang zu familienunterstützenden Angeboten werden in Empfehlungen zum niederschweligen Zugang des DV (2005) genannt (> Kapitel 5.3). Dazu gehört, dass sich Angebote an den Lebenswelten der Familien orientieren und Familien dort aufgesucht werden, wo sie leben.

**Kindertageseinrichtungen** nehmen als ein Teil der Lebenswelt von Kindern und ihrer Familien eine Schlüssel-funktion ein, wenn es darum geht, Angebote der Gesundheitsförderung niederschwellig umzusetzen. Die Kita kann als zentrale Sozialisationsinstanz betrachtet werden. Auch ist es möglich, dass Kitas als Vermittlungsinstanz fungieren (> Kapitel 3.1). Eine funktionierende **Erziehungspartnerschaft** zwischen Eltern und institutionellen Erziehenden ist grundlegend, um Eltern zu erreichen. Eine gute Zusammenarbeit und Kommunikation aller an der Erziehung Beteiligten ist dafür eine gute Basis. Die Einbeziehung der Eltern in den Kita-Alltag fördert den Aufbau von Erziehungspartnerschaften.

### Handlungsempfehlungen

Die Expertise gibt einen systematischen Überblick über Projekte der Zusammenarbeit mit (schwer erreichbaren) Eltern in der Gesundheitsförderung und mündet in Handlungsempfehlungen. Betont wird, dass es DEN idealen

Weg und DIE schwer erreichbaren Eltern nicht gibt. (So gibt es z. B. auch weltanschaulich begründete „Schwer-Erreichbarkeit“ und „hochgebildete“ Impfgegnerinnen, die von entsprechenden Programmen/Projekten nicht erreicht werden wollen.) Beginnend mit einer Sozialraum- und Bedarfsanalyse wird zur individuellen Planung folgender Prozess vorgeschlagen, um alle Wirkfaktoren für die Zusammenarbeit mit „schwer erreichbaren Eltern“ zu berücksichtigen:

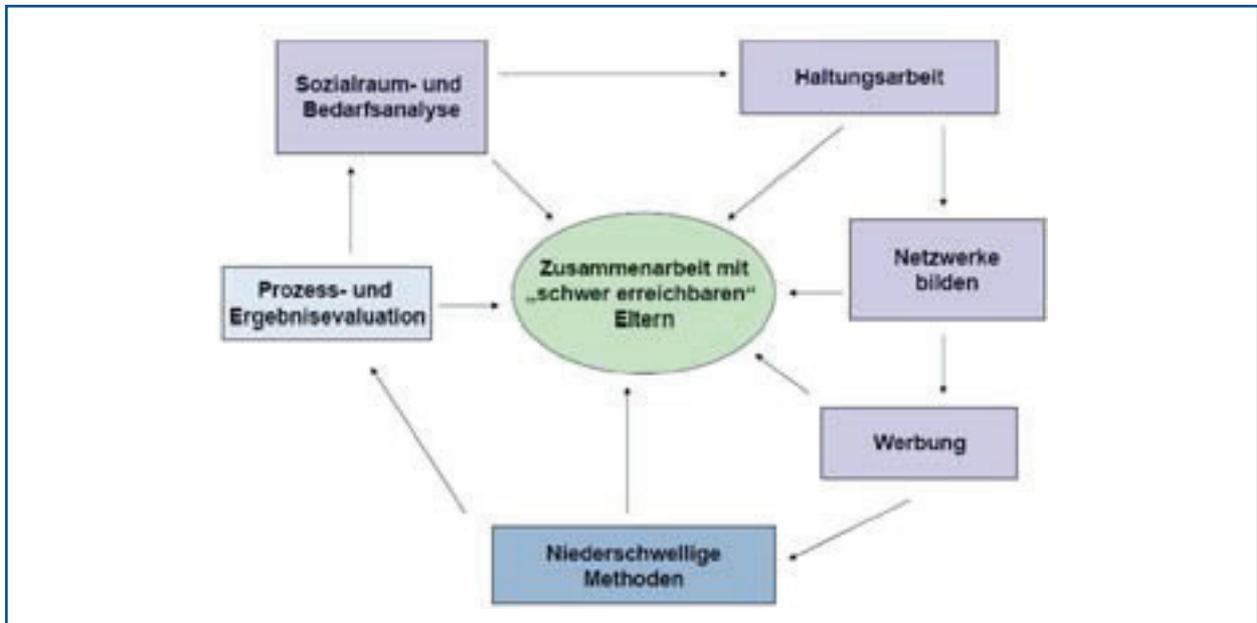


Abbildung 14: Zusammenarbeit mit „schwer erreichbaren“ Eltern (Eigendarstellung nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008, 60)

Konkrete Handlungsorientierung geben folgende Leitfragen:

1. Sozialraum- und Bedarfsanalyse	2. Haltungsarbeit
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wen und was wollen wir erreichen?</li> <li>■ Was zeichnet diese Zielgruppe aus?</li> <li>■ Welche Wünsche und Bedürfnisse könnte sie haben?</li> <li>■ In welchen Lebensphasen befindet sie sich?</li> <li>■ Wen haben wir bereits erreicht und wie?</li> <li>■ Welche Ressourcen haben wir?</li> <li>■ Sind die Zielgruppen in die Analyse ausreichend einbezogen?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Was macht eine gute Zusammenarbeit aus?</li> <li>■ Wie arbeiten wir mit Eltern zusammen?</li> <li>■ Wie möchten wir mit ihnen zusammenarbeiten?</li> <li>■ Welche Möglichkeiten eröffnen sich dadurch?</li> <li>■ Was verstehen wir unter Erziehung?</li> <li>■ Werden die Unterschiedlichkeiten der verschiedenen Eltern(gruppen) und deren Hintergrund ausreichend gesehen?</li> <li>■ Wo liegen Grenzen der Zusammenarbeit und welche Konsequenzen haben sie?</li> </ul>
3. Netzwerke bilden	4. Werbung
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mit wem kooperieren wir bereits?</li> <li>■ Wo brauchen wir noch Unterstützung?</li> <li>■ Was können wir bieten?</li> <li>■ Was und wen brauchen wir?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Was könnte unsere Zielgruppe ansprechen?</li> <li>■ Was hat bereits gut geklappt?</li> <li>■ Können schon erreichte Eltern genutzt werden?</li> <li>■ Welche Medien könnten uns helfen?</li> </ul>

5. Durchführung: Methoden	6. Ergebnis- und Prozessevaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wie häufig sprechen wir die Eltern persönlich an?</li> <li>■ Wie können wir noch mehr auf sie zugehen?</li> <li>■ Sind wir sprachlich auf einer Ebene?</li> <li>■ Orientieren sich die Zeiten der Angebote an den Eltern?</li> <li>■ Sind wir den Eltern vertraut? Wie schaffen wir Vertrauen?</li> <li>■ Erreichen wir die Eltern in ihrer Lebenswelt?</li> <li>■ Welche neuen Formen können wir entwickeln?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hat das Angebot die geplante Wirkung? Treten, über die ursprüngliche Zielsetzung hinausgehende, Wirkungen auf? Treten unerwünschte (Neben-)Wirkungen auf?</li> <li>■ Haben wir alle erreicht, die wir erreichen wollten?</li> <li>■ Was hat gut/was hat nicht geklappt? Woran lag das?</li> <li>■ Was müssen wir verändern?</li> <li>■ Wie zufrieden sind wir? Wie zufrieden sind die Nutzerinnen? Wie zufrieden sind weitere Außenstehende?</li> </ul>

Tabelle 25: Leitfragen zur Handlungsorientierung (Eigendarstellung nach Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008, 58–59)

Die Expertise gibt Erzieherinnen und Fachkräften in Kitas und in der Gesundheitsförderung folgenden Grundsatz mit auf den Weg: „Insgesamt muss man sich in der Arbeit mit der Zielgruppe ‚schwer erreichbare‘ Eltern von Beginn an klar machen, dass ein ‚langer Atem‘ notwendig ist und dass es eine zeitintensive und langfristige Arbeit ist, die viele kleine Schritte erfordert, um das Ziel zu erreichen“ (Fröhlich-Gildhoff/Rönnau 2008, 60).

**Literatur:**

Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Rönnau, Maike (2008). Elternarbeit in der Gesundheitsförderung: Angebote und Zugangswege unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe „schwer erreichbare Eltern“. Expertise. Hg. vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg. Stuttgart. Kostenfrei bestellbar unter [abteilung9@rps.bwl.de](mailto:abteilung9@rps.bwl.de).

## 5.5 Welche Programme zur Stärkung der Elternkompetenz und Familienunterstützung eignen sich zur Verknüpfung?

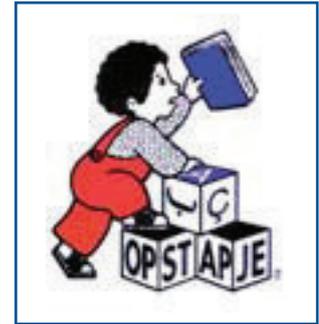
Die Stärkung der Elternkompetenz und die Unterstützung von Familien durch Programme, deren Wirksamkeit nachgewiesen ist, ist Bestandteil aller einschlägigen Empfehlungen aus den Bereichen der (frühen) Bildung und Gesundheitsförderung. Bezogen auf Kindertageseinrichtungen und sozial benachteiligte Kinder ist die Stärkung der Elternkompetenz Voraussetzung dafür, die Erfolge von gesundheitsförderlichen Aktivitäten in der Kita auch in den Familien durch „Alltagsverhalten“ zuhause zu unterstützen und zu verstetigen. In allen integrativen Konzepten von Kindertageseinrichtungen/Kinder- und Familienzentren und im Zusammenhang mit sozial benachteiligten Eltern, wird darüber hinaus empfohlen, diese Programme möglichst niederschwellig in Kitas zu integrieren (> 5.2, > 5.3, > 5.4, > 6.2, > 6.3). Im Rahmen der Literatur- und Programm-Analyse für diese Handreichung wurden aus den zahlreichen Programmen bevorzugt diejenigen ausgewählt, die evaluiert sind, die sich insbesondere auch für sozial benachteiligte Eltern und Familien eignen und deren Inhalte Anknüpfungspunkte zu Ernährung und Bewegung enthalten. Es gibt wenige Programme, die diese Kriterien – Evaluation, Sozillagenbezug, inhaltliche Anknüpfungspunkte – alle erfüllen, wie z. B. HIPPY. Darum werden darüber hinaus Programme dargestellt, die zwar nicht direkt sozillagenbezogen sind und/oder auch (noch) nicht evaluiert sind, aber aufgrund ihrer großen Verbreitung ein großes Potenzial für Verknüpfung und Integration von Sozillagenbezug und Ernährung und Bewegung bieten, wie z. B. PEKiP.

### 1) Opstapje

Opstapje ist ein Hausbesuchsprogramm zur Förderung von sozial benachteiligten Familien mit Kindern im Alter von zwei bis vier Jahren. Ziel ist es, durch soziale Benachteiligung bedingte Entwicklungsrisiken der Kinder zu reduzieren und ihre Chancen auf eine erfolgreiche Teilhabe an der Gesellschaft und insbesondere am Bildungssystem zu

erhöhen. Opstapje ist niederschwellig angelegt, wöchentlich finden Hausbesuche statt. Die Hausbesucherinnen sind pädagogische Laien, sie erhalten eine Schulung und können fachliche Beratung durch eine professionelle Koordinatorin in Anspruch nehmen. Vierzehntägig finden Gruppentreffen der beteiligten Familien unter Leitung der Laienhelferin in wohnortnahen Räumlichkeiten statt.

Opstapje wurde verschiedentlich evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass sozial benachteiligte, bildungsferne Familien erreicht werden und Programmabbrüche selten sind. Um die Effektivität des Programms zu erhöhen, müsste es noch früher einsetzen, die Dauer und Anzahl der Hausbesuche müssten intensiviert werden. Die begrenzte Fachlichkeit der Hausbesucherinnen erwies sich als problematisch.



### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Bei diesem Programm handelt es sich explizit um ein soziallagensensibles Präventionsprogramm. Evaluationen haben gezeigt, dass Opstapje sozial benachteiligte, bildungsferne Familien erreicht. Gesundheitsthemen sind nicht ausdrücklich Bestandteil des Curriculums von Opstapje. Es wäre zu prüfen, ob durch die Schulung der Elternkompetenz eine indirekte Wirkung auf Aspekte der Ernährung und Bewegung zu erwarten ist, bzw. ob sich mit spezifischen Elementen und Materialien das vorgegebene Curriculum erweitern ließe.

[www.opstapje.de](http://www.opstapje.de); [www.dji.de](http://www.dji.de)

Lund, Kerstin; Erdwien, Birgitt (2004). „Entwicklungspsychologische Untersuchungen im Hinblick auf die Wirksamkeit des Programms im Vergleich zu einer Kontrollgruppe“. Wissenschaftliche Begleitung des Modell-Projekts „Opstapje – Schritt für Schritt“ in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut München (DJI) und der Universität Regensburg. Institut für Methodik Diagnostik und Evaluation, Abteilung für Diagnostik und Differenzielle Psychologie der Universität Bremen. URL: <http://www.intern.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=351&Jump1=RECHTS&Jump2=L1&EXTRALIT=%3C%3EProjektver%F6ffentlichungen%3C%2FH3%3E&kurzform=1> [Stand: 04.05.2010].

Sann, Alexandra; Thrumm, Kathrin (2006). Opstapje – Schritt für Schritt. Abschlussbericht des Modellprojektes. München (Projekt: Opstapje – Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Frühförderprogramms. München. DJI.).

Weiß, Hans (2004). Armut als Entwicklungsrisiko – Möglichkeiten der Prävention und Intervention. Vortrag am 14.09.2004 im Rahmen der abschließenden Fachtagung „Früh übt sich ...“ zum Modellprojekt Opstapje. URL: [www.dji.de/bibs/321\\_4172Vortrag\\_Weiss\\_Abschluss-tagung.pdf](http://www.dji.de/bibs/321_4172Vortrag_Weiss_Abschluss-tagung.pdf) [Stand: 04.05.2010].

Zimmermann, Peter; Moritz, Martina (2004). Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation des Interventionsprojektes „Opstapje“. Mütterliche Anleitungsgüte und Verhalten des Kindes in einer Spielsituation. Universität Dortmund, Universität Regensburg.

## 2) HIPPY (Home Instruction Program for Preschool Youngsters)

HIPPY ist ein niederschwelliges, interkulturell ausgerichtetes Familienbildungsprogramm zur Integration von Familien mit Migrationshintergrund mit dem Ziel der frühen Förderung von Kindern und ihren Eltern. Die Zielgruppe bilden schwerpunktmäßig türkischstämmige und russischsprachige Familien mit vier- bis fünfjährigen Kindern. Alle zwei Wochen werden die Familien von geschulten Laienhelferinnen besucht. Die Hausbesucherinnen sprechen die Sprache der Zielgruppe und sind mit den kulturellen Hintergründen vertraut. Zweiwöchentliche Gruppentreffen dienen dem Erfahrungsaustausch der Mütter. Insgesamt ist das Programm auf zwei Jahre angelegt. Es stehen deutsch- und türkischsprachige Lehr- und Lernmaterialien zur Verfügung. Die Familien werden sowohl über Themen aus den Bereichen Gesundheit, Erziehung und Bildung als auch über integrationsrelevante Themen, wie beispielsweise das Aufwachsen in der Zweisprachigkeit informiert. HIPPY wurde vom Deutschen Jugend-Institut (DJI) wissenschaftlich begleitet und evaluiert.



### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Bei diesem Programm handelt es sich um ein explizit soziallagensensibles „Präventions- und Integrationsprogramm“. Zielgruppen sind ausdrücklich sozial benachteiligte Familien. Der besondere Schwerpunkt liegt auf Familien mit Migrationshintergrund. Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung sind ausdrücklicher Bestandteil des Curriculums.

[www.hippy-deutschland.de](http://www.hippy-deutschland.de)

Westheimer, M. (Hg.) (2003). Parents making a Difference. International Research on the Home Instruction for Parents of Preschool Youngsters (HIPPY) Program. Jerusalem.

Kiefl, W. (1996). Bilanz eines Modellprojektes zur Integration von Aussiedler- und Ausländerfamilien in Deutschland. München.

Kiefl, W. (1995). „Sie fühlt sich groß, weil sie mehr kann“. Die wichtigsten Ergebnisse des Modellprojekts HIPPY zur Integration von Aussiedler- und Ausländerfamilien. Projektbericht. München.

### 3) PAT (Parents As Teachers)

PAT ist ein Familienbildungsprogramm zur Unterstützung von Familien ab der Schwangerschaft bis zur Aufnahme der Kinder in den Kindergarten. Ziele sind die Kompetenzentwicklung der Eltern, die Stärkung des Selbstwertgefühls, die Wissensvermittlung zur Kindesentwicklung, die Früherkennung von Entwicklungsstörungen und Lern-

problemen sowie die Prävention von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Von zertifizierten Elterntainerinnen werden Hausbesuche und Gruppentreffen zum Erfahrungsaustausch der Eltern durchgeführt. In regelmäßigen Abständen wird bei den Kindern mithilfe eines Screenings der Entwicklungsstand beurteilt. Das Programm bietet Arbeits- und Informationsblätter für Eltern mit Beobachtungshinweisen, Anregungen und Meilensteinen der Entwicklung. In die Gruppen werden fortlaufend neue Eltern aufgenommen, sofern deren Kinder nicht älter als zwei Jahre sind und es freie Plätze gibt. Ein wichtiges Ziel ist der Aufbau sozialer Netzwerke im Quartier.



In Amerika liegen seit 1985 Evaluationen vor, die den Erfolg des Programms in randomisierten Studien belegen: Die Kinder, die an PAT teilnehmen, zeigen bessere kognitive, sprachliche, soziale und motorische Fähigkeiten als die Kinder der Kontrollgruppe. Darüber hinaus konnten Entwicklungsverzögerungen kompensiert werden.

### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Bei diesem Programm handelt es sich um ein soziallagensensibles, niederschwelliges Programm zur Unterstützung der Eltern. Es richtet sich ausdrücklich an Eltern von jungen Kindern ab der Babyphase bis zum fünften Lebensjahr. Es ist nicht ersichtlich, welchen Stellenwert Gesundheitsthemen und Ernährung einnehmen. Das Programm setzt ganzheitlich an, indem es sowohl auf der Ebene der Verhaltensprävention als auch auf der Ebene der Verhältnisprävention agiert.

Zigler, E.; Seitz, V. (2008). The Parents as Teachers Program and School Success: A Replication and Extension. In: Journal of Primary Prevention. Vol. 29/2: 99–192.

#### 4) Triple P

Triple P ist ein präventives Programm aus Australien zur Verbesserung der Erziehungskompetenz und richtet sich an Eltern. Ziel des Programms ist es, Eltern zu befähigen, ihre Kinder zu fördern und in einer konstruktiven, nicht verletzenden Art zu erziehen. Erzieherinnen, Kinderärztinnen, Pädagoginnen sowie Psychologinnen kommen als Trainerinnen in Frage und arbeiten sowohl mit Gruppen als auch mit einzelnen Familien, indem sie Beratungs- und Trainingsangebote anbieten. Das Programm wurde erfolgreich in der Sozialpädagogischen Familienhilfe eingesetzt, im Setting Kindertageseinrichtung und bei Zielgruppen mit spezifischen Bedarfen, wie türkischen Eltern, sowie bei Eltern aus unterschiedlichen Soziallagen.



#### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Triple P dient dem Abbau von Stress im Familienalltag. Eine Wirkung auf Ernährungserziehung ist möglich, indem die Erziehungskompetenz im Allgemeinen gefördert wird und elterliche Verantwortung geschult wird. Beispielsweise kann angenommen werden, dass Eltern, die mit Triple P arbeiten, beim Einkaufen eher konsequent bleiben, wenn Kinder ungesunde teure „Kinderlebensmittel“ oder Süßigkeiten haben wollen. Erziehung nimmt Einfluss auf das Ernährungsverhalten und die Esskultur der Kinder. Auswirkungen auf das Bewegungsverhalten der Kinder können indirekt vermutet werden, indem Eltern auch im Umgang mit Spielkonsolen und Fernsehen konsequenter sind. Triple P wurde bei Eltern aus verschiedenen Soziallagen und in diversen Settings eingesetzt.

[www.triplep.de](http://www.triplep.de)

Markie-Dadds, C.; Sanders, M.-R.; Turner, K.M.T. (2003). Das Triple P Elternarbeitsbuch. Der Ratgeber zur positiven Erziehung mit praktischen Übungen. (PAG Institut für Psychologie AG). Münster.

Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster, Triple P Deutschland, Institut für Psychologie AG, Westfälische Wilhelms-Universität Münster (2007). Abschlussbericht Pilotprojekt Triple P – Kurzberatung in der Kita. Münster.

#### 5) PEKiP®

PEKiP steht für „Prager-Eltern-Kind-Projekt“ und ist ein Familienbildungsangebot, das von Jaroslav Koch, einem Psychologen aus Prag, entwickelt wurde. Das handlungs- und situationsorientierte Konzept basiert auf frühen und entwicklungsangemessenen Bewegungs- und Spielanregungen. Die Zielgruppe sind Eltern mit Neugeborenen ab der vierten Lebenswoche, inklusive Kindern mit einer Behinderung oder mit Entwicklungsdefiziten, die in geschlossenen Gruppen über das ganze erste Lebensjahr hinweg begleitet werden. Ziel ist die frühkindliche Förderung durch Bewegung und durch den sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen. Darüber hinaus sollen die Eltern-Kind-Beziehung sowie die elterliche Kompetenz gestärkt werden. Die wöchentlichen Gruppentreffen werden von einer ausgebildeten Kursleiterin angeleitet und bieten Raum, über die frühkindliche Entwicklung und den entsprechenden Umgang mit dem Säugling zu sprechen. Die Gruppe bietet die Möglichkeit sich mit Eltern gleichaltriger Kinder auszutauschen. Die neue Rolle als Eltern, die Neuorganisation des Alltags, eine angemessene Ernährung, die Entwicklung der Kinder, die Pflege und Gesundheit des Säuglings werden u. a. thematisiert. Die Kurse werden meist über Familienbildungsstätten, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Kommunen, Bildungsnetzwerke und Volkshochschulen oder in Eltern-Kind-Zentren, Kitas, Initiativen und Selbsthilfegruppen angeboten.



### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Die Bewegungsförderung durch entwicklungsangemessene Spiel- und Bewegungsanregungen steht im Mittelpunkt des PEKiP. Im Rahmen der Informationen zur frühkindlichen Entwicklung und Säuglingspflege wird auch die Ernährung, vor allem das Stillen und die Einführung von Beikost, thematisiert. Je nachdem, wie gut der Kursleiterin der Vertrauensaufbau zu den Eltern gelingt und wie offen die Eltern für Informationen sind, erhöht sich das Ernährungswissen und eine indirekte Wirkung auf das Ernährungsverhalten und die Ernährungserziehung kann angenommen werden. Auch über die Förderung der Erziehungskompetenz und Schulung der elterlichen Verantwortung im Allgemeinen nimmt das PEKiP indirekt Einfluss auf die Ernährungserziehung und Bewegungsförderung. PEKiP kann als Beitrag für die primäre Prävention im Bereich der Gesundheitspflege und Psychohygiene für junge Familien gesehen werden. Auch wenn vorrangig besser gestellte Familien erreicht werden, ist die weite Verbreitung des Programms positiv zu bewerten. Durch Angliederung des Programms an Kindertageseinrichtungen und Reduzierung der Kursbeiträge bei Bedarf wäre eine bessere Erreichbarkeit von sozial benachteiligten Familien denkbar.

[www.pekip.de](http://www.pekip.de)

Knödel, P. (1983). Erziehungseinstellungen, Einstellungsänderungen und Mutter-Kind-Interaktionen – eine Untersuchung an Müttern, die an einem Kurs zum Prager-Eltern-Kind-Programm teilnehmen. Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität, Münster (unveröffentlicht).

Kubani, D. (1997). Mütterliches Verhalten als abhängige Variable im Prager-Eltern-Kind-Programm. Dissertation, Karlsuniversität Prag (unveröffentlicht).

Pulkkinen, A. (2005). Babys spielerisch fördern mit dem Prager-Eltern-Kind-Programm. München.

### 6) Starke Eltern – Starke Kinder®

Seit 1985 bietet der Deutsche Kinderschutzbund Kurse an, die sich an Eltern mit Erziehungs- und Alltagsproblemen richten und der Gewaltprävention in Familien dienen sollen. Ziel ist es, das Selbstvertrauen der Eltern bezüglich der Erziehung zu stärken und die Kommunikation in der Familie zu verbessern. Das Kursangebot richtet sich an Ein-Eltern-Familien, Patchworkfamilien und Familien mit Kindern unterschiedlichen Alters. Im Rahmen des Programms wurden unterschiedliche Zusatzmaterialien für die verschiedenen Zielgruppen, wie bildungsferne Eltern, die nicht so gerne viel lesen oder schreiben, für Eltern pubertierender Kinder oder für Patchwork- und Stieffamilien entwickelt. Darüber hinaus stehen Materialien in türkischer und russischer Sprache zur Verfügung. Die Verantwortung für ein zielgruppenspezifisches und angemessenes Angebot tragen die Kursleiterinnen. Diese sollen durch ihre Haltung und die entsprechende Gestaltung des Kurses gewährleisten, dass beispielsweise bildungsferne Eltern angesprochen werden und von dem Kurs profitieren können. Eine bewährte Möglichkeit ist es zum Beispiel, Kurse in Kindertageseinrichtungen zu deren Öffnungszeiten anzubieten und die Kinder sowie Geschwisterkinder währenddessen dort zu betreuen.



### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Ernährung und Bewegung sind nicht Bestandteil des Programms. Der Kurs soll aber der Stressreduktion in der Familie dienen. Die Soziallagensensibilität wurde bisher nicht explizit evaluiert. In einer Evaluation findet sich der kurze Hinweis, dass die Mehrzahl der Studienteilnehmerinnen aus gesicherten beruflichen Verhältnissen kam. Es bleibt offen, ob das Programm für bildungsfernere soziale Milieus konzeptionell ungeeignet ist oder ob es bisher keine Projekte gab, in denen gezielt versucht wurde, sozial benachteiligte Eltern zu erreichen. Eine Möglichkeit, sie besser zu erreichen, kann die Anbindung an eine Kita sein.

[www.starkeeltern-starkekinder.de](http://www.starkeeltern-starkekinder.de)

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Pressemitteilung 015.08 vom 11. Januar 2008.

Busche-Baumann, M.; Oster, M.; Nieberg, N. (2004). Evaluationsbericht – Starke Eltern – Starke Kinder. Evaluation der Elternkurse des Deutschen Kinderschutzbundes e. V. für den Raum Niedersachsen durch ein Forschungsteam des Zentrums für Interdisziplinäre Frauen- und Geschlechterforschung (ZIF) der HAWK Hildesheim. Hildesheim.

Honkanen-Schoberth (2002). Starke Kinder brauchen starke Eltern – Der Elternkurs des Deutschen Kinderschutzbundes. Ravensburger Ratgeber. Urania Verlag.

Honkanen-Schoberth; Jennes-Rosenthal (2008). Elternkurs „Starke Eltern – Starke Kinder®“. Präventives Erziehungskonzept auch für bildungsferne oder bildungsungewohnte Eltern. In: Jugendhilfe (46), Heft 3, S. 131–139.

Tschöpe-Scheffler (2003). Elternkurse auf dem Prüfstand – Wie Erziehung wieder Freude macht. Leske + Budrich.

Tschöpe-Scheffler, Sigrid; Niermann, Jochen (2002). Evaluation des Elternkurskonzepts „Starke Eltern – Starke Kinder“ des Deutschen Kinderschutzbundes. Fachhochschule Köln. Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaft. Köln.

## 7) STEP (Systematic Training for Effective Parenting)

STEP vermittelt demokratische Kindererziehung in einem systematischen Programm. Zur Zielgruppe gehören sowohl Eltern als auch Fachkräfte. Das Elterntraining hat das Ziel, ein kooperatives, stressfreies Zusammenleben in der Familie zu erreichen und eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen. Für Fachpersonal in Kindertageseinrichtungen bzw. im Bereich der Jugend- und Erziehungshilfe wurden spezielle Weiterbildungen im Rahmen des STEP Konzepts entwickelt, mit dem Ziel, die Handlungskompetenz der Erzieherinnen zu stärken, eine gelungene Erziehungspartnerschaft zwischen Pädagoginnen und Eltern zu erreichen und eine effektive Zusammenarbeit der Kolleginnen im Team zu pflegen. Die Grundidee des Konzepts ist die Gleichwertigkeit der Eltern oder anderer Erziehenden und Kinder sowie das Recht und die Pflicht aller zu gegenseitigem Respekt. STEP ist ein wissenschaftlich fundiertes Programm: Neben 61 in den USA durchgeführten Studien, fördert in Deutschland das Bundesministerium für Bildung und Forschung die Evaluation (durch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld).

### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

STEP Elternkurse finden auch im Rahmen der Erziehungshilfe statt. Diese Form der Elternbildung, die unter § 27 (2) des Kinder- und Jugendhilfegesetzes einzuordnen ist, ist entweder in Jugendhilfemaßnahmen integriert (z. B. im Rahmen der Elternzusammenarbeit in Tagesgruppen oder als Teil einer ambulanten Hilfe) oder findet als Ergänzung zu bereits bestehenden Jugendhilfemaßnahmen statt (z. B. > 4.6 Sozialpädagogische Familienhilfe).

STEP gehört mit zu den Kriterien, die für die Verleihung des Gütesiegels „Familienzentrum NRW“ notwendig sind. STEP Elterntraining ist dort eines der meistverbreiteten Programme, die für die Durchführung eines Elternbildungsangebots in einem Familienzentrum angeboten werden. Das heißt, STEP hat sich als Elternbildungsangebot im Setting Kita und zur Arbeit mit Eltern aus verschiedenen Soziallagen bewährt. Auch können STÄRKE-Bildungsgutscheine in Baden-Württemberg für STEP Elternkurse eingesetzt werden, was die Erreichbarkeit der Zielgruppe sozial benachteiligter Familien potenziell erhöht. Das Programm STEP richtet den Fokus nicht auf Gesundheitsthemen wie Ernährung und Bewegung. Es will die Erziehungskompetenz und die Erziehungspartnerschaft zwischen Eltern und Erzieherinnen stärken und zielt darauf ab, Menschen unterschiedlicher Generationen feste und klar strukturierte Regeln für den Umgang miteinander an die Hand zu geben.

[www.instep-online.de](http://www.instep-online.de)

Dinkmeyer, Don sr.; McKay, Gary D.; Dinkmeyer, James S.; Dinkmeyer, Don jr. (2008). Step – Das Buch für Erzieher/innen: Kinder wertschätzend und kompetent erziehen. Berlin: Cornelsen.

Dinkmeyer, Don u. a. (2009). Step – Das Elternbuch, die ersten 6 Jahre. Hg. von Trudi Kühn, Roxana Petcov. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Taschenbuch.

Dinkmeyer, Don sr.; Dinkmeyer, Don jr.; McKay, Gary D. (2006). Step – Das Elternbuch, Kinder ab 6 Jahre. Hg. und übers. von Trudi Kühn, Roxana Petcov. 2. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Taschenbuch.

Dinkmeyer, Don sr.; McKay, Gary D.; Dinkmeyer, James S.; Dinkmeyer, Don jr. (2006). Step – Das Elternbuch, Leben mit Teenagern. Hg. und übers. von Trudi Kühn, Roxana Petcov. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz-Taschenbuch.

## 8) Videotraining/Video-Home-Training (VHT)

Das Video-Home-Training ist eine Methode zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und des Selbstwertgefühls sowie zur Verbesserung der Kommunikation und der Beziehung zwischen Eltern und Kindern. VHT wurde in den Niederlanden zur Behandlung von Familien mit Erziehungsschwierigkeiten entwickelt. Seit 1990 wird es in Deutschland durch den SPIN Deutschland e. V. (Stichting Promotie Intensive thuisbehandeling Nederland übersetzt: „Stiftung zur Förderung der intensiven Familienbehandlung in der häuslichen Situation“) verbreitet, der nach den niederländischen Qualitätsstandards arbeitet. Kern der Hilfe ist die gemeinsame Analyse von Alltagsequenzen des Familienlebens durch die Video-Home-Trainerin mit den Eltern. Dazu werden Aufnahmen des täglichen Miteinanders in der Familie gemacht. Aus diesen werden Ausschnitte gewählt, die positive Kontakte zwischen den Eltern und Kindern zeigen. Hintergrund bildet die Annahme, dass die Arbeit an positiven Ansätzen weitaus wirksamer ist als ein problemorientierter Ansatz. Gelungene Interaktionen sollen verstärkt werden. Probleme, die durch die Eltern benannt werden, werden konstruktiv in Lernaufgaben umgewandelt und einer Lösungsorientierung zugänglich gemacht. Eine weitere Komponente des VHT ist das Erlernen der Basiskommunikation nach einem bestimmten Konzept. Die Fachkraft, welche das VHT durchführt, besucht die Familien einmal wöchentlich. Das VHT umfasst sechs bis zehn Einheiten und ist insofern eine zeitlich eng gefasste, intensive Hilfeform für Familien. Insbesondere für die Arbeit mit Familien in schwierigen Lebenslagen wurde ein sogenannter „Trajektplan“ entworfen, der als Strukturmodell für den Hilfeprozess dient und das Einschalten anderer Fachkräfte ermöglicht.

### Soziallagenbezug und Anknüpfungspunkte:

Die Gesundheitsthemen Ernährung und Bewegung spielen im Video-Home-Training keine Rolle, da es vielmehr um die Arbeit an der innerfamiliären Kommunikation geht als um konkrete praktische Themenkomplexe. Eventuell ist eine indirekte Wirkung auf Ernährung oder Bewegung durch die allgemeine Förderung der Erziehungskompetenz und elterlichen Verantwortung zu beobachten. Im Rahmen des Programms „Monheim für Kinder (Mo.Ki)“ wird in den Monheimer Kitas seit 2003 (in der Familienhilfe bereits seit 1997) mit der Marte-Meo-Methode gearbeitet, die ebenfalls aus den Niederlanden stammt und auf den Grundprinzipien des VHT basiert. Marte Meo<sup>29</sup> gilt als wichtiger Baustein der Familienzentren zur Qualifizierung der Erzieherinnen und wird in der Arbeit mit Eltern in den Monheimer Kitas eingesetzt. Das Angebot wurde für Eltern mit und ohne Migrationshintergrund und explizit auch für Eltern mit niedrigem Bildungsniveau konzipiert. Marte Meo wird als präventiv ansetzendes Bildungsprogramm in den Kindertageseinrichtungen eingesetzt.<sup>30</sup> (> Kapitel 6.5.1 Mo.Ki – Monheim für Kinder)

<sup>29</sup> Der Begriff „Marte Meo“ wird von „mars martis“ aus dem Lateinischen abgeleitet und bedeutet „etwas aus eigener Kraft erreichen“.

<sup>30</sup> [www.monheim.de/moki/kooperation/index.html#martemeo](http://www.monheim.de/moki/kooperation/index.html#martemeo)

[www.spindeutschland.de](http://www.spindeutschland.de)

[www.spin-ev.de](http://www.spin-ev.de)

Brümmer, M.; ter Horst, K. (1997). Die Familie im Focus der Kamera. Einführung in die Methode des Video-Home-Trainings (VHT). In: EREV Schriftenreihe 4/97 (Hg.): Familienaktivierende Konzepte. Hannover: Linden-Druck Verlag, S. 57-69.

Klawonn-Domien, K. (1997). Video-Home-Training. Ein Praxisbeispiel. In: EREV Schriftenreihe 4/97 (Hg.): Familienaktivierende Konzepte. Hannover: Linden-Druck Verlag, S. 70-73.

König, C. (1996). Video-Home-Training – eine effektive Form der Elternarbeit im Rahmen der Frühförderung. Münster: LIT Verlag.

Kreuzer, M.; Räder, H. (1999). Video-Home-Training: Kommunikation im pädagogischen Alltag; eine erprobte Methode (nicht nur) in der Familienhilfe. 2. erw. Auflage. (Schriften des Fachbereichs Sozialwesen, Bd. 17). Mönchengladbach: Fachhochschule Niederrhein.

Kurschildgen, E. (1998). Video-Home-Training (VHT) und Video-Home-Training plus (VHT +). In: Beinroth, R. (Hg.): Familie und Jugendhilfe. Neuwied, S. 95-105.

Schepers, H.; König, C. (2000). Video-Home-Training. Eine neue Methode der Familienhilfe. Weinheim: Beltz Verlag.

SPIN-D; Gens, H.; Heimbürger, U. (Hg.) (1994). Video-Home-Training. Reader 1: Grundlagen zu Theorie und Praxis. Düsseldorf. Der Reader ist leider vergriffen.

Weiner, A.; Kuppermintz, H.; Guttmann, D. (1994). Video-Home-Training (the Orion Project): A Short-Term Preventive and Treatment Intervention for Families with Young Children. In: Family Process (33), Heft 4, S. 441–453. URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119968122/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0> [Stand 30.12.2008].

Wels, P. M. A. (2004). Helping with a Camera. The use of video for family intervention. Nijmegen: Nijmegen University Press.

Die Palette der Angebote zur Stärkung der Elternkompetenz und Unterstützung von Familien ist vielfältig, und es gibt viele weitere Programme, die sich für eine Verknüpfung und Integration von Sozillagenbezug und Ernährung und Bewegung eignen. Ein weiteres ist bspw. **FuN (Familie und Nachbarschaft)**<sup>31</sup>: ein interaktives, spielerisches Familienangebot, das sich niederschwellig im Sozialraum, der Kita oder der Schule an sozial benachteiligte Familien und Familien mit Migrationshintergrund richtet und auf Gesundheitsförderung sowie Stärkung der Erziehungs- und Beziehungskompetenz zielt. Darüber hinaus will FuN einen Beitrag zum Aufbau und zur Vernetzung familienorientierter Hilfen im Stadtteil leisten. **Rucksack KiTa**<sup>32</sup> ist ein Konzept zur Sprachförderung und Elternbildung im Elementarbereich, das auf Mehrsprachigkeit und Elternpartizipation in der Kita zielt. Grundlage ist die aufeinander abgestimmte Sprachförderung der Kinder in der Erstsprache durch die Mütter sowie in der Zweitsprache in der Kindertageseinrichtung. Voraussetzung dafür ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den Eltern und Erzieherinnen.

Einen Rahmen zur Förderung und Finanzierung von Familienbildungsprogrammen bildet in Baden-Württemberg **STÄRKE**, ein Programm der Landesregierung zur Stärkung der Elternkompetenz. Folgende Familienbildungsprogramme und -angebote sind über STÄRKE explizit förderfähig: PEKiP, Triple P, STEP, Starke Eltern – Starke Kinder, Opstapje, STEEP, HIPPY und das Video-Home-Training (vgl. KVJS März 2009)<sup>33</sup> (> Kapitel 4.6.2 Stärke).

<sup>31</sup> [www.praepaed.de/funfamilie.html](http://www.praepaed.de/funfamilie.html)

<sup>32</sup> [www.raa.de/rucksack.html](http://www.raa.de/rucksack.html); [www.rucksack-griffbereit.raa.de/](http://www.rucksack-griffbereit.raa.de/)

<sup>33</sup> [www.kvjs.de/fileadmin/user\\_upload/fachoeffentlich/jugendhilfe/staerke/Kursuebersicht\\_Maerz\\_09.pdf](http://www.kvjs.de/fileadmin/user_upload/fachoeffentlich/jugendhilfe/staerke/Kursuebersicht_Maerz_09.pdf)

## 5.6 Welche Angebote und Verknüpfungsmöglichkeiten bietet die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH)?

Der Anspruch auf Sozialpädagogische Familienhilfe leitet sich aus § 27 Abs. 1 SGB VIII (Hilfen zur Erziehung) ab. Familien haben Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, wenn eine dem Wohl des Kindes oder Jugendlichen angemessene Erziehung nicht zu gewährleisten ist. Kennzeichen einer solchen Gefährdung sind Schädigungen des Kindes oder Jugendlichen, die eine Gefahr für seine Entwicklung darstellen. Die Zielsetzung und Aufgaben der SPFH werden in § 31 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) geregelt: „Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben“. Die Mitarbeit der Familien ist erforderlich. Es handelt sich um eine aufsuchende Hilfeform.



Zielgruppe der SPFH sind insbesondere (aber nicht ausschließlich) sozial benachteiligte Familien, hauptsächlich wenn sich die Schwierigkeiten auf mehrere Lebensbereiche beziehen. Unterversorgungslagen in den Bereichen Bildung, Wohnung, Arbeit und häufig auch Gesundheit erschweren den Zugang zu sozialen und gesundheitlichen Diensten. Aufgrund solcher Mangellagen gelingt es den Familien oft auch nicht, sich soziale Unterstützung im Rahmen eines Netzwerkes für ihre Bedarfe ausreichend selbst zu organisieren. Über Jahre andauernde Problemlagen und Überforderungen, die sich auf mehrere Lebensbereiche beziehen, können zur Hilfebedürftigkeit der Familien führen, so dass sie einer Unterstützung durch eine SPFH bedürfen.

### Aufgaben und Handlungsansätze:

Ziel der SPFH ist es, durch intensive Betreuung und Begleitung Familien so zu unterstützen und zu stabilisieren, dass sie ihre Erziehungsaufgaben wieder wahrnehmen, die Alltagsprobleme, Konflikte und Krisen bearbeiten und selbst lösen können. Des Weiteren soll die Familie bei Kontakten mit Ämtern und Institutionen unterstützt werden. Grundidee ist die Hilfe zur Selbsthilfe, die nur in Zusammenarbeit mit der Familie gelingen kann.

SPFH ist mehrdimensional angelegt, das heißt, sie bezieht unter einem ressourcenorientierten Blickwinkel das gesamte Familiensystem sowie dessen soziales Netzwerk mit ein. Die konkrete Unterstützung wird mit der Familie ausgehandelt. Es handelt sich um eine elternaktivierende Hilfe in einem bestimmten Setting, an dessen Rahmenbedingungen sie flexibel angepasst wird. SPFH erfolgt über einen längeren Zeitraum und folgt dabei in der Regel einem Phasenmodell (Probe-, Intensiv- und Ablösephase). Der Zeitumfang der Unterstützungsleistung variiert und liegt in vielen Fällen zwischen drei und neun Stunden pro Woche (maximal 20 Stunden/Woche). Ziel ist nicht unbedingt, bis zur Ablösephase alle Probleme gelöst und Belastungen beseitigt zu haben, sondern, dass die Familien besser mit den Schwierigkeiten umgehen können, indem sie neue Bewältigungsstrategien und Perspektiven entwickeln.

### Statistische Daten:

Der Einsatz der SPFH nahm in den letzten Jahren stark zu: Ende des Jahres 2005 wurden in Deutschland 30.000 Familien betreut, das sind 54 % mehr als Ende des Jahres 2000. Besonders die Unterstützung in Familien mit einem minderjährigen Kind wuchs um rund 78 % überdurchschnittlich an. Seit 1991 hat v. a. der Anteil Alleinerziehender zugenommen. Überdies wird die SPFH überproportional häufig von kinderreichen Familien mit kleinen Kindern in Anspruch genommen. Beide zuletzt genannten Familienformen sind häufig auch von einem spezifischen Armutsrisiko betroffen. In der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik werden jedoch hauptsächlich Problem-

lagen bezüglich des Kindeswohls erfaßt (Erziehungsprobleme, Entwicklungsauffälligkeiten etc.), so dass die sozioökonomischen Mangellagen in Zusammenhang mit SPFH in der Statistik nicht auftauchen. Bei 29 % der Familien wurde die Hilfe aus eigener Initiative initiiert. Bei 51 % erfolgte der Zugang über das Jugendamt, bei 12 % über weitere öffentliche Stellen (z. B. Sozialämter oder Schuldnerberatungsstellen)<sup>34</sup>.

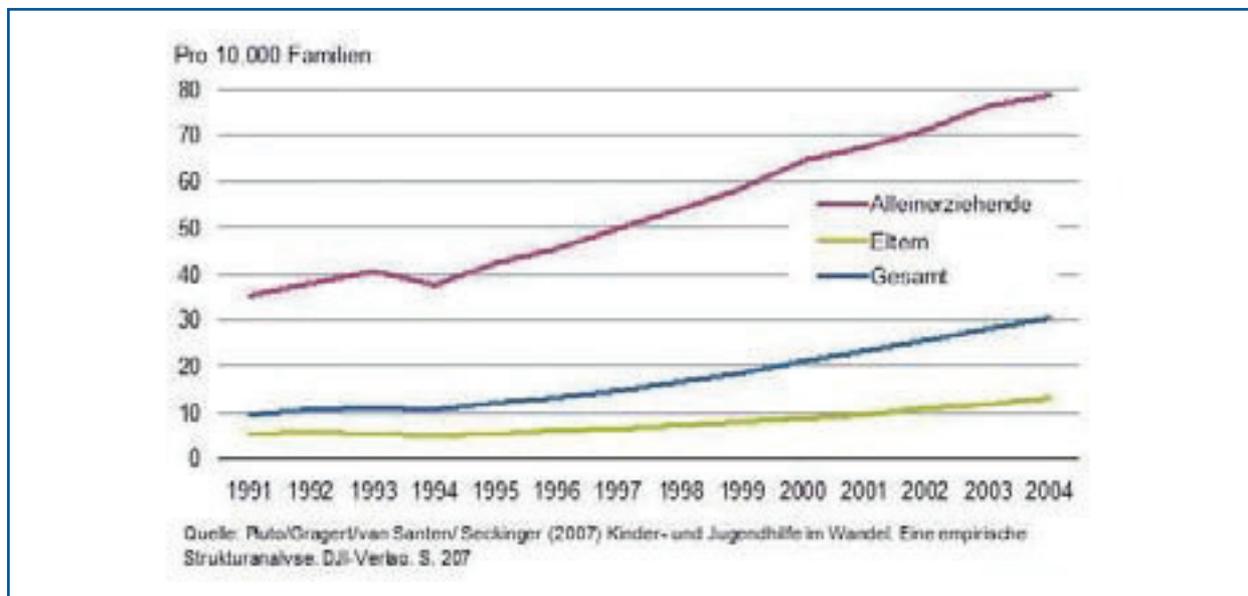


Abbildung 15: Inanspruchnahme Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH) nach Familienkonstellation<sup>35</sup>

### Organisationsform, Zugang und Qualifikationsniveau:

Grundsätzlich gibt es keine einheitliche Organisations- oder Finanzierungsform der SPFH. Sowohl freie als auch öffentliche Träger bieten Hilfe zur Erziehung an und beschäftigen Familienhelferinnen unbefristet, befristet oder auf Honorarbasis. Daraus ergibt sich ein sehr durchmishtes Qualifikationsniveau, das zwar zum großen Teil aus Fachkräften der Sozialen Arbeit besteht, aber ebenso aus (Jugend- und Heim-) Erzieherinnen und manchmal sogar aus Laien<sup>36</sup>.

### Bezüge zu Sozialer Lage, Ernährung und Bewegung und zu Kindertageseinrichtungen:

Unter der Perspektive der Ressourcenorientierung will die SPFH betroffene Familien stärken, um Gefährdungen und sozialer Benachteiligung entgegenzuwirken. Die vorrangige Orientierung ist sowohl das Kindeswohl, aber auch die Wünsche und Bedürfnisse der Familien, die durch die Unterstützung zu mehr Selbstbestimmung kommen sollen. Dabei geht es um die Förderung der Elternkompetenz und der Entwicklungs- und Bildungschancen von Kindern, aber auch um gesundheitliche Aspekte und Ernährungsfragen (beginnend mit der Geburt der Kinder), z. B. modellhafte Unterstützung bei der Säuglingspflege, Sprachförderung, Bewegungsförderung und die Integration von Kindern mit Migrationshintergrund. Bedauerlicherweise gibt es zur systematischen Behandlung der Themen Ernährung und Bewegung in der SPFH bisher keine expliziten Konzepte und systematische Aus- und Fortbildung. Von besonderer Bedeutung ist die Abstimmung der verschiedenen lokalen Hilfsangebote, um Synergien zu nutzen und eine gute Erreichbarkeit zu sichern und so sozialer Benachteiligung entgegenzuwirken. Deshalb sollten ernährungs- und bewegungsorientierte Ziele in den Hilfeplänen verankert werden.

<sup>34</sup> <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=742>

<sup>35</sup> DJI-WISSEN A-Z: Sozialpädagogische Familienhilfe. [www.dji.de](http://www.dji.de) (14.05.2010)

<sup>36</sup> vgl. BMFSFJ 2006

Besonders aufgrund der multiplen Problemlagen der Familien ist es wichtig, dass die SPFH in ein Netzwerk lokaler Akteure eingebunden ist.

**Um Familien zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erreichen, eignet sich die Zusammenarbeit mit Kindertageseinrichtungen.** Betroffenen Familien kann auf diese Weise der Zugang zur Hilfeleistung erleichtert werden. Ziel muss es sein, Strukturen aufzubauen, in denen frühzeitig interveniert werden kann, bevor die Probleme größere Ausmaße annehmen und die Bildungs- und Entwicklungschancen von Kindern beeinträchtigt sind. Die verschiedenen Ansätze (aufsuchend, begleitend, präventiv, nachgehend, sozialraumorientiert etc.) innerhalb der SPFH müssen in einem Gesamtkonzept integriert werden (> Kapitel 6.5). Zusammenfassend bietet die SPFH gute Rahmenbedingungen für die aufsuchende, niederschwellige Unterstützung von Familien in besonderen Problemlagen und die Integration von Ernährung und Bewegung in deren praktische Unterstützung und Beratung sowie für die Zusammenarbeit mit (gesundheitsfördernden) Kitas in integrierten Gesamtversorgungskonzepten.

### Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2006). Handbuch Sozialpädagogische Familienhilfe. URL: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/spfh/root.html> [Stand 14.05.2010].

DJI (2008). Wissen A-Z. Sozialpädagogische Familienhilfe. URL: <http://www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=742> [Stand: 14.05.2010].

## 5.7 Welche Angebote und Verknüpfungsmöglichkeiten gibt es zur Familiengesundheitspflege, zu Familienhebammen?

Familiengesundheitspflege als Handlungsfeld von Pflegenden und Hebammen richtet sich vor allem an Familien in schwierigen sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Lebenslagen. Der Schwerpunkt der Familiengesundheitspflege liegt auf der psychosozialen, medizinischen Beratung und Betreuung durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen. Durch Familiengesundheitsdienste auf lokaler Ebene, welche aktiv auf Kinder zugehen und sich ihrer annehmen, sollen benachteiligte und gefährdete Kinder unterstützt und deren Eltern sollen in Gesundheits- und Alltagsfragen gestärkt werden. Familiengesundheitspflege richtet sich darüber hinaus an Individuen und Gruppen mit erschwerem Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem. Die Aufklärung über, Vermittlung von, sowie Begleitung zu weiterführenden Diensten, wie Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen, Sozialamt, Schwangerschaftsberatungsstellen und zu medizinischen und psychologischen Berufsgruppen, sollen eine optimale Unterstützung der Familien sicherstellen. Das Ziel der Familiengesundheitspflege ist es, Strukturen für ein gesundes Aufwachsen und Leben zu gestalten, indem die Kompetenz und Eigenverantwortung des und der Einzelnen vor allem durch gezielte präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen in und mit der Familie gestärkt werden, gesundheitliche Probleme früh erkannt werden und eine frühzeitige Behandlung gewährleistet ist. Dabei ist die Kooperation und Koordination aller in Frage kommenden Institutionen und medizinischen Dienste sowie karitativer Einrichtungen, wie soziale Einrichtungen, nichtstaatliche Organisationen und Wohlfahrtsverbände sowie Kindertageseinrichtungen u. a., von zentraler Bedeutung. Die Familiengesundheitspflege fungiert als Verbindungsglied zwischen den verschiedenen Akteuren. Hebammen sind für die Familien so lange zuständig, bis Kinder das erste Lebensjahr vollendet haben, Pflegekräfte darüber hinaus.

Fachkräfte im Handlungsfeld der Familiengesundheitspflege sind staatlich examinierte Pflegenden bzw. Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Die Finanzierung der Familiengesundheitspflege und die Qualifizierung der Fachkräfte sind in Deutschland jedoch nicht einheitlich geregelt. In Baden-Württemberg existiert seit 2008 ein spezielles Förderprogramm für „Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflege“ des Ministeriums

für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg im Rahmen der Frühen Hilfen als Maßnahme zur Weiterentwicklung im Kinderschutz (> Kapitel 4).

### **Schnittstelle zu sozialer Benachteiligung, Ernährung und Bewegung:**

Das Konzept der Familiengesundheitspflege ist ganzheitlich und niederschwellig angelegt und will vor allem sozial benachteiligte Familien erreichen. Die Kommunikation einer gesunden Lebensweise, um Einzelne und Gemeinschaften zu motivieren und zu befähigen, ihre Gesundheit zu schützen und zu stärken ist wichtiger Teil der Familiengesundheitspflege. Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung, als menschliche Grundbedürfnisse, spielen eine zentrale Rolle für Gesundheit und Wohlbefinden. Sie können daher als zentrale Themen der Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet werden, d. h. Familiengesundheitspflege wirkt auf diese Lebensaktivitäten ein. Eine wichtige Aufgabe der Familiengesundheitspflege ist die Vernetzung von Einzelpersonen und Organisationen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens sowie die Erschließung und Koordination von Ressourcen. Sie übernimmt dabei eine Koordinationsfunktion, indem sie Betroffene an die jeweils im Gesundheits- und Sozialsystem zuständige Stelle weiterleitet bzw. weitere Expertinnen zu Rate zieht.

### **Literatur**

<http://www.familiengesundheitspflege.de/> [Stand: 28.04.2010]

<http://www.familienhebamme.de/> [Stand: 28.04.2010]

<http://www.dbfk.de/> [Stand: 28.04.2010]

<http://www.bekd.de/dokumente/PMaufsFamilienarbeit.pdf> [Stand: 28.04.2010]

[http://www.sozialministerium-bw.de/de/Foerderprogramm\\_Familienhebammen\\_und\\_Familien-Gesundheits-\\_und\\_Kinderkrankpflege/212846.html](http://www.sozialministerium-bw.de/de/Foerderprogramm_Familienhebammen_und_Familien-Gesundheits-_und_Kinderkrankpflege/212846.html) [Stand: 28.04.2010]

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2000). Die Familien-Gesundheitsschwester: Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK) (Hg.) (2007). Familiengesundheit: Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen – Argumente und Strategien. 3. überarb. u. erw. Aufl. Berlin.



## 6 **Gesundes Aufwachsen: Grundlagen, Strategien, Aktionspläne, Empfehlungen und Beispiele zu Kooperation, Vernetzung, Integration und Gesamtkonzepten**

Die Lebenswelt Kindertageseinrichtung wird in einschlägigen Grundlagendokumenten, Strategien, Aktionsplänen und Handlungsempfehlungen bereichsübergreifend übereinstimmend als besonders bedeutsames Setting für frühe Gesundheitsförderung unter dem Aspekt der Chancengleichheit hervorgehoben (> Kapitel 3.1). Die Gesundheitsförderung in Kitas soll in Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Bildungsbereich, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe erfolgen. Die Förderung von Ernährung und Bewegung sowie Prävention von Übergewicht und Adipositas gelten als prioritäre Handlungsbereiche, die sich insbesondere auch an sozial benachteiligte Kinder richten sollen. Diese Bereiche müssen in umfassende Handlungskonzepte und Ansätze der Gesundheitsförderung in Kitas sowie in abgestimmte Gesamtversorgungskonzepte auf kommunaler Ebene integriert werden. Nur so ist eine qualitativ hochwertige, niederschwellige und umfassende Gesamtversorgung möglich, die insbesondere sozial benachteiligte Kinder und Familien erreicht und beteiligt. Denn dieser Zielgruppe würde es ansonsten schwerer fallen, sich selbst aus dem vielfältigen, oft unverbundenen und schwer überschaubaren Unterstützungsangebot ein umfassendes Gesamtpaket zusammenzustellen und die dabei auftretenden Hürden zu überwinden.

Im Folgenden werden die für eine sozialogenbezogene, integrative Gesundheitsförderung in und um Kitas (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) besonders bedeutsamen Grundlagen, Strategien, Aktionspläne und Handlungsempfehlungen vorgestellt und die jeweiligen Verbindungen und Anknüpfungsmöglichkeiten aufgezeigt, sowie besonders herausragende nationale und internationale Umsetzungsbeispiele beschrieben.

### 6.1 **Welche Grundlagen und inhaltlichen Orientierungen ergeben sich aus dem 13. Kinder- und Jugendbericht zur Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter und in Kitas?**

Der 13. Kinder- und Jugendbericht: „Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen – Gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ befasst sich schwerpunktmäßig mit der Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter unter salutogenetischer Perspektive im Zusammenspiel von Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitssystem und schließt hierbei auch immer die Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen ein. Als normativer Bezugspunkt wird die Befähigungsgerechtigkeit gewählt. Der Bericht ist im Auftrag der Bundesregierung von einer Sachverständigenkommission erstellt worden. Es ist der erste Kinder- und Jugendbericht, der insbesondere die Schnittstellen zwischen den drei Systemen Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitswesen und Behindertenhilfe betrachtet. Der Bericht stellt aufgrund seines Stellenwerts für die Kinder- und Jugendhilfe und der einschlägigen thematischen Schwerpunktsetzung eine zentrale Grundlage und Orientierungshilfe für das Projekt „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ und für Gesundheitsförderung in und um Kindertageseinrichtungen unter einer sozialogenbezogenen und integrativen Perspektive dar. Der Bericht ist umfassend und umfangreich, daher werden in dieser Handreichung ausgewählte Bereiche, die für die genannte Perspektive besonders relevant sind, stark zusammengefasst dargestellt.

Der Aufbau der Thematik erfolgt im Bericht in den folgenden Kapiteln:

- **Teil A:** Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts
- **Teil B:** Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- **Teil C:** Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation: eine erste Annäherung
- **Teil D:** Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention
- **Teil E:** Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung

Im Rahmen der einführenden Stellungnahme der Bundesregierung wird die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter und der Chancengerechtigkeit für alle Kinder auch im Bereich der Gesundheit betont. Basis ist die UN-Kinderrechtskonvention, die ein Recht jeden Kindes auf das Höchstmaß an erreichbarer Gesundheit proklamiert. Die Chancen, dies zu erreichen, sind in Deutschland jedoch unterschiedlich verteilt, darin stimmen die Bundesregierung und die Kommission überein. Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass v. a. diejenigen Kinder und Jugendlichen, die unter schwierigen Lebensbedingungen und Gefahren aufwachsen, besonderen Unterstützungsbedarf haben.

Im Hinblick auf die Bestandteile eines Kinderschutzkonzeptes wird im Bericht die Notwendigkeit der begrifflichen Unterscheidung von früher Hilfe und früher Förderung dargelegt. Der Begriff der frühen Förderung ist vorzuziehen, wenn es nicht speziell um den Bereich der Kindeswohlgefährdung geht. Maßnahmen der frühen Förderung sind für alle Familien gedacht, von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter (> Kapitel 4.5.1). Die Differenzierung der „Förderung“ von der „Hilfe“ und darüber hinaus vom „Schutz“, wird in dem nachstehenden Modell von Schone (2008) veranschaulicht:

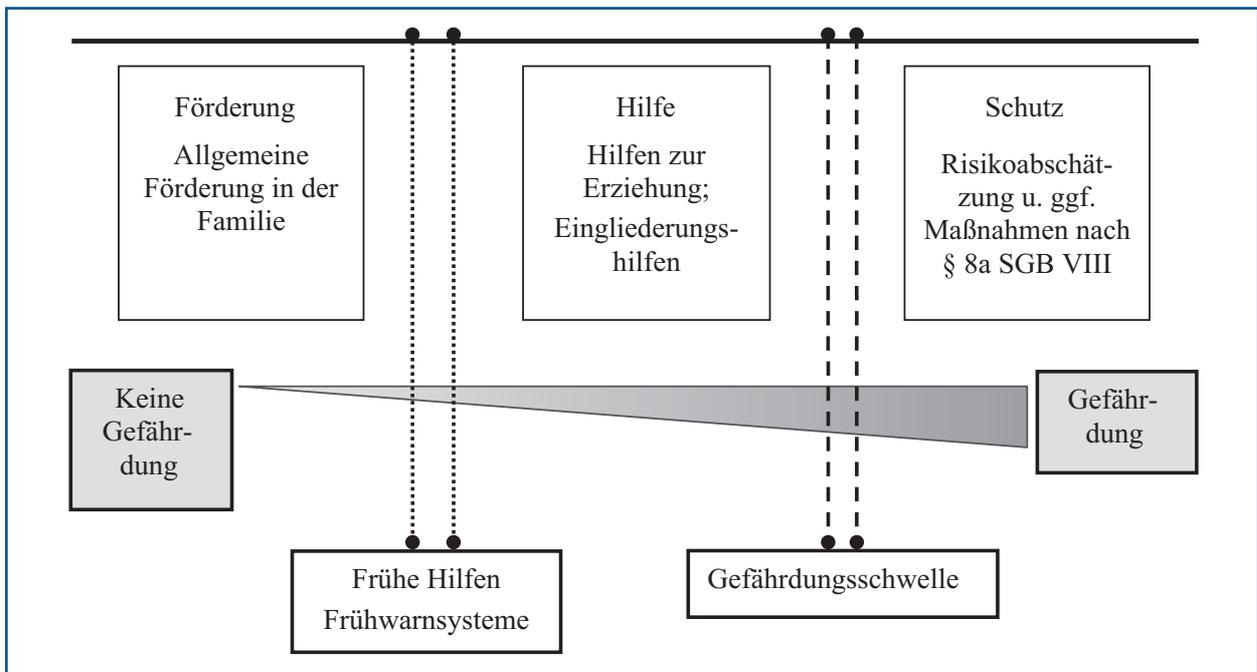


Abbildung 16: Förderung – Hilfe – Schutz (Jakob 2006; Schone 2008, 59 In: 13. Kinder -und Jugendbericht 2009, S.188)

Oftmals tritt jedoch gerade bei Familien, die speziellen Unterstützungsbedarf haben, das sogenannte „Präventionsdilemma“ ein, dem mit entsprechenden Herangehensweisen entgegengetreten werden muss. In diesen Fällen besonders schwer belasteter Familien können v. a. die von den Ländern und Kommunen zu finanzierenden Familienhebammen wirksame Arbeit leisten.

Grundsätzlich gilt es, die Gesundheitsförderung sowie die primäre Prävention im direkten Lebensumfeld niedrigschwellig anzubinden. Diesbezüglich bietet sich der Settingansatz der WHO an, da er zusätzlich eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Lebensbedingungen vorsieht. Mögliche Settings können Kindertageseinrichtungen, Schulen, Jugendeinrichtungen und Stadtteile etc. sein.

### **Zu Teil A: Ausgangspunkte: Gesellschaftliche Bedingungen des Aufwachsens und konzeptionelle Grundlagen des Berichts**

Nach der Darstellung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen werden die Grundkonzepte und Begrifflichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung geklärt. Es wird ausgeführt, dass zwar in der Fachpraxis die Themen Gesundheitsförderung und Prävention behandelt werden, jedoch kein einheitliches Begriffsverständnis vorherrscht, so dass in diesem Teil eine begriffliche Klärung im Vordergrund steht. Übergeordnete Konzepte sind die gesundheitsbezogene Prävention (nachhaltige Reduktion von Belastungen; nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen praktischem Tun und angepeiltem Ziel; Ziel ist erreichbar, damit Endlichkeit) und Gesundheitsförderung (Verbesserung der Ausstattung mit Bewältigungsressourcen; im Prinzip Prozesse, die nicht endlich sind) mit ihren konzeptionellen und normativen Bezügen, wie dem Begriff Gesundheit im Sinne der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Salutogenese, Lebenskohärenz, Resilienz, Befähigung und Kompetenzorientierung, Empowerment und Beteiligung, in Abgrenzung zu den Risiko- und Schutzfaktoren, außerdem Gesundheitsidentität, Embodiment<sup>37</sup>, Gesundheitskapitalien<sup>38</sup>, Verwirklichungschancen/Capability-Konzept nach Sen und Nussbaum. Aus dieser Orientierung heraus zeichnet sich auch ab, dass die Kinder- und Jugendhilfe v. a. im Bereich der Gesundheitsförderung Ansatzpunkte hat und diese noch nicht ausreichend nutzt. Gemeinsames Zentrum bildet aber, über alle Konzepte hinweg, das handlungsfähige, selbstbestimmte und eigenverantwortliche Subjekt, das sich als selbstwirksam erlebt, eine Sinnhaftigkeit in seinen Handlungen sieht und mit sich selbst identisch, sozial anerkannt und kulturell eingebunden ist. Diese entscheidenden Ressourcen, so zeigen die vorliegenden Daten, sind allerdings ungleich verteilt. In diesem Zusammenhang wird die Befähigungsgerechtigkeit als Maß für politisches, institutionelles und professionelles Handeln herangezogen. Sie kann jedoch nicht ohne Teilhabe (Inklusion und Beteiligung) am gesellschaftlichen Leben vollzogen werden. Deshalb treten v. a. diversitätsorientierte Ansätze (Gender Mainstreaming, Cultural Mainstreaming, Interkulturelle Öffnung, Disability Mainstreaming) in den Vordergrund. Infolgedessen gilt es, für die Forschung, Zuordnungen transparent zu gestalten und ihre Passgenauigkeit kontinuierlich im Hinblick auf die jeweilige Fragestellung zu überprüfen. Des Weiteren bedeutet dies für die Forschung wie für die Praxis, typische Problemkonstellationen statt Gruppenzugehörigkeiten zu formulieren.

### **Zu Teil B: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland**

In diesem Teil wird ein Überblick über die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen einerseits entlang des Lebenslaufs über fünf Altersgruppen hinweg gegeben und andererseits im Hinblick auf die Einflussmöglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe. Deshalb werden die zentralen gesundheitsrelevanten Entwicklungsthemen nicht im

<sup>37</sup> Der Körper dient nicht nur der Selbstdarstellung, sondern ist gleichzeitig Mittel der sozialen Kontrolle und der Macht. Er ist im Sinne der Salutogenese allerdings nur dann eine Widerstandsressource, wenn er nicht als Kapital der Vermehrbarkeit und Verwertbarkeit unterworfen ist.

<sup>38</sup> Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sind im Bericht als Tabellen zusammengefasst.

Sinne der Entwicklungsaufgaben nach Havighurst, sondern vielmehr als gesellschaftlich in den zuständigen Institutionen festgelegte Entwicklungsanforderungen verstanden und in den jeweiligen Altersstufen benannt.

- Für Kinder unter drei Jahren: Bindung und Autonomie
- Für Kinder von drei bis sechs Jahren: Sprechen, Bewegen und Achtsamkeit
- Für Kinder von sechs bis zwölf Jahren: Aneignen und Gestalten, Beziehungen eingehen und sich bewähren
- Für Jugendliche von zwölf bis 18 Jahren: Körper spüren, Grenzen suchen, Identität finden
- Für junge Erwachsene von 18 bis 27 Jahren: Sich entscheiden, Intimität leben, Verantwortung übernehmen

Jedes Thema beinhaltet für sich genommen wiederum gesundheitsfördernde wie risikoreiche Elemente. Können die Entwicklungsthemen gesundheitsförderlich gewandelt werden, erwachsen hieraus Ressourcen, gelingt dies nicht, können sie in genau umgekehrter Weise als Risiken wirksam werden. Kumulieren diese dann auch noch mit weiteren Belastungen wie einem niedrigen sozioökonomischen Status oder einem Migrationshintergrund, können im zeitlichen Verlauf manifeste Störungen entstehen. Generell wachsen jedoch die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund und unter gesundheitsförderlichen Bedingungen auf. Auch konnte diesbezüglich kein nennenswerter Unterschied mehr zwischen Ost und West ausgemacht werden. Dennoch sind ca. 20 % der Heranwachsenden von der sogenannten „neuen Morbidität“, d. h. von chronisch körperlichen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten betroffen. Die wichtigsten Beeinträchtigungen im Kindes- und Jugendalter sind Übergewicht, Adipositas, Essstörungen, depressive Erkrankungen, psychosoziale Auffälligkeiten und Missbrauch bzw. Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen. Die Belastungen steigen v. a. mit dem Schuleintritt deutlich an und hierbei wiederum vermehrt bei Mädchen und Jungen aus benachteiligten Lebensverhältnissen und/oder mit Migrationshintergrund.

### **Kinder unter drei Jahren:**

(Gelingende) Entwicklung wird in diesem Kontext als Passung zwischen den elterlichen Erziehungsvorstellungen und -fähigkeiten, den Lebenszusammenhängen der Familie sowie dem kindlichen Temperament und den Entwicklungskompetenzen gewertet. Vorrangige Aufgaben in dieser Altersspanne sind die Ausbildung von Bindungen, Selbstständigkeit, Autonomie, flexibler Problembewältigung und Verhaltens- sowie emotionaler Selbstregulation.

Bereits vor der Geburt haben Mütter Einfluss auf die Gesundheit ihrer Kinder. Das Gesundheitsverhalten der Mutter ist wiederum durch den Migrationshintergrund, den sozioökonomischen Status und das Alter beeinflusst. Hinsichtlich des Stillverhaltens und der Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder bleiben diese Einflussgrößen bestehen. So werden Kinder mit niedrigem Sozialstatus seltener und kürzer gestillt. Diese Faktoren wirken sich auch auf die Impfquoten und die Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung aus.

#### *Auszüge aus dem Fazit:*

Es bedarf eines nicht-diskriminierenden lebensweltnahen Zugangs zu den Familien mit Angeboten, die die Perspektiven, Lebenslagen und Lebensstile der Angesprochenen beachten. Im Hinblick auf das Setting Kita wird darauf hingewiesen, dass v. a. in Westdeutschland hauptsächlich Kinder in der Altersgruppe unter drei Jahren berufstätiger Eltern diese Einrichtungen besuchen und Kinder aus besonders belasteten Familien nur sehr schwer Zugang finden.

### **Kinder im Alter von drei bis unter sechs Jahren:**

Die anstehenden Entwicklungsaufgaben dieser Altersgruppe sind von der Selbstbildung im Zusammenhang mit dem Lernen von und in komplexen Beziehungsgefügen geprägt. 90 % der Dreijährigen im Osten und 74 % im Westen besuchen eine Kindertageseinrichtung (DJI 2007).

Die zentralen Kompetenzen, die ein Kind mit drei Jahren lernen sollte, erlernt es in Interaktionen mit ihm wichtigen anderen Kindern und Bezugspersonen. Dazu zählen: Ich-Empfindungen, Empathie sowie die Bereitschaft zu Aushandlungen, soziale Achtsamkeit (Erkennen eigener Bedürfnislagen, um sie dann beim Gegenüber wahrnehmen zu können, z. B. Hunger, Durst, Sättigung, Ausruhen). Insbesondere ist das Erleben von Selbstwirksamkeit maßgeblich für eine dahingehend positive Entwicklung.



*Auszüge aus dem Fazit:*

Kinder in Kitas und Tagespflege brauchen individuelle Förderung, die nicht auf Defizite, sondern auf ihre besonderen Bedürfnisse, Ressourcen und Kompetenzen abzielt. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen die Fachkräfte in Kitas ausreichende Möglichkeiten, durch regelmäßige Qualifikationen und Supervision, nachhaltig eine hohe Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten.

Eltern bedürfen neben einem niederschweligen Zugang zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten auch unterstützende Lebensverhältnisse, damit sie ihre Kinder u. a. in Bezug auf deren Bewegung und gesunde und genussreiche Ernährungsweise positiv unterstützen können.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) zeigte, dass Übergewicht und Adipositas im Alter von sechs bis 12 Jahren deutlich ansteigen, wobei Jungen und Mädchen gleichermaßen betroffen sind. Jedoch sind Jungen und Mädchen aus

Familien mit niedrigem sozialen Status häufiger übergewichtig und adipös. Dieser Trend zeigt sich schon bei den Drei- bis Zehnjährigen. Ferner leiden Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund vermehrt an Übergewicht und hierbei v. a. die Mädchen und Jungen mit türkischem Migrationshintergrund (> Kapitel 2.1; Kapitel 6.2.1).

### **Zu Teil C: Strukturen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe, der Gesundheitsversorgung und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation – eine erste Annäherung**

Prinzipiell ist die Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention nur als kooperative Leistung der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitssystem und der Eingliederungshilfe/Rehabilitation zu erbringen. Daher kommt dem Kooperationswissen eine entscheidende Bedeutung zu, so dass in diesem Teil in aller Kürze die wichtigsten Fakten der genannten Systeme dargestellt werden.

### **Zu Teil D: Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für junge Menschen im Bereich der Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogenen Prävention**

Hier werden die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und der gesundheitsbezogenen Prävention aufgezeigt. Dabei tritt die gravierende Schwierigkeit auf, dass auf keine differenzierte Fachdiskussion und Überblickearbeiten genauso wie Arbeiten zu bestimmten Teilbereichen und die Verbreitung von Konzepten zurückgegriffen werden kann. Allein die Kindertagesbetreuung hat einige Arbeiten vorzuweisen, jedoch dominiert auch hier die Darstellung einzelner Projekte und Ansätze. Im Bereich der Familienbildung existiert zwar eine Tradition der Vermittlung gesundheitsbezogenen Wissens, allerdings sind viele Angebote eher mittelschichtorientiert und erreichen bildungsferne Familien und solche aus sozial benachteiligten Lebenslagen eher schlecht.

Im Rahmen des Berichts werden die Bildungspläne mit dem Schwerpunkt Elementarbereich (drei bis sechs Jahre) dahingehend untersucht, inwieweit sie die Themen Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention aufgreifen. Diese Thematik ist in einer Tabelle im Anhang des Berichts dargestellt. Das Thema Gesundheit wird immer aufgegriffen, meistens auch die Themen Bewegung, Ernährung und weitere gesundheitsrelevante Thematiken, wie die Hygiene und die Früherkennung. Bislang liegen keine Erkenntnisse vor, inwieweit die Bildungspläne hinsichtlich der Gesundheitsförderung bzw. gesundheitsbezogener Prävention praktisch in den Einrichtungen zum Tragen kommen und zu welchen Effekten es bei Kindern, Eltern und Erzieherinnen kommt.

Es kann festgehalten werden, dass die gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung als Themen wahrgenommen werden, wenn auch unterschiedlich. Die meisten Angebote sind projektförmig organisiert und damit vom Alltag meist abgehoben, zeitlich und thematisch eingegrenzt. Des Weiteren stehen sie oftmals unverbunden nebeneinander. Altersgruppenübergreifend gilt, dass es zu wenige Angebote für Kinder chronisch such- und psychisch kranker Eltern gibt und es an Sensibilität und pädagogischen wie therapeutischen Angeboten für traumatisierte Kinder und Jugendliche mangelt. Ferner sind Qualitätsmerkmale die Ausnahme und insofern erfolgt auch selten eine Evaluation der Wirksamkeit.

Ein grundsätzliches Problem, das in diesem Zusammenhang von Bedeutung ist, ist die Tatsache, dass Gesundheit und Krankheit ebenso wie Erziehung und Bildung kontextabhängig sind. Das bedeutet, dass diese Begrifflichkeiten gesellschaftlich hergestellt werden. Insofern haben Kinder und Jugendliche eigene Vorstellungen, die unbedingt in gesundheitsförderliche und präventive Konzepte Eingang finden müssen. Außerdem muss die Altersgruppe immer mitbedacht werden, da dadurch jeweils spezifische Anforderungen im Vordergrund stehen. Die Formulierung „Gesundheitsförderung und Prävention mit pädagogischen bzw. bildenden Mitteln“ wird vorgeschlagen, um anzuzeigen, dass Gesundheitsförderung insgesamt deutlich mehr umfasst, als Kinder- und Jugendhilfe leisten kann, dass sie aber gleichwohl einen bedeutsamen Beitrag leistet.

Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Prävention erfolgen in Kindertageseinrichtungen entweder im Rahmen einer „Gesundheitsförderung im Setting“ oder aber durch eine „Gesundheitsförderung durch Settingentwicklung“. Gerade letztgenannter Ansatz ist besonders zielführend, da die gesundheitsrelevanten Aspekte nicht auf ein Individuum fokussiert betrachtet werden, sondern auch sozial ungleiche Alltagsstrukturen und Lebensstile Berücksichtigung finden. Des Weiteren erscheint eine Einbettung über Kita-Strukturen hinaus äußerst sinnvoll. Als Zugang im Bereich des Gesundheitswesens könnte der Öffentliche Gesundheitsdienst dienen, da diesbezüglich bereits Verbindungen zu Kindertageseinrichtungen bestehen.

### **Zu Teil E: Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen: Empfehlungen für den Beitrag der Kinder- und Jugendhilfe zu gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung**

In diesem Teil stehen die Empfehlungen und zwölf Leitlinien im Mittelpunkt, die sich an dem Motto „Mehr Chancen für ein gesundes Aufwachsen“ und damit einer Stärkung der Lebenssouveränität orientieren. Im Sinne der Befähigungsgerechtigkeit gilt es, allen Heranwachsenden die Möglichkeit zu gewähren, Entwicklungsressourcen in einem solchen Maß zu erwerben, dass sie in der Lage sind, selbstbestimmt zu leben. Auf der Basis der UN-Kinderrechtskonvention und unter strikter Inklusionsperspektive sind Segregationsbarrieren abzubauen und die Belange von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen auf allen Ebenen im Rahmen eines Disability Mainstreamings mitzudenken. Es ist ferner wichtig, den Heranwachsenden zu ermöglichen, die altersgruppenspezifischen Anforderungen bestmöglich zu bewältigen. Diese Herausforderungen sind nur durch eine klare Partizipation der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern zu leisten und unter der Prämisse, dass Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden.

Die nachstehenden **zwölf Leitlinien** sollen Ausgangspunkt für die Empfehlungen sein und stellen den Versuch dar, den salutogenetischen Blick als Fachstandard der Kinder- und Jugendhilfe zu schärfen.

- (1) Stärkung der Lebenssouveränität
- (2) Gesellschaftsbezug
- (3) Lebenswelt- und Kontextbezug
- (4) Förderung positiver Entwicklungsbedingungen
- (5) Befähigungsgerechtigkeit
- (6) Bildungsgerechtigkeit
- (7) Inklusion
- (8) Achtsamer Körperbezug, kommunikativer Weltbezug, reflexiver Bezug
- (9) Lebenslaufperspektive
- (10) Interprofessionelle Vernetzung
- (11) Von einer Anbieter- zu einer Akteursperspektive
- (12) Gesundheitsförderung und Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Auf dieser Grundlage werden folgende Empfehlungen formuliert:

- Gesundheitsförderung muss fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Stärker als bisher bedarf es einer Berücksichtigung der gesundheitsbezogenen Folgen von sozioökonomischen und kulturellen Benachteiligungen und entsprechende Angebote der Kinder- und Jugendhilfe, die gegensteuern.
- Ein achtsamer Körperbezug, ein kommunikativer Weltbezug und ein reflexiver Bezug auf das eigene Selbst sollen Inhalt pädagogischen Handelns in der Kinder- und Jugendhilfe werden. Gesundheitsrelevante Entwicklungsthemen, wie der Erwerb von Sprache und anderer Kommunikationsmöglichkeiten, Beziehungsgestaltung und Identitätsbildung, Umgang mit dem eigenen Körper, der Umgang mit Grenzerfahrungen, Bewegungskompetenz und Autonomiegewinnung sollen als wichtige Aspekte von Bildungsprozessen so früh wie möglich gestärkt und gefördert werden.
- Die Strategien zur gesundheitsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung müssen in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe konzeptionell stärker an den unterschiedlichen Verläufen gesundheitlicher Entwicklung und den jeweiligen Ressourcen bei Mädchen und Jungen ausgerichtet werden (Aufwachsen in Armut<sup>39</sup>, Migrationshintergrund<sup>40</sup>, Behinderungen).
- Angebote für Kinder chronisch und psychisch kranker Eltern müssen verbessert und die entsprechenden kooperativen Angebote ausgebaut werden.
- Die Hilfsangebote für traumatisierte Kinder und Jugendliche müssen mehr Aufmerksamkeit erhalten.
- Notwendig ist der flächendeckende Auf- und Ausbau von Netzwerken<sup>41</sup>, in denen die vormaligen Projektangebote der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Behindertenhilfe zielgruppenspezifisch gebündelt werden und als Standardangebote verortet werden. Gerade für Kinder unter 12 Jahren sind die Vernetzung und Abstimmung von Betreuung, Erziehung und Bildung mit den unterschiedlichen Formen der psychosozialen Familienbildung und -förderung wichtig, um die Erziehungs- und Beziehungskompetenz ihrer Eltern zu stärken. Durch die Nutzung des „Helper Principle“ und der Selbsthilfepotenziale können auch Eltern mit Migrationshintergrund oder niedrigem Sozialstatus leichter angesprochen werden. Besonders gewinnbringende Ansätze sind in diesem Kontext das Konzept der Early Excellence Centres und daran angelehnte Ansätze, die zu verbindlichen Regelstrukturen werden sollten. In diesen Zentren sollten sowohl universelle als auch selektive, interdisziplinäre und interprofessionelle Maßnahmen vorgehalten werden. Enge Kooperationen und verlässliche Absprachen zwischen den Partnern der Angebote verstehen sich von selbst. Die Handlungsstrategien sollten zielgenau sein, den jeweiligen Sozialraum und die besonderen Problemkonstellationen, Erfahrungen und Kompetenzen berücksichtigen und evaluieren. Infrastrukturplanung, Gesundheitsberichterstattung, Teilhabeplanung und Projektförderung sind wichtige Aufgaben. Die Koordination sollte das Kinder- und Jugendhilfesystem übernehmen.

- Die Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung als Basis für die Ausformung eines achtsamen und positiven Körperbezugs, der in der Entwicklung von Handlungskompetenzen und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen mündet, wird als Notwendigkeit für alle Kinder hervorgehoben.
- Gefordert wird ein bundesweites Register für Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung sowie ein besseres Gesundheitsmonitoring. Dieses soll speziell die Aspekte Ernährung/Bewegung, Sprach- und Kommunikationskompetenz sowie psychosoziale Entwicklung berücksichtigen und verbindliche Indikatoren festlegen. Des Weiteren sollen Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Status besondere Beachtung finden. Die Ergebnisse sollen der Fachpraxis zur Verfügung gestellt, mit den Ergebnissen anderer Bereiche verknüpft und in die regionalen und lokalen Planungen eingebunden werden.
- Unter dem Stichwort „Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel“ fordert die Sachverständigenkommission das Zusammenwirken aller beteiligten Ressorts.
- Fort-, Aus- und Weiterqualifizierung der Fachkräfte v. a. in gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen, im Bereich Kooperationswissen, der Planung und Durchführung sowie Evaluation von Maßnahmen und im interprofessionellen Bereich zu Früher Förderung, werden gefordert.
- Gesundheitsfördernde institutionelle Kulturen in den Einrichtungen und Angeboten der Kinder- und Jugendhilfe (z. B. gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen) sind erforderlich.
- Wirkungsorientierte Qualitätsentwicklung und die Entwicklung von Standards und Leitlinien sollen vorangetrieben werden.
- Systematische Evaluationen bestehender Programme sowie eine ressortübergreifende und nachhaltig angelegte Forschung werden dringend gefordert. Darüber hinaus sind die Dokumentation und Evaluation der vorhandenen Netzwerke für eine verbesserte Kooperation zwischen Gesundheitswesen, Eingliederungshilfe, Kinder- und Jugendhilfe und den Aktivitäten der Selbsthilfe vonnöten.
- Strategien kommunaler Inklusion (im Sinne eines Disability Mainstreamings) und kommunaler Armutsbekämpfung sollen verfolgt werden. Die Infrastruktur im Bereich gesundheitsförderlicher Betreuungs-, Bildungs- und Freizeitangebote sowie zielgruppenbezogene Versorgungsangebote im Gesundheitsbereich sollen ausgebaut werden. In Bezug auf das Hilfesystem für Familien mit Migrationshintergrund und niedrigem Sozialstatus soll Orientierungswissen vermittelt werden.
- Netzwerke für eine bessere Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitssystem und Eingliederungshilfe sollen – besonders in den Bereichen Frühe Förderung, Kinderbetreuung, Kinder mit Behinderung u. a. – geschaffen werden.
- Die Politik muss die materiellen Ressourcen der Familienhaushalte verbessern sowie den Erhalt und Ausbau kostenloser bzw. kostengünstiger Angebote sichern. Unter anderem sollen vitaminreiche Nahrungsmittelangebote gefördert werden. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen müssen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit und gesundheitsbezogene Prävention überprüft werden.
- In den nächsten vier Jahren sollen die Bildungs- und Erziehungspläne für Kindertageseinrichtungen in Bezug auf Gesundheitsförderung konkretisiert werden und als Handlungsziele der Kinder- und Jugendhilfe etabliert werden. Ferner soll auf Bund- und Länderebene den Themen Bewegung und Ernährung mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden und es sollen eigene Modell- und Aktionsprogramme, Fachforen sowie Arbeitsstellen in diesem Bereich geschaffen werden.

<sup>39</sup> Niederschwelliger Zugang: möglichst aufsuchende Ansätze als Regelangebote; Ausbau der öffentlichen Angebote; Integration der Kinder und Jugendlichen in die Freizeitangebote der Kinder- und Jugendhilfe; Möglichkeiten der Kostenerstattung; kompensatorische Ansätze, um der gesellschaftlichen Ausgrenzung entgegenzuwirken; die Angebote müssen dazu führen, dass die durch Armut erfahrenen Belastungen nicht als unveränderliche Tatsache erlebt werden.

<sup>40</sup> Es besteht die Gefahr, dass der Migrationshintergrund zu sehr im Vordergrund steht und die eigentliche Ursache, nämlich ein niedriger sozioökonomischer Status, davon überschattet wird. Alle Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und deren Familien müssen Zugang zu den Angeboten erhalten, unabhängig ihres Rechtsstatus.

<sup>41</sup> Runde Tische und ähnliche kleinere Arbeitsgruppen können dabei der Steuerung und Planung dienen, wobei die administrative und finanzielle Verankerung und Steuerung in der Kommune sowie in den Ländern verortet sein muss.

Für die nächsten fünf Jahre werden fünf besonders dringliche Gesundheitsziele mit überprüfbaren Zielkriterien benannt:

<b>1. Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern</b>
Auf- und Ausbau einer flächendeckenden, breit angelegten und umfassenden kommunalen Infrastruktur zur frühen Förderung und Unterstützung von allen Familien von der Schwangerschaft bis ins Vorschulalter.
<b>Ziel:</b> Die systematische und frühe Förderung der Entwicklung von Kindern und die Reduktion der Fälle von Vernachlässigung und Kindeswohlgefährdung in den nächsten fünf Jahren.
<b>2. Ernährung und Bewegung</b>
Kontinuierliche, fachlich qualifizierte Angebote der Bewegungsförderung und kostenfreie, gesunde Verpflegung für alle Heranwachsenden in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung und Schulen, ohne dass dies zu Kürzungen an anderer Stelle führt.
<b>Ziel:</b> Bis in fünf Jahren nimmt Übergewicht bei Heranwachsenden nicht weiter zu (gemessen z. B. auf Grundlage einer KiGGS-Nachfolgeuntersuchung).
<b>3. Sprache/Kommunikation</b>
Verbesserung der frühen Sprachförderung, mit dem Ziel die Sprachkompetenzen zu steigern, insbesondere von Kindern aus belasteten Lebenslagen und mit Migrationshintergrund.
<b>Ziel:</b> 95 % aller Kinder sollen bei der Einschulung über adäquate Sprachkompetenzen verfügen (Rückkopplung der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen z. B. an Kitas).
<b>4. Schulbezogene Gesundheitsförderung</b>
<b>Ziel:</b> Auf- und Ausbau der Angebote und Netzwerke von Gesundheitsförderung und Prävention für Heranwachsende im Schulalter (insbesondere in der schulischen Ganztagsbetreuung) im Rahmen von Maßnahmen und Angeboten der schulbezogenen Kinder- und Jugendhilfe in mindestens 25 % aller Schulen/Schultypen.
<b>5. Psychosoziale Entwicklung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter</b>
<b>Ziel:</b> Psychosoziale Auffälligkeiten von Jugendlichen sollen in fünf Jahren um 10 % reduziert sein (gemessen z. B. auf Grundlage einer KiGGS-Nachfolgeuntersuchung).

Tabelle 26: Dringliche Gesundheitsziele. Quelle: Eigendarstellung (vgl. BMFSFJ 2009, 262)

### Anknüpfungspunkte:

Der 13. Kinder- und Jugendbericht bildet mit seinem Fokus auf mehr Chancen für gesundes Aufwachsen und dem normativen Bezugspunkt der Befähigungsgerechtigkeit eine wichtige Grundlage für sozialogenbezogene Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“. Er bietet vielfältige Grundlagen und Bezüge zu sozialogenbezogener und integrativer Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertageseinrichtungen. Die Forderung, dass Gesundheitsförderung zielgruppenbezogen, niederschwellig, alltagsnah, lebensweltbezogen und nicht-diskriminierend anzubieten ist, ist bei einer sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Insbesondere wird betont, dass Gesundheitsförderung und Prävention nur als Kooperationsleistung der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und der Eingliederungshilfe und in abgestimmten Gesamtnetzwerken zu erbringen ist. Zentral ist die Forderung, dass Gesundheitsförderung fachlicher Standard in der Kinder- und Jugendhilfe sein muss. Die Frühe Förderung der Entwicklung von Kindern, sowie Ernährung und Bewegung gehören zu den im Bericht als besonders dringlich formulierten Gesundheitszielen.

### Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.

## 6.2 Welche Grundlagen und Anknüpfungspunkte gibt es in nationalen und regionalen (gesundheits)politischen Strategien und Aktionsplänen?

In den letzten Jahren sind verschiedene (gesundheits)politische Strategien und Aktionspläne, die sich auf die Kindergesundheit beziehen, verabschiedet worden. Die Auswahl und Darstellung konzentriert sich auf diejenigen Strategien und Pläne, die eine besondere Bedeutung für ein sozialogenbezogenes Gesundheitsförderungskonzept mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung in Kindertageseinrichtungen haben.

### 6.2.1 Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit (2008)

Wesentliche Inhalte dieser Strategie aus dem Jahr 2008 sind die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Kindern aus sozial schwachen Familien, die Stärkung der Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche sowie die Reduktion von gesundheitlichen Risiken. Eine Bündelung von bestehenden Angeboten und eine interdisziplinäre Kooperation der beteiligten Fachdisziplinen werden dafür ausdrücklich gefordert. Abgeleitet ist die Strategie von den Ergebnissen des 2007 veröffentlichten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), der folgende zentrale Erkenntnisse liefert:

- Für Kinder aus sozial schwachen Familien und Familien mit Migrationshintergrund bestehen erhöhte Gesundheitsrisiken bedingt durch Lebensstil und Lebensumstände der Familien (z. B. Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität und mangelnde Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen)
- Chronische Erkrankungen gewinnen immer mehr Bedeutung (z. B. Neurodermitis)
- Psychische Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen nehmen immer mehr zu (z. B. Angststörungen, Essstörungen)



## Zentrale Handlungsfelder und Ziele der Strategie und deren Umsetzungsmaßnahmen

Folgende Inhalte aus dem Strategiepapier sind für ein sozialogenbezogenes Interventionskonzept in den Bereichen Ernährung und Bewegung von besonderer Bedeutung:

1. Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung
  - Ausbau der Prävention zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitssystems (Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft, Präventionsmaßnahmen in den Kitas)
  - Förderung und nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens (lebensweltbezogene Maßnahmen zur Förderung der gesunden Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung)
  - Stopp der Zunahme von Übergewicht bei Kindern und Verringerung der Verbreitung von Übergewicht (z. B. Förderung der Kompetenznetzwerke Adipositas und Diabetes)
  - Prävention von Essstörungen (z. B. durch spezielle Aufklärungsprogramme)
  - Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen, in der Kindertagespflege, in Schulen und Mehrgenerationenhäusern (z. B. Aufnahme von Gesundheitsförderungsaspekten in pädagogische Einrichtungskonzepte, Ernährungsführerschein)
  - Interdisziplinäre Frühförderung (Verknüpfung von medizinischen und nichtmedizinischen, therapeutischen Angeboten)
  - Förderung der psychischen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (z. B. Elternbildungsmaßnahmen)
  - Kind- und familiengerechte Stadtentwicklung (z. B. Verknüpfung von städtebaulichen mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen, sichere Fahrradnetze)
2. Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit
  - Gesundheitliche Förderung von Kindern mit sozialbedingten ungünstigen Gesundheitschancen mit Schwerpunkt auf Familien mit Migrationshintergrund (z. B. Ausbau der interkulturellen Kompetenz im Gesundheitssystem)
  - Unterstützung chronisch kranker Kinder (z. B. Schulungsprogramme, flankierende Hilfen)
  - Frühe und aufsuchende Hilfen sowie soziale Frühwarnsysteme (z. B. Familienhebammen)
  - Verbesserung der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
  - Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz, Bekämpfung von Gewalt (z. B. Kurse zu Gesundheitsvorsorge und Ernährungsfragen)
  - Vermittlung von Kenntnissen über einen gesunden Lebensstil (Elternbildungsmaßnahmen)

Besonders betont wird die Notwendigkeit der strukturellen Implementierung von Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepten in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Hingewiesen wird auch auf die Bedeutung des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, um das Bewegungs- und Essverhalten der Kinder nachhaltig zu verbessern. Ein sozialogenbezogenes Interventionskonzept in diesem Bereich entspricht also der Strategie Kindergesundheit in besonderem Maße.

## 6.2.2 Nationaler Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland 2005–2010

Dieser Nationale Aktionsplan entwickelt umfangreiche Maßnahmen, mit welchen die Bedingungen des Aufwachsens verbessert und die Rechte von Kindern, Jugendlichen und Familien gestärkt werden sollen. Der Nationale Aktionsplan geht zurück auf die Ergebnisse des Weltkindergipfels der Vereinten Nationen im Jahr 2002. Besonders die Forderung nach Chancengleichheit und Bildungsgerechtigkeit, unabhängig von sozialer und kultureller Herkunft, sind dabei für Deutschland und für die Initiative „Gesund Aufwachsen“ von Bedeutung.

### Zentrale Handlungsfelder und Ziele

Die Handlungsfelder und Ziele stellen bedeutsame Grundlagen für ein sozialogenbezogenes Gesundheitsförderungskonzept in Kindertageseinrichtungen dar.

1. Chancengerechtigkeit durch Bildung
  - Allen Kindern und Jugendlichen, unabhängig von Herkunft und Geburt, einen umfassenden Zugang zu einer hochwertigen Bildung verschaffen
  - Frühe und individuelle Förderung der Kinder im interdisziplinären Rahmen
  - Bildung, Erziehung und Betreuung als Einheit in allen Bildungsbereichen
  - Heterogenität in Bildungsprozessen managen
  - Bildungs- und Erziehungspartnerschaften mit Eltern
  - Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenzen
  - Qualitätssicherung in Kindertageseinrichtungen und anderen Bildungseinrichtungen stärken
  - Kooperation von Familie, Kindertageseinrichtung und Schule fördern
  - Sozialraumbezogene Kooperationsmöglichkeiten nutzen
2. Aufwachsen ohne Gewalt
  - Schulung und Bildungsarbeit für Eltern
  - Enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssektor und Kinder- und Jugendhilfe
  - Aufbau eines interdisziplinären Frühwarnsystems
3. Förderung eines gesunden Lebens und einer gesunden Umwelt
  - Ausreichend Bewegung, körperliche Aktivität im Alltag und eine gesunde Ernährung als Voraussetzung für eine gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erkennen und fördern
  - Ausbau der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und Schulen
  - Reduktion von psychosozialen Risiken durch Früherkennung und Vorsorgemaßnahmen
  - Vernetzte Zusammenarbeit in den Bereichen Gesundheit, Stadtentwicklung, Umwelt, Bildung und Jugendhilfe
4. Beteiligung von Kindern und Jugendlichen
  - Aktive Beteiligung von Kindern und Eltern an der Planung und Durchführung von Bildungs- und Präventionsangeboten
5. Entwicklung eines angemessenen Lebensstandards für alle Kinder
  - Armut und soziale Ausgrenzung von Kindern und Familien vorbeugen
  - Besondere Unterstützung von Familien in prekären Lebenslagen
  - Steigerung der Kompetenzen von Eltern in den Bereichen Versorgung, Betreuung, Erziehung und Bildung von Kindern
  - Armutsprävention in den Bereichen der Sozial-, Bildungs- und Gesundheitspolitik



## 6. Internationale Verpflichtungen

- Internationale Maßnahmen zur Chancengleichheit und Bildungsgerechtigkeit

### 6.2.3 Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, IN FORM' (2008)

Dieser Nationale Aktionsplan baut auf bestehenden Aktionsplänen und Bundesprogrammen auf und unterstützt Synergieeffekte. Ziel ist es, gesundheitsförderliche Lebensweisen in den Lebensräumen der Menschen durch Verhaltens- und Verhältnisänderung zu implementieren.



#### Konkret zu erreichende Ziele des Aktionsplans bis zum Jahr 2020:

- Nachhaltige Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens  
Dadurch soll zum einen erreicht werden, dass Erwachsene gesünder leben, Kinder gesünder aufwachsen und von einer höheren Lebensqualität und einer gesteigerten Leistungsfähigkeit in Bildung, Beruf und Privatleben profitieren und zum anderen, dass Krankheiten deutlich zurückgehen, die durch einen ungesunden Lebensstil mit einseitiger Ernährung und Bewegungsmangel mit verursacht werden.

- Vermittlung der Bedeutung einer gesunden Ernährung und ausreichender Bewegung für die eigene Gesundheit
- Empfehlungen zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten zielgruppenspezifisch und umsetzungsorientiert angleichen
- Strukturen zur Erleichterung eines gesunden Lebensstils mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung in Eigenverantwortung schaffen bzw. verbessern
- Akteure und Maßnahmen vernetzen, die zu einem erweiterten, aufeinander abgestimmten Angebot beitragen
- Gute und bewährte Projekte bekannt machen und die Transparenz der Angebote hinsichtlich Qualität, Umfang, Finanzierung und Erfolgsmessung fördern

#### Zentrale Handlungsfelder des Aktionsplans:

##### 1. Vorbildfunktion der öffentlichen Hand

Ziel ist, dass Bund, Länder und Kommunen hinsichtlich der Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens eine Vorbildfunktion einnehmen durch Maßnahmen wie:

- Schaffung von Transparenz und Qualität in diesbezüglichen Programmen
- Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Aspekten im Zusammenhang mit Ernährung und Bewegung bei der Vergabe von öffentlichen Geldern
- Übernahme von Verantwortung als Arbeitsgeber für die Gesundheit der Mitarbeiter
- Als Träger von Einrichtungen im Erziehungs-, Bildungs-, Pflege- und Gesundheitsbereich die Rahmenbedingungen hinsichtlich der Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens an den Einrichtungen verbessern

## 2. Bildung und Information über Ernährung, Bewegung und Gesundheit

Ziel ist, dass Menschen durch Angebote der Ernährungs- und Bewegungsbildung eine gesunde Lebensführung ermöglicht und ihr eigenverantwortliches Verhalten unterstützt wird, durch Maßnahmen wie:

- alltagstaugliche Angebote zur Bewegungs- und Ernährungsinformation, die zielgruppen- und lebensweltorientiert sind

Beispiele:

- „Kinderleicht-Regionen“: 24 regionale Netzwerke, welche Anreize schaffen, der Entstehung von Übergewicht von Kindern von null bis sechs Jahren frühzeitig und nachhaltig zu begegnen.
- Im Pilotprojekt „Gesunde Kitas – Starke Kinder“ der Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (peb) wird die Gesundheitsförderung in die tägliche Arbeit von Kitas eingebunden.
- Mit der BZgA-Aktion „Unterwegs nach TutmirGut“ wird die Schaffung von flächendeckenden gesundheitsförderlichen Strukturen in den Lebenswelten von fünf- bis elfjährigen Kindern angestrebt. Hier wird der integrierte Ansatz von Gesundheitsziele.de „Gesund aufwachsen“ aufgegriffen, der eine Verbindung der Aspekte Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz in den Settings Kindertageseinrichtung, Schule, Familie und Freizeit leistet und sozial benachteiligte Kinder besonders berücksichtigt.
- Die Initiative „Leben hat Gewicht“, macht es sich zum Ziel, ein gesundes Körperbild zu schulen und Essstörungen vorzubeugen.

## 3. Bewegung im Alltag

Ziel ist, dass Menschen in Deutschland im Alltag regelmäßig körperlich und sportlich aktiv sind und ihre Lebenswelt genügend Bewegungsanreize bietet, durch Maßnahmen wie:

- Alters- und zielgruppenorientierte Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung von Menschen mit bewegungsarmem Lebensstil
- Orientierung der angebotenen Maßnahmen an allgemeinen Qualitätskriterien
- Ausreichende Bewegungsanreize innerhalb der Lebenswelt
- Gründung von Kompetenzzentren zur Bewegungsförderung

Beispiele:

- Der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der BZgA. Hier sind 50 Bundes- und Landesorganisationen vereint, welche eine Datenbank zur Übersicht von guten Praxisbeispielen in diesem Bereich pflegen ([www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)).
- Die Kampagne „Bewegung und Gesundheit“ des Bundesministerium für Gesundheit (BMG), welche zu mehr Bewegung im Alltag motiviert (z. B. „Jeden Tag 3.000 Schritte extra“). Deutschlandweit beteiligen sich viele Kommunen an Aktionen dieser Kampagne.
- Die „Spielleitplanung“ als ein strategisches Instrument der Stadtplanung, welches eine systematische Bewegungsförderung von Kindern in und mit kommunalen Planungsprozessen verfolgt.

## 4. Qualitätsverbesserung bei der Verpflegung außer Haus

Ziel ist, dass die Außer-Haus-Verpflegung eine ausgewogene Ernährung im Alltag unterstützt, durch Maßnahmen wie:

- Anpassung der Außer-Haus-Verpflegung an zielgruppenspezifische Bedürfnisse
- Verbesserung der Qualität von Außer-Haus-Verpflegungen
- Profitieren der Menschen von gesundheitsförderlichen Alternativen in der Außer-Haus-Verpflegung

Beispiele:

- „FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“ des Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), welche Kitas bei der Gestaltung eines optimalen Ernährungsangebotes berät und bei der Integration der Ernährungsbildung in die pädagogische Konzeption unterstützt.

#### 5. Impulse für die Forschung

Ziel ist, dass die Forschung wissenschaftlich fundierte Grundlagen zur Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens in Deutschland sammelt, durch Maßnahmen wie:

- Ausbau der Grundlagenforschung im Ernährungs- und Bewegungsbereich unter der Berücksichtigung sozialer, psychologischer und physiologischer Faktoren und deren Zusammenspiel bei der Entstehung von Fehlernährung, Bewegungsmangel und Übergewicht und damit verbundener Krankheiten
- Bereitstellung wissenschaftlicher Grundlagen zur Entwicklung von Angebotsprogrammen
- Evaluation und Qualitätssicherung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention sowie die Bereitstellung dafür geeigneter Instrumente

Zu allen Handlungsfeldern des Nationalen Aktionsplans Prävention wurde eine Reihe von Initialmaßnahmen formuliert.

### 6.2.4 Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg

In diesem Strategiekonzept des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg (Sozialministerium) wird der Rahmen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik in Baden-Württemberg skizziert und die Gesundheitsstrategie als Gemeinschaftsaufgabe beschrieben. (Es basiert auf einer wissenschaftlichen Stellungnahme des Mannheimer Instituts für Public Health (MIPH) der Universität Heidelberg und anderen Sachverständigenanhörungen.)



Erklärte **Ziele** der Strategie sind dabei:

- Entstehung von chronischen Erkrankungen vermeiden oder hinauszögern (Krankheitskomprimierung)
- Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten fördern (Beginn der Gesundheitsförderung und Prävention schon in der Kindheit, um ungleiche Gesundheitschancen aufgrund sozialer Ungleichheit zu verhindern)
- Durch Prävention die Wettbewerbsfähigkeit Baden-Württembergs sichern (weniger Krankheitstage, Steigerung der Lebensarbeitszeit, Bäder- und Kurorte für wirtschaftlichen Vorsprung nutzen)

Als **Handlungsfelder** der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg, die sich entlang der Lebensspanne und an den Lebenswelten orientiert, werden genannt:

- Gesunder Start – Kindheit und Jugend
- Gesund bleiben – Erwachsenenalter
- Gesundes Altern
- Früherkennung und Versorgung im Krankheitsfall
- Ausbildung und Forschung
- Nutzbarmachung des Innovationspotenzials des Gesundheitsmarktes

Als Lebenswelten werden die Bereiche des Wohnens, Lebens, der Arbeit und Freizeit einschließlich Sport, Spiel und Urlaub genannt, also Kitas, Schulen, Stadtteile, Betriebe und Vereine. In diesen Lebenswelten soll die Gesundheitsstrategie gendersensible, niederschwellige und aufsuchende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten, um eine Stigmatisierung von sozial benachteiligten Schichten zu vermeiden. Angebotene Maßnahmen zielen darauf ab, die Lebenskompetenz der Menschen zu stärken und sie aktiv in die Maßnahmenplanung und -durchführung einzubinden, um so ihr Interesse für gesundheitsbezogene Aktivitäten zu wecken.

Im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik setzt die Gesundheitsstrategie dabei auf folgende **Schlüsselsbotschaften**:

1. Gesunde Umgebungen schaffen
    - Schaffung einer gesunden physikalischen und psychosozialen Umwelt
    - Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Alltagsprozesse der Lebenswelten (z. B. Kitas, Schulen)
    - Verknüpfung mit anderen Lebenswelten durch Netzwerke (z. B. kommunale Initiativen von Kitas)
  2. Früh und ganzheitlich ansetzen – entscheidend für den Erfolg
    - Schaffen von günstigen gesundheitlichen Rahmenbedingungen vor und unmittelbar nach der Geburt (gesunde Wohnverhältnisse, Beratungsstellen)
    - Stärkung von Gesundheitsressourcen bereits im Kleinkindalter und in den Kitas (z. B. interprofessionelle Kooperation, verbesserte frühkindliche Bildungsmöglichkeiten, Sucht- und Gewaltprävention)
  3. Gesundheitliche Benachteiligung verringern
    - Verbesserung der Lebenslage von Menschen mit den größten gesundheitlichen Risiken
    - Sicherung der gesundheitlichen Versorgung unabhängig von den materiellen Möglichkeiten
    - Ausrichtung der Gesundheitsförderung und Prävention auf sozial Benachteiligte
- Wichtig hierfür sind langfristige Maßnahmen, der Multiplikatorenansatz, ein hoher Beteiligungsgrad und Ressourcenstärkung der Zielgruppe, Lebensweltorientierung, Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und der Einsatz integrierter Handlungskonzepte.
4. Chronische Erkrankungen früh erkennen
    - Adipositasprävention
    - Früherkennungsprogramme (Zahngesundheit, Krebsvorsorge) mit zielgruppenorientierter Öffentlichkeitsarbeit
  5. Mit chronischen Erkrankungen besser umgehen
  6. Chronisch erkrankte Menschen besser versorgen
  7. Patientenrechte und Fähigkeit zum Selbstmanagement stärken
  8. Selbsthilfegruppen stärker einbinden

### **Bestehende Maßnahmen** zur Umsetzung der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg:

- Präventionspakt Baden-Württemberg: Vereinbarung der Sozialversicherungsträger mit Einrichtungen des Landes zur Stärkung und Verschränkung präventiver Maßnahmen mit Lebensweltansatz. Zentraler Handlungsschwerpunkt ist die Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen (z. B. Adipositasprävention).
- Arbeitsgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung“ des Gesundheitsforums (Ende 2009 beendet). Ziel ist die landesweite Steigerung der Nachhaltigkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Die Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg – Kommunale Netzwerke für Ernährung und Bewegung“ wurde hier beauftragt und gestartet. Ein wichtiges Anliegen besteht in der Befähigung von Kommunen, ihre Angebote zur Vermeidung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen zu erweitern und besser zu vernetzen.
- Das Ministerium für Ernährung und ländlichen Raum hat unterschiedliche Projekte zum Thema Ernährung und Stärkung der Ernährungskompetenz umgesetzt, z. B. „Komm in Form – Initiative für clevere Ernährung in Baden-Württemberg“, Landesinitiative „BeKi – Bewusste Kinderernährung“, „Blickpunkt Ernährung/Brennpunkt Lebensmittel“. Das Thema gesunde Ernährung und Bewegung wird im Förderprogramm der Baden-Württemberg-Stiftung mit dem Projekt „Komm mit in das gesunde Boot“ aufgegriffen.
- Die Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ versteht sich als Plattform für Ziele, Maßnahmenvorschläge und Leitlinien der Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. Ausgangspunkt der Arbeitsgruppe ist der Präventionspakt. So sollen z. B. kommunale Gesundheitskonferenzen zur Vernetzung von gesundheitsförderlichen Angeboten in der Lebenswelt initiiert werden.

### **Anknüpfungspunkte:**

Auch die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg bietet Grundlagen und Anknüpfungspunkte für eine soziallagenbezogene und integrative Gesundheitsförderung in Kitas mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung. Dies gilt für die Ziele, die Handlungsfelder und die Schlüsselbotschaften der Strategie. Die Initiative „Gesund Aufwachsen in Baden-Württemberg“, in deren Rahmen es um soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in Kitas geht, stellt eine wichtige Maßnahme der Umsetzung dieser Strategie dar.

### **Literatur**

- BMELV (2008). IN FORM. Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Nationaler Aktionsplan zur Prävention von Fehlernährungen, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten. URL: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_100/nn\\_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Bewegung-Ern\\_C3\\_A4hrung/Nationaler-Aktionsplan,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Nationaler-Aktionsplan.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_100/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Praevention/Bewegung-Ern_C3_A4hrung/Nationaler-Aktionsplan,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Nationaler-Aktionsplan.pdf) [Stand: 10.08.2009].
- BMFSFJ (2006). Nationaler Aktionsplan für ein kindgerechtes Deutschland 2005-2010. URL: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/nap-nationaleraktionsplan,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> [Stand: 11.08.2009].
- BMG (2008). Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit. URL: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_100/Shared-Docs/Downloads/DE/Neu/Fragen-Antworten-Kindergesundheit\\_Strategie,templateId=raw,property=PublicationFile.pdf/Fragen-Antworten-Kindergesundheit\\_Strategie.pdf](http://www.bmg.bund.de/cln_100/Shared-Docs/Downloads/DE/Neu/Fragen-Antworten-Kindergesundheit_Strategie,templateId=raw,property=PublicationFile.pdf/Fragen-Antworten-Kindergesundheit_Strategie.pdf) [Stand: 11.08.2009].
- Sozialministerium Baden-Württemberg (2008). Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg. URL: <http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/Gesundheitsstrategie-Konzeption.pdf> [Stand: 11.08.2009].

### 6.3 Welche neueren Handlungsempfehlungen zum gesunden Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen und zur Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe gibt es?

Die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hg) und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte haben (unter Mitwirkung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) gemeinsame Handlungsempfehlungen entwickelt und herausgegeben, die für soziallagenbezogene und integrierte Gesundheitsförderung in und um Kitas von Bedeutung sind:

Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Berlin 2008.

Die Handlungsempfehlungen der AGJ und des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte können als Expertenkonsens verstanden werden, in dem zuerst die Ausgangslage der Thematik dargestellt und im Anschluss daran aufgezeigt wird, wie und mit welchen Aufgabenstellungen die Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen und in der Kinder- und Jugendhilfe präsent ist. Zuletzt werden zentrale Handlungsbedarfe benannt. Das Ziel der Empfehlungen ist es, neben einer Verdeutlichung der Transparenz bezüglich der Zuständigkeiten auch die Professionen in einen fachlichen Austausch über ihre Aufgaben und v. a. die hierbei vorhandenen Querschnittsaufgaben zu bringen. Insofern sind die Handlungsempfehlungen auch leitend für eine interdisziplinär angelegte Handreichung zur integrierten Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen.

#### Kurzfassung der Empfehlungen:

1. Gesundheitsförderung muss als politische Querschnittsaufgabe verstanden werden. Die systematische Zusammenarbeit und Vernetzung von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe sollte als Prinzip und Perspektive politisch manifestiert und auf die politische Tagesordnung der Kommunen genommen werden.
2. Die ressortübergreifende Kooperation und Vernetzung ist zu fördern und auszubauen. Es sind lokale und regionale Bündnisse bzw. Netzwerke „Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche“ zu schaffen, die die Leitungs- und Arbeitsebene der zuständigen Professionen einbeziehen. Dabei sollten bereits bestehende Strukturen der Zusammenarbeit und Netzwerkorganisationen berücksichtigt und eingebunden werden.
3. Die Information über bereits bestehende gesundheitsfördernde Angebote von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe vor Ort ist zu fördern. Vorhandene Hilfesysteme, Angebote und konkrete Ansprechpartnerinnen sollten für die Bürgerinnen und die beteiligten Professionen transparent gemacht werden.
4. Die Forschung und die professionelle Vermittlung von Forschungsergebnissen zur Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere zur Wirksamkeit von Maßnahmen in diesen Bereichen, sind mit angemessenen Ressourcen auszustatten und auszubauen.
5. Ein ressortübergreifendes Berichtswesen ist aufzubauen – auch und insbesondere auf der lokalen Handlungsebene. Die körperliche, seelische und geistige Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte nicht nur in den Gesundheitsberichten, sondern auch in den Kinder- und Jugendberichten, Bildungsberichten, Sozialberichten, Armutsberichten und Sportberichten thematisiert und aufeinander bezogen werden.

6. Kinder und Jugendliche in prekären Lebenslagen sind durch zielgruppen- und bedarfsgerechte Prävention und Gesundheitsförderung zu fördern. Ein besonderer Akzent ist auf die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit niedrigem Sozialstatus und Migrationshintergrund zu legen.
7. Die Teilnahmequoten an den Früherkennungsuntersuchungen gemäß § 26 SGB V sollen künftig durch ein verbindliches Einladungswesen gesteigert werden. Darüber hinaus ist es erforderlich, die Eltern gezielt über Notwendigkeit und Nutzen dieser kinderärztlichen Untersuchungen, die Bedürfnisse und Bedingungen des gesunden Aufwachsens des Kindes, sowie die Prävention von Erkrankungen und Risikofaktoren zu informieren. Eine gesetzlich festgeschriebene Pflicht zur Wahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen und Sanktionen bei Nichtwahrnehmung werden abgelehnt.
8. Gesundheitsfördernde Kompetenzen sollten stärker in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Professionen berücksichtigt werden. Eine bereichsübergreifende curriculare Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte insbesondere für Fachkräfte im Bereich von Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Bildung und Gesundheitswesen gefördert werden.
9. Die systematische Erarbeitung gemeinsamer Handreichungen bzw. Empfehlungen für eine gemeinsame Gesundheitsförderung insbesondere auf lokaler Ebene sollte im Gesundheitswesen und der Kinder- und Jugendhilfe gefördert werden. Dabei sollen die regionalen Gesundheitsrisiken und Ressourcen herausgearbeitet und die Organisation gemeinsamer Gesundheitszielprozesse sowie die Planung von Interventionen nach verbindlichen Qualitätskriterien und die Überprüfung ihrer Ergebnisse besonders in den Blick genommen werden.
10. Die systematische Beteiligung der betroffenen Institutionen und Organisationen und die verbindliche Zusammenarbeit der öffentlichen Ämter, insbesondere zwischen Gesundheitsämtern und Jugendämtern, sind zu fördern.
11. Zur Unterstützung der o. g. Empfehlungen wäre ein gesetzlicher Rahmen für Prävention und Gesundheitsförderung wünschenswert. Ein solches Präventionsgesetz muss einen besonderen Fokus auf Kinder und Jugendliche legen und auf lokaler Ebene die Kooperation zwischen Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe fördern.

In Kapitel 1 wird zuerst der Gesundheitsbegriff definiert, dabei wird auf die Definition der WHO sowie eine Definition zurückgegriffen, die Gesundheit als Balance aus Risiko- und Schutzfaktoren versteht. Danach wird die aktuelle Datenlage zur Kinder- und Jugendlichengesundheit unter Rückgriff auf den Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS des Robert Koch-Instituts) beschrieben. In diesem Zusammenhang wird das Übergewicht bzw. die Adipositas explizit als ein ansteigendes Problem genannt, sowie die häufig schlechtere Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Familien bzw. aus Familien mit Migrationshintergrund. Als Schlüsselbereiche werden hier „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ genannt, die möglichst frühzeitig einsetzen sollten.

Der Kinderschutz wird im Anschluss daran als gemeinsame Aufgabe von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen dargelegt. Frühwarn- und Hilfesysteme werden hierbei als professionsübergreifende Aufgaben gesehen, die bereits in der Schwangerschaft als aufsuchende Angebote beginnen sollten. Im Vordergrund sollte diesbezüglich immer die Hilfe stehen und nicht die Kontrolle, so dass von einem bevölkerungsweiten Screening oder der Verpflichtung zur Teilnahme an den U-Untersuchungen abgeraten wird. Konzeptionell stützen sich die Handlungsempfehlungen auf das Konzept der Entwicklungsaufgaben, das Konzept zur Förderung und Stärkung von Lebenskompetenzen („life skills“, WHO 1994), das Lebensstilkonzept, das Settingkonzept und die Qualitätssicherung. Sie sehen nicht nur eine Umsetzung aller darin enthaltenen Inhalte sondern v. a. eine bereits im Vorfeld auf Kooperation ausgelegte Herangehensweise als elementar an.

In Kapitel 2 wird die Gesundheitsförderung im Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen dargestellt. Dabei gilt es festzuhalten, dass sowohl im Kinder- und Jugendhilferecht die Gesundheit, als auch im Gesundheitssystem die Kinder und Jugendlichen bisher eine nur untergeordnete Rolle spielen. Der gesetzliche Rahmen im Sinne eines Präventionsgesetzes muss erst noch geschaffen werden und sollte einen besonderen Schwerpunkt auf Kinder, Jugendliche und Familien und deren jeweilige Lebenswelt setzen. Zu den Leistungen des Medizin- bzw. des Gesundheitssystems zählen dahingehend:

- die Generierung von Erkenntnissen und deren Vermittlung zu Prävention und Gesundheitsförderung
- Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung, die von den Krankenkassen vergütet werden können, (z. B. Förderung der Prävention nach § 20 SGB V, Positionspapier der Spitzenverbände der Krankenkassen)
- die Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) auf Landes- und kommunaler Ebene für Prävention und Gesundheitsförderung (z. B. Gesundheitsförderung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche)

Im Hinblick auf die Kinder- und Jugendhilfe kann unter anderem auf den Begriff des Kindeswohls zurückgegriffen werden, da dieser in weiten Teilen mit einer Gesundheitsförderung, wie sie die Ottawa Charta versteht, kongruent ist. Eine explizite gesetzliche Basis existiert bis auf die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche und die Krankenhilfe nicht, wobei jedoch der Begriff der Prävention ein zentrales Element des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes ist (> Kapitel 4).

Die AG der Obersten Landesjugendbehörden hat im Mai 2005 in ihrem Bericht „Kinder und Gesundheit“, auf den sich die Handlungsempfehlungen hier beziehen, besonders relevante Bereiche hinsichtlich der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe herausgegeben:

1. Eltern- und Familienbildung (§ 16 SGB VIII)
2. Familienfreizeit und -erholung (§ 16 SGB VIII)
3. Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit (§§ 11 und 13 SGB VIII)
4. Hilfen zur Erziehung (§ 27 ff SGB VIII)
5. Soziale Beratung, insbesondere Erziehungsberatung sowie Trennungs- und Scheidungsberatung (§§ 16, 17, 28 SGB VIII)
6. Maßnahmen der Betreuung in besonderen Situationen (§§ 19, 20 SGB VIII)
7. Jugendschutz (§ 14 SGB VIII)
8. Suchtprävention

Kindertagesstätten (§ 22 ff SGB VIII) werden als besonders relevante Einrichtungen hervorgehoben, von denen ein besonders umfassender und breitenwirksamer Beitrag zu leisten sei. Den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung komme als „sichtübergreifender“ Institution, mit einer besonderen sozialen Reichweite, familienergänzende und -unterstützende Funktion zu, auch auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung.

Kapitel 3 beschreibt die zentralen Handlungsfelder. Dabei gilt es die Gesundheit in erster Linie durch lebensweltbezogene Strategien zu fördern. Da die derzeitige gesundheitliche Entwicklung mit einem deutlichen Anstieg an chronischen und psychosomatischen Erkrankungen einhergeht, ist eine verhaltens- sowie eine verhältnisbezogene Herangehensweise indiziert, wie sie im Rahmen einer Lebensweltorientierung möglich wird. An zweiter Stelle muss den besonderen Anforderungen sozial benachteiligter Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien Rechnung getragen werden, indem die Maßnahmen der Gesundheitsförderung niederschwellig, informell, funktional und integriert angeboten werden. Im Speziellen bieten sich hierfür elternunabhängige Leistungen an, die durch bereits vorhandene Strukturen und Zugänge (Kindertagesstätten, Schulen, Freizeiteinrichtungen oder Sozialleistungsbehörden) v. a. aufsuchend organisiert werden. Des Weiteren ist auf eine kultursensible Angebotsgestaltung zu achten, die in Regelangebote integriert ist und durch eine spezifische Fort- und Weiterbildung der

Fachkräfte gewährleistet wird. Schließlich ist eine systemübergreifende Vernetzung und Kooperation im Rahmen von Bündnissen für gesunde Kinder und Jugendliche auf Rang drei zu nennen. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung eine Querschnittsaufgabe, die alle sozialen und gesellschaftlichen Lebensbereiche betrifft und deshalb v. a. kommunal mit Prioritätenbildung durch eine vernetzte Vielfalt an unterschiedlichen Akteurinnen entsprechend gelöst werden kann. Ein Monitoring und Evaluationen sind unabdingbare, flankierende Instrumente einer gelingenden Gesundheitsförderung. Insofern sind nachstehende Aspekte wichtige Kriterien für eine gelingende Kooperation und Netzwerkarbeit auf lokaler Ebene:

- Ressortübergreifendes Handeln
- Sozialraumorientierung
- Beteiligung der Bürgerinnen (v. a. für marginalisierte Bevölkerungsgruppen wichtig, dies funktioniert, wenn Kommunen es formell beschließen, es öffentlich unterstützt wird und es außerdem einen deutlichen Nutzen bringt)
- Beteiligung der lokalen Akteure
- In Netzwerken arbeiten.

### Literatur

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ (Hg.). Gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen – Kooperation von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe. Gemeinsame Handlungsempfehlungen. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ und Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Berlin 2008 (URL zur Bestellung: <http://www.agj.de/index.php?id1=6&id2=2&id3=0>).

## 6.4 Was können wir aus den Programmen Sure Start/Early Excellence Centres zur integrierten frühkindlichen Förderung und Unterstützung von Familien lernen?

Auf der Suche nach (evaluierten) Programmen und Projekten der sozillagenbezogenen und integrierten Gesundheitsförderung in und um Kindertageseinrichtungen und mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung, die als Vorbild für eine Entwicklung in Deutschland und im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in

Baden-Württemberg“ dienen können, erwies sich das umfassend evaluierte Sure Start-Programm als besonders ergiebig. Im Folgenden wird es vorgestellt und einige besonders relevante Evaluationsergebnisse werden zusammengefasst.



### Sure Start – lokale Programme zur Unterstützung von Familien und zur frühkindlichen Förderung (England)

Mit diesem Regierungsprogramm werden Kinder unter fünf Jahren gefördert und ihre Familien unterstützt. Ziel ist es, Institutionen und Arbeitsansätze aus den Feldern der frühen Bildung und Erziehung, der Kinderbetreuung, der

Sicherung des Kindeswohls, der Gesundheitsversorgung und Familienunterstützung und -beratung zusammenzuführen und zu vernetzen, um das Wohlbefinden und die Gesundheit von Familien und ihren kleinen Kindern in benachteiligten Stadtgebieten und Regionen zu verbessern.

Die ersten Sure Start Local Programmes (SSLPs) entstanden 1999 in der Folge des Comprehensive Spending Review (1998) des britischen Finanzministeriums (HM Treasury). In diesem Regierungsbericht wurden die Förderung sozialer Fairness (moving towards a fairer society) und die Verhinderung von Kinderarmut als prioritäre Ziele der Regierungspolitik benannt. Die Sure Start Programme sind ein gutes Beispiel für Effektivität und Nachhaltigkeit von Top-down-Strategien.

Im Zuge der Etablierung der „**Sure Start Local Programmes**“ (SSLPs) in Regionen mit hoher Kinderarmut wurden „**Sure Start Children’s Centres**“ eingerichtet. Aus fast allen 524 ursprünglichen SSLPs entwickelten sich „Sure Start Children’s Centres“. In den Zentren arbeiten multiprofessionelle Teams, die integrierte Dienstleistungen und Informationen für sozial benachteiligte Familien anbieten. Diese Zentren sind ein Baustein des Zehn-Jahres-Rahmenplans der Regierung: „Ten Years Childcare Strategy – Choice for parents, the best start for children“. Die Regierung verpflichtete sich mit diesem Programm, bis 2010 in allen Kommunen bzw. Regionen Sure Start Children’s Centres, Early Excellence Centres und Neighbourhood Nurseries aufzubauen.

Das Konzept basiert auf der besonders in Skandinavien entwickelten und umgesetzten Idee, dass die Integration und das Zusammenwirken von früher Bildung und Erziehung, Gesundheitsförderung, Familien- und Beschäftigungsförderung den Schlüssel zum erfolgreichen Arbeiten mit Familien und ihren kleinen Kindern darstellt.

Der ganzheitliche Integrationsansatz des Programms bildet sich auch darin ab, dass im begleitenden Forschungsprogramm sowohl das Departement for Work and Pensions (DWP) als auch das Departement for Children, Schools and Families (DCSF) beteiligt sind. Das Programm wird evaluiert durch einen „national evaluation exercise“. Die strategische Verantwortung für den Aufbau dieser komplexen Struktur wurde an die Kommunen (local authorities) delegiert, die sich unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten und unter Einbeziehung aller lokalen Akteure für Aufbau und Entwicklung verantwortlich zeichnen.

Das Programm der „**Early Excellence Centres**“<sup>42</sup> (EEC) entstand bereits 1997. Diese Zentren verfolgen das Ziel, qualitativ hochwertige Kinderbetreuung und Tagespflege für kleine Kinder anzubieten. Gleichzeitig sollen Dienstleistungen für Eltern, Familien und das gesamte Gemeinwesen entwickelt werden. Dort, wo EECs bereits existierten, bildeten sie die Ausgangsbasis für den Aufbau von Sure Start Children’s Centres.

### Early Excellence Centres

Das Konzept der Early Excellence Centres (EEC) startete Ende der 1990er Jahre in Großbritannien und wird inzwischen auch in einigen Städten Deutschlands angewandt (z. B. in Berlin, Stuttgart, Esslingen). In England richten sich EECs insbesondere an benachteiligte Zielgruppen und haben sowohl Bildung als auch Gesundheitsvorsorge, Hilfen für Eltern und gesellschaftliche Integration zum Ziel. Grundannahme ist, dass jedes Kind einen Anspruch auf exzellente und individuelle Förderung hat. Die Förderung der Kinder soll mit Angeboten der Unterstützung und Entlastung von Familien verknüpft werden. EECs verbinden Familienbildung, Erziehung und Forschung und sind Kinderbetreuungsort, Erziehungszentrum, Ausbildungsstätte und Forschungsstätte in einem. Folgende Fragestellungen sind handlungsleitend:

- Wie kann eine hohe Qualität der Bildung, Erziehung und Betreuung in Kindertageseinrichtungen gewährleistet werden, die gerade auch Kinder aus benachteiligten Familien erreicht?
- Wie kann die Erziehungskompetenz gerade auch sozial benachteiligter Eltern gestärkt werden?
- Welchen Beitrag kann eine Kindertageseinrichtung für den Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur im Sozialraum leisten?

<sup>42</sup> Anders als der Begriff „early excellence“ vermuten lässt, handelt es sich nicht um elitäre Leistungszentren für hoch begabte Kinder. EECs verstehen sich vielmehr als „Gemeinschaft forschend Lernender“, womit sowohl Kinder und ihre Familien als auch die Mitarbeiterinnen der Zentren gemeint sind (vgl. Early Excellence – Zentrum für Kinder und ihre Familien e. V. 2007, 4).

Grundprinzip ist, die Kinder zunächst über ihre Stärken und Kompetenzen wahrzunehmen und entsprechend zu fördern. Die Eltern werden als Expertinnen ihrer Kinder betrachtet und in die pädagogische Arbeit gezielt miteinbezogen. Sie lernen, das Tun ihrer Kinder als Forschen und Lernen zu verstehen. Die Methoden und Strategien der EECs sind so angelegt, dass das Interesse der Eltern an der Entwicklung und am Lernen ihrer Kinder aktiv unterstützt wird. In Großbritannien besuchen sogenannte „Family Worker“ die Familien zuhause. Auf diese Weise bekommen die pädagogischen Fachkräfte ein besseres Verständnis vom Lebensumfeld der Kinder und ihrer Eltern, und die Eltern werden bei der individuellen Förderung des Kindes auch zuhause unterstützt.

EECs verstehen sich als Dreh- und Angelpunkt im Aufbau einer familienfreundlichen Infrastruktur im Gemeinwesen. Grundlegend dafür sind:

- Angebote frühkindlicher Bildung und Betreuung mit hohem Qualitätsstandard,
- Einbeziehung der Eltern in die Bildungsprozesse ihrer Kinder,
- familienunterstützende Angebote,
- erwachsenenbildungs- und arbeitsmarktbezogene Angebote,
- Fort- und Weiterbildung sowie Forschung und
- lokale Gesundheitsdienste.

In Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention ist darüber hinaus auch eine gute Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst erforderlich. Neben einer guten Vernetzung und Nutzung der infrastrukturellen Gegebenheiten stellt eine erfolgreiche Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen Selbstwirksamkeitserfahrungen der Kinder in den Mittelpunkt und bietet ihnen die Möglichkeit der Kompetenzerweiterung. EECs wollen eine Plattform sein, auf deren Grundlage in der frühkindlichen Bildung, Erziehung und Betreuung Strategien der Zusammenarbeit gefunden werden, ein Netz für Kinder und Familien aufgebaut wird und sich private und öffentliche Verantwortung für Kinder annähern.

Tabelle 27: Early Excellence Centres (2) (BMFSFJ 2009, 186, 198; Hebenstreit-Müller 2008, 237–250; Sozialministerium Baden-Württemberg 2003, 85–88)<sup>43</sup>

Das „**Neighbourhood Nursery Programme**“ startete 2001 und soll die Ganztagesbetreuung für Kleinkinder in den depriviertesten Regionen des Landes sicherstellen. In vielen dieser Regionen und Stadtgebiete gab es fast keine Tagesbetreuung für Kleinkinder. Die Neighbourhood Nurseries sind eng vernetzt mit den Sure Start Local Programmes.

Im Rahmen des Zehn-Jahres-Plans sollten 45 000 leicht zugängliche, finanzierbare und qualitätsvolle Tagesbetreuungsplätze für Kinder unter fünf Jahren geschaffen werden. Dieses Ziel war im August 2004 erreicht. Die Neighbourhood Nurseries sind im privaten, ehrenamtlichen oder staatlichen Sektor angesiedelt. Sie bieten neben der Tagesbetreuung auch andere Unterstützungsangebote für Familien an. Für das Training und die Schulung von Eltern wurden zusätzliche Mittel bereitgestellt.

Zu den Kernthemen der operationalen Programme der Sure Start Initiativen gehören – festgehalten in der „Government Activity Driving Forward Social and Emotional Policy“ – folgende Aufgaben:

- (1) *Förderung der sozialen und emotionalen Entwicklung der Kinder, Verhaltenstraining der Kinder:* Es wurden Curricula und Trainingsmaterialien entwickelt zur Förderung der „social, emotional and behavioural skills“ (SEBS) und „behaviour education support teams“ (BESTs) gebildet.
- (2) *Gesundheits- und Familienförderung:* werden in einem Atemzug genannt und behandelt: Im Bewusstsein der wechselseitigen Abhängigkeit werden in den Programmen immer gesundheitliche und soziale Aspekte gleichermaßen behandelt.

<sup>43</sup> weitere Informationen unter [www.early-excellence.de](http://www.early-excellence.de)

- (3) *Ernährungsgewohnheiten und Ernährung*: Das Thema wird umfassend und lebenslaufbezogen betrachtet. Die Aktivitäten beginnen bereits in der Schwangerschaft, beziehen junge Mütter und Aktivitäten zur Unterstützung stillender Mütter sowie Fragen der gesunden Ernährung durch alle Lebensalter der Kinder und Jugendlichen mit ein.
- (4) *Übergewicht und Adipositas*: Auch Großbritannien erlebt einen dramatischen Anstieg von Übergewicht bei Kindern. Die Sure Start Children's Centres übernehmen eine Schlüsselrolle bei der frühen und ganzheitlichen Bearbeitung dieses Problems. Die Sure Start Children's Centres bieten Informationen über Ernährung und Ernährungsweisen und gute Nahrungsmittel an, organisieren aktives Spiel und Sport, fördern und unterstützen Mütter beim Stillen der Kinder und können „Eins-zu-eins-Betreuungen“ in Familien leisten, wenn diese einer besonderen Unterstützung bedürfen.

Im Folgenden werden Auszüge aus den Evaluationen des Sure Start Programms zu Unterschieden in der Wirksamkeit der lokalen Programme und „Lektionen“ für Sure Start Kinderzentren, sowie zur Eltern- und Familienunterstützung im Rahmen dieser Programme vorgestellt. Sie wurden ausgewählt unter dem Gesichtspunkt der Übertragbarkeit/Anschlussfähigkeit für Konzepte integrierter Kindertageseinrichtungen und Eltern-Kind-Zentren in Deutschland und im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“.

### 1. **National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). Understanding Variations in Effectiveness amongst Sure Start Local Programmes: Lessons for Sure Start Children's Centres. University of London.**

Folgende Kernaspekte der Evaluation sind auch relevant für Konzeptentwicklungen zu Kinderzentren im Rahmen kommunaler Netzwerke für Ernährung und Bewegung:

- Leistungsstarke SSLPs hatten bei der Implementierung einen ganzheitlichen Ansatz.
- Sie bezogen sowohl traditionelle, bewährte Arbeitsansätze, als auch neue, kreative Settings und methodische Verfahren mit ein. Es stellte sich aber heraus, dass es eine starke Neigung gibt, „routiniert“ zu arbeiten und es eine wichtige Aufgabe der Projektleitung ist, dafür zu sorgen, dass auch neue Arbeitsansätze entwickelt und etabliert werden.
- Auf der strategischen Ebene zeichneten sich erfolgreiche Zentren dadurch aus, dass
  - das Management und die Projektleitung von ausgezeichneter Qualität und Qualifikation sind.
  - das Management und die Projektleitung der Zentren dafür sorgten, dass Vertreterinnen verschiedener Träger neue Formen der Zusammenarbeit entwickelten.
  - das Management und die Projektleitung eine klare Vorstellung von den potenziellen Konfliktfeldern im Bereich der Kulturen, Glaubenssysteme und Arbeitsformen bei den verschiedenen Trägern hatten und dafür sorgten, dass es Zeit gab für Trainings und Unterstützungen der Praktikerinnen, um Konflikte zu erkennen und zu lösen.
  - die Orte, Angebote und Umgangsformen sich durch eine informelle Atmosphäre bei gleichzeitig hohem professionellen Ethos auszeichneten.
- Auf der operationalen Ebene zeichneten sich erfolgreiche Zentren dadurch aus, dass
  - die Bedarfe der Gemeinwesen erhoben und analysiert wurden und in Form von generalisierten Aktivitäten beantwortet wurden.
  - eine frühe Identifizierung von Kindern und Eltern mit spezifischen Problemlagen möglich war und spezialisierte Angebote früh und gezielt eingesetzt werden konnten.
  - das Personal mit den Qualifikationen und persönlichen Kompetenzen, die nötig sind, um die erhobenen Bedarfe zu decken, zeitnah angestellt und trainiert wurde.

- Im Hinblick auf die Angebote und Methoden zeichneten sich leistungsstarke Zentren dadurch aus, dass
  - die Dienstleistungen die Bedürfnisse der Kinder und Eltern gleichermaßen adressierten. Es war deshalb von besonderer Bedeutung, die Mitarbeitenden zu ermutigen, einen ganzheitlichen Arbeitsansatz zu entwickeln.
  - eine Anerkennungskultur zur Würdigung der Leistungen der Praktikerinnen, der Eltern, der Familien, der Kinder gelebt wird. Besonders die Leistungen der Eltern für die Entwicklung des Kindes werden gewürdigt, sie fühlen sich dann wohler in der Elternrolle als wichtige Akteurinnen für die gute Entwicklung der Kinder.
  - Empowerment in konkreten Maßnahmen zur Gewinnung von freiwillig Engagierten und Nutzerinnen sichtbar wurde. Die Zusammenarbeit zwischen bezahlten und freiwillig Mitarbeitenden war gestaltet. Nutzerinnen wurden darin trainiert, ihre Bedürfnisse und Interessen artikulieren und vertreten zu können.
- Auch leistungsstarke Zentren hatten Schwierigkeiten, Väter, erwerbstätige Eltern und Minderheiten zu erreichen. Ursachen dafür waren konventionelle Öffnungs- und Angebotszeiten und konventionelle Formate, die nicht alle Zielgruppen erreichen.

## 2. **National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). Family Parenting Support in Sure Start Local Programmes. University of London.**

### **Ergebnisse der Literatur-Reviews:**

- Je früher die Maßnahmen einsetzen, desto besser sind die Ergebnisse für die Kinder. Begonnen werden sollte bereits in der pränatalen Phase, und die Maßnahmen sollten die Kleinkindzeit und Kindheit begleiten.
- Merkmale der evidenzbasierten Programme der Elternbildung:
  - Frühe Förderung und Begleitung durch professionelle Mitarbeiterinnen oder geschulte Ehrenamtliche
  - Sie zielen darauf ab, zu neuen Wegen der Kindererziehung zu ermutigen und etablierte Wege der Kindererziehung zu ändern.
  - Es werden ausgewiesene spezifische Methoden benutzt, und sie haben Spielräume für eine unterschiedliche Behandlung von unterschiedlichen Eltern.
  - Es liegen der Intervention klare Ziele zugrunde, die durch die Intervention erreicht werden, und es sind spezifische Aufgaben festgelegt, die ausgeführt werden sollen.
  - Sie sind theoriebasiert und haben oft ein Manual, dessen Anleitungen gefolgt werden muss.

### **Ergebnisse der Fallstudien: Good Practice in Eltern- und Familienunterstützung:**

- Primärer Fokus der Arbeit liegt auf der Eltern-Kind-Beziehung
- Aktive Unterstützung in der Schwangerschaft, der Kleinkind- und Kindheitsphase; in der Regel Durchführung mindestens eines evidenzbasierten Programms
- Nutzung eines klaren Konzeptes und theoretischer Fundierung, die von allen Mitarbeiterinnen des Dienstes getragen wird
- Bearbeitung der Beziehung sowohl mit Eltern als auch mit Kindern, gut qualifizierte Mitarbeiterinnen, deren Handlungsgrundlage sich durch eine Kombination aus Ausbildung, ständiger Supervision und Berufserfahrung auszeichnet

### *Die ausgewählten SSLPs boten innovative Strategien an und entwickelten gute Praxis durch:*

- Konzentration auf die Beziehung zwischen Eltern und Kind und das bereits vor der Geburt, primärer Fokus ist es, die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu verbessern.
- Gute Beziehungen in der Mitarbeiterschaft: Team-Mitglieder verpflichteten sich auf eine gemeinsame Vision und Ziele.
- Nutzung eines theoretischen Modells: in der Regel basiert auf der Forschung zur frühen Bindung. Dieses theoretische Modell durchzog alle Aktivitäten bis hin zu Verhandlungen mit der Kommune.

- Ständiges Angebot eines evidenzbasierten Programms zur Elternbildung.
- Unterstützung der Eltern bereits in der pränatalen Phase: durch innovative Methoden, in der Regel auf Gruppenbasis: Gruppen zu Bindungsfragen der ersten Monate, zur Kommunikation mit dem Baby und der Anerkennung als sozialem Wesen, Eltern-Kind-Gruppen mit einem kreativen Angebot.
- Gute und viele Ebenen und Medien nutzende Öffentlichkeitsarbeit für die Gewinnung von Eltern zur Teilnahme in den Programmen. Eltern wurden außerdem mit verschiedensten Mitteln an der Teilnahme unterstützt, z. B. eine Begleitung für Eltern, die sich nicht alleine in Gruppen wagen, Fahrdienste etc. Die Erfahrungen zeigen, dass Eltern oft unterschätzt werden und in gut geführten Gruppen, entgegen landläufiger Meinung, regelmäßig teilnehmen.
- Gute Praxis in der Vermittlung: Eltern, die durch andere Institutionen überwiesen wurden, hatten – nach einer intensiven Klärungsphase – trotzdem Wahlfreiheit in Bezug auf die Teilnahme. Dies war auch mit dem Social Services Departement kommuniziert. Die Tatsache, keine verpflichtende Einrichtung zu sein, war der Schlüssel für den Aufbau eines guten Rufes und Vertrauen in den Nachbarschaften.
- Rolle der Selbstverantwortung bei der Teilnahme an Interventionen: Eltern, denen Kurse angeboten wurden, besuchten sie nicht immer regelmäßig, aber über einen längeren Zeitraum. Der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, der nicht verurteilenden Haltung der Mitarbeiterinnen und des wechselseitigen Respekts erhöhten die Motivation zu einer längerfristigen Teilnahme. Die Eltern sahen dann Kurse als Chance, andere Menschen kennen zu lernen, neue Kompetenzen zu erwerben, aus dem Haus zu kommen, eine Pause von den Kindern zu haben. Eltern, die nicht regelmäßig kamen oder einen möglichen Abbruch signalisierten oder sich nicht getrauten teilzunehmen, wurden telefonisch oder per Hausbesuch kontaktiert durch „support workers“.
- Zugänglichkeit der Programme: informelle Kontaktaufnahmen wurden ermöglicht auch für evidenzbasierte Programme. Die Mund-zu-Mund-Propaganda war wesentlich. Die unterschiedlichen Bedürfnisse von Eltern oder ganzen Gruppen wurden beantwortet (Übersetzung von Materialien in verschiedene Sprachen, Ausbildung von Kultursensibilität).
- Alle Mitarbeiterinnen wurden bei ihrer Einstellung speziell geschult. In vielen Einrichtungen gab es Elterntainerinnen, so dass sie die Programme gut kannten und informieren konnten. Es wurde darauf geachtet, dass auch bei Fluktuationen immer ein Teil der Mitarbeiterinnen ausgebildet war.
- Es gab regelmäßige Supervision über die Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleginnen hinaus.
- Eltern schätzten die SSLPs als einen sicheren Ort, um ihre Probleme zu besprechen. Die Transparenz der Struktur und Vorhersagbarkeit der Angebote war ihnen wichtig.
- Eine Schlüsselerkenntnis ist, dass Mitarbeitende selbst von der Wirksamkeit ihrer Interventionen überzeugt sein müssen.

Es gibt weitere Evaluationsergebnisse zu Auswirkungen des Programms auf die Sozialen Dienste und zum Beitrag der Sure Start Programme zum Kinderschutz, sowie zu Wirkungen bezüglich der Neighbourhood Nurseries und der Sure Start Programme auf Dreijährige und ihre Familien. Auch diese Evaluationen liefern relevante Informationen zu Erfolgen und Problembereichen integrierter Zentren für Kinder und Familien. Auf sie kann in dieser Handreichung leider nicht eingegangen werden, sie werden aber im Folgenden benannt und Interessierten zur Lektüre empfohlen:

**National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007).** The Impact of Sure Start on Social Services. University of London.

**National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007).** Understanding the Contribution of Sure Start Local Programmes to the Task of Safeguarding Children’s Welfare. University of London.

**Department of Educational Studies University of Oxford (2007).** National Evaluation of the Neighbourhood Nurseries Initiatives: The Relationship between Quality and Children’s Behavioural Development. Oxford.

**The National Evaluation of Sure Start Research Team (2008).** The Impact of Sure Start Local Programmes on Three Year Olds and Their Families. National Evaluation Summary. DfES Publications.

## Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht: Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. 2. Aufl. Berlin.
- Department of Educational Studies University of Oxford (2007). National Evaluation of the Neighbourhood Nurseries Initiatives: The Relationship between Quality and Children's Behavioural Development. Oxford.
- Early Excellence – Zentrum für Kinder und ihre Familien e. V. (2007). Vereinsbroschüre. Berlin. URL: [http://www.early-excellence.de/content.php?nav\\_id=10](http://www.early-excellence.de/content.php?nav_id=10) [Stand: 25.05.2010].
- Hebenstreit-Müller, Sabine (2008). „Early Excellence: Modell einer Integration von Praxis-Forschung-Ausbildung“. In: Rietmann, Stephan; Hensen, Gregor (Hg.). Tagesbetreuung im Wandel. Das Familienzentrum als Zukunftsmodell. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 237–250.
- National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). Family Parenting Support in Sure Start Local Programmes. University of London.
- National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). The Impact of Sure Start on Social Services. University of London.
- National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). Understanding the Contribution of Sure Start Local Programmes to the Task of Safeguarding Children's Welfare. University of London.
- National Evaluation of Sure Start (Ness) (2007). Understanding Variations in Effectiveness amongst Sure Start Local Programmes: Lessons for Sure Start Children's Centres. University of London.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (2003). Familienbildung in Baden-Württemberg. Bearb. von der Familienwissenschaftlichen Forschungsstelle des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg von John, Birgit u. a. Stuttgart.

## 6.5 Welche Beispiele Guter Praxis gibt es für integrierte Ansätze der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung mit und um Kitas?

Auf der Suche nach Beispielen der Integration von sozillagenbezogener Gesundheitsförderung mit und in Kindertageseinrichtungen in ein kommunales Netzwerk und Gesamtkonzept, ragen die nachfolgend vorgestellten Programme „Monheim für Kinder (Mo.Ki)“ und die „Dormagener Präventionskette“ als bundesweit vorbildlich heraus.

### 6.5.1 Mo.Ki – Monheim für Kinder

Mo.Ki startete als Modellprojekt (2002–2004) mit dem Ziel, ein kommunales Gesamtkonzept zur Vermeidung von Armutsfolgen auf die Entwicklungschancen von Kindern zu entwickeln. Seither ist das kommunale Präventionskonzept Mo.Ki fester Bestandteil der Monheimer Jugendhilfe in Trägerschaft der Stadt. Im Mittelpunkt steht das „Berliner Viertel“ in Monheim, ein strukturschwacher Stadtteil, in dem viele sozial benachteiligte Menschen leben. Eine Regiestelle des Jugendamts wurde im Stadtteil eingerichtet, welche die Maßnahmen im Bereich der Prävention koordiniert und vernetzt und dafür sorgt,

dass Einzelprojekte in einem Gesamtkonzept verknüpft sind. Eine Präventionskette von der Geburt bis zum gelungenen Berufseinstieg sowie ein Netzwerk verschiedener kommunaler Akteurinnen wurden bzw. werden aufgebaut (Mo.Ki 0: 0–3 Jahre; Mo.Ki I: 3–6 Jahre; Mo.Ki II: 6–10 Jahre; Mo.Ki III: 10–18 Jahre; Mo.Ki IV: ab 18 Jahren). Zentrale Institution ist die Kindertagesstätte als Knotenpunkt im Netzwerk. Das Setting Kita als Ausgangspunkt für niederschwellige, aufsuchende und kostenlose Angebote erweist sich als besonders geeignet, weil der Zugang nicht stigmatisierend ist, da Kitas nicht nur von „Problem-



familien“ genutzt werden. Im Jahr 2006 schlossen sich fünf Kindertagesstätten des sozial benachteiligten Stadtteils zu einem Familienzentrum zusammen, genannt „Mo.Ki – Monheim für Kinder: Das Familienzentrum der fünf Kindertagesstätten im Berliner Viertel“. Seit Juni 2006 trägt „Mo.Ki – das Familienzentrum“ die Auszeichnung „Best Practice Einrichtung“ und ist seit April 2007 mit dem Gütesiegel „Familienzentrum NRW“ zertifiziert. Mo.Ki gewann 2004 den Deutschen Präventionspreis „Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen“ der Bertelsmannstiftung und wurde 2008 in die Datenbank der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als Beispiel Guter Praxis der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten eingestellt.<sup>44</sup> Evaluiert wird Mo.Ki durch das ISS (Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.).



### Bausteine der Mo.Ki-Präventionskette:

#### 1.) Mo.Ki unter drei / Mo.Ki 0

Alle Familien werden im Rahmen von Mo.Ki 0 nach der Geburt besucht. Hauptmerkmal von Mo.Ki 0 ist der Aufbau eines Beratungszentrums als zentrale Anlaufstelle für alle Familien mit ihren Kindern und eines Netzwerks aus Hebammen, Kinderärztinnen, Gynäkologinnen sowie Familienbildungs- und Beratungsstellen. Es gibt einen „Interkulturellen Fraueninfotreff“ in einem offenen Frauencafé zur Integration von Migrantinnen und Vermittlung von Hilfs-, Beratungs- und Bildungsangeboten. Durch die Leiterin, die Deutsche türkischer Herkunft ist, wird vor allem türkischen Frauen der Zugang erleichtert. Das Angebotsspektrum ist vielfältig: Hebammensprechstunden, Geburtsvorbereitung, Rückbildungsgymnastik, Babymassagekurse, Familiensprechstunde, verschiedene Themenabende, ein Ferienprogramm, „U-21-Treff“ für Mütter bis 21 Jahre mit Kindern bis drei Jahre, Erste Hilfe-Kurse am Kind, Eltern-Kind-Spielgruppen. Es finden multikulturelle zweisprachige Mutter-Kind-Gruppen („MuKu“) statt. Eine türkisch-deutsche, eine marokkanisch-deutsche, sowie eine russisch-deutsche Gruppe treffen sich einmal pro Woche in der Kita. Ein weiterer fester Bestandteil ist die Mütterrunde, in der Informationen und Unterstützung hinsichtlich der Erziehung, Sprache, kostenloser Freizeitgestaltung und Förderungsmöglichkeiten der Kinder ausgetauscht werden. Im Rahmen einer ersten Zwischenevaluation hat sich gezeigt, dass Mo.Ki 0 erfolgreich arbeitet und v. a. sozial benachteiligte Familien erreicht. Förderlich dafür ist, dass die Angebote wenig kosten oder sogar kostenfrei sind. Die Verantwortung für möglichst kostengünstige Beiträge für die Teilnehmerinnen liegt bei den Dienstleistern (vgl. Holz/Stallmann 2009, 9 f).<sup>45</sup>

#### 2.) Mo.Ki – Das Familienzentrum der fünf Kindertagesstätten im Berliner Viertel

Mo.Ki hat sich zum Ziel gesetzt, Kinder in ihrer gesamten Lebenssituation zu stärken und zu fördern. Dazu werden in den Kitas Projekte der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsvorsorge, Bewegungs- und Sprachförderung sowie zur Unterstützung einer gesunden Ernährung teilweise in Kooperation mit dem Kreisgesundheitsamt durchgeführt.

- Bewegungsförderung<sup>46</sup>: Bewegungs- und Fitnessprogramm des Deutschen Turner-Bundes „Fit wie ein Turnschuh“; Wassergewöhnung für Vierjährige (wöchentlicher Besuch des „mona mare“); Training für den lokalen „Gänseliesellauf“ (Laufwettbewerb); Klangmassage als Entspannungsmethode und zur Förderung der Körperwahrnehmung (wöchentlich mit Klangpädagogin); „Bewegungs-Traum“ ist ein Angebot für

<sup>44</sup> Die Online-Datenbank ist in eine Internet-Plattform integriert und kann unter der Web-Adresse „[www.gesundheitliche-chancengleichheit.de](http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)“ aufgerufen werden.

<sup>45</sup> [www.monheim.de/moki/kleinkinder/index.html](http://www.monheim.de/moki/kleinkinder/index.html)

<sup>46</sup> [www.monheim.de/moki/gesundheit/index.html](http://www.monheim.de/moki/gesundheit/index.html)

Eltern und Kinder (wöchentlich mit Diplom-Pädagogin); Trampolinkurse für Kinder und Eltern; Teilnahme an dem bewegungsorientierten ganzheitlichen Programm „LOTT JONN – Kindergarten in Bewegung“ (u. a. Fortbildungen zur Bewegungserziehung für Fachkräfte und Eltern)

- Ernährungsförderung: Seit drei Jahren ist die Ausstellung „Entdecke die Welt der Ernährung“ bei Mo.Ki zu Gast; kostenlose Kisten der „Tafel“ des Sozialdienstes Katholischer Frauen und Männer mit Obst, Gemüse und Brot; „Suppi Mo“ ist ein warmes kostenloses Mittagessen in der Kita für Schulkinder seit 2006; Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung („FIT KID – Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas“); deutsch-türkische Kochgruppe für Mütter
- Sprachförderung<sup>47</sup>: Programm „Rucksack“ zur Sprach- und Lernförderung in Kooperation mit den Müttern/Eltern seit 2001 (ständige Qualifizierung der Elternbegleiterinnen); Elternkurse zur Sprachförderung von Kindern im Alltag nach dem Konzept des „Heidelberger Elterntrainings“; Faltblatt mit Informationen zur Sprachentwicklung von der Geburt bis zum Schulanfang; musikalische Frühförderung; Fortbildung zur Sprachförderung für Fachkräfte; Projekt „BildSprache – SprachBilder“ in Kooperation mit der Kunstschule; seit 2005 „Hokus und Lotus“ als Deutsch-Lernprogramm für Kinder aus Familien, die zugewandert sind
- Gesundheitsvorsorge: Teilnahme am Projekt der BZgA „Ich geh zur U! Und du?“; Aktivitäten im Rahmen der Zahnprophylaxe, standardmäßige Untersuchungen des Gesundheitsamtes, innovative Bewegungsangebote (s. o.), Erste Hilfe-Kurse für Vorschulkinder (Schlevogt 2008a, 11)
- Angebote für Familien: Kurse „Starke Eltern – Starke Kinder!“, „FuN – Familie und Nachbarschaft“: Ein Programm für die ganze Familie in der Kindertagesstätte etc.

### 3.) Mo.Ki II – Frühes Fördern in der Grundschule

Seit 2005 werden Kinder beim Übergang von der Kita in die Schule und über die gesamte Grundschulzeit hinweg von Mo.Ki II begleitet mit dem Ziel, die Bildungschancen sozial benachteiligter Kinder zu verbessern. Ein Konzept zur Erleichterung des Grundschulstarts wurde entwickelt, Elterncafés eingerichtet und Arbeitsgemeinschaften zwischen Kitas und Schulen gegründet. Auch die intensive Zusammenarbeit von Schule und Jugendhilfe wird angestrebt.<sup>48</sup>

Die Präventionsbausteine „Mo.Ki für Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 16 Jahren“ und „Mo.Ki für Jugendliche ab 16 Jahren während der Berufsausbildung und für den Berufseinstieg“ befinden sich in der Planungsphase und sollen bis zum Jahr 2012 umgesetzt werden (Stand Mai 2010).<sup>49</sup>

### Unterstützung und Partizipation der Monheimer Familien

Mo.Ki verfolgt das Ziel, Eltern zu unterstützen und ihre erzieherischen Kompetenzen zu stärken. Durch Kooperationen zwischen Familienzentren mit Beratungsstellen, Familienbildungsstätten und anderen Einrichtungen entsteht ein Netzwerk, dessen Knotenpunkt Tageseinrichtungen für Kinder sind und welches Familien frühe Beratung, Bildung und Hilfe leicht zugänglich macht. Durch gemeinsame Familienzeit und Elterntreffs bilden sich informelle Netzwerke. Ein Beispiel hierfür sind die „FAM-Tische“. Frauen treffen sich, um sich ungezwungen in privatem Rahmen zu verschiedenen Themen wie Erziehung, Rollenverhalten und Gesundheit auszutauschen. Unterstützt werden sie dabei von der AWO-Suchtberatungsstelle, der Erziehungsberatungsstelle und Mo.Ki. Zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz und zur Prävention von psychischer und physischer Gewalt gibt es Elternabende, Beratungsangebote und Selbsthilfegruppen. In den Kitas finden regelmäßig Themenabende von unterschiedlichen Kooperationspartnern statt: Entwicklungsschritte von Kindern (Erziehungsberatungsstelle und Familienhilfe Monheim); Umgang mit Medien (Medienwerkstatt); Übergang Kita/Schule (Schulsozialarbeit); Gesundheitsvorsorge (Kinderärztin); Ernährung (Gesundheitsamt); Vorstellung des Monheimer Vereinslebens

<sup>47</sup> [www.monheim.de/moki/sprache/index.html](http://www.monheim.de/moki/sprache/index.html)

<sup>48</sup> [www.monheim.de/moki/grundschule/index.html](http://www.monheim.de/moki/grundschule/index.html)

<sup>49</sup> [www.monheim.de/moki/index.html](http://www.monheim.de/moki/index.html)

(Stadtteilbüro, Ausländerbeirat etc.); Erste Hilfe (Kinderschutzbund); elternkompetenzstärkende Themen (Beratungszentrum, Erziehungsberatungsstelle und Familienhilfe Monheim) (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. 2010).<sup>50</sup>

### **Kontinuierliche Qualifizierung der Monheimer Fachkräfte**

Die kontinuierliche Qualifikation der Erzieherinnen ist wichtiger Bestandteil des Präventionsansatzes Mo.Ki in Monheim. Durch die Vernetzung der Kitas als Familienzentrum hat sich das Aufgabenspektrum des Fachpersonals erweitert und Konzeptionen der Tagesstätten mussten überarbeitet werden. In den Entwicklungsprozess wurden alle Mitarbeiterinnen mit einbezogen und beteiligt. Konzeptionelle Arbeit wird in den Monheimer Leitungsrunden geleistet, in welchen ein fachlicher Austausch stattfindet und regelmäßig Themenfelder wie Bewegung und Ernährung bearbeitet und weiterentwickelt werden. In Kooperation mit unterschiedlichen Institutionen wie dem Kreisgesundheitsamt oder dem Deutschen Sportbund werden Fortbildungen für die pädagogischen Fachkräfte beispielsweise zu Ernährung, Bewegung und Sprache angeboten. Die Erziehungsberatungsstelle führt Fortbildungen zur Gesprächsführung mit Eltern durch. Auch interkulturelle Weiterbildungen finden statt. In den Kitas werden ebenfalls zweisprachige Fachkräfte mit Migrationshintergrund eingesetzt. Die Erzieherinnen werden außerdem im MarteMeo-Videotraining ausgebildet: alltägliche Kommunikationssequenzen in der Kita werden aufgenommen und analysiert, um die soziale, emotionale, sprachliche und intellektuelle Entwicklung des Kindes zu erheben (vgl. Schlevogt 2008b, 2 f).

### **Literatur**

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2010). Gesundheitliche Chancengleichheit: Mo.Ki – Monheim für Kinder. Good Practice in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. URL: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/moki> [Stand: 17.05.2010].
- Holz, G.; Stallmann, L. (2009). „Mo.Ki 0“ – Frühes Fördern von Anfang an“. 1. Sachstandsbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes. URL: [http://www.iss-ffm.de/fileadmin/user\\_upload/sVeroeffentlichungen/ISS\\_aktuell/Mo.Ki\\_0\\_-\\_ISS-Sachstandsbericht\\_2009.pdf](http://www.iss-ffm.de/fileadmin/user_upload/sVeroeffentlichungen/ISS_aktuell/Mo.Ki_0_-_ISS-Sachstandsbericht_2009.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Dokumentationen auf der Internetseite von Monheim: <http://www.monheim.de/moki/bilanz/dokumentationen.html> [Stand: 17.05.2010].
- Schlevogt, Vanessa (2008a). Mo.Ki – Ein Konzept zur Bildungsförderung und zum Kinderschutz. Kinderleicht!? Heft 06/2008. Aachen: Bergmoser und Höller Verlag. URL: [http://www.monheim.de/moki/bilanz/kinderleicht\\_0608.pdf](http://www.monheim.de/moki/bilanz/kinderleicht_0608.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Schlevogt, Vanessa (2008b). Mit Regiestelle, Management und Personalentwicklung – Anforderungen an Leitungen und Fachkräfte beim Aufbau von Familienzentren. TPS – Leben, Lernen und Arbeiten in der Kita, Heft 6/2008. URL: [http://www.monheim.de/moki/bilanz/tps\\_6\\_2008\\_artikel\\_schlevogt.pdf](http://www.monheim.de/moki/bilanz/tps_6_2008_artikel_schlevogt.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Holz, Gerda; Schlevogt, Vanessa; Kunz, Thomas; Klein, Evelin (2005). Armutsprävention vor Ort – „Mo.Ki – Monheim für Kinder“. Evaluationsergebnisse zum Modellprojekt vom Bezirksverband Niederrhein der Arbeiterwohlfahrt, Stadt Monheim am Rhein und Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS), Frankfurt am Main. URL: [http://www.monheim.de/moki/bilanz/zusammenfassung\\_moki.pdf](http://www.monheim.de/moki/bilanz/zusammenfassung_moki.pdf) [Stand: 17.05.2010].

### **6.5.2 Die Dormagener Präventionskette**

Die Stadt Dormagen baut seit Jahren kontinuierlich ein weit reichendes und umfassendes Präventionsprogramm für einen verbesserten Kinderschutz und zur Bekämpfung von Kinderarmut und ihren Folgen auf. Das Präventionsprogramm enthält fünf Handlungsfelder: 1) Das Präventionsnetzwerk (NeFF), 2) Dialog und fachlicher Austausch, 3) Dormagen als Bildungskommune, 4) Die Präventionskette und 5) Gesundheitsförderung. Das Ziel ist die Verbesserung der Lebensbedingungen für Familien, der Abbau von Benachteiligung und die Förderung der Chancengleichheit.

<sup>50</sup> [www.monheim.de/moki/familien/index.html](http://www.monheim.de/moki/familien/index.html)

**1) Das „Netzwerk frühe Förderung – Netzwerk für Familien“ (NeFF)** ist ein Modellprojekt des Landesjugendamtes Rheinland um das erfolgreich erprobte Prinzip von Mo.Ki in die Fläche des Rheinlands zu bringen. In diesem Netzwerk organisieren sich Fachkräfte aus öffentlicher und freier Trägerschaft, Gesundheits- und Bildungseinrichtungen etc. Die Steuerungsverantwortung liegt beim öffentlichen Jugendhilfeträger. Aufgabe des Netzwerks ist es, insbesondere Kinder im Elementar- und Primärbereich zu fördern. Die Hauptziele sind die Bekämpfung der Kinderarmut, die frühe Förderung von Kindern, die Unterstützung von Präventionsprojekten und von Familien in prekären wirtschaftlichen Lebenssituationen sowie die Entwicklung und Implementierung eines umfangreichen Frühwarnsystems in Bezug auf Kindeswohlgefährdungen. Hierzu gehört auch der Aufbau, die Vernetzung und Koordination von Familienzentren. Wissenschaftlich wird das Projekt hauptsächlich durch die Fachhochschule Köln, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften mit dem Forschungsschwerpunkt „Sozial Raum Management“, begleitet und evaluiert. Im Herbst 2009 erschien der Abschlussbericht der Evaluation, der als Arbeitshilfe zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung entworfen wurde. Grundsätzlich konnte darin festgehalten werden, dass die Ziele erreicht wurden und die Ansiedelung einer Netzwerkkoordination im Jugendamt sinnvoll und zielführend ist. Gemeinsam mit den freien Trägern wurden Standards für die Angebote definiert, der „Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe“ (1999/2001). Eine überarbeitete Neuauflage wird noch 2010 erscheinen.<sup>51</sup>

**2) Dialog und fachlicher Austausch** gehören zu den Grundprinzipien und haben sich in der Evaluation von NeFF als einer der Erfolgsfaktoren herausgestellt. Dabei sind sowohl Top-Down- als auch Bottom-Up-Strategien notwendig: Zwar geht die Initiative von „oben“ aus, doch muss das Netzwerk von „unten“ getragen und vor Ort gelebt werden. Das heißt, die Akteurinnen der operativen Netzwerkebene müssen in den Aufbau mit einbezogen werden. Alle Stakeholder, die Jugendamtsleitung sowie die zuständigen Dezernate und politischen Gremien, aber auch die Stadtgesellschaft und die Fachöffentlichkeit müssen einbezogen werden, um eine entsprechende Legitimation zu erhalten. Neben offiziellen Treffen und Veranstaltungen sind v. a. die persönlichen Kontakte und informellen Netzwerke der Verantwortlichen entscheidend. Dialog und Informationsfluss sind die Voraussetzungen für eine effektive Arbeit im Netzwerk und der gesamten Stadt.<sup>52</sup>

**3) Dormagen als Bildungskommune:** Ein Bildungsnetzwerk wird aufgebaut und bietet Fachkräften, Eltern, Kindern und Politikerinnen Bildungsangebote in den Bereichen frühe Förderung, Prävention, Kinderschutz und Kinderarmut an. In diesem Zusammenhang werden Fachtagungen abgehalten, Weiterbildungen organisiert und Elternschulen ausgebaut. Die Dormagener Elternschulen, als Kernstätten von Elternbildungsangeboten, sind ein zentraler Bestandteil präventiver Hilfen des Dormagener Netzwerks für Familien.

**4) Die Präventionskette** bildet das Herzstück des Dormagener Präventionsprogramms und wird anhand der Tabelle veranschaulicht. Übergeordnetes Ziel ist die Herstellung gleicher Chancen in den ersten Lebensjahren.

<sup>51</sup> [www.lvr.de/jugend/jugendaemter/neff/](http://www.lvr.de/jugend/jugendaemter/neff/)

<sup>52</sup> [www.dormagen.de/familiennetzwerk.html](http://www.dormagen.de/familiennetzwerk.html)

Hilfen für werdende Mütter	Hilfen von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr	Hilfen im Kindergartenalter 3.–6. Lebensjahr	Hilfen in der Grundschule ab 6. Lebensjahr
<b>Prävention:</b> – Infos und Hilfen – Ausbau Elternbildung – Ausbau der Familienzentren	<b>Prävention:</b> – Hausbesuch mit Elternbegleitbuch – Betreuungsplatzgarantie ab 4. Monat – Ausbau der Elternschulen	<b>Prävention:</b> – Betreuungsplatzgarantie – Ausbau der Elternbildung – Gesundheitsförderung – Gesundheitsvorsorge – Weiterbildung für Fachkräfte	<b>Prävention:</b> – Betreuungsplatzgarantie – Hausbesuch der Erstklässlerinnen durch Lehrerinnen – Weiterbildung der pädagogischen Fachkräfte
<b>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:</b> – Persönliche Beratung durch Gynäkologinnen/Geburts-hilfeklinaliken – Vermittlung an Beratungseinrichtungen	<b>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:</b> – Babyclubs – Krabbelclubs – kostenlose Elternbildung – Ausbau von Familienzentren – Familienpass	<b>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:</b> – Elternbildung – Hausbesuch der Kinder, die keinen Kindergarten besuchen – U7a – Palme – Familienpass	<b>Frühe Unterstützung für benachteiligte Familien:</b> – Fahrtkostenerstattung – Nachhilfe – Familienpass
<b>Grundbedürfnisse sichern:</b> – Gesundheitsvorsorge/ Krankenversicherung – Wohnraum	<b>Grundbedürfnisse sichern:</b> – Gesundheitsvorsorge/ Krankenversicherung	<b>Grundbedürfnisse sichern:</b> – Mittagessen 1 € – Krankenversicherung	<b>Grundbedürfnisse sichern:</b> – Mittagessen 1 € – Schulmittelfreiheit – Schülerfahrtkosten

Tabelle 28: Die Dormagener Präventionskette (Eigendarstellung nach Sandvoss 2009, 35; Hilgers/Sandvoss/Jasper 2009, 12)

Die Präventionskette beginnt in Dormagen vor der Geburt des Kindes. Schwangere und werdende Eltern erhalten eine Informationsmappe, eine gemeinsame Handreichung der Stadt Dormagen und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Sie enthält zwei Broschüren der BzgA zu den Themen Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, außerdem eine Informationsbroschüre der Stadt Dormagen, die werdende Mütter über die gesundheitlichen Unterstützungsangebote und die sozialen Beratungsmöglichkeiten für ihre ganz speziellen Bedürfnisse aufklärt. Zur Geburt bekommen alle Familien ein Babybegrüßungspaket, welches von einer Sozialarbeiterin überreicht wird und neben diversen Gutscheinen und anderem das Elternbegleitbuch (siehe Kasten) mit wichtigen Adressen und Informationen beinhaltet. Um einen einheitlichen Informationsstand zu erreichen, erhalten auch Kindertagesstätten, Horte, Ganztagschulen sowie Kinderärztinnen das Babybegrüßungspaket.

#### Elternbegleitbuch:

1. Wirtschaftliche Hilfen: Infomaterialien Elternzeit, Elterngeld, Kindergeld, Familienpass der Stadt Dormagen, Wohnen und Bauen, Wenn das Einkommen nicht ausreicht, Schuldnerberatung
2. Gesund groß werden: Informationen zur gesundheitlichen Entwicklung, Impfkalender, Vorsorgeuntersuchungen, Hebammen, Ernährungsberatung, Kinderärztinnen
3. Grundlagen der kindlichen Entwicklung: Informationen zur Sprachentwicklung, motorischen Entwicklung, frühen Eltern-Kindbindung, Schreikind, Frühen Förderung, Familienzentren, Familienbildungsangeboten, Elternbriefen
4. Beratung und Hilfe für Eltern: Informationen über das Beratungsnetzwerk in Dormagen

5. Betreuungsplätze für Kinder: Informationen zum Dormagener Modell zur Kinderbetreuung, Kosten für Kinderbetreuung, Kindertagesstätten, Kindertagespflege, Babysitterdienst, OGS
6. Angebote für Kinder: Informationen über die Kinderbeauftragte, Stadtbibliothek, Musikschule, Stadtranderholung, Ferienfahrten, Sportangebote für die Jüngsten, Übersicht zu den Jugendzentren
7. Hilfen für ausländische Familien: Informationen über Beratungsangebote, Elternhilfezentrum, Sprache und Bildung, Kinder und Jugend, berufliche Beratung, Beratung für Frauen, ehrenamtliche Helferinnen
8. Gutscheine für Eltern und Kinder: Musikschule, Stadtbibliothek, Elternschule, Schwimmbad, VHS, Rauchmelder für Kinderzimmer, Märchenbuch des Raphaelshauses (Jugendhilfeeinrichtung), Zahnbürste des Gesundheitsdienstes
9. Wichtige Dokumente: Antrag auf Kindergeld, Antrag für Elterngeld, Antrag für den Familienpass, Antrag für die Elternbriefe, Familienkarte Rhein Kreis Neuss

Tabelle 29: Elternbegleitbuch (Trzeszkowski 2007<sup>53</sup>)

**5) Gesundheitsförderung** bildet das fünfte Handlungsfeld. Institutionen und Dienste des Gesundheitswesens werden in das Kooperationsnetzwerk eingebunden, denn durch sie wird ein frühzeitiger Einstieg in das Hilfe- und Unterstützungsnetzwerk verbessert. Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens gewinnen in der Regel schnell das Vertrauen der Familien und ermöglichen Familien den Zugang zum Präventionsprogramm. Innerhalb des Netzwerks finden verschiedene Gesundheitsförderungsprojekte statt. Die Stadt Dormagen nimmt bspw. am Projekt „ProKita“ des Rhein-Kreises Neuss teil. Ziel dieses Projekts ist es, über die Kindertageseinrichtung Fehlentwicklungen, insbesondere Störungen in der Sprachentwicklung, Übergewicht, Störungen der Motorik, Wahrnehmungsstörungen und Störungen der sozialen Kompetenz, frühzeitig zu erkennen und durch gezielte Unterstützungsangebote effektiv entgegenzuwirken. Einige Dormagener Kindertagesstätten nahmen an verschiedenen Projekten zur Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern teil, wie die bewegte Grundschule oder „Gewichtig“<sup>54</sup>.

#### Qualitätsanforderungen an eine kindgerechte Armutsprävention:

1. Die Präventionskette setzt zum jeweils frühest möglichen Zeitpunkt ein.
2. Existenzielle Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes werden gesichert (Schulmittelfreiheit, Familienpass, bezahlbare Betreuungsplätze, Elternschule, Mittagessen für einen Euro etc.).
3. Förderung von Teilhabe, Integration, Bildung und Gesundheit sind Bestandteil (Familienpass, Betreuungsplätze ab dem 4. Monat bis zum 14. Lebensjahr für jedes Kind, kostenlose Elternbildung, Fahrkarten für Kinder, Kino- und Theaterkarten usw.).
4. Eltern und Kinder und Regeleinrichtungen sind erste Adressatinnen.
5. Die Lebenswelt der Kinder (Kita, Schule, Stadtteil etc.) nimmt Einfluss.
6. Förderung und Stärkung der Potenziale und Ressourcen des Kindes werden umgesetzt („Papilio“).
7. Mögliche kindliche Entwicklungsdefizite werden verhindert oder bewältigt (durch strategische Frühförderkonzepte, eine zusätzliche kostenfreie Vorsorgeuntersuchung bei Aufnahme in die Kindertagesstätte (U7a), Elternschulen, „Profit“, „ProKita“, Organisation zusätzlicher ärztlicher Untersuchungen in benachteiligten Stadtteilen).
8. Umfassende Angebote an Bildung und Erziehung (Elternschule), Betreuung (Dormagener Modell) sowie Beratung sind vorhanden und sind jedem Kind und seinen Eltern finanziell und emotional zugänglich.
9. Träger und Fachkräfte des Bildungs-, Sozial-, Jugend- und Gesundheitswesens sind verantwortlich für bedarfsgerechte und passende Angebote.
10. Politik und Verwaltung auf kommunaler, Landes- und Bundesebene gestalten primär wirkende gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

Tabelle 30: Qualitätsanforderungen kindgerechte Armutsprävention (Sandvoss 2009, 29 f; Hilgers/Sandvoss/Jasper 2009, 5)

<sup>53</sup> [www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/bbp\\_2008-01.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/bbp_2008-01.pdf)

<sup>54</sup> ein Projekt im Rahmen der Reihe „Fitnetz – Das gesunde Netzwerk“ des Rhein-Kreises Neuss

## Anknüpfungspunkte:

Das Dormagener Modell ist ein umfassendes Präventions- und Förderungsprogramm für einen verbesserten Kinderschutz und Frühe Förderung sowie zur Bekämpfung von Kinderarmut und Benachteiligung. Hierbei werden neben ganz konkreten Angeboten auch und vor allem die Strukturen verändert. Die Hausbesuche zu verschiedenen Zeitpunkten im Verlauf der Präventionskette (nach der Geburt, wenn Kinder keinen Kindergarten besuchen und vor der Einschulung) ermöglichen einen diskriminierungsfreien Zugang zu allen Familien. In einer Informationsbroschüre zur Geburt wird das Thema Säuglings- bzw. Kinderernährung konkret angesprochen. Gesundheitsförderung ist ein wichtiges Handlungsfeld und Querschnittsthema, auch in Kindertageseinrichtungen (z. B. Projekt ProKita). Das Dormagener Modell ist umfassend und sozialogenbezogen ausgerichtet und greift die Themen Ernährung und Bewegung an diversen Stellen immer wieder auf.

## Literatur

[www.stadt-dormagen.de](http://www.stadt-dormagen.de)

[www.dormagen.de](http://www.dormagen.de)

- Fachbereich für Schule, Kinder, Familien und Senioren (2008). Netzwerke frühe Förderung – Netzwerke für Familien (NeFF Dormagen). Zwischenbericht für den Jugendhilfeausschuss. URL: [http://www.stadt-dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/NeFF\\_Dormagen\\_Zwischenbericht\\_29.01.2008.pdf](http://www.stadt-dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/NeFF_Dormagen_Zwischenbericht_29.01.2008.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Hilgers, Heinz (o. J.). Das Dormagener Modell – ein Präventionsprogramm zur Frühen Förderung, Minderung und Vermeidung der Folgen von Kinderarmut. Powerpointpräsentation. URL: [http://www.buendnis-fuer-familie.de/uploads/media/Praesentation\\_Heinz\\_Hilgers\\_sa\\_03.pdf](http://www.buendnis-fuer-familie.de/uploads/media/Praesentation_Heinz_Hilgers_sa_03.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Hilgers, Heinz; Sandvoss, Uwe; Jasper, Christin (2009). „Von der Verwaltung der Kinderarmut zur frühen umfassenden Hilfe – Das Dormagener Modell: Was es beinhaltet und was man von ihm lernen kann“. In: Markus, Wolfram; Osner, Andreas (Hg.). Handbuch Kommunalpolitik: Das Standardwerk für Fraktionsvorstände und Bürgermeister. Berlin: Josef Raabe Verlag, 1–34.
- Markus, Wolfram; Osner, Andreas (Hg.) (2009). Handbuch Kommunalpolitik: Das Standardwerk für Fraktionsvorstände und Bürgermeister. Berlin: Josef Raabe Verlag.
- Sandvoss, Uwe (2009). Kindeswohl als Leitidee der Kommune. Powerpointpräsentation. URL: [http://www.kooperationsstelle-osnabrueck.de/fileadmin/user/Materialien\\_Downloads/Osnabruecker\\_Sozialkonferenzen/14\\_OSK\\_Dormagener\\_Modell.pdf](http://www.kooperationsstelle-osnabrueck.de/fileadmin/user/Materialien_Downloads/Osnabruecker_Sozialkonferenzen/14_OSK_Dormagener_Modell.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Spieckermann, H.; Schubert, H. (2009). Evaluation des Modellvorhabens „Netzwerk Frühe Förderung – NeFF“. Arbeitshilfen zur Entwicklung und Steuerung von Netzwerken Früher Förderung. URL: [http://www.f01.fh-koeln.de/imperia/md/content/www\\_srm/projekte/srm\\_arbeitspapier33\\_neff.pdf](http://www.f01.fh-koeln.de/imperia/md/content/www_srm/projekte/srm_arbeitspapier33_neff.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Stadt Dormagen (o. J.). Willkommen als Familie in Dormagen. URL: [http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/dormagen.de/leben\\_gesellschaft/NeFF-Projekt/schwangere\\_infos/fr%C3%BChe\\_hilfe.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/dormagen.de/leben_gesellschaft/NeFF-Projekt/schwangere_infos/fr%C3%BChe_hilfe.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Stadt Dormagen (o. J.). Willkommen im Leben. Elternbegleitbuch. URL: [http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/bbp\\_2008-01.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/bbp_2008-01.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Stadt Dormagen (o. J.). NeFF Dormagen: Das Dormagener Modell – Netzwerk Frühe Förderung – Netzwerk Für Familien. Informationen für Fachkräfte. URL: [http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/fr%C3%BChe\\_hilfe\\_brosch%C3%BCre\\_komplett\\_klein.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/fr%C3%BChe_hilfe_brosch%C3%BCre_komplett_klein.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Stadt Dormagen (Hg.) (2001). Dormagener Qualitätskatalog der Jugendhilfe – Ein Modell kooperativer Qualitätsentwicklung. Amt für Kinder, Familien und Senioren. URL: [http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich\\_5/erzieherische\\_hilfen/Dormagener\\_Qualit%C3%A4tskatalog\\_-\\_Volltext.pdf](http://www.dormagen.de/fileadmin/civserv/pdf-dateien/fachbereich_5/erzieherische_hilfen/Dormagener_Qualit%C3%A4tskatalog_-_Volltext.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Trzeszkowski, Gerd (2007). „NeFF Dormagen. Netzwerk Frühe Förderung – Netzwerk für Familien. Dormagener Präventionsprogramm/Frühwarnsystem/Babybegüßungspaket . . .“. Informationen aus dem Fachbereich für Schule, Kinder, Familien und Senioren der Stadt Dormagen 10/07. URL: [http://www.lasst-uns-nicht-haengen.de/upload/Mumachende\\_Beispieler/Dormagener\\_Modell\\_NeFF-InfoALLGEMEIN-10.2007.pdf](http://www.lasst-uns-nicht-haengen.de/upload/Mumachende_Beispieler/Dormagener_Modell_NeFF-InfoALLGEMEIN-10.2007.pdf) [Stand: 17.05.2010].
- Trzeszkowski, Gerd (2008). NeFF – ein Netzwerk für Familien. Das Dormagener Modell „Willkommen im Leben“. In: Evangelischer Erziehungsverband e. V. (EREV) (Hg.). Evangelische Jugendhilfe (85), Heft 4, S: I–VI. URL: [http://www.erev.de/auto/Publikationen/Evangelische\\_Jugendhilfe/2008/04/TIPP\\_NeFF\\_Dormagen.pdf](http://www.erev.de/auto/Publikationen/Evangelische_Jugendhilfe/2008/04/TIPP_NeFF_Dormagen.pdf) [Stand: 17.05.2010].

## 7 Ein Beispiel Guter Praxis und exemplarische Konzeptbausteine: Städtische Kita Daimlerstraße, Stuttgart-Bad Cannstatt

Im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ wurde von der Hochschule Esslingen eine umfassende Analyse der nationalen und internationalen Literatur, der vorliegenden Programme, Projekte und Erfahrungen sowie Schnittstellen zur sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung (mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung) durchgeführt. Sie sollte als Grundlage für die Entwicklung wissens- und erfahrungsgestützter sozillagenbezogener Interventionen für Kinder (von null bis sechs Jahren) dienen.

Die Ergebnisse der Analyse führten zu der Entscheidung, ausgewählte Ergebnisse praxisnah in Form einer Handreichung zugänglich zu machen und diese Handreichung auf die für ein chancengleiches und gesundes Aufwachsen besonders bedeutsame Lebenswelt Kita zu konzentrieren (> Kapitel 1.4).

Dazu wurde eine besonders geeignete Kita gesucht, um mit ihr gemeinsam exemplarische Konzeptbausteine einer sozillagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung in Kitas mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung zu entwickeln, die die Ergebnisse der Analyse berücksichtigen. Gewählt wurde die städtische Kindertagesstätte Daimlerstraße in Stuttgart-Bad Cannstatt. Sie ist Preisträgerin des Deutschen Präventionspreises (DPP) 2008 und praktiziert vorbildlich sozillagenbezogene integrative Gesundheitsförderung mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung „mit allen“ in der Kita und im Umfeld. Sie ist auch eingebunden in das Netzwerk „g’sund & g’scheit“ Stuttgart (> Kapitel 3.6).

In diesem Kapitel wird in einem ersten Teil die Einrichtung und ihre vorbildliche Praxis einer sozillagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung beschrieben. In einem zweiten Teil werden die Grundlagen der Entwicklung der Konzeptbausteine sowie die entwickelten Konzeptbausteine (Ernährung, Bewegung, Beteiligung von Eltern sowie Integration und Vernetzung von sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern in belasteten Lebenslagen) vorgestellt.

### 7.1 Die Städtische Kindertageseinrichtung Daimlerstraße 103c – Landeshauptstadt Stuttgart

Kita Daimlerstraße	
Steckbrief	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Träger: Landeshauptstadt Stuttgart (Jugendamt)</li> <li>■ Daimlerstraße 103c, 70372 Stuttgart, Leiterin der Kita: Yvonne Miller</li> <li>■ Leiterin Kindertagesbetreuung Bad Cannstatt, Münster: Jutta Braungart</li> <li>■ 44 Plätze</li> <li>■ Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren</li> <li>■ Öffnungszeiten: 7:30 Uhr bis 13:30 Uhr</li> <li>■ 4,6 Stellen für Erzieherinnen</li> <li>■ Größe der Einrichtung: 347 m<sup>2</sup></li> <li>■ Außenbereich: 608 m<sup>2</sup></li> </ul>

Tabelle 31: Steckbrief Kita Daimlerstraße

### Lage und Soziales Umfeld der Kita:

Die Kindertagesstätte in Stuttgart-Bad Cannstatt liegt etwas versteckt hinter Wohnhäusern, auf einer kleinen Anhöhe im Veielbrunnengebiet in einem Flachdachbau, in dessen Untergeschoss sich Wohnungen für Studierende befinden. Das Einzugsgebiet ist geprägt von Industrie und enger Bebauung. Zahlreiche Häuser sind renovierungsbedürftig, Grünflächen sind rar. Durch die unmittelbare Nähe zum Cannstatter Wasen und der Mercedes-Benz-Arena ist das Verkehrsaufkommen, besonders bei Groß-Veranstaltungen, sehr hoch und die Lärmbelastung erheblich. Das Veielbrunnengebiet ist von Hauptverkehrsstraßen umschlossen.

Im Sozialdatenatlas der Stadt Stuttgart wird das Wohngebiet Veielbrunnen dem Gebiets-typ 7 zugeordnet. Es gilt als junges, kinderreiches Wohngebiet mit großer nationaler Vielfalt und sehr hohem Armutspotenzial sowie überwiegend überdurchschnittlichen Interventionszahlen. Die Wohnqualität ist oft unterdurchschnittlich und die Wohndauer eher kürzer als der Durchschnitt, die Bildungschancen für Kinder sind unterdurchschnittlich (vgl. Landeshauptstadt Stuttgart 2009 – Sozialdatenatlas. Daten aus 2007, 166–168). Es handelt sich um ein Wohngebiet mit besonderen sozialen Herausforderungen.



### Lebenssituation der Kinder und Familien, Soziale Lage:

Fast alle Familien der Kindertagesstätte verfügen über einen Migrationshintergrund (40 von 44). Viele Eltern, insbesondere Mütter, haben, speziell zu Beginn des Kitabesuchs ihrer Kinder, große Verständigungs- und Integrations-schwierigkeiten. Die meisten Familien leben sehr beengt, teilweise mit mehreren Generationen in kleinen Wohnungen ohne Garten. Diese Wohnsituation, sowie die geschilderten Bedingungen im Wohngebiet, schränken die Bewegungsmöglichkeiten der Kinder in der Wohnung sowie im Wohnumfeld stark ein.

Die 44 Kinder im Alter zwischen zwei und sechs Jahren aus derzeit 14 verschiedenen Herkunftsländern werden in der Kita Daimlerstraße von 7:30 Uhr bis 13:30 Uhr betreut.

Viele Kinder und Familien leben in belasteten sozialen Lagen mit niedrigem Einkommen. Viele Väter und Mütter und damit Kinder sind von geringen Arbeitseinkünften, Kurzarbeit oder von Arbeitslosigkeit betroffen. Die meisten Mütter sind nicht oder nur geringfügig erwerbstätig. Psychische Belastungen und Überforderungssituationen der Eltern haben nach dem Eindruck der Leiterin in den letzten Jahren zugenommen und belasten auch die Kinder. Knapp zwei Drittel (28 der 44) Kinder (bzw. deren Eltern und darüber die Kinder) sind Inhaberinnen einer Bonuscard. Mit der Bonuscard, einer freiwilligen Leistung der Landeshauptstadt Stuttgart, gewährt diese nach einem differenzierten System Vergünstigungen für Personen, die Leistungen nach SGB II (Arbeitslosengeld II) oder SGB XII (Grundsicherung/Sozialhilfe) erhalten und an Bedürftige mit geringem Einkommen, die aber keinerlei soziale Transferleistungen beziehen. Durch den Sozialausweis Bonuscard soll dem Berechtigtenkreis ermöglicht werden, trotz finanzieller Einschränkungen am kulturellen, sportlichen und sozialen Leben in der Stadt teilzunehmen<sup>55</sup>.

<sup>55</sup> [www.stuttgart.de/bonuscard](http://www.stuttgart.de/bonuscard)

Pro Kind, dessen Eltern Bonuscard-Inhaberinnen sind, erhält die Einrichtung 100 Euro pro Jahr. Daraus finanziert bzw. bezuschusst die Kita das tägliche Frühstücksbuffet, Theaterbesuche, Museumseintritte, Schwimmkurse, Ausflüge, Elternbildung, Familienfreizeiten. Kinder von Bonuscard-Inhaberinnen sind von den Kita-Gebühren befreit.

### Deutscher Präventionspreis (DPP) 2008:

Die Kita Daimlerstraße gewann 2008 den Deutschen Präventionspreis (DPP) des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Manfred Lautenschläger Stiftung und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): **„Gesund aufwachsen. Ganzheitliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von Vorschulkindern“** in der Kategorie „Kindertagesstätten mit besonderen kommunalen Bezügen“.

Die Juroren und der Laudator des DPP zeigen sich sehr beeindruckt von der Atmosphäre und Praxis in der Kita, die geprägt ist durch einen hohen Anteil von Familien mit Migrationshintergrund aus 12 Nationen (2008) und einen hohen Anteil sozial benachteiligter Familien. Diese Ausgangssituation veranlasst(e) die Mitarbeiterinnen, das Konzept und die pädagogische Praxis an den Lebenswelten der Familien auszurichten: Die Eltern werden als Expertinnen für die Entwicklung ihrer Kinder angesehen und sind wichtige Ansprechpartnerinnen und Multiplikatorinnen. Gesundheitsförderung setzt da an, wo die Eltern stehen und an ihren kulturellen Wurzeln. Die Kita Daimlerstraße ist vielfach und systematisch in laufende Bildungs- und Organisationsentwicklungsprozesse und in fachliche Netzwerke der Stadt Stuttgart eingebunden. Hier findet sich ein besonders positives Beispiel der Verbindung zwischen dem hohen Engagement einer einzelnen Kita und der koordinierten Umsetzung eines einrichtungsübergreifenden Programms. Gesundheit wird in der Kita als Basis für Bildung angesehen und gesundheitsförderliche Aktivitäten im Alltag aktiv mit Kindern und ihren Eltern gelebt. Die Mitarbeiterinnen werden systematisch qualifiziert, Räume wurden umgestaltet, und es wurde regelmäßig auf externe Beratung und Unterstützung zurückgegriffen. Die Kita ist nicht nur als eine der „Einstein-Kitas“ in Stuttgart an der Verwirklichung eines umfassenden Bildungskonzepts beteiligt; darüber hinaus ist sie besonders im Bereich der Ernährung und Bewegung in das Langzeitprojekt „g’sund & g’scheit“ des Gesundheitsamtes eingebunden. Die psychosoziale Gesundheit wird nicht über spezifische Programme gefördert, zentral sind die besondere Wertschätzung der Kinder und Eltern, das Fördern ihrer Stärken und Ressourcen, ihres Selbstwerts und ihrer sozialen Kompetenzen. Die Kita ist sehr stark vernetzt mit anderen Diensten und Institutionen im Sozialraum, sie fördert bürgerschaftliches Engagement, indem sie Ehrenamtliche einbezieht und wirkt insgesamt als Familienzentrum zur Stabilisierung der Familien und ihrer Gesundheit (vgl. BMG, MLS, BZgA 2008, 21).

In einem Preisträger-Plakat des DPP wurden die wichtigsten Elemente und Bausteine der Konzeption und Praxis der Kita zusammengefasst. Es eignet sich gut für einen schnellen Überblick über die Bereiche Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Elternbezug – Sozialraumorientierung – Kooperation. Diese Kriterien für die Preisvergabe sind auch für ein sozialogenbezogenes und integratives Konzept im Bereich Ernährung und Bewegung von Bedeutung.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> In einigen wenigen Bereichen wurde das Plakat aktualisiert und auf den Stand Mai 2010 gebracht (z. B. Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund, aktueller Stand zu Ernährung und Bewegung: neu eingeführtes tägliches Frühstücksbuffet, KiFa in der Einrichtung, Familienfreizeiten). Der Bereich „Stärken“ wurde im Original belassen.

### **Städtische Tageseinrichtung für Kinder Daimlerstraße (Landeshauptstadt Stuttgart)**

Daimlerstr. 103c, 70372 Stuttgart, Baden-Württemberg

#### **Rahmenbedingungen:**

- Stuttgart: Landeshauptstadt mit ca. 600.000 Einwohnern
- Kindertagesstätte liegt in einem von Industrie und enger Bebauung geprägten Wohnviertel
- 44 Kinder im Alter von 2–6 Jahren
- davon 40 mit Migrationshintergrund aus 14 Herkunftsländern
- offenes Angebot, mit verschiedenen Bildungsinself, Funktionsräumen

#### **Ernährung:**

- Bereich Ernährung durch Projekt „g’sund & g’scheit“ umfassend vertieft
- Tägliches (preisgünstiges) Frühstücksbuffet; das Buffet wird täglich gemeinsam mit den Kindern vorbereitet, Ideen der Kinder werden aufgegriffen und umgesetzt; gemeinsames Einkaufen mit den Kindern
- Obst- und Gemüsekorb, der von Eltern befüllt wird
- Monatliche Kochaktionen mit Kindern und Eltern
- Es findet einmal im Jahr ein Elterncafé zum Thema „Gesunde Ernährung“ statt, dieses wird gemeinsam mit den Erzieherinnen und einer Ernährungsberaterin vom Gesundheitsamt geplant und durchgeführt
- Einmal im Jahr kommt der Zahnarzt/die Zahnärztin in die Einrichtung
- Teamfortbildungen zum Thema Ernährung

#### **Bewegung:**

- Bewegungsförderung durch Projekt „g’sund & g’scheit“ umfassend vertieft
- Qualifizierung, Beratung und Unterstützung durch Prozessberaterin, an den Ressourcen und Problemlagen der Kita anknüpfend
- Bewegungsraum mit reichhaltiger Ausstattung
- Hengstenberg-Bewegungsbaustelle
- Teamfortbildungen zur gezielten Bewegungsanleitung und Verhaltensbeobachtung
- Ergänzende Tanz- und Rhythmusangebote
- Wöchentlicher Spaziergang mit einer Kleingruppe
- Einmal im Jahr findet eine Waldwoche statt
- Regelmäßige Ausflüge
- Schwimmkurs mit den 5/6-jährigen Kindern

#### **Psychosoziale Gesundheit:**

- Einen Raum schaffen, in dem Kinder sich sicher, beachtet und wertgeschätzt fühlen
- Bei den Potenzialen der Kinder ansetzen und ihren Bedürfnissen gerecht werden
- Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Beziehungsarbeit, es finden viele individuelle Angebote statt
- Kinder in ihrem Tun stärken, Selbstbewusstsein und Selbständigkeit unterstützen und stärken
- Schulung von Körper- und Gefühlswahrnehmung, Gefühle ernst nehmen
- Erlebnis- und Spielbereiche sowie Rückzugsbereiche werden angeboten
- Lesezimmer mit gemütlichem Sofa
- Raum für Musik und Rhythmus
- Ruheraum mit Matratzen und Kissen
- Gemütliche und ansprechende Atmosphäre

#### **Elternbezug – Sozialraumorientierung – Kooperation:**

- Intensive Elternarbeit als zentraler konzeptioneller Pfeiler, Unterstützung bei alltäglichen Problemen
- Multikultureller Elternbeirat
- Eltern werden als Partnerinnen wahrgenommen, die trotz schwieriger Rahmenbedingungen das Beste für ihre Kinder tun

- Austausch über das Wohl der Kinder auf Augenhöhe
- Mütter als wichtige Mittlerinnen für „neue Eltern“
- Breites Elternangebot: Tanzen, Elterncafé, Hausbesuche, Elternberatung, gemeinsame Ausflüge, jährliche Familienfreizeit
- Elterncafés zur Gesundheitsförderung
- Kita wirkt als Familien- und Elternzentrum in den Sozialraum und stabilisiert Familien und ihr Umfeld
- Rentner als „Singpate“, Mutter eines früheren Kita-Kindes als „Lesepatin“, ehemaliger Vater als „Lesebate“, ehemalige türkische Mutter als Mentorin und Leiterin der KiFa-Gruppe
- „KiFa“ steht für „Kinderbetreuung und Familienbildung“. KiFa findet wöchentlich statt, gemeinsam werden Themen erarbeitet und besprochen. Ziel ist es, die Frauen in ihrem Selbstbewusstsein, ihrer Selbständigkeit und in ihrem Tun zu unterstützen und zu stärken. KiFa dient auch der Sprachförderung und der (Gesundheits)Bildung. Die Muttersprache der geschulten Mentorin ist türkisch.
- Enges und partnerschaftliches Verhältnis zwischen Kita-Leitung, Team, Elternbeiräten und Eltern
- Intensive und kollegiale Kooperation mit Gesundheitsamt und Jugendamt

**Stärken (DPP):**

- Pädagogischer Ansatz „Hilf mir, es selber zu tun“
- Mitgliedschaft im Netzwerk „g’sund & g’scheit“, einem Projekt des Gesundheitsamtes Stuttgart
- Individuelle Implementierung des Projektes mit umfassender Organisationsentwicklung verknüpft
- Enge Verzahnung mit Projekt „Einstein in der Kindertagesstätte“ des Jugendamtes
- Ressourcenorientierung und Wertschätzung gegenüber Kindern und Eltern
- Multikulturalität der Nutzerinnen wird in der Arbeit der Einrichtung überdurchschnittlich berücksichtigt und als Stärke wahrgenommen
- Schwerpunkt auf umfassender Zusammenarbeit mit Eltern und Familien mit Blick auf Gesundheitsförderung

Tabelle 32: Preisträger-Plakat des Deutschen Präventionspreises 2008 erweitert und aktualisiert auf den Stand Mai 2010 Miller/Kaba-Schönstein

**Stand und Perspektiven in der Kita Daimlerstraße 2010**

Von dem Preisgeld des Deutschen Präventionspreises konnte 2009 eine dreitägige Familienfreizeit finanziert werden, an der 100 Eltern, Großeltern und Kinder teilgenommen haben. Die Begleitung durch das Projekt „g’sund & g’scheit“ (2007 bis 2010) ist abgeschlossen, die Kita ist weiterhin Mitglied im gleichnamigen Stuttgarter Netzwerk (> Kapitel 3.6). Als „Einstein-Kita“ der Stadt Stuttgart ist sie im Moment dabei, Erziehungsziele (nach dem „infans-Konzept“) zu formulieren. Das Einstein-Konzept gilt als Umsetzungskonzept des Orientierungsplans Baden-Württemberg (> Kapitel 3.4).

**Die 10 Qualitätsstandards der Stuttgarter Einstein-Kitas:**

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Vielfalt willkommen      | 6. Soziale Lernprozesse        |
| 2. Erziehungspartnerschaft  | 7. Expeditionen in die Stadt   |
| 3. Bildungsräume            | 8. Netzwerk für Familien       |
| 4. Individuelles Curriculum | 9. Fachkräfte als Lernende     |
| 5. Sprache                  | 10. Kooperation mit der Schule |

Tabelle 33: Qualitätsstandards Einstein-Kitas Stuttgart (Landeshauptstadt Stuttgart [2007]. „Daran erkenne ich eine Einstein-Kita: 10 Qualitätsstandards der Stuttgarter Einstein-Kitas“)

**Literatur**

Bundesministerium für Gesundheit (BMG); Manfred Lautenschläger Stiftung (MLS); Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2008). Deutscher Präventionspreis 2008. Gesund aufwachsen. Ganzheitliche Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklung von Vorschulkindern.  
 Landeshauptstadt Stuttgart (2007). „Daran erkenne ich eine Einstein-Kita: 10 Qualitätsstandards der Stuttgarter Einstein-Kitas“  
 Landeshauptstadt Stuttgart (2009). Sozialdatenatlas Kinder und Jugendliche. Daten aus dem Jahr 2007. Stuttgart

## 7.2 Konzeptbausteine zur sozialogenbezogenen, integrativen Gesundheitsförderung in Kitas

### Zur Entstehungsgeschichte der Konzeptbausteine:

Im Rahmen der Initiative „Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg“ wurden verschiedene Praxisbeispiele und Preisträgerprojekte hinsichtlich ihres Sozialogenbezugs analysiert. Dabei wurde das Projektteam auf die Kita Daimlerstraße aufmerksam. Das Praxis- und Anwendungsprojekt startete im Sommer 2009 mit dem Ziel, die vorbildliche sozialogenbezogene und integrative Praxis der Kita Daimlerstraße in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Beteiligung der Eltern, Integration und Vernetzung, gemeinsam mit den Erzieherinnen der Einrichtung in Konzeptbausteinen zu beschreiben.

Um die Erfolgsfaktoren für die vorbildliche Praxis der Kita zu ermitteln und die Entwicklung von Konzeptbausteinen vorzubereiten, fanden Informationsgespräche, Hospitationen und Interviews mit der Leiterin und dem Team in der Einrichtung statt. Im Frühjahr 2010 konnten die Konzeptbausteine, nach einem intensiven gemeinsamen Prozess in mehreren Sitzungen vom Team der Kita und der Hochschule Esslingen, fertig gestellt werden.

### Zum Hintergrund der Konzeptbausteine:

Die Konzeptbausteine orientieren sich an verschiedenen, in den vorangegangenen Kapiteln der Handreichung ausführlicher in ihrer Relevanz und in ihren Inhalten beschriebenen Zielen, Kriterien, Plänen, Standards und Anforderungen:

- Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen (2010): Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung (> Kapitel 3.3)
- Leitfaden Gesunde Kita für Alle (2010) (> Kapitel 3.7)
- Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für Kitas in Baden-Württemberg (> Kapitel 3.4)
- Qualitätskriterien für Stuttgarter Einstein-Kitas (infans)
- Nationaler Qualitätskriterienkatalog für Kitas (> Kapitel 3.5)
- Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder (> Kapitel 3.5)
- Kriterien Guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial Benachteiligten (> Kapitel 2.2)

Sie bauen auf den Vorarbeiten der Kita im Rahmen des Projektes „g’sund & g’scheit“ auf.

Wie in den Kapiteln 1.4 und 3.4 ausgeführt, müssen die Konzeptbausteine und Ziele zu Handlungsfeldern der Gesundheitsförderung in die Bildungs- und Erziehungskonzepte der Kita integriert werden. Insofern wurde auf die Kompatibilität mit dem Orientierungsplan (und seiner Umsetzung im Konzept der Stuttgarter Einstein-Kitas) sowie mit den Qualitätskonzepten besonders geachtet.

### Zum Aufbau der Konzeptbausteine:

Die Entwicklung der Konzeptbausteine erfolgte in Anlehnung an das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ (2010) in der folgenden Struktur: Formuliert wurden Leitziele, Teilziele, beispielhafte Maßnahmen, Erfolgsindikatoren. Angeregt durch die Vorlagen im Leitfaden „Gesunde Kita für alle!“ (2010), wurden außerdem „Stolpersteine und Hürden“ identifiziert (> Kapitel 3.7). Diese wurden um die Kategorie „Erfolgsfaktoren“ erweitert, um die Kriterien für die vorbildliche Praxis in der Kita Daimlerstraße strukturiert zu erfassen und für die Übertragbarkeit zu erschließen. Bei der Formulierung der Erfolgsfaktoren wurde darauf geachtet, dass sie den konkreten Erfahrungen in der Kita Daimlerstraße entsprechen. Bei den Stolpersteinen und Hürden wurden auch solche benannt, die zwar in der Kita Daimlerstraße nicht unbedingt aufgetreten sind, aber als mögliche Hindernisse gesehen wurden.

Es wurde darauf geachtet, dass die Konzeptbausteine den Grundsätzen der Chancengleichheit, des Gender Mainstreaming und Cultural Mainstreaming entsprechen. Die Ziele wurden differenzbewusst und „für alle“ entwickelt: soziallagensensibel, geschlechtersensibel und kultursensibel.

**Zu folgenden vier Leitzielen wurden Konzeptbausteine entwickelt:**

- Gesunde Ernährung bei Kindern wird gefördert. Fehlernährung ist reduziert.
- Bewegung von Kindern ist gefördert. Bewegungsmangel ist reduziert.
- Die Beteiligung aller Eltern an der Gesundheitsförderung in der Kita wird gefördert.
- Integration und Vernetzung von Kindern und Eltern in belasteten Lebenslagen werden gefördert.

Tabelle 34: Konzeptbausteine zu vier Leitzielen

Die Konzeptbausteine bilden die Praxis der Kita Daimlerstraße ab. Sie wurden gemeinsam mit der Leitung und dem Team entwickelt und formuliert. Sie sind darüber hinaus in der Praxis erprobt und realisiert.

**7.2.1 Konzeptbaustein Ernährung**



**Leitziel      Gesunde Ernährung bei Kindern wird gefördert, Fehlernährung ist reduziert.**

<b>Teilziele</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der Kita ist gewährleistet und entspricht den Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder.</li> <li>2. Ein geregelter Umgang mit Süßigkeiten, Mitbringen von Speisen und der Verpflegung bei Festen und Feierlichkeiten ist gewährleistet.</li> <li>3. Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kindern sind gestärkt.</li> <li>4. Angenehme Atmosphäre, Esskultur und Freude an gesunder Ernährung werden vermittelt (z. B. durch Rituale).</li> <li>5. Kinder sind in alle Prozesse rund ums Essen (Tischdecken, Essen vorbereiten, zubereiten, Tisch abräumen, Abspülen etc.) einbezogen.</li> <li>6. Gesunde Lebensmittel werden positiv und interessant dargestellt und zubereitet.</li> <li>7. Kinder werden darin gefördert, Hunger- und Durstgefühle bewusst wahrzunehmen und selbstständig zu regulieren.</li> <li>8. Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.</li> <li>9. Die Fachkräfte kooperieren eng mit den Eltern: Alle Eltern werden motiviert, aktiv an der gesunden Ernährung der Kinder mitzuwirken.</li> </ol>
------------------	--

**Teilziel 1:** Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der Kita ist gewährleistet und entspricht den Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ tägliches Angebot eines preisgünstigen, vielfältigen und abwechslungsreichen Frühstücksbuffets für alle (Vollkornbrot, Eier, Müsli, Obst, Kräuter, Gemüse, Käse, Joghurt u. a.)</li> <li>■ tägliche Zubereitung von Obst- und Gemüsetellern mit den Kindern</li> <li>■ Einrichtung eines Obstkorbs, welcher jederzeit für alle zugänglich ist</li> <li>■ Zubereitung von Gerichten aus verschiedenen Kulturen durch die Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ alle Kinder bedienen sich täglich am Frühstücksbuffet</li> <li>■ Kinder probieren neue, bisher unbekannte Lebensmittel</li> <li>■ Kinder essen Lebensmittel, die sie zuhause ablehnen/meiden</li> <li>■ Kinder äußern eigene Wünsche zur Ergänzung des Angebots (z. B. Oliven)</li> <li>■ Kinder beteiligen sich an der Zubereitung</li> <li>■ Eltern bringen regelmäßig Obst für den Obstkorb mit</li> <li>■ Kinder bedienen sich selbstständig (am Frühstücksbuffet und Obstkorb)</li> <li>■ Kinder lernen Gerichte aus verschiedenen Kulturen kennen</li> <li>■ Kinder essen mit Freude</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst einiger Eltern, dass Kinder in der Einrichtung nicht oder zu wenig essen oder etwas essen, was nicht ihren Wünschen entspricht</li> <li>■ kulturelle Ernährungsgewohnheiten</li> <li>■ Abneigung der Erzieherinnen gegen bestimmte Lebensmittel (Vorbildfunktion)</li> <li>■ Wissen und Kompetenzen der Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ kulturelle Vielfalt nutzen</li> <li>■ regelmäßige Reflexion des eigenen Essverhaltens im Team</li> <li>■ Kompetenz der Erzieherinnen</li> </ul>

**Teilziel 2:** Ein geregelter Umgang mit Süßigkeiten, Mitbringen von Speisen und der Verpflegung bei Festen und Feierlichkeiten ist gewährleistet.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ersetzen des mitgebrachten Frühstücks durch das Frühstücksbuffet (ohne Süßigkeiten oder „Kinderlebensmittel“)</li> <li>■ Information der Eltern über den Umgang mit Süßigkeiten, Mitbringen von Speisen und der Verpflegung bei Festen, bei Aufnahmegesprächen, bei Elternveranstaltungen</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, zu Festen und Feiern Speisen selbst herzustellen und mitzubringen, die ihren persönlichen Stärken und kulturellen Hintergründen entsprechen</li> <li>■ Vermittlung der Gründe und der Notwendigkeit eines geregelten Umgangs mit Süßigkeiten gegenüber den Kindern</li> <li>■ theoretische und praktische Informationsvermittlung über Zusammensetzung der Lebensmittel und Getränke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ das Frühstücksbuffet (ohne Süßigkeiten und „Kinderlebensmittel“) wird täglich angeboten</li> <li>■ alle Kinder bedienen sich täglich am Frühstücksbuffet</li> <li>■ alle Eltern werden bei Aufnahmegesprächen und Elternveranstaltungen über den Umgang mit Süßigkeiten, dem Mitbringen von Speisen und der Verpflegung bei Festen informiert</li> <li>■ wenn Kinder Süßigkeiten mitbringen, werden Gespräche mit ihnen geführt; es wird klargestellt, dass es sich um eine Ausnahme handelt</li> <li>■ Eltern bringen gerne selbst hergestellte Speisen und Lebensmittel zu Festen und Feiern mit, die ihren persönlichen Stärken und ihrem kulturellen Hintergrund entsprechen</li> <li>■ Kinder kennen die Gründe und die Notwendigkeit eines geregelten Umgangs mit Süßigkeiten und können diese benennen</li> <li>■ Kinder kennen die Folgen und Gefahren eines übermäßigen Süßigkeitenverzehr und können diese benennen</li> <li>■ Kinder kennen die Regeln beim Verzehr von Süßigkeiten in Ausnahmesituationen (z. B. Zähneputzen nach dem Verzehr von Süßigkeiten)</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationsdefizite bei den Eltern (Zusammensetzung der Lebensmittel)</li> <li>■ Eltern und Erzieherinnen vertrauen auf Werbeaussagen zu vermeintlich gesunden Lebensmitteln („Kinderlebensmittel“) und Getränken (Zitronenlimonade, Eistee)</li> <li>■ Erzieherinnen, die selbst problematische Essgewohnheiten haben</li> <li>■ kulturelle Ernährungsgewohnheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ gemeinsame Informationsveranstaltungen mit Eltern und Erzieherinnen (z. B. über Zusammensetzung von Lebensmitteln)</li> <li>■ gemeinsame grundlegende Ernährungsregeln</li> <li>■ Erzieherinnen leben einen geregelten Umgang mit Süßigkeiten vor</li> <li>■ Erzieherinnen kennen kulturelle Ernährungsgewohnheiten oder Hintergründe (bspw. Süßigkeiten als Belohnung)</li> </ul>

**Teilziel 3:** Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung eines gesunden Essverhaltens von Kindern sind gestärkt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Integration der Ernährungsbildung in die Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen durch Inhouse-Fortbildungen zum Thema und Möglichkeiten der Fortbildung durch einschlägige Netzwerke (bspw. g’sund &amp; g’scheit)</li> <li>■ Anschaffung von Fachzeitschriften und Büchern</li> <li>■ kollegiale Beratung und Reflexion</li> <li>■ regelmäßige Teilnahme von Erzieherinnen an themenbezogenen Elterncafés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erzieherinnen nehmen an Fort- und Weiterbildungen z. B. von „g’sund &amp; g’scheit“ teil</li> <li>■ es gibt Inhouse-Fortbildungen in der Einrichtung</li> <li>■ Fachzeitschriften und Bücher stehen zur Verfügung und werden genutzt</li> <li>■ regelmäßige Beratung und Reflexion im Team finden statt</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen an regelmäßigen themenbezogenen Elterncafés teil</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verhinderung der Teilnahme an Fortbildungen durch Personalengpässe</li> <li>■ fehlendes Bewusstsein bei Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Motivation zur Fortbildung</li> <li>■ qualitativ gute und zeitgemäße Fortbildungsangebote</li> <li>■ Informationsweitergabe nach Fortbildungen im Team</li> </ul>

**Teilziel 4:** Angenehme Atmosphäre, Esskultur und Freude an gesunder Ernährung werden vermittelt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<p>Vermittlung von Esskultur durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ansprechende Gestaltung des Essbereichs (Tischdekoration, Blumen, Servietten, Porzellanteller, Kerzen, Bilder, Gläser u. a.)</li> <li>■ Aufstellen klarer Tischregeln und deren Vermittlung (z. B. sitzen bleiben während des Essens, Umgang mit Geschirr, Besteck usw.)</li> <li>■ Förderung von Tischgesprächen</li> <li>■ Anregung der Kinder, eigene Ideen zur gesunden Ernährung einzubringen</li> <li>■ Ermutigung der Kinder, ihr Frühstück selbst zuzubereiten</li> <li>■ Kinder eigene Lebensmittelzusammenstellung ausprobieren lassen</li> <li>■ Ermutigung der Kinder, neue Lebensmittel auszuprobieren</li> <li>■ kulturelle Vielfalt der Nahrungsmittel zulassen und wertschätzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder erfahren und erlernen Esskultur</li> <li>■ Essbereich ist ansprechend gestaltet</li> <li>■ Kinder kennen die Tischregeln und halten sie ein</li> <li>■ Kinder können mit Porzellantellern und Gläsern umgehen</li> <li>■ Kinder räumen ihren Platz selbstständig auf</li> <li>■ es finden lebendige Gespräche am Esstisch statt</li> <li>■ Kinder bringen Ideen für das Frühstücksbuffet ein</li> <li>■ Kinder bereiten sich ihr Frühstück selbst zu</li> <li>■ Kinder gehen selbstständig und ohne Aufforderung zum Essen</li> <li>■ Kinder zeigen Kreativität bei der Lebensmittelzusammenstellung (z. B. mit Apfelscheiben belegte Brötchen)</li> <li>■ Kinder sind offen für Nahrungsmittel aus anderen Kulturen</li> <li>■ Kinder motivieren sich gegenseitig, etwas zu probieren oder Essen zuzubereiten</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationsweitergabe an die Eltern, Sensibilisierung der Eltern hinsichtlich der Regeln und Rituale rund ums Essen (im Alltag, über themenspezifische Elternveranstaltungen, Elterncafés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder vermitteln mit Freude ihr Wissen über gesunde Ernährung (z. B. anderen Kindern und Eltern)</li> <li>■ Eltern kennen die Regeln und Rituale beim Essen in der Kita</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Unstimmigkeiten im Team</li> <li>■ mangelnde Informationsvermittlung an die Eltern</li> <li>■ fehlendes Wissen über fremde Esskulturen</li> <li>■ familiäre Essgewohnheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ enge Zusammenarbeit mit den Eltern</li> <li>■ festgelegte Regeln und Rituale rund ums Essen</li> <li>■ kulturelle Vielfalt nutzen</li> <li>■ Transparenz hinsichtlich der Regeln und Rituale rund ums Essen gegenüber den Eltern</li> </ul>

**Teilziel 5:** Kinder sind in alle Prozesse rund um das Essen (Einkaufen, Essen zubereiten, Tisch decken, Tisch abräumen etc.) einbezogen.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ mit Kindern gemeinsam einkaufen (im Supermarkt, beim Bäcker, auf dem Markt)</li> <li>■ mit Kindern Obst frisch ernten (z. B. Erdbeeren vom Feld, Äpfel)</li> <li>■ mit Kindern Obst nach der Ernte verarbeiten (z. B. Kuchen backen, Marmelade kochen, einkochen, entsaften)</li> <li>■ Kinder ermutigen, sich bei der Essenzubereitung zu beteiligen (z. B. Obst und Gemüse schneiden)</li> <li>■ Kinder ermutigen, eigene Ideen einzubringen</li> <li>■ Ideen der Kinder aufgreifen und umsetzen</li> <li>■ Kinder einbeziehen bei der Zubereitung des Frühstücks und beim Auf- bzw. Abbau des Frühstückbuffets</li> <li>■ Kinder ermutigen, gemeinsam mit Eltern in der Kita zu kochen</li> <li>■ Kinder beteiligen an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z. B. Tisch abwischen, Spülmaschine ein-/ausräumen)</li> </ul>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ alle Kinder gehen gerne mit Einkaufen</li> <li>■ Kinder kennen die Verhaltensregeln im Supermarkt, auf dem Markt</li> <li>■ Kinder beteiligen sich aktiv beim Einkaufen</li> <li>■ Kinder kennen verschiedene Einkaufsmöglichkeiten</li> <li>■ Kinder ernten und verarbeiten mit großem Interesse saisonales Obst und Gemüse</li> <li>■ alle Kinder schneiden mit Freude Obst und Gemüse</li> <li>■ Kinder kennen die Regeln im Umgang mit Küchenutensilien und können diese einsetzen (z. B. scharfe Messer, Schäler, Toaster)</li> <li>■ Kinder bringen eigene Ideen ein</li> <li>■ Ideen der Kinder werden aufgegriffen und umgesetzt</li> <li>■ Kinder beteiligen sich an der Zubereitung des Frühstücks, helfen beim Auf- und Abbau des Frühstückbuffets</li> <li>■ Kinder und Eltern kochen gemeinsam in der Kita</li> <li>■ Kinder beteiligen sich regelmäßig und gerne an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst vor Haushaltsunfällen (z. B. im Umgang mit Küchenutensilien)</li> <li>■ fehlende Möglichkeiten (z. B. keine Apfelbäume oder Erdbeerbüschel in der Nähe)</li> <li>■ knappe Zeitressourcen</li> <li>■ fehlende Einkaufsmöglichkeiten</li> <li>■ kulturelle Essgewohnheiten</li> <li>■ familiäre Gewohnheiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vertrauen in die Fähigkeiten der Kinder</li> <li>■ richtige Einschätzung der Fähigkeiten der Kinder (z. B. durch Beobachtung, Anleitung)</li> <li>■ klare Aufgabenteilung im Team (z. B. Festlegung von Verantwortlichen für den Essensbereich)</li> </ul>

<b>Teilziel 6:</b> Gesunde Lebensmittel werden positiv und interessant dargestellt und zubereitet.	
<b>Beispielhafte Maßnahmen</b>	<b>Erfolgsindikatoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ansprechende Zubereitung der Lebensmittel (wie Mozzarella-Schiffchen, Fruchtspieße, Apfelkrönchen)</li> <li>■ dafür sorgen, dass der Obstkorb immer gefüllt wird und einladend aussieht</li> <li>■ eigene Herstellung und Zubereitung von Lebensmitteln (Brötchen backen, Obstsalat, Marmelade, Kuchen backen u. a.)</li> <li>■ Lebensmittel in Zusammenhang mit positiven Erfahrungen bringen (z. B. Erdbeeren selber pflücken auf dem Erdbeerfeld, auf dem Markt einkaufen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lebensmittel werden gemeinsam mit den Kindern ansprechend zubereitet</li> <li>■ Kinder bringen eigene Ideen ein</li> <li>■ Obstkorb ist immer gefüllt und sieht einladend aus</li> <li>■ Lebensmittel werden gemeinsam mit den Kindern selbst hergestellt und zubereitet</li> <li>■ Kinder machen positive Erfahrungen im Zusammenhang mit Lebensmitteln (wie Ausflug auf das Erdbeerfeld, Kuchen backen, Eis herstellen, Milch-Shakes zubereiten)</li> </ul>
<b>Stolpersteine und Hürden</b>	<b>Erfolgsfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ fehlende Kreativität</li> <li>■ fehlendes Engagement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ideenreichtum</li> <li>■ besonderes Engagement der Mitarbeiterinnen</li> </ul>

<b>Teilziel 7:</b> Kinder werden darin gefördert, Hunger- und Durstgefühle bewusst wahrzunehmen und selbstständig zu regulieren.	
<b>Beispielhafte Maßnahmen</b>	<b>Erfolgsindikatoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Trinken jederzeit ermöglichen; freier Zugang zu Getränken allerorts (Aufstellen von Kannen mit Leitungswasser in allen Räumen und im Garten)</li> <li>■ altersgerechte Erklärungen über die Bedeutung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr</li> <li>■ regelmäßiges Erinnern ans Trinken</li> <li>■ Mitnehmen und Anbieten von Getränken bei Aktivitäten außerhalb des Hauses (Ausflüge)</li> <li>■ Kindern durch eigenes Trink- und Essverhalten ein Vorbild geben</li> <li>■ Frühstücksbuffet während der gesamten Öffnungszeit zur Verfügung stellen</li> <li>■ regelmäßiges Erinnern ans Essen</li> <li>■ Kindern (im Alltag) die Wahl lassen, wann und was sie essen, und mit wem sie, wie lange am Frühstücksbuffet verweilen</li> <li>■ altersgerechte Erklärungen über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung</li> <li>■ Sensibilisierung der Wahrnehmung von Hunger und Sättigung durch bewusstes Fragen und Erklären</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ in allen Räumen steht den Kindern eine Kanne mit Wasser zur freien Verfügung</li> <li>■ mit und ohne Erinnerung nutzen die Kinder dieses Angebot</li> <li>■ Kinder kennen die Bedeutung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr</li> <li>■ Kinder werden regelmäßig ans Trinken erinnert</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen zu Aktivitäten außerhalb des Hauses Getränke für alle mit und bieten diese den Kindern unterwegs an</li> <li>■ das Ess- und Trinkverhalten der Erzieherinnen ist vorbildlich</li> <li>■ das Frühstücksbuffet steht während der gesamten Öffnungszeit zur Verfügung</li> <li>■ Kinder werden regelmäßig ans Essen erinnert</li> <li>■ Kinder entscheiden selbst, wann, wie lange, was und mit wem sie essen</li> <li>■ Kinder wählen Lebensmittel aus dem Gesamtangebot selbstständig aus</li> <li>■ Kinder kennen die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung für ihr Wohlbefinden</li> <li>■ die Wahrnehmung des Hunger- und Sättigungsgefühls der Kinder ist durch bewusstes Fragen und Erklären der Erzieherinnen sensibilisiert</li> <li>■ Kinder äußern Hunger, Durst und Sättigung</li> <li>■ es finden regelmäßig Gespräche in Kleingruppen und mit einzelnen Kindern zum Thema statt</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst einiger Eltern, dass ihre Kinder in der Einrichtung zu wenig essen und trinken</li> <li>■ Informationsdefizite der Eltern über eine ausgewogene Ernährung und Gefahren der Überernährung</li> <li>■ Unwissenheit über kulturelle Hintergründe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßige Informationsweitergabe an die Eltern und Austausch mit den Eltern</li> <li>■ Erarbeitung von Standards zum Themenbereich Essen und Trinken (Verpflegung)</li> <li>■ ihre Vorbildfunktion ist den Erzieherinnen bewusst</li> </ul>

**Teilziel 8:** Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder ermutigen, mit anderen Kindern und Erzieherinnen gemeinsam zu essen</li> <li>■ gemeinsames Kochen, Backen und Essen</li> <li>■ regelmäßige Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten in Kleingruppen</li> <li>■ regelmäßig stattfindende gemeinsame Mahlzeiten bei festlichen Anlässen (Nikolaus, Fasten-Brechen, Geburtstage, Sommerfest, Ostern, Weihnachtsfeier)</li> <li>■ Zulassen und Aufgreifen von Ideen der Kinder und Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder frühstücken regelmäßig gemeinsam mit anderen Kindern und Erzieherinnen</li> <li>■ Kinder und Erzieherinnen kochen, backen und essen regelmäßig zusammen im Alltag</li> <li>■ in Kleingruppen werden regelmäßig gemeinsame Mahlzeiten zubereitet und eingenommen</li> <li>■ bei festlichen Anlässen werden regelmäßig gemeinsam Mahlzeiten zubereitet und eingenommen</li> <li>■ nahezu alle Kinder bringen zu ihrer Geburtstagsfeier in der Kita etwas zu Essen mit (oft keine Selbstverständlichkeit für Familien mit Migrationshintergrund, da sich die Traditionen an Geburtstagen unterscheiden)</li> <li>■ Kinder und Eltern bringen Ideen ein und diese werden gemeinsam umgesetzt</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Konflikt zwischen Selbstbestimmung der Kinder und Festlegung gemeinsamer Mahlzeiten</li> <li>■ Öffnungszeiten der Kita (7:30 Uhr bis 13:30 Uhr) (Beschränken die Möglichkeit gemeinsamer Mittagsmahlzeit)</li> <li>■ Informationsmängel von Erzieherinnen über Traditionen in anderen Kulturen (z. B. an Geburtstagen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Engagement und Entwicklungsprozesse der Eltern</li> <li>■ Kenntnisse über kulturelle Hintergründe und Feste</li> </ul>

**Teilziel 9:** Die Fachkräfte kooperieren eng mit den Eltern: Alle Eltern werden motiviert, aktiv an der gesunden Ernährung der Kinder mitzuwirken.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßige Informationsvermittlung an die Eltern (Elterngespräche, Elternveranstaltungen, Elterncafé, Elternbriefe, Dokumentationen)</li> <li>■ Austausch mit Eltern über kulturelle Hintergründe und Besonderheiten</li> <li>■ Aufgreifen des Themas bei KiFa (in der Einrichtung stattfindende Kinder- und Familienbildung)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern werden regelmäßig in Elterngesprächen über die Gefahren von Fehlernährung informiert</li> <li>■ Eltern sind über die Bedeutung einer gesunden Ernährung informiert</li> <li>■ Erzieherinnen kennen kulturelle Hintergründe und Besonderheiten der Familien</li> <li>■ Eltern nehmen regelmäßig und aktiv an Elterncafés und anderen Kita-Angeboten teil</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Austausch der Eltern untereinander und mit Erzieherinnen beim täglichen Elterntreff</li> <li>■ Zugang der Eltern zu Informationsmaterialien</li> <li>■ Eltern als Dolmetscherinnen und Multiplikatorinnen</li> <li>■ Eltern ermutigen, sich einzubringen (Kochen in der Einrichtung, Mitbringen von Speisen u. a.)</li> <li>■ Einbeziehung der Fertigkeiten und Fähigkeiten der Eltern in den Alltag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern haben täglich die Möglichkeit eines Elterntreffs von 7:30 Uhr bis 10:00 Uhr zum Austausch untereinander und mit den Erzieherinnen und nutzen diesen zahlreich und regelmäßig</li> <li>■ täglich Möglichkeit zu Tür- und Angelgesprächen</li> <li>■ Eltern nutzen das Informationsmaterial</li> <li>■ Eltern übersetzen bei Sprachschwierigkeiten</li> <li>■ Eltern bringen ihre Ideen und Wünsche ein</li> <li>■ Eltern nehmen aktiv und regelmäßig an Festen und Kochtagen teil</li> <li>■ Eltern nehmen an Aktivitäten der Kita teil (Marktbesuche, Erdbeerpflücken, Apfelernte u. a.)</li> <li>■ Eltern bringen ihre Stärken in den Alltag ein (Kochen, Backen)</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren und damit bedingte Informations- und Wissensdefizite der Eltern</li> <li>■ fehlendes Wissen über kulturelle Hintergründe</li> <li>■ (eingeladene) Referentinnen, die nicht kultur- und soziallagensensibel sind</li> <li>■ Elternbildungsangebot, das nicht zielgruppengerecht ist</li> <li>■ kulturelle Essgewohnheiten</li> </ul>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wertschätzung gegenüber den Eltern</li> <li>■ fortwährender Vertrauensaufbau zu den Eltern (sich Zeit nehmen, zuhören)</li> <li>■ Durchhaltevermögen, an der Sache dran bleiben</li> <li>■ Kenntnisse über kulturelle Hintergründe</li> </ul>

Tabelle 35: Konzeptbaustein Ernährung

### 7.2.2 Konzeptbaustein Bewegung

<b>Leitziel</b>	<b>Bewegung von Kindern ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.</b>
<b>Teilziele</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bewegung ist in den Strukturen und Alltagsroutinen verankert.</li> <li>2. Alle Bewegungsangebote werden so geplant und durchgeführt, dass alle Kinder und alle Eltern die Chance haben, sich daran zu beteiligen.</li> <li>3. Die Erzieherinnen kooperieren mit den Eltern: Alle Eltern werden motiviert, aktiv an der Bewegungsförderung der Kinder mitzuwirken.</li> <li>4. Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt.</li> <li>5. Psychomotorisch orientierte Bewegungsangebote sind erlebnis- und handlungsorientiert. Sie umfassen dadurch auch Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Sprachentwicklung.</li> <li>6. Die Kinder lernen vielfältige Bewegungsmöglichkeiten kennen und entwickeln dadurch Freude an Bewegung.</li> <li>7. Örtliche Gegebenheiten zur Bewegungsförderung werden genutzt.</li> <li>8. Eine Kooperation mit Sportvereinen findet statt.</li> <li>9. Motorische Fähigkeiten sind bei Schuleintritt gut entwickelt.</li> <li>10. Die Unfall- und Verletzungsgefahr ist gering.</li> </ol>



**Teilziel 1:** Bewegung ist in den Strukturen und Alltagsroutinen der Einrichtung verankert.

**Beispielhafte Maßnahmen**

- Gestaltung der Räume nach den Bewegungsbedürfnissen der Kinder
- Reduzierung der Tische und Stühle auf ein Minimum
- Einrichtung eines Bewegungs- und/oder Tanzraums
- Kinder können – mit Ausnahme fester Strukturen oder gemeinsamer Rituale – frei entscheiden, wann sie den Bewegungs-/Tanzraum, auch alleine, nutzen
- Bewegungsbaustelle (Hengstenberg) und verschiedene Materialien zur individuellen Gestaltung einer Spiellandschaft
- Nutzung des Gartens täglich bei jedem Wetter (Rutschen, Klettern, Schaukeln)
- Kinder können sich jederzeit – mit Ausnahme fester Strukturen – allein im Garten bewegen (in kleinen Gruppen, ausgewählt nach Alter und Fähigkeiten/Zuverlässigkeit)
- Fahrzeuge zur Bewegungsförderung für Drinnen und Draußen
- täglich Morgenkreis mit Bewegungsschwerpunkt
- regelmäßige Ausflüge

**Erfolgsindikatoren**

- Kinder nutzen frei gehaltene Flächen für ihr tägliches Spiel
- Kinder nutzen den Bewegungs- und Tanzraum täglich
- Kinder kennen die Regeln im Bewegungs- und Tanzraum und in der Bewegungsbaustelle
- Kinder gehen selbstständig und sicher mit der Ausstattung und den Materialien in den Räumen um
- Kinder nutzen die Bewegungsmöglichkeiten des Außen geländes täglich
- Kinder erfahren ihre eigenen Grenzen und erweitern diese
- Kinder bringen eigene Ideen ein, äußern Wünsche für Ausflüge und andere Bewegungsaktivitäten und drängen regelmäßig auf deren Umsetzung
- Kinder bewegen sich geschickt und sicher mit den Fahrzeugen

**Stolpersteine und Hürden**

- unabänderliche strukturelle Gegebenheiten wie Räumlichkeiten
- Genehmigungsverfahren bei Umgestaltung z. B. von Räumlichkeiten

**Erfolgsfaktoren**

- Ideenreichtum
- Erfahrungsaustausch mit anderen Kitas

<b>Teilziel 2:</b> Alle Bewegungsangebote werden so geplant und durchgeführt, dass alle Kinder und alle Eltern die Chance haben, sich daran zu beteiligen.	
<b>Beispielhafte Maßnahmen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßiges Informieren der Eltern über die Schwerpunkte und Aktivitäten der Kita an Elternabenden</li> <li>■ intensiver Austausch mit den Eltern: kulturelle und religiöse Möglichkeiten und Einschränkungen erkennen und bei Aktivitäten berücksichtigen</li> <li>■ Einbeziehung der Eltern in den Alltag: Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern im Bewegungsbereich, wie bspw. Tanzen, nutzen</li> <li>■ Eltern jederzeit die Teilnahme an Bewegungsangeboten und am Alltagsgeschehen ermöglichen</li> <li>■ Einbeziehung der Kinder und Eltern in die Planung von Ausflügen und Bewegungsangeboten</li> <li>■ Motivieren der Eltern durch die Erzieherinnen an Ausflügen teilzunehmen</li> <li>■ Berücksichtigung finanzieller Möglichkeiten und Einschränkungen der Familien</li> </ul>	<b>Erfolgsindikatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern kennen das Konzept der Einrichtung</li> <li>■ kulturelle und religiöse Möglichkeiten und Einschränkungen sind bekannt und werden bei den Aktivitäten berücksichtigt</li> <li>■ Eltern nehmen am Kita-Alltag teil</li> <li>■ Eltern bringen ihre Stärken im Bewegungsbereich mit ein, z. B. an Festen oder Tanzabenden</li> <li>■ Kinder und Eltern beteiligen sich an der Planung und Durchführung von Ausflügen und Bewegungsangeboten und bringen Ideen ein</li> <li>■ an Ausflügen nehmen regelmäßig viele Eltern teil</li> <li>■ Eltern äußern finanzielle Schwierigkeiten und werden im Rahmen der Möglichkeiten unterstützt</li> </ul>
<b>Stolpersteine und Hürden</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst der Eltern vor Verletzungen/Unfällen</li> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ kulturelle Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten</li> <li>■ kein Interesse von Seiten der Eltern</li> </ul>	<b>Erfolgsfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kenntnis der schwierigen Lebenslagen, Wissen über die Kulturen, Empathie</li> <li>■ durch intensive Gespräche werden kulturelle und religiöse Möglichkeiten und Einschränkungen der Eltern bekannt und bei Aktivitäten berücksichtigt</li> <li>■ intensive Zusammenarbeit mit den Eltern</li> </ul>

**Teilziel 3:** Die Erzieherinnen kooperieren mit den Eltern: Alle Eltern werden motiviert, aktiv an der Bewegungsförderung der Kinder mitzuwirken.

<b>Beispielhafte Maßnahmen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßige Elterngespräche</li> <li>■ intensive Tür- und Angelgespräche</li> <li>■ Elterncafés zum Thema Bewegungsförderung</li> <li>■ Thema bei KiFa (Kinder- und Familienbildung im Haus)</li> <li>■ Austausch der Eltern untereinander und mit den Erzieherinnen beim täglichen Elterntreff</li> <li>■ regelmäßige Reflexion im Team</li> <li>■ Eltern als Dolmetscherinnen und Multiplikatorinnen</li> <li>■ Information aller Eltern über Freizeitaktivitäten und Bewegungsangebote außerhalb der Kita (Angebote des Sportvereins, Schwimmkurse, Zoo, Waldheim etc.)</li> <li>■ Einbeziehung der Eltern in den Alltag, z. B. bei Ausflügen</li> <li>■ Einbeziehung von Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern in den Alltag</li> </ul>	<b>Erfolgsindikatoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elterngespräche werden regelmäßig geführt</li> <li>■ täglich finden Tür- und Angelgespräche statt</li> <li>■ Eltern sind über die Bedeutung von Bewegung und einzelne Angebote informiert</li> <li>■ regelmäßige und intensive Teilnahme der Eltern an Elterncafés und am KiFa-Angebot</li> <li>■ Eltern nutzen den Elterntreff täglich von 7:30 Uhr bis 10:00 Uhr intensiv, um mit Eltern und Erzieherinnen in Austausch zu treten</li> <li>■ Team reflektiert regelmäßig</li> <li>■ Eltern übersetzen bei Sprachschwierigkeiten</li> <li>■ Eltern wirken als Multiplikatorinnen</li> <li>■ alle Eltern sind über Freizeitaktivitäten und Bewegungsangebote (auch außerhalb der Kita) informiert</li> </ul>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Begleitung möglichst vieler Eltern-Aktivitäten (z. B. Weihnachtsmarkt, Kochen, KiFa) durch die Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern nehmen Anregungen auf: gehen mit ihren Kindern zum Schwimmen, Kinder gehen ins Waldheim</li> <li>■ Eltern bringen Ideen und Wünsche ein</li> <li>■ Eltern nehmen aktiv und regelmäßig an Ausflügen als Begleitperson teil</li> <li>■ Eltern bringen ihre Stärken in den Alltag ein, z. B. Tanzen</li> <li>■ Eltern nehmen an Aktivitäten der Kita teil</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ anfängliche Ängste vor Fehlern, Fremdem, Neuem, Ungewohntem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ fortwährender Vertrauensaufbau zu den Eltern</li> <li>■ Durchhaltevermögen, Beharrlichkeit</li> <li>■ Aktivitäten z. B. der Vereine oder Angebote der Elternbildung finden in der Einrichtung statt</li> </ul>

**Teilziel 4:** Die Kompetenzen der Erzieherinnen zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Integration der Bewegungsförderung in die Fort- und Weiterbildung der Erzieherinnen durch Inhouse-Fortbildungen zum Thema und Möglichkeiten der Fortbildung durch einschlägige Netzwerke (bspw. g'sund &amp; g'scheit)</li> <li>■ Anschaffung von Fachzeitschriften und Büchern</li> <li>■ kollegiale Beratung und Reflexion</li> <li>■ regelmäßige Teilnahme der Erzieherinnen an themenbezogenen Elterncafés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erzieherinnen nehmen an Fort- und Weiterbildungen z. B. von g'sund &amp; g'scheit teil</li> <li>■ es gibt Inhouse-Fortbildungen in der Einrichtung</li> <li>■ Fachzeitschriften und Bücher stehen zur Verfügung und werden genutzt</li> <li>■ regelmäßige Beratung und Reflexion im Team finden statt</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen an regelmäßigen themenbezogenen Elterncafés teil</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verhinderung der Teilnahme an Fortbildungen durch Personalmangel</li> <li>■ eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Motivation der Erzieherinnen sich fortzubilden</li> <li>■ qualitativ gute Fortbildungsangebote</li> <li>■ Informationsweitergabe und Reflexion nach Fortbildungen im Team</li> </ul>

**Teilziel 5:** Psychomotorisch orientierte Bewegungsangebote sind erlebnis- und handlungsorientiert. Sie umfassen dadurch auch Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und der Sprachentwicklung.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ tägliche Durchführung von erlebnis- und handlungsorientierten Bewegungsspielen im Morgenkreis</li> <li>■ regelmäßiges Angebot von Sinnes- und Wahrnehmungsspielen</li> <li>■ Waldwoche mit folgenden Schwerpunkten: Ausdauer, Mut, Selbstbewusstsein, Geschicklichkeit, Grenzerfahrung, Bewegungsfreiheit etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder nehmen täglich an erlebnis- und handlungsorientierten Bewegungsspielen teil</li> <li>■ Kinder beteiligen sich regelmäßig an Sinnes- und Wahrnehmungsspielen</li> <li>■ Kinder und Eltern beteiligen sich an der jährlich stattfindenden bewegungsorientierten Waldwoche</li> <li>■ Kinder nehmen an Musik- und Tanzangeboten teil</li> <li>■ Kinder erfahren ihren Körper und lernen, sich über ihren Körper auszudrücken</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angebote im Musik- und Tanzraum zur Förderung der Körperwahrnehmung, des Rhythmusgefühls und der gegenseitigen Wahrnehmung</li> <li>■ Entspannungsübungen und Geschichten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder erwerben soziale Kompetenzen wie Hilfsbereitschaft und Konfliktfähigkeit, lernen Regeln</li> <li>■ Kinder knüpfen Freundschaften bei gemeinsamen Bewegungsaktivitäten</li> <li>■ Kinder nehmen ihre Gefühle und Wünsche wahr und können diese äußern</li> </ul>
<b>Stolpersteine und Hürden</b>	<b>Erfolgsfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fehlen eigener positiver Erfahrungen der Eltern z. B. mit Waldbesuchen</li> <li>■ Informationsmängel bei den Eltern über Lernmöglichkeiten in der Natur, z. B. im Wald</li> <li>■ Ängste der Eltern vor Unbekanntem und vor Gefahren stehen im Vordergrund (z. B. vor Schmutz und Krankheitserregern im Wald)</li> <li>■ mangelnde Kompetenz der Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wissen über kulturelle und religiöse Hintergründe</li> <li>■ Vertrauensbildung</li> <li>■ Eltern motivieren sich gegenseitig</li> <li>■ Eltern als Multiplikatorinnen</li> </ul>

**Teilziel 6:** Die Kinder lernen vielfältige Bewegungsmöglichkeiten kennen und entwickeln dadurch Freude an Bewegung.

<b>Beispielhafte Maßnahmen</b>	<b>Erfolgsindikatoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ täglich vielfältige Bewegungsmöglichkeiten (Brettspiele, Wahrnehmungsspiele, Wettspiele etc.) im Morgenkreis, durch Bewegungsbaustelle und Außengelände</li> <li>■ Bewegung ohne Leistungsdruck ermöglichen</li> <li>■ verschiedene Außenaktivitäten, bspw. Schwimmen, Schlittschuhlaufen</li> <li>■ Möglichkeiten schaffen, um Neues ungezwungen auszuprobieren</li> <li>■ Aufgreifen von Ideen der Kinder</li> <li>■ Möglichkeiten zur Entstehung eines Gemeinschafts- und Wir-Gefühls schaffen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ vielfältige Bewegungsmöglichkeiten im Morgenkreis, im Bewegungsraum und auf dem Außengelände werden täglich von allen Kindern wahrgenommen</li> <li>■ Kinder erfahren Bewegung ohne Leistungsdruck</li> <li>■ Kinder haben Freude an Bewegung</li> <li>■ Kinder nehmen an Außenaktivitäten teil, bspw. am Schwimmkurs</li> <li>■ Kinder probieren Neues ungezwungen aus</li> <li>■ Ideen der Kinder werden aufgegriffen und umgesetzt</li> <li>■ Kinder erleben ein Gemeinschafts- und Wir-Gefühl</li> </ul>
<b>Stolpersteine und Hürden</b>	<b>Erfolgsfaktoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mangelndes Selbstvertrauen der Kinder (trauen sich nicht, haben Angst)</li> <li>■ Angst der Eltern vor Gefahr</li> <li>■ Absicherung, Aufsichtspflicht</li> <li>■ fehlende Kenntnisse der Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ eigene Bewegungsfreude der Erzieherinnen</li> <li>■ Kreativität der Erzieherinnen</li> </ul>

**Teilziel 7:** Örtliche Gegebenheiten zur Bewegungsförderung werden genutzt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entdeckung verborgener und neuer Bewegungsräume im Stadtteil; Teilnahme an „Stadtteilrunden“ oder Informationsaustausch mit Sportvereinen über bestehende Sportangebote</li> <li>■ Nutzung von Freiflächen und Naturräumen der Umgebung wie Cannstatter Wasen, Park, Spielplätze, Wald</li> <li>■ Auslegen von Handzetteln und Broschüren für Sportangebote der Umgebung</li> <li>■ Nutzung von Bewegungsangeboten in der Umgebung wie z. B. Schwimmkurse</li> <li>■ Raum für Bewegungsbaustellen schaffen (z. B. nach Elfriede Hengstenberg, verschiedene weitere Materialien)</li> <li>■ bewegungsfreundliches Außengelände (Garten mit Rutsche, Schaukel, Wippe, Klettermöglichkeiten, Fahrzeugen, Sandkasten)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ verborgene und neue Bewegungsräume werden entdeckt</li> <li>■ Naturräume der Umgebung werden von den Familien genutzt</li> <li>■ Spielplätze und Parks in der näheren Umgebung werden regelmäßig mit den Kindern besucht</li> <li>■ jährlich findet ein Elternnachmittag statt, an dem ein Spielplatz besucht wird</li> <li>■ Broschüren über Sportangebote stehen den Eltern zur Verfügung</li> <li>■ Eltern werden auf Sportangebote hingewiesen und zu deren Nutzung motiviert</li> <li>■ Eltern motivieren sich gegenseitig zur sportlichen Freizeitgestaltung (Joggen, Schwimmen etc.)</li> <li>■ Eltern tauschen sich über Sportangebote aus</li> <li>■ Eltern bringen einschlägige Broschüren über Sportangebote mit</li> <li>■ Schwimmkurse werden angeboten und besucht</li> <li>■ jährlich findet ein Sporttag im nahe gelegenen Park statt</li> <li>■ wöchentlich findet ein Spaziergang im Stadtgebiet statt</li> <li>■ jährlich findet ein Sommerfest (mit Bewegungsspielen) in der näheren Umgebung der Kita statt</li> <li>■ die Kita beteiligt sich am Stadtteilstoff</li> <li>■ Kinder nutzen die Bewegungsbaustelle und das Außengelände täglich</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ organisatorischer Aufwand</li> <li>■ hohe Verkehrsdichte in der Umgebung der Kita</li> <li>■ Naturräume liegen in einiger Entfernung</li> <li>■ kein Garten oder Hof in der Einrichtung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten</li> <li>■ motivierte und engagierte Elternschaft</li> </ul>

**Teilziel 8:** Eine Kooperation mit Sportvereinen findet statt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kontaktpersonen in Vereinen über besondere Schwierigkeiten von Familien in belasteten Soziallagen und über besondere Zugangsschwierigkeiten aufklären</li> <li>■ Kontaktgespräche mit verschiedenen Sportvereinen</li> <li>■ Vereine werden eingeladen und stellen ihr Angebot in der Kita den Erzieherinnen und den Eltern vor</li> <li>■ Klärung möglicher Optionen der Zusammenarbeit</li> <li>■ Integration der Bewegungsangebote von Vereinen in den Kita-Alltag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vereine sind informiert, sensibilisiert und motiviert</li> <li>■ Kontaktgespräche finden statt</li> <li>■ Vereine stellen Angebote vor</li> <li>■ mögliche Optionen der Zusammenarbeit sind geklärt</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Informationsdefizite bei den Eltern über Vereinsangebote in Deutschland</li> <li>■ Informationsdefizite bei den Vereinen über verschiedene kulturelle Hintergründe und Informationsbedarf der Eltern</li> <li>■ keine Motivation/Bereitschaft der Vereine hinsichtlich einer Kooperation mit der Kita</li> <li>■ finanzielle Hürden von Seiten der Familien</li> <li>■ Räumlichkeiten nicht vorhanden, z. B. keine Sporthalle in der Umgebung der Kita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kenntnis der Vereinsstrukturen in der Umgebung</li> <li>■ nachhaltiges Informieren (Gespräche mit Verantwortlichen der Vereine, mit Eltern; Auslegen von Informationsblättern)</li> <li>■ grundsätzliche Bereitschaft zu Kooperationen</li> <li>■ Kontaktfreude</li> <li>■ Durchhaltevermögen/Ausdauer</li> </ul>

**Teilziel 9:** Motorische Fähigkeiten sind bei Schuleintritt gut entwickelt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ alltägliche Bewegungsabläufe wie Seilhüpfen, Purzelbaum, werden regelmäßig und systematisch in den Alltag integriert</li> <li>■ regelmäßige Bewegungsbeobachtungen</li> <li>■ Bewegungsspiele werden täglich bewusst gestaltet und eingesetzt</li> <li>■ Besondere Bewegungsbedarfe werden dokumentiert</li> <li>■ Individuelle Bewegungsangebote, die sich am Entwicklungsstand und an den vorhandenen Fertigkeiten der Kinder orientieren, werden angeboten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder üben Bewegungsabläufe wie Seilhüpfen täglich</li> <li>■ Bewegungsverhalten der Kinder wird regelmäßig beobachtet und eingeschätzt</li> <li>■ Kinder üben Bewegungen täglich und sind sicherer bei Bewegungsabläufen</li> <li>■ Kinder kennen Bewegungsspiele und deren Ablauf</li> <li>■ Rückmeldung von Gesundheitsamt: grobmotorische Fähigkeiten bei Einschulung gut entwickelt</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ mangelndes Problembewusstsein</li> <li>■ motorische Defizite der Kinder werden nicht wahrgenommen</li> <li>■ Informationsdefizite bei den Eltern über Förderangebote</li> <li>■ Eltern, die nicht kooperieren</li> <li>■ mangelnde Kompetenz der Erzieherinnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewegungsförderung ernst nehmen</li> <li>■ Bewegungsdefizite ernst nehmen und als Herausforderung für die Kita annehmen</li> <li>■ mit Eltern in Kontakt treten, sie stärken und Ideen zur Förderung geben</li> </ul>

**Teilziel 10:** Die Unfall- und Verletzungsgefahr ist gering.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kindern den Umgang mit offenen alltäglichen Gefahren ermöglichen und ihnen Freiraum geben</li> <li>■ über Gefahren informieren</li> <li>■ Mut zusprechen</li> <li>■ Koordinations- und Bewegungsfähigkeiten der Kinder durch Bewegungsbaustelle und andere Bewegungsangebote stärken</li> <li>■ Einüben der Regeln im Straßenverkehr</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kinder gehen unfallfrei mit alltäglichen Gefahren um</li> <li>■ Kinder sind über alltägliche Gefahren informiert</li> <li>■ Kinder sind motiviert, mutig und vorsichtig</li> <li>■ Koordinations- und Bewegungsfähigkeiten der Kinder sind gestärkt</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst und Vermeidungsverhalten der Eltern, der Erzieherinnen</li> <li>■ schlechte Erfahrungen, Unfälle</li> <li>■ einschränkende Vorgaben des Trägers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vertrauensaufbau</li> <li>■ nicht entmutigen lassen durch evtl. negative Erfahrungen</li> </ul>

Tabelle 36: Konzeptbaustein Bewegung

## 7.2.3 Konzeptbaustein Elternbeteiligung

<b>Leitziel</b>	<b>Die Beteiligung aller Eltern an der Gesundheitsförderung in der Kita wird gefördert.</b>
<b>Teilziele</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Erzieherinnen verfügen über interkulturelle Kompetenz und sind sensibel für unterschiedliche Sozillagen.</li> <li>2. Gespräche mit allen Eltern werden regelmäßig geführt.</li> <li>3. Die Erzieherinnen arbeiten kontinuierlich am Abbau von Sprachbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten.</li> <li>4. Die Kita fördert einen interkulturellen Austausch und die Verständigung zwischen Erzieherinnen, Eltern und Kindern.</li> <li>5. Die Eltern sind über Aktivitäten der Gesundheitsförderung informiert und ihre Beteiligung ist erwünscht.</li> <li>6. Die Eltern und die Kinder nehmen Angebote der Gesundheitsförderung gemeinsam wahr.</li> <li>7. Die Eltern setzen Gesundheitsförderung außerhalb der Einrichtung um.</li> </ol>



**Teilziel 1:** Die Erzieherinnen verfügen über interkulturelle Kompetenz und sind sensibel für unterschiedliche Sozillagen.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßiger Austausch mit den Eltern über kulturelle Hintergründe und Besonderheiten (Aufnahmegespräch, Elterncafé, Ausflüge, Alltag etc.)</li> <li>■ Kita-Team informiert sich regelmäßig über die soziale Lage und das Umfeld der Kinder und Eltern</li> <li>■ regelmäßige Teilnahme an KiFa (in der Einrichtung stattfindende Kinder- und Familienbildung)</li> <li>■ regelmäßige Teilnahme an der „Stadtteilrunde“ (Gemeinwesenarbeit)</li> <li>■ Teilnahme an Fortbildungen zu kulturellen und sozialen Themen</li> <li>■ Verankerung des Wissens über kulturelle Hintergründe und die soziale Lage im Kita-Konzept</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erzieherinnen tauschen sich mit den Eltern über kulturelle Hintergründe und Besonderheiten aus</li> <li>■ Kita-Team ist über die Sozillage der Kinder und deren Eltern informiert</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen regelmäßig an KiFa teil</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen regelmäßig an der „Stadtteilrunde“ teil</li> <li>■ Erzieherinnen nehmen regelmäßig an Fortbildungen zu kulturellen und sozialen Themen teil</li> <li>■ das Wissen über kulturelle Hintergründe und die soziale Lage ist im Kita-Konzept verankert und umgesetzt (Kosten für Angebote wie Schwimmkurs, Theater werden so niedrig wie möglich gehalten, Elternveranstaltungen finden vorwiegend in der Einrichtung statt)</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten einzelner Eltern</li> <li>■ fehlendes Einfühlungsvermögen einzelner Erzieherinnen</li> <li>■ fehlendes Wissen über kulturelle Hintergründe</li> <li>■ mangelndes Vertrauen zwischen Eltern und Erzieherinnen</li> <li>■ fehlendes Wissen über kulturelle Hintergründe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern als Multiplikatorinnen, Dolmetscherinnen und als Motivatoren nutzen</li> <li>■ sich auf persönliche und kulturelle Unterschiede von Eltern einlassen und damit umgehen</li> <li>■ Kenntnisse über kulturelle Hintergründe</li> <li>■ fortwährender Vertrauensaufbau</li> <li>■ Ideenreichtum (Stärken der Eltern nutzen, bspw. Mutter ohne Deutschkenntnisse zum Kochen einladen)</li> </ul>

**Teilziel 2:** Gespräche mit allen Eltern werden regelmäßig geführt.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßige Tür- und Angelgespräche</li> <li>■ regelmäßige Entwicklungsgespräche mit allen Eltern (zweimal jährlich<sup>57</sup>)</li> <li>■ Dokumentation von Gesprächstermin, -teilnehmerinnen und Gesprächsinhalt</li> <li>■ gemeinsame Aktivitäten wie Familienfreizeiten, Feste, Elterncafés, gemeinsame Ausflüge und deren Planung zum informellen Austausch und für Gespräche nutzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tür- und Angelgespräche finden regelmäßig statt</li> <li>■ Entwicklungsgespräche werden zweimal jährlich mit allen Eltern geführt</li> <li>■ Gesprächstermine, -teilnehmerinnen und -inhalte werden dokumentiert</li> <li>■ immer mehr Eltern fordern regelmäßig Gespräche ein</li> <li>■ Aktivitäten wie Familienfreizeiten, Elterncafés, gemeinsame Ausflüge und deren Planung werden zum informellen Austausch/Gespräch genutzt</li> </ul>
Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten einzelner Eltern</li> <li>■ Berufstätigkeit bzw. Arbeitszeiten der Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reflexion der Qualität stattgefundener Elterngespräche</li> <li>■ Erzieherinnen halten sich gegenseitig den Rücken für Alltagsgespräche frei</li> </ul>

**Teilziel 3:** Die Erzieherinnen arbeiten kontinuierlich am Abbau von Sprachbarrieren und Verständigungsschwierigkeiten.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Reflexion eigener Einstellungen und Haltungen im Team</li> <li>■ Fortbildungen in Techniken der Gesprächsführung</li> <li>■ Teamgespräche</li> <li>■ gegenseitige Hilfestellung durch Kolleginnen bei Gesprächen mit „schwierigen“ Eltern</li> <li>■ Hilfestellung im Umgang mit Behörden (Telefonate, Begleitung zu Terminen, Schriftverkehr, Anträge etc.)</li> <li>■ mehrsprachige Elternnachmittage</li> <li>■ Eltern als Dolmetscherinnen und Multiplikatorinnen</li> <li>■ mehrsprachige Elternbriefe und Infoblätter</li> <li>■ Vermittlung günstiger oder kostenloser Sprachkurse für Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einstellungen und Haltungen werden regelmäßig im Team reflektiert</li> <li>■ Erzieherinnen bilden sich in Techniken der Gesprächsführung fort</li> <li>■ Mitarbeiterinnen unterstützen sich gegenseitig bei „schwierigen“ Elterngesprächen</li> <li>■ Erzieherinnen bieten regelmäßig allen Eltern Hilfestellung im Umgang mit Behörden an</li> <li>■ Eltern nehmen Hilfestellung an</li> <li>■ mehrsprachige Elternnachmittage finden statt und die Eltern nehmen das Angebot wahr</li> </ul>

<sup>57</sup> der Orientierungsplan fordert ein Entwicklungsgespräch mit den Eltern pro Jahr

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nutzung des KiFa-Angebotes, um Sprachschwierigkeiten in vertrauter Umgebung zu mildern und zum Gebrauch der deutschen Sprache zu ermutigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern fungieren regelmäßig als Dolmetscherinnen und Multiplikatorinnen</li> <li>■ mehrsprachige Elternbriefe und Infoblätter stehen zur Verfügung und werden gelesen</li> <li>■ günstige oder kostenlose Sprachkurse für Eltern werden von den Erzieherinnen vermittelt</li> <li>■ Eltern nehmen an Sprachkursen teil</li> <li>■ KiFa wird in der Einrichtung angeboten</li> <li>■ feste Gruppen nutzen das KiFa-Angebot regelmäßig</li> <li>■ während des KiFa-Angebotes unterhalten sich die Eltern in deutscher Sprache</li> <li>■ auch schwer erreichbare Eltern beteiligen sich an den Kita-Aktivitäten</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ geringe finanzielle Mittel: professionelle Dolmetscherinnen/Übersetzungen sind sehr teuer</li> <li>■ fehlendes Wissen der Erzieherinnen über Behördenzuständigkeiten und über das Ausfüllen von Antragsformularen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern als Dolmetscherinnen oder Multiplikatorinnen</li> <li>■ Wertschätzung für Fortschritte und Erfolge der Eltern (Sprache, Anträge, Präsentationen etc.)</li> </ul>

**Teilziel 4:** Die Kita fördert einen interkulturellen Austausch und die Verständigung zwischen Erzieherinnen, Eltern und Kindern.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufbau einer Atmosphäre von Vertrauen und Wertschätzung</li> <li>■ alle Kulturen wertschätzen und willkommen heißen (z. B. Begrüßung in verschiedenen Sprachen)</li> <li>■ „Familienalbum“, in dem sich die Familien vorstellen</li> <li>■ Austausch mit Eltern über kulturelle Hintergründe und Besonderheiten (z. B. Elterncafés, KiFa-Angebot, Familienfreizeiten)</li> <li>■ Einrichtung eines Elterntreffs (täglich von 7:30 Uhr bis 10:00 Uhr)</li> <li>■ Möglichkeit zum täglichen Austausch zwischen Eltern und Erzieherinnen durch Elterntreff</li> <li>■ regelmäßige Gespräche mit Eltern über verschiedene Religionen, Traditionen, Rituale und deren Bedeutung für den Alltag</li> <li>■ regelmäßige Gespräche über Bildungs- und Erziehungssysteme in den Herkunftsländern und über das eigene Aufwachsen der Eltern sowie über das Bildungs- und Erziehungssystem in Deutschland</li> <li>■ regelmäßige Familienfreizeiten</li> <li>■ Einbeziehung von Eltern bei Ausflügen</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, sich einzubringen (Kochen in der Einrichtung u. a.)</li> <li>■ Einladung an Eltern, sich jederzeit am Alltag zu beteiligen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ in der Einrichtung herrscht eine Atmosphäre von Vertrauen und Wertschätzung</li> <li>■ alle Kulturen werden wertgeschätzt und in ihrer Sprache begrüßt</li> <li>■ jede Familie stellt sich in einem „Familienalbum“ vor, das in der Einrichtung ausliegt</li> <li>■ der Austausch mit Eltern über kulturelle Hintergründe und Besonderheiten findet regelmäßig statt</li> <li>■ Eltern haben täglich die Möglichkeit eines Elterntreffs zum Austausch untereinander und mit den Erzieherinnen und nutzen diesen zahlreich und regelmäßig</li> <li>■ Gespräche über verschiedene Religionen, Rituale, Merkmale und deren Bedeutung für den Alltag werden regelmäßig geführt</li> <li>■ Erzieherinnen sprechen regelmäßig über Bildungs- und Erziehungssysteme in den Herkunftsländern und fragen Eltern danach, wie sie selbst aufgewachsen sind</li> <li>■ eine Familienfreizeit wird jährlich geplant und zahlreich genutzt<sup>58</sup></li> <li>■ Eltern beteiligen sich regelmäßig an Ausflügen</li> </ul>

<sup>58</sup> 44 Kinder besuchen die Einrichtung – an der letzten Familienfreizeit nahmen 100 Personen teil

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beteiligung der Eltern an der Planung von Festen und Aktivitäten</li> <li>■ Feste aller Kulturen feiern</li> <li>■ KiFa-Angebot in der Einrichtung zum interkulturellen Austausch und zur Verständigung</li> <li>■ Planung und Veranstaltung gemeinsamer Musik- und Tanzabende</li> <li>■ gemeinsam Essen gehen in verschiedene preisgünstige Restaurants (türkisch, schwäbisch, chinesisches, italienisch usw.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern bringen sich gerne bei Aktivitäten in der Einrichtung ein (bspw. Kochen, Basteln)</li> <li>■ mehrere Eltern beteiligen sich regelmäßig am Alltagsgeschehen</li> <li>■ Eltern sind regelmäßig in die Planung und Durchführung von Festen und Aktivitäten einbezogen, auch „schwer erreichbare“ und sehr zurückgezogene Eltern nehmen mit Freude daran teil</li> <li>■ Feste aller Kulturen werden mit allen Kulturen gefeiert</li> <li>■ das KiFa-Angebot wird von einer Gruppe Mütter regelmäßig genutzt; ein interkultureller Austausch findet statt; die Eltern unterhalten sich auf deutsch</li> <li>■ Eltern und Erzieherinnen planen und veranstalten gemeinsame Musik- und Tanzabende in der Einrichtung (regelmäßig alle 6–8 Wochen), an denen auch ehemalige Eltern, Familienmitglieder und Freunde oder Nachbarn der Familien willkommen sind und teilnehmen</li> <li>■ eine zunehmende Zahl von Eltern und Erzieherinnen besucht regelmäßig verschiedene Restaurants (ca. vierteljährlich)</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten einzelner Eltern</li> <li>■ Angst und Furcht vor Misserfolg, Chaos, negativen Erfahrungen, Unklarheiten</li> <li>■ materiell schwierige Situation von Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ klares und ausgewogenes Verhältnis von Nähe, Verständnis und professioneller Distanz zwischen Eltern und Erzieherinnen</li> <li>■ immer präsent und ansprechbar sein</li> <li>■ Mut, Verantwortung zu übernehmen, aber auch abzugeben</li> <li>■ außergewöhnliche Motivation und außergewöhnliches Engagement; Bereitschaft, auch Freizeit einzusetzen (Essen gehen mit Eltern am Wochenende oder Familienfreizeit)</li> <li>■ gemeinsam Spaß haben</li> </ul>

**Teilziel 5:** Die Eltern sind über Aktivitäten der Gesundheitsförderung informiert und ihre Beteiligung ist erwünscht.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ regelmäßige Information des Elternbeirats einmal pro Monat; Informationsweitergabe an die Eltern durch den Elternbeirat</li> <li>■ Einbeziehung des Elternbeirats in die Planung und Organisation</li> <li>■ Beteiligung des Elternbeirats und der Eltern bei der Erarbeitung von Erziehungszielen</li> <li>■ regelmäßige Informationsvermittlung an die Eltern (Elterngespräche, Elternveranstaltungen, Dokumentationen etc.)</li> <li>■ Informationsmaterial den Eltern zugänglich machen: Auslegen von Büchern, Flyern, Zeitschriften u. ä. im Elterntreff</li> <li>■ Austausch der Eltern untereinander und mit den Erzieherinnen durch den Elterntreff</li> <li>■ Elterncafés und Elternveranstaltungen zum Thema „Gesundheitsförderung“</li> <li>■ Integration des Themas „Gesundheitsförderung“ in Tür- und Angelgespräche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ der Elternbeirat wird regelmäßig über die Bedeutung von Gesundheitsförderung informiert</li> <li>■ der Elternbeirat wird regelmäßig über Aktivitäten zur Gesundheitsförderung informiert</li> <li>■ bei Aktivitäten, die Kinder und Eltern betreffen, ist der Elternbeirat stets an der Planung und Organisation beteiligt (z. B. Elterncafé, Tanzabende, Sommerfest, Familienfreizeit, Ausflüge)</li> <li>■ Eltern werden regelmäßig über die Bedeutung von Gesundheitsförderung informiert</li> <li>■ Eltern werden regelmäßig über innerhalb und außerhalb der Kita stattfindende Angebote zur Gesundheitsförderung informiert</li> <li>■ Eltern nutzen das Informationsmaterial</li> <li>■ der tägliche Elterntreff von 7:30 Uhr bis 10:00 Uhr wird genutzt</li> <li>■ Eltern tauschen sich untereinander und mit den Erzieherinnen aus</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aufgreifen des Themas „Gesundheitsförderung“ innerhalb des KiFa-Angebots</li> <li>■ Ermutigung der Eltern an Präventionsangeboten oder gesundheitsfördernden Angeboten in der Kita teilzunehmen (bspw. Zahnprophylaxe, Sehtest)</li> <li>■ Einbeziehung der Eltern in den Alltag (Erdbeer-, Apfelernte, Exkursion zum Gesundheitsamt, Marktbesuche, Ausflüge u. a.)</li> <li>■ Einbeziehung der Fähigkeiten und Fertigkeiten der Eltern in den Alltag (z. B. Kochen, Tanzen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern nehmen regelmäßig und aktiv an Elterncafés und anderen Kita-Aktivitäten für Eltern teil</li> <li>■ Gesundheitsförderung ist fester Bestandteil der täglichen Tür- und Angelgespräche</li> <li>■ das Thema „Gesundheitsförderung“ wird innerhalb des KiFa-Angebots aufgegriffen und erarbeitet</li> <li>■ Eltern begleiten ihre Kinder zu Präventionsangeboten in der Kita (Zahnärztin, Sehtest u. a.)</li> <li>■ Eltern werden in den Alltag mit einbezogen (z. B. Ausflüge u. a.)</li> <li>■ Eltern bringen ihre Stärken in den Kita-Alltag ein (z. B. Kochen, Tanzen)</li> </ul>
<p><b>Stolpersteine und Hürden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten einzelner Eltern</li> <li>■ anfängliche Ängste vor Fehlern, Neuem, Ungewohntem</li> <li>■ Unwissenheit der Erzieherinnen über Angebote außerhalb der Einrichtung</li> </ul>	<p><b>Erfolgsfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kenntnis über schwierige Lebenslagen, Wissen über Kulturen, Empathie</li> <li>■ Wissen über verschiedene Angebote zur Gesundheitsförderung</li> <li>■ Gesundheitsförderungsangebote externer Anbieterinnen finden in der Kita statt</li> </ul>

**Teilziel 6:** Die Eltern und die Kinder nehmen Angebote der Gesundheitsförderung gemeinsam wahr.

<p><b>Beispielhafte Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planung, Organisation und Durchführung von Familienfreizeiten einmal jährlich</li> <li>■ regelmäßig gemeinsam kochen, backen, essen</li> <li>■ regelmäßige Aktivitäten für Eltern und Kinder wie Erdbeer- und Apfelernte, Waldspaziergang, Theaterbesuch</li> <li>■ Zahnarztbesuch einmal jährlich</li> <li>■ Zahnprophylaxe für Eltern und Kinder (in Kita und Gesundheitsamt) zweimal jährlich</li> <li>■ alltagsnahe Information und Beratung der Eltern und Kinder zu Ernährung (z. B. Produkt- und Einkaufsinformationen vor Ort im Supermarkt) durch Angebote des Gesundheitsamtes</li> <li>■ Eltern die Möglichkeit geben, in angenehmer vertrauter Atmosphäre über psychosoziale Themen und Erziehungsfragen zu sprechen</li> <li>■ Sporttag für Eltern und Kinder einmal jährlich</li> <li>■ Vermittlerrolle der Erzieherinnen zwischen Eltern und Kindern (in Bezug auf Konflikte, Kontaktwünsche, Freizeitgestaltung u. a.)</li> </ul>	<p><b>Erfolgsindikatoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ eine Familienfreizeit findet jährlich statt</li> <li>■ Eltern, Kinder und Erzieherinnen planen und organisieren gemeinsam die Familienfreizeit</li> <li>■ Eltern, Kinder und Erzieherinnen backen, kochen und essen regelmäßig gemeinsam in der Kita</li> <li>■ Eltern beteiligen sich regelmäßig bereitwillig und mit Freude an Aktivitäten (Kino, Theater, Wald, Wilhelma [Zoo], Spielplatz, Gesundheitsamt, Obsternte u. a.)</li> <li>■ einmal im Jahr kommt die Zahnärztin in die Kita</li> <li>■ zweimal im Jahr finden Zahnprophylaxeveranstaltungen statt (in der Kita und im Gesundheitsamt)</li> <li>■ Eltern und Kinder nehmen zahlreich und gerne das Angebot zur Zahnprophylaxe wahr</li> <li>■ Angebote zur Ernährungsberatung und Produktinformation finden zweimal jährlich durch das Gesundheitsamt statt, Eltern nehmen zahlreich und gerne daran teil</li> <li>■ Eltern haben immer die Möglichkeit, in angenehmer Atmosphäre über psychosoziale Themen und Erziehungsfragen zu sprechen und mit den Erzieherinnen in Austausch zu treten und machen regelmäßig davon Gebrauch</li> <li>■ Sporttag wird jährlich durchgeführt; Kinder und Eltern nehmen aktiv und mit Freude teil.</li> <li>■ Erzieherinnen vermitteln regelmäßig zwischen Kindern und Eltern; Erzieherinnen gehen bewusst auf Eltern zu</li> </ul>
--	---

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Angst der Erzieherinnen vor Verantwortung</li> <li>■ fehlendes Bewusstsein über die Wichtigkeit der Vermittlerrolle als Erzieherin</li> <li>■ geringe Teilnahme von Eltern wegen Berufstätigkeit (v. a. in Ganztageseinrichtungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ideenreichtum und Kreativität der Erzieherinnen</li> <li>■ gemeinsames Erarbeiten von Standards zum Thema „Gesundheitsförderung“ in der Kita</li> <li>■ Teilnahme der Erzieherinnen an Eltern-Kind-Veranstaltungen</li> <li>■ Wissen über gesundheitsfördernde Angebote und Expertinnen</li> <li>■ Kontaktpflege und Kooperation mit Expertinnen</li> <li>■ einladende Atmosphäre in der Kita</li> </ul>

**Teilziel 7:** Die Eltern setzen Gesundheitsförderung außerhalb der Einrichtung um.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ermutigung der Eltern, weitere Gesundheitsmaßnahmen einzuleiten und umzusetzen (Logopädie, Ergotherapie, Zahnarztbesuch, Optiker, Arztbesuch u. a.)</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, die Kinder im Sportverein anzumelden</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, mit ihren Kindern aktiv ihre Freizeit zu gestalten (Schwimmbad, Spielplatz, Fahrrad fahren, Spazieren gehen, Freunde treffen u. a.)</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, zuhause Süßigkeiten durch Obst und Gemüse zu ersetzen</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, den Kindern abwechslungsreiches Essen zuzubereiten</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, eine angenehme Tischatmosphäre und Esskultur herzustellen</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, Rituale zu entwickeln</li> <li>■ Ermutigung der Eltern, zuhause gemeinsam mit den Kindern zu kochen und zu backen</li> <li>■ Ermunterung zu gesundheitsförderlichen Aktivitäten (z. B. Turnen gehen, Spazieren gehen, Zähne putzen); bei Elterngesprächen Vereinbarungen treffen</li> <li>■ Eindämmen gesundheitsriskanter Verhaltensweisen (z. B. Trinken mit dem Sauger, Schnuller, Süßgetränke, Fernsehen während des Essens); bei Elterngesprächen Vereinbarungen treffen</li> <li>■ Ermunterung der Eltern, Bedürfnisse und Wünsche ihrer Kinder (z. B. nach Bewegung) zu erkennen, ernst zu nehmen und auch zu ermöglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern und Kinder berichten davon, Gesundheitsmaßnahmen und Förderangebote wahrzunehmen (Arztbesuche, Ergotherapie u. a.)</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten von ihren Aktivitäten im Sportverein</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten von Familienausflügen</li> <li>■ Kinder bringen ausschließlich ungesüßte Getränke mit</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten, dass zuhause zunehmend Süßigkeiten durch Obst und Gemüse ersetzt werden</li> <li>■ Eltern und Kinder bringen Obst und Gemüse für den Obstkorb in der Kita mit und sind stolz darauf</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten über ein abwechslungsreiches Essen zuhause</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten von ihrer Esskultur zuhause</li> <li>■ Eltern berichten, dass ihre Kinder sie über gesunde Ernährung aufklären und sie an Tischregeln erinnern</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten, dass sie zuhause gemeinsam kochen und backen und bringen das Zubereitete in die Kita mit</li> <li>■ Eltern und Erzieherinnen reflektieren regelmäßig in Gesprächen die getroffenen Vereinbarungen bezüglich gesundheitsfördernder Aktivitäten und gesundheitsriskanter Verhaltensweisen</li> <li>■ in den Gesprächen wird deutlich, dass die Eltern die Vereinbarungen ernst nehmen und versuchen, diese umzusetzen</li> <li>■ Eltern und Kinder berichten davon, dass auf Bedürfnisse und Wünsche der Kinder, z. B. nach Bewegung, im Familienalltag eingegangen wird</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Informationsdefizite der Eltern über Gesundheitsförderungs- und Präventionsmöglichkeiten</li> <li>■ fehlendes Wissen über die soziale Lage und kulturelle Hintergründe</li> <li>■ fehlende Motivation von Eltern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beteiligung der Eltern an gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Kita</li> <li>■ realistische und niederschwellige Anregungen</li> <li>■ nach Umsetzung fragen, auf Probleme eingehen, Erfolge loben</li> <li>■ Vorbild- und Vermittlungsfunktion der Erzieherinnen</li> <li>■ Bereitschaft der Erzieherinnen zur Kontaktaufnahme und zur Kooperation mit verschiedenen Institutionen</li> <li>■ Stetigkeit und Durchhaltevermögen</li> <li>■ Wissen über die soziale Lage und kulturelle Hintergründe</li> </ul>

Tabelle 37: Konzeptbaustein Elternbeteiligung

## 7.2.4 Konzeptbaustein Integration und Vernetzung

<b>Leitziel</b>	<b>Integration und Vernetzung von Kindern und Eltern in belasteten Lebenslagen werden gefördert.</b>
<b>Teilziele</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Kita bietet Eltern und Kindern die Möglichkeit, ein unterstützendes Netzwerk innerhalb und außerhalb der Kita aufzubauen und vorhandene Unterstützungsangebote zu nutzen.</li> <li>2. Die Kita ist offen für andere Anbieterinnen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich des sozialen Umfelds.</li> </ol>



**Teilziel 1:** Die Kita bietet Eltern und Kindern die Möglichkeit, ein unterstützendes Netzwerk innerhalb und außerhalb der Kita aufzubauen und vorhandene Unterstützungsangebote zu nutzen.

<b>Beispielhafte Maßnahmen</b>	<b>Erfolgsindikatoren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Möglichkeiten schaffen, Freundschaften/Bekanntschaften zu knüpfen</li> <li>■ Einrichtung eines Elterntreffs, Organisation von Elterncafés</li> <li>■ Ermutigung der Eltern zur gegenseitigen Unterstützung (bspw. Begleitung bei Arztbesuchen, Ausfüllen von Anträgen, Übersetzen)</li> <li>■ Vermittlung von Beratungsstellen bei Bedarf und Erstkontakt herstellen (bspw. ASD, Gesundheitsamt, psychologische Lebensberatung)</li> <li>■ Vermittlung von Förderangeboten bei Entwicklungsdefiziten der Kinder (Frühförderung, Kinderärztin, Logopädie, Ergotherapie, Gesundheitsamt u. a.)</li> <li>■ Begleitung zu Förderangeboten</li> <li>■ Begleitung der Eltern zu Arztbesuchen, Gesprächen in der Schule, Behördengängen etc.</li> <li>■ Einbeziehung der Eltern in gesundheitsfördernde Aktivitäten der Kita (bspw. Besuche des Gesundheitsamtes, gemeinsames Kochen, gemeinsame Planung und Durchführung eines Sporttages, einer Familienfreizeit etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Eltern machen Bekanntschaften und knüpfen Freundschaften</li> <li>■ ein täglicher Elterntreff und regelmäßige Elterncafés finden statt und werden genutzt</li> <li>■ Eltern unterstützen sich regelmäßig gegenseitig (bspw. durch gegenseitiges Übersetzen, Begleitung zu Arztbesuchen etc.)</li> <li>■ Erzieherinnen stellen den Kontakt zu Beratungsstellen her und begleiten die Eltern bei Bedarf</li> <li>■ Erzieherinnen vermitteln Förderangebote bei Entwicklungsdefiziten der Kinder und begleiten die Eltern bei Bedarf</li> <li>■ Erzieherinnen begleiten Eltern bei Arztbesuchen u. a.</li> <li>■ Eltern werden in gesundheitsfördernde Aktivitäten der Kita mit einbezogen</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ sprachliche Barrieren</li> <li>■ Integrationsschwierigkeiten einzelner Eltern</li> <li>■ fehlendes Wissen über Beratungs-, Unterstützungs- und Förderangebote</li> <li>■ fehlendes Wissen über kulturelle Hintergründe und Unterstützungsbedarf</li> <li>■ unzureichende Rahmenbedingungen</li> <li>■ arbeitsrechtliche Probleme (Begleitungen etc. außerhalb Kita)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ weites Verständnis der Rolle und Aufgaben von Erzieherinnen</li> <li>■ gegenseitige Unterstützung und Solidarität im Team in Bezug auf Vermittlungsaufgaben und die Begleitung der Eltern</li> <li>■ Erzieherinnen kennen Beratungs-, Unterstützungs- und Förderangebote</li> <li>■ Erzieherinnen pflegen den Kontakt zu Ansprechpartnerinnen</li> <li>■ Eltern können Hilfen annehmen</li> </ul>

**Teilziel 2:** Die Kita ist offen für andere Anbieterinnen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich des sozialen Umfelds.

Beispielhafte Maßnahmen	Erfolgsindikatoren
<p>Die Kita öffnen für vielfältige externe Anbieterinnen und Angebote:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ KiFa (Kinder- und Familienbildungsangebot in der Einrichtung)</li> <li>■ Lesepatinnen</li> <li>■ Singpatinnen</li> <li>■ Kooperation mit der Grundschule</li> <li>■ Frühförderung in der Kita</li> <li>■ Beratungszentrum Stuttgart („Allgemeiner Sozialer Dienst“ [ASD])</li> <li>■ Gesundheitsamt</li> <li>■ Elternseminar Stuttgart</li> <li>■ („Eltern-, Familien-, Lebensberatung“)</li> <li>■ Stadtteilrunden</li> <li>■ Sportentwicklung Bad Cannstatt (aktuelles EU-Projekt des Sportamtes zur besseren Vernetzung im Stadtteil Bad Cannstatt)</li> </ul>	<p>Vielfältige Angebote aus dem Sozial-, Gesundheits- und Bildungsbereich finden innerhalb und außerhalb der Kita statt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ KiFa: eine Gruppe von Müttern trifft sich regelmäßig unter der Leitung einer ehemaligen Mutter mit Migrationshintergrund in Räumlichkeiten der Kita</li> <li>■ Lesepatinnen: (ehemalige) Eltern (mit Migrationshintergrund) lesen in der Kita (in ihrer Heimatsprache) vor und regen die Kinder zum Erzählen an</li> <li>■ Singpate: ein Senior engagiert sich ehrenamtlich in der Kita, indem er zweiwöchentlich und bei Festen mit den Kindern singt und Lieder über die Kinder und Erzieherinnen dichtet</li> <li>■ Kooperation mit der Grundschule: gegenseitige Besuche, Austausch zwischen Erzieherinnen und Lehrerinnen, gemeinsame Lern- und Erfahrungsangebote (z. B. Theateraufführung)</li> <li>■ Frühförderung: regelmäßiger Kontakt zur Frühförderstelle, Entwicklungsbeobachtung in der Kita, Hilfestellungen bei der Einschätzung von Entwicklungsdefiziten und der Entwicklung unterstützender Angebote in und außerhalb der Kita</li> <li>■ Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD): Kontaktvermittlung bei Familienschwierigkeiten; Hilfestellung, bei der Vermittlung von Tagesmüttern</li> <li>■ Gesundheitsamt: „g’sund &amp; g’scheit“, Zahnprophylaxe, Ernährungsberatung, Zahnarztbesuche, Einschulungsuntersuchung, Antrag und Bewilligung von Integrationskräften</li> <li>■ Elternseminar Stuttgart: KiFa-Angebot, Elterncafés, externe Veranstaltungen</li> <li>■ Stadtteilrunde: Austausch über Angebote im Stadtteil, Gemeinwesenarbeit, Organisation von Festen, Informationsaustausch über Bebauungsplan und Flächennutzung</li> <li>■ Sportentwicklung: Austausch über sportliche Möglichkeiten im Stadtteil, Diskussion über Möglichkeiten der engeren Zusammenarbeit mit den Vereinen</li> <li>■ Alltagsarbeit ist mittel- und langfristig erleichtert durch Kooperationen (z. B. Lesepatinnen, KiFa, Singpatinnen, Elternseminar etc.)</li> </ul>

Stolpersteine und Hürden	Erfolgsfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ frustrierende Erfahrungen (nicht einhalten von Vereinbarungen u. ä.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ klare Ziele und Transparenz der Ziele im Team und mit den Kooperationspartnerinnen</li> <li>■ Durchhaltevermögen</li> <li>■ Bereitschaft der Erzieherinnen, Kooperationen einzugehen und zu pflegen</li> </ul>

Tabelle 38: Konzeptbaustein Integration und Vernetzung

### 7.3 Erfolgsfaktoren für integrative sozillagenbezogene Gesundheitsförderung in Kitas

Die Erfolgsfaktoren wurden zum einen aus dem Entwicklungsprozess der Konzeptbausteine, zum anderen aus den Informationsgesprächen, den Hospitationen und Interviews mit der Leiterin und dem Team der Kita Daimlerstraße ermittelt. Sie entsprechen den konkreten Erfahrungen und Beobachtungen in der Kita Daimlerstraße. Die nachfolgenden Erfolgsfaktoren können allen entwickelten Konzeptbausteinen übergeordnet werden. Dabei handelt es sich in manchen Punkten um grundlegende Voraussetzungen und essentielle Rahmenbedingungen, die für das Gelingen einer integrativen und sozillagenbezogenen „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ unumgänglich sind.



#### Übergreifende Erfolgsfaktoren für die Realisierung der Leitziele

##### Erfolgsfaktoren in Bezug auf die Leitung und das Team:

Klare und gemeinsame Ziele von Leitung und Team sowie eine klare Aufgabenteilung und festgelegte Verantwortlichkeiten sind eine wichtige Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit im Team. Motivation und Engagement der Leitung und des Teams, sowie die Bereitschaft, das Interesse und der Mut, Neues kennen zu lernen, Ungewohntes auszuprobieren, sich auf Dinge einzulassen sowie Ideenreichtum und Kreativität werden als wichtige Erfolgsfaktoren im Entwicklungsprozess der Kita gewertet. Zeit für kollegiale Gespräche, gegenseitige Unterstützung und Reflexionen sind in diesem Prozess elementar. Grundlegende Voraussetzung sind die Qualifikation und die Entwicklung entsprechender Kompetenzen sowie regelmäßige Fortbildungsangebote für das Team zu den entsprechenden Themen. Um die Ziele zu realisieren, sind Eigenschaften, wie Durchhaltevermögen und Beharrlichkeit sowie die Bereitschaft, Kooperationen einzugehen, die Kita zu vernetzen und sich das dafür nötige Wissen anzueignen, grundlegend. Ein „langer Atem“ und ein gutes Durchhaltevermögen sind erforderlich, um auch bei Rückschlägen und Schwierigkeiten nicht aufzugeben und weiter an der Realisierung zu arbeiten.

##### Erfolgsfaktoren für die Zusammenarbeit mit den Eltern und Kindern:

Die wertschätzende Haltung, welche die Erzieherinnen den Kindern und Eltern entgegenbringen (und umgekehrt) sowie das Interesse und das Wissen über die soziale Lebenssituation, kulturelle und religiöse Hintergründe, kristallisieren sich als grundlegende Erfolgsfaktoren für einen gelingenden Aufbau von Erziehungspartnerschaften „auf Augenhöhe“ und eine vorbildliche pädagogische Arbeit mit den Kindern heraus. Die kulturelle Vielfalt wird von den Erzieherinnen als Chance und Ressource gesehen und genutzt. Auch die regelmäßige Informationsweitergabe an Eltern, die Transparenz hinsichtlich der Ziele und Aktivitäten in der Kita sowie ein kontinuierlicher Austausch und Vertrauensaufbau und gemeinsame Aktivitäten bilden die Basis für eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern. Diese Erfolgsfaktoren können als Voraussetzungen für eine „Gesundheitsförderung mit allen“ in der Kita gewertet werden.

### **Die Bedeutung der Leitung:**

Nur durch die klaren Ziele und die hohe Motivation der Leiterin (Frau Miller) ist die Umsetzung der Ziele in der vorliegenden Form möglich geworden. Die gemeinsamen klaren Ziele, die Motivation, das Engagement und die Einigkeit des Teams sind auch Resultate einer erfolgreichen Leitungstätigkeit.

### **Die Bedeutung des Trägers:**

Eine gute Kooperation mit dem Träger (Jugendamt der Stadt Stuttgart) bzw. mit der Bereichsleitung-Fachberatung (Frau Braungart) und vor allem die Unterstützung durch den Träger sind grundlegende Erfolgsfaktoren: Zum einen muss das Konzept mit dem Träger (Bildungspläne, Konzeptionen) abgestimmt werden. Zum anderen müssen entsprechende personelle, strukturelle und finanzielle Ressourcen bereit gestellt werden, z. B. für die Fortbildungen der Mitarbeiterinnen, aber auch für Teamentwicklungsprozesse, Planungswerkstätten etc. Darüber hinaus ist es ein wichtiger Erfolgsfaktor, wenn die Gesundheitsarbeit der Kita vom Träger Wertschätzung erhält, indem z. B. Gesundheitsthemen vom Träger in anderen Gremien (Leitungsrunden etc.) vorgestellt werden.

### **Das außergewöhnliche Engagement von Leitung und Team:**

Von Expertinnen, die die erfolgreiche soziallagenbezogene Gesundheitsförderung in der Kita Daimlerstraße kennen gelernt haben, wird übereinstimmend das außergewöhnliche Engagement der Leiterin und des Teams als herausragender Erfolgsfaktor hervorgehoben. Indem die Kita Eltern unterstützt und begleitet, übernimmt sie Aufgaben, die für den Aufbau einer gelingenden Erziehungspartnerschaft und einer guten Zusammenarbeit auch mit den sozial belasteten Eltern und für Eltern mit Sprachproblemen von zentraler Bedeutung sind.

In den geführten Interviews, aber auch in der teilnehmenden Beobachtung und während des intensiven Konzeptentwicklungsprozesses wurde herausgearbeitet, dass dieses Engagement nicht nur Aspekte einer außergewöhnlichen Arbeitsbelastung enthält. Es wurde deutlich, dass sich das besondere Engagement (z. B. Unterstützung, Begleitung, Freizeitaktivitäten) auch arbeitsökonomisch „lohnt“ und in Entlastungen in anderen Bereichen „auszahlt“. Es führt, in Verbindung mit der Haltung von Respekt und Wertschätzung gegenüber Kindern und Eltern dazu, dass die allermeisten Eltern ihrerseits die Kita-Leitung und das Team nach Kräften unterstützen, z. B. bei Gemeinschaftsaktivitäten und Festen, aber auch im Alltag. Es führt auch dazu, dass es in dieser Kita nur ganz wenige Eltern gibt, die als schwer erreichbar oder schwer zugänglich gelten. Durch außergewöhnliche Aktivitäten wie Familienfreizeiten ergeben sich vielfältige Gesprächs- und Kennenlern-Möglichkeiten, die der Zusammenarbeit mit Eltern und Familien im Alltag zugute kommen. Das besondere Engagement zeigt auch besondere Erfolge, es erhöht die Professionalität, die Motivation und die Arbeitsfreude der Erzieherinnen in ihrem belasteten Alltag.

Tabelle 39: Erfolgsfaktoren für die Realisierung der Leitziele

## **Übertragbarkeit und Rahmenbedingungen**

Hinsichtlich der Übertragbarkeit dieser erfolgreichen Arbeit muss darauf geachtet werden, dass einige der Aufgaben im Grenzbereich zum Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) mit dem Träger abgesprochen und arbeitsrechtlich abgesichert werden müssen. Vor allem in Bezug auf das außergewöhnliche Engagement der Leitung und des Teams in der Kita Daimlerstraße muss betont werden, dass ein derartiges Engagement nicht überall und lebenslang von allen Erzieherinnen vorausgesetzt werden kann und darf. Wenn von Kitas eine so bedeutsame und anspruchsvolle Praxis, wie die der soziallagenbezogenen und integrativen Gesundheitsförderung, wie sie in der Kita Daimlerstraße praktiziert wird, erwartet wird, müssen Träger und Gesetzgeber auch die entsprechend notwendigen Rahmenbedingungen gewährleisten. Diese Forderung wird auch in einschlägigen Stellungnahmen und Empfehlungen zur besseren Zusammenarbeit von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen erhoben und kann hier nur unterstrichen werden. Fehlendes Personal, fehlende Finanzen, Zeit und Qualifikationsmöglichkeiten sowie sonstige fehlende Rahmenbedingungen können daher als „allgemeine Stolpersteine und Hürden“ für eine Realisierung der Konzeptbausteine und Leitziele zusammengefasst werden.

## 7.4 Schlussbetrachtung

Das Praxisbeispiel der Kita Daimlerstraße zeigt, wie eine vorbildliche sozialogenbezogene und integrative „Gesundheitsförderung mit allen in Kindertageseinrichtungen“ aussehen kann. Die exemplarischen Konzeptbausteine geben Einblick in die konkrete Umsetzung einer integrativen sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung in den ausgewählten Handlungsfeldern Ernährung, Bewegung, Beteiligung von Eltern sowie Integration und Vernetzung von sozial benachteiligten Kindern und ihren Eltern in belasteten Lebenslagen. Besonders hervorzuheben ist die gelingende Zusammenarbeit mit den oft multipel belasteten Eltern und Familien. Sie beteiligen sich regelmäßig an den Kita-Aktivitäten, obwohl sie als „schwer erreichbare“ Zielgruppe der Gesundheitsförderung gelten können.

Sowohl bei der Auswertung der Interviews und Hospitationen als auch im gemeinsamen Entwicklungsprozess der Konzeptbausteine, wurden Faktoren identifiziert, die zu einer Erklärung beitragen: Die Leiterin und das Team verfügen über eine sozialökologische Perspektive, die die Kinder und ihre Eltern in ihrem Sozialraum und sozialen Umfeld sowie in ihrer sozialen Lage wahrnimmt. Sie verfügen über Wissen über die Lebenswelten und schwierigen sozialen Lagen und die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe sowie über die Fähigkeit der Empathie, um sich in die Kinder, Eltern und Familien und deren Situation hinein zu versetzen. Alle Aktivitäten werden der sozialen Lage und Lebenswelt der Kinder und Eltern angepasst. Die gelebte Haltung der Akzeptanz, Wertschätzung und Förderung ausnahmslos aller Kinder und Eltern „mit all ihren Schwierigkeiten“ scheint diese gelingende Beteiligung und Teilhabe zu erklären. Kinder und Eltern können die Kita als „ihre Einrichtung“ wahrnehmen. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die umfassende Begleitung, Unterstützung und Vernetzung der besonders belasteten Eltern und Familien. Diese ermöglicht auch eine umfassende Förderung des Kindeswohls und kann ein Beitrag zum Schutz von Kindern sein (> Kapitel 4).



Die sozialökologische Perspektive bezieht sich auch auf die Einrichtung, die als gesundheitsförderndes Setting wahrgenommen und gestaltet wird. Darüber gelingt es, Ernährung und Bewegung in ein umfassenderes Gesundheitsförderungskonzept und in den Alltag zu integrieren. Die Prinzipien der Partizipation, des Empowerments und der Niederschwelligkeit werden berücksichtigt. Alle Kinder und ihre Eltern werden darüber niederschwellig und nicht-stigmatisierend im Alltag beteiligt und gefördert. Die Kita ist vernetzt und fördert die Integration und Vernetzung von Kindern und Eltern. Die Aktivitäten im Alltag, aber auch bei Festen, werden sozialogensensibel, kultursensibel und geschlechtersensibel geplant und durchgeführt. Kinder und Eltern werden „abgeholt, wo sie stehen“ und beteiligt. Damit werden bedeutsame Kriterien guter Praxis der Gesundheitsförderung mit sozial benachteiligten Kindern und Eltern erfüllt (> Kapitel 2.2).

Darüber hinaus zeigen sich interessante Parallelen zwischen den Erfolgsfaktoren und Vorzügen der Konzeption und Praxis der Kita Daimlerstraße und den Erfolgskriterien, welche die Evaluation der britischen Sure Start-Zentren identifiziert. Erfolgreiche Sure Start-Zentren sind beispielsweise dadurch charakterisiert, dass das Management und die Projektleitung der Zentren sich durch eine hohe Qualität der Leitung auszeichnen, dass sich die Teammitglieder auf eine gemeinsame Vision und Ziele verpflichten, dass die Orte, Angebote und Umgangsformen sich durch eine informelle Atmosphäre bei gleichzeitig hohem professionellen Ethos auszeichnen, dass die Dienstleistungen die Bedürfnisse der Kinder und der Eltern gleichermaßen adressieren und dass eine Anerkennungskultur zur Würdigung der Leistungen, der Mitarbeiterinnen, der Eltern, der Familien und der Kinder besteht (> Kapitel 6.4).

Ziel des Praxis- und Anwendungsprojektes war es, ein Beispiel dafür zu entwickeln, wie das Wissen und die Erfahrungen aus den Grundlagen, Strategien, Konzepten, Umsetzungsbeispielen und Verknüpfungsmöglichkeiten, die Bestandteil der Analyse waren, auf eine konkrete Kita und deren Umfeld angewandt werden können und in deren Praxis eingebunden werden können. Die Kita Daimlerstraße stellte sich dafür als ideales Forschungs- und Handlungsfeld heraus. Die entwickelten Konzeptbausteine sollen als übertragbare Beispiele für integrierte sozialogenbezogene Gesundheitsförderung mit dem Schwerpunkt Ernährung und Bewegung dienen. Sie umfassen auch die Zusammenarbeit mit den Eltern, sowie die Integration und Vernetzung von Kindern und Eltern in belasteten Lebenslagen in ihrem sozialen Umfeld.

## 8 Anhang

### Programme (Konzepte) und Handbücher zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Programme	Beschreibung
FIT KID. Die Gesund-Essen-Aktion für Kitas	FIT KID des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz unterstützt <b>Kitas</b> , eine vollwertige und abwechslungsreiche Ernährung anzubieten und die Ernährungsbildung fest in den Kita-Alltag zu integrieren. Das Angebot besteht aus einer Fortbildungsveranstaltung für Multiplikatorinnen und der Broschüre „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“. Für Einrichtungen ist eine Zertifizierung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung möglich. <a href="http://www.fitkid-aktion.de">www.fitkid-aktion.de</a>
„Gesunde Kita“ Förderung von Gesundheitsprojekten	Durch die Programme „gesunde Kita“ fördert die Techniker Krankenkasse <b>Kitas</b> auf dem Weg zu einer gesunden Organisation. Gefördert werden Angebote mit den inhaltlichen Schwerpunkten Ernährung, Bewegung, Entspannung, Gewaltprävention, Suchtprävention und gesundheitsfördernde Kommunikation. <a href="http://www.tk-online.de/gesundekita">www.tk-online.de/gesundekita</a>
Der Laufende Schulbus	Die Stadt Heidelberg, die Universität Heidelberg und der Landkreis Rhein-Neckar-Kreis bieten unter dem Laufenden Schulbus einen gemeinsamen, von Eltern und Seniorinnen begleiteten, Fußweg in <b>Kindergarten</b> und <b>Schule</b> . Dazu werden „Haltestellen“ als Startpunkte in der Gemeinde und ein Einsatzplan von Ehrenamtlichen erstellt. <a href="http://www.issw.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/issw/ab/sport_und_gesundheit/folder-a5_laufender_schulbus.pdf">www.issw.uni-heidelberg.de/imperia/md/content/fakultaeten/vekw/issw/ab/sport_und_gesundheit/folder-a5_laufender_schulbus.pdf</a>
Netzwerk g'sund und g'scheit	Initiative von 13 Gesundheitsämtern zur Unterstützung von bedarfsorientierten Maßnahmen zur Verbesserung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens sowie der Rahmenbedingungen in <b>Kita und Schule</b> durch Prozessbegleitung und Multiplikatorinnenfortbildung. Inhaltliche Schwerpunkte sind u. a. Bildung und Sprache, Bewegungspausen, die bewegungsfreundliche Gestaltung von Innen- und Außengelände, Entspannung, Freizeit- und Sport-AGs, ausgewogene, gesundheits-, ökologie- und sozialverträgliche Ernährung, „gesundes“ Pausenangebot, Mittagstisch, gemeinsame Mahlzeiten, Durchführung eines Gesundheitszirkels (Kitas) und Fortbildungen (für Lehrkräfte) zum Umgang mit Belastungen. <a href="http://www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/menu/1141396/index.html?ROOT=1133583">www.gesundheitsamt-bw.de/servlet/PB/menu/1141396/index.html?ROOT=1133583</a>
„Gesunde Kommune“	Die Techniker Krankenkasse unterstützt kommunale Gesundheitsförderungsprojekte, die nicht nur auf Einzelmaßnahmen abzielen, sondern ein Gesamtkonzept „Gesunde Kommune“ verfolgen. <a href="http://www.tk-online.de/gesundekommune">www.tk-online.de/gesundekommune</a>
Bewusste Kinderernährung (BeKi) in der ersten Lebensphase	BeKi ist ein Programm des Ministeriums für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz Baden-Württemberg. Eltern von <b>Neugeborenen</b> erhalten über Krankenhäuser, Hebammen, Frauen- und Kinderärztinnen die Broschüre „Von Anfang an mit Spaß dabei – Essen und Trinken für kleine Kinder“ ( <a href="http://www.beki-bw.de">www.beki-bw.de</a> unter „Arbeitsmaterial“). Zudem wird das Infoblatt „Ernährung im 1. Lebensjahr“ in deutscher und türkischer Sprache angeboten. In allen Landkreisen Baden-Württembergs können ergänzend <b>Elternkurse</b> mit dafür geschulten BeKi-Fachfrauen durchgeführt werden. Diese werden entweder über die Volkshochschule oder im Rahmen von PEKiP-Kursen durchgeführt oder aber frei vereinbart (z. B. „Babies erster Brei“ oder „Übergang vom Stillen zur Breikost“).

	Die Adressen der BeKi-Fachfrauen sind über die BeKi-Koordinatorinnen der Landratsämter erhältlich ( <a href="http://www.beki-bw.de">www.beki-bw.de</a> ).
Bewusste Kinderernährung (BeKi) – im Kindergartenalter	<p>Über die Landratsämter (BeKi-Koordination: <a href="http://www.beki-bw.de">www.beki-bw.de</a>) können Erzieherinnen von <b>Kindergärten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ BeKi-Fortbildungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Dabei erhalten sie den Ringordner „Expedition Kindergarten – Ernährungserziehung für die Praxis“ mit umfangreichem Arbeitsmaterial (<a href="http://www.aid-medienshop.de">www.aid-medienshop.de</a>) des Ministeriums für Ländlichen Raum, Ernährung und Verbraucherschutz Baden-Württemberg ausgehändigt. Dieser regt dazu an, dass Ernährungserziehung in der Kita vielseitig gestaltet, die Bildungsarbeit zu Ernährungsthemen systematisiert, das Verpflegungsangebot bewusst gestaltet und die Erziehungspartnerschaft mit den Eltern gepflegt wird.</li> <li>■ Adressen von BeKi-Fachfrauen erhalten, die zertifizierte Fortbildungen für Erzieherinnen durchführen und Elternveranstaltungen zu Ernährungsthemen gestalten und dabei praxisorientiert die Bedeutung der einzelnen Lebensmittelgruppen und der Mahlzeitengestaltung verdeutlichen sowie Eltern über alle Fragen rund um die Ernährungserziehung informieren.</li> </ul>
Landesnetzwerk medienpädagogische Elternarbeit	Die Referentinnen des Landesnetzwerkes medienpädagogische Elternarbeit in Baden-Württemberg unterstützen mit Angeboten wie Elternabende oder Multimedia-Wochenenden die Medienerziehung von Familien und stärken deren Medienkompetenz. <a href="http://www.ajs-bw.de/LandesNetzWerk-fuer-medienpaedagogische-Elternarbeit.html">www.ajs-bw.de/LandesNetzWerk-fuer-medienpaedagogische-Elternarbeit.html</a>
Kindergärten in Aktion	Damit eine fundierte Bewegungserziehung im <b>Kindergarten</b> stattfinden kann, bietet die Unfallkasse Baden-Württemberg in Kooperation mit der Universität Konstanz für Erzieherinnen zweitägige Seminare zur Bewegungsförderung an. Die Website <a href="http://www.kindergaerten-in-aktion.de/">www.kindergaerten-in-aktion.de/</a> enthält zudem viele Anregungen für die kindliche Bewegungsförderung und die Sicherheit im Kinderalltag.
Komm mit in das gesunde Boot – Kindergarten	Das Programm der Landesstiftung Baden-Württemberg beinhaltet zwei Module, die <b>Kindergärten</b> in Baden-Württemberg unter <a href="http://www.gesunde-kinder-bw.de">www.gesunde-kinder-bw.de</a> kostenlos buchen können. Das Bewegungsmodul wird über einen Zeitraum von 6 Monaten von geschulten Bewegungsfachkräften durchgeführt. Bausteine für Kinder sind ein 20-Wochen-Bewegungsprogramm (38 Stunden à 60 min. pro Gruppe, jeweils 2x pro Woche) und 2 Piraten-Fitnesstests. Bausteine für das Erzieherinnenteam sind ein Vorgespräch mit der Einrichtungsleitung, eine intensive Eingangsberatung mit dem Erzieherinnenteam und eine umfassende Abschlussberatung. Weitere Bausteine sind ein Familiennachmittag für Kinder und Eltern als Auftakt sowie ein bewegter Elternabend. Das Ernährungsmodul wird über einen Zeitraum von 4-6 Monaten durchgeführt und verfolgt das Ziel, den Anteil übergewichtiger Kinder bei Schuleintritt zu reduzieren. Kinder sollen lernen, gemeinsam zu essen und einfache Gerichte selbstständig zuzubereiten.
TigerKids Kindergarten aktiv	Mit dem bundesweiten Programm TigerKids wird auf das Verhalten des einzelnen Kindes eingewirkt und gesundheitsfördernde Strukturen im <b>Kindergarten</b> geschaffen. Kindern wird durch das Kindergarten-Team spielerisch gesundes Essen und mehr Bewegung vermittelt. Das Kindergarten-Team erhält eine zweitägige Schulung, eine Fortbildung nach einem Jahr, Unterstützung via Internet sowie Betreuung durch die AOK. Für Eltern gibt es Elternbriefe und Elternabende. Weitere Informationen gibt es unter <a href="http://www.tigerKids.de">www.tigerKids.de</a> und in jeder AOK-Bezirksdirektion.
KIKS UP	KIKS UP ( <a href="http://www.kiksup.de">www.kiksup.de</a> ) hat das Ziel, Kinder und Jugendliche in ihrer Lebenskompetenz zu stärken. KIKS UP bietet spezielle Konzepte für <b>Kitas</b> , <b>Schulen</b> und <b>Vereine</b> , berücksichtigt Erzieherinnen, Lehrkräfte, Übungs- und Jugendleiterinnen, Eltern, Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Kinder- und Jugendärztinnen als Multiplikatorinnen. KIKS UP beinhaltet Bewegungs-

	förderung, Ernährungs- und Genussstrainings sowie eine Förderung der psychosozialen Gesundheit. Es wird auf eine Stärkung der Erziehungskompetenz aller mit Kindern Handelnden und eine bewusste Reflexion des eigenen Erziehungsverhaltens hingewirkt. Durch bilinguale Medien und ein bilinguales Kursangebot, fest integrierte Angebote in Kita und Schule, Angebote für alle in Lebenssituationen mit hoher Beratungsrelevanz (z. B. Schwangerschaft) werden Kinder, Jugendliche und Eltern aus allen sozialen Schichten angesprochen. KIKS UP hat im Jahr 2006 den Hessischen Präventionspreis erhalten und war für den Deutschen Präventionspreis 2008 nominiert.
Kinderturnen on Tour	In der Kinderturn-Welt auf Rädern können Kinder sieben Kontinente laufend, kletternd, hüpfend oder balancierend erkunden, mit allen Sinnen erleben und dabei entdecken, dass Bewegung Spaß macht. Die baden-württembergische Kinderturnstiftung stellt diese mobile Erlebniswelt <b>Kindergärten, Vereinen, Schulen, Kommunen</b> sowie anderen Institutionen im Land für Veranstaltungen kostenlos zur Verfügung und kann direkt unter <a href="http://www.kinderturnstiftung-bw.de">www.kinderturnstiftung-bw.de</a> angefragt werden.
Bewegte Kommune	Mit dieser Kampagne bündelt die Kinderturnstiftung Baden-Württemberg mit ihren Partnerinnen Stiftung Sport in der Schule Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg vorhandenes Wissen, Projekte, Aktionen, Veranstaltungen und Service rund um die Themen Bewegung und Kinderturnen. Ziel der Kampagne ist es, allen Kindern in Kommunen eine motorische Grundlagenausbildung zu ermöglichen sowie das Thema Bewegungsförderung im Kindesalter fest in der <b>Kommune</b> zu verankern und den Umfang und die Qualität der Angebote für Kinder zu verbessern und auszubauen. <a href="http://www.kinderturnstiftung-bw.de">www.kinderturnstiftung-bw.de</a>
Fit und gesund-KIDS: Kinderturnen im <b>Verein</b>	Dieses Angebot der AOK mit gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten, schafft die Basis für gesunde, physische, psychische und soziale Entwicklung. Das Angebot vermittelt spielerisch Spaß an Bewegung und versteht sich als Mittel zur Hinführung an eine Sportart. Es orientiert sich dabei an der Erlebniswelt der Kinder und lässt Räume für Ideen und Fantasien und die Erfahrung der Wahrnehmung des eigenen Körpers. <a href="http://www.aok-fitundgesund.de/aok/startframe.html">www.aok-fitundgesund.de/aok/startframe.html</a>
Handbücher	Beschreibung
Spielleitplanung	Das Ministerium für Umwelt, Forsten und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz und das Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur Rheinland-Pfalz initiierten die Spielleitplanung, ein Instrument zur Erreichung von mehr Kinderfreundlichkeit. Die Anwendung der Spielleitplanung gewährleistet, dass bei allen Planungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsschritten im Gemeinde-/Stadtgebiet die Bedürfnisse und Interessen von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt werden. Spielleitplanung führt nachhaltig zu einer besseren Lebensqualität für alle Generationen. Sie ist offen für alle, die sich für die Interessen der Kinder und Jugendlichen einsetzen und eine Umgebung mit abwechslungsreichen Spiel-, Erlebnis- und Aufenthaltsbereichen erschaffen möchten. <a href="http://www.spielleitplanung.de">www.spielleitplanung.de</a>
Bewegungsförderung im Wohnumfeld für Kinder und Jugendliche	Dieser Leitfaden, der Volkswirtschafts- und Gesundheitsdirektion Kanton Basel-Landschaft, zeigt auf, wie die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen bei der Planung von Siedlungen und Quartieren stärker berücksichtigt werden können. Er enthält einen Maßnahmenkatalog zu möglichen Aktivitäten der Bewegungsförderung von Kindern und Jugendlichen im Wohnumfeld. Die Maßnahmen reichen von naturnahen Pausenplätzen über temporär zugängliches Brachland bis zum sicheren Fuß- und Radwegenetz. <a href="http://www.baselland.ch/kind-und-raum-hm.311382.0.html">www.baselland.ch/kind-und-raum-hm.311382.0.html</a>

<p>Kinder und jugendbezogene Gesundheitsförderung im Stadtteil</p>	<p>Die Arbeitshilfe zeigt praxisnah auf, wie Gesundheitsförderung als Teil der Stadtentwicklung und der Quartiersarbeit erfolgreich entwickelt und umgesetzt werden kann. Sie hat somit zum Ziel, eine Art Ideen- und Methodenkoffer mit einfachen Anregungen und Hilfestellungen für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung zu entwickeln und so Impulse für Initiativen in Kommunen zu schaffen. <a href="http://www.difu.de/publikationen/difu-berichte/3_09/06.shtml">www.difu.de/publikationen/difu-berichte/3_09/06.shtml</a></p>
<p>Sport- und Bewegungs-kindergärten</p>	<p>Dieses Buch erläutert mit Hilfe vieler Praxisbeispiele, wie Kindergärten umgebaut, erweitert und inhaltlich gestaltet werden können, um Raum für Bewegung und eine kindgerechte Entwicklungsförderung herzustellen. <a href="http://www.bsj-freiburg.de/cms/iwebs/default.aspx?mmid=3308&amp;smid=12540">www.bsj-freiburg.de/cms/iwebs/default.aspx?mmid=3308&amp;smid=12540</a></p>
<p>Erfahren und Begreifen durch Spielen und Sich-Bewegen</p>	<p>Spielen und sich bewegen sind Grundbedürfnisse von Kindern und Voraussetzung einer ganzheitlichen Persönlichkeitsentwicklung. Die Handreichung möchte deshalb dazu beitragen, den <b>Kindergarten</b> als Bewegungswelt zu gestalten. Grundlegende Bewegungsformen werden unter den Aspekten der Erziehung zur und durch Bewegung kindgemäß methodisch-didaktisch aufbereitet. Zahlreiche Fotos und leicht verständliche Kommentierungen machen die Broschüre des Ministeriums für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg und des Landesinstituts für Schulsport Baden-Württemberg zur wertvollen Hilfe im Alltag und zum Ideengeber. <a href="http://www.schulsport-in-bw.de/katalog-und-bestellformular.html">www.schulsport-in-bw.de/katalog-und-bestellformular.html</a></p>
<p>Handbuch mit erfolgreichen Bewegungs-, Ernährungs- und Mobilitätsbeispielen für <b>Kindergärten</b> und <b>Schulen</b></p>	<p>Das Handbuch der Stadt Karlsruhe beinhaltet Maßnahmen (z. B. Aktionstage, Elternabende), Tipps, Spielanleitungen sowie Literaturhinweise zu den Themenbereichen Bewegung, Ernährung und Mobilität. Es richtet sich an Erzieherinnen, die pädagogischen Fachberatungen der Träger von Kindereinrichtungen, Fachschulen sowie interessierte Eltern und steht unter <a href="http://www3.karlsruhe.de/servlet/is/72503/">www3.karlsruhe.de/servlet/is/72503/</a> kostenfrei zur Verfügung.</p>
<p>„Gesunde Kitas – starke Kinder“. Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in Kitas</p>	<p>Die Plattform Ernährung und Bewegung e. V. versucht durch die Arbeitshilfe des Pilotprojektes „gesunde Kitas – starke Kinder“ eine möglichst ganzheitliche Gesundheitsförderung zu vermitteln, die gleichzeitig Bildungs- und Entwicklungsprozesse der Kinder stärkt. Kinder sollen dazu befähigt werden, ihre Gesundheit eigenständig zu stärken. <a href="http://www.ernaehrung-und-bewegung.de/164/">www.ernaehrung-und-bewegung.de/164/</a></p>
<p>„Gesunde <b>Kita</b> für alle – Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte“</p>	<p>„Gesunde Kita für alle!“ ist ein Leitfaden der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V., der aufzeigt, wie Gesundheitsförderung in <b>Kindertagesstätten</b> funktionieren kann. Das Ziel ist, unter Beteiligung von Kindern, Mitarbeiterinnen, Eltern und dem Umfeld, Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag zu integrieren. Der Leitfaden bereitet zunächst grundlegende Begriffe der Gesundheitsförderung (wie Empowerment und Partizipation) für die Anwendung in Kindertageseinrichtungen auf und beschreibt die Belastungen und Potenziale von Kindern, Mitarbeiterinnen und Eltern. Es wird dargestellt, wie Gesundheitsförderung zur Konstanten im Kita-Alltag wird. Der Leitfaden unterstützt Kitas ganz praktisch, indem er einen „Werkzeugkasten“ mit verschiedenen Arbeitsmaterialien und Vorlagen beinhaltet. Der Leitfaden ist erhältlich über die Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e. V.: <a href="http://www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&amp;snr=7774">www.bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=bvpg&amp;snr=7774</a> oder über die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.: <a href="http://www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/dokumentationen/99-230210-gesunde-Kita-fuer-alle">www.gesundheit-nds.de/CMS/index.php/dokumentationen/99-230210-gesunde-Kita-fuer-alle</a></p>

Tabelle 40: Programme (Konzepte) und Handbücher zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010, 32–39)

## Literatur

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010). Gesund aufwachsen in Baden-Württemberg: Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung. Stuttgart.

