

Leistungen und Bedarf von Kitas für Prävention und Gesundheitsförderung: Ergebnisse der bundesweiten Pilotstudie

Auftraggeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Durchführung: Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Hamburg

Kontakt und Informationen:

Thomas Kliche, Dipl.-Pol. Dipl.-Psych., UKE (Hamburg): t.kliche@uke.uni-hamburg.de

Inhalt:

1	ZUSAMMENFASSUNG	2
2	DER FORSCHUNGSSTAND ZU PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KITAS	2
2.1	KITAS SIND EIN WICHTIGES FELD FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	2
2.2	GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN BEI KINDERN NEHMEN ZU.	3
2.3	SOZIALE BENACHTEILIGUNG BELASTET DIE GESUNDHEIT VON KINDERN.	3
2.4	PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG SOLLTEN MÖGLICHSST FRÜH ANSETZEN.	4
2.5	DIE EINBEZIEHUNG DER FAMILIEN UNTERSTÜTZT NACHHALTIGE PRÄVENTION.	5
2.6	MITARBEITER/-INNEN SIND VIELEN ANFORDERUNGEN UND BELASTUNGEN AUSGESETZT.	5
2.7	ALLGEMEINE KRITERIEN FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG FEHLEN.	6
2.8	STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN SIND WICHTIG FÜR DIE PRÄVENTION.	6
3	ZIELSETZUNG UND VORGEHEN DER STUDIE	6
4	ERGEBNISSE DER BUNDESWEITEN BESTANDS- UND BEDARFSErHEBUNG 2005-06	9
4.1	DEUTLICHE GESUNDHEITLICHE BELASTUNGEN DER KINDER, BESONDERS IN BRENNPUNKTEN	9
4.2	GESUNDHEIT IST EIN WICHTIGES THEMA IM ARBEITSALLTAG DER KITAS.	10
4.3	ES GIBT VIELE PRÄVENTIVE EINZELPROJEKTE – VON UNTERSCHIEDLICHER QUALITÄT.	11
4.4	ARBEITZUFRIEDENHEIT.....	13
4.5	GESUNDHEITSFÖRDERUNG FÜR DIE KITA-MITARBEITER/-INNEN STEHT EHER IM HINTERGRUND.	14
4.6	QUALITÄTSSICHERUNG.....	14
4.7	GESTALTUNGSSCHWÄCHEN VIELER PRÄVENTIVER EINZELPROJEKTE.....	15
4.8	EINIGE PRÄVENTIVE PROJEKTE SIND VORBILDLICHER KONZIPIERT UND UMGESETZT.	15
4.9	VON DEN MITARBEITER/INNEN GEWÜNSCHTE FORTBILDUNGEN UND ENTWICKLUNGEN.....	17
4.10	RAHMENBEDINGUNGEN SIND WICHTIG FÜR DIE PRÄVENTIVE ARBEIT IN DEN KITAS.	18
5	GESAMTBILD UND ENTWICKLUNGSMÖGLICHKEITEN	19
6	LITERATUR	24

1 Zusammenfassung

Zielsetzung: Die Studie soll über Stand, Entwicklungsbedarf und mögliche Hürden für Prävention und Gesundheitsförderung (PGF) in Kitas informieren und damit eine umfangreichere Hauptstudie 2006 vorbereiten.

Vorgehen: Bundesweit wurden 643 Kitas per Fragebogen (160 Items) befragt. Die meisten Bögen wurden von den Kita-Leitungen ausgefüllt, doch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zu Bögen, die von Erzieher/-innen ausgefüllt worden waren. Die Ergebnisse wurden bei 32 Kitas durch vertiefte Analyse mit dem Qualitätssystem *QIP (Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung)* für Projekte zu den wichtigsten Präventionsthemen (Ernährung, Bewegung, Stress, Konflikte) abgesichert.

Ausgewählte Ergebnisse: Die Kitas beobachten derzeit *erhebliche gesundheitliche Belastungen der Kinder* (darunter 14% Entwicklungsverzögerungen, 8% Sprachstörungen, 9% deutliche Unruhe und Konzentrationsmangel). In *sozialen Brennpunkten* werden doppelt bis dreifach höhere Belastungen der Kinder berichtet. Die *Arbeitszufriedenheit der Kita-Mitarbeiter/-innen* liegt über fast alle Dimensionen im mittleren Bereich. Mit dem erlebten Arbeitsdruck und ihrer Einkommenshöhe sind die Mitarbeiter/-innen am wenigsten zufrieden. 51% der Kitas berichten *arbeitsbezogene Gesundheitsbeschwerden* der Erzieher/-innen (meist Schmerzen im Bewegungsapparat, vor allem im Rücken; Infektions- und Erkältungserkrankungen; Erschöpfung, Müdigkeit und Kopfschmerz).

Die Kitas bearbeiten schon heute *viele Gesundheitsthemen regelmäßig im Alltag*. Etwa zwei Drittel unternahmen 2005 zudem spezielle gesundheitsförderliche Projekte. Der überwiegende Teil aller Aktivitäten zielt auf die Förderung der Kindergesundheit. Die Gesundheit der Mitarbeiter/-innen steht eher im Hintergrund. Eine kleine Zahl von Projekten schenkt der Familie und dem Umfeld Aufmerksamkeit. Die vertiefte Qualitätsanalyse zeigt Projekte, denen eine vorbildliche Umsetzung evidenzgestützter Qualitätskriterien gelungen ist, aber auch *erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten* der meisten Projekte. Zur Beobachtung der Arbeitserfolge überwiegen *allgemeine Qualitätsmanagement-Verfahren*, für gesundheitsspezifische Aspekte fehlen Ansätze wirkungsorientierter Projektauswahl und Qualitätssicherung.

Fortbildungswünsche der Kitas richten sich vor allem auf die Verbesserung von Maßnahmen zu den häufigsten Gesundheitsthemen: Bewegung, Ernährung, Stressreduktion. An strukturbezogenen Entwicklungswünschen stehen Einkommenserhöhungen (49,3%) und bessere Personalschlüssel (71,2%) im Vordergrund.

Folgerungen: Der Ausbau von PGF in Kitas kann bei Einzelprojekten und Fortbildungen ansetzen, weil diese den Kitas gut vertraut und auch erwünscht sind. Hilfreich wären Angebote für (a) niedrigschwellige Elternarbeit, (b) leicht umsetzbare präventiven Projekte und Interventionen mit Umsetzungshilfen (z.B. Unterlagen), (c) diagnostische Hilfsmittel zur Beobachtung der Kinder und zur Feststellung des Bedarfs in der Kita, (d) Unterstützung einer weiteren Vernetzung mit anderen Fachkräften und Akteuren.

2 Der Forschungsstand zu Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas

2.1 Kitas sind ein wichtiges Feld für Prävention und Gesundheitsförderung.

„Gesund aufwachsen“ ist ein vorrangiges nationales Gesundheitsziel der Bundesrepublik Deutschland, auf das sich alle wichtigen Akteure der Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik geeinigt haben: Kitas sollen wichtige Aufgaben bei der Förderung gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, bei der Stärkung von Schutzfaktoren und bei der Vermittlung von Fähigkeiten zur Stressbewältigung für die Kinder übernehmen (gesundheitsziele.de, 2003; GVG, 2005). Kitas sind aus mehreren Gründen dafür ein wichtiges und geeignetes Arbeitsgebiet:

Fast alle Kinder besuchen vor ihrer Einschulung zumindest zeitweilig eine Kita, in einigen Bundesländern 95% (Wagner & Kirch, 2006). Ende 2002 standen im früheren Bundesgebiet für 88% der 3-6-jährigen ein Kindergartenplatz, für 3% der 0-3-jährigen ein Krippenplatz und für 5% der über 6-jährigen ein Hortplatz zur Verfügung (Statistisches_Bundesamt, 2004). In Kitas besteht somit eine Möglichkeit, fast alle Kinder bis zu sechs Jahren zu erreichen, zudem ihre Familien. Kitas könnten also langfristig gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen beeinflussen, durch Elternarbeit das familiäre Gesundheitsverhalten modifizieren und elterliche Kompetenzen erweitern (Altgeld, 2002). Kitas könnten durch Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und durch fachliche Vernetzung die Versorgung mit wichtigen Leistungen des Gesundheitswesens, wie z.B. Impfungen, stark verbessern (Berg & Wegner, 2006; Ellsäßer, 2004; Wagner & Kirch, 2006). Dank einer Zusammenarbeit zwischen Kita, Öffentlichem Gesundheitsdienst und Schulen kann es z.B. gelingen, die Impfraten bis in die 10. Klasse weit über den Durchschnitt zu heben (Ellsäßer, 2004).

2.2 *Gesundheitliche Belastungen bei Kindern nehmen zu.*

Eine Bestandsaufnahme der BZgA (BZgA, 2002, S. 22) fasst die wichtigsten Gesundheitsbelastungen für jüngere Kinder zusammen:

- eine Verschlechterung des gesundheitlichen Allgemeinzustandes,
- gehäuftes Auftreten chronischer Erkrankungen und atopischer Krankheiten, vor allem Asthma bronchiale, Heuschnupfen und Neurodermitis,
- Defizite in der motorischen Entwicklung, Koordinationsstörungen,
- verzögerter Spracherwerb, Hörstörungen, Sehstörungen,
- Übergewicht, Adipositas und problematisches Ernährungsverhalten,
- Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität,
- Unfälle,
- geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindergartenalter,
- geringe Impfbereitschaft.

Für diese Belastungen gibt es inzwischen viele Belege (Bergmann, Thefeld & Kurth, 2002; BMBF, 2005; BMFSFJ, 2005; BZgA, 1998; Haffner et al., 2002; Hurrelmann, Klocke, Melzer & Ravens-Sieberer, 2003; Kurth et al., 2002; Setterboulte, Hoepner-Stamos & Hurrelmann, 1997; Thefeld et al., 2002). Aktuelle Erhebungen der Bundesgesundheitsberichterstattung (KiGGS) zeigen ebenfalls während der letzten Jahre einige steigende Gesundheitsbelastungen bei Kindern (Kurth, Kamtsiuris et al., 2006; Kurth, Lange et al., 2006).

2.3 *Soziale Benachteiligung belastet die Gesundheit von Kindern.*

Kindern aus sozial benachteiligten Gruppen, insbesondere aus armen Familien, erleben schon früh überdurchschnittliche gesundheitliche Belastungen (Holz, 2004; Pott & Lehmann, 2002). Höhere Risiken bestehen für Früh- und Mangelgeburten, Karies, körperliche und sprachlich-kognitive Entwicklungsverzögerungen, Unfallhäufigkeit, Missbrauchs- und Gewalterfahrungen, Infektionskrankheiten, Medikamenten-, Zigaretten- und Alkoholmissbrauch, Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität und Konzentrationsunfähigkeit, emotionale Auffälligkeiten wie Antriebsarmut und Lustlosigkeit, Ernährungsdefizite und Bewegungsmangel, psychosomatische Beschwerden, geringere Selbstwirksamkeitserwartung, psychische Belastungen und Schmerzen (Trabert, 2002). Bei Einschulungsuntersuchungen treten Adipositas und grobmotorische Störungen bei Kindern aus Sozialhilfe empfangenden Familien um etwa 40 – 50% häufiger auf (Meyer-Nürnberg, 2002). Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus weisen einen signifikant schlechteren Impfstatus auf (Ellsäßer, 2004). Entwicklungsverzögerungen, gesundheitliche Belastungen, Unfallverlet-

zungen und zahnmedizinische Probleme betreffen Kinder aus sozial schwächeren Familien schon vor der Einschulung häufiger als andere (Lampert, Richter & Klocke, 2006). Eine Analyse von Schuleingangsuntersuchungen 1996 zeigte, dass mit dem Anstieg von Sozialhilfeempfänger/-innen in einem Stadtviertel die Häufigkeit von Adipositas, grobmotorischen Koordinationsstörungen, Beeinträchtigungen der fein- und visuellmotorischen Fertigkeiten, der Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten zunahm (Mersmann, 1998). Eine Studie des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS-Frankfurt a.M.) im Auftrag der Arbeiterwohlfahrt (AWO) untersuchte die Auswirkungen dieser Zusammenhänge in Kitas (Hock, Holz & Wüstendörfer, 2001). Jedes dritte arme Kind war in mehr als einem Lebensbereich benachteiligt; 16% der Kinder aus armen Familien kamen hungrig in die Kindertagesstätten, 15% wurden als ungepflegt und vernachlässigt charakterisiert, weitere 15% waren häufig krank, 11% hatten eine chronische Erkrankung und etwa 10% waren in ihrer körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Diese Belastungen lagen über denen anderer Kinder; rund 31% der Kinder aus armen Familien wiesen gesundheitliche Defizite auf, im Mittel waren es hingegen etwa 20%. Die Wiederholungsuntersuchung der AWO-ISS-Studie 2003-2004 belegte gesundheitsbezogene Armutsfolgen für die dann etwa 10jährigen Kinder; ungünstige Gesundheitsverhalten und der Abstand zwischen Kindern aus armen und aus anderen Familien hatten sich verfestigt und vertieft sowie neue Risikoverhaltensweisen ausgebildet: Kinder mit Armutserfahrung haben früher und stärker Kontakt mit Suchtmitteln, d.h. Tabak und Alkohol (Holz, 2005). Diese Befunde stimmen mit Beobachtungen von Mitarbeiter/-innen in Kitas überein (BZgA, 2002) und werden von neueren Daten über Kinderarmut bestätigt (Zanders, 2005).

Erschwerend wirkt, dass sozial benachteiligte Familien multiplen Belastungen ausgesetzt sind. Familien, die in Armut leben, einen niedrigen sozialen Status haben oder bestimmten Minderheiten angehören, leiden unter sozialer Ausgrenzung, die sich u.a. in eingeschränkten Bildungschancen, aber auch in schlechteren Gesundheitschancen für Kinder auswirkt. Sie sind bestimmten Belastungsfaktoren häufiger ausgesetzt: zu diesen Lebensverhältnissen zählen beispielsweise Unvollständigkeit oder Instabilität der Familie, schlechtere Wohnverhältnisse und mangelhafte Anbindung an kulturelle Einrichtungen und öffentliche Verkehrsmittel, häufigere Unerwünschtheit des Kindes, geringere Bildung und Kenntnisse, wenig oder einseitige Anregung, häufigere psychische Erkrankungen der Bezugsperson und häufigere Gewalt in der Familie (Lehmkuhl, Lehmkuhl & Döpfner, 2002; Mielck, 2000; Trabert, 2002). Durch diese Faktoren wird auch eine angemessene Inanspruchnahme gesundheitlicher – insbesondere präventiver – Versorgungsleistungen deutlich eingeschränkt (Meurer & Siegrist, 2005; Pott & Lehmann, 2002; Trabert, 2002).

Kitas sind die einzige Bildungseinrichtung, die auch sozial benachteiligte Familien in großer Breite erreicht. Deren Kinder besuchen viel seltener höhere Schulen und bleiben insgesamt kürzer im Bildungssystem, so dass die verringerten sozialen, gesellschaftlichen und politischen Teilhabe- und Teilnahmekancen über Generationen weitergegeben werden (Altgeld, 2002; Berg & Wegner, 2006). Damit könnte Kitas in der Gesundheitsförderung schwer erreichbarer aber hoch belasteter Gruppen eine Schlüsselrolle zukommen.

2.4 Prävention und Gesundheitsförderung sollten möglichst früh ansetzen.

Die Wirksamkeit gut konzipierter, für das jeweilige Arbeitsfeld angemessen ausgewählter und mit hoher Prozessqualität umgesetzter Präventionsmaßnahmen kann als erwiesen gelten (Kliche, Koch, Lehmann & Töppich, 2006). Um die wachsenden gesundheitlichen Belastungen abzufangen, sind frühe Maßnahmen sinnvoll. Kinder gehören zur gesündesten Altersgruppe, gleichzeitig jedoch zur sensibelsten. Schädigende Einflüsse wie Mangel- oder Fehlernährung, mangelnde Bewegung und zu wenig oder einseitige Anregungen aus der Umwelt hinterlassen bleibende Spuren und können den Grundstein für viele Krankheiten legen, die sich z.T. erst im Jugend- und Erwachsenenalter manifestieren. Langzeitbeobachtungen zeigen die Stabilität wichtiger früher Entwicklungsunterschiede bis ins Erwachsenenalter (Schneider, 2006). So rauchen z.B. Kinder, bei denen in der frühen Kindheit Entwicklungsauffälligkeiten, Aufmerksamkeits- und Verhaltens-

störungen beobachtet wurden, im Alter von 15 Jahren signifikant häufiger und intensiver als andere (Laucht, Hohm, Esser & Schmidt, 2005). Deshalb ist wünschenswert, Förderbedarf möglichst früh diagnostisch zu erfassen (Litty & Hatch, 2006). In diesem Alter sind viele spätere Krankheiten durch frühes Eingreifen wirkungsvoll zu vermeiden oder in ihrem Verlauf günstig zu beeinflussen (z.B. Bergmann & Bergmann, 2004).

2.5 Die Einbeziehung der Familien unterstützt nachhaltige Prävention.

Wichtige Faktoren für die gesundheitlichen Belastungen und die Entwicklung der Kinder liegen im familiären Bereich, darunter Lebensentwürfe und Selbstbilder, sozioökonomische Bedingungen, Modelllernen, Interaktionsstile und soziales Klima, Bindungsqualität, erfahrene soziale und emotionale Kompetenzen, Erziehungsstile, Auswirkungen von Trennungen und Scheidungen (Plaumann, Busse & Walter, 2006; Walper, 2006). Die Familien bestimmen Tagesablauf und Lebensstil der Kinder (Müller-Gräwe, 2006) und geben Vorbilder der Lebensführung (Pinquart & Silbereisen, 2002).

Deshalb sind im Vorschulalter einsetzende Interventionen, die auch die Eltern einbeziehen, erheblich wirksamer sind als später durchgeführte und nur auf die einzelnen Kinder abzielende Maßnahmen; solche Interventionen können erhebliche langfristige Wirkungen auf Emotionen und Bewältigungsmuster der Kinder und Familien haben (Brezinka, 2003; Kuschel et al., 2000; Lehmkuhl et al., 2002; Wolff Metternich et al., 2002). Denn sie erleichtern den Einstieg in die Schule, mindern auf diese Weise die psychosozialen Belastungen durch Misserfolgsereignisse und erhöhen das emotionale Wohlbefinden der Kinder und ihrer Familien bis in die Sekundarstufe II, also mit signifikanter, wenn auch mäßiger Langzeitwirkung; die Effektstärken liegen hier um $d=0,3$ (Nelson & Westhues, 2003). Trainings ausschließlich für die Eltern erbringen bspw. bei kindlichem Übergewicht bessere Ergebnisse als Programme ausschließlich für Kinder (Blättner, Grewe & Kohlenberg-Müller, 2006). Auch bei Suchtprävention sorgt die Einbeziehung der Eltern nachweislich für höhere Wirksamkeit (Bühler & Kröger, 2006).

2.6 Mitarbeiter/-innen sind vielen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt.

Mitarbeiter/-innen in Kitas haben vielseitige und anspruchsvolle psychosoziale und körperliche Arbeitsaufgaben zu bewältigen, obgleich ihre Ausbildung uneinheitlich ist und im internationalen Vergleich noch Professionalisierungspotentiale aufweist. Erzieher/-innen sind in ihrer Arbeit vielfältigen Stressoren ausgesetzt (Seibt, Khan, Thinschmidt, Dutschke & Weidhaas, 2005). Studien verweisen u.a. auf eine als unzulänglich erlebte Ausbildung, fehlende Unterstützung durch den Träger, Zeitdruck, ungünstige Betreuungsschlüssel und Räumlichkeiten, Lärm, stimmliche und körperliche Belastungen sowie Mangel an Entspannungs- und Rückzugsmöglichkeiten; auch Verhaltensstörungen der Kinder stellen wachsende Anforderungen dar (Berger et al., 2002a; Krause, 2004; Molnar, 2005; Rudow, 2004, 2005; Seibt et al., 2005). Als Folgen dieser Belastungen können neben Beschwerden des Bewegungsapparats, insbesondere in Rücken, Schulter und Nacken, auch Kopfschmerz, Ermüdbarkeit, Nervosität und Unruhe, Erkältungen und Stimmprobleme auftreten (Krause, 2004; Seibt et al., 2005). Etwa 8-14% der Mitarbeiter/-innen sind nach Studien und Schätzungen emotional erschöpft oder von Burnout-Symptomen betroffen (Rudow, 2004, 2005; Seibt et al., 2005; Seibt, Malbrich & Dutschke, 2006).

Wichtige Merkmale ihrer Aufgaben geben Mitarbeiter/-innen in Kitas aber auch Grund zur Zufriedenheit, besonders die Tätigkeitsdimensionen „Anforderungsvielfalt“, „Autonomie“, „Ganzheitlichkeit der Arbeit“ sowie „Feedback-Möglichkeiten“ (Berger et al., 2002b; Rudow, 2004, 2005). Die Erfahrung von Vielfalt, Autonomie, Verantwortlichkeit und unmittelbarem Erleben des Umgangs mit Menschen können als Ressourcen von Mitarbeiter/-innen in Kindertagesstätten betrachtet werden.

2.7 Allgemeine Kriterien für Prävention und Gesundheitsförderung fehlen.

Über Strategien, Gestaltungsprinzipien und Qualitätskriterien wirkungsvoller PGF im Arbeitsfeld Kita gibt es bislang keinen Konsens. Studien belegen die Wirksamkeit von Programmen für einzelne Beschwerden oder Risikogruppen unter optimalen Umsetzungsbedingungen, etwa zur Bewegungsförderung (Rethorst, 2004), Suchtvorbeugung (Scheithauer & Barquero, 2005) oder Gewaltprävention (Schick & Cierpka, 2004). Die Wirksamkeit kann u.a. durch Programmtreue und besonders qualifiziertes Personal erhöht werden (Walper, 2006). Daneben gibt es viele einzelne Modellprojekte, die oft unter besonderen Bedingungen arbeiten (z.B. hoher finanzieller Ausstattung). Nur wenige Programme sind evaluiert, viele Aktivitäten weisen Defizite in Dokumentation und Wirkungsnachweis auf und sind daher schwer zu beurteilen (Wagner, Meusel, Höger & Kirch, 2005; Walper, 2006). Die meisten Aktivitäten beziehen sich punktuell auf einzelne Gesundheitsthemen (Ernährung, Bewegung, Unfall). Sie arbeiten mit personalkommunikativ-verhaltenspräventiven Ansätzen, nur selten sind Organisationsentwicklung oder Verhältnisprävention zu finden, obwohl einige Netzwerke sie inzwischen anstreben (vgl. Brezinka, 2003; Göpfert, Wagner, Riedrich, Meusel & Kirch, 2004; Hartwig, Maasberg & Strube, 2004; Krause, 2003; Seibt & Khan, 2005; Szagun, 2005; Wagner & Kirch, 2006). Die in Kitas eingesetzten Qualitätssicherungssysteme sind häufig allgemein und richten kein besonderes Augenmerk auf gesundheitliche Gesichtspunkte (Luber, 2003). Es gibt nur wenige Ansätze zur Entwicklung von gesundheitsfördernden Kitas wie z.B. das Audit Gesunde Kita der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt (http://www.lvg-lsa.de/felder/kita_service.php) oder das Praxisbuch zur Förderung sozial benachteiligter Kinder im Setting Kita (Richter, 2004). Diese richten ihr Augenmerk hauptsächlich auf die Arbeit und Gestaltung der gesamten Einrichtung, während das in der Pilotstudie eingesetzte Verfahren *QIP* vor allem der Qualitätsentwicklung präventiver Aktivitäten dient und mit diesem Ziel auch schon für die Projekte von Kitas erprobt und eingesetzt wurde (Kliche, Töppich, Kawski & Koch, 2006; Kliche, Töppich, Kawski, Koch & Lehmann, 2004).

2.8 Strukturelle Rahmenbedingungen sind wichtig für die Prävention.

Die öffentlichen Ausgaben je Kita-Platz sind 1994–2004 inflationsbereinigt in den westlichen Bundesländern um 4% zurückgegangen, in den östlichen um 5,8% (Schilling, 2005). Ein Mangel an Zeit, Raum, Anerkennung, Ruhe und Geld kann aber die pädagogische Arbeit in Kitas belasten (Richter, 2004). Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas sollten, wie die o.a. Befunde über Erzieher/-innengesundheit und viele Praxisberichte zeigen, auch Rahmenbedingungen und Ausstattung im Auge haben. Hierzu gehören u.a. Betreuungsschlüssel, gestaltbare Freiräume, Fortbildungsmöglichkeiten, klare Zuständigkeiten, Vernetzungsbereitschaft und Qualitätskonzepte der Träger (BZgA, 2002; Hartwig et al., 2004; Seibt et al., 2005).

3 Zielsetzung und Vorgehen der Studie

Aus diesen Gründen ist es wichtig, im Arbeitsfeld Kita langfristig die Umsetzung von hochwertigen, wirkungsvollen und effizienten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in großer Breite zu unterstützen. Die Mitarbeiter/-innen in Kindertagesstätten sollten möglichst gute Voraussetzungen für diese anspruchsvolle Aufgabe erhalten.

Um gesundheits- und bildungspolitischen Entscheidungsträgern Orientierungen für diese Ziele zu geben, ist eine Bedarfs- und Bestandserhebung von Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas in der Bundesrepublik sinnvoll. Dazu haben das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2005-06 eine zweistufige bundesweite Studie durchgeführt. Die Haupterhebung findet im Februar 2007 statt und folgt dem gleichen zweistufigen Aufbau:

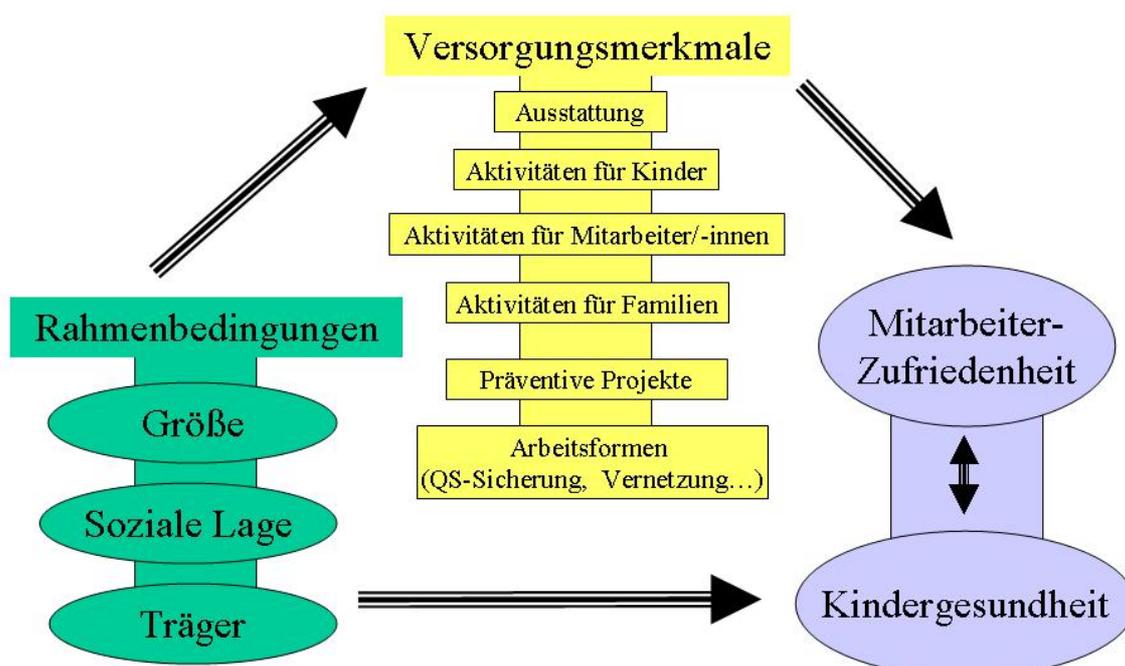
Stufe A: In der ersten Stufe wurden 22 Fragen (160 Items) bei 643 Kitas erhoben. Die meisten Fragebögen wurden von den Kita-Leitungen ausgefüllt, doch zeigen sich in statistischen Vergleichen keine signifikanten Unterschiede zu Bögen, die von Erzieher/-innen ausgefüllt worden waren. Damit steht der bislang breiteste, differenzierteste Datensatz zu Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas zur Verfügung.

Der Fragebogen wurde durch mehrere Feldverfahren in drei Bundesländern getestet (Visitationen, Expertengespräche, Probeläufe mit Laut-Denken-Protokollen oder mit Nachbefragungen). Zusätzlich wurden verschiedene Nachkontrollen durchgeführt, um die Aussagekraft der Daten sicherzustellen (Verzerrungs- und Ausfallanalysen am Rücklauf des Erstversands, Vergleich mit den Ergebnissen von Nachfassaktionen per Mail und Telephon, Vergleich mit bundesweiten Verankerungsdaten zur Kindergesundheit, zur Mitarbeiterzufriedenheit und zu Einrichtungsmerkmalen, Vergleich von Bögen der Kita-Leitungen u.a. Antwortender). Die Auswertung erfolgte beschreibend (prozentuale Verbreitung der abgefragten Merkmale der Kitas und ihrer präventiven Aktivitäten) sowie als multivariate Versorgungsanalyse (Regression, Varianzanalyse, Strukturgleichungsmodelle). Berechnet wurden:

- Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf Versorgungsumfang, Mitarbeiterzufriedenheit und Kindergesundheit,
- Merkmale der präventiven Aktivitäten („Versorgung“), zusammengefasst in Kennziffern („Schätzern“) für Kita-relevante Teildimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, und deren Einfluss auf Mitarbeiterzufriedenheit und Kindergesundheit.

Im folgenden sind nur ausgewählte Zusammenhänge bzw. Gruppenunterschiede dargestellt. Andere Zusammenhänge wurden zwar auch geprüft, waren aber i.d.R. entweder nicht signifikant oder von geringer Erklärungskraft (minimaler Effektgröße) oder erwiesen sich in multivariater Prüfung als Begleiterscheinung eines anderen Zusammenhangs.

Kita-Pilotstudie: Auswertungsplan für Stufe A

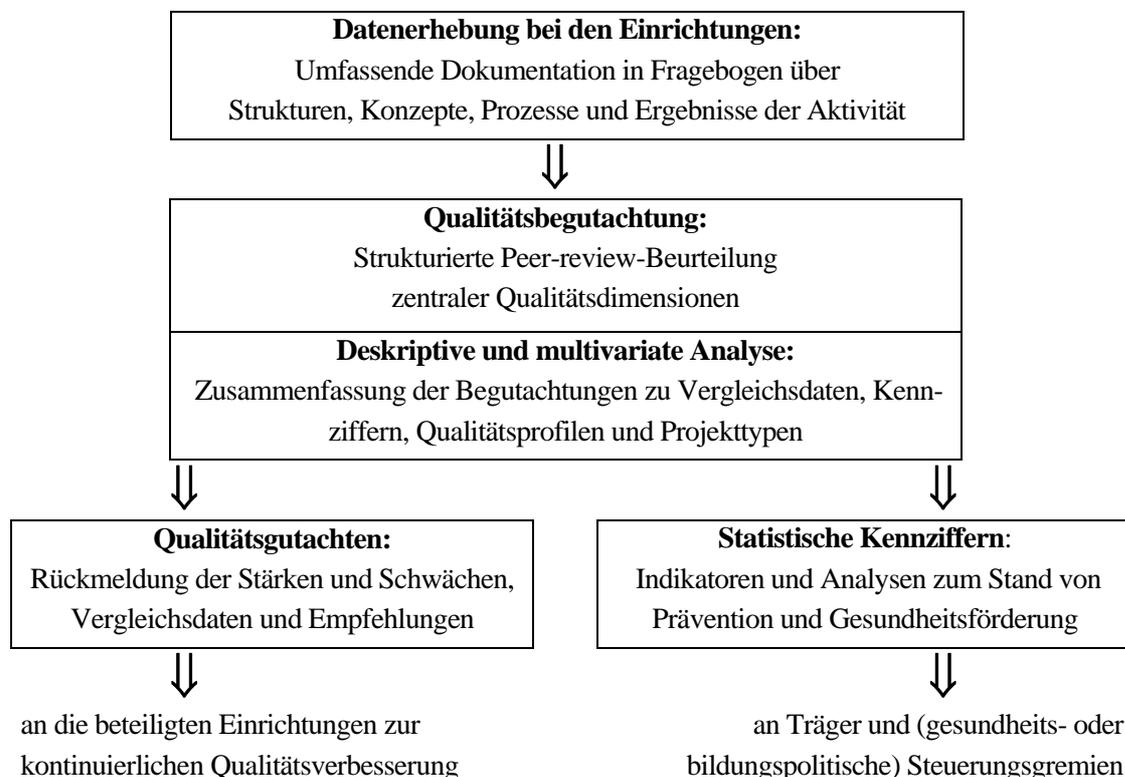


(B) In der zweiten Stufe wurden 32 ausgewählte Kita-Projekte mit dem Informationssystem *QIP* (*Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung*) vertieft analysiert, um differenzierte Profile präventiver Versorgungsqualität zu erhalten. Einbezogen waren die wichtigsten Gesundheitsthemen in Kitas: Bewegung, Ernährung, Stressreduktion und Konfliktbewältigung.

QIP besteht aus einer ausführlichen Dokumentation einer präventiven Aktivität (Fragebogen von 22 Seiten). Die so gewonnenen Daten werden in einer strukturierten Begutachtung durch geschulte Expert/-innen analysiert. Dabei entstehen Qualitätseinschätzungen und Empfehlungen für die einzelnen Projekte. Diese Ergebnisse werden in eine Referenzdatenbank zur Erstellung von Rückmeldungen und Vergleichswerten eingespeist. (vgl. das folgende Schema und die Erläuterung der Qualitätsdimensionen im Anhang).

QIP liefert auf diese Weise vergleichsfähige Werte für 28 evidenzgestützte Qualitätsdimensionen für Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung: Die Projekte, z.B. in den Kitas, erhalten Einschätzungen ihrer Arbeit im Vergleich zu den besten und schlechtesten Aktivitäten in ihrem Arbeitsfeld und zum Mittelwert aller erfassten Projekte; das verdeutlicht ihnen ihre Stärken und Schwächen, die Spielräume weiterer Verbesserungen, vordringlichen Handlungsbedarf und erreichte Leistungen. Die Projekte erhalten außerdem genaue, auf den Einzelfall bezogene Hinweise und Empfehlungen von Fachgutachter/-innen, die sich eingehend mit ihrer Arbeit auseinandersetzen.

***QIP* im Überblick:**

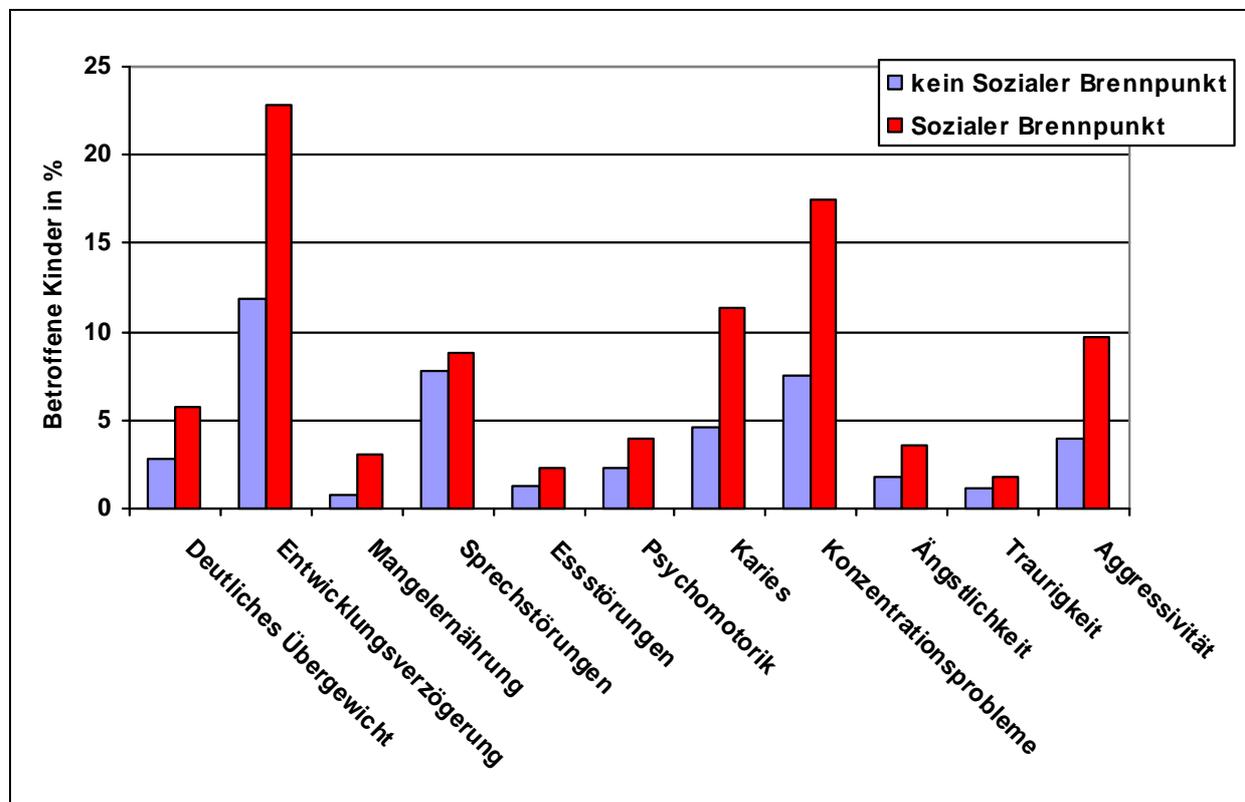


4 Ergebnisse der bundesweiten Bestands- und Bedarfserhebung 2005-06

4.1 Deutliche gesundheitliche Belastungen der Kinder, besonders in Brennpunkten

Die Kitas berichten von erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Kinder. Sie beobachten im Mittel 14% Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, 8% mit Sprachstörungen und 9% mit deutlicher Unruhe und Konzentrationsschwäche. Kitas in sozialen Brennpunkten beobachten sogar zwei- bis dreimal höhere gesundheitliche Belastungen der Kinder.

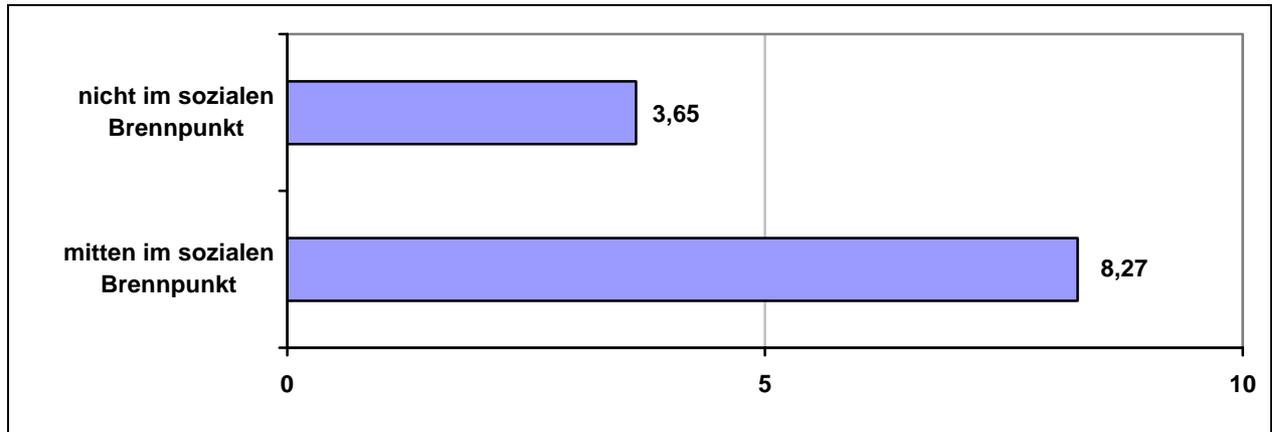
Mittlere beobachtete Häufigkeit gesundheitlicher Belastungen bei Kindern



Diese Werte wurden als Fallzahlen abgefragt und dann umgerechnet; sie stammen meist von den Erzieher/-innen, sind also zuverlässiger und genauer als Schätzungen). Alle Befunde wurden zudem mit mehreren statistischen Verfahren geprüft und mit Daten aus Epidemiologie, Gesundheitspsychologie und Bundesgesundheitsberichterstattung verglichen, um ihre Zuverlässigkeit sicherzustellen.

Fasst man die mittleren Angaben über die Zahlen gesundheitlich belasteter Kinder über alle Beschwerden zusammen und vergleicht Kitas in sozialen Brennpunkten mit den anderen Einrichtungen, wird der Unterschied ebenfalls deutlich.

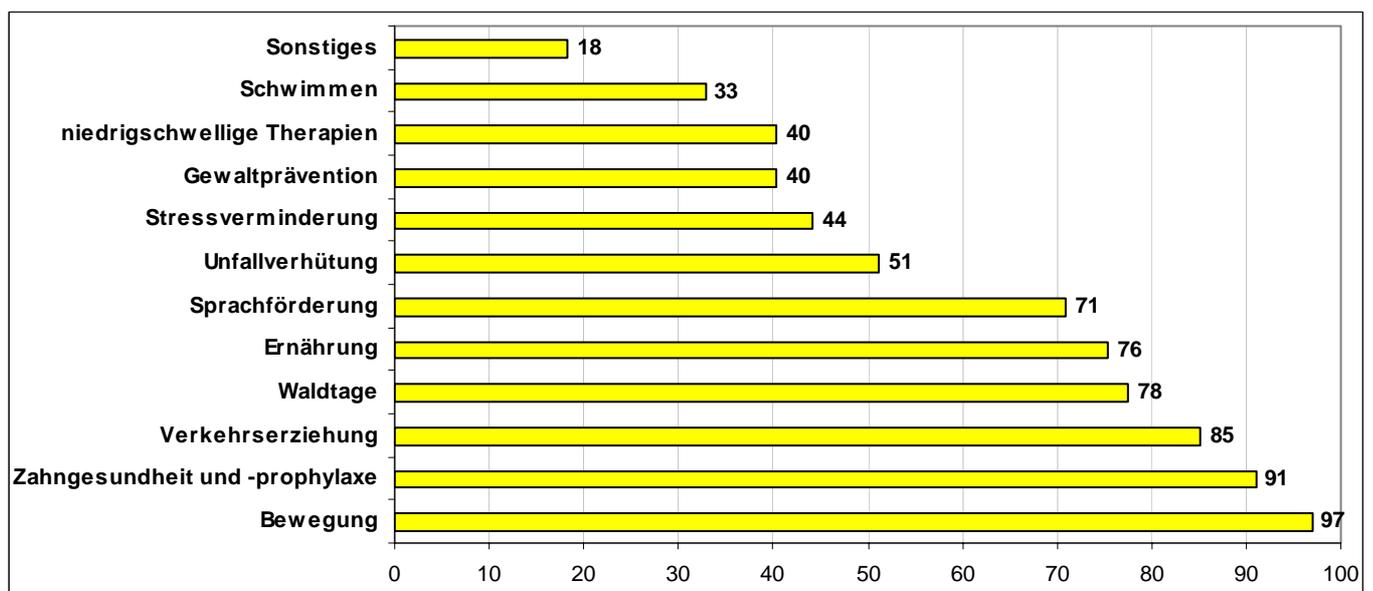
Mittlerer Anteil gesundheitlich belasteter Kinder nach sozialer Lage der Kita (in %)



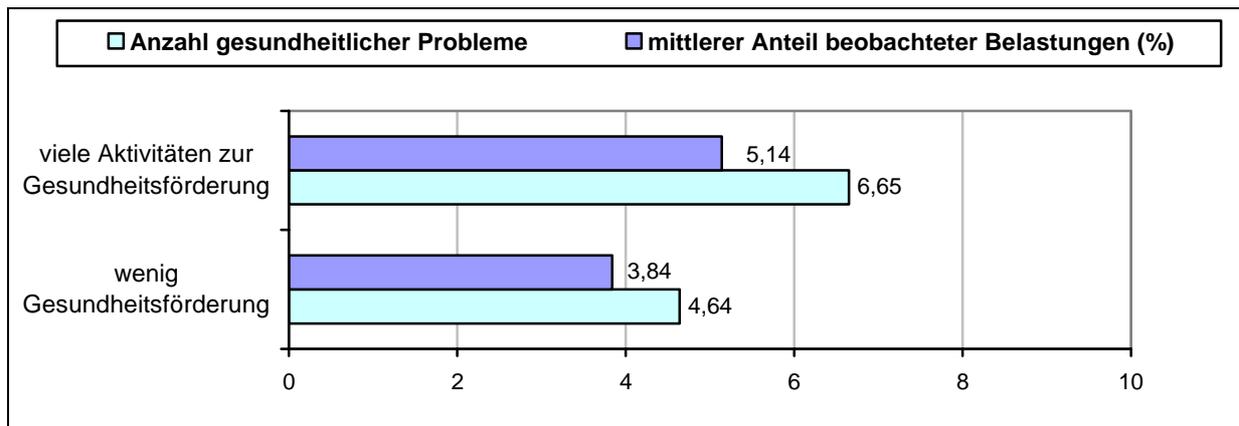
4.2 Gesundheit ist ein wichtiges Thema im Arbeitsalltag der Kitas.

Viele wichtige Gesundheitsfragen sind ganz selbstverständlich in den Arbeitsalltag der Kitas integriert und werden dadurch regelmäßig vorangebracht. Allgemein verbreitet sind z.B. Bewegungsförderung und Zahnprophylaxe.

Im Kita-Alltag verbreitete präventive Aktivitäten für Kinder (% der Kitas) (n = 643)



Grundsätzlich bemühen sich die Kitas und die Träger um eine bedarfsorientierte präventive Versorgung für die Kinder: Denn wo die Kitas einen überdurchschnittlichen Anteil gesundheitlich belasteter Kinder haben, unternehmen sie auch mehr Aktivitäten zur Gesundheitsförderung.

Im Arbeitsalltag verbreitete präventive Aktivitäten für Kinder (%Kitas, n=643)

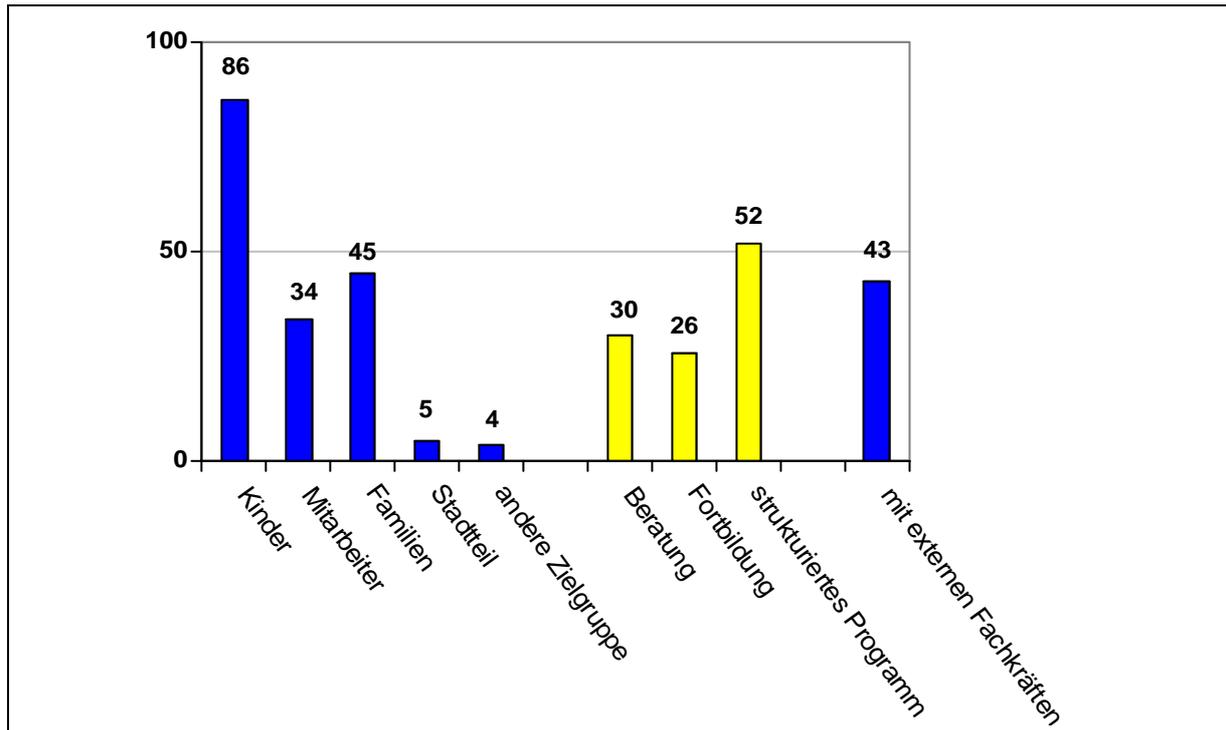
Allerdings sind nicht in allen Kitas alle Maßnahmen und Schritte zur Gesundheitsförderung in gleichem Umfang umgesetzt:

- Etwa zwei Fünftel der Kitas bieten leitliniengestützte Mischkost an (z.B. nach den Leitlinien des Forschungsinstituts für Kinderernährung oder Dt. Gesellschaft für Ernährung), ein weiteres Viertel bereitet die Mahlzeiten nach anderen Richtlinien zu.
- Knapp ein Drittel der Kitas achtet darauf, dass die Kinder zumindest gegen Tetanus geimpft sind oder sogar eine Kombi-Impfung haben.
- Je größer die Einrichtung ist (gemessen an der Kinder- bzw. Mitarbeiter/-innenzahl), desto mehr gesundheitsförderliche Aktivitäten können sie unternehmen.
- Kitas mit kommunalen Trägern unternahmen die meisten präventiven Aktivitäten, gefolgt von konfessionellen Trägern, Wohlfahrtsverbänden und privaten Trägern.

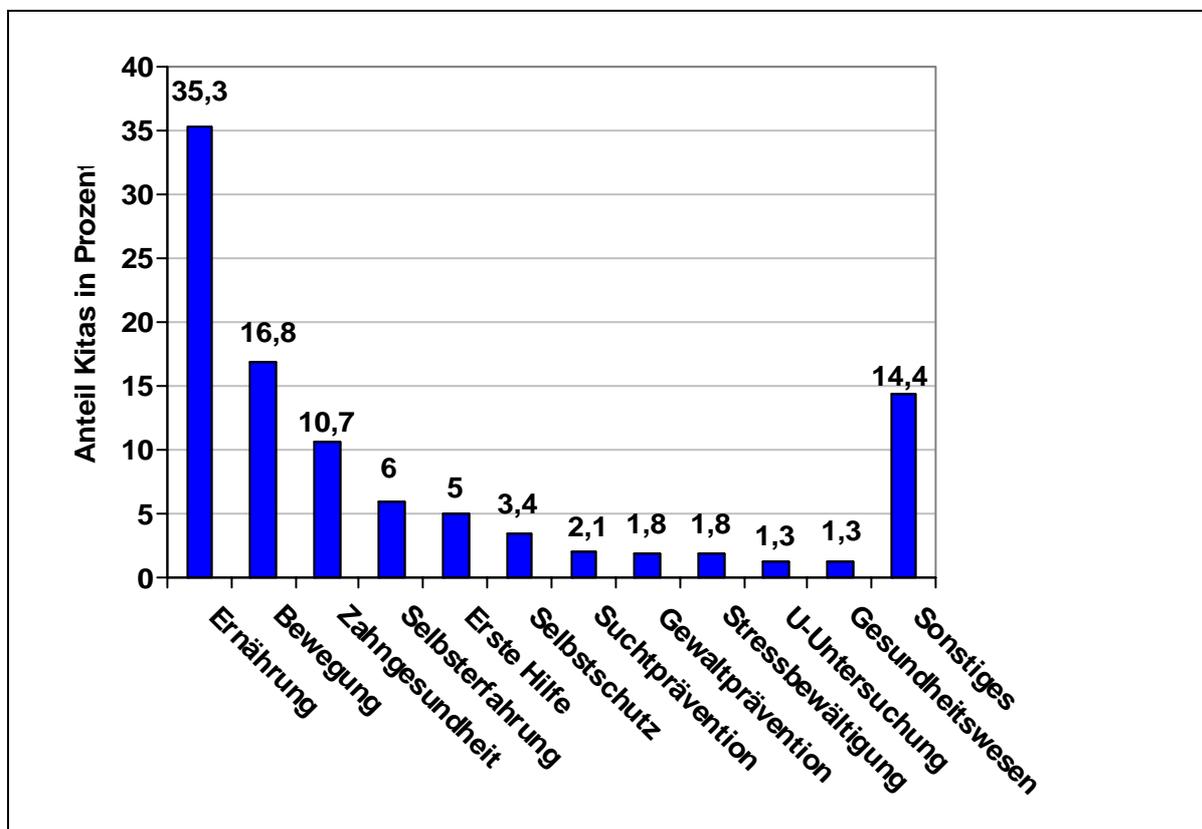
4.3 Es gibt viele präventive Einzelprojekte – von unterschiedlicher Qualität.

Etwa zwei Drittel der befragten Kitas haben 2005 Projekte oder Programme für Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführt. Diese Aktivitäten sind in Laufzeit, Zeitdauer, Zielgruppen, Themen und Kooperationspartnern höchst unterschiedlich (6 -156 Wochen, 5 - 260 Termine, mit einer Dauer von 1,5 - 30 Stunden je Terminblock). Auch die gewählten Arbeitsformen sind sehr vielfältig. Nur etwa die Hälfte der Projekte folgt einem strukturierten Programm, die präventiven Projekte sind häufig mit Fortbildung und Beratung verknüpft. Zielgruppen der präventiven Arbeit sind fast immer die Kinder, in knapp der Hälfte der Projekte auch deren Familien, und bei einem Drittel werden auch Gesundheitsziele für die Mitarbeiter/-innen bearbeitet. Nur ganz wenige Vorhaben richten sich auch auf das weitere soziale Umfeld bzw. das Wohnquartier um die Kita herum.

Zielgruppen und Arbeitsformen präventiver Projekte in den Kitas (in %)



Themenfelder präventiver Projekte in den Kitas (in %)



Die häufigsten Themen der präventiven Projekte waren Ernährung (35%), Bewegung (17%) und Zahngesundheit (11%) – also zentrale Themen der Kindergesundheit. Viele Projekte wurden gänzlich ohne externe Kräfte durchgeführt (43%).

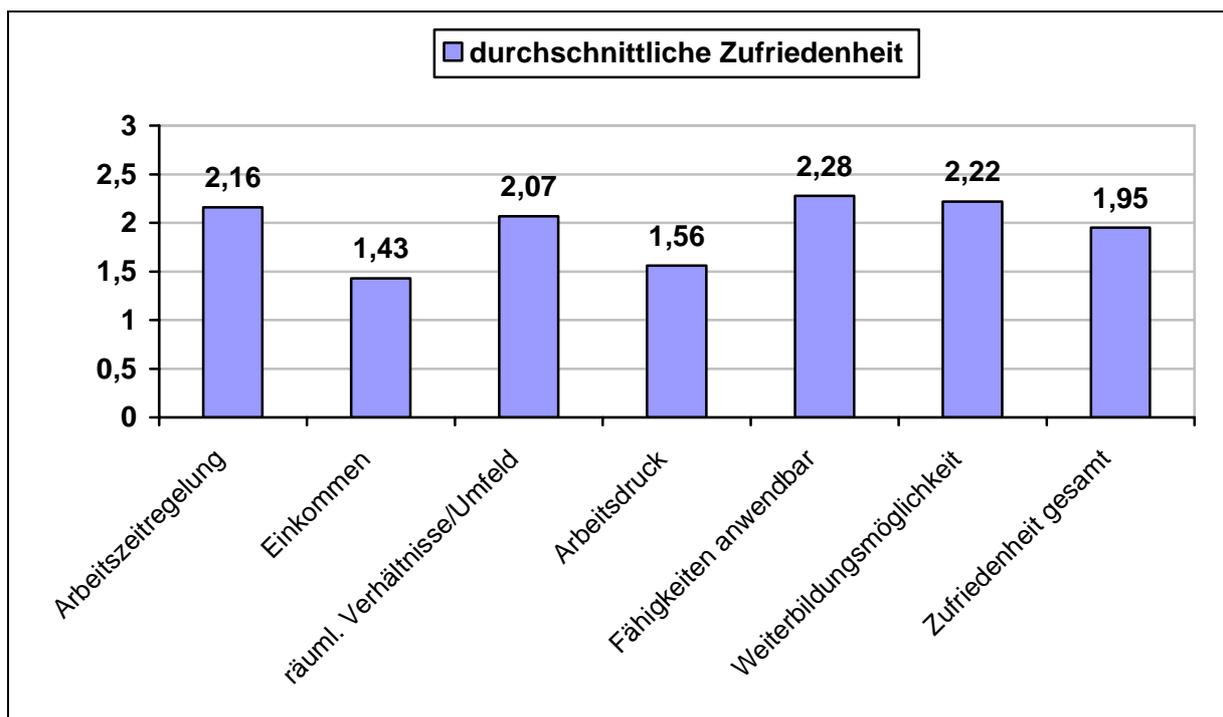
Diese breiten, vielseitigen Aktivitäten sind ein Zeichen für ein hohes Interesse und Potential der Kitas in Prävention und Gesundheitsförderung. Allerdings legen die Kitas ihre präventiven Projekte überwiegend unter einer intern-pädagogischen Perspektive an, also eng an ihrem Bildungs- und Förderungsauftrag für die Kinder angelehnt: Nur wenige Kitas sprachen mit ihrer Prävention und Gesundheitsförderung auch die Eltern oder das soziale Umfeld an. Die Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Gesundheitsämtern ist 2005 noch eine Seltenheit.

4.4 Arbeitszufriedenheit

Die Arbeitszufriedenheit liegt über alle Dimensionen – verglichen mit bundesweiten Vergleichsdaten der Bundesinstituts für Bildungsforschung – in einem mittleren Wertebereich. Am wenigsten zufrieden sind die Mitarbeiter/-innen mit den Aspekten der Einkommenshöhe und der erlebten Belastung durch Arbeitsdruck. Die höchste Zufriedenheit herrscht hinsichtlich der Fortbildungsmöglichkeiten und der Möglichkeiten, die eigenen Fähigkeiten im Beruf einzusetzen.

51% der befragten Kitas berichten von arbeitsbezogenen Gesundheitsbeschwerden der Erziehern/-innen, zumeist von Schmerzen im Bewegungsapparat (vor allem Rückenschmerzen), von Infektions- und Erkältungserkrankungen, Erschöpfung und Müdigkeit sowie von Kopfschmerzen. Die Kitas berichten im Durchschnitt knapp 11 jährliche Fehltage je Mitarbeiter/-in. Alle diese Angaben haben eine hohe Streuung. Es gibt also in Arbeitsbelastungen und Arbeitsklima zwischen den einzelnen Einrichtungen erhebliche Unterschiede. Deshalb ist es wichtig, die Ursachen für Belastungen und Arbeitszufriedenheit genauer zu untersuchen.

Mittlere Arbeitszufriedenheit in Kitas nach Einschätzung der Leitungen (0 = sehr niedrige Zufriedenheit, 3 = hohe Zufriedenheit)



4.5 Gesundheitsförderung für die Kita-Mitarbeiter/-innen steht eher im Hintergrund.

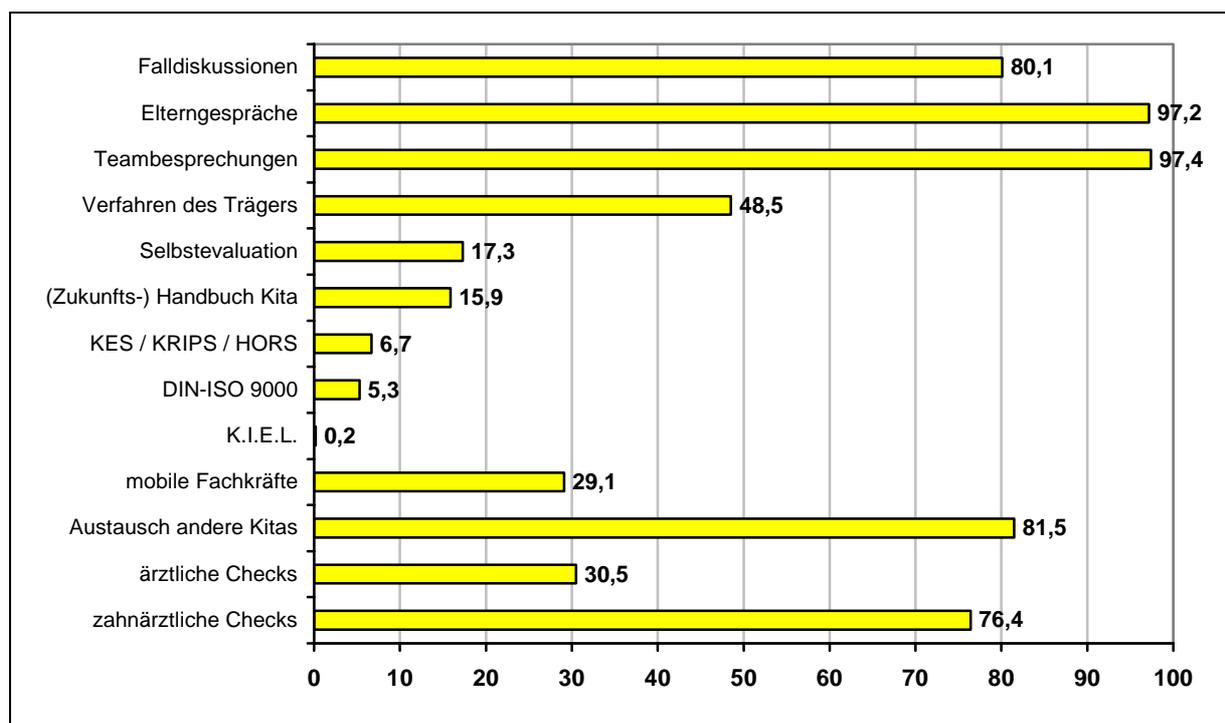
Die Daten über präventive Aktivitäten im laufenden Arbeitsalltag der Kitas einerseits, über die besonderen Projekte zur Prävention und Gesundheitsförderung andererseits zeigen: Der überwiegende Teil der präventiven Aktivitäten in Kitas zielt auf eine Verbesserung der Kindergesundheit.

Wie viel Aufmerksamkeit eine Kita der Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/Innen schenkt, hat aber einen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit: je mehr Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, desto höher ihre Arbeitszufriedenheit. Gesundheitsbewusste Kitas können also auch auf bessere Ressourcen bei ihren Mitarbeiter/-innen zurückgreifen.

4.6 Qualitätssicherung

Die meisten Kitas setzen mehrere Informationsquellen, Instrumente und Methoden zur Verbesserung ihrer Arbeit ein. Etwa die Hälfte der verwendeten Qualitätssicherungsverfahren ist vom Träger oder Dachverband gestellt, nur ein kleiner Teil der Kitas setzt fachspezifische, eigens für Kitas entwickelte Verfahren ein. Speziell für gesundheitsbezogene oder präventive Aufgabenstellungen waren gar keine Qualitätssicherungsansätze vorhanden. Kitas aus Wohlfahrtsverbänden und konfessionellen Trägern setzen im Mittel mehr Qualitätssicherungsverfahren ein, Kitas in privater Trägerschaft signifikant weniger.

In Kitas 2005 eingesetzte Qualitätssicherungsverfahren



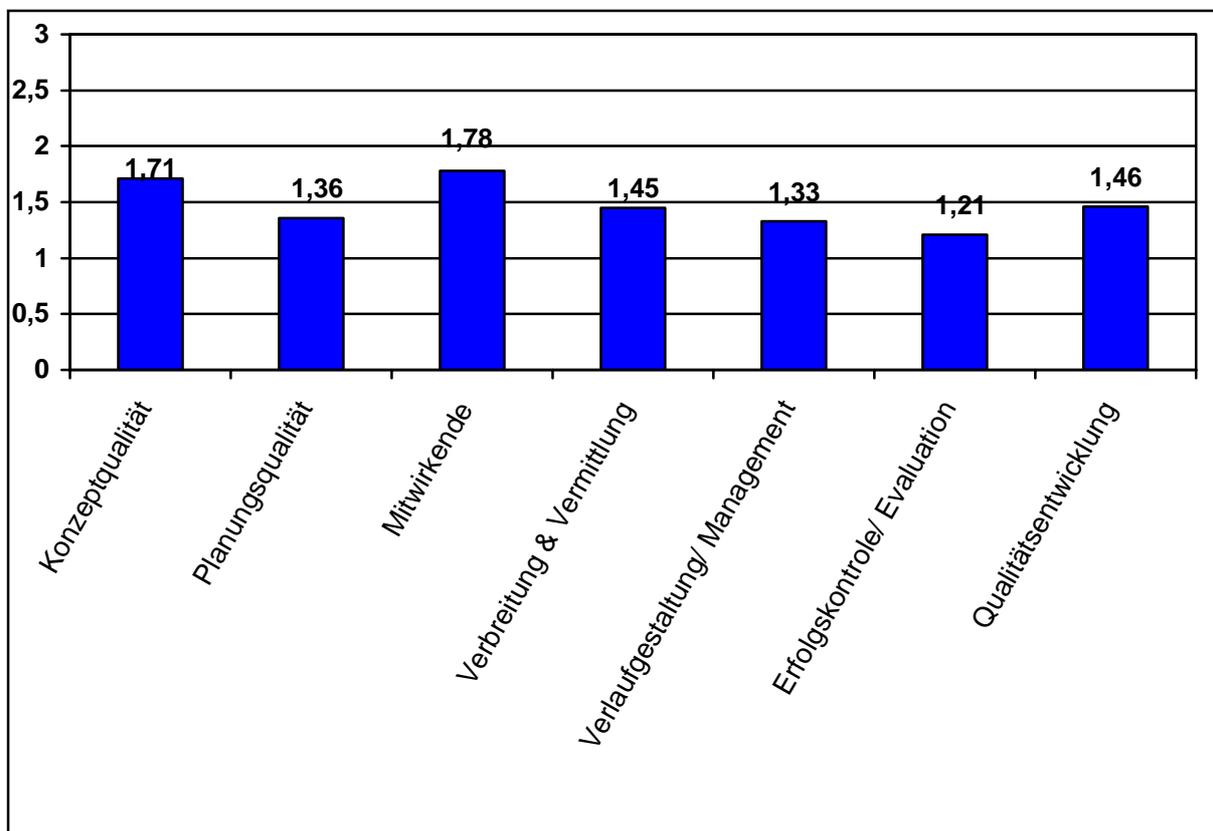
4.7 Gestaltungsschwächen vieler präventiver Einzelprojekte

Die vertiefte Qualitätsanalyse zeigt erhebliche Verbesserungsmöglichkeiten der präventiven Aktivitäten. Das Qualitätsinformationssystem *QIP* vergibt den Skalenwert 2 („Standard“) bei Erfüllung der zentralen, in der Wirkungsforschung belegten (evidenzgestützten) Gestaltungsprinzipien für aussichtsreiche präventive Maßnahmen und Projekte. Daran bemessen, liegt der Durchschnitt der untersuchten Projekte in keiner Dimension schon sicher im Bereich hochwertiger Prävention und Gesundheitsförderung.

Stärken von PGF in Kitas liegen – im Mittel betrachtet - am ehesten in der Erstellung durchdachter, Erfolg versprechender Konzepte und in der Verfügbarkeit gut qualifizierten Personals.

Deutliche Schwächen zeichnen sich hingegen ab in einer unterstrukturierten Vorbereitung und Planung, Verlaufsgestaltung und Erfolgsbeobachtung der Projekte. Die Werte in diesen beiden Dimensionen verdeutlichen, dass die Beobachtung und Optimierung von präventiven Angeboten in diesem Arbeitsfeld heute noch klar verbesserungsfähig sind.

Hauptdimensionen der Präventionsqualität in Kitas nach *QIP* (N = 32)

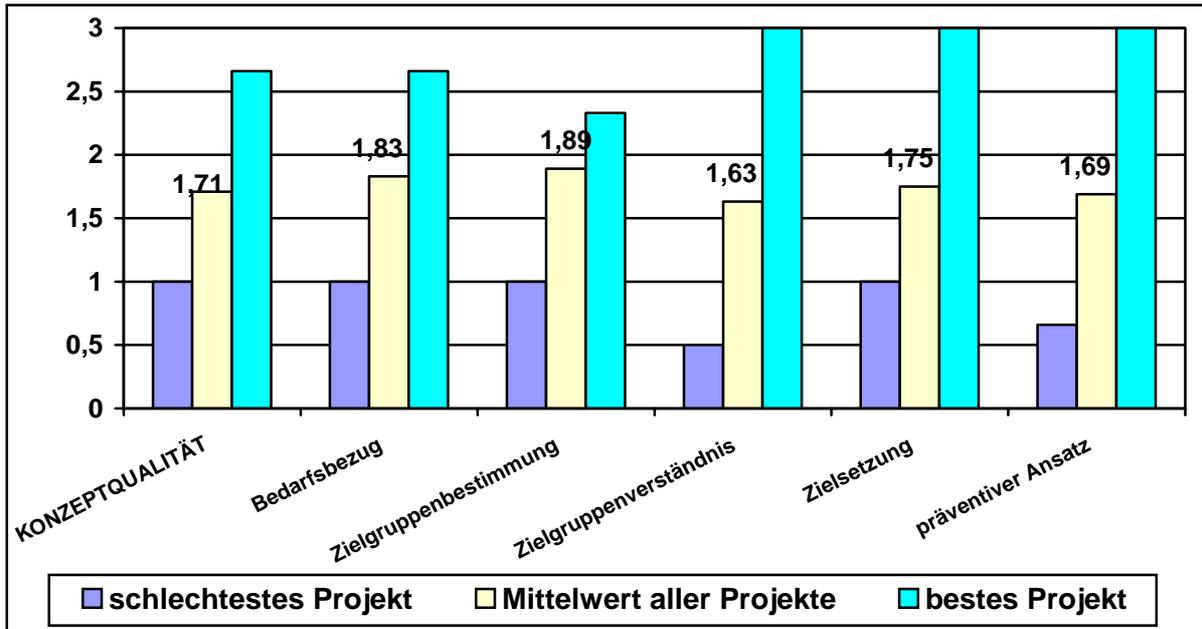


4.8 Einige präventive Projekte sind vorbildlich konzipiert und umgesetzt.

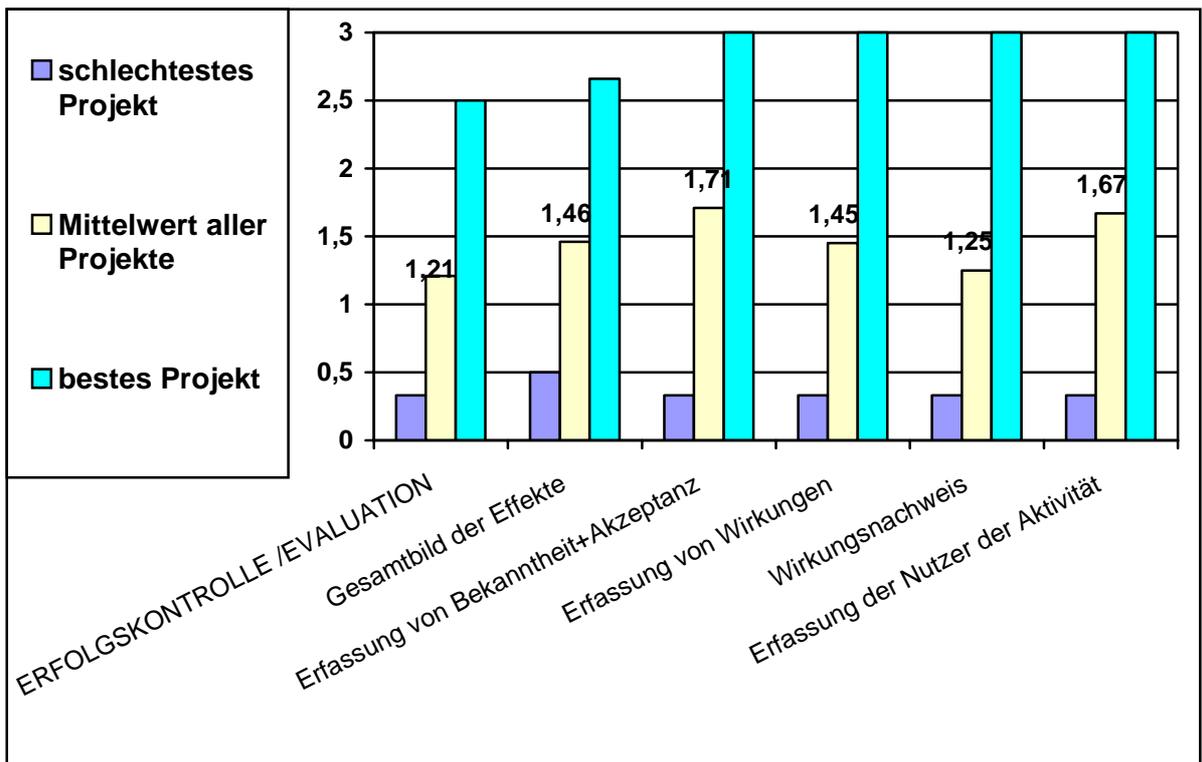
Die verschiedenen Projekte erzielen dabei sehr unterschiedliche Werte in praktisch allen Haupt- und Teildimensionen zur Beurteilung effektiver Prävention und Gesundheitsförderung. Die vertiefte Qualitätsanalyse mit *QIP* zeigt in allen Dimensionen einerseits Projekte, denen eine vorbildliche Umsetzung evidenzgestützter Qualitätskriterien gelungen ist, andererseits aber auch Projekte, die sogar auf Grundlagen wirkungsorientierter Gestaltung verzichten.

Das belegen z.B. die Hauptdimensionen „Konzeptqualität“ und „Erfolgsbeobachtung“. Das jeweils beste Projekt findet in allen Dimensionen sehr gute oder vorbildliche Arbeitsformen. Das Projekt mit den jeweils deutlichsten Schwächen schafft es hingegen nicht, Grundlagen für eine zusammenhängende Konzeption, ein gutes Verständnis der Zielgruppen, einen verlässlichen Arbeitsansatz und tragfähige Verlaufs- und Wirkungsbeobachtung zu schaffen.

Qualitätsprofil zur Hauptdimension Konzeptqualität und ihren Teildimensionen



Qualitätsprofil zur Hauptdimension Erfolgsbeobachtung und ihren Teildimensionen



Während bei den gut angelegten Projekten mit hoher Wirksamkeit und guter Effizienz zu rechnen ist, können wenig durchdachte Interventionen die Motivation der Beteiligten und die Ressourcen der Einrichtung belasten. Das Qualitätsspektrum der präventiven Projekte ist sehr breit, für eine genauere fachliche Vorprüfung und Begleitung solcher Projekte fehlen jedoch spezifisch auf Gesundheitsprojekte ausgerichtete Qualitätsinformationsverfahren (s. vorigen Abschnitt).

4.9 Von den Mitarbeiter/innen gewünschte Fortbildungen und Entwicklungen

An Entwicklungswünschen stehen Einkommenserhöhungen (49%) und bessere Personalschlüssel (71%) im Vordergrund. Das bedeutet: Etwa 30 – 50% der Befragten sind nicht der Ansicht, dass bessere Prävention und Gesundheitsförderung in erster Linie durch mehr Geld und mehr Personal zu bewerkstelligen wären. Weitere wichtige Verbesserungen versprechen sich viele Befragte vielmehr von einer verbesserten Vernetzung und Information:

Von den Kitas gewünschte Verbesserungsansätze (%; n = 557)

Verbesserungsansatz:	gewünscht von (%)
Vernetzung mit externen Angeboten und Akteuren	11,0
Strukturverbesserungen (Ausstattung, Rahmenbedingungen)	10,6
Ausführlichere, verbesserte Informationen zu Fachaufgaben	7,6
Reformen der Aus- und Fortbildung	7,0
Aktivitäten der PGF	4,5
Zielgruppenspezifische Arbeitsansätze	1,2
Sonstiges	0,8

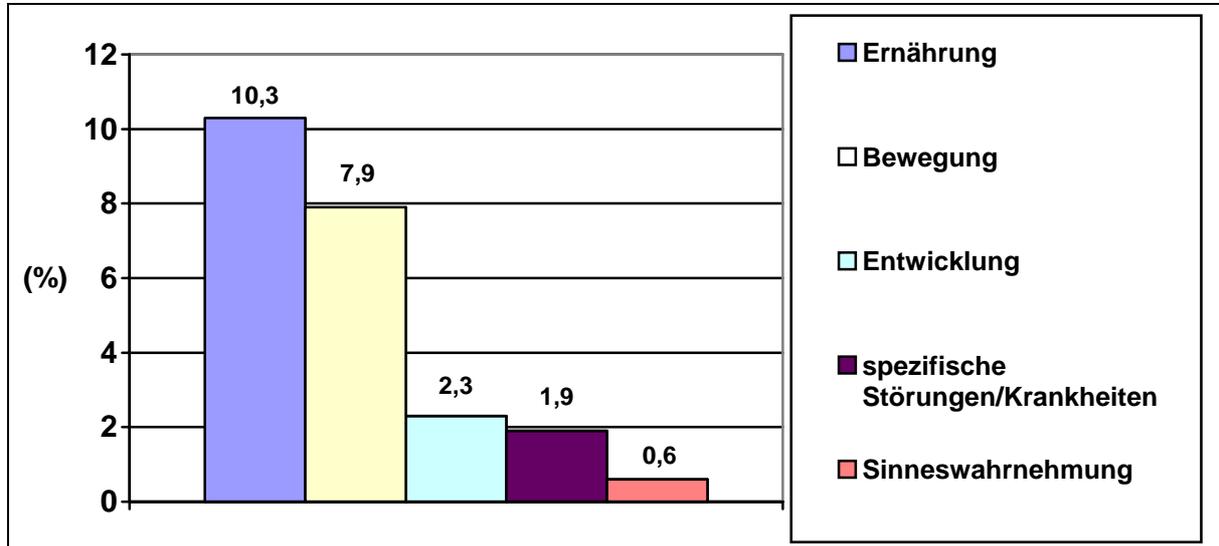
Viele Kitas haben zudem Interesse an weiteren Fortbildungsangeboten (wie oben berichtet, sind die bestehenden Fortbildungsmöglichkeiten einer der Teilaspekte der Arbeitszufriedenheit, die in den Kitas am besten beurteilt werden).

Von den Kitas gewünschte Fortbildungsfelder (n = 643)

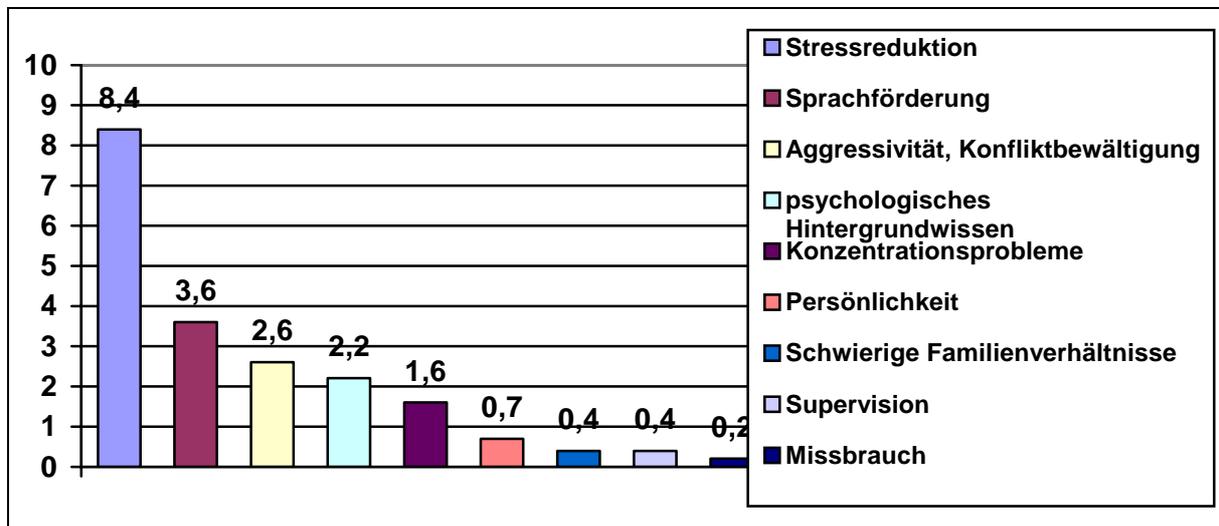
Körperliche Aspekte der Entwicklungs- und Gesundheitsförderung	29,2 %
Psychosoziale Entwicklungs- und Gesundheitsförderung	19,1 %
Trainings in Zielgruppenarbeit	9,6 %
Arbeits-, Unfallschutz u.a. Schutzvorkehrungen	5,9 %
Sonstiges	8,7 %

Die Fortbildungswünsche, die die Kitas am häufigsten nennen, betreffen weitere Information und Qualifikation für Gesundheitsthemen, die im Arbeitsalltag am häufigsten auftreten und denen die meisten präventiven Aktivitäten gewidmet sind: Bewegung, Ernährung und Stressreduktion.

Gewünschte Fortbildungsthemen zu körperlichen Gesundheitsaspekten (n = 643)



Gewünschte Fortbildungsthemen zu psychosozialen Gesundheitsaspekten (n = 643)



4.10 Rahmenbedingungen sind wichtig für die präventive Arbeit in den Kitas.

Versorgungsanalysen müssen vorsichtig ausgewertet und interpretiert werden, um sogenannte „faire Vergleiche“ zu ermöglichen. Andernfalls werden gut und weniger gut ausgestattete Einrichtungen nebeneinander gestellt. Deshalb wurde in dieser Studie auch der Einfluss verschiedener Rahmenfaktoren ermittelt. Eine zwiespältige Rolle spielt dabei die Größe der Kita (bemessen an Zahl der Kinder, Zahl der Mitarbeiter/-innen und monatlich eingesetzten Arbeitsstunden für erzieherische Aufgaben): Größere Kitas wenden mehr Qualitätssicherungsverfahren an, und führen diese Aktivitäten in einer höheren Frequenz durch. Je größer die Kita, desto schwieriger ist es dennoch, eine hohe Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter/-innen zu errei-

chen: In größeren Kitas ist die Zufriedenheit mit den Arbeitszeitregelungen und mit dem Einkommen niedriger als in kleinen. Da viele kommunale Kitas größer sind, ist dort auch die Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu privat getragenen etwas geringer. Andererseits können größere Kitas auch mehr Leistungen für Prävention und Gesundheitsförderung erbringen: Sie ziehen häufiger externe Fachkräfte heran und führen mehr Einzelförderungen für die Kinder durch. Sie bieten häufiger gesundheitsorientierte Strukturmerkmale (Verpflegung; räumliche Ausstattung). Das wiederum erhöht die Arbeitszufriedenheit. Größere Kitas haben also auch die Möglichkeit, ihre besonderen Stärken der Ausstattung und der Rahmenbedingungen zugunsten der Mitarbeiter/-innen zu nutzen. Der Faktor Einrichtungsgröße und auch andere Faktoren belegen, dass die Ausstattung und der Arbeitsrahmen der Kita wichtig sind für das Wohlbefinden der Mitarbeiter/-innen und die Umsetzungsspielräume für Prävention und Gesundheitsförderung.

5 *Gesamtbild und Entwicklungsmöglichkeiten*

Grundsätzlich sind die Kitas und ihre Träger somit bestrebt, eine bedarfsorientierte präventive Versorgung für die Kinder zu unterstützen: Sie unternehmen bereits heute viele präventive Aktivitäten, sowohl in Form von gezielten Einzelprojekten, wie auch durch Einbettung von Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag. Bei den Mitarbeiter/-innen herrscht dafür großes Interesse und lebhaftes Fortbildungsbereitschaft. Zusammenfassend lässt sich sagen: Die Kitas haben das Potential, ihrer wichtigen präventiven Rolle gerecht zu werden.

Entwicklungsmöglichkeiten für die Leistungsfähigkeit der Kitas in Prävention und Gesundheitsförderung zeichnen sich auf mehreren Ebenen ab. Bislang liegen die präventiven Aktivitäten der Kitas schwerpunktmäßig auf individuell-pädagogischen Ansätzen. Für komplexere Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung, die auch das familiäre oder das Wohnumfeld einbeziehen, fehlen bislang in den meisten Kitas die Voraussetzungen. Wenn Gesetzgeber und Träger wollen, dass Kitas zunehmend in die Funktion einer breiten Frühförderung und Frühprävention hineinwachsen, so sollten sie nachhaltige Veränderungen im Arbeitsfeld Kita unterstützen.

Dafür bestehen in den Kitas gute Voraussetzungen. Ganz neue Strukturen müssen nicht geschaffen werden, denn die meisten Kitas sind mit Projektarbeit, mit der Konsultation externer Fachberater/-innen u.a. Expert/-innen und mit Fortbildungen als wichtigen Arbeitsformen vertraut, und sie haben ein hohes Interesse an gesundheitsbezogenen Themen. Deshalb können die erforderlichen Qualifikationen, Kenntnisse und Kompetenzen über die bestehenden Informations- und Qualifikationsformen an die Kitas vermittelt werden. Allerdings sind die verfügbaren Informationen offenbar nicht ausreichend, um flächendeckend hochwertige Projekte und Programme in die Tat umzusetzen. Wichtige, praxisnahe Handlungsansätze zur Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung durch Kitas sind dafür nach den Befunden der Studie folgende:

Gut vorstrukturierte Verbreitung bewährter Maßnahmen: Informationskörbe können bewährte, wirkungsvolle, dank geeigneter Materialien einfach umsetzbare Programme und Maßnahmen bekannt machen und an Umsetzungsbeispielen verdeutlichen (best-practice-Beispiele).

Gesundheitsförderung für Mitarbeiter/-innen: Wichtig ist auch die Berücksichtigung jener Bereiche, denen bislang vergleichsweise wenig Aktivitäten gewidmet sind. Da der Beruf der Erzieher/-innen deutliche Belastungen mit sich bringt und sie mit ihrem Engagement für Gesundheit auch Multiplikator/-innen für Gesundheit in den Kitas sind, stellen die Mitarbeiter/-innen der Kitas eine primär wichtige Zielgruppe für präventive Versorgung in und durch Kitas dar. Bislang stehen sie eher im Hintergrund der laufenden Aktivitäten.

Programme zum erweiterten Einbezug der Familien: Für eine umfassende und nachhaltige Wirksamkeit der Prävention durch Kitas ist von großer Bedeutung, auch die Familien regelmäßig anzusprechen und einzubeziehen. Bislang haben die meisten Kitas Informationsangebote für die Eltern. Maßnahmen zur Förderung aktiver, niedrighschwelliger Elternarbeit könnten die Effekte für die Kinder langfristig verbessern.

Kontextbezogene Projektbeurteilung und –optimierung: Wichtig ist nach den Ergebnissen der vertieften Qualitätsanalyse laufender Aktivitäten (*QIP*), den Blick nicht auf einzelne Modellprojekte und deren Evaluation zu beschränken, sondern die Maßnahmen und Programme auf Praktikabilität im Einzelfall, auf Eignung für die besonderen Voraussetzungen der einzelnen Kita und auf gute Umsetzung zu prüfen. Denn die Kitas müssen ihre präventiven Aktivitäten auf unterschiedliche Arbeitsbedingungen abstimmen; hierzu gehören nach den Befunden der Studie z.B. das soziale Einzugsgebiet, die Größe, die bisherigen Projekterfahrungen, der Stand der Gesundheitsförderung für ihre Mitarbeiter/-innen und die damit verbundenen Qualifikation und Sensibilisierung für Gesundheitsthemen u. a. Faktoren.

Fachlich-gesundheitsbezogene Gestaltungskriterien: Die überwiegend allgemeinen, kaum gesundheitsbezogenen Qualitätssicherungsverfahren bedürfen fachlicher Ergänzungen. Dafür sind projektspezifische Hilfen zur Auswahl, Optimierung und Umsetzung gesundheitsbezogener Projekte (wie z.B. *QIP*) geeignet.

Nutzung von Beobachtungsinstrumenten: Die Entwicklung oder weitere Verbreitung diagnostischer Hilfsmittel kann Trägern wie Kitas bei der Bestimmung vorrangigen Interventionsbedarfs helfen. Zu unterscheiden sind einerseits individuelle Beobachtungs- und Diagnoseverfahren zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs für einzelne Kinder und andererseits Kennziffern zur Abschätzung des Unterstützungsbedarfs von Kitas oder Wohngebieten. Wie die Befunde zeigen, bestehen große Unterschiede der gesundheitlichen Belastungen zwischen Gruppen von Kitas in unterschiedlichen Einzugsbereichen. Die gesundheitlichen Belastungen der Kinder verteilen sich stark ungleich, die Frühförderung und die Beratung und Kompetenz externer Fachkräfte sollte auf die vorrangig bedürftigen Kitas konzentriert werden. Der Einsatz geeigneter Beobachtungsbögen u.a. Instrumente unterstützt auch die Beobachtungskompetenz, Sensibilität und Professionalität der Fachkräfte in den Kitas. Er kann zudem als Präventionshilfe gegen Burnout-Risiken dienen, weil der den Kita-Mitarbeiter/-innen zeigen kann, wo wesentliche Risikofaktoren des Umfelds allein von ihrer Arbeit nur bedingt aufgefangen werden können.

Vorbereitung und Aufbau von Versorgungsketten: Eine weitere Vernetzung mit lokal verfügbaren Expert/-innen und Einrichtungen kann das Handlungsspektrum der Kitas erweitern und die Wirksamkeit ihrer präventiven Aktivitäten steigern. In Frage kommen dafür Versorgungsakteure (z.B. Pädiater, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendhilfebehörden). Programme und Aktivitäten für die Familien könnten darüber hinaus durch Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten abgestützt werden (z.B. Überschuldungsberatung, Selbsthilfegruppen, Sportvereine, Vermittlungsbörsen ehrenamtlicher Helfer/-innen u. a.). Langfristig könnten Kitas, gerade in Brennpunkten, ihre Arbeit erleichtern und ihre Gestaltungsmöglichkeiten erweitern, indem sie selbst aktiv ihr Umfeld durch Initiativen ‚in Bewegung bringen‘, z.B. durch Anstoß von Eltern- oder Frauengruppen.

Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens: Für solche Entwicklungen ist die Unterstützung durch Akteure und Träger der gesundheitlichen Versorgung wünschenswert, auch wegen der erforderlichen Ressourcen. Die Kitas haben gute Gründe, diese Unterstützung zu suchen, denn auf lange Sicht tragen sie mit hochwertiger Prävention zu einer verbesserten Gesundheit und erweiterten Problemlösungskompetenzen der Bevölkerung bei. Um den Kitas damit nicht neue Arbeitsaufgaben ohne hinreichende Ressourcen aufzubürden, sollten mit einer Erweiterung ihrer Rolle in der gesundheitlichen Frühförderung auch neue Mittelzuweisungen und Anreize verbunden werden. Zudem sind gesundheitspezifische Prüfungen von best-practice-Lösungen für präventive Maßnahmen zur Sichtung des heterogenen Feldes und ein gezielter Ausbau der bislang vernachlässigten Prävention und Gesundheitsförderung für die Kita-Mitarbeiter/-innen erforderlich. Als Kooperationspartner für eine solche Feldentwicklung kommen dafür neben den Trägern auch Kranken- und Unfallkassen, Landesvereinigungen für Gesundheit, Fachbehörden der Länder und Kommunen und geeignet Stiftungen in Betracht.

Anhang: Dimensionen wirkungsgerichteter Arbeitqualität für Prävention und Gesundheitsförderung in QIP (Zusammenfassende Hauptdimensionen dunkel unterlegt)

Dimension	Leitfrage	Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung
I. A Bedarfsbezug	Ist das Projekt auf gesellschaftlich vorrangige Versorgungs- und Gesundheitsziele ausgerichtet?	Die Konzentration auf vordringliche Gesundheitsfragen, Risikolagen und Bedürfnisgruppen ermöglicht eine bedarfsorientierte Verwendung knapper Mittel, eine höhere Einwirkung auf die Zielgruppen (Dosis), ein besseres Zusammenwirken verschiedener Akteure und bessere Aussichten auf gemeinsame Veränderung der Rahmenbedingungen für Gesundheit und Gesundheitsverhalten.
I. B Zielgruppenbestimmung	Sind klare, begründete Kriterien für Auswahl und Eingrenzung der Zielgruppe(n) festgelegt?	Eine klare Vorstellung der Zielgruppe ist die Grundlage für die Auswahl erreichbarer Zielsetzungen, geeigneter Schritte, Ausrichtung des Vorgehens auf die Besonderheiten der Gruppen und Menschen und auf die Bedingungen ihrer Lebenszusammenhänge.
I. C Zielgruppenverständnis	Hat das Projekt ein gutes Verständnis der Besonderheiten und des soziokulturellen Feldes ihrer Zielgruppen?	Die Erwartungen, Fähigkeiten, Erfahrungen, Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten der Zielgruppen bestimmen Motivation und Ausgangsbedingungen gesundheitsbezogener Verhaltensmuster und Einstellungen (wichtig sind z.B. Sprache, Kultur, Geschlecht, Bildungs-, Alter-, Risikogruppen usw.).
I. D Zielsetzung	Sind die Ziele konsistent, konkret und realisierbar gesteckt?	Klare, stimmige und machbare Ziele können erreicht werden, die Erfolge werden dann für alle Beteiligten greifbar, die Motivation steigt. Andernfalls drohen Kräfteverschleiß und Scheinaktivität.
I. E Präventiver Ansatz	Ist die Aktivität umfassend und durchdacht auf Wirksamkeit angelegt?	Ein fachlich fundierter, planvoller Arbeitsansatz befähigt Projekte, komplizierte Teilschritte zusammenzuführen und aufeinander abzustimmen, und er leitet zur Einbindung des bestmöglichen Forschungs- und Wissensstandes an.
I. Konzeptqualität	Ist das Arbeitskonzept für die Aktivität – insgesamt wie in Einzelteilen – durchdacht und stimmig?	Zielsetzungen, Zielgruppen, deren besondere Ausgangsbedingungen und der Gesamtansatz müssen zueinander passen, damit ein Projekt die anspruchsvollen Aufgaben nachhaltiger Gesundheitsverbesserungen meistern kann.
II. A Einbettung im Arbeitsfeld / Abstimmung des Projekts mit anderen Akteuren	Sind die Aktivitäten und Angebote anderer Akteure berücksichtigt, um die Aktivität sachlich und hinsichtlich der Mittelverwendung gut mit anderen bestehenden Angeboten zu verzahnen?	Gemeinsames oder arbeitsteiliges Vorgehen schaffen gegenseitige Unterstützung, Sichtbarkeit bei den Zielgruppen, optimale Ressourcennutzung und Motivation. Erfolgversprechend sind die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren (z.B. Behörden, Kirchengemeinden, Jugendzentrum im Stadtteil) und Einrichtungsarten (z.B. Beratungsstellen, Sportvereinen, Schulen). Konkurrenz trägt hingegen zur Fehl- und Überversorgung durch parallele Angebote bei, verunsichert Fachkräfte und Zielgruppen.
II. B Kontextuelle Passung und Aktualisierung des Ansatzes (Eignung im Arbeitsfeld)	Ist der Arbeitsansatz für die besonderen Bedingungen des Arbeitsfeldes ausgewählt, dafür angepasst und auf den aktuellen fachlichen Stand gebracht worden?	Ein erfolgreicher Ansatz kann auch in anderen Feldern eingesetzt werden, doch die Maßnahmen und Projekte müssen den besonderen Arbeitsbedingungen ihres Einsatzfeldes Rechnung tragen. Wer ein Programm oder einen Ansatz übernimmt, sollte diese dafür auf den neuesten Stand bringen und ggf. für die besonderen Erfordernisse im Einzelfall abwandeln. Das unterstützt auch die Kreativität bei der Entwicklung neuer, besserer Arbeitsansätze.
II. Planungsqualität	Verwendet die Einrichtung angemessene Sorgfalt auf die Vorbereitung ihrer Aktivitäten?	Erfolgreiche Projekte haben ihr Vorgehen auf die besondere Ausgangslage abgestellt: nach ‚außen‘ in Zusammenarbeit mit anderen Angeboten und Veränderungsmöglichkeiten, nach ‚innen‘ durch aktuelles Fachwissen und Beachtung der Arbeitsbedingungen.

Dimension	Leitfrage	Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung
III. A Personal und Qualifikationen	Reichen die personelle Besetzung und die verfügbaren Qualifikationen zur Erfüllung der Aufgaben in der Aktivität?	Ein solider Personalschlüssel ermöglicht, ein Projekt angemessen zu gestalten (nicht nur Terminen hinterherzulaufen). Er öffnet Möglichkeiten gemeinsamen Lernens und wachsender Professionalität. Er schützt vor Burnout, Selbstausschöpfung und Verschleiß oder Missbrauch guter Ansätze durch unterqualifizierte Hilfskräfte.
III. B Kooperation: Interdisziplinäre Zusammenarbeit, laufende Abstimmung	Ist die fachliche Zusammenarbeit mit allen erforderlichen Kooperationspartnern gut strukturiert und vorbereitet?	Gesundheitsprobleme und Gesundheitsverhalten sind meist mehrdimensional und haben viele vernetzte Ursachen und Bedingungen. Dann sind oft Kompetenzen mehrerer Fächer erforderlich (z.B. Gesundheits-, Ernährungs-, Sportwissenschaft, Pädagogik, Medizin, Psychologie). Austausch ermöglicht gegenseitige fachliche Ergänzung, Diskussions- und Lernmöglichkeiten.
III Mitwirkende (Personal und Kooperationspartner)	Arbeiten gut qualifizierte Mitwirkende zusammen, zur Nutzung von Synergien auch mit externen Kooperationspartnern?	Qualifikation und Arbeitszeiten sind erforderlich, um gute Vorhaben gut umzusetzen. Wenn Dumping-Aktivitäten ohne Wirkung bleiben, enttäuschen sie die Zielgruppen, Geldgeber, Multiplikatoren und Gesundheitspolitik und zerrütten den guten Ruf wirkungsvoller Präventionsvorhaben.
IV. A Streuung des Angebots bei den Zielgruppen	Sind die Streuwege geeignet, die Aktivität bei den Zielgruppen bekannt zu machen, um beabsichtigte Wirkungen zu erzielen?	Gute Programme finden schon beim Erstkontakt den richtigen Weg zu ihren Zielgruppen und den richtigen Ton für ihre Adressat/-innen. Die hochwertige, attraktive Gesundheitsinformation in passender Form für die gewählten Streuwege ist zugleich ein wesentlicher Beitrag zur Förderung von Gesundheitsbewusstsein, zur gesellschaftlichen Präsenz und Wichtigkeit von Gesundheitsthemen.
IV. B Arbeitsmethoden	Ist die Didaktik professionell und auf mehreren Ebenen aufgebaut und für Lernziele und Zielgruppen geeignet?	Da Gesundheitsverhalten mehrdimensional ist, müssen auch mehrere Ebenen mit verschiedenen Verfahren angesprochen werden, um Veränderungen zu erzielen. Nur wenn die Veränderungen zudem auf Lebenswelten und Handlungsrahmen abgestimmt sind, können sie umgesetzt und auf Dauer aufrechterhalten werden.
IV. C Vermittlung des Angebots (Medien und Materialien)	Sind geeignete Medien und Materialien für die Vermittlungsschritte und Zielgruppen vorbereitet?	Verlässliche Gesundheitsinformation in angemessener Form für die Zielgruppen sichert die Aufnahme von Tatsachen und bereitet Einstellungs- und Verhaltensänderungen vor. Sie fasst den Stand des Projekts zusammen und ist eine Form von Professionalität.
IV. D Weiterführende Schritte (Empowerment, Bewältigungskompetenzen)	Gibt die Aktivität den Teilnehmern Impulse zum längerfristigen Gesundheitslernen, unterstützt sie die Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten?	Punktueller, einzelner Verhaltensänderungen sind selten stabil und können bei Rückfällen sogar zu Enttäuschung und Resignation führen. Wichtig sind deshalb Überlegungen und Vorkehrungen für eine nachhaltige Wirksamkeit und einen dauerhaften, übergreifenden Kompetenzgewinn bei den Zielgruppen. Dafür ist auch die Auseinandersetzung mit strukturellen, von Einzelpersonen nur schwer zu verändernden Rahmenbedingungen des Gesundheitsverhaltens wichtig.
IV. Verbreitung und Vermittlung (Streuwege, Methoden und Medien)	Sind die Wege und Mittel der Zielgruppenansprache und der Außendarstellung sowie die Arbeitsformen geeignet, die gesetzten Gesundheitsziele zu fördern?	Alle Gesichtspunkte der persönlichen Auseinandersetzung mit Gesundheitsfragen greifen bei gelungenen, nachhaltigen Veränderungen ineinander: Die Streuwege sprechen bestimmte Gruppen an; Medien und Materialien vermitteln Information und unterstützen Motivation; die Arbeitsmethoden gewinnen ihre Aufmerksamkeit und setzen Denk-, Einstellungs- und Absichtsänderungen in Gang; die weiterführenden Schritte unterstützen neue Verhaltensmuster, Lebensstile und Verhältnisprävention (Änderung von Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten).

Dimension	Leitfrage	Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung
V. A Lenkung der Aktivität	Wird der Stand der Aktivität in Teilschritten erfasst und ggf. zur Verbesserung und Steuerung des Aktivitätsverlaufs genutzt?	Jede Reise beginnt mit einem kleinen Schritt. Große Ziele sollten zerlegt werden, sonst werden sie große Verhinderungsfaktoren und zugleich große Entschuldigungen für Misserfolge. Teilschritte motivieren alle Beteiligten, weil sie Erfolge greifbar machen, und ermöglichen eine ständige Verbesserung der Aktivitäten.
V. B Erfolgreicher Verlauf dank aktiver Bearbeitung von Schwierigkeiten	Werden Probleme aktiv bearbeitet und Lösungen entwickelt?	Die besonderen Bedingungen in jedem Arbeitsfeld verlangen ein Eingehen auf Schwierigkeiten, häufig z.B. auf schwankende Motivation bei Mitwirkenden. Je aufmerksamer Projekte darauf eingehen und je genauer sie vorab ihre Reaktion überlegt haben, desto erfolgreicher setzen sie ihr Vorhaben um.
V. C Prüfung externer Leistungen	Werden Leistungen Dritter auf ihre Qualität geprüft?	Gut konzipierte Gesamtvorhaben werden gut durchgeführt, wenn alle Teilleistungen hochwertig zusammenwirken. Sonst können Motivation oder Selbstwirksamkeitserwartung vermindert werden.
V. Verlaufsgestaltung und Management der Aktivität	Wird die Aktivität schrittweise, flexibel für Verlaufsbedingungen und prozessoptimierend umgesetzt?	Projektmanagement ist eine Voraussetzung eines durchdachten, möglichst raschen Eingehens auf die wechselnden Anforderungen an die Umsetzung von Plänen und Projekten unter Feldbedingungen. Management dient nicht in erster Linie der Schonung knapper Mittel, sondern ist eine Grundlage fachlicher Handlungsfähigkeit.
VI. A Gesamtbild der Effekte	Hat die Einrichtung eine handlungsleitende Einschätzung der Wirkungen ihrer Aktivität?	Ein mehrschichtiges, zusammenhängendes, selbstkritisches Gesamtbild bildet die innere (kognitive) Landkarte für die zielorientierte Durchführung und Verbesserung von Maßnahmen und unterstützt die Professionalität präventiven Handelns.
VI. B Erfassung von Bekanntheit / Akzeptanz	Wie verlässlich und gültig werden Verbreitung und Nutzung des Angebots erfasst und ausgewertet?	Damit Wirkungen eintreten können, ist erst Bekanntheit und dann Akzeptanz (Bereitschaft zur Mitwirkung, Annehmen der Angebote) Voraussetzung. Ein gutes Angebot verdient breite Bekanntheit und kann dann seine Wirkung entfalten.
VI. C Erfassung von Wirkungen	Wie fundiert sind die Wirkungen der Aktivität geprüft?	Es gibt verschiedene alternative Möglichkeiten der Erfolgsbeobachtung. Viele Quellen sind auch in kleinen Projekten gut verfügbar. Ihre Nutzung sichert Wirksamkeit und Durchführungsgüte.
VI. D Vorliegen eines Wirkungsnachweises	Geht aus dem gesicherten Kenntnisstand hervor, dass die Aktivität gesundheitsförderlich wirkt?	Viele kleine Projekte können keine teure Evaluation bezahlen. Deshalb geben die Gutachter/-innen als behelfsmäßige Alternative hier ihr Gesamturteil ab, ob beim verfügbaren Datenstand die Wirksamkeit der Aktivität als plausibel betrachten kann.
VI. E Erfassung der Nutzer der Aktivität	Sind Größe und Zusammensetzung der erreichten Gruppen bekannt?	Wo die erreichten Personen nach ihren wichtigen Merkmalen erfasst werden, lässt sich abschätzen, welche Teile der Zielgruppen tatsächlich dabei sind oder noch fehlen. Das ist wichtig zur Einschätzung der erreichten Gesamterfolge.
VI. Erfolgskontrolle und Evaluation	Werden die Wirkungen der Aktivität realistisch, empirisch solide beurteilt?	Damit man weiß, wo man steht, was man verbessern kann, damit man Wirkungen nachweisen kann, das motiviert die Fachkräfte und ermutigt die Zielgruppen und sichert Ressourcen.
VII. Qualitätsentwicklung (Kontinuierliche Verbesserungen)	Werden die Erfahrungen durchdacht, weitergegeben und in längerfristige Verbesserungen von Angebot oder Programm umgesetzt?	Prävention und Gesundheitsförderung sind in rascher Entwicklung. Wissenschaftliche, methodische und praktische Erfahrungen müssen ständig neu zusammengeführt, gesichtet und erweitert werden. Gelingt dies auf fachlicher wie organisatorischer Ebene, so ist die bestmögliche Qualität der einzelnen Interventionen, der Programme und der präventiven Versorgung überhaupt sichergestellt.

6 Literatur

- Altgeld, T. (2002). Kindertagesstätten. Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential. *Prävention*, 25(3), 81-84.
- Berg, A. & Wegner, R. E. (2006). Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten am Beispiel Mo.Ki-Monheim für Kinder. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(1), 40-46.
- Berger, J., Niemann, D., Nolting, H.-D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (2002a). *Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastungen in ausgewählten Berufen*. Hamburg: BGW Berufenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, DAK Gesundheitsmanagement.
- Berger, J., Niemann, D., Nolting, H.-D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (2002b). *Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastungen in ausgewählten Berufen*.
- Bergmann, K. E. & Bergmann, R. L. (2004). Prävention und Gesundheitsförderung im Kindesalter. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 55-62). Bern etc.: Hans Huber.
- Bergmann, K. E., Thefeld, W. & Kurth, B.-M. (2002). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey - eine Grundlage für Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele. *Gesundheitswesen* 2002, 64, S. 53-58.
- Blättner, B., Grewe, A. & Kohlenberg-Müller, K. (2006). Prävention von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. *Prävention*, 29(2), 42-46.
- BMBF. (2005). *Bundesministerium für Bildung und Forschung. Kinder und Jugendliche - Gesundheit von Kindern und Jugendlichen* Verfügbar [18.09.2005].
- BMFSFJ. (2005). *Zwölfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Hrsgg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Brezinka, V. (2003). Zur Evaluation von Präventivinterventionen für Kinder mit Verhaltensstörungen. doi:10.1026//0942-5403.12.2.71. *Kindheit und Entwicklung*, 12(2), 71-83.
- Bühler, A. & Kröger, C. (2006). *Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs*. Köln: BZgA - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (Hrsg.). (1998). *Gesundheit von Kindern - Epidemiologische Grundlagen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA (Hrsg.). (2002). *"Früh übt sich." - Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. bis zum 15. Juni 2000 in Bad Honnef*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Ellsäßer, G. (2004). *Landesgesundheitsamt Brandenburg. Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Herausgegeben vom Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg*. Wünsdorf: Landesgesundheitsamt Brandenburg.
- gesundheitsziele.de. (2003, 14.2.2006). *Forum Gesundheitsziele Deutschland. Bericht. Auszug der Ergebnisse von AG 7. Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung* Verfügbar unter: http://www.gesundheitsziele.de/xpage/objects/kinder/docs/1/files/030214_bericht_final1_ag7.pdf.
- Göpfert, P., Wagner, N., Riedrich, C., Meusel, D. & Kirch, W. (2004). Gibt es wissenschaftlich fundierte Programme im Bereich der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten? - Eine empirische Bestandsanalyse zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention im Kindesalter. *Prävention*, 27(3), 81-84.
- GVG (Hrsg.). (2005). *Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. gesundheitsziele.de. Impulse, Wirkungen und Erfahrungen* (Bd. 49). Berlin: Akademische Verlagsgesellschaft Aka.
- Haffner, J., Esther, C., Münch, H., Parzer, P., Raue, B., Steen, R., et al. (2002). Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive. Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychotherapie*, 51(9), 675-696.
- Hartwig, M., Maasberg, A. & Strube, H. (Hrsg.). (2004). *"Zukunft KiTa." Ernährung und Bewegung. Impulse für KiTas durch Gesundheit. 3. Niedersächsische Fachtagung. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätte und Hort (2004)*. Hannover: Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen.
- Hock, B., Holz, G. & Wüstendörfer, W. (2001). Armut und Benachteiligung im Vorschulalter - Über frühe Folgen von Armut und Handlungsansätze in der Kita-Arbeit. *Kita-aktuell, Heft 2*, S.28 ff.
- Holz, G. (2004). Armut und soziale Benachteiligung von Kindern - ein wachsendes gesellschaftliches Phänomen. In A. Richter, G. Holz & T. Altgeld (Hrsg.), *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich* (S. 1-88). Frankfurt a.M.: ISS Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Holz, G. (2005). Sozialer Wandel und Gesundheit. Auswirkungen von Hartz IV auf die Gesundheit von Kindern. *Impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung*, 2005(49), 9.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.). (2003). *Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Weinheim: Juventa.

- Kliche, T., Koch, U., Lehmann, H. & Töppich, J. (2006). Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung. DOI: 10.1007/s00103-005-1216-1. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(2), 141-150.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S. & Koch, U. (2006). Qualitäts-Informationssystem Prävention. In J. Haisch, K. Hurlmann & T. Klotz (Hrsg.), *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 269-272). Bern: Hans Huber.
- Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Konzept- und Prozessqualität von Prävention und Gesundheitsförderung: Anforderungen und Lösungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 47, 125 - 132.
- Krause, A. (2004). Erhebung aufgabenbezogener psychischer Belastungen im Unterricht - ein Untersuchungskonzept. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 48 / N.F. 22(3), 139-147.
- Krause, M. P. (2003). Zur Frage der Wirksamkeit von Frühförderung. doi:10.1026/0942-5403.12.1.35. *Kindheit und Entwicklung*, 12(1), 35-43.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K. E., Dippelhofer, A., Hölling, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Was wir wissen, was wir nicht wissen, was wir wissen werden. *Bundesgesundheitsblatt*, 45(11/2002), S. 852-858.
- Kurth, B. M., Kamtsiuris, P., Lange, M., Schaffrath Rosario, A., Hölling, H., Schlack, R., et al. (2006). Symposium zur Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. DOI 10.1007/s00103-006-0085-6. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 49(10), 1050-1058.
- Kurth, B. M., Lange, M., Erdmann, F., Kahl, H., Erhart, M., Hölling, H., et al. (2006). Informationen für Teilnehmer der KiGGS-Studie. DOI 10.1007/s00103-006-0125-2. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 49(12), 1225-1232.
- Kuschel, A., Müller, Y., Köppe, E., Lübke, A., Hahlweg, K. & Sanders, M. R. (2000). Prävention von oppositionellen und aggressiven Verhaltensstörungen bei Kindern: Triple P - ein Programm zu einer positiven Erziehung. *Kindheit und Entwicklung*, 9(1), 20-29.
- Lampert, T., Richter, M. & Klocke, A. (2006). Kinder und Jugendliche: Ungleiche Lebensbedingungen, ungleiche Gesundheitschancen. *Gesundheitswesen*, 68(2), 94-100.
- Laucht, M., Hohm, E., Esser, G. & Schmidt, M. H. (2005). Erhöhtes Raucherrisiko von Kindern mit Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(4), 258-265.
- Lehmkuhl, U., Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2002). Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*, 45(12), 984-991.
- Litty, C. G. & Hatch, J. A. (2006). Hurry Up and Wait: Rethinking Special Education Identification in Kindergarten. *Early Childhood Education Journal*, 33(4), 203-208.
- Luber, E. (2003). *Geeignete Indikatoren zur Evaluation der Arbeit an den Zielen "Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung"*. Magdeburg: FH Magdeburg.
- Mersmann, H. (1998). Gesundheit von Schulanfängern - Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In BZgA (Hrsg.), *Gesundheit von Kindern. Epidemiologische Grundlagen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Bd. 3, S. 60-78). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Meurer, A. & Siegrist, J. (2005). *Determinanten des Inanspruchnahmeverhaltens präventiver und kurativer Leistungen im Gesundheitsbereich durch Kinder und Jugendliche. Forschungsstand, Interventionen, Empfehlungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Meyer-Nürnberg, M. (2002). Gesundheit von Kindern. Eine Sichtung regionaler und lokaler Gesundheitsberichterstattung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11), 859-865.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Molnar, M. (2005). Lärm als psychischer Stressor. *Sichere Arbeit*(2/2005), 10-13.
- Müller-Gräwe, U. (2006). Ernährungsstile, Mahlzeitenmuster und Beköstigungsarrangements von Familien. *DJI Bulletin* 74, 2006(1), 22-23.
- Nelson, G. & Westhues, A. (2003). A Meta-Analysis of Longitudinal Research on Preschool Prevention Programs for Children. *Prevention & Treatment*. <http://journals.apa.org/prevention/volume6/toc-dec18-03.html>, 6(31), 1 - 32.
- Pinquart, M. & Silbereisen, R. K. (2002). Gesundheitsverhalten im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 45(11), 873-878.
- Plaumann, M., Busse, A. & Walter, U. (2006). Lebensweltbezogene Risiken und Ressourcen. In KKH & U. Walter (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (S. 79-85). Heidelberg: Springer.
- Pott, E. & Lehmann, F. (2002). Interventionen zur Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen aus sozial benachteiligten Gruppen. *Bundesgesundheitsblatt*, 45, S. 976-983.
- Rethorst, S. (2004). "Kinder in Bewegung". Welche Chancen bieten bewegungsfreundliche Kindergärten fuer die motorische Entwicklung im Kindesalter? *Sportunterricht*, 53(3), 72-78.
- Richter, A. (2004). Handlungskonzepte zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Kinder im Setting Kindertagesstätte. In A. Richter, G. Holz & T. Altgeld (Hrsg.), *Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesund-*

- heitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich (S. 145-243). Frankfurt a.M.: ISS Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik.
- Rudow, B. (2004). Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastungen. *bildung & wissenschaft* (Juni 2004), S. 6-13.
- Rudow, B. (2005). *Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen in Sachsen-Anhalt. Projektbericht im Auftrag der Unfallkasse Sachsen-Anhalt* Verfügbar unter: <http://www.uksa.de/Sektion-Aktuelles/AGS.pdf> [12.08.2005].
- Scheithauer, H. & Barquero, B. (2005). *Erste Ergebnisse (Kurzfassung) zur Evaluation des Projekts Papilio, Primärprävention von Verhaltensproblemen und Förderung sozial-emotionaler Kompetenz im Kindergarten. Ein Beitrag zur entwicklungsorientierten Sucht- und Gewaltprävention (Stand Juni 2005)* Verfügbar unter: <http://www.papilio.de/download/papilio-ergebnisse.pdf> [10.7.2006].
- Schick, A. & Cierpka, M. (2004). "FAUSTLOS" - Ein Gewaltpräventions-Curriculum für Grundschulen und Kindergärten. In W. Melzer & H.-D. Schwind (Hrsg.), *Gewaltprävention in der Schule* (S. 54-66). Baden-Baden: Nomos.
- Schilling, M. (2005). Ausgaben pro Platz in Tageseinrichtungen für Kinder gesunken. *KomDat Jugendhilfe (Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, Universität Dortmund)*, 8(3), 4.
- Schneider, W. (2006). Der Weg ist vorgezeichnet. *ZEIT*(13.07.2006), 30.
- Seibt, R. & Khan, A. (2005). *Abschlussbericht: Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten*. Dresden: Technische Universität, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin.
- Seibt, R., Khan, A., Thinschmidt, M., Dutschke, D. & Weidhaas, J. (2005). *Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in Kindertagesstätten und Beiträge zur Netzwerkbildung*. Dortmund etc.: Wirtschaftsverlag NW.
- Seibt, R., Malbrich, J. & Dutschke, D. (2006). Zusammenhänge von Einflussfaktoren und Burnout-Risiko bei Lehrern und Erziehern. DOI: 10.1055/s-2006-948672. *Gesundheitswesen*, 68.
- Setterboulte, W., Hoepner-Stamos, F. & Hurrelmann, K. (1997). Gesundheitsstörungen im Kindesalter - Ergebnisse des Bielefelder "Grundschulsurveys". *Prävention (20. Jg.)*, 1, 3-6.
- Statistisches_Bundesamt. (2004). *Pressemittteilung vom 16. März 2004 - Kindertagesbetreuung in West- und Ostdeutschland* Verfügbar [13.09.2005].
- Szagan, B. (2005). Prävention und Gesundheitsförderung in den Settings KiTa und Schule: Ergebnisevaluation durch den ÖGD. DOI: 10.1055/s-2004-833804. *Gesundheitswesen*, 66.
- Thefeld, W., Bergmann, K. E., Burger, M., Hölling, H., Mesink, G. B. M. & Thamm, M. (2002). Die Kinder- und Jugendgesundheitsurvey: Ermittlung des Gesundheitsverhalten von Eltern und Kindern. *Gesundheitswesen 2002*, 64(Sonderheft 1), S. 36-42.
- Trabert, G. (2002). Kinderarmut: Zwei-Klassen-Gesundheit. *Deutsches Ärzteblatt*, A 99(3), A 93-95.
- Wagner, N. & Kirch, W. (2006). Gesundheitsförderung im Vorschulalter. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(1), 33-39.
- Wagner, N., Meusel, D., Höger, C. & Kirch, W. (2005). Health promotion in kindergarten children: an assessment of evaluated projects in Germany. *Journal of Public Health*, 13(6), 291-295.
- Walper, S. (2006). Belastungen in der Familie und Ansätze der Prävention. In KKH & U. Walter (Hrsg.), *Weißbuch Prävention 2005/2006. Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze* (S. 85-98). Heidelberg: Springer.
- Wolff Metternich, T., Plück, J., Wiczorrek, E., Freund-Braier, I., Hautmann, C., Brix, G., et al. (2002). PEP - Ein Präventionsprogramm für drei- bis sechsjährige Kinder mit expansivem Problemverhalten. *Kindheit und Entwicklung*, 11(2), 98-106.
- Zanders, M. (Hrsg.). (2005). *Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.