



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Bericht

Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita

Erfolgsabschätzung und Ableitung
eines Evaluationskonzepts

Hrsg.: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft
und -gestaltung e.V.

Autor_innen:

Raimund Geene

Thomas Kliche

Susanne Borkowski

Unter Mitarbeit von Maria Kovács

GESUND AUFWACHSEN: LEBENSKOMPETENZ, BEWEGUNG, ERNÄHRUNG IM SETTING KITA

**Erfolgsabschätzung und Ableitung
eines Evaluationskonzepts**

**Eine Expertise im Auftrag
des Kooperationsverbundes
*gesundheitsziele.de***

**Raimund Geene
Thomas Kliche
Susanne Borkowski**

**unter Mitarbeit von
Maria Kovács**

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	5
2	Vorwort	10
3	Zielsetzung und Methodik der Expertise	12
3.1	Auftragsformulierung	12
3.2	Evaluation im Rahmen von Gesundheitszielen	12
3.3	Methodik unserer Expertise	14
4	Zentrale Datenquellen	16
4.1	Datenberichte des Bundes und der Sozialversicherungen	16
4.1.1	Daten des Statistischen Bundesamtes	16
4.1.2	Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes	18
4.1.3	Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung	18
4.1.4	Daten des Bundes und der Sozialversicherungen – ein Zwischenfazit	19
4.2	Bedeutende Datenreihen und Einzelstudien	20
4.2.1	Robert Koch-Institut (KiGGS)	20
4.2.2	Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKi)	22
4.2.3	Pasternack & Schulze 2010, Pasternack & Keil 2013	23
4.2.4	Robert Bosch Stiftung 2011	23
4.2.5	BMBF/Robert Bosch Stiftung/DJI (WiFF)	23
4.3	Potenzielle, aktuell nicht nutzbare Datenquellen	23
4.3.1	Schuleingangsuntersuchungen	24
4.3.2	Daten der Deutschen Rentenversicherung	25
4.4	Exkurs: Datenlage zu allgemeinen Gesundheitseffekten des Kita-Besuchs	25
4.4.1	Direkte Gesundheitseffekte der Kita	26
4.4.2	Die Vermutung gesundheitlicher Belastungen der Kinder durch frühe Betreuung	27
4.4.3	Indirekte Gesundheitseffekte der Kita	27
4.4.4	Steigerungsmöglichkeiten der Bildungs- und Gesundheitseffekte	28
4.4.5	Gesamtbild	29
4.5	Datenlücken und Datenbedarf	29
4.5.1	Empfehlenswerte methodische Ansätze	30
4.5.2	Datenbedarf – Ein Zwischenfazit	31
5	Sachstand: Umsetzung der Teilziele des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“	32
5.1	Aufbau der Sachstandseinschätzung	32
5.2	Stärkung von Lebenskompetenzen der Kinder	33
5.3	Förderung der Gesundheit der Erzieher/innen	35
5.4	Bewegungsförderung und Reduktion von Bewegungsmangel	37
5.5	Gesundes Ernährungsverhalten	39
5.6	Verbesserte Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung	41
5.7	Zielübergreifende Ergebnisse	44
5.7.1	Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW)	44
5.7.2	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	45
5.7.3	Zusammenarbeit mit Eltern (ZmE)	46

6	Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberichterstattung	48
6.1	Evaluation in Form eines fortlaufenden Monitoring	48
6.1.1	Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes	49
6.1.2	Präventionsberichte/GKV-Daten	50
6.1.3	Daten zum Unfallgeschehen der DGUV	52
6.2	Evaluation anhand von Kindergesundheitsuntersuchungen	53
6.3	Evaluation der Gesundheitsziele durch eigenständige Studien	54
6.4	Nutzung von Experteneinschätzungen	56
7	Zur Erfolgsbeobachtung von Gesundheitszielen im Setting Kita (Evaluationskonzept)	58
7.1	Beobachtungshorizont I: Outcome Kindergesundheit (KiGGS)	59
7.2	Beobachtungshorizont II: Gesundheitsbezogene Setting-Interventionen (GKV-Präventionsbericht)	59
7.3	Beobachtungshorizont III: Gesundheit zu Kita-Ende (Schuleingangsuntersuchungen)	59
7.4	Beobachtungshorizont IV: Kita-Gesundheitsqualität (Einrichtungsbefragungen Typ BeGKi)	60
7.5	Beobachtungshorizont V: Outcomes einzelner Programme	61
7.6	Beobachtungshorizont VI: Aus-, Fort- und Weiterbildung	61
7.7	Gesamtberichte	62
8	Ausblick: Weiterentwicklung der Gesundheitsziele	63
9	Literatur	65
10	Abkürzungsverzeichnis	77
11	Anhang: Tabellarische Zusammenstellung der Auswertungen	79

1 ZUSAMMENFASSUNG

Die Studie untersucht die aktuell verfügbaren und die potentiell nützlichen Datenlagen für die Erfolgsbeobachtung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ im Setting Kita. Zur Erprobung der Aussagekraft der identifizierten Datenlagen werden deren Ergebnisse für den Zeitraum 2000 bis 2013 recherchiert und zusammengefasst. Anschließend werden sachgerechte, ökonomische Ausbaumöglichkeiten für die Erfolgsbeobachtung der Gesundheitsziele abgeleitet und Handlungsfelder mit besonderem Gestaltungsbedarf benannt.

Zur Bewertung der Datenlagen werden die Gesundheitsziele in eine handlungsorientierte Taxonomie übertragen (Hauptziele und deren Startermaßnahmen) und für die einzelnen Ziele und Maßnahmen einschlägige Studien zusammengestellt und entlang von Kriterien ihrer Aussagekraft beschrieben (Datengrundlage, Forschungsplan, Themenbereich, nationale Repräsentativität, Messwiederholungen). Das Gesamtbild wird narrativ verdichtet, es wurde in Expertenrunden validiert. Es ergibt sich ein Überblick über das Ausmaß der bisherigen Zielerreichung. Daraus werden Empfehlungen abgeleitet für weitere, tiefergehende Evaluationen ebenso wie für weniger aufwendige Verfahren des Monitorings sowie Vorschläge zur weiteren Zielverfolgung und insgesamt zur Stärkung der Gesundheit im Setting Kita, die nachfolgend hinsichtlich Ausgangslage, Umsetzungsstand, Erfolgsabschätzung und Empfehlungen hinsichtlich Monitoring sowie Weiterentwicklung der Gesundheitsziele für das Setting Kita zusammengefasst werden.

A. Ausgangslage

Die verfügbaren Informationsquellen zu Gesundheit im Setting Kita weisen folgende Stärken und Schwächen auf:

1. Methodisch verfügt die Bundesrepublik bislang über keine integrierte Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsberichterstattung, sondern über eine heterogene Datenlage („Flickenteppich“) auf der Grundlage von Einzelstudien mit Schwerpunkten auf bestimmten Aspekten der Erzieherinnengesundheit¹ und der pädagogischen Prozessqualität. Nur zwei Teilthemen sind von regelmäßiger, methodisch belastbarer Berichterstattung abgedeckt: Kindergesundheit (KiGGS) und Betreuungsschlüssel (KomDat). Eine wiederholte Querschnittsbefragung (BeGKi 2005, 2007, 2011) zeigt darüber hinaus Umsetzbarkeit und Aussagekraft von Struktur-, Prozess- und Ergebniserhebungen im Handlungsfeld Kita.
2. International abgeleitet und für Deutschland durch gesundheitsökonomische Studien bestätigt sind die deutlichen direkten und indirekten Gesundheits- sowie Bildungsgewinne der Kinder durch den Kita-Besuch, verbunden mit hoher gesellschaftlicher Rendite dank langjähriger Folgen gelungener früher Förderung. Allerdings stehen die präzisen Gesundheitseffekte des Kita-Besuchs für sehr junge Kinder weniger in der fachlichen als in der medialen Diskussion. Für Deutschland konnten durch KiGGS internationale Befunde bestätigt werden, dass bei mittlerer Versorgungsqualität keine gesundheitlichen Risiken erkennbar sind. Allerdings unterschreiten alle deutschen Bundesländer die von der entwicklungspsychologischen Forschung angeratenen Betreuungsrelationen für alle Altersgruppen in Kitas. Zukünftig werden die ergänzten Items der 2. KiGGS-Welle, die im Rahmen der Beratungen in der UAG „Setting Kita“ durch das Robert Koch-Institut eingearbeitet wurden (siehe 4.2.1.), weiterführende Informationen liefern.

¹ Da die personelle Zusammensetzung der Erzieher/innen weit überwiegend weiblich ist, wird in nicht-genderbaren zusammengesetzten Worten wie „Erziehergesundheit“ grundsätzlich nicht die männliche, sondern die weibliche Form gewählt.

B. Umsetzungsstand

Hinsichtlich des Umsetzungsstands der Gesundheitsziele für das Setting Kita ergibt sich bei Zusammenschau der zahlreichen Einzelstudien und Quellen ein Bild aus folgenden drei Grundzügen (3-5):

3. Auf der einen Seite sind erhebliche Fortschritte bei den Outputs zu verzeichnen. Sie liegen vor allem in der Verankerung in Gesetzgebung bzw. Landesbildungsplänen, Bereitstellung von Handreichungen, Qualifizierungsmöglichkeiten in der Fort- und Weiterbildung, Interventionsansätzen und Projekten, Internetressourcen, Good Practice-Beispielen, Qualitätskriterien sowie zahlreichen punktuellen Studien zu Gesundheitsthemen. Auch die Zahl qualitätsgesicherter Programme hat deutlich zugenommen, sowohl international übernommener und angepasster als auch spezifisch für Deutschland entwickelter. Sie sind zur Nutzung durch eine Datenbank aufbereitet. Der Bereich der altersgerechten Arbeitsgestaltung weist relative Defizite auf, vor allem hinsichtlich der Erkenntnisse über Bedarf und wirkungsvolle Handlungsansätze, da sich die Strategien der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus verschiedenen Gründen nicht unverändert für Kitas eignen.
4. Insgesamt sind somit deutliche Fortschritte in der Umsetzung der Gesundheitsförderung im Setting Kita festzustellen, insbesondere hinsichtlich der Anzahl von entwickelten und angewandten Qualitätssicherungsmaßnahmen, initiierten Projekten und Unterstützungsmaterialien. Gesundheitsförderung ist zunehmend in Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen integriert, auch Freistellungen, Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Wissen zu Lebenskompetenz, Bewegungs- und Ernährungsfragen sind quantitativ erhöht. Nicht exakt zu dimensionieren ist der Einfluss konterkarierender Entwicklungen im Bereich der Arbeitsplatzverdichtung, Fachkräftemangel sowie Maßnahmen der Ökonomisierung im Feld. Im Bereich der Ernährung (Empfehlung: mindestens eine kostenlose Mahlzeit pro Tag) hat die Einführung des Bildungs- und Teilhabepakets mit dem entsprechenden Finanzierungsanspruch für Kinder einkommensschwacher Eltern die erwünschte Zielumsetzung unmöglich gemacht.
5. Dem stehen auf der anderen Seite bislang wenig veränderte Outcomes gegenüber in den Zielbereichen Kindergesundheit (sowohl allgemein als auch hinsichtlich der einzelnen Gesundheitsziele psychische Gesundheit und Lebenskompetenzen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten bzw. BMI), Erzieherinnengesundheit, Elternmitwirkung sowie hinsichtlich des Anteils versorgter Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Zur Entwicklung der Erzieherinnengesundheit in den kommenden Jahren legen die Studien den Schluss nahe, dass die zahlreichen zusätzlichen Fachaufgaben und Arbeitsanforderungen durch neue gesellschaftliche Aufträge und quantitative Erweiterung des Versorgungsauftrags an Kitas (U3-Ausbau) in den kommenden Jahren zu Fachkräftemangel und zunehmenden Arbeitsbelastungen führen werden.

C. Erfolgsabschätzung

Daraus sind als Zwischenergebnis der Erfolgsabschätzung die nachfolgenden beiden Schlussfolgerungen zu ziehen (6-7):

6. Die Versorgungslage erscheint ebenso wie die Datenlage trotz der deutlichen Zunahme an Aktivitäten und praxistauglichen Handlungsansätzen in Quantität und Qualität intransparent, unsystematisch und heterogen. Insgesamt ist eine hohe Varianz in Verbreitung, Nutzung und Umsetzungsgüte gesundheitsbezogener Struktur- und Prozessmerkmale in Kitas zu konstatieren. Ungesichert sind Distribution und Nutzung der verfügbaren

Handreichungen und Angebote. Die Studien lassen den Schluss zu, dass die Umsetzung mit starken Schwankungen in Verbreitung und Umsetzungsgüte ausfällt. Die meisten Interventionsprogramme und gesundheitsbezogenen Qualitätssicherungsinstrumente werden bislang inselartig genutzt. Die Inanspruchnahme seitens der Teams und der Familien erscheint ebenfalls unterschiedlich. Wichtige Bestimmungsgründe dieser Varianz sind einerseits die Schlüsselrolle des Trägers, die sich u. a. ausdrückt durch die Gewährung von Freistellungen und Personalersatz für Qualifizierungsmaßnahmen, Übernahme von BGF-Maßnahmen, Spielräume für altersgerechte Arbeitsgestaltung, Steuerung der Rahmenbedingungen und der Vereinbarungen mit externen Essensanbietern. Andererseits schaffen die Landesgesetze deutlich verschiedenartige Ausgangslagen, vor allem durch das Regime von Arbeitszeit und Arbeitsdichte. Zu nennen sind hier u. a. gesetzlich verankerte Betreuungsansprüche, zugehörige Mindestbetreuungszeiten, Vor- und Nachbereitungszeiten sowie Freistellung der Leitungen von der pädagogischen Arbeit.

7. Insgesamt stellt Kita nach den vorliegenden Erkenntnissen ein geeignetes Setting für Gesundheitsförderung ebenso wie für eine aussagefähige Abschätzung der Gesundheitsziele dar.

D. Perspektive für Monitoring und Strukturbildung

8. Dabei ergeben sich vier verfügbare Beobachtungshorizonte zur Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele in Kitas. Sie haben jeweils eigene zeitliche Abfolgen, methodische Ansätze und durchführende Akteure:
 - Die herausragend hochwertige, regelmäßige (mehrjährige) KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts könnte um weitere ausgewählte Items zur gesundheitsbezogenen Kita-Qualität ergänzt werden. Sie sollte weiterhin regelmäßig – in höchstens fünfjährigen, günstigenfalls sogar kürzeren Abständen – durchgeführt und auf länderrepräsentative Stichproben gestützt werden, weil sie die zentrale Grundlage der deutschen Gesundheitsberichterstattung für das Kindes- und Jugendalter darstellt. Die jährlichen GKV-Präventionsberichte bilden Verbreitung und Reichweite (Zielgruppen) sowie ausgewählte Durchführungsmerkmale von Setting-Projekten in Kitas ab. Da die Krankenkassen mit ihrem Steuerungsauftrag für die primäre Prävention gemäß § 20 SGB V zentrale Akteure für dieses Vorgehen in Kitas sind, sollten sie ermutigt werden, weiterführende summative Evaluationen auch auf Programm- und Projektebene bereitzustellen. Auch die Daten der Unfallkassen sollten nach Möglichkeit analog aufbereitet werden.
 - Repräsentative Einrichtungsbefragungen zu gesundheitsbezogener Struktur- und Prozessqualität nach dem Ansatz von BeGKi können einen großen Teil der Gesundheitsziele in den Kitas bundesweit direkt ermitteln. Durch Indikatoren und Stellvertreter-Indikatoren (Proxies) für Kinder- und Mitarbeitergesundheit kann auch die Breitenwirksamkeit dieser Strukturen und Prozesse auf Gesundheit gezeigt werden.
 - Die KNP-Datenbank evidenzbasierter Präventionsprogramme gibt über die Wirksamkeit (efficacy) einzelner Interventionsansätze unter Evaluationsbedingungen Auskunft und sollte weiter bei der BZgA gepflegt, bekannt gemacht und zur Nutzung durch Fachkräfte entwickelt werden.
9. Drei weitere Beobachtungshorizonte kommen langfristig ebenfalls für die Beobachtung von Gesundheitszielen in Kitas in Betracht: erstens die Schuleingangsuntersuchungen, zweitens Auswertungen von Daten der Rentenversicherung, drittens Befragungen zur gesundheitsbezogenen Professionalisierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung), insbesondere durch Expertenbefragungen oder Kurzfragebögen in Stichproben von Fach-

schulen und Fortbildungsanbietern. Letztere sind zumeist aussagekräftiger, bezüglich des tatsächlichen Standes gesundheitsbezogener Kompetenzvermittlung, als Dokumentenanalysen. Alle drei Optionen verlangen jedoch erhebliche Entwicklungs- und Durchführungskosten bzw. zusätzlich auch Zeit zur politischen Abstimmung im Föderalismus. Obgleich die Horizonte grundsätzlich aussichtsreich erscheinen, ist ihre flächendeckende Nutzung erst nach Jahren und unter erheblichem Mehraufwand realisierbar. Empfohlen wird daher an dieser Stelle, sie durch Einzelstudien und Expertisen zu explorieren und für die politische Steuerung unauf-schiebbare Teilfragestellungen oder Teilziele dieser Beobachtungshorizonte durch qualitative Einzelstudien zu klären.

10. Um die vier Beobachtungshorizonte mit ihren unterschiedlichen Datenquellen und Erhebungsrhythmen aufeinander zu beziehen, ist es sinnvoll, eine Koordinierung vorzuhalten, damit Einzelstudien und Teilberichte besser aufeinander bezogen sowie Forschungsakteure im Setting beraten und vernetzt werden können. Hier kann an die vielfältigen Aktivitäten der BZgA im Setting Kita angeknüpft werden. Ihre Aufgabe könnte insbesondere darin bestehen, kontinuierlich ein Gesamtbild zu erstellen, Vorschläge zur Instrumentenverbesserungen zu sammeln und selbst zu initiieren, wobei Erhebungszeiträume und konkrete Aufgabenstellungen jeweils kontextabhängig zu vereinbaren wären.

E. Handlungsansätze mit hohem Gestaltungsbedarf

Für Gesundheitsförderung im Setting Kita und eine unterstützende Zielbildung können wir auf der Grundlage unserer Evaluation nachfolgende Handlungsansätze benennen, in denen laut Auswertung des Sachstands hoher Gestaltungsbedarf bzw. Gestaltungspotenzial besteht:

11. Gesundheitsförderung sollte umfassend als Querschnittsaufgabe der Kitas etabliert werden, u. a. verankert in (Landes-)Bildungsprogrammen, (internen/partizipativen) Qualitätsentwicklungskonzepten, Demografiekonzepten sowie Programmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Hierfür ist die Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Akteure wichtig, also insbesondere der Einbezug von Wohlfahrtsverbänden und Kommunen als Schlüsselträger, von Kultusministerien und Volkshochschulen u. a. Qualifizierungsanbietern, auch bei der Weiterentwicklung des Gesundheitsziele-Prozesses.
12. Zur Orientierung der Träger und Fachkräfte sind einfache, überschaubare Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung in Kitas wichtig, wie sie z. B. das Audit Gesunde Kita bietet.
13. Die Erzieher/innen benötigen verstärkt Unterstützung in der Umsetzung des Inklusionsauftrags. Hier bedarf es Qualifikationen und Ressourcen zur Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen zur gleichberechtigten Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen.
14. Die Gesundheitsziele sollten in Anbetracht wahrscheinlich zunehmender Arbeitsbelastungen einen Schwerpunkt auf die Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas unter besonderer Beachtung altersgerechter Arbeitsbedingungen legen.
15. Der Ansatz einer umfassenden und gemeinsamen Bildungs-, Gesundheits- und Sozialberichterstattung sollte forciert werden mit dem Ziel einer handlungsorientierten Berichterstattung, insbesondere in den Kommunen. Die Berichterstattung sollte besonderen Wert auf Folgerungen und Empfehlungen für die Ebene der Träger (Kommunen, Wohlfahrtsverbände) legen.

16. Projekte der Gesundheitsförderung im Setting Kita sollten hinsichtlich Auswahl und Ausrichtung noch stärker sozialraumorientiert ausgerichtet und in integrierte kommunale Strategien/Präventionsketten eingebettet werden. Maßnahmen zur Unterstützung in besonderen Belastungssituationen wie Überforderung (u. a. Frühe Hilfen) und familiärer Armut (Strategien der Kinderarmutsbekämpfung, u. a. Bildungs- und Teilhabepaket) sollten stärker auch auf den Kita-Bereich ausgerichtet werden; es bedarf dazu einer konzeptionellen Untermauerung im Sinne der Gesundheitsförderung.
17. Das Ziel einer gesunden Ernährung im Kita-Bereich sollte aufgegriffen und verstärkt werden; die bislang angestrebte kostenlose Mittagsverpflegung in Kitas sollte den veränderten Rahmenbedingungen jedoch angepasst und neu ausgerichtet werden.
18. Das Ziel der Bewegungsförderung sollte durch entsprechende regionale Kooperationen systematischer hinterlegt sein; hier gibt es kaum entsprechende Konzepte, und diese sind zudem bislang nur marginal entwickelt und verbreitet.

2 VORWORT

2010 hat der Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* eine Überarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ vorgelegt. Bereits 2003 war eine erste Fassung erschienen, die 2010 in einer akteurs- und themenübergreifenden Arbeitsgruppe grundsätzlich überarbeitet worden ist. Hintergrund der Überarbeitung waren die zahlreichen Interventionen auf Bundes- und Länderebene, die durch die KiGGS-Publikationen seit 2007 deutlich verbesserte Datenlage und auch die sich insgesamt stark verändernden Rahmenbedingungen gesunden Aufwachsens.

Dies wird besonders deutlich im Handlungsfeld Setting Kita, in dem durch inzwischen gewährten Rechtsanspruch und eine veränderte finanzielle Förderung der Elternzeit ein starker Ausbau der Kindertagesbetreuung zu beobachten ist. Mit inzwischen fast 450.000 Fachkräften hat sich das Arbeitsfeld Kindertageseinrichtungen zu einem hoch relevanten Dienstleistungssektor in Deutschland entwickelt, das sich aktuell quantitativ und auch qualitativ in enormem Wandel befindet.

Entsprechend nimmt auch die Public Health-Relevanz von Kitas für die kindliche Gesundheit auf dem Hintergrund gesetzlicher und vertraglicher Regelungen (Rechtsanspruch auf Betreuungsplatz, Kinder- und Behindertenrechtskonventionen) stark zu. In diesem Setting Gesundheitsförderung zu vermitteln und auch im Sinne von Kinderrechten und Inklusion allen Kindern gerechte Gesundheits- und Bildungschancen zu ermöglichen, ist eine große Herausforderung (Geene & Rosenbrock 2012).

Bereits die Überarbeitung des Gesundheitsziels im Jahre 2010 trägt Veränderungen Rechnung, indem Teilaspekte wie Unfallprävention, Impfen und psychische Gesundheit stärker berücksichtigt werden. So ist das ursprüngliche Leitziel der Stressbewältigung weiter entwickelt worden zum Konzept der „Lebenskompetenz“. Dabei wurde der Setting-Ansatz als „Kernstruktur für die Zielformulierung“ (Altgeld 2010) gewählt, mit dem Ziel, die intransparente und ineffektive Heterogenität der unterschiedlichen Konzepte und Akteure durch verstärkte Kooperationen zu überwinden. Mithilfe von Startermaßnahmen sollen die Ziele des gesunden Aufwachsens unterstützt werden.

Dieser Logik folgend, wird in der hier vorgelegten Expertise zunächst ein Überblick gegeben zu den Möglichkeiten der Zieldimensionierung in den einzelnen Startermaßnahmen sowie den damit in Verbindung stehenden Teilzielen, bevor im Weiteren vorhandene Daten und potenziell weiter zu erschließende Datenquellen auf ihre Aussagekraft zur Gesundheit im Setting Kita vorgestellt und diskutiert werden.

Im Ergebnis evaluiert die Expertise die Erreichung des Gesundheitsziels am Beispiel des Settings Kita. Die Evaluation ist formativ ausgerichtet, d. h. sie zielt nicht auf abschließende Bewertung, sondern will prozessbegleitend Verbesserungen für die gesundheitliche Situation bzw. hier konkret den Gesundheitsziele-Prozess und seine praktische Umsetzung in den Kitas anregen. Sie versteht sich als Entwicklungsabschätzung erfolgter (Struktur- und Prozess-)Maßnahmen, Bilanzierung bisheriger Ergebnisse („Outcomes“) und als Diskussionsgrundlage zur Verständigung auf Indikatoren, mit deren Hilfe der Entwicklungsprozess zukünftig klarer abgelesen werden kann.

Kitas sind schon heute eine Lebenswelt mit hoher Verpflichtung für die Gesundheit der Kinder und insgesamt für die Sozial-, Familien-, Kinder- und Gesundheitspolitik. Dies begründet sich einerseits in strukturellen Veränderungen aufgrund des sozialen Wandels familiärer und kindlicher Lebenswelten und der damit einhergehenden Expansion

des Handlungsfeldes. Andererseits ist dies aber auch den inhaltlich-normativen Gründen wie den veränderten Sichtweisen auf kindliche Lebensbedingungen (vgl. UN-Kinderrechtskonvention und UN-Behindertenrechtskonvention) und den implizierten Debatten über Kindeswohl und Kinderschutz (vgl. Frühe Hilfen) bis hin zur kommunalen Sicherstellung gesunder Lebensbedingungen für Kinder und Familien (vgl. Präventionsketten/Kommunaler Partnerprozess ‚Gesund aufwachsen für alle!‘)² geschuldet.

Die Kita als zentralen Baustein dieses Wandels im Sinne der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln, ist demnach eine bedeutsame gesamtgesellschaftliche Gestaltungsaufgabe. Hier gibt das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ wichtige Anstöße, die einer laufenden Überprüfung und Neujustierung bedürfen. In diesem Sinne versteht sich auch unser Evaluationsbericht als Vorschlag zur Weiterentwicklung des Handlungsfeldes.

² im Überblick: Geene et al. 2013

3 ZIELSETZUNG UND METHODIK DER EXPERTISE

3.1 Auftragsformulierung

KinderStärken e.V., An-Institut der Hochschule Magdeburg-Stendal, ist vom Kooperationsverbund *gesundheitsziele.de* damit beauftragt worden, ein Evaluationskonzept für das 2010 in Überarbeitung vorgelegte Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ zu erstellen. Dabei sollen, so die Vereinbarung, die Ziele und Unterziele, die sich im Rahmen dieses Gesundheitsziels auf den Teilbereich Setting Kita beziehen, betrachtet werden. Es gilt, in dem zu erarbeitenden Konzept einen bzw. mehrere Wege für eine aussagekräftige Evaluation zu skizzieren. Als Arbeitsschritte sind eine Darstellung aller relevanten Daten und Studien vorgesehen, aufgelistet pro einzelne Startermaßnahme. Zu sichten sind die Regeldaten aus den unterschiedlichen Fachbereichen/Sektoren, um dadurch einen detaillierten Überblick über die Studienlage zu gewinnen und Datenlücken aufzuzeigen, für die folgende Vorschläge für den Umgang mit diesen Datenlücken entwickelt werden.

Im Zuge dieses Arbeitspakets ist – über den ursprünglichen Auftrag hinausgehend – eine eigenständige, umfangreiche Evaluation vorgenommen worden, die zwar kein vorliegendes bzw. leicht verfügbares Indikatorenset benennen kann, jedoch über eine differenzierte Sichtung der Quellen und Extrahierung der Ergebnisse einen umfassenden Überblick der spezifischen Entwicklungslinien des Settings Kita, der entsprechenden Gesundheitsförderungsstrategien und insgesamt über die Umsetzung des Gesundheitsziels im Setting Kita sowie einen Ausblick auf Optionen für ein künftiges, strukturgestütztes Monitoring gibt. Beraten und vereinbart ist dieses Vorgehen sowohl mit Vertreter/innen der Geschäftsstelle von *gesundheitsziele.de*³ als auch den zuständigen Beratungsgremien, die mit ihren Rückmeldungen wiederum ihrerseits maßgeblich zur Bündelung und Sicherung der Ergebnisse beigetragen haben⁴.

3.2 Evaluation im Rahmen von Gesundheitszielen

Evaluationsberichten in der Gesundheitsförderung und speziell von Gesundheitszielen müssen zunächst einige grundsätzliche Anmerkungen vorangeschickt werden. Zwar gilt Qualitätsentwicklung gemeinhin als zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung. Weil die hier angestrebten Gesundheitsgewinne aber als Resultat hochkomplexer Entwicklungen zu bewerten sind, bedarf es entsprechend auch eines komplexen Evaluationskonzepts (Luber & Geene 2004). Eine summative Evaluation der Entwicklungsprozesse bei der Umsetzung von Gesundheitszielen, die sich auf summarische Auflistungen von Effekten beschränkt, ist nur mit großem Aufwand gegen eine Reihe methodischer Fehlschlüsse abzusichern. So sollten Gesundheitsziele eigene Effekte bewerten und nicht nur Mitnahme-Effekte anderer gesellschaftlicher Entwicklungen („Trittbrettfahrer“) abbilden, die beispielsweise veränderten sozialen Rahmenbedingungen, wie z. B. der frühere Rechtsanspruch auf Kindertagesbetreuung, geschuldet sind. Es sollten also keine Prozesse als Effekte der Zielsetzung abgebildet werden, die ohnehin und unabhängig von der Zielformulierung geschehen (Geene & Luber 2000).

³ Dabei handelt es sich insbesondere um die Sitzungen der UAG Setting Kita am 18. März 2013 beim vdek und am 11. März 2014 beim Robert Koch-Institut in Berlin, die Sitzung des Ausschusses *gesundheitsziele.de* am 18. März 2014 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin, die Sitzung des Evaluationsbeirates am 11. April 2014 beim vdek in Berlin, die Sitzung des Steuerungskreises am 23. Mai 2014 bei der DGUV in Berlin sowie die abschließenden Sitzungen zur Abnahme dieses Berichts durch die AG „Gesund aufwachsen“, die UAG „Setting Kita“ und den Evaluationsbeirat“ in einer gemeinsamen Sitzung am 8. Juli 2014 beim vdek in Berlin und den Ausschuss am 14. Oktober 2014 bei der Bundesärztekammer in Berlin.

⁴ Zur Methodik siehe im Einzelnen 3.3.

Insofern empfehlen sich beim aktuellen Kenntnisstand über den Gesundheitsziele-Prozess in Deutschland Konzepte der formativen Evaluation, die darauf abzielen, entstehende Prozesse in ihrem Entwicklungsverlauf und ihren Perspektiven zu beschreiben und zu bewerten (Kromrey 2004). Dabei geht es insbesondere um die Frage, welche Art der Entwicklungsprozesse mit welcher Nachhaltigkeit erzielt werden (können). Wichtige Ergebnisse formativer Evaluationen sind Rückmeldungen in den Prozessverlauf, die idealerweise zur Optimierung der Prozesssteuerung genutzt werden können (Flick 2006).

Die Auswahl von Gesundheitszielen erfolgt durch die leitenden Gremien des Kooperationsverbundes („Ausschuss“ und „Steuerungskreis“). Auf Basis einer vorgegebenen Kriterienanalyse (Maschewsky-Schneider et al. 2009) werden Themenfelder priorisiert, für die Arbeitsgruppen zur Ausarbeitung von Gesundheitszielen eingerichtet werden. Bereits in diesem Auswahlprozess wird auf die hohe Bedeutung von ‚Machbarkeit‘ und Prozessorientierung verwiesen, d. h. dass das jeweils zu bearbeitende Gesundheitsziel darauf ausgerichtet sein möge, die Aktivitäten der Akteure im Handlungsfeld zu bündeln und zu verstärken. Im Handlungsfeld der Kindergesundheit/Gesund aufwachsen ist dies unstrittig möglich und sinnvoll (Altgeld & Thelen 2010). Darauf verweist auch die aktuell bearbeitete Erweiterung des Gesundheitsziels auf Gesundheit rund um die Geburt (Maschewsky-Schneider et al. 2013).

Kriterien komplexer Interventionen im Rahmen des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ umfassen (nach Maschewsky-Schneider et al. 2013) Outcomes (hier insb. Morbidität und Prävalenz von Risikofaktoren), Impact (Gesundheitsverhalten, Lebensweisen), Determinanten (hier insb. soziale Lage), Organisationsbedingungen (hier insb. Settings) sowie Strukturveränderung bzw. -bildung (hier z. B. gesetzliche und allokativen Maßnahmen). Relevant ist v. a. die wechselseitige Interaktion der Akteure, in denen auch Maßnahmen geringer Intensität (z. B. einer Prozessevaluation) Interventionen umfassenderen Ausmaßes (z. B. Ausrichtung von Präventionsaktivitäten großer Träger wie Gesetzliche Unfall- oder Krankenkassen) initiieren können. Mit der Ausrichtung auf eine Evaluation für das Setting Kita sind mithin insbesondere Entwicklungen der Organisationsbedingungen incl. ihrer Rahmenbedingungen fokussiert (Prozess- und Strukturqualität). Ergebnisqualitäten im Sinne von gesundheitlichen Outcomes können nur eingeschränkt bzw. in hoher Abstraktion zum Kita-Besuch in Beziehung gesetzt werden (siehe auch den Exkurs in 4.4). Insbesondere die Auswirkung gesundheitsförderlicher Programme in Kitas ist schwer messbar, gibt es doch keine Gegenüberstellung von Kitas mit und ohne gesundheitsfördernde Interventionen.

Idealerweise wären Untersuchungen zur Prozess- und Strukturqualität im Weiteren zu ergänzen durch aktivierende Befragungen der Zielgruppen, so dass Gesundheitszielformulierung und -überprüfung nicht nur eine Frage von Expert/innen, sondern von interessierten Bürger/innen, und im Konkreten Erzieher/innen, Eltern und auch Kindern sein sollte (Luber 2003, 2004; zur Methode der Partizipativen Qualitätsentwicklung siehe auch Wright 2010). Auch wenn dies im hier vorliegenden Bericht noch keineswegs verwirklicht ist, sollte es dennoch als Hinweis aufgenommen sein, zukünftig auch solche zentralen Formen der Evaluation und der Meinungs- und Konsensbildung zu eröffnen.

Ziel dieser Evaluation ist es aber zunächst darzustellen, ob, warum und inwieweit Teilbereiche des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ im Setting Kita erreicht oder verfehlt werden oder wurden, „um ggf. programmbegleitend Verbesserungen einzuleiten und die Ergebnisse der Evaluation an die beteiligten Akteure und umzusetzen den Einrichtungen zurückzukoppeln“ (Maschewsky-Schneider et al. 2013: 4).

3.3 Methodik unserer Expertise

Der beschriebenen hohen Komplexität des Handlungsfeldes Rechnung tragend, erfordert eine Evaluation des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ für das Setting Kita die Triangulation verschiedener Methoden der quantitativen und qualitativen Sozialforschung, beginnend mit Sichtung und Analyse vorhandener Datenquellen über Diskussion und Prüfung im Rahmen von Expertengesprächen bis hin zu gezielten Nacherhebungen von Daten und Sichtweisen verschiedener Akteure und Stakeholder.

Ein erster Schritt des Arbeitsprozesses besteht demnach in der Sortierung und Würdigung der Zielsetzung hinsichtlich potenzieller Evaluationsvorschläge, um darauf abgestimmt geeignete Indikatoren und Datenquellen zu ermitteln. Der konsensuelle Charakter der Gesundheitsziele bedingt hier eine eher allgemeine Ausrichtung. Erschwerend kommt hinzu, dass einzelne Zielvorschläge auch durchaus gegensätzliche Stoßrichtungen implizieren. Einen konkreten Ansatz für die Evaluation bieten die Startermaßnahmen, deren Priorisierung nicht eindeutig festgeschrieben ist, sondern sich eher indirekt aus der entsprechenden Gewichtung (Maschewsky-Schneider et al. 2013) sowie aus der vorgelegten Leistungsbeschreibung (s. o.) ableitet.

Die Protokolle und Mitschriften aus der UAG "Setting Kita" unter Mitarbeit von Heike Hölling, Karin Niederbühl, Andrea Kuhn, Dr. Hans-Jürgen Nentwich, Thomas Altgeld sowie den Autoren dieser Evaluation vom Oktober 2012 und März 2013 dienten dabei als erste Grundlage. Aufbauend auf den entsprechenden Diskussionsbeiträgen konnten erste Kriterien für eine Materialsichtung formuliert werden. Diese bezogen sich insbesondere auf die Zuordnung der jeweiligen Daten zu den einzelnen Zielen und Teilzielen sowie auf die Regelmäßigkeit der Datenbereitstellung, ihre Methodik und Erhebungsgrundlage und ihr Erhebungsgebiet. Parallel dazu fanden Expertengespräche statt mit Vertreter/innen aus Gesundheitswissenschaften und Evaluationsforschung (Prof. Dr. Eva Luber, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider, Prof. Dr. Peter Paulus, Susanne Nagel-Prinz), der Kindheitspädagogik (Dr. Christa Preissing) sowie Rückfragen beim GKV-Spitzenverband (Dr. Volker Wanek), der Unfallkasse des Bundes (Kathrin Bredow-Harms), der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (Kurt Scherer) und der Deutschen Rentenversicherung (Daniela Sewöster).

Auf Grundlage einer ersten Zusammenstellung von Datenquellen trafen sich am 06.12.2013 Expert/innen zu einer Diskussionsrunde im Robert Koch-Institut. Teilnehmer/innen des Treffens waren:

Dr. Thomas Ziese (Abteilungsleiter Abt. 2, RKI)
 PD Dr. Thomas Lampert (Fachgebietsleiter RKI)
 Heike Hölling (Studienleiterin KiGGS RKI)
 Prof. Dr. Thomas Kliche (Hochschule Magdeburg-Stendal)
 Prof. Dr. Raimund Geene (Hochschule Magdeburg-Stendal)
 Susanne Borkowski (KinderStärken e.V.)
 Maria Kovács (KinderStärken e.V.)
 Prof. Dr. Peter Paulus (Leuphana Universität Lüneburg)
 Susanne Nagel-Prinz (Leuphana Universität Lüneburg)

Während des Treffens wurden folgende Fragen diskutiert:

- Welche zentralen Herausforderungen ergeben sich aus den veränderten Lebensbedingungen von Kindern in Deutschland, hier insbesondere der zunehmenden Kindertagesbetreuung, für die Gesundheitsberichterstattung?

- Welche Daten sind dafür auf Bundesebene relevant?
- Welche Erkenntnisse aus KiGGS können für ein Monitoring und/oder sekundäranalytisch genutzt werden?
- Wie können Daten der Gesundheitsberichterstattung und des Monitorings der Gesundheitsziele miteinander verknüpft werden?

Auf Grundlage der Arbeitsergebnisse aus dieser Diskussionsrunde und der erfolgten Daten- und Materialsichtung konnte Anfang 2014 ein erster Entwurf erstellt werden, der im Folgenden von Expert/innen der Diskussionsrunde, des Evaluationsbeirates sowie der Unter-AG kommentiert und in den Gremien des Kooperationsverbundes *gesundheitsziele.de*⁵ ausführlich diskutiert wurde. Zu danken für ausführliche Kommentierungen und Ergänzungsvorschläge ist hier insbesondere Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider und Prof. Dr. Eva Luber, Heike Hölling, Karin Niederbühl, Rüdiger Meierjürgen, Dr. Hans-Jürgen Nentwich und Dr. Martin Kluxen. Nach der Einarbeitung von Hinweisen und Änderungsvorschlägen sowie weiterer Materialanalyse begann die Überleitung zur Ergebnisdarstellung unter der Zielstellung einer möglichst überblicksartigen Erfassung der Datenquellen sowie einer prägnanten Darstellung der Hauptquellen.

⁵ Sitzungen s. Fußnote 3

4 ZENTRALE DATENQUELLEN

In diesem Kapitel werden für das Feld Setting Kita relevante Datenquellen im Überblick vorgestellt. Dabei werden zunächst regelmäßige Datenberichte des Bundes sowie der öffentlich-rechtlichen Körperschaften dargestellt, folgend punktuelle Datenerhebungen in herausragenden Studien sowie weitere nicht zugängliche und/oder regionale Daten.

4.1 Datenberichte des Bundes und der Sozialversicherungen

Die Datenberichte des Bundes und der Sozialversicherungen sind charakterisiert durch Kontinuität (regelmäßige Vorlage entsprechend den jeweiligen (unter-) gesetzlichen Aufgaben) und Quantifizierung. Damit gehen mögliche Vorteile höherer Reliabilität und Objektivität einher, sowie eine für Zwecke der Beobachtung des Feldes entscheidende Vergleichbarkeit über den Zeitverlauf (Längsschnitt). Ihre längerfristige Nutzung, entsprechende Anpassungen vorausgesetzt, kann ein kontinuierliches Monitoring mit vergleichsweise wenig Arbeitsaufwand unterstützen. Solche Daten sind besonders interessant für Evaluationsaufgaben, die weitgehend ohne zusätzliche Ressourcen auskommen sollen.

Einschränkend muss für die jeweilige Quelle die Tragfähigkeit und Aussagekraft abgewogen werden. Die erhobenen Daten sind für andere Zwecke als die Beobachtung von Gesundheitszielen konzipiert und werden dafür rückblickend in Sekundärauswertung herangezogen. Sie sind als Summenindikatoren (etwa von Interventionen) nicht geeignet, intervenierende Drittvariablen (Hürden, Mediatoren oder Moderatoren) zu kontrollieren, sodass konterkarierende Entwicklungen sich nicht abbilden und kaum erkennbar werden. Sie sind zudem – je nach Datenerhebungsverfahren, etwa Abfrage von Leistungsangaben bei Mitgliedsorganisationen – den verschiedenen Verzerrungen der Sozialforschung unterworfen, etwa durch normativ erwünschte Antworten. Es finden durchgehend keine Kontrollen im Sinne eines Total Survey Error statt.

Es handelt sich bei den besonders relevanten Quellen um Daten des Statistischen Bundesamtes, des Medizinischen Dienstes der Gesetzlichen Krankenkassen sowie der Gesetzlichen Unfallversicherung⁶, die im Folgenden dargestellt werden, bevor nachfolgend die Studienlage auch hinsichtlich der Abbildung gesundheitlicher Outcomes und in einem weiteren Unterkapitel ergänzende zentrale Datenquellen dargestellt werden.

4.1.1 Daten des Statistischen Bundesamtes

Das Statistische Bundesamt führt eine Vielzahl von Daten zusammen. Für die Fragestellungen sind vor allem die nachfolgenden, vom Statistischen Bundesamt jährlich bereit gestellten Datenquellen von Interesse.

➤ Sozialhilfe: Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (SHE-Daten)

Unter dem Stichwort des Sozialhilfebezugs führt das Statistische Bundesamt die Angaben der kommunalen Träger der Sozialhilfe zusammen. Hier sind relevante Daten im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu finden. Unter dem Themenschwerpunkt ‚Leistungen zur Teilhabe am Leben‘ finden sich sowohl bundesweite als auch länderspezifische Daten zur Inanspruchnahme heilpädagogischer Leistungen für Kinder unter sieben

⁶ Die Daten eines weiteren Sozialversicherungsträgers, der Deutschen Rentenversicherung, sind nicht frei zugänglich, könnten jedoch u. U. ebenfalls in diesem Sinne genutzt werden. Siehe dazu 4.3.2.

Jahren. Zur sozialen Lage von Kindern im Vorschulalter könnte der Bezug von Sozialleistungen Auskunft geben, allerdings ist diese Quelle durch die derzeitige Altersgruppierung (0–15 Jahre) nicht möglich. Die ebenfalls für das Setting Kita interessanten Daten der Inanspruchnahme des 2012 eingeführten Bildungs- und Teilhabepakets für Leistungen geringverdienender Eltern, z. B. hinsichtlich Mittagsverpflegung oder Kita-Ausflügen, liegen bislang auf Bundesebene noch nicht vor. Aufgrund regional unterschiedlicher Durchführungen und im politischen Raum weiterhin kontrovers diskutierter Finanzierungsfragen, ist hier eine baldige Datenbereitstellung nicht zu erwarten.

Neu vorzuhalten sind nach dem Bundeskinderschutzgesetz 2012 zukünftig die Daten über Fragen der Kindeswohlgefährdung und die entsprechend durchzuführenden strukturierten Erörterungen mit insofern erfahrenen Fachkräften nach §§ 8a, 8b SGB VIII, die auch das Setting Kita betreffen.

➤ KJH-Daten

Die Amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes gibt bundesweit, aber auch länder-spezifisch jährlich Auskunft zu

- Kindern in Kindertageseinrichtungen nach Bundesländern
- Kindern in öffentlich geförderter Kindertagespflege nach Bundesländern
- Kindern in Kindertagesbetreuung nach Merkmalen (Alter)
- Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen nach Merkmalen (Abschluss, Beschäftigungsumfang, Arbeitsbereich)
- Tagespflegepersonen nach Merkmalen (Alter, Qualifizierung, Berufsabschluss, Betreuungsort)
- Betreuungsquoten der Kinder unter sechs Jahren in Kindertagesbetreuung nach Bundesländern
- Betreuungsquoten von Kindern unter sechs Jahren mit und ohne Migrationshintergrund
- Ambulante Hilfen nach Merkmalen (Alter)
- Anzahl der Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls im Jahr 2012 nach Ländern

Die Daten weisen an einigen Stellen Limitierungen auf. So ist es derzeit noch nicht möglich, die Verfahren zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls nach Einrichtungsarten zu bestimmen und an einigen Stellen ist eine Unterteilung nach einzelnen Altersgruppen nicht direkt ablesbar. Hier könnte eine Einsicht in die Basisdaten eine stärkere Differenzierung ermöglichen. Andere Daten sind isoliert wenig aussagekräftig in Bezug auf die Gesundheitsziele. So lässt sich bspw. der Personalschlüssel nicht direkt ablesen. Hier bedarf es z. T. Kreuzanalysen, um gehaltvolle Evaluationsergebnisse zu erzielen (vgl. hier auch die unten stehenden Erläuterungen).

Die Amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik dient auch als Primärquelle für weitere Forschungen. Für das Setting Kita von besonderem Interesse sind hier die vom Präsidenten des Deutschen Jugendinstituts, Prof. Dr. Thomas Rauschenbach, herausgegebenen „Kommentierten Daten der Kinder- und Jugendhilfe“, die von der Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJStat), einem Forschungsverbund des Deutschen Jugendinstituts und der Technischen Universität Dortmund, unter dem Namen „KomDat“ dreimal jährlich als Print- und pdf-Publikation verbreitet werden. Ziel der Periodika ist es, Wissenschaft und Praxis leicht zugängliches und kommentiertes Datenmaterial zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus entwickelt die AKJStat im Dialog mit Statistischen Ämtern sowie der Fachpraxis, Politik und Wissenschaft der Kinder- und Jugendhilfe Vorschläge zur Weiterentwicklung der Statistik.

In Kooperation der TU Dortmund und des Deutschen Jugendinstituts wird auch das Projekt „Ländermonitoring“ der Bertelsmann Stiftung betrieben, um Transparenz über Leistungen, Qualitäten und Gestaltungswege der frühkindlichen Bildungssysteme in den 16 Bundesländern herzustellen. Für das Ländermonitoring werden neben den Daten der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik weitere öffentliche Statistiken sowie jährliche Befragungen aller zuständigen Länderministerien für den Bereich der Elementarpädagogik herangezogen. Seit 2010 wird das Projekt von der Bertelsmann Stiftung unter dem Namen „Indikatoren zur Evaluation Frühkindlicher Bildungssysteme“ weitergeführt. Die Ergebnisse des Ländermonitorings werden jährlich veröffentlicht. Die Sekundärdaten erweisen sich durch bereits vorgenommene Kreuzanalysen für die Evaluation einer größeren Anzahl von Gesundheitszielen als nutzbar. Die Einschränkungen aus den Daten des Statistischen Bundesamtes setzen sich durch die fehlenden Einblicke in die Basisdaten allerdings fort.

4.1.2 Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes

Seit der Wiedereinführung des § 20 SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz 2000, sind die gesetzlichen Krankenkassen damit beauftragt, Leistungen der verhaltens- und verhältnisorientierten Prävention und Gesundheitsförderung anzubieten. Grundlage für die Ausgestaltung dieser Leistungen sind die Qualitätsvorgaben des „Leitfadens Prävention“, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband. Damit einhergehend hat sich die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Dokumentation ihrer Leistungen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention und zur kontinuierlichen Berichterstattung verpflichtet. Dem kommt sie mit den jährlichen Präventionsberichten nach, die der Spitzenverband gemeinsam mit seinem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) herausgibt. Die Präventionsberichte sind jeweils um einen Tabellenband ergänzt. Ziel der Berichte ist die Dokumentation der Aktivitäten und Unterstützungsleistungen der GKV, u. a. auch in nichtbetrieblichen Lebenswelten wie Kitas. Weiter geben sie Auskunft, in welchem Umfang die gesetzlichen Krankenkassen ihre sich selbst gesteckten Präventions- und Gesundheitsförderungsziele erreichen. Im Jahr 2007 haben sich die Krankenkassen erstmals auf quantifizierbare Präventionsziele selbstverpflichtet. Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren werden dabei als eine der prioritären Zielgruppen genannt. Ihre Gesundheit soll insbesondere über Maßnahmen im Setting Kita gefördert werden. Sowohl die Präventions- und Gesundheitsförderungsziele als auch die Fördervoraussetzungen für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz „Gesundheitsfördernde Kindertagesstätte“ sind im „Leitfaden Prävention“ festgeschrieben.

Die GKV-Präventionsziele überschneiden sich teilweise mit den Zielen des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“, sie sind jedoch – aus Gründen gesetzlich geregelter (begrenzter) Zuständigkeiten – nicht deckungsgleich. Für das Setting Kita ist vor allem der Präventionsbericht vom Dezember 2008 über den Berichtszeitraum von 2007 relevant, der sich diesem Setting schwerpunktmäßig widmet.

Die GKV-Präventionsziele des Zeitraums 2008–2012 für Maßnahmen nach dem Setting-Ansatz, orientierten sich für den Bereich der Gesundheitsförderung am Oberziel „salutogene Potenziale in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen ausschöpfen“. Dabei sollen für die Zielgruppe der drei- bis sechsjährigen Kinder die Anzahl der Kindertagesstätten mit etablierten Steuerungskreisen erhöht sowie die Anzahl der mit multifaktoriell ausgerichteten verhaltens- und verhältnispräventiven Aktivitäten erreichten Kinder in Kindertagesstätten kontinuierlich gesteigert werden (GKV & MDS 2008: 20).

Die GKV-Präventionsberichte (u. a. GKV & MDS 2013) enthalten folgende kitabezogene Daten:

- Gesamtanzahl der erreichten Kitas, auch prozentual zu allen bundesdeutschen Kitas
- Kitas in „sozialen Brennpunkten“
- Anzahl der Projekte mit verschiedenen Kooperationspartnern
- Projekte zur Mitarbeitergesundheit
- Projekte zur Kindergesundheit
- Schätzzahlen zu erreichten Kindern in Kitas durch Präventionsmaßnahmen (im Jahresverlauf 2007–2012)
- Anzahl der Steuerungskreise Gesundheitsförderung in Kitas (Jahresverlauf 2007–2012)
- Zielgruppen und Anzahl der erreichten Personen im Setting
- Inhalte und Laufzeit der Präventionsmaßnahmen
- verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen
- Evaluation/Erfolgskontrolle.

4.1.3 Daten der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand. Der Versichertenkreis der DGUV umfasst neben abhängig Beschäftigten, Ehrenamtlichen, Schüler/innen, Studierenden und weiteren Personenkreisen auch Kinder während des Besuchs einer Tageseinrichtung. Ihr Versicherungsschutz involviert alle staatlich anerkannten Einrichtungsformen (Krippen, Kindergärten, Horte, Kindertagesstätten, Kindertagespflege) und umfasst alle mit der Betreuung verbundenen Aktivitäten und notwendigen Wege. Auf dieser Grundlage erhebt die DGUV jährlich Daten über Unfälle von Kindern in der Tagesbetreuung. Diese Daten implizieren alle meldepflichtigen (Wege-)Unfälle und werden in der DGUV-Unfallstatistik zusammen mit den Unfällen in Schulen und Hochschulen unter dem Themenschwerpunkt „Unfälle in der Schüler-Unfallversicherung“ geführt. Aus diesem Grund werden Kinder in Tagesbetreuung unter dem Begriff „Schüler/innen“ zusammengefasst. Als Primärdatenquelle und bezogen auf das Setting Kita gibt die aktuelle DGUV-Statistik (u. a. in Form von publizierten Fact Sheets) von 2012 Aufschluss über:

- Gesamtzahl der Unfälle von Kindern in Tagesbetreuung
- geografische Verteilung der Unfallraten auf Bundesländerebene 2008–2012
- tödliche Schülerunfälle von Kindern in Tageseinrichtungen
- meldepflichtige Unfälle nach Alter und Geschlecht 2012
- meldepflichtige Schülerunfälle nach Art der schulischen Veranstaltung 2012
- meldepflichtige Unfälle nach verletzungsbewirkendem Vorgang
- meldepflichtige Unfälle an Kinderspielplatzgeräten 2012

Die Gesamtzahl der Unfälle von Kindern in Tagesbetreuung und auch die Unfallzahl mit tödlichem Ausgang zeigen im zeitlichen Verlauf der Jahre 2003 bis 2012, in welchem Maße Unfälle in allen o. g. Einrichtungsformen zu verzeichnen waren und markieren tendenzielle Entwicklungen (wobei die Zahl der Schulwegunfälle für das zu evaluierende Setting Kita unerheblich ist). Die Unfallraten auf Bundesländerebene lassen in diesem Zusammenhang einen Ländervergleich zu. Konkreter auf das Setting Kita anwendbar sind die Daten zu den meldepflichtigen Unfällen nach Alter und Geschlecht, da sich über die dargestellten Alterskohorten (null bis unter drei, drei bis unter sechs, sechs bis unter acht, ab acht Jahren) wesentliche Aussagen zu verunfallten Kindern im Kindergartenalter

generieren lassen. Alle Einrichtungsformen der Kindertagesbetreuung übergreifend, geben die Daten zu den meldepflichtigen Unfällen nach Veranstaltungsart Auskunft über die mit unterschiedlichen Unfallrisiken verbundenen Rahmenaktivitäten und z. T. auch zu Unfallorten in Betreuungseinrichtungen. Die Zahl der meldepflichtigen Unfälle nach Verletzungsbewirkendem Vorgang und an Spielplatzgeräten bildet einrichtungsübergreifend ab, inwiefern sich Unfälle aufgrund der räumlichen bzw. materiellen Beschaffenheit (Raumausstattung, -größe, unfallauslösende und Verletzungsbewirkende Gegenstände, Spielplatzgeräte) der Einrichtungen ereignen und welche Vorgänge für die Unfälle ursächlich waren.

Es wäre wünschenswert, dass mit diesen Daten auch längerfristige Vergleichsreihen entwickelt werden könnten. Dies bedarf jedoch weiterer Differenzierungsmöglichkeiten zwischen Schülern und Kita-Kindern und über das Alter hinausgehend auch die Berücksichtigung rein kitabezogener Ergebnisse. Dabei wären idealerweise auch Kreuzrelationen mit Daten zur jeweiligen Betreuungsanzahl und Betreuungsdauer wünschenswert.

4.1.4 Daten des Bundes und der Sozialversicherungen – ein Zwischenfazit

Die hier erwähnten Datenquellen stellen aufgrund ihres Umfangs und ihrer kontinuierlichen Bereitstellungen einen bedeutsamen Fundus dar, anhand dessen sich wichtige Entwicklungslinien im Kita-Bereich nachzeichnen lassen. Dazu zählen die Betreuungsanzahl im Kita-Bereich, der Umfang gesundheitsfördernder Projekte und das aufgenommene Unfallgeschehen. Gleichwohl ist die Aussagekraft limitiert, da die bereitgestellten Daten jeweils eigenen gesetzlichen, untergesetzlichen oder fachlich konsentierten Vorgaben folgen, die wiederum nur eingeschränkte Rückschlüsse auf die Gesundheitsziele zulassen. Sie sind zudem grundsätzlich nicht reproduzierbar, weil die Basisdatensätze und die Erhebungsgrundlagen im Wesentlichen nicht zugänglich sind.

Eine vertiefende Auswertung der Monitoring-Potenziale der Daten des Bundes und der Sozialversicherungen wird auf dem Hintergrund der Evaluationen der Einzelziele in 5. nachfolgend in 6.1. vorgenommen und münden in die forschungsstrategischen Empfehlungen unter 7.

4.2 Bedeutende Datenreihen und Einzelstudien

Darüber hinaus sind einige punktuelle Erhebungen von besonderer Aussagekraft für die Erreichung des Gesundheitsziels, die nachfolgend dargestellt werden.

4.2.1 Robert Koch-Institut (KiGGS)

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) vom Robert Koch-Institut ist eine bevölkerungsbezogene kombinierte Quer- und Längsschnitterhebung, die 2006/2007 erstmals bundesweit repräsentative Daten zur Kinder- und Jugendgesundheit für das Altersspektrum der 0–17-Jährigen (n = 17.640) zur Verfügung gestellt hat. Diese Publikation war ein maßgeblicher Anlass zur Überarbeitung des Gesundheitsziels „Gesund Aufwachsen“ in 2010 und Auslöser zahlreicher Aktivitäten zur Förderung der Kindergesundheit in Deutschland. Aufgrund der hohen Relevanz der vorgelegten Daten für die Gesundheitspolitik, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Gesundheitswissenschaft erhielt das Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen des in der

Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung etablierten Gesundheitsmonitorings den Auftrag, KiGGS weiterzuführen, um Präventions- und Interventionsmaßnahmen planen und ihren Erfolg überprüfen zu können. Mit diesen Studiendaten ist es möglich, kontinuierlich das Krankheitsgeschehen, das Gesundheits- und Risikoverhalten sowie die Feststellung und Nachverfolgung spezifischer gesundheitlicher Risiken in unterschiedlichen Alters- und Bevölkerungsgruppen zu beobachten.

KiGGS wird als prospektive Kohortenstudie mit einem Abstand von etwa fünf Jahren zwischen zwei Messzeitpunkten weitergeführt, wobei die Stichprobe durch die Einbeziehung jüngerer Jahrgänge zu jedem Messzeitpunkt querschnittlich ergänzt wird. Die Erhebung in der Kernstudie basiert auf einem Eckwertekonzept zu wesentlichen Indikatoren der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit, das durch vertiefende Erhebungen beziehungsweise Untersuchungen an Teilstichproben im Rahmen von Kooperationen mit externen wissenschaftlichen Einrichtungen modular ergänzt wird. Die erste Wiederholungsbefragung (KiGGS Welle 1) fand in den Jahren 2009–2012 als telefonischer Befragungssurvey statt ($n = 15.862$). Die Ergebnisse sind als Basispublikation in der Juli-Ausgabe 2014 der Fachzeitschrift „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ im Springer-Verlag erschienen (vgl. auch RKI 2014).

Die Feldphase der zweiten Folgeerhebung (KiGGS Welle 2), die wieder ein Untersuchungs- und Befragungssurvey sein wird, beginnt 2014 und wird bis 2016 andauern. Ab 2017 werden erste Ergebnisse der 2. KiGGS Welle zur Verfügung stehen.

Für die Evaluation des Gesundheitsziels ergibt sich daraus eine herausragende Möglichkeit der Outcome-Messung.

Die KiGGS-Daten bilden zum einen die aktuelle gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren ab und ermöglichen andererseits die Induktion temporärer Entwicklungsverläufe. Orientiert am Gesundheitsziel und die Erarbeitung dieser Evaluation begleitend, wurden in KiGGS Welle 2 zusätzlich vertiefende Fragen zur außerhäusigen Betreuung und der Betreuung in der Kita mit aufgenommen. Sie umfassen neben Betreuungsart, Alter bei Beginn der Betreuung und täglicher Betreuungszeit auch Gruppengröße, Einschätzung der Betreuungsqualität durch die Sorgeberechtigten und die Erfassung von Gründen für ausschließliche Hausbetreuung. In verknüpfter Betrachtung mit Gesundheitsparametern und Outcome-Variablen, z. B. zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wird es möglich sein, Aufschluss darüber zu erhalten, wie sich der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von außerhalb der Familie betreuten Kindern entwickelt. Dadurch kann der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich Unterschiede im Gesundheitszustand und Wohlbefinden in Abhängigkeit von Risiko- und Schutzfaktoren bei unterschiedlichen Betreuungsformen ableiten lassen (zur Diskussion um gesundheitliche Auswirkungen eines Kita-Besuchs siehe auch unter 4.4.).

Für eine vertiefte Outcome-Messung des Gesundheitsziels bedürfte es idealtypisch jedoch nicht nur der Unterscheidung entlang des Kita-Besuchs, sondern auch hinsichtlich entsprechender Gesundheitsförderungsmaßnahmen im jeweils betreffenden Setting. Eine solche Befragungstiefe lässt sich jedoch auf der Ebene einer bundesweiten repräsentativen Erhebung nicht erreichen, u. a. weil die Eltern – und nur ihre Angaben können hier zu Grunde gelegt werden, da institutionelle Zugänge im Rahmen dieses Längsschnitts nicht zur Verfügung stehen – nicht in der Lage sein können, die entsprechenden Gesundheitsförderungsaktivitäten in den Kitas ihrer Kinder so zu dimensionieren, dass sich daraus reliable Daten ableiten lassen.

4.2.2 Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKi)

Die Bestandserhebung Gesundheitsförderung in Kitas (BeGKi), beauftragt von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), ist eine wiederholte Querschnittbefragung mittels bundesweit repräsentativer Kita-Befragungen. Durchführungsjahre waren bislang 2005, 2007 und 2011, mit je rund 650, 2.000 und 800 Kitas. In Hamburg wurde 2011 mit rund 600 Kitas eine Vollerhebung durchgeführt. Die Nettoausschöpfungen lagen zwischen 50 % und 60 %, bundesweit somit die höchsten bislang erreichten Rücklaufquoten in nichtobligatorischen Befragungen von Kitas. Verzerrungseffekte wurden u. a. durch Nachbefragung von Nichtantworter/innen unter Hochrechnung der dabei ermittelten Verzerrungen sowie durch Vergleich verschiedener Erhebungsteilgruppen und Umgewichtung von Einrichtungen entsprechend ihrer bundesweiten Häufigkeitsverteilungen kontrolliert. Die Hauptstudie 2007 war sowohl für die Bundesrepublik Deutschland als auch – durch Erweiterung von in der Auswertung später umgewichteten Teilstichproben – für die einzelnen Bundesländer repräsentativ. Infolge der Repräsentativität der Querschnittsstichproben ist ein Zeitreihenvergleich der Befunde möglich.

Instrumente und Befunde wurden anhand verschiedener Prozesse und Methoden psychometrisch getestet und validiert, u. a. durch Vergleich mit Sozialatlasdaten, Experten- und Befragteninterviews sowie vertiefter Qualitätsanalyse von Einrichtungsaktivitäten durch das Informationssystem ‚Qualität in Prävention‘ (QIP), ein evidenzgestütztes Qualitätssicherungsverfahren der BZgA.

Erhoben wurden in BeGKi vor allem:

- Einrichtungsmerkmale der Kitas (u. a. Bundesland, Träger, pädagogischer Ansatz, verfügbares Personal und Personalschlüssel, Größe, Umfeld, bes. soziale Lage)
- präventive Strukturen der Kitas (Impfungen, Ernährungsangebot, Außengelände u. a.)
- präventive Leistungen der Kitas für Kinder (laufende Aktivitäten zur Ernährungs-, Bewegungs-, Persönlichkeits-, Entwicklungsförderung usw., Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie besondere Gesundheitsprojekte und deren Kooperationspartner)
- präventive Leistungen der Kitas für Mitarbeiter/innen, d. h. ausgewählte Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Formen und Inanspruchnahme der Zusammenarbeit mit den Eltern
- Mitarbeiterinnengesundheit (mittlere Prävalenz verschiedener Beschwerden im Team, AU-Tage, eingeschätzte Arbeitszufriedenheit und Belastungen, u. a. anhand von BIBB-BAuA-Items⁷, für die bundesweite Referenzwerte erhältlich sind)
- Kindergesundheit (mittlere beobachtete Prävalenz verschiedener gesundheitlicher Einschränkungen, die mit bundesweiten Prävalenzbefunden vergleichbar sind)

Die Auswertungen erfolgten in multivariaten Verfahren unter Kontrolle wichtiger Einrichtungsmerkmale (Größe, Land, soziale Lage) nach Verzerrungskontrolle. Auf diese Weise können erstens die Verbreitung gesundheitsbezogener Struktur- und Prozessmerkmale ermittelt, zweitens die gesundheitlichen Belastungen von Mitarbeiter/innen und Kindern und der Umfang elterlicher Kooperation eingeschätzt sowie drittens Determinanten und Effektgrößen des Einflusses verschiedener Einrichtungsmerkmale und präventiver Aktivitäten auf das Wohlbefinden von Kindern und Teams errechnet werden.

Die Ergebnisse sind bislang noch nicht vollständig veröffentlicht, weitere Publikationen aber vorgesehen.

⁷ Die BIBB-BauA-Befragung wird in Kooperation des Bundesinstitutes für Berufsbildung (BIBB) und Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) durchgeführt. Es enthält differenzierte Informationen über Erwerbstätige und Arbeitsplätze in Deutschland.

4.2.3 Pasternack & Schulze 2010, Pasternack & Keil 2013

Pasternack und Schulze sowie nachfolgend Pasternack und Keil haben im Rahmen von Gutachten für die Robert Bosch Stiftung die frühpädagogische Ausbildungslandschaft in Deutschland analysiert, speziell unter strukturellen Aspekten und hinsichtlich der inhaltlichen Curricula-Gestaltung gegenwärtiger frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge. Die konstatierten Ergebnisse basieren auf Sekundäranalysen verfügbarer einschlägiger Studien, Dokumente und Daten, Internetrecherchen sowie der vergleichenden Analyse ausgewählter Qualifikationsrahmen und Modulhandbücher. Es werden insbesondere Hochschulstudiengänge in den Blick genommen. Aus diesen punktuellen Datenaufbereitungen können mittels vergleichender Analysen Aussagen zu Inhalten frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge abgeleitet werden, die für die Evaluation verschiedener Startermaßnahmen bzw. Teilziele von Bedeutung sein können.

4.2.4 Robert Bosch Stiftung 2011

Die Robert Bosch Stiftung stellt unterschiedliche frühpädagogische Ausbildungsprofile, die deutschlandweit an Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten angeboten werden, im Vergleich dar. Die Zusammenstellung der v. a. kompetenzorientierten Qualifikationsprofile ist das Ergebnis einer Expertenrunde, die vorrangig aus Vertretern der Fachschulen, Fachhochschulen sowie Expert/innen des frühkindlichen Bildungssystems besteht. Die mehrdimensionale und qualitativ orientierte Analyse von notwendigen beruflichen Anforderungen und Kompetenzen der Fachkräfte ermöglicht die Messbarkeit pädagogischer Arbeit in Kindertagesstätten. An den Qualifikationsprofilen ist die Verankerung der für die Erreichung der Gesundheitsziele im Setting Kita wichtigen Schlüsselthemen Ernährung, Bewegung und Lebenskompetenz ablesbar.

4.2.5 BMBF/Robert Bosch Stiftung/DJI (WiFF)

Die Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) wurde 2009 gegründet und ist eine Kooperation des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), der Robert Bosch Stiftung und des Deutschen Jugendinstituts (DJI). Hauptziel des Projekts ist die Professionalisierung der Fachkräfte, um die Qualität der pädagogischen Arbeit zu verbessern. Die Arbeitsweise des Projekts beruht auf Expertengruppen zu unterschiedlichen Themen der Frühpädagogik, empirische Befunden (projekteigene Studie mit 8.000 Akteuren zu Inhalten und Strukturen von Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten; Erfassung von Daten zu kindheitspädagogischen Studiengängen; Zusammenarbeit mit Forschungsprojekten) und dem Transfer der Projektergebnisse in die Fachöffentlichkeit. Es handelt sich bei den WiFF-Daten um fortlaufende Ergebnisse, die insbesondere in Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung als wichtige Quelle dienen können.

4.3 Potenzielle, aktuell nicht nutzbare Datenquellen

Es bestehen weitere Datenquellen, die mit hohem Aufwand erhoben werden und sich prinzipiell gut, im Konkreten aber leider doch kaum berücksichtigen lassen. Diese werden im Folgenden in der gebotenen Kürze dargestellt.

4.3.1 Schuleingangsuntersuchungen

Beim Übergang von der Kita in die Schule werden die Kinder gemäß Gesundheitsdienstgesetzen in allen Bundesländern untersucht und einem Assessment unterzogen. Diese Daten sind grundsätzlich von hohem Wert für die Einschätzung von Gesundheitseffekten der Kitas, denn sie geben flächendeckend den Gesundheitsstatus nach Besuch der Einrichtung wieder. Sie könnten querschnittlich auf Dosiseffekte des Kita-Besuchs und auf differentielle Effekte verschiedener Betreuungsformen (Kita-Ansatz, soziale Lage, Personalschlüssel, Einrichtungsgröße u. a. m.) ausgewertet werden, und sie könnten für jede Evaluation eine Abschlussmessung nach Intervention liefern.

Eine solch breite Nutzung der Schuleingangsuntersuchungen für die Beobachtung von Gesundheitszielen in Kitas ist wünschenswert und prinzipiell realisierbar. Einzelne Auswertungen zeigen den erheblichen Informationswert von Auswertungen auf Gesundheitsverhalten und -status, in Kombination mit Sprachkenntnissen und Entwicklungsstand der Kinder, etwa zu Impfstatus, BMI, Mundgesundheit, Prävalenz und Determinanten verschiedener Entwicklungsverzögerungen⁸. Der Einbezug relevanter Merkmale der Inanspruchnahme von Kitas oder anderen Betreuungsformen in die Datenerhebung ist möglich und ausbaufähig (Butler & Nguyen 2013). Die Befunde können – etwa auf Landesebene – aggregiert mit KiGGS-Ergebnissen kombiniert werden (Atzpodien et al. 2007). Um die Durchführungskosten zu minimieren, könnte auf Entwicklungsscreenings zurückgegriffen werden, die wissenschaftlich validiert sind und von nichtmedizinischem Fachpersonal durchgeführt werden können, womit einzelne Bundesländer bereits flächendeckende Erfahrungen sammeln, z. B. DESK 3–6 in Mecklenburg-Vorpommern (Flender 2005, Franze et al. 2010, Kliche et al. 2009) oder SOPESS in Nordrhein-Westfalen (Petermann et al. 2009).

Eine solche Nutzung dieser Datenquellen ist aber auf absehbare Zeit infolge erheblicher institutioneller und methodischer Einschränkungen des Studientyps kaum zu erwarten:

1. Aufgabenstellung der Schuleingangsuntersuchung ist eine kurzfristige Verhaltensprognose, nämlich über die Fähigkeit, dem Zeitrhythmus der Schule im kommenden Jahr durch Konzentration, Selbstregulation und Anpassungsvermögen zu folgen und die dabei gestellten kognitiven Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Für eine punktuelle Prognose ist keine umfassende Gesundheitsabschätzung erforderlich.
2. Die Umsetzung der Untersuchungen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern und z. T. sogar Regionen (Regierungsbezirken) erheblich, sowohl hinsichtlich der Instrumentarien als auch der Durchführungsdichte. Eine Zusammenführung würde somit eine Vereinheitlichung der Erhebungsdimensionen erfordern, idealerweise auch der Operationalisierung. Ersteres könnte durch eine Synopse vorbereitet werden. Letzteres würde die Einführung bundesweit einheitlicher Diagnostik-Instrumente erfordern. Diese müssten zwischen den Bundesländern konsentiert werden.
3. Die Daten werden bislang bundesweit weder gesammelt noch übergreifend ausgewertet. Datenschutzprobleme können durch vollständige Anonymisierung vermieden werden. In Anbetracht des gesundheitlichen Nutzens für Kinder und für die Entwicklung des Bildungswesens, ist eine hohe Akzeptanz und Zustimmung der Eltern zu erwarten. Die Datenlogistik wird jedoch sehr aufwendig, weil alljährlich ca. 600.000 Datensätze verwaltet und ausgewertet werden müssten. Allein die Dateneingabe würde entweder die Einführung einheitlicher EDV (Notebooks mit Diagnose-Software und automatisierter Datenschnittstelle zur zentralen Daten-

⁸ Verwiesen sei hier neben der bereits erwähnten Studie von Butler & Nguyen 2013 auch auf eine Vielzahl weiterer Publikationen, so Knerr et al. 2005, Morlock et al. 2006, Poethko-Müller et al. 2007, Schaffrath Rosario & Kurth 2009, Stich 2007, von Kries 2004, Wadenpohl 2011.

sammlung) oder das Einlesen von Millionen Formblättern per Scanner erfordern. Für Datenverwaltung und Auswertung wären eine gesonderte, neue Infrastruktur sowie Personal erforderlich.

Somit sind die Schuleingangsuntersuchungen für die Abschätzung von Gesundheitszielen in Kitas kurz- und mittelfristig aus methodischen und politischen Gründen wenig aussichtsreich. Ohne großen Aufwand wäre es allerdings möglich, auf ihnen beruhende Einzelberichte und Veröffentlichungen auszuwerten. Langfristig wäre zu prüfen, welchen Wert ein methodologischer, politisch gewollter Ausbau dieser Datenquelle zu einer regulären U-Untersuchung für die Gesundheitsberichterstattung hätte, weil diese Untersuchungsform infolge ihrer Verknüpfung mit der gesetzlichen Schulpflicht einen Zugang zu allen Familien öffnet, während andererseits der Erreichungsgrad der bislang durchgeführten U-Untersuchungen schon fast bei 100 % liegt (Stich et al. 2009).

4.3.2 Daten der Deutschen Rentenversicherung

Aus dem Datenbestand der Deutschen Rentenversicherung (DRV) stehen Routinedaten aus Versichertenkonten zur Verfügung. Diese könnten grundsätzlich für ein Monitoring von Gesundheitszielen aufbereitet werden. Im Setting Kita könnte dies Relevanz hinsichtlich der gesundheitlichen Lage von Erzieher/innen haben. Es besteht eine Codierung über einen „Berufsschlüssel (16) Erzieher/innen“, die auf Aspekte der Erwerbsunfähigkeit sowie beantragter und durchgeführter Rehabilitationsmaßnahmen, auch im Zeitverlauf, auswertbar wäre. Die entsprechenden Datencodierungen werden den jeweiligen Anmeldungen der Arbeitgeber entnommen und sind nicht validiert. Sie liegen der DRV zudem nur sekundär erfasst aus der sog. Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung-Meldung (DEÜV-Meldung) der Arbeitgeber vor, die für die Bundesagentur für Arbeit erstellt wird.

Insgesamt scheint der angegebene „Berufsschlüssel 16“ zu grob, um damit das Setting Kita spezifisch abbilden zu können (zu hohe Durchmischung). Eine weitergehende medizinische Diagnostik ist aus Datenschutzgründen zudem nur individuell verknüpft, jedoch nicht statistisch erfasst.

Denkbar wären jedoch spezifische Auswertungsanfragen an die DRV, die sich auf Teilaspekte, wie beispielsweise die Anzahl der Neuverrentungen der Erzieher/innen in definierten Jahresintervallen (z. B. in den letzten fünf Jahren), beziehen könnte. Hier stellt die DRV auch Scientific Use Files für Fragen der Rehabilitation im Quer- und Längsschnitt zur Verfügung. Diese sind jedoch jeweils an die Anfrage wissenschaftlicher Institutionen gebunden und werden nur auf Grundlage eines spezifischen Kooperationsvertrags bereitgestellt. Zugeordnete diagnostische Codierungen, die settingspezifische Schlussfolgerungen ermöglichen könnten (z. B. psychische Probleme, Hör- oder Rückenbeschwerden), liegen jedoch nicht vor.

4.4 Exkurs: Datenlage zu allgemeinen Gesundheitseffekten des Kita-Besuchs

Im Rahmen des Gesundheitsziels wird mitunter die Frage diskutiert, inwieweit der Kita-Besuch grundsätzlich gesundheitsförderlich ist bzw. allgemeiner, welche Nutzen- und Schadenpotenziale mit frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung verbunden sind. Dem widmet sich der hier vorgenommene Exkurs, der als Grundlage einer Evaluation von Gesundheitszielen im Setting Kita klärt, ob der Kita-Besuch unter gesundheitlichen Gesichtspunkten grundsätzlich empfehlenswert ist oder in der Bildungs- und Sozialpolitik stattdessen verstärkte Förderung grundlegender Alternativen wie Tagespflege oder elterliche Erziehung zu prüfen wären.

Eine erste wichtige Publikation zum Kita-Nutzen in Deutschland stellt die diesbezügliche Auswertung der KiGGS-Erhebung dar, die eine signifikante Erhöhung des Risikos psychischer Auffälligkeiten bei Kita-Kindern (Schlack et al. 2007) ausschließt. In einer jüngst vorgelegten Publikation konnte auf der Grundlage von Daten aus Berliner Einschulungsuntersuchungen (Bezirksamt Mitte 2013) dargestellt werden, dass sich ein Kita-Besuch hingegen protektiv auf die Faktoren Gesundheit und Bildung auswirke.

Dies knüpft an die internationale Fachdiskussion an, die Kitas und anderen Einrichtungen der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung in den Bereichen Erziehungspartnerschaft mit den Eltern, Aktivierung von Bildungsreserven, Förderung von Chancengleichheit und Bildungsgerechtigkeit, Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit, Ausgleich von Sozialisationsbeschränkungen und Inklusion bildungs- und sozialpolitische Grundfunktionen zuordnet (BJK 2008).

Die internationale Forschung hat in zahlreichen Studien dichte und hochwertige Evidenz der günstigen Effekte für diese Funktionen geliefert. Kitas als Einrichtungen der Frühen Bildung sind dabei zwar primär nach sozial- und bildungspolitischen Maßstäben zu beurteilen. Doch hat die Kita-Betreuung wichtige direkte und indirekte Gesundheitseffekte (Burger 2009, Pianta et al. 2009). Die direkten Effekte liegen in der Stärkung von Resilienz, Gesundheitsverhalten und life skills sowie kognitiver und exekutiver Fertigkeiten. Die indirekten Effekte liegen in der Erleichterung von Bildungsübergängen und -karrieren, die zu höheren Bildungsabschlüssen führen, welche wiederum ein Prädiktor für Gesundheitswissen, -verhalten und -status sind. Beide werden im Folgenden anhand von Reviews und Einzelstudien dargestellt.

4.4.1 Direkte Gesundheitseffekte der Kita

Gesundheitliche Belastungen in der frühen Kindheit haben erhebliche Langzeitwirkungen für die Lebensspanne, z. B. in Form von verminderten Bildungschancen (Li 2012). Der Ausgleich spezifischer Risikofaktoren und die Vermittlung sachgerechter Hilfen haben daher gesundheitsförderliche Effekte. So verringert der Kita-Besuch das Risiko von Entwicklungsverzögerungen bei Kindern signifikant (Caniato et al. 2010, Stich et al. 2006). Je nach zu Grunde gelegtem Modell erbringt der gesamte Bereich der Frühen Hilfen gesellschaftliche Renditen (Returns on Investment, ROI) von 1:60 bis 1:159 (Meier-Gräwe & Wagenknecht 2011). Die Gesundheitseffekte frühkindlicher Betreuungseinrichtungen können außerordentlich langfristig die Lebensspanne beeinflussen; so zeigte eine australische Studie (N = 1.064) signifikant verminderte Bluthochdruckrisiken bei 40- bis 70-Jährigen, die in der frühen Kindheit Kitas besucht hatten (D'Onise et al. 2012).

Spezifische Gesundheitseffekte von Einrichtungen frühkindlicher Bildung und Betreuung liegen nach internationalen Studien im Bereich eines späteren und selteneren Einstiegs in Nikotinkonsum (D'Onise et al. 2011), einer Reduktion gesundheitlicher Risikofaktoren, insbesondere Arbeitslosigkeit, weiter geringerem Risikoverhalten und Devianz sowie verbessertem Gesundheitsverhalten (Nores 2010). Gezielte Präventions- und Fördermaßnahmen erreichen kleine bis mittlere Effektgrößen bei der Verbesserung dieser Outcomes sowie auch gesellschaftlicher Teilhabe, Familienklima und sozialemotionaler Entwicklung (Manning et al. 2010). In einer bayerischen Studie (N = 4.005) ging eine höhere Dosis von Kita-Besuch mit verminderter Prävalenz motorischer, kognitiver und psychosozialer Einschränkungen einher (Caniato et al. 2010).

Entgegen verbreiteter Hoffnung, beschränken sich die Gesundheitseffekte von Einrichtungen und Maßnahmen der frühen Förderung und frühkindlichen Bildung und Betreuung bislang auf die Kinder und erreichen nicht über die Familien breitere Bevölkerungskreise (D'Onise et al. 2010).

4.4.2 Die Vermutung gesundheitlicher Belastungen der Kinder durch frühe Betreuung

In den Medien wird die Erweiterung des Systems der Frühen Bildung durch den Ausbau der Betreuung für unter Dreijährige mitunter für die Zunahme von Adipositas, Neurodermitis, Infektionsanfälligkeit, Aggressivität, Devianz, Risikoverhalten und Abhängigkeitsanfälligkeit verantwortlich gemacht, da Kleinkinder in der Krippe einem hohen Stressniveau ausgesetzt seien (Böhm 2012a, 2012b). Bei unzulänglicher Prozessqualität kann die Nutzung einer frühkindlichen Betreuungseinrichtung tatsächlich – so zeigt eine hochwertige Studie aus den USA – unerwünschte Nebeneffekte mit sich bringen, nämlich erhöhte Neigung zu externalisierendem Verhalten (Belsky 2006, Vandell et al. 2010).

Die Verallgemeinerbarkeit dieser Beobachtung ist hingegen fraglich (Pianta et al. 2009). Die unerwünschten Effekte waren nicht in allen Altersstufen signifikant, und sie blieben in einem klinisch nicht relevanten Bereich (ebd.). Sie beziehen sich zudem auf die Regelversorgung in den USA, nicht auf die generell effektiven und kompensatorisch wirksamen strukturierten Entwicklungs- und Förderprogramme (Kaspar 2010). Die interkulturelle Übertragbarkeit ist unter diesen Vorzeichen fraglich, da das frühkindliche Betreuungswesen der USA erhebliche Qualitätsvarianzen aufweist, weil nur Teilbereiche Qualitätskontrollen unterliegen und von ausgebildeten Fachkräften gestaltet werden. Internationale Reviews belegen dagegen generell leichte günstige Effekte von Einrichtungen zur Frühen Bildung über eine Reihe psychischer Parameter (D'Onise et al. 2010).

Unstrittig ist, dass die Inanspruchnahme von Betreuung für sehr junge Kinder mit familiären Risikokonstellationen einhergehen kann, die wiederum gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen, insbesondere geringes Haushaltseinkommen und dadurch bedingter Zwang zu ausgedehnter Erwerbsarbeit. Ein hochwertiger Review (k = 23 Studien) zeigt eine verschlechterte familiäre Interaktionsqualität bei entgrenzter Berufstätigkeit beider Eltern, welche im Mittel höhere Verbleibzeiten in Betreuungseinrichtungen für die Kinder impliziert: Schicht-, Wechsel- und Randzeitenarbeit sowie Rufbereitschaft verschlechtern die Eltern-Kind-Beziehungen, insbesondere in sozial benachteiligten Familien (Li et al. 2014). Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Krippenkindern fordert daher einen verbesserten Betreuungsschlüssel in Kitas (Horacek et al. 2008). Die entwicklungspsychologische Forschungslage legt insgesamt bessere Betreuungsschlüssel als die aktuell international gängigen nahe (Viernickel & Schwarz 2009) (s. genauer 4.4.4).

4.4.3 Indirekte Gesundheitseffekte der Kita

Kitas haben dank vielfältiger Anregungen und Sozialkontakte insgesamt günstige Auswirkungen auf die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung und den Bildungserfolg (Mitchell et al. 2008, NICHD 2006, Sylva et al. 2004, Tietze et al. 1999, Wylie et al. 2006). Der erhöhte Bildungserfolg ist ein zentraler indirekter Gesundheitseffekt des Kita-Besuchs, weil Bildung eines der wichtigsten Korrelate von Gesundheitswissen, -verhalten und -status sowie angemessene Nutzung des Gesundheitswesens über die Lebensspanne darstellt, international wie auch in Deutschland (Lüngen et al. 2009, Schneider & Schneider 2012, Topitzes et al. 2009).

Kinder aus sozial benachteiligten Familien können von Kitas kompensatorisch relativ zu ihren Eingangswerten besonders gut profitieren (z. B. Sylva et al. 2004, Wylie et al. 2006), sodass Kitas durch ihre Kompetenzstärkung auch zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen (Protzko et al. 2013). Ein wichtiger Wirkungs-

faktor liegt dabei im Angebot anderer Rollenvorbilder und sozialer Kontakte als in der Familie (Stich 2007), ein anderer in der Erweiterung des Verhaltensrepertoires und der Vermittlung von life skills (Fuligni et al. 2012).

Der Besuch von Kitas bringt der Gesellschaft dadurch mittel- und langfristig eine hohe Sozialrendite. Für spezifische Förderprogramme mit hoher Durchführungsqualität und hinreichender Dosis führt die Bildungsökonomie Beispiele und Schätzungen von Jahresverzinsungen in Höhe von 18 % über 25 Jahre an (Reynolds et al. 2011). Ein Krippenbesuch erhöht die Wahrscheinlichkeit des Gymnasialabschlusses und damit verbunden das Lebenseinkommen erheblich. Die ROI dafür liegen bei mind. 1:2,7 (ebd.). Die im Anschluss an frühe Betreuungs- und Bildungseinrichtungen erzielten Bildungsgewinne akkumulieren über die Lebenszeit (Hillmert 2014). Derzeit liegen in Deutschland die „Bildungsprämien“, d. h. der Lebensmehrverdienst, für Berufsausbildung bei 250.000 Euro, für Abitur bei 500.000 Euro, für Fachhochschulabschlüsse bei 900.000 und für Universitätsabschlüsse bei Uni 1.250.000 Euro, jeweils im Vergleich mit fehlender Berufsausbildung (Schmillen & Stüber 2014).

In jedem unterversorgten Geburtenjahrgang, in dem unter 20 % Versorgung für Kinder bis zu drei Jahren zur Verfügung stand, ergeben sich somit volkswirtschaftliche Minderleistungen gegenüber einer nachfragegerechten Versorgung im niedrigen einstelligen Milliardenbereich (Fritschi et al. 2008). Langfristig kann eine Umschichtung der Bildungsinvestitionen in Kitas daher zu erheblichen Wachstumseffekten beitragen (Piopiunik & Wößmann 2014). Auch soziale Ungleichheit kann durch breite Angebote der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung dank deren kompensatorischer Effekte nach internationalen Vergleichsdaten wie auch deutschen bildungsökonomischen Studien vermindert werden (Anger et al. 2012, Apps et al. 2013, Dumas & Lefranc 2010, Kaspar 2010, Reynolds et al. 2011).

4.4.4 Steigerungsmöglichkeiten der Bildungs- und Gesundheitseffekte

Sowohl direkte als auch indirekte Gesundheitseffekte der Kitas sind noch deutlich ausbaufähig, aus mehreren Gründen:

Erstens ist das deutsche System der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung im OECD-Vergleich deutlich unterfinanziert; dabei wird es zweitens nicht nach Outcomes oder Outputs gesteuert, namentlich nach Prozess- und Ergebnisqualität (Sell 2011, Weishaupt et al. 2010, Wößmann & Piopiunik 2009).

Drittens beeinflusst die Durchführungsqualität der Förderung stark die Effektgröße (Barnett 2011, Karoly et al. 2005, Sylva et al. 2011, Vandell et al. 2010). Eine wesentliche Voraussetzung für hohe Effektivität von Kitas ist die Betreuungsrelation (Dollase 2007, Mitchell et al. 2008, NAEYC 1998, NICHD 2002, Nye et al. 2001, Viernickel & Schwarz 2009). Die für Betreuung und Bildung günstigen Fachkraft-Kind-Verhältnisse betragen im Krippenalter 1:3, im Kindergarten 1:8, im Vorschulalter (5–6 Jahre) 1:10 und im Hort 1:10 – 15. Die Betreuungsrelation ist ein Ausdruck der für das einzelne Kind verfügbaren Interaktions- und Zuwendungszeit, die für den Aufbau von Beziehungen bzw. Bindungen, insbesondere während der Eingewöhnung, und für Vermittlungsprozesse entscheidend ist, aber auch für das Zusammenwirken mit den Eltern und einen bedürfnisgerechten Tagesrhythmus. Die von der Forschungslage nahegelegten Betreuungsrelationen werden in allen deutschen Bundesländern unterschritten.

Viertens stehen eine Reihe gesundheits- und entwicklungsförderlicher Programme zur Verfügung, die beispielsweise kognitive Funktionen deutlich zu stärken vermögen (Nores & Barnett 2010). Dabei sind Interventionen wirksamer, die über längere Zeit und mit höherer Dosis angeboten werden (Karoly et al. 2005, Manning et al. 2010); ebenso wirkt Ganztagsbetreuung stärker als kürzere Zeiten (Cooper et al. 2010). Indessen werden die

verfügbaren Interventionen von Kitas bislang nicht in großer Breite und über längere Zeit genutzt, und sie werden mit unterschiedlicher Qualität umgesetzt; dies ist nicht nur in der Bundesrepublik zu beobachten, sondern auch international (Andrews & Slate 2001, Hasselhorn & Kuger 2014, Manning et al. 2010, Reynolds et al. 2010). Ebenso fehlen den deutschen frühpädagogischen Fachkräften diagnostische Kompetenzen und Instanzen für eine gezielte Zuweisung zu den hochwirksamen, zielgruppenspezifischen Förderprogrammen einer indizierten Prävention (Wiedebusch & Petermann 2011).

Fünftens ist für die größtmögliche Wirksamkeit früher Förderung deren Weiterführung in geeigneten Schulsettings, die mit der Kita kooperieren, erforderlich (Zhai et al. 2012).

4.4.5 Gesamtbild

Die Inanspruchnahme von Kita oder ähnlichen Institutionen der Frühen Bildung, Betreuung und Erziehung hat breite günstige Effekte für die kognitive und soziale Entwicklung, die Aneignung von life skills, erfolgreiche Bildungsbiografien und damit für Gesundheitsverhalten und -status über den gesamten Lebenslauf. Aufgrund der Evidenz für diese Effekte haben viele OECD-Staaten bildungspolitische Konsequenzen umgesetzt und das System der Frühen Bildung ausgebaut, z. B. Großbritannien und Norwegen (Havnes & Mogstad 2009, Sylva et al. 2010).

Neben der Regelversorgung mit ihren Angeboten der Alltagsförderung stehen wirkungsvolle, erprobte Förderprogramme zur Verfügung. Diese sind allerdings in Deutschland noch nicht breitenwirksam geworden, weil ihre Nutzung noch punktuell erfolgt. Die Bildungs- und Gesundheitseffekte der Kita, insbesondere hinsichtlich Gesundheitsförderung und indizierter primärer Prävention, liegen daher noch unter ihren aus Evaluationen belegten Effektgrößen. Sie könnten durch mehrere Handlungsansätze weiter verbessert werden:

- Anhebung der Ausstattung der Gesamtfinanzierung für die deutschen Kitas in die Nähe der OECD-Spitzengruppe
- Umsteuerung der Kita-Finanzierung auf eine Belohnung von Qualität und Outcomes (Bildungs- und Gesundheitseffekten) durch flächendeckende Qualitätsprüfung und -entwicklung wie in Berlin und Hamburg,
- Hebung der Prozessqualität durch Anhebung der Personalschlüssel
- Verbreitung qualitätsgesicherter Programme und Implementation im Kita-Alltag
- Ausbau der diagnostischen Leistungsfähigkeit der Kitas durch Gesundheits- und Entwicklungsscreenings und Einbezug diagnostischer Kompetenzen in die Professionalisierung der Frühen Bildung
- Sicherstellung kontinuierlicher Förderung durch enge Kooperation von Kitas und Grundschule, d. h. auch Kultus- und Sozialministerien sowie Kita-Trägern

4.5 Datenlücken und Datenbedarf

Für die Beobachtung von Umsetzung und Wirksamkeit der Gesundheitsziele und ihrer Erfolgsfaktoren zeigt die Durchsicht der vorhandenen Daten und Forschungspläne verfügbarer Studien ein weitgehend enttäuschendes Bild:

1. Zwar können zu den verschiedenen Gesundheitszielen und Startermaßnahmen zumeist mehrere Datenquellen indirekt verwertet werden. Die Auswertung dieser Quellen unter Gesichtspunkten des Gesundheitszielprozesses ist bislang unterblieben. Das grobe Bild, das sich ergibt, wird unten zusammengefasst.

2. Fast alle angebotenen Indikatoren weisen eine Reihe schwerwiegender methodischer Defizite auf, die ihren Nutzen für Evaluation und Monitoring von Gesundheitszielen stark einschränken:
 - Nur wenige der verwendeten Indikatoren passen präzise zu einzelnen Gesundheitszielen und Startermaßnahmen; vielfach können sie nur als Näherungsindikatoren (Proxies) verwendet werden. So sind z. B. Auswertungen von Curricula nur unter einer Reihe günstiger Annahmen aussagefähig für die tatsächlich in der Erzieherinnenausbildung vermittelten Kompetenzen.
 - Versorgungsindikatoren sind Leistungskennziffern und werden zu diesem Zweck eingesetzt (z. B. in Präventionsberichten von MDS und GKV). Sie sind im Hinblick auf Aussagekraft (Zuverlässigkeit von Selbstberichten über Projekte) und Versorgungsqualität (Implementationsgüte) nicht validiert.
 - Bei den verfügbaren Daten ist mit Ungenauigkeiten und Unstimmigkeiten zu rechnen, selbst bei Kernindikatoren; so ergibt sich aus den offiziellen Verwaltungsangaben, die das Statistische Bundesamt auswertet (KomDat), ein günstigerer Betreuungsschlüssel als bei einer Berechnung real verfügbaren Personals (Bertelsmann-Ländermonitor).
3. Nur wenige Studien liefern bundesweit repräsentative Daten, viele stützen sich auf Bundesländer oder Interventionsstichproben (aus durchgeführten Projekten). Die wenigen bundesweit repräsentativen Studien beziehen sich auf Kindergesundheit (KiGGS), Personalstand und ausgewählte Strukturmerkmale (KomDat) oder pädagogische Prozessqualität (NUBBEK, Stichprobenqualität ist noch offen) und Erzieherinnengesundheit (AQUA). Nur eine Studie (BeGKi) verbindet Aspekte gesundheitsbezogener Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, ist aber unvollständig veröffentlicht und seit 2011 nicht aktualisiert.
4. Nur wenige Kennziffern – Kindergesundheit, Betreuungsschlüssel und Gruppengrößen – wurden bislang über längere Zeit wiederholt erhoben und werden künftig regelmäßig aktualisiert, so dass sie für ein Monitoring direkt herangezogen werden können. Diese Kennziffern sind nur mit wenigen Struktur- und Prozessparametern verknüpft (überwiegend nur mit dem Bundesland), nicht mit Prozessmerkmalen der Einrichtung und namentlich einzelnen Interventionen und weiteren Gesundheitszielen (z. B. Strukturmerkmalen der Kita). Sie lassen nur eine summative Beurteilung der Mittelwerte zu, nicht aber Einrichtungs- und Interventionsauswertungen (Effekte einzelner Gesundheitsziele, Kindergesundheit als Outcome, Gesamtumsetzung der Gesundheitsziele in einzelnen Kitas bzw. bei Trägern oder in Bundesländern).

Insgesamt ergibt sich ein unübersichtliches und lückenreiches Puzzle von Einzelbefunden („Flickenteppich“).

4.5.1 Empfehlenswerte methodische Ansätze

Zwei Studien ragen dank hoher Relevanz für den Gesundheitszieleprozess heraus:

- Auf der Seite der Outcomes erfasst KiGGS mit der Kindergesundheit den Kern aller Effekte der Gesundheitsziele. Allerdings sind in den Instrumenten nur wenige Struktur- und Prozessmerkmale enthalten. Infolgedessen ist nur schwer ein direkter Bezug zwischen Umsetzung einzelner Gesundheitsziele und Verbesserungen der Kindergesundheit herzustellen, was jedoch auch nicht Zweck der Studie ist. Veränderungen können daher einer Vielzahl möglicher Ursachen – multifaktorielle Aspekte in Familie, Gesellschaft, Bildungs- und Gesundheitswesen – zugeschrieben werden.

- Auf der Seite von Struktur- und Prozessqualität erhebt BeGKi eine Vielzahl gesundheitsbezogener Indikatoren in repräsentativen bundesweiten Einrichtungsstichproben. Die Erhebungsreihe reicht allerdings nur von 2005 bis 2011. Die dort verwendeten Indikatoren zur Kinder- und Erzieherinnengesundheit wurden zwar validiert, sind aber berichtete und gruppale Schätzungen und insofern ungenau.

Unter den übrigen Studien vertiefen zwei das Bild über Erzieherinnengesundheit (AQUA sowie – landesspezifisch für NRW – STEGE), deren Ergebnisse, sobald sie vorliegen, möglicherweise ebenfalls relevante Erkenntnisse für den Gesundheitszielprozess generieren können.

4.5.2 Datenbedarf – Ein Zwischenfazit

Der vorstehende Überblick zu den Forschungsdesideraten und den Limitationen der entsprechenden Forschungspraxis zeigt, dass Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberichterstattung von einem zusammenhängenden und systematischen Blick auf die zentrale Querschnittsaufgabe Gesundheit in Kitas noch weit entfernt sind. Die vorliegenden Studien zeigen indessen die Machbarkeit und Aussagekraft von Querschnittsserien sowohl bei Zielgruppen (KiGGS) also auch bei Einrichtungen (BeGKi). Hieraus ergeben sich zwei Empfehlungen:

1. Die Erweiterung von KiGGS um ausgewählte Gesundheitsziele. Hier wurden bereits – im Rahmen der unsere Evaluation begleitenden UAG „Setting Kita“ – seitens des Robert Koch-Instituts mehrere betreuungsbezogene Items ergänzt (siehe 4.2.1.). Die Grenze dieser Strategie liegt darin, dass diese Ziele und zugehörigen Maßnahmen von Eltern beurteilt werden können und Verzerrungen (z. B. durch Opportunitätsfaktoren) vermieden werden müssen.
2. Die Fortführung bundesweit repräsentativer Einrichtungsbefragungen zur gesundheitsbezogenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach dem Ansatz von BeGKi, wobei gezielt Gesundheitsziele und Startermaßnahmen (z. B. Trinkbrunnen, Kooperation mit Grundschulen, Ernährungs-, Bewegungs- und Lebenskompetenzförderung) einbezogen werden sollten.

Die einbezogenen Ziele und Maßnahmen sollten für beide methodischen Ansätze expertengestützt validiert werden (siehe hierzu die entsprechenden Vorschläge unter 7.).

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist in Kitas zwar durch eine Reihe von Handreichungen und Praxisbeispielen thematisiert. Es wird jedoch nach der hier vorliegenden Bestandsaufnahme nur punktuell implementiert. Stärker verbreitet sind Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, doch auch hier werden Maßnahmen zumeist nur von wenigen Kitas genutzt (s. o.).

Auf der Outcome-Seite lassen sich wiederum die substantiellen Fortschritte schwieriger abbilden.

5 SACHSTAND: UMSETZUNG DER TEILZIELE DES GESUNDHEITSZIELS „GESUND AUFWACHSEN“

5.1 Aufbau der Sachstandseinschätzung

In dem nachfolgenden Kapitel werden die Ergebnisse des detaillierten Abgleich der einzelnen Zielbereiche mit den vorliegenden Daten dargestellt. Sie basieren im Wesentlichen auf den Daten, die aus verschiedenen Studien den jeweiligen Zielen, Aspekten und Fragestellungen zugeordnet werden konnten (im Anhang dokumentiert).

Die drei Zielbereiche des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Lebenskompetenz“ untergliedern das Nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ und können als handlungsleitende Interventionsansätze für Aktivitäten auch im Setting Kita betrachtet werden. Die Systematik des Gesundheitsziels (vgl. BMG 2010: 25) gliedert sich in Oberziele, Teilziele und Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung sowie Startermaßnahmen. Begrifflich und konzeptuell daran angelehnt, haben wir ein tabellarisches Schema entwickelt, das diese Ebenen berücksichtigt. Für die Zwecke der handlungsorientierenden formativen Evaluation sind – hier gemäß der Überlegung, dass Startermaßnahmen aufgrund ihrer praktischen Bedeutsamkeit und Griffbarkeit zur Evaluation besonders geeignet sind (Maschewsky-Schneider et al. 2013) – diese unmittelbar unterhalb des Oberziels angesiedelt.

Ebene	Zielkonzept gesundheitsziele.de	Evaluationskonzept
1	Oberziel	Gesamtziele (A-E)
2	Teilziele	Startermaßnahmen (A I-E I)
3	Strategien und Maßnahmen zur Zielerreichung	Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren (A II-E II) Teilziele (1., 2., 3., etc.) Indikatoren (a., b., c.)
	Startermaßnahmen	Übergreifende Daten zum Gesamtziel (A III-E III) Indikatoren (a., b., c.)

Die Strukturierung in der Evaluation folgt dabei der Logik der für das Setting Kita identifizierbaren vier Gesamtziele bzw. kitabezogene Gesundheitsziele (Ziel 4, 5, 6, 10). Das Gesamtziel für den Bereich der Lebenskompetenz (A und E) doppelt sich, subsumiert jedoch unterschiedliche Startermaßnahmen und davon ausgehend auch andere Teilziele und Indikatoren. Demzufolge sind fünf Gesamtziele auf der ersten Zielebene gelistet. Ziel 10 ist ein Querschnittsziel, das Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in den für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ relevanten Settings Kita, Schule und Familie/Umfeld anspricht und deshalb in die Übersicht mit aufgenommen wurde. Jedes Gesamtziel ist mit mindestens einer Startermaßnahme (SM) unterlegt, die bedeutsam für das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ ist und sich auf der zweiten Zielebene befindet. Startermaßnahmen gelten als Priorisierung insbesondere auch hinsichtlich der Konzentration der Evaluation (Maschewsky-Schneider et al. 2013: 5).

Auf der dritten Zielebene, unterhalb der Startermaßnahmen, sind die Teilziele (TZ) zusammen mit ihren jeweiligen Indikatoren als „Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren“ aufgeführt, zu denen relevante Datenquellen vorliegen. Dabei

haben wir nur Teilziele und Indikatoren in der tabellarischen Darstellung und der Auswertung berücksichtigt, die in zumindest mittelbarem Zusammenhang mit dem Setting Kita stehen und für die (potenziell) verknüpfbare Daten vorliegen. Die vierte Ebene umfasst „Übergreifende Daten zum Gesamtziel“, die vereinzelt mit Indikatoren untersetzt sind, sofern Datenquellen vorliegen. Den Startermaßnahmen, Teilzielen und Indikatoren sind jeweils potenziell relevante Daten zugeordnet. Sie werden im tabellarischen Schema (vgl. Anhang) mit für die Evaluation wichtigen Kriterien abgebildet:

- Indikator der Quelle
- Methodik der Quelle
- zeitlicher Verlauf
- vorläufiges/vermutliches/angedeutetes Ergebnis

5.2 Stärkung von Lebenskompetenzen der Kinder

ZIEL 4: Die Lebenskompetenz von Kindern ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

Startermaßnahme:

Das Thema Lebenskompetenz wird in der Erzieherausbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen, weitere Träger von Kitas).

relevante Teilziele:

- Die Kompetenzen der Kindertagesstätten zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder sind gestärkt.
- Die Themen Lebenskompetenz und Konfliktlösungsstrategien sind in der Erzieherinnen-Aus-, Fort- und Weiterbildung fächerübergreifend verankert.
- Die Förderung der Kinder erfolgt individuell und bedarfsgerecht.
- Der Personal- und Betreuungsschlüssel ist auf individuelle und bedarfsgerechte Betreuung und Förderung ausgerichtet.
- Mädchen und Jungen sind in ihrer Entwicklung geschlechter- und kultursensibel gefördert.
- Die Kitas arbeiten mit den Eltern eng zusammen, um gemeinsam Belastungen der Kinder zu reduzieren.
- Die Zusammenarbeit bei der Förderung von Lebenskompetenz ist verbessert.
- Das Thema Kooperation mit Eltern findet sich in Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung von Kindern ist Bestandteil des Bildungsauftrages von Kitas.
- Es gibt integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder.
- Die Kita ist Lernfeld für einen kompetenten Umgang mit Medien.

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich die nachfolgenden an:

- Anzahl der durch BMBF-Präventionsforschung geförderten Projekte
- Verankerung des Themas Lebenskompetenz in den Bildungsplänen
- Angaben zu Personal- und Betreuungsschlüssel
- Anzahl Fachtagungen, Fortbildungen

- Genderprojekte in Kitas
- Anzahl der Einrichtungen mit Kindern mit Eingliederungshilfe
- Anzahl der Kinder mit Eingliederungshilfe
- Kinder mit Behinderung nach Art der Einrichtung
- Kinder in Kindertagesbetreuung mit Eingliederungshilfe
- zur Verfügung stehende Medien im Kindergarten

Im Bereich dieses Gesundheitsziels wurden in den vergangenen zehn Jahren wichtige Schritte in Angriff genommen. Übergreifende Zeitvergleiche für den Hauptindikator (Lebenskompetenzen) liegen nicht vor; vielfache Fortschritte sind jedoch auf der Ebene der Outputs dokumentiert, wenngleich nicht durch Zeitreihenmessungen quantifiziert. Bewegungen auf das Gesundheitsziel sind in folgenden Aspekten zu konstatieren:

- Die Integration von Gesundheitsförderung einschließlich psychischer Gesundheit (namentlich Förderung von Persönlichkeitsentwicklung, Resilienz, sozialen Kompetenzen und Selbstwirksamkeit) in Landesgesetze und Landesbildungsprogramme für Frühe Bildung ist feststellbar, allerdings überwiegend als Bildungsbereich und nicht als übergeordnete Querschnittsaufgabe.
- Die Umsetzung des europäisch verbindlichen Inklusionsauftrages in die Bundes- und Landesgesetzgebung sowie damit verbundene Erlassgestaltung (laufend) lassen sich in verschiedenen Quellen nachzeichnen. Dabei wächst der Umfang des Angebots für chronisch Erkrankte und Behinderte, jedoch zeigt der Teilhabebericht der Bundesregierung auf (vgl. BMAS 2013), dass noch ca. 233.000 Plätze geschaffen werden müssen, um die anvisierten 750.000 Betreuungsplätze zur Verfügung stellen zu können. Die Anzahl der Integrativen Einrichtungen, die Kinder mit Beeinträchtigungen aufnehmen, wächst kontinuierlich. Nur wenige arbeiten allerdings inklusiv in dem Sinne, dass die pädagogischen Konzepte sowie die räumliche und materielle Ausstattung auf die individuellen Bedürfnisse aller Kinder, unabhängig von einer Beeinträchtigung, ausgerichtet sind (vgl. BMAS 2013: 279). Die vorliegenden Daten erlauben keine Aussagen darüber, ob die Versorgung der Kinder bedarfsdeckend ist oder wie die Situation im Vergleich zu Kindern ohne Beeinträchtigungen einzuschätzen ist. Die Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst nicht alle Angebote, bezogen auf Kinder mit Beeinträchtigungen (fallen z. T. in den Bildungsbereich). Unerforscht sind auch Qualitätsverluste, infolge geringerer Dichte von Fachpersonal (Sonder- und Heilpädagogik), die insbesondere in kleineren Einrichtungen, die vereinzelt Kinder mit Beeinträchtigungen aufnehmen, ins Gewicht fallen wird.
- Das Thema Gesundheitsförderung wird in den Ausbildungsgängen der Fachschulen und Hochschulen verankert, wenngleich mit geringem Anteil an den Lernzielen und hoher Varianz in der Vermittlungsqualität (vgl. Pasternack & Keil 2013).
- Es findet sich ein breites Spektrum von Fort- und Weiterbildungsangeboten zu Gesundheitsthemen, insbesondere Resilienz, Entwicklungsförderung, Zusammenwirken mit Eltern und Konfliktmanagement stehen dabei im Mittelpunkt (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012).
- Es kann festgehalten werden, dass eine Palette qualitätsgesicherter Interventionsprogramme zur Gesundheits-, Entwicklungs- und Lebenskompetenzförderung zur Verfügung steht (ebd.).
- Insbesondere für die Felder „Zusammenarbeit mit Eltern“ (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012) und „Kooperationen mit Grundschulen“ stehen zahlreiche Modellprojekte, Handreichungen, Good Practice-Beispiele und Qualifizierungsmaßnahmen zur Verfügung (Geene & Borkowski 2009, 2013). Zum Teil werden dabei schwerpunktmäßig soziale Benachteiligung und Integrationsförderung (z. B. Familienzentren in NRW) berücksichtigt.
- Eine Bandbreite an Angeboten findet sich auch im Bereich Medienerziehung in Kitas, verbunden mit der Gründung spezialisierter Forschungsgruppen und Fortbildungsinstitute (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012).
- Vielfältige Angebote und Arbeitsmaterialien finden auch im Bereich Diversity in Kitas (ebd.) statt.

Verschlechterungen auf der Output-Ebene sind hinsichtlich des Teilziels „adäquater Betreuungsschlüssel“ zu verzeichnen oder zu befürchten. Dieser wurde zwar nominell in einigen Bundesländern verbessert. Allerdings zeigt der U3-Ausbau, mit dem damit verbundenen Personalbedarf bei gleichzeitigem Fachkräftemangel, eine Tendenz zu faktisch größeren Gruppen und trägt durch auf Vollzeit verlängerte Verträge zu höheren Belastungen und damit zu leicht erhöhten AU-Krankheitsausfällen sowie verstärktem Einsatz fachlich geringer Qualifizierter bei. Dem geschuldet sind auch gesundheitsförderliche Maßnahmen, wie z. B. im Bereich der Zahngesundheit, rückläufig (Berg 2013).

ZUSAMMENFASSUNG

Für das Teilziel Stärkung der Lebenskompetenz sind Fortschritte auf der Outputebene zu verzeichnen, über die allerdings eine Betrachtung im Zeitvergleich kaum möglich ist. In den Landesgesetzen und den Bildungsprogrammen der Länder hat die Gesundheitsförderung auf Ebene der Bildungsbereiche Eingang gefunden, wurde allerdings kaum als Querschnittsaufgabe verankert. Mit einem geringen Anteil an den Lernzielen wurde die Förderung der Lebenskompetenz in Ausbildungsgängen der Fachschulen und Hochschulen aufgenommen.

Die Daten ermöglichen keine Aussagen zur Umsetzungsqualität in Kitas und zur Vermittlungsqualität in Ausbildung und Lehre. In Fort- und Weiterbildungen, Interventionsprogrammen, Modellprojekten und Handreichung haben unterschiedliche Facetten des Themas Eingang gefunden. Ein Schwerpunkt ist dabei die Zusammenarbeit mit Eltern, allerdings müssen auch hier die konkrete inhaltliche Ausgestaltung und die qualitative Umsetzung offen bleiben. Unbefriedigend sind die Aussagen, die sich über den Stand der Inklusion treffen lassen, da die vorhandenen Daten keine Rückschlüsse auf eine bedarfsdeckende Versorgung zulassen. In Bezug auf den Personalschlüssel ist eine negative Tendenz zu verzeichnen, die dazu führt, dass Gruppen faktisch größer werden, was eine individuelle und bedarfsgerechte Betreuung und Förderung konterkariert.

5.3 Förderung der Gesundheit der Erzieher/innen

Unter dem „Ziel 4: Die Lebenskompetenz von Kindern ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert“ ist auch die Gesundheitsförderung von Erzieher/innen als Startermaßnahme subsumiert:

Startermaßnahme:

Kitas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung/ des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieherinnengesundheit zu verbessern.

Auch zu diesem Teilziel sind deutliche Fortschritte auf der Output-Ebene zu verzeichnen. Mittlerweile ist eine Fülle von Daten, insbesondere Anforderungs- und Belastungsanalysen, Einzelevaluationen und bewährten Handlungsansätzen veröffentlicht. Vorherrschend sind dabei epidemiologische Erhebungen zur Arbeitsbelastung und -zufriedenheit in einzelnen Regionen oder bei einzelnen Kita-Trägern einerseits (z. B. Fuchs & Tritschler 2008, Fuchs-Rechlin 2007, Jungbauer & Ehlen 2013, Rudow 2004, 2006, Schad 2003, Thinschmidt et al. 2008). Einige Studien setzen vergleichsfähige, validierte Indikatoren ein (z. B. Berger et al. 2002, Fuchs & Tritschler 2008, Seibt et al. 2006); darunter sind jedoch belastbare Vergleiche mit anderen Berufen oder Positionsgruppen unter Kontrolle von Drittvariablen wie z. B. Altersstruktur und Qualifikation der Stichproben kaum zu finden. Außerdem wurden nur begrenzte, nicht repräsentative Stichproben einbezogen. Daneben liegen Prozess- und Ergebnisevalua-

tionen zu Einzelprojekten und Teilinterventionen, wie z. B. Gesundheitszirkeln (z. B. Seibt & Khan 2005), vor, und, darauf gestützt, zahlreiche Interventionsmaßnahmen, Modellprojekte und Handreichungen, deren Umsetzbarkeit – und teilweise auch Wirksamkeit – erprobt und belegt ist. Hierzu gehören im Einzelnen Gefährdungsbeurteilung, Vernetzung, Gesundheitszirkel, u. a. Methoden der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Kitas (Albrecht et al. 2008, Khan 2008, Khan et al. 2006, Seibt et al. 2005, Kliche & Unkauf 2010, Sommer et al. 2011).

Vergleichsweise wenige Studien und Handreichungen beschäftigen sich bislang mit altersgerechter Arbeitsgestaltung in Kitas (Heß & Buchholz 2009), obwohl in diesem Arbeitsfeld die demografischen Fachkraftengpässe absehbar sind (Tivig et al. 2013). Die Handlungsansätze berücksichtigen kaum die drei fundamentalen Probleme der Aufgabengestaltung in Kitas: Erstens sind hier infolge ähnlicher Aufgaben und knapper, gesetzlich vorgeschriebener Personaldecke kaum individuell maßgeschneiderte Arbeitsplätze möglich. Zweitens besteht infolge der hohen Berufsfluktuation (Rückkehr in Familienarbeit) nur wenig Aussicht, innerhalb von Einrichtungen eine Art Generationenpakt zur fairen, langfristigen Verteilung von Belastungen durch Lebensarbeitszeitkonten o. ä. Maßnahmen zu schließen. Drittens haben die einzelnen Einrichtungen meist nur wenige Gestaltungsspielräume. Ihre Träger – vor allem die Kommunen – stehen aber oft unter wirtschaftlichem Druck und haben weder entsprechende Mittel noch die Qualifikation für langfristige Planungen. Altersgerechte Arbeitsgestaltung in Kitas ist daher ein zentrales künftiges Handlungsfeld der Gesundheitsziele in Kitas.

Zwei noch laufende Forschungsvorhaben mit hohem methodischem Niveau und aussagefähigen Stichproben (STEGE- noch laufend und bislang noch nicht vollständig veröffentlicht, AQUA) untersuchen den Zusammenhang zwischen Personalschlüssel und krankheitsbedingten AU-Tagen sowie Vorruhestand und Berufswechsel. Die bislang vorveröffentlichten Resultate sind weitgehend in Übereinstimmung mit früheren Einzelbefunden der regional oder zahlenmäßig begrenzten Stichproben. Daher sind von diesen neuen Studien in den kommenden Jahren weniger neue Einsichten zu erwarten als insbesondere Verbreiterungen und Absicherungen der vorliegenden Erkenntnisse.

Als gesichert kann nach dieser Datenlage gelten, dass die Arbeitsanforderungen der Erzieher/innen eine Reihe spezifischer Belastungen nach sich ziehen, darunter Belastungen der Wirbelsäule, stetiger Stress durch Lärm, Konzentrationsbedarf und Aufsichtsverantwortung, Arbeitsdichte infolge mangelnder Vor- und Nachbereitungszeiten sowie zu hoher Gruppenbesetzungen, Mangel an sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte, gelegentlich auch Teams, sowie stetige Aufgabenzunahme ohne hinreichende Zusatzqualifikation.

Die wenigen Zeitvergleichsdaten, die vorliegen, zeigen keine Verbesserungen auf der Outcome-Ebene, also hinsichtlich der Erzieherinnengesundheit. Zwar zeigen die wenigen Zeitreihenindikatoren (insbesondere die Zahl der krankheitsbedingten AU-Tage) auch keine dramatische Verschlechterung, doch ist gerade dieser exemplarische Indikator für Kitas aus zwei Gründen nicht valide: Erstens fühlen sich – gerade bei kleinen Trägern – die Kolleg/innen für die Mehrbelastung des Teams oft mitverantwortlich und gehen oft auch krankheitsbelastet zur Arbeit, weil kein Ersatz verfügbar ist. Zweitens führen kumulative Belastungen in diesem Beruf infolge hoher Anteile von Teilzeit- oder Fristverträgen (je nach Bundesland in Größenordnungen um 50 %) eher zum beruflichen Wechsel als zu längeren Erkrankungsphasen: Nach wie vor erreicht nur etwa die Hälfte der Erzieher/innen im Beruf das 50. Lebensjahr. Infolge belastender Personalschlüssel und stetiger struktureller Veränderungen (insbesondere U3-Ausbau und Zunahme gesellschafts- und bildungspolitischer Aufträge an die Kita) sind somit wachsende Belastungen bei gleichzeitiger Professionalisierung und damit wachsenden Bewältigungskompetenzen zu konstatieren. Allerdings bestehen hinsichtlich des Gesundheitsstatus und des Angebots bzw. der Inanspruchnahme Betrieblicher Gesundheitsförderung erhebliche Unterschiede (signifikant, mit kleiner bis mittlerer Effektgröße) zwischen Bundesländern und Trägern (Kliche 2011).

In der Praxis wird vom Spektrum der Förder- und Qualifizierungsmöglichkeiten nur ein schmaler Ausschnitt genutzt. Ausschlaggebend sind vor allem Kostengründe, daneben die stark variierenden Vor- und Nachbereitungszeiten in den einzelnen Bundesländern, die für die Zeit zur Implementation von Neuerungen in den Kitas entscheidende Bedeutung haben. Bei vielen Trägern erfolgt keine Freistellung, so dass Fort- und Weiterbildung in der Freizeit auf eigene Kosten stattfindet, und ohne Personalausgleich, d. h. mit erheblicher Mehrbelastung des Teams (siehe auch 5.7.1). Die Spielräume zur Verbesserung der Erzieherinnengesundheit durch Qualifizierung und Betriebliche Gesundheitsförderung, vor allem mit einem Schwerpunkt auf altersgerechte Kita, sind somit nur zu einem kleinen Teil ausgeschöpft.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Bereich der Förderung der Gesundheit der Erzieher/innen ist eine Output-Steigerung zu verzeichnen, die sich in zahlreichen Interventionsmaßnahmen, Modellprojekten, Handreichungen und Forschungsvorhaben abbildet. Erzieher/innen selbst nehmen Qualifizierungs- und Fördermöglichkeiten auf Grund unterschiedlicher Hürden (u. a. Freistellung, Kostenübernahme, Ermutigung durch Träger und Team) unterschiedlich in Anspruch. Es liegen nur wenige Zeitvergleichsdaten vor mit geringer Aussagekraft. Infolge Erhöhung des Betreuungsschlüssels, hoher Aufgabenanreicherung und Fachkräftemangel ist mit einer Verschlechterung der Erzieherinnengesundheit aufgrund erhöhter Belastungen zu rechnen.

Insgesamt ist der Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Kitas deutlich ausbaufähig bei prognostiziertem stark wachsendem Bedarf. Ein wenig entwickeltes Teilgebiet ist die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze in Kitas. Der demografische Wandel bei gleichzeitigem Ausbau des Betreuungsangebots wird durch den zunehmenden Fachkräftemangel in den kommenden Jahren einen erheblichen Handlungsbedarf entstehen lassen, auf den bislang nur wenige Konzepte eingehen. Wesentliche Grundprobleme sind hier u. a. Gestaltungsspielräume der einzelnen Kita, Einheitlichkeit der Arbeitsanforderungen und Schwierigkeiten der Gestaltung von Generationsverträgen in einem Feld mit hoher Berufsaustrittsquote.

5.4 Bewegungsförderung und Reduktion von Bewegungsmangel

Ziel 5: Bewegung von Kindern ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

Startermaßnahme:

Die Raumausstattung von Kindertagesstätten wird bewegungsfreundlich verbessert.

evaluierte Teilziele:

- Bewegung ist in den Strukturen und Routinen der Kita verankert.
 - bewegungsfreundliche Raumausstattung
- Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt.
 - Bewegungsförderung in Lehrplänen fächerübergreifend
 - Bewegungsförderung in Fort- und Weiterbildung fächerübergreifend

- Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung zur Kooperation mit Eltern unter dem Schwerpunkt Verbesserung von Bewegung
- Psychomotorisch orientierte Bewegungsförderungsansätze umfassen durch ihre Erlebnis- und Handlungsorientierung auch wesentliche Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.
- Die Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern ist reduziert.
- Motorische Defizite von Kindern bei Schuleintritt sind reduziert.

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich die nachfolgenden an:

- Anzahl Gruppenräume/Räume für pädagogische Arbeit
- m²/Kind
- Anzahl der Unfälle
- Unfallorte
- Unfälle nach verletzungsbewirkendem Vorgang inkl. Gegenstände
- Anzahl der Kitas mit Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“
- Fortbildungsangebote zum Thema
- Anzahl der Unfälle
- Unfälle nach: Alter der Kinder, Art der Veranstaltung, verletzungsbewirkendem Vorgang
- motorische Defizite bei Einschulungsuntersuchungen
- Anzahl geförderter BMBF-Präventionsprojekte
- Projekte/Initiativen zur frühkindlichen Bewegungsförderung

Dieses Teilziel ist – wiederum auf Output-Ebene – in Landesbildungsplänen aufgenommen und in Aus-, Fort- und Weiterbildung breit verankert.

Die bewegungsfreundliche Kita-Ausstattung wurde bislang nicht flächendeckend empirisch geprüft, nur die – von niedrigem Niveau ausgehend – wachsende Verbreitung einschlägiger Gütesiegel gibt Hinweise auf Verbesserungen. Allerdings ist die Zahl damit versehener Kitas bislang immer noch marginal (vgl. auch Zusammenstellung der Gütesiegel im Anhang).

Der größte Teil dieser Gütesiegel wird in Zusammenarbeit mit Sportvereinen vergeben. Die Zahl solcher Kooperationen hat also zugenommen; sie wird möglicherweise unterschätzt, weil Kitas mit Horten, die in Schulen eingliedert sind, über diese Schulen ebenfalls Kooperationen mit Sportvereinen unterhalten können, die sich nicht notwendigerweise in Zertifizierungsprozessen abbilden.

Weder Schuleingangsuntersuchungen noch KiGGS-Daten oder Unfallhäufigkeiten geben indessen – auf der Outcome-Ebene – deutliche Entwarnung hinsichtlich eines ungefähr konstant gebliebenen Anteils grobmotorisch förderbedürftiger bzw. übergewichtiger Kinder. Während erste sekundäranalytische Auswertungen aus KiGGS durch Schlack et al. (2007) keine Korrelationen ermitteln konnte, verweist die Analyse der Ergebnisse der Berliner Einschulungsuntersuchungen (Butler & Nguyen 2013) auf Gesundheitsgewinn durch Kita-Besuch in allen sozialen Statusgruppen (siehe auch 4.4.).

ZUSAMMENFASSUNG

Im Ergebnis zeigt sich hier ein widersprüchliches Bild. Auf der einen Seite nehmen Kooperationen mit Sportvereinen zu, wie die – allerdings auf niedrigem Niveau – steigende Zahl der Gütesiegel im Feld zeigt. Insgesamt bleiben die entsprechenden Aktivitäten marginal. Auf der anderen Seite verweisen die Daten nach wie vor auf gesundheitliche Probleme durch Bewegungsmangel. Zur bewegungsfreundlichen Raumausstattung in Kitas können keine direkten Angaben gemacht werden.

5.5 Gesundes Ernährungsverhalten

Ziel 6: Ein gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung reduziert.

Startermaßnahme:

Kitas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.

evaluierte Teilziele:

- Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der Kita ist gewährleistet und orientiert sich an den „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“.
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - Austausch zwischen Kita-Personal, Eltern und Caterern
- Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kindern sind gestärkt. Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.
 - Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Die altersgerechte Kompetenzentwicklung bzgl. Herkunft und täglichem Bedarf von Nahrungsmitteln ist in der pädagogischen Arbeit verankert.
 - spielerische Ernährungserziehung und Vermittlung von praktischem Wissen
- Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich die nachfolgenden an:

- Anzahl DGE-zertifizierter Kitas
- Anzahl der Steuerungskreise in Kitas
- Multiplikatorenfunktion von Eltern
- Zahl der sich beteiligenden Kitas
- Anzahl von Kindern bzw. Familien an Ernährungsprojekten
- Verankerung des Themas Ernährung in Bildungsplänen
- Daten zur Mittagsverpflegung
- Anzahl Kinder in Kitas mit/ohne Mittagsverpflegung
- Anzahl der Trinkwasserbrunnen in Kitas

Auch in diesem Bereich haben deutliche Verbesserungen auf Output-Ebene gegriffen: Neben breiter Präsenz in den Landesbildungsplänen sowie den Angeboten der Aus-, Fort- und Weiterbildung sind Ernährungsfragen und Ernährungsverhalten durch die Qualitätsstandards der DGE und die Arbeit von IN.FORM breiter bekannt gemacht worden.

Die Startermaßnahme der zwei kostenlosen Mahlzeiten pro Tag ist nicht eingelöst bzw. von den Landesgesetzen abhängig (z. T. nicht in den Mindestbetreuungszeiten enthalten, z. T. nur für berufstätige Eltern zugänglich, z. T. gegen Kostenbeitrag und damit – je nach Höhe – möglicherweise eine Abschreckung für sozial Benachteiligte). Die aktuelle Studie „Is(s)t Kita gut? Kita-Verpflegung in Deutschland: Status quo und Handlungsbedarfe“ (Arens-Azevêdo et al. 2014) im Auftrag der Bertelsmann Stiftung zeigt auf Grundlage einer – allerdings nicht-repräsentativen – Stichprobe auf, dass eine Mittagsverpflegung in Ostdeutschland zum Standard gehört (Quote 99 %), während in den westlichen Bundesländern der Anteil der Kinder, die in der Kita eine Mittagsverpflegung erhalten, zwischen den Bundesländern (28 % – 93 %) und den Altersgruppen (57 % der Kinder unter Drei, 67 % der Kinder über Drei) stark variiert, insbesondere aufgrund der unterschiedlichen Dauer des Betreuungsangebotes. Insgesamt erhalten zwei Drittel der Kinder, die eine Kita besuchen, regelmäßig eine warme Mahlzeit. Diese entspricht allerdings zumeist nicht dem „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“. Die Studie weist aus, dass der empfohlene Anteil von Obst und Gemüse nur in 19 % der Kitas erfüllt wird (ebd.). Hingegen werden Fleisch und Fleischerzeugnisse in 46 % der untersuchten Kitas regelmäßig angeboten. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass „vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse [...] begründete Zweifel [bestehen], dass für alle Kita-Kinder, die ein Mittagessen in ihrer Kita essen, ein gesundheitsförderndes Mittagessen sichergestellt wird“ (ebd.: 6). Dies bestätigt sich auch mit Blick auf den derzeitigen Durchschnittspreis von 2,40 € je Mittagmahlzeit, mit dem laut der Studie eine Ernährung entsprechend des DGE nicht zu gewährleisten ist⁹. Dennoch sind bereits die derzeitigen Kosten ein Grund für die Nichtteilnahme von Kindern am Verpflegungssystem der Kita.

Seit 2011 können im Rahmen des Bildungs- und Teilhabepaketes Kosten für die entstehenden Mehraufwendungen durch die gemeinschaftliche Mittagsverpflegung in der Kindertageseinrichtung übernommen werden. Diese anteilige Kostenübernahme (Eigenanteil von 1 € pro Kind und Tag) für eine Mittagsverpflegung in Verantwortung der Kita soll Ausgrenzungsprozesse für benachteiligte Kinder verhindern und eine gesunde Ernährung sicherstellen. Mit Blick auf die Ergebnisse der Studie lässt sich hier erahnen, dass diese Unterstützungsmaßnahme durch die unterschiedlichen Teilnahmequoten nicht flächendeckend greifen kann und eine gesunde Ernährung damit nicht sichergestellt wird.

Hinzu kommt das Wissen über die begrenzte Inanspruchnahme von Leistungen des Bildungs- und Teilhabepaketes (vgl. Apel & Engels 2012). Auch wenn mit 35 % das Mittagessen eine der meistbeantragten Leistungen ist, muss insgesamt die Quote der Antragsteller/innen als gering bewertet werden. Dies gilt insbesondere für den vorschulischen Kita-Bereich (Sterdt et al. 2014). Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass die Gefahr von Stigmatisierungen und Ausgrenzung hoch ist, wenn der Anspruch auf sozialstaatliche Leistungen auf eine bestimmte Gruppe von Kindern begrenzt ist (ebd.).

Mit dem im SGB II verankerten Rechtsanspruch auf Essenszuschuss nach dem Bildungs- und Teilhabepaket ist eine kostenlose Bereitstellung durch den Träger praktisch nicht mehr möglich, weil Zuschüsse von Antragsberechtigten nicht pauschal, sondern nur auf Grundlage einer detaillierten Kostenrechnung geltend gemacht werden können.

⁹ Modellrechnungen der Studie kommen auf ein Ergebnis von mindestens 3,09 € bei 150 Mahlzeiten im Verpflegungssystem Frisch- und Mischküche und maximal 5,87 € bei 25 Mahlzeiten im Verpflegungssystem Tiefkühlkost. (vgl. Arens-Azevêdo et al. 2014)

Dies verpflichtet zur Berechnung und verunmöglicht die im Gesundheitsziel angestrebte kostenlose Bereitstellung von Mahlzeiten für Kita-Kinder.

Die Errichtung von Trinkwasserspendern in Kitas steht am Anfang, lag in den bisherigen Studien in einem niedrigen einstelligen Bereich und wird stark von den erforderlichen Kosten gedämpft. Zu Umfang und Qualität von Ernährungserziehung liegen keine übergreifenden Daten vor, ebenso wenig zur Kooperation mit den Familien bei der Ernährungserziehung; die eine Zeitlang von den Expert/innen befürworteten Absprachen über mitgebrachte Verpflegung sind mittlerweile strittig, weil ihre Sanktionierung zu Streitigkeiten mit den Eltern führt (Beispiele einschlägiger Prozesse in den Medien; vgl. auch die entsprechende britische Diskussion, ausführlich in Ottovay 2009).

ZUSAMMENFASSUNG

Das Thema gesunde Ernährung ist in den Kindertageseinrichtungen durch die Aufnahme in die Landesbildungspläne, die Qualitätsstandards der DGE und projektbezogene Kampagnen (insb. IN.FORM) konzeptionell angekommen. Da die Umsetzung vor Ort von den finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen der Träger und Kindertageseinrichtungen abhängig ist, weisen die Förderung des Ernährungsverhaltens und die Umsetzung der Ernährungsstandards eine große Bandbreite in der Qualität auf. Zu Umfang und Qualität von Ernährungserziehung liegen keine zentralen Daten vor, ebenso wenig zur Kooperation mit den Familien bei der Ernährungserziehung. Jüngste, nicht repräsentative Erhebungen verweisen auf großen Handlungsbedarf hinsichtlich der Qualität. Die veränderten Rahmenbedingungen durch das Bildungs- und Teilhabepaket verlangen nach einer Neujustierung dieses Teilziels.

5.6 Verbesserte Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung

Ziel 10: Die Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in der Kita, in der Schule und in Familie/Umfeld sind optimiert.

Startermaßnahme:

Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente sind in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt.

evaluierte Teilziele:

- Die Berichterstattung zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist systematisch ausgebaut.
 - integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene
- Alle Kinder erhalten in Kitas und Schulen die Möglichkeit, sich gemäß ihrer Fähigkeiten zu entwickeln und werden dabei entsprechend gefördert.
 - Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt
 - Personal- und Betreuungsschlüssel an individueller und bedarfsgerechter Betreuung und Förderung ausgerichtet

- Gesundheitsmanagement ist in Kitas und Schulen aller Schulformen umfassend implementiert.
- Die Quote der Kinder aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund, die Kindertagesstätten besuchen, ist deutlich erhöht.
- Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen sind erleichtert und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und Schulen ist gewährleistet.
- Die Auswahl, der Einsatz und die Bewertung von Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt für alle Gesundheitszielbereiche nach geeigneten und transparenten Qualitätsindikatoren.

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich wie folgt an:

- Handlungsleitfäden
- Verankerung von Qualitätsmanagement in Kitas
- Real eingesetzte Verfahren zur Qualitätssicherung
- Daten zur körperlichen und psychischen Gesundheit und zum Gesundheitsverhalten
- Leistungen der Primärprävention & BGF
- Angaben zu Personal- und Betreuungsschlüssel und strukturellen Rahmenbedingungen
- Daten zu Belastungen und Ressourcen von Fachkräften
- Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund
- landesrechtliche Regelungen zur Kooperation von Kita & Schule
- Anzahl geförderter Forschungsprojekte/Schwerpunkte

Als kurze Vorbemerkung sei an dieser Stelle erwähnt, dass Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung zwei Begriffe sind, die im Zusammenhang mit Qualitätsentwicklung thematisiert werden. Qualitätssicherung meint Maßnahmen, die dazu beitragen, eine definierte Qualität zu sichern. Für die Kita bedeutet dies nach notwendigen Stellen einer gleichbleibenden Qualität zu suchen (z. B. Eingewöhnungsprozess) und Instrumente für eine Sicherstellung/Kontrolle zu erarbeiten. Qualitätsmanagement umfasst alle Maßnahmen, die zur systematischen und kontinuierlichen Planung/Entwicklung, Lenkung, Sicherung und Verbesserung des Leistungsangebotes in Kindertageseinrichtung notwendig sind. Ziel ist es, alle erforderlichen Prozesse und Strukturen zur Erfüllung der Aufgabenstellung bei einer bestmöglichen Kosten-Nutzen-Relation zu verwirklichen. Welche QM-Instrumente dabei zum Einsatz kommen, liegt in der Verantwortung der Träger. Oftmals werden hier Qualitätssicherungsinstrumente verwendet, die einen hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand erfordern (z. B. DIN-EN-ISO) und bei den eng gefassten zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen eine erhebliche Mehrbelastung für die Fachkräfte darstellen. Inwieweit positive gesundheitliche Effekte durch Qualitätsmanagement zu erwarten sind, bleibt daher unklar.

Auf der Output-Ebene sind Verbesserungen zu verzeichnen hinsichtlich einer Reihe von Qualitätssicherungsinstrumenten für Gesundheitsförderung in der Kita, die im Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis entwickelt wurden wie Audit Gesunde Kita (Schwabe et al. 2007), Bewegte Kita bzw. Bewegte Kita mit Pluspunkt Ernährung, Gute Gesunde Kita, Kriterien guter Praxis der BZgA (Gold & Lehmann 2012), Qualitätskriterien zum Zusammenwirken von Kita und Grundschule, generell verwendbare partizipative Ansätze der Qualitätssicherung (Wright 2010) u. a.

Auch in der Berichterstattung hat sich der Output erhöht. Regelmäßig erstellt werden die fundamentale Gesundheitsberichterstattung des RKI auf der Basis der KiGGS-Daten sowie die Übersicht eigener Interventionen im Setting Kita durch die Krankenkassen (GKV-Präventionsberichte). Diese bundesweite Berichterstattung wurde in den letzten Jahren durch eine Reihe punktueller Studien zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern seitens verschiedener Einrichtungen weiter verbessert (z. B. Deutscher Kinderschutzbund, WIFF, DJI, Liga für das Kind, AWO). Allerdings werden diese Studien i. d. R. nicht wiederholt und beruhen zum Teil auf Kompilationen von Meinungen selektiv zusammengestellter Expert/innen, nicht auf belastbaren, repräsentativen Erhebungen. Eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung existiert nicht, lediglich Soziales und Gesundheit werden in einigen Bundesländern nach dem Modell des Berliner Sozialstrukturatlas (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014) gemeinsam berichtet.

Auf Bundes- und Landesebene steht diesem Vorgehen das Ressortprinzip entgegen. Die Berichterstattung der Bundesregierung integriert die verfügbaren Daten i. d. R. im Kinder- und Jugendbericht (nicht in der Erhebung, sondern sekundär in der Zusammenstellung). Auf lokaler Ebene ist der Ansatz der Bertelsmann-Stiftung zu verzeichnen, mikroräumlich die kommunalen Bildungs- und Sozialdaten auszuwerten. Allerdings scheitert dies in kleinen, ländlichen und finanzschwächeren Kommunen am Mangel an Ressourcen für die mikroräumliche Erhebung und Datenpflege und am Mangel an Interesse, weil in aller Regel ohnehin nur die bereits bekannten sozialen Brennpunkte statistisch bestätigt werden. Somit existiert – trotz punktuell verbesserter Datenlage – keine für Zwecke der Gesundheitsziele nutzbare integrale bundesweite Berichterstattung über Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung in Kita, Schule und Umfeld. Die Berücksichtigung sozialer Faktoren (insb. Migrationshintergrund, elterliches Einkommen) ist uneinheitlich (BMFSFJ 2013).

Der Betreuungsschlüssel ist von den frühpädagogischen, durch Experteneinschätzung justierten, Referenzwerten in allen Bundesländern immer noch deutlich entfernt. In einigen Bundesländern hat er sich leicht verbessert, in anderen – insbesondere durch den U3-Ausbau – real verschlechtert.

ZUSAMMENFASSUNG

Auf der Output-Ebene ist die Entwicklung einer Reihe von Qualitätssicherungsinstrumenten unter Zusammenwirken von Wissenschaft und Praxis für Gesundheitsförderung in der Kita zu verzeichnen. Der hohe zeitliche und organisatorische Aufwand einiger QM-Instrumente stellt für die Fachkräfte angesichts der zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen allerdings eine erhebliche Mehrbelastung dar. Der Personalschlüssel ist von den Referenzwerten frühpädagogischer Experteneinschätzungen weit entfernt. Eine Zunahme ist im Feld der Gesundheitsberichterstattung zu verzeichnen. Neben den fundamentalen Daten der KiGGS-Studie und den Daten des GKV-Präventionsberichtes finden sich punktuelle Studien zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern bei verschiedenen Institutionen. Allerdings lässt sich hier ein zeitlicher Verlauf oft nicht nachzeichnen oder es handelt sich um kleine Stichprobengrößen bzw. Expert/innen-Aussagen. Eine integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung existiert nicht

5.7 Zielübergreifende Ergebnisse

Einige Fragestellungen haben sich als wiederkehrend relevant gezeigt. Diese sollen im Folgenden als Querschnittsanforderungen dargestellt werden. Es handelt sich um die folgenden Bereiche, denen jeweils ein Kürzel zugeordnet wird:

- **AFW** – Aus-, Fort- und Weiterbildung (incl. Qualitätsentwicklung, Auditierungs-/ Zertifizierungsverfahren)
- **BGF** – Betriebliche Gesundheitsförderung
- **ZmE** – Zusammenarbeit mit Eltern

5.7.1 Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW)

Indikatoren:

- Fortbildungsangebote zum Thema
- Gegenüberstellung von Inhalten frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge
- Aufbereitung der Inhalte frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge
- Präsenz und Qualität von Gesundheitsthemen im Fachschulunterricht
- Überblick über Themen der Aus-/Weiterbildung
- Frühpädagogik

Die Daten im Bereich **AFW** zeigen mehrere allgemeine Entwicklungen und Bedingungen:

- zunehmende Verankerung des Themas in sämtlichen Dokumenten, die den Professionalisierungsprozess steuern (Curricula und Rahmencurricula), und zwar sowohl seitens der Fachverbände als auch der Kultusministerien
- Verankerung von Konzepten zur Resilienz, Lebenskompetenz und Gesundheitsförderung in den grundständigen und berufsbegleitenden Studiengängen, quantitativ allerdings als Randthema (ein Bildungsbereich unter sieben und neben Querschnittsthemen wie Selbstentwicklung, Forschungsmethoden, Praktikumsreflexion und Einrichtungsmanagement)
- heterogene Umsetzung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Erzieher/innen, abhängig von lokalen Bedingungen stark schwankend (Qualifikation und individuelle Themenschwerpunkte der Lehrkräfte an Fachschulen, Interesse und Profil sowie Freistellungsbereitschaft der Einrichtung und des Trägers und der Eltern). Generell umfassen Inhalte der Gesundheitsförderung nur unter 10 % der Lernziele bzw. vermittelten Kompetenzen, stark variierend je nach Bundesland z. B. Eltern- und Familienbildung 0–9 %, sozialräumliche Vernetzung 3–15 % (Keil & Pasternack 2011).
- Unterbrechung des gesamten Entwicklungsprozesses durch die Neuerarbeitung aller Ausbildungscurricula der Fachschulen 2014–15 infolge des KMK-Rahmenbeschlusses¹⁰ vom September 2010 zur Umstellung von Sachgebietsfächern auf Aufgabenfelder in der Fachschulausbildung. Die langfristigen Folgen für Gesundheitsthemen sind derzeit schwer absehbar, da es zu diesem gerade angelaufenen Prozess keinerlei Begleitforschung gibt. Kurz- und mittelfristig haben es Gesundheitsthemen möglicherweise schwer, stärker beachtet zu

¹⁰ Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Erzieherinnen und Erziehern – Gemeinsamer Orientierungsrahmen „Bildung und Erziehung in der Kindheit“ – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.09.2010, Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz vom 4.12.2010; Zugriff unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2010/2010_09_16-Ausbildung-Erzieher-KMK-JFMK.pdf [19.06.2014].

werden, weil die Aufmerksamkeit der Kollegien weitgehend durch die Umstellung sämtlicher Lehrpläne im laufenden Betrieb absorbiert wird. Es ist nicht ausreichend gelungen, Gesundheitsförderung als Teil dieser Umstellungsprozesse und ihrer veränderten Inhalte zu etablieren. Einzelne Förderprogramme (z. B. papilio) haben eigene Curricula entwickelt, in denen Lebenskompetenzförderung verankert ist. Sie schlagen diese den Fachschulen vor, was auf Interesse trifft, weil es dort Arbeit spart (so z. B. in NRW und Saarland). Der Umfang der Akzeptanz solcher „Huckepack-Lebenskompetenzförderung“ ist aber derzeit noch nicht absehbar.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Thema Aus- Fort- und Weiterbildung gewinnt zunehmend an Bedeutung, was eine Verankerung in den professionalisierungsrelevanten Dokumenten zeigt. Die Qualität schwankt, da diese von lokalen Bedingungen sowie der Umsetzung durch den jeweiligen Anbieter abhängig ist. Gesundheit wird weniger als Querschnittsaufgabe verstanden, sondern eher in Randthemen vermittelt. Entwicklungen im Bereich der fachschulischen Ausbildungscurricula binden derzeit die Ressourcen vor Ort und bremsen eine weitere Etablierung der Gesundheitsförderung in den Curricula auf unbestimmte Zeit.

5.7.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Diese Querschnittfrage ist bereits im Bereich der Kompetenzentwicklung der Erzieher/innen (5.3) umfassend thematisiert. Bezogen auf die spezifischen Indikatoren des Gesundheitsziels erfolgt an diesem Punkt eine ergänzende Darstellung.

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich die nachfolgenden an:

- Daten zur Erzieherinnengesundheit
- Anzahl der Maßnahmen zur BGF
- Anzahl von Steuerungskreisen und Gesundheitszirkeln in Kitas
- BGF-Praxisbeispiele
- Daten zu Belastungen und Ressourcen von Fachkräften

Im Bereich der Erzieherinnengesundheit wird die Betriebliche Gesundheitsförderung von verschiedenen Akteuren ins Blickfeld genommen. Die Zusammenhänge von Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsstatus sind mit den identifizierten Datenquellen gut belegbar. Die Veränderung der Arbeitsbedingungen durch Personal- und insbesondere Fachkräftemangel (größere Gruppen und mehr Springeraufgaben), Erhöhung der Belastungen (weniger Teilzeitarbeit) und die demografische Verschiebung (mehr ältere Arbeitskräfte) wurden bisher nicht berücksichtigt. Unter 4.3.2 wurde bereits die Limitation von Daten der Deutschen Rentenversicherung dargestellt; wünschenswert wäre hier grundsätzlich eine trennschärfere Codierung und Verknüpfung mit Diagnoseschlüsseln für beispielsweise Frühverrentung, was aber aus datenschutzrechtlichen Erwägungen problematisch zu sein scheint.

Fortlaufende Mindestangaben über die tatsächliche Anzahl implementierter BGF sind in den GKV Präventionsberichten anhand der Steuerungskreise bzw. Gesundheitszirkel in Kitas ablesbar. Dabei fehlen jedoch die Aktivitäten

anderer Akteure, etwa der Unfallversicherungen, Stiftungen, Länder und Träger. Unklar bleiben zudem die in den einzelnen Kitas tatsächlich umgesetzten Maßnahmen und deren Umsetzungsgüte und Nachhaltigkeit, namentlich die Arbeitsweise und Zusammensetzung der Gesundheitszirkel. Auch eine Korrelation mit den Rahmenbedingungen und dem sozialen Umfeld lässt sich nicht herstellen, so dass die Bedarfsgerechtigkeit der Interventionsorte nicht zu beurteilen ist.

ZUSAMMENFASSUNG

Für den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit Erzieher/innen lassen sich verschiedene Datenquellen ausfindig machen. Die Zusammenhänge von Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsstatus der Fachkräfte sind mit den identifizierten Datenquellen gut belegbar, lassen allerdings keine Rückschlüsse auf veränderte Rahmenbedingungen zu.

Fortlaufende Mindestangaben über die Anzahl implementierter BGF sind in den GKV-Präventionsberichten anhand der Steuerungskreise bzw. Gesundheitszirkel in Kitas ablesbar. Offen sind die Inhalte der umgesetzten Maßnahmen, deren Umsetzungsgüte und Nachhaltigkeit wie Arbeitsweise und Zusammensetzung der Gesundheitszirkel.

Folgend der Ausarbeitung in 5.3 ist BGF mit Erzieher/innen eine wichtige Gestaltungsaufgabe, insbesondere hinsichtlich Demografiefestigkeit.

5.7.3 Zusammenarbeit mit Eltern (ZmE)

Indikatoren:

Als relevante Indikatoren für dieses Gesundheitsziel bieten sich die nachfolgenden an:

- Elternzufriedenheit
- Darstellung der Zusammenarbeit mit Eltern
- Elternbeteiligung in Kitas
- landesrechtliche Regelungen zur Zusammenarbeit mit Familien
- Kooperation mit Familien (Formen, Projekte)
- kooperative Bewältigung von Armut

Die vielfältigen Initiativen und die Thematisierung der Kita-Eltern-Kooperation in verschiedenen Datenquellen impliziert, dass die Zusammenarbeit mit Eltern in der Kita-Praxis an Bedeutung gewinnt. Analysen (z. B. Pasterneck & Schulze 2010) verweisen auf „Themenkonjunktur“, können jedoch keine Aussagen zur Nachhaltigkeit der entsprechenden Maßnahmen bieten.

Die Bewusstseinssteigerung impliziert die Annahme einer Belastungsreduktion für Kinder. Profunde Ermittlungen sind durch zentrale Erhebungen wie BeGKi bzw. die Erhebung des DJI (Peucker et al. 2010) möglich. Beide sind jedoch nur auf einen Zeitpunkt bezogen. Andere Datenquellen gehen auf Stichproben zurück bzw. sind regional begrenzt (z. B. Viernickel et al. 2013).

KiGGS-Daten weisen in ihren bisherigen Auswertungen an dieser Stelle methodische Limitationen auf. Die Verknüpfung verschiedener Items eröffnet jedoch Optionen zur Abbildung von Elternzufriedenheit, Wirkungen der

Zusammenarbeit bzw. Nachhaltigkeit. Ein methodisches Problem stellen Messfehler durch Verzerrungen dar, wie kognitive Dissonanzreduktion, Befriedigung wichtiger Zufriedenheitsdimensionen meist schon durch die Wahl einer geeigneten Kita, Vorrang pragmatischer Bewertungskriterien wie insbesondere Nähe zum Wohnort, geringe Vertrautheit mit pädagogischen Konzepten, eingeschränkte Kenntnis der Arbeit und Interventionen der Kita.

Aus einigen Daten ist nicht abzulesen, welche inhaltlichen Schwerpunkte die Zusammenarbeit mit Eltern hat. So zeigt der Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme die landesrechtlichen Bedingungen zur Zusammenarbeit mit Eltern auf, bleibt aber dabei auf einer allgemeinen Ebene und gibt Auskunft über den IST-Stand im Jahr 2010. Zahlreiche rasche Entwicklungen, die sich seither in diesem Feld ergeben haben, bleiben unberücksichtigt.

Die Einbindung von Eltern geschieht oftmals themen- bzw. projektbezogen, wie die vielfältigen Initiativen zu den verschiedenen Teilzielen zeigen. Die Abbildung der Zusammenarbeit der Kitas mit Eltern ist also über eine Befragung von Projekten oder von Einrichtungen ökonomischer möglich (vgl. z. B. Elternkooperation in BeGKi).

ZUSAMMENFASSUNG

Im Praxisfeld Kita ist in den letzten Jahren ein zunehmendes Bewusstsein für die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Eltern zu verzeichnen, allerdings bleibt zumeist unklar, welchen Stellenwert dieser Bereich in der Arbeit mit Fachkräften einnimmt. Untersuchungen einer Korrelation von Zusammenarbeit mit Eltern und Reduktion von Belastungen bei Kindern finden sich nur zu vereinzelten Zeitpunkten, in kleineren Stichprobenuntersuchungen bzw. sind regional begrenzt. In den KiGGS-Daten finden sich verschiedene Anknüpfungspunkte, die sich durch Verknüpfung von Items stärken lassen und so Optionen zur Abbildung von Elternzufriedenheit, Wirkungen der Zusammenarbeit bzw. Nachhaltigkeit eröffnen. Eine direkte Befragung von Eltern ist allerdings auch mit methodischen Limitationen verbunden.

6 GESUNDHEITS-, SOZIAL- UND BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG

Die Zusammenstellung zeigt, dass zahlreiche Datenquellen zur Einschätzung der Kindergesundheit in Deutschland vorliegen. Sie können jedoch insgesamt das Outcome – also die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Kinder in Deutschland – nur schätzungsweise angeben. Die unterschiedlichen Messindikatoren der Schuleingangsuntersuchungen in den Bundesländern sowie z. T. sogar noch weiter ausdifferenziert nach Regierungsbezirken (vgl. 4.3.1) zeigen die Begrenztheit exemplarisch an. Insbesondere können die Daten kaum Auskunft geben über die spezifischen gesundheitlichen Auswirkungen entsprechender Maßnahmen im Setting Kita. Sie sind zudem bislang kaum mit Sozialberichterstattung (Ausnahme: Strukturatlas Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2014) und in keiner Weise... (DKJS 2014, Müller 2011, Süß et al. 2009) verknüpft.

Gleichwohl können zu den Gesundheitszielen im Einzelnen zahlreiche indirekt verwertbare Quellen herangezogen werden. Keine dieser Quellen gibt jedoch über die Maßnahmen und Ziele hinreichend Auskunft. Vielmehr ergibt sich ein unübersichtliches und lückenreiches Puzzle von Daten („Flickenteppich“). Wie unter 4.5.1 ausgeführt, können nur wenige Indikatoren auf Grundlage bundesweit repräsentativer, auf Gesundheit bezogener und methodisch belastbarer Erhebungen oder Datenzusammenstellungen (KiGGS, KomDat und BeGKi) herangezogen werden; auch fehlt es an Kennziffern wie Kindergesundheit, Betreuungsschlüssel und Gruppengrößen für ein Monitoring.

Für die Evaluation der Erreichung der Gesundheitsziele bieten sich in dieser Lage drei Wege an:

- (a) ausgewählte einzelne Quellen genauer auszuwerten und narrativ zusammenzuführen. Diese Auswertung zahlreicher Teilstudien und Indizien, wie wir es in dieser Evaluationsstudie vorgenommen haben, ist zeitaufwendig und somit ohne Fördermittel kaum zu leisten. Für ein regelmäßiges Monitoring erscheint diese Option somit ungeeignet und wird hier nicht weiter beschrieben.
- (b) eigene Studien und Auswertungen voranzutreiben, die die Gesundheitskultur in Kitas erfassen und dafür Fördermittel einzuwerben. Welche Studien in kostensparender Kombination mit verfügbaren Daten erforderlich wären, wird unten genauer analysiert (s. Punkt 6.3).
- (c) auf Expertenwissen gestützte Einschätzungsverfahren heranzuziehen. Diese Option wird ebenfalls auf Stärken und Schwächen analysiert (s. Punkt 6.4).

Die Möglichkeit, bestehende Reihenuntersuchungen durch gezielte, ökonomische Ergänzungen für die Beobachtung von Gesundheitszielen informativer zu gestalten, wird in den folgenden Absätzen dargestellt, und zwar getrennt für Bildungs- und Gesundheitsberichterstattung, Letztere gestützt auf die bevölkerungsrepräsentative KiGGS-Studie (vgl. 6.2).

6.1 Evaluation in Form eines fortlaufenden Monitoring

An dieser Stelle werden zunächst die unter 4.1 dargestellten kontinuierlich bereit gestellten Daten des Bundes und der Sozialversicherungen hinsichtlich ihrer potenziellen Monitoring-Funktion für das Gesundheitsziel Setting Kita diskutiert.

6.1.1 Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

Die amtliche Kinder- und Jugendhilfestatistik gibt jährlich Daten heraus, die auch für fortlaufende Sekundäranalysen genutzt werden. Eine erweiterte Auswertung der Primärdaten durch die Arbeitsstelle KJH-Statistik sowie durch den Forschungsverbund Bertelsmann Stiftung/DJI/TU Dortmund ermöglicht fortlaufende Aussagen zum Personal- und Betreuungsschlüssel. Der Personaleinsatz wird dabei über die Rechtsregelungen der Länder und die vertraglich geregelten Betreuungszeiten abgebildet. Die unterschiedlichen Öffnungszeiten von Kindertageseinrichtungen sowie die stundengenaue Erfassung von Betreuungsverträgen bleiben unberücksichtigt, wodurch sich Verzerrungen ergeben. Eine Darstellung realer Betreuungssituationen ist mit den vorliegenden Daten bisher nicht möglich (vgl. Schilling 2012). In den derzeitigen Debatten werden Gruppengröße als auch Personalschlüssel als wichtige Qualitätsindikatoren für die Strukturqualität benannt. Diese wiederum stellen eine wichtige Einflussgröße auf die Prozessqualität der Arbeit in Tageseinrichtungen dar. Die Betreuungsquote von Kindern mit Migrationshintergrund wird in der Primärquelle (KJH-Daten) ersichtlich. Operationalisiert wird der Migrationshintergrund über die ausländische Herkunft der Eltern bzw. eines Elternteils. Die Daten finden sich auch in den Sekundärquellen (Arbeitsstelle KJH-Statistik und Bertelsmann Stiftung/DJI/TU Dortmund) wieder. Ablesen lässt sich auch die familiäre Sprachpraxis. Keine Aussagen finden sich zu Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Dies ist unter anderem durch die derzeitige Altersgliederung in den Sozialhilfedaten des Bundes nicht möglich.

Im Ländermonitor wurden 2010 die landesrechtlichen Regelungen zum Thema Erziehungspartnerschaft und den Beteiligungsrechten von Eltern zusammengestellt. Unklar ist, ob diese Erhebung bei den Bundesländern wiederholt werden soll und so eine fortlaufende Analyse ermöglichen würde. Gleiches gilt für Daten des Ländermonitorings zum Übergang Kita-Schule (2008), zu den Bildungsplänen (2008) und zum Qualitätsmanagement (2008).

Die Kinder- und Jugendhilfestatistik gibt Auskunft über Kinder in Tageseinrichtungen und Kindertagespflege, die aufgrund eines nachgewiesenen erhöhten Förderbedarfs Maßnahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Dies lässt Rückschlüsse auf integrative Angebote zu. Dabei wird differenziert in Maßnahmen nach den §§ 53 und 54 SGB XII (wegen körperlicher/geistiger Behinderung) und Maßnahmen nach § 35a SGB VIII (wegen seelischer Behinderung). Darüber hinaus wird erhoben, ob das Kind in der Einrichtung eine erzieherische Hilfe erhält (nach § 27 SGB VIII). Aufgearbeitet werden diese Daten auch für das Ländermonitoring. Es ist davon auszugehen, dass die Gruppe der Kinder mit Behinderungen in Kindertagesbetreuung annähernd deckungsgleich mit der erfassten Gruppe der Kinder ist, die in den Einrichtungen eine Eingliederungshilfe erhalten. Grund ist, dass die Feststellung einer Behinderung bzw. einer drohenden Behinderung einen rechtlichen Anspruch auf Eingliederungshilfe begründet (vgl. Schilling 2012: 130). Eine Ausweisung der Inanspruchnahmequoten von Angeboten der Kindertagesbetreuung durch Kinder mit Behinderungen ist derzeit nicht möglich.

Aus den Daten zur vertraglich festgelegten Betreuungszeit und den Angaben der Länder zur Mittagsverpflegung hat der Forschungsverbund Bertelsmann Stiftung/DJI/TU Dortmund die Anzahl der Kinder mit Mittagsverpflegung und die Quote dieser Kinder an den Gesamtbetreuungszahlen berechnet. Somit ist hier ein Rückschluss auf eine regelmäßige gemeinsame Mahlzeit im Rahmen der Kita möglich. Offen bleiben muss allerdings, wie die Verpflegungen qualitativ und quantitativ gestaltet sind. Zur Qualität hat die Bertelsmann Stiftung jüngst eine Stichprobenerhebung durchgeführt. Im Ergebnis wurde skandalisiert, dass Ernährungsrichtlinien des DGE in Kitas kaum entsprechen wird (Arens-Azevêdo et al. 2014). Zur quantitativen Ausgestaltung muss betrachtet werden, welche Mittel (insb. Elternbeiträge, aber auch Eigenmittel des Trägers) dafür aufgewendet werden. Eine kostenlose Bereitstellung erscheint schon insofern seit 2012 kaum mehr denkbar, weil dadurch Erstattungsmöglichkeiten über das Bildungs- und Teilhabepaket nach SGB II entfallen (vgl. 5.5).

Verknüpfungen mehrerer Merkmale aus den Ergebnissen der Kinder- und Jugendhilfestatistik könnten den Blick auf weitere Teilziele des Gesundheitsziels freigeben.

6.1.2 Präventionsberichte/GKV-Daten

Als Kriterien für durch Krankenkassen durchgeführte oder begleitete Setting-Projekte in Kindertagesstätten wird im Präventionsbericht der Krankenkassen betont, dass Kitas „nicht nur Zugangsweg zur Erreichung der Kinder und ihrer Familien, sondern (...) selbst Gegenstand gesundheitsförderlicher Umgestaltung“ sein soll. Die primären Zielgruppen sind dabei die Kinder und deren Familien, aber auch die Gesundheit der Erzieher/innen findet Berücksichtigung. Bei der Entwicklung von Maßnahmen und deren Umsetzung ist der tatsächliche, von den Kitas selbst artikuliert Bedarf von Bedeutung, der u. a. durch Befragungen bei Eltern und Erzieher/innen erhoben werden sollte. Wichtig sind darüber hinaus Kooperationen, Elterneinbezug, Gemeinschaftsprojekte sowie gemeinschaftliche Dokumentation und Evaluation (GKV & MDS 2008: 28).

Abgebildet werden in den Präventionsberichten Daten zu Zielgruppen, Kooperationspartnern, Koordination/Steuerung, Bedarfsermittlung, Gesundheitszirkel, Intervention und Erfolgskontrolle (ebd.: 20). Diese werden über spezifische Dokumentationsbögen erhoben.

Im Präventionsbericht 2009 werden salutogenetische, sozialkompensatorische und „kollektive statt individuelle Orientierung (Public Health-Perspektive)“ explizit als Leitlinie der Setting-Aktivitäten der GKV benannt (GKV & MDS 2009: 18). Diese findet sich auch in den folgenden Präventionsberichten (ebd. 2009ff.).

In den Präventionsberichten wird regelmäßig der Grad der Erreichung der GKV-Präventions- und Gesundheitsförderungsziele dargestellt. Hinsichtlich des Teilziels 2 wird bereits für das erste Jahr bilanziert, dass die Anzahl der mit Maßnahmen und Interventionen erreichten Kita-Kinder um 72 % gesteigert wurde von 175.000 auf 275.000 Kinder. Noch stärker verlief der Anstieg der Kitas, die Steuerungskreise für ihre Gesundheitsprojekte nutzten, die von 150 auf 1400 und mithin um 850 % angestiegen sind (GKV & MDS 2009: 28), wobei sich der Zuwachs in den Folgejahren wieder zurückentwickelte (GKV & MDS 2011, 2012).

Diese kurzfristige „Explosion“ der Aktivitäten macht einerseits deutlich, dass die GKV durch ihren Steuerungsauftrag in der Primärprävention über einen wichtigen Handlungsansatz verfügt und sogar vergleichsweise kurzfristig in der Lage ist, Aktivitäten enorm zu verstärken. Gleichwohl bilanziert der Bericht bereits laufende Aktivitäten und Programme, wie „Tiger-Kids – Kindergarten aktiv“, „Gesundheitskoffer Fit von klein auf für Kitas“ oder das „Netzwerk Gesunde Kita Brandenburg“. Auch kann sich der Bericht auf die allgemeine politische und gesellschaftliche Rahmensetzung beziehen. In den späten 90er Jahren des 21. Jahrhunderts wurde eine verstärkte Förderung im frühkindlichen Bereich gefordert und auch durch die öffentliche Hand finanziert. So sind zu diesem Zeitraum über die bundesweite Ausweitung der Kindertagesbetreuung umfangreiche Mittel sowie insgesamt Veränderungen und Innovationsbereitschaft im Handlungsfeld Kita vorhanden. Das könnte die Bereitschaft der Kita-Träger und Beschäftigten gefördert haben, Begleitangebote der Krankenkassen engagiert aufzunehmen. Das oben beschriebene Phänomen der „Präventionsmüdigkeit“ im Setting Kita hat möglicherweise erst später eingesetzt.

Andererseits lassen die enormen Anstiege, insbesondere bei der Einrichtung von Steuerungskreisen vermuten, dass die Ergebnisse der Befragung stark mit den Vorgaben der nicht frei zugänglichen Dokumentationsbögen korrelieren. Grundsätzlich ist für eine derartig zeitnahe Steigerung beispielsweise der Steuerungskreise zu hinter-

fragen, ob hier tatsächlich kurzfristig so viel Know-how zur entsprechenden Etablierung gebündelt und zur Verfügung gestellt werden konnte, oder eher die Fragestellung der Dokumentationsbögen so ausgerichtet ist, dass eine entsprechende Etikettierung indiziert wird. In diesem Sinne kritisiert Altgeld (2012: 20), den Dokumentationen fehlten „Angaben über Interventionstiefen und -orte“, und so könne ein „abgestellter Gesundheitskoffer in einer Schule oder ein Internetangebot für Eltern genauso als Settingaktivität gewertet [werden] wie die mehrjährige Prozessbegleitung“; notwendig seien hier vor allem Outcome-Messungen (ebd.).

In diesem Zusammenhang ist auch die Neuetablierung des Handlungsfeldes „Gesundheitsförderliche Kommune“ zu erwähnen, die im Leitfaden 2008 und folgend im Präventionsbericht 2009 erstmals Erwähnung findet. Auch diese weist eine Schnittmenge mit der Förderung des Gesundheitsziels auf, erscheint aber ebenso schwierig zu messen/evaluieren. Vom Prozesscharakter her ist die Aufnahme zu begrüßen. Allerdings erfolgte auch diese Orientierung schon vor der Aktualisierung des Gesundheitsziels.

Wegen der hohen Übererfüllung der Präventionsziele weist der Präventionsbericht 2010 bereits aus, dass die GKV die quantitativen Zielvorgaben relativiert hat (GKV & MDS 2010: 14).

Im Präventionsbericht 2011 – nach der Aktualisierung des Gesundheitsziels 2010 – wird u. a. darauf verwiesen, dass bereits 69 % aller bundesdeutschen Kitas in Maßnahmen der Primärprävention nach dem Setting-Ansatz durch Krankenkassen „eingebunden“ (GKV & MDS 2011:9) seien, insgesamt wird die Zahl von 11.727 Kitas ausgewiesen (ebd.: 28). Mittels eines neuen Dokumentationsbogens wurde nun auch nach Einrichtungen in „sozialen Brennpunkten“ erhoben (ebd.: 13). Auf dieser Grundlage kann eine gezielte Berücksichtigung besonders belasteter Wohngegenden als Indikator der Zielerreichung der Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen (SGB V, § 20 (1)) berücksichtigt werden. Hier wird von 2.938 Kitas (= 25 %) ausgegangen (ebd.: 28).

Deutlich werden die Grenzen der GKV-Aktivitäten; hier heißt es: „Das allerdings geht nicht ohne ein ebensolches Engagement der anderen Akteure, die daran arbeiten müssen die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung zu verbessern. Beispielsweise ist mit den Einrichtungsträgern darüber zu diskutieren, ob die finanzielle Ausstattung für die Gemeinschaftsverpflegung ausreichend ist und wie strukturelle Verbesserungen erreicht werden können“ (GKV & MDS 2011: 104).

Im Präventionsbericht 2012 wird der Schwerpunkt auf den Bereich der psychischen Gesundheit, auch im vorschulischen Bereich, neu ausgerichtet (GKV & MDS 2012:3). Bilanziert wird u. a., dass die Gesamtzahl erreichter Kita-Kinder weiterhin leicht angestiegen ist, auf nun über eine halbe Million (von 480 auf 509 Tsd.) Kinder; die Zahl der Steuerungskreise in Kitas ist jedoch rückläufig (650 statt 862 im Vorjahr). Anders als in den Berichtsjahren zuvor, wird in diesem Jahr die Steigerung nicht mehr analog zum Vorjahr berechnet, sondern zum Startjahr der Präventionsziele 2007 (ebd.: 26). Leicht gesunken ist auch der Anteil von Kitas in sozialen Brennpunkten auf 22 % aller erreichten Kitas (1.787 von 8.071 Kitas gesamt, ebd.: 36). Die zur Verfügung gestellten Mittel für den Setting-Bereich stagnieren insgesamt: „Die Krankenkassen und ihre Verbände haben sich darauf verständigt, für den Setting-Ansatz zunächst mindestens 0,50 Euro je Versicherten und Jahr aufzuwenden. Die Ausgabenentwicklung stagnierte im Jahr 2011 bei einem Niveau von 0,33 Euro pro Kopf.“ (ebd.: 105).

Im Präventionsbericht 2013 wird die Zahl der erreichten Kita-Kinder weiterhin leicht erhöht auf nunmehr 575.000 Kinder angegeben, in diesem Jahr ergänzt um die Angabe indirekt erreichter Personen, was auch Eltern und Geschwister einschließt. Dadurch wächst die durch Aktivitäten im Setting Kita erreichte Gesamtanzahl auf 1.806.417 Personen (GKV & MDS 2013: 54), ungeachtet der noch offenen methodischen Fragen zu den Berechnungen.

Steuerungskreise in Kitas sind rückläufig: von 862 (2010) und 650 (2011) auf nunmehr 407 (2012), wenn gleich – und diese Bezugszahl nutzt der Präventionsbericht – deutlich oberhalb der Basiserhebung von 2007 (ebd.: 78f.). Erläuterungen fehlen an dieser Stelle, allerdings erklärt der Bericht den ebenfalls leicht rückläufigen Bereich der Schulen wie folgt: „Nach einem anfänglich starken Aufbau solcher Steuerungskreise sind es zunehmend weniger Schulen, die diesem Ziel entsprechen. Im letzten Jahr ist wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Möglicherweise sind einzelne zeitlich begrenzte Großprojekte für diese Schwankungen verantwortlich. Zudem konkurrieren immer neue Aufgaben und wachsende Ansprüche um die Ressourcen der Schulen.“ (ebd.: 78).

In der Berichtsfassung 2013 finden sich keine aktualisierten Ausführungen zum Kita-Bereich, allerdings enthält der dazugehörige Tabellenband einige Daten. Darin wird zur Umsetzung der Präventionsziele 2008–2012 die Gesamtzahl der erreichten drei- bis sechsjährigen Kinder und die Anzahl der Kitas mit Steuerungskreisen zur Gesundheitsförderung bilanziert (s.o.). Die neuen GKV-Präventionsziele für den Zeitraum 2013 bis 2018 enthalten keine explizit kitabezogenen Items mehr. Weiterhin aufgeführt werden die Anzahl der Nennungen der Setting-Arten sowie der durch Aktivitäten erreichten Settings, differenziert nach Bundesländern, sozialen Brennpunkten, darin erreichten Personenzahlen und Laufzeiten der Aktivitäten.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die GKV-Daten grundsätzlich gut für ein kontinuierliches Monitoring eignen. Sie dokumentieren ein schwungvolles Engagement der Krankenkassen im Bereich Setting Kita, auch wenn dies hinsichtlich Interventionsarten und -tiefen nicht eindeutig dimensioniert werden kann. Wird die Neuformulierung des Gesundheitsziels im Jahr 2010 als Nullwert angesetzt, verweisen die GKV-Daten 2011 und 2012 auf einen Rückgang der Aktivitäten im Setting Kita. Methodische Limitationen lassen jedoch an der Tragfähigkeit dieser Befunde zweifeln.

Durch die Neuausrichtung der Präventionsziele liegen die entsprechenden Daten für das Setting Kita weniger griffig als in der Vergangenheit vor, sie müssten ggf. als Sonderauswertung von den Erstellern der GKV-Präventionsberichte, also vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, erbeten werden. Unter 7.2 wird die hohe Relevanz der Datenquelle betont, insbesondere insoweit die Daten in ein gesamtes Konzept des Monitorings eingebunden werden können.

6.1.3 Daten zum Unfallgeschehen der DGUV

Die Daten der DGUV zu den Unfällen von Kindern in Tagesbetreuung können im zeitlichen Verlauf von 2007 bis 2012 nachverfolgt werden. Demnach sind Trends der Unfallentwicklung einrichtungsübergreifend (in Krippen, Kindergärten, Horten, Kindertagesstätten, Kindertagespflege) ablesbar. Grundsätzlich beziehen sich die berechneten Unfallraten immer auf eine entsprechende Grundgesamtheit, z. B. auf geschlechts-, alters-, länderspezifische Versicherungszahlen. Diese Grundgesamtheit erweist sich im Hinblick auf das Setting Kita als nicht ausreichend präzise, da weitere Indikatoren fehlen, die eine explizite Trennung von den o. g. Einrichtungsformen zulassen. Eine trennscharfe Unterteilung in verschiedene Einrichtungsarten ist durch fehlende Versicherungszahlen in Kindergärten, -krippen und Horte und durch den Trend zu Kombi-Einrichtungen nicht möglich (vgl. DGUV o. J.). Demzufolge bilden die aktuellen Daten für den Bereich der Unfallprävention in der Kindertagesbetreuung notwendige Ergebnisse ab, sind jedoch nicht spezifisch auf das Setting Kita übertragbar. Ähnlich verhält es sich mit der Altersspezifik, die ebenfalls Kindergartenkinder erfasst, dennoch anhand der Skalierung nicht eindeutig benennen lässt, wie viele Unfälle auf den Personenkreis der Kindergartenkinder zutreffen.

Im Hinblick auf das Teilziel der reduzierten Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern geben die DGUV-Daten Aufschluss über die Zahl der verunfallten Kinder, ferner über die Kita-Aktivitäten, Unfallorte, räumliche Beschaffenheit inkl. unfallauslösende und verletzungsbewirkende Gegenstände, Spielplatzgeräte und ursächliche Vorgänge, von denen je nach gemessener Unfallzahl ein unterschiedlich hohes bzw. niedriges Unfallrisiko ausgeht. Dadurch kann wiederum einrichtungsübergreifend und im jährlichen Vergleich von einer umfassenden Abbildung des Teilziels und dessen Entwicklung ausgegangen werden. Gleiches gilt für das Teilziel, mit dem die Raumausstattung von Kitas bewegungsfreundlich verbessert werden soll. Die DGUV-Daten können durch die Quantifizierung der Unfallzahl indirekt Aufschluss über die Erreichung dieses Teilziels geben.

Um die Entwicklungstendenz der Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kita-Kindern (und nicht subsumiert unter „Schüler/innen“) und der verbesserten bewegungsfreundlichen Raumausstattung genau abzubilden, wäre eine ausführliche Aufarbeitung der Basisdatensätze exklusiv für das Setting Kita wünschenswert.

6.2 Evaluation anhand von Kindergesundheitsuntersuchungen

Breite, repräsentativ angelegte Daten wie die KiGGS-Wellen geben Auskunft über den Gesundheitsstatus und die gesundheitliche Entwicklung der Kinder und bilden somit die Grundlage einer bundesweiten Gesundheitsberichterstattung. Ihre Limitationen für Zwecke von Monitoring und Evaluation liegen in mehreren Merkmalen des Forschungsplans begründet:

- Der Gesundheitsstatus der Kinder verändert sich im Mittel großer Gruppen relativ träge, u. a. infolge des entscheidenden Einflusses der Familien auf die Gesundheit (insbesondere des Bildungsstatus der Eltern).
- Das knappe Instrument zeigt nur wenige Rahmendaten über die Einrichtungen. Um die Umsetzung der Gesundheitsziele zu beobachten oder Effekte erreichter Ziele abzubilden, wären folgende Strukturmerkmale erforderlich: das Bundesland, weil u. a. Altersstruktur der Kollegien sowie Landesbildungspläne und Umfang und Verbindlichkeit von Qualitätsmanagement verbunden sind; die soziale Lage der Einrichtung, weil damit das soziale Kapital der Nachbarschaft verbunden ist; der Träger, weil damit unterschiedliche gesundheitsbezogene Organisationskulturen der Kitas – d. h. Versorgungsniveaus für Kinder und Teams – verbunden sind.
- Das elterliche Wissen auf Struktur- und Prozessqualität der frühkindlichen Betreuung kann verzerrt werden durch kaschierte Unkenntnis (Erzeugung von Artefakt-Urteilen bei Desinteresse und fehlenden Vergleichsmöglichkeiten oder geringer Erfahrung mit der Kita), falsch-optimistische Einschätzungen des Gesundheitsstatus des eigenen Kindes sowie positive Selbstdarstellung der Wahl der Kita.
- Um die Effekte einzelner Interventionen abzubilden, ist die Zahl einbezogener Einrichtungen zu gering, weil zahlreiche Programme im Rollout stehen (z. B. die AOK-Programme TigerKids bzw. JolinchenKids), verbunden mit breiten Strukturreforminitiativen in verschiedenen Bundesländern (z. B. Gute gesunde Kita, Audit Gesunde Kita).

Aus diesen Gründen eignen sich repräsentative Querschnitte von Familien im gegenwärtigen Umfang nur eingeschränkt, um die besonderen Effekte einzelner Interventionen oder insgesamt der Gesundheitsziele abzubilden. Sie sind für das Monitoring spezifischer Interventionen und Strukturen und zur zielspezifischen Evaluation von Versorgungsleistungen in einzelnen Settings nur begrenzt aussagekräftig – dies ist bislang auch nicht ihre Aufgabe.

6.3 Evaluation der Gesundheitsziele durch eigenständige Studien

Zunächst ist eine regelmäßige Revision oder Spezifikation der bislang vorgeschlagenen Ziele sinnvoll, weil diese sich mit der Sozial- und Bildungspolitik verlagern können. Der aktuelle Ausbau der U3-Betreuung mit seinen zahlreichen Implikationen im Praxisfeld zeigt dies auf. Auch Kostendämpfungsmaßnahmen wie Drosselung der Kita-Inanspruchnahme durch zeitlich begrenzte Betreuung bei elterlicher Arbeitslosigkeit („Halbtagsplatz“) können sozialkompensatorische Ziele hinsichtlich Ernährung, Bewegung oder sozialer Teilhabe konterkarieren.

Zweitens sollten die Gesundheitsziele nach erforderlichen Forschungsplänen gegliedert werden (Datenquellen und Wiederholungszeiträume), um sie unterschiedlich zu bearbeiten. Hierzu wird folgende Aufteilung vorgeschlagen:

1. Ziele und Maßnahmen, die aus Dokumenten ermittelt werden können. Sie benötigen eine Feststellung nur in größeren Abständen (z. B. drei oder fünf Jahre) und können durch Inhaltsanalyse aus öffentlich zugänglichen Quellen erhoben werden. Dies ist ein gesonderter Forschungsprozess, der mit entsprechenden Personalmitteln verbunden ist. Er ist voraussichtlich nicht ergiebig, weil die wesentlichen Befunde bereits im vorliegenden Bericht kurz zusammengefasst sind und die normative Verankerung – wie die Studienlage zeigt – nur wenig über die Implementation und deren Qualität in den Kitas sagt. Die dem Ansatz der Dokumentenanalyse nach ggf. genauer erfassten Ziele und Maßnahmen wären:
 - Verankerung der Gesundheitsziele in den Landesbildungsplänen
 - Verfügbarkeit integrierter Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung
 - Verfügbarkeit von Qualifikationsmaßnahmen zu den Gesundheitszielen in Lehrplänen
 - desgleichen in den Angebotskatalogen der Fort- und Weiterbildung

2. Ziele und Maßnahmen, die durch Einrichtungsbefragungen außerhalb der Kita ermittelt werden müssen. Sie sind erforderlich, um bislang gar nicht erhältliche Daten beizubringen. Sie benötigen bislang nicht oder nur punktuell umgesetzte Designs und Erhebungen und sind daher von der Verfügbarkeit zusätzlicher Fördermittel oder der Gewinnung wissenschaftlicher Kooperationspartner abhängig. Hierzu gehören namentlich:
 - Fachschulbefragung über die reale Umsetzung von Gesundheit, insbesondere Bewegungsförderung in den neuen Lehrplänen der Berufsfachschulen ab 2014
 - Befragung von Fort- und Weiterbildungsanbietern über die Inanspruchnahme einschlägiger Angebote
 - Zusammenführung von Schuleingangsuntersuchungen, repräsentativ ausgewählt (Cluster-Stichprobenbildung) zur Abschätzung motorischer Defizite

3. Ziele und Maßnahmen, die mit Kita-Befragungen zur Struktur-, Prozess- und Outcome- bzw. Output-Daten erhoben werden können, wie bislang mit verschiedenem Umfang, Schwerpunktsetzung und Verbreitungsgebiet durch AQUA, BeGKi, NUBBEK und STEGE.

Geeignete Indikatoren für diese Gruppe von Zielsetzungen kann man unschwer gestützt auf Expertenwissen sowie auf verfügbare Studien gewinnen (z. B. für die Umsetzung gender- oder kultursensibler oder medialer Erziehung).

Sie können nur punktuell in bestehende Monitoring-Instrumente einbezogen werden (s. Gruppe 4), weil die meisten von ihnen das gängige elterliche Wissen überschreiten und die erhebliche Menge von Items ökonomischer direkt

bei Einrichtungen erhoben werden kann. Monitoring oder Evaluation dieser Gruppe von Zielen und Maßnahmen erfordern somit eigenständige, repräsentative Einrichtungsbefragungen. Sie sind also ebenfalls an den Einsatz zusätzlicher Fördermittel für Forschung gebunden. Alternativ, aber ebenfalls mit Kosten verbunden, wäre die Option, eine der o. a. Studien fortzusetzen, räumlich und sachlich zu erweitern. Die dabei abzubildenden Ziele und Maßnahmen können sein:

- bewegungsfreundliche Raumgestaltung und Ausstattung
 - verfügbare Qualifikationen (Fort- und Weiterbildung) zu Lebenskompetenzen und Resilienz von Kindern, Bewegungsförderung, Ernährung sowie Kooperation mit Eltern
 - realer Personalschlüssel und Gruppengrößen
 - Gesundheitsstatus, Gender- und Altersgruppen im Personal
 - präventive Versorgung der Kinder mit Maßnahmen für Lebenskompetenzen, Resilienz und Gesundheitsförderung
 - Angebote und Maßnahmen zur gleichberechtigten Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen (Umsetzung des Inklusionsauftrags)
 - Umsetzung gendersensibler Erziehung
 - Umsetzung kultursensibler Erziehung
 - Umsetzung von Medienerziehung
 - Umsetzung spielerischer, alltäglicher Ernährungserziehung
 - Ernährungsangebot gemäß DGE-Standards
 - gemeinsame Mahlzeiten
 - Formen und Inanspruchnahme der Kooperation mit Eltern, insbesondere zur Gesundheitsförderung (Lebenskompetenzen, Bewegung einschließlich Persönlichkeitsentwicklung)
 - Umsetzung von Unfall- und Verletzungsprävention
 - Kooperation der Kita mit gesundheitsrelevanten Akteuren, z. B. Sportvereinen, Verpflegungsanbietern
 - Umsetzung setting- und themenspezifischer Qualitätssicherungsinstrumente
 - Implementation eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements
 - Kooperation mit Grundschulen
 - an Qualitätskriterien orientierte Auswahl und Nutzung von Programmen und Maßnahmen der Prävention, Gesundheits- und Entwicklungsförderung.
4. Ziele und Maßnahmen, die durch eine Ergänzung verfügbarer MonitoringInstrumente verfolgt werden können. Hierzu zählen alle Aspekte, die durch Ergänzung von KiGGS um wenige Items erfassbar wären (vgl. Gruppe 3). Unmittelbar von KiGGS erfasst werden kann bereits heute der Anteil sozial benachteiligter Kinder in frühkindlicher Betreuung.

Die möglichen Ergänzungen obliegen dem RKI und scheinen vergleichsweise unaufwendig und kurzfristig möglich. In Betracht kommen alle Struktur-, Prozess- und Orientierungsmerkmale der Kita, die oben angeführt wurden und relativ geringe Risiken durch die angeführten Verzerrungen aufweisen (insbesondere elterliche Kenntnismängel und positive Selbstdarstellung). In der KiGGS-Welle 2 sind im Zuge der Bearbeitung in der Unter-AG „Setting Kita“ bereits Fragen zu elterlicher Gesamtzufriedenheit mit der Kita und ausgewählten Versorgungsleistungen (Betreuung, Förderung, Bewegungsangebote, räumliche Ausstattung) in Likertskalierten Einschätzungsskalen sowie zu Gruppengrößen und Gründen für nicht außerhäusige-/Fremdbetreuung aufgenommen.

6.4 Nutzung von Experteneinschätzungen

Für die geschilderte Datenlage sind alternativ unaufwendige Designs in Betracht zu ziehen, allen voran die Methodik des Rapid Assessment and Response (RAR). Diese wurde von UNO-Unterorganisationen entwickelt und nicht zuletzt für gesundheitsbezogene Assessments von Regionen, Institutionen, Zielgruppen und Interventionen erprobt, um bei geringen Mitteln mit unsicherer Datenlage rasch zu Orientierungen zu gelangen (Braam et al. 2004, Sarrazin 2004, Stimson et al. 2009, UNHCR & WHO 2008). Das Verfahren nutzt einen pragmatischen Methodenmix, in dem neben der Auswertung zugänglicher Dokumente und Daten vor allem die Sammlung von Expertenwissen im Vordergrund steht.

Die Methode dient allerdings nur einer ersten, groben Orientierung über bislang unbekannte Sachverhalte mit hohem Handlungsbedarf. Sie nimmt dafür mehrere Nachteile in Kauf, die sich auch bei Expertenbefragungen über die präventive Versorgung in Deutschland zeigen können (Kliche 2011b):

- Die befragten Expert/innen verfügen nur über einen jeweils kleinen Ausschnitt von Weltwissen, daher sind für umfangreiche Felddesreibungen erhebliche Mengen von Interviews erforderlich. So wären im vorliegenden Fall Befragte aus verschiedenen Bundesländern, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern (große sowie kleine und mittlere Kommunen) einzubeziehen. Der Aufwand wächst also mit der Komplexität der Fragestellung und ist für Gesundheitsziele nicht gering zu veranschlagen.
- Befragte Fachleute kennen entweder viele Details ihrer besonderen Felder, oder sie verfügen im Überblick über Orientierungswissen zur Beschreibung des gesamten Feldes, das häufig nicht mit Daten unterfüttert ist, sondern mit Eindrücken und Beispielen. In beiden Fällen ist die Validität (Verallgemeinerung) problematisch.
- Expert/innen bringen ihre jeweiligen Disziplinen und Erfahrungen in die Bestandsaufnahme ein. Da Gesundheitsziele in Bildungseinrichtungen nicht im Vordergrund der öffentlichen und fachlichen Diskussion stehen, könnten die Einschätzungen von Personen, die das Feld kennen und vor allem aus pädagogischen oder verwaltungswissenschaftlichen Qualifikationsgängen stammen, stark an allgemeinen Urteilkriterien und weniger an gesundheitsbezogenen ausgerichtet sein.

Zum Ausgleich der Limitationen von Expertenwissen wird im Gesundheitswesen häufig auf Konsens- oder Delphi-Verfahren zurückgegriffen, mit Regelmäßigkeit etwa für die Erstellung von Qualitätskriterien und vor allem Behandlungsleitlinien (Fleuren et al. 2004, Häder 2000, 2002, Häder & Häder 1995, 1998, Marshall et al. 2006, Pena et al. 2010). Der Grundgedanke ist eine systematische Auswahl der Fachleute nach ihren unterschiedlichen Perspektiven (Herkunftsdisziplinen, Vorerfahrungen und Positionen in Organisationen) und ein stark formalisiertes, transparentes Durchführungsprotokoll zur Absicherung der Reliabilität.

Auch die Ergebnisse dieser Methodik müssen indessen Einschränkungen der Güte berücksichtigen: Bei breiter Expertenauswahl kann ein Konsens ausbleiben, weil Minderheiten unterschiedliche Ansichten vertreten, oder das Verfahren zieht sich in die Länge, oder Minderheiten steigen aus der Konsensbildung aus. Zur Evaluation eignet sich das Verfahren kaum, weil die mögliche Verzerrung durch Standes-, Interessen- oder Organisationsstandpunkte trotz formaler Transparenz nicht kontrollierbar ist und eine Mehrheitsmeinung nicht zwingend den Sachstand wiedergibt, sondern nur eine verbreitete Vorstellung über den Sachstand. Die Methodik eignet sich also vor allem für ‚technische‘ Aufgabenstellungen, die weitgehend durch fachliche Verständigung über konsensfähige Gesichtspunkte geklärt werden können.

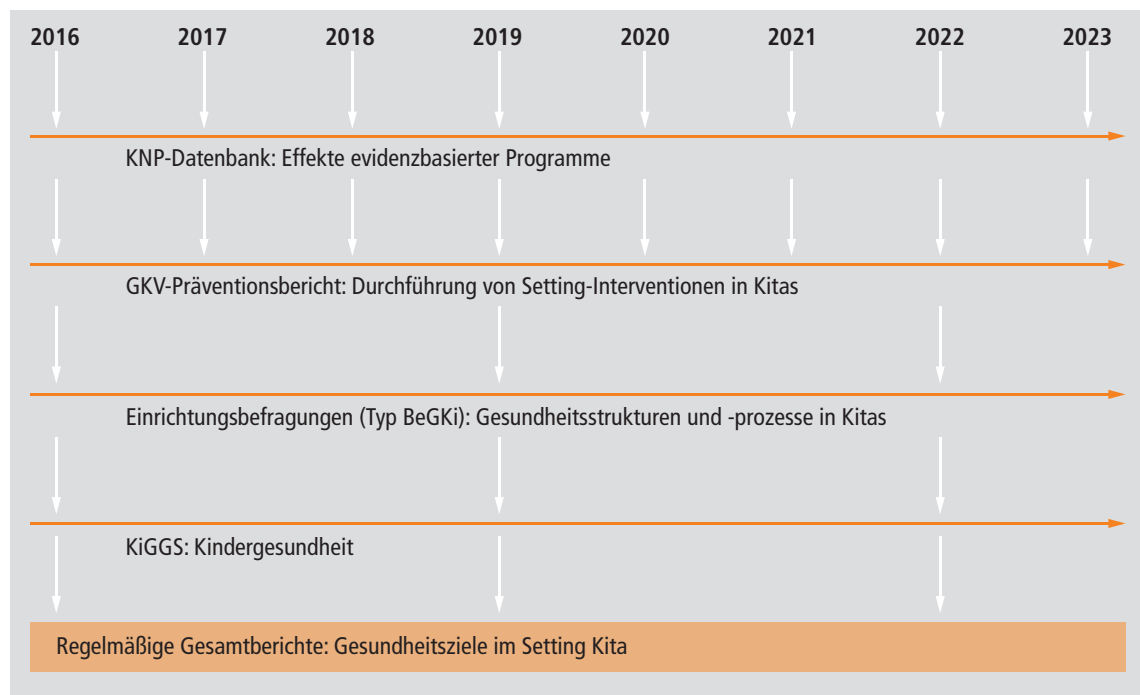
Da die verschiedenen Formen von Expertenabschätzungen – sowohl formloser als auch stärker formalisierter Ausgestaltung – eine Reihe wichtiger Limitationen aufweisen und mit erheblichem Aufwand verbunden sind, scheinen sie für Evaluation und Monitoring von Gesundheitszielen weniger geeignet. Ihre Kosten wachsen mit der Komplexität der Aufgabenstellung.

Insgesamt bestätigt die Bewertung der einzelnen möglichen Forschungspläne und der zugehörigen Datenerhebungsverfahren die Bewertung der Studienlage hinsichtlich zentraler Datenquellen. Daher werden im Folgekapitel Vorschläge zu forschungsstrategischen Empfehlungen formuliert.

7 ZUR ERFOLGSBEOBACHTUNG VON GESUNDHEITSDZIELEN IM SETTING KITA (EVALUATIONSKONZEPT)

Auf Grundlage der im vorangegangenen Kapitel erfolgten Analyse zur Gesundheits-, Sozial- und Bildungsberichterstattung werden nun Vorschläge zu forschungsstrategischen Empfehlungen dargestellt, begründet und erläutert. Sollen die bundesweiten Gesundheitsziele im Setting Kita einer regelmäßigen Erfolgsabschätzung unterzogen werden, um Steuerungsempfehlungen abzuleiten und die Verbreitung und Wirksamkeit von Interventionen zu erfassen, so ergibt sich die Handlungsmöglichkeit, die einzelnen verfügbaren Datenlagen zu einem auf mehreren Ebenen gestaffelten System auszubauen. Ein solches gestaffeltes System muss den Besonderheiten und komplementären Leistungen Rechnung tragen. Auf diese Weise können Gesundheits- und Bildungspolitik mit relativ geringem Zusatzaufwand ein wirkungsvolles Instrumentarium zur systematischen Beobachtung von Gesundheitsentwicklung und Gesundheitszielen in der Kita gewinnen. Das Instrumentarium besteht aus den bereits laufenden Erhebungen und Auswertungen, also erprobten, auf Machbarkeit und Aussagekraft geprüften Teilerhebungen. Diese können in einer Gesamtauswertung aufeinander bezogen werden.

Zur Nutzung der verfügbaren Daten, bei – wenigstens anfangs – geringfügigen Ergänzungen der Einzelerhebungen im Rahmen einer nationalen Bildungs- und Gesundheitsberichterstattung, kann ein System aus mehreren Beobachtungs- und Steuerungshorizonten ein vollständiges Bild der Gesundheitsziele liefern, das nachfolgend dargestellt wird (s. Abbildung). Drei von diesen Horizonten sind sofort verfügbar (KiGGS, GKV-Präventionsberichte, KNP-Projektdatenbank), einer kann bei erprobten Instrumenten zu kalkulierbaren Kosten hinzugefügt werden (Kita-Einrichtungsbefragungen). Diese Horizonte sind daher in das Beobachtungssystem einbezogen. Zwei weitere Horizonte – Schuleingangsuntersuchungen als querschnittliche Ergänzung zu KiGGS sowie Untersuchungen zur gesundheitsbezogenen Professionalisierung im Setting – sind mit erheblichen Folgekosten oder zusätzlich zeitaufwändigen politischen Abstimmungsprozessen verbunden und sind deshalb kurz- und mittelfristig allenfalls zur Sondierung durch Expertisen oder Vorstudien geeignet.



7.1 Beobachtungshorizont I: Outcome Kindergesundheit (KiGGS)

Dieses primäre Handlungsziel im Setting bildet ein Gesamtergebnis von Feldbedingungen und Interventionen und ändert sich somit langsam und langfristig. Es kann daher mit mehrjährigem Abstand erhoben werden. Erforderlich sind dafür bundesweit repräsentative Daten über Gesundheitsstatus, Beschwerden, gesundheitsbezogene Lebensqualität und ausgewählte Gesundheitsverhalten von Kindern. Hierfür steht bereits die KiGGS-Studie zur Verfügung, welche zentrale Erkenntnisse für Prävention und Gesundheitsförderung liefert und möglichst ausgebaut werden sollte.

Empfehlungen für Horizont I:

- (1) Die KiGGS-Studie sollte regelmäßig, mindestens alle fünf Jahre, wiederholt werden.
- (2) Die Stichprobenbildung sollte weiter sicherstellen, dass die gewonnenen Daten nicht nur bundesweit, sondern auch für die einzelnen Bundesländer repräsentativ sind (relativ größere Stichproben in kleineren Ländern), um diesen für die Beteiligung am Gesundheitszieleprozess die landesspezifischen Steuerungsdaten zu liefern.

7.2 Beobachtungshorizont II: Gesundheitsbezogene Setting-Interventionen (GKV-Präventionsbericht)

Um abzuschätzen, welche Aktivitäten im Setting vorzufinden sind, stehen die vom MDS erstellten GKV-Präventionsberichte als summarische Jahresberichterstattung zur Verfügung (GKV & MDS 2009, 2010, 2011, 2012, 2013). Sie verschaffen einen Überblick über Verbreitung und Reichweite (Zielgruppenumfang) sowie ausgewählte Prozessmerkmale der Setting-Projekte der Krankenkassen, dabei aber nicht ihrer Einzelinterventionen, deren Dosis bzw. Exposition, Durchführungsqualität und Effekte. Die Präventionsberichte stehen ohne Zusatzaufwand kostenneutral jährlich zur Verfügung.

Empfehlungen für Horizont II:

- (3) Die Krankenkassen sollten ermutigt werden, die von den Fachkräften der Einzelkassen durchgeführten Wirkungsabschätzungen ihrer Setting-Projekte einheitlich zu gestalten und zu dokumentieren und dem MDS zu übermitteln.
- (4) Diese Wirkungsabschätzungen sollten einer Gesamtauswertung unterzogen und in die Präventionsberichte der Krankenkassen integriert werden. Die wirkungsbezogene Auswertung könnte beispielsweise im Abstand mehrerer Jahre (etwa drei bis fünf) wiederholt werden, oder jährlich für ein einzelnes Bundesland, um den Aufwand zu verringern.
- (5) Ein entsprechender Einbezug der Daten anderer Sozialversicherungszweige, insbesondere der Unfallkassen, sollte geprüft werden.

7.3 Beobachtungshorizont III: Gesundheit zu Kita-Ende (Schuleingangsuntersuchungen)

Beim Übergang von der Kita in die Schule werden die Kinder untersucht und einem Assessment unterzogen; die Umsetzung unterscheidet sich nach Bundesländern und z. T. sogar nach Regierungsbezirken erheblich. Diese Daten können in großer Breite einen Einblick in den Gesundheitsstatus und die Korrelate verschiedener Entwicklungs-

bilder unmittelbar nach der Kita geben. Sie werden für diesen Zweck bislang bundesweit weder gesammelt noch übergreifend ausgewertet. Ein Ausbau dieses Erhebungshorizonts kann auf schwer überwindbare Schwierigkeiten treffen (siehe genauer 4.3.1): Aufwand und Kosten sind hoch, weil große Datenmengen neu erhoben, landes- und bundesweit zusammengeführt und neu ausgewertet werden müssten. Der Föderalismus unterstellt diese Aufgabe den Ländern, so dass diese einen Konsens über eine bundesweite Gestaltung finden müssten. Aus diesen Gründen sollte zunächst die Machbarkeit einer Ausgestaltung dieses Erhebungshorizonts geprüft werden.

Empfehlungen für Horizont III:

- (6) Zunächst sollte nur eine Expertise zu Sachstand und Erfahrungen der Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer erstellt werden. Sie sollte die Verfahrensregelungen, Inanspruchnahme und Instrumente aller Länder zusammenstellen, gemeinsame Kerndimensionen ermitteln und wichtige Befunde der letzten Jahre aus der Forschungsliteratur zusammenfassen. Die Expertise sollte daraus Empfehlungen für eine aussagefähige, ökonomische Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen ableiten. Diese sollten auf verfügbare Screenings mit möglichst hoher Validität zurückgreifen, die auch in Kitas durchgeführt werden können. Sie sollten auch einfach zu erfassende Merkmale der Inanspruchnahme von Kitas (z. B. Zeitumfang und Dauer der Betreuung, Träger und Arbeitsansatz der Kita u. ä.) ansprechen, die in den Schuleingangsuntersuchungen künftig systematisch miterfasst werden könnten. Die Empfehlungen sollten Überlegungen zur landes- und bundesweiten Zusammenführung und Auswertung der Daten umfassen und die Durchführungskosten einschätzen. Die Empfehlungen dieser Expertise sollten mit den zuständigen Ministerkonferenzen und den Fachorganen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Umsetzbarkeit diskutiert werden.

7.4 Beobachtungshorizont IV: Kita-Gesundheitsqualität (Einrichtungsbefragungen Typ BeGKi)

Die gesundheitsbezogene Struktur- und Prozessqualität der Kitas in Verbindung mit Einrichtungsmerkmalen (Lage, Größe, Arbeitsansatz) kann nur in den Einrichtungen selbst erhoben werden. Die Qualitäts- bzw. Interventionsmerkmale lassen sich mit Proxy-Indikatoren für Outcomes in den Bereichen Kindergesundheit, Erzieherinnenbelastung und Elternaktivitäten verknüpfen. Dieses Vorgehen ist durch BeGKi bundesweit erprobt und liefert Einsichten etwa in Verbreitung, Dosis sowie Korrelate und Gesundheitseffekte verschiedener Interventionsstrategien für Kinder, Eltern und Personal, wie etwa Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas (Kliche 2011a). Methodisch gibt es für die Abschätzung von realer Verbreitung und Breitenwirksamkeit einzelner Interventionen und zur Erreichung struktur- und prozessbezogener Gesundheitsziele keine Alternative zu diesem Ansatz. Die Kosten können aufgrund dieser Erfahrungen mit etwa 200.000 Euro für eine bundesweit repräsentative Erhebung mit landesbezogener Repräsentativität beziffert werden. Eine Wiederholung ist nur mehrjährig sinnvoll, da sich Einrichtungsmerkmale und die Verbreitung von Programmen und Förderpraktiken nur zögerlich verändern.

Empfehlungen für Horizont IV:

- (7) Eine bundesweite Einrichtungsbefragung sollte im Abstand von etwa zwei bis drei Jahren kontinuierlich die gesundheitsbezogene Struktur- und Prozessqualität sowie Outcome-Proxies der Kita erfassen. Die Stichprobe ist möglichst auch für die Einzelländer repräsentativ auszulegen, d. h. für kleinere Länder relativ umfassend zu ziehen.

7.5 Beobachtungshorizont V: Outcomes einzelner Programme

Die Wirksamkeit der verfügbaren Interventionen unter günstigen Bedingungen zeigt die Handlungsmöglichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Kita. Hierzu sind die Evaluationen einzelner verfügbarer Programme heranzuziehen. Deren transparente, umfassende und leicht zugängliche Darstellung ist von großer Bedeutung für Entscheidungsträger/innen und Fachkräfte, um nachweislich wirkungsvolle Fördermöglichkeiten zu verbreiten und hochwertig durchzuführen. Eine erste Bestandsaufnahme hat das Vernetzungsprojekt KNP für den Bereich Frühe Bildung einschließlich Kita begonnen, nämlich eine Programm-Datenbank mit Internet-Darstellung, weitergeführt bei der BZgA. Aus den Projekterfahrungen ist auch eine Kostenschätzung möglich; der Bedarf einer aktiven Gestaltung dieses Beobachtungshorizonts liegt darnach bei etwa 50.000 Euro p. a.

Empfehlungen für Horizont III:

- (8) Die Interventionsdatenbank von KNP sollte aktualisiert und um zentrale qualitätsgesicherte Programme zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung erweitert und stetig aktualisiert werden. Das Informationsangebot sollte Entscheidungsträger/innen und Fachleuten auf geeigneten Tagungen und mit proaktiver Kommunikation (Anschreiben, Newsletter über neue Studien) stetig bekannt gemacht werden. Die Interventionen sollten vereinheitlicht mit Kurzportraits dargestellt werden (Steckbrief zu Zielgruppe, Zielsetzung, Durchführungsweise und -kosten, Qualifikationsanforderungen und Effektgröße).

7.6 Beobachtungshorizont VI: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Informationslagen zur gesundheitsbezogenen Qualifikation des Fachpersonals sind heterogen (Landesbildungspläne, Fachschulcurricula, Weiterbildungsangebote, Qualitätsanforderungen der WIFF usw.), wobei über die tatsächlich vorhandenen Kompetenzen, die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Qualifikationsmaßnahmen und die real erzielten Transfers kaum empirische Befunde vorliegen. Valide Designs zur systematischen Beobachtung dieses Horizonts wären komplex und daher voraussichtlich kostenintensiv (u. a. Taxonomie der Qualifizierungsinhalte, Instrumentenentwicklung zum Screening von Kompetenzen, Mehrebenendesigns hinsichtlich Qualifizierungsanbieter, teilnehmenden und umsetzenden Einrichtungen, umfassende Erhebung und Auswertung konfundierender Drittvariablen wie etwa Alter der Fachkräfte, Merkmale und erforderlicher Umsetzungsaufwand der vermittelten Gesundheitsinnovationen, Einrichtungsmerkmale, Inanspruchnahmebedingungen wie etwa Freistellung und Kostenübernahme durch Träger, Organisationskultur).

Empfehlungen für Horizont VI:

- (9) Aus Kostengründen erscheint es sinnvoll, ausgewählte Aspekte der gesundheitsbezogenen Fort- und Weiterbildung in Kitas in laufende repräsentative Einrichtungsbefragungen (Horizont IV) zu integrieren, insbesondere Bedarf (Themen, Umfang), Inanspruchnahme durch die Fachkräfte und anschließende Umsetzung der Inhalte. Eine Berücksichtigung der grundständigen Ausbildung als zusätzliches Untersuchungsfeld könnte den Umfang des zu untersuchenden Feldes derartig expandieren, dass diese zunächst möglicherweise erst in späteren Schritten berücksichtigt wird.
- (10) Die Motivation zur Rezeption und Umsetzung von Gesundheitsthemen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung für Kitas sollten in qualitativen Expertenbefragungen mit mehrjährigem Abstand exploriert werden. Dabei würden Hürden und Förderfaktoren und somit Handlungsansätze deutlich. Ausbildung in den Fachschulen einerseits, Fort- und Weiterbildung durch Träger der beruflichen Erwachsenenbildung andererseits, verlangen getrennte Teilstudien. Da die Qualifizierungssysteme und Bildungspläne der Bundesländer sich unterscheiden, sind entweder alle Bundesländer abzudecken oder exemplarische Länder auszuwählen.

7.7 Gesamtberichte

Zur optimalen Nutzung eines solchen gestaffelten Systems für Evaluation und Monitoring im Setting Kita sind die Beobachtungshorizonte miteinander zu koordinieren und zu einem Gesamtbild zusammenzuführen. Hierfür ist eine verantwortliche Leitstelle zur Koordination, Prozessmoderation, Berichterlegung und Vergabe von Fachaufträgen erforderlich. Die komplexen Teilaufgaben würden die freiwillige Selbstkoordination und die Ressourcen einzelner Institute überfordern. Arbeitsaufgaben liegen u. a. in der Instrumentenentwicklung, Expertenvalidierung, Koordination der Erhebungszeitpunkte, Abstimmung von Dokumentationsprotokollen, Datensammlung, Datenerhebung und Auswertungen, Erstellung der Gesamtauswertung sowie Rückkopplung ins Feld.

Empfehlungen für die Gesamtauswertung:

- (11) Die Koordination der Teilstudien beruht auf freiwilliger Mitwirkung voneinander unabhängiger Akteure, vor allem RKI (KiGGS), MDS und GKV-Spitzenverband (Präventionsbericht) und Forschungsinstitute (Einrichtungsbefragung). Zur Abstimmung und Bündelung wäre die BZgA prädestiniert. Es wäre zu prüfen, in wie weit diese den Gesamtprozess der Erfolgsbeobachtung der Gesundheitsziele koordinieren könnte. Sie verfügt über Erfahrung, Expertise, Feldverankerung und laufende Aktivitäten (u. a. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Beauftragung der BeGKi-Studien, Weiterführung der Interventionsdatenbank aus dem Förderschwerpunkt Präventionsforschung, Curriculum Gesundheitsförderung für die Kita u. v. m.). Der Aufwand wäre mit etwa mindestens 50.000 Euro p. a. anzusetzen, könnte jedoch mglw. auch von bereits bestehenden Strukturen aufgefangen werden.

8 Ausblick: Weiterentwicklung der Gesundheitsziele

Das Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ im Setting Kita ist im vergangenen Jahrzehnt überwiegend deutlich vorangekommen. Insbesondere wurden die Setting-Interventionen der Krankenkassen, qualitätsgesicherte Programme sowie normative Regelungen der Landesbildungspläne zugunsten von Gesundheitsförderung in Kitas ausgebaut. Die Entwicklung im Setting Kita ist ein Beleg für Steuerungsfähigkeit und Handlungskompetenz von Staat und Gesellschaft, Gesundheitsförderung zu verankern und zu stärken. Es bietet zudem ein Modell für die Eignung der Gesundheitsziele als Leitschnur für Evaluationen und Beurteilungen der gesundheitsbezogenen Entwicklung des Settings und wurde daher als Beispiel-Setting für die Evaluation des Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“ ausgewählt.

Andererseits deuten viele Daten darauf hin, dass bei weitem nicht alle möglichen Förderansätze und Gesundheitsinterventionen genutzt werden, u. a. aus Gründen von Zeit- und Personalmangel, Qualifizierungslücken und unterschiedlichen Organisationskulturen der Träger und der Bundesländer. Daraus folgt für den Gesundheitsziele-Prozess: Das Setting Kita ist einerseits ein Positivbeispiel für die Handlungskompetenz von Staat und Gesellschaft. Die Akteure der Gesundheitsförderung sollten andererseits ihre Plattformen verbreitern und die großen Kita-Träger (Kommunen bzw. kommunale Spitzenverbände, Wohlfahrtsverbände) und die Qualifizierungsanbieter (Kultusministerien für die Fachschulen, Volkshochschulen u. a. Anbieter für die Fort- und Weiterbildung) einbinden und weiter für Gesundheitsförderung motivieren. Die Berichterstattung zu kitabezogenen Gesundheitszielen sollte besonderen Wert auf Folgerungen und Empfehlungen für die Ebene der Träger (Kommunen, Wohlfahrtsverbände) legen.

Wesentliche Grundlagen einer Gesundheitsberichterstattung stehen mit den vier Beobachtungshorizonten von KiGGs, GKV-Präventionsberichten, Einrichtungsbefragungen sowie einer Programmdatenbank zur Verfügung. Sie müssen in geeigneter Weise hinsichtlich Stichprobengröße und Durchführungsfrequenz geprüft und ggf. ausgebaut, untereinander koordiniert, methodisch weiterentwickelt und in ihren Instrumentarien enger verzahnt werden. Dann kann eine künftig einzurichtende Koordination regelmäßig ein Gesamtbild des Feldes erstellen. Weitere mögliche Datenquellen können zunächst exploriert und später systematisch ausgebaut werden, sobald hinreichend Ressourcen verfügbar sind. Daraus folgt als Empfehlung für Akteure und Gremien des Gesundheitsziele-Prozesses, dass diese auf den Ausbau der vier wichtigsten Beobachtungshorizonte und auf die Einrichtung einer Koordinierungsstelle zur Erarbeitung regelmäßiger Feldberichte über die Entwicklung der Gesundheitsziele im Setting Kita hinwirken sollten.

Die Gesundheitsziele für das Setting Kita beachten die besondere Bedeutung der Kommunen bislang zu wenig. Diese haben durch die politischen Veränderungen der letzten Jahre eine neue Bedeutung im Bildungswesen erlangt: Sie sind zu einem zentralen Akteur sowohl für Sozialraumentwicklung als auch für Gesundheitsförderung geworden, etwa durch den Aufbau von Bildungsketten (Transition Kita-Grundschule) im Rahmen kommunaler Bildungslandschaften, den Aufbau von Netzwerken Früher Hilfen nach dem Bundeskinderschutzgesetz und einer Weiterentwicklung im Sinne von Präventionsketten und integrierter kommunaler Gesundheitsstrategien. Gesundheitsförderung und Bildungslandschaften sind jedoch bislang kaum aufeinander bezogen. Dies kann auf kommunaler Ebene durch entsprechende Initiativen verstärkt werden, was wiederum einer bundesweiten Flankierung durch entsprechende Strukturbildung nach dem Vorbild des kommunalen Partnerprozesses „Gesund aufwachsen für alle!“ bedarf. Der Ansatz einer umfassenden und gemeinsamen Bildungs-, Gesundheits- und Sozialberichterstattung sollte dabei mit dem Ziel einer handlungsorientierten Berichterstattung, insbesondere in den Kommunen, forciert werden. Projekte der Gesundheitsförderung im Setting Kita sollten hinsichtlich Auswahl und Ausrichtung

noch stärker sozialraumorientiert ausgerichtet und in integrierte kommunale Strategien/Präventionsketten eingebettet werden. Maßnahmen zur Unterstützung in besonderen Belastungssituationen wie Überforderung (u. a. Frühe Hilfen) und familiärer Armut (Strategien der Kinderarmutsbekämpfung, Gestaltung des Bildungs- und Teilhabepakets) sollten stärker auch auf den Kita-Bereich ausgerichtet werden; eine konzeptionelle Untermauerung im Sinne der Gesundheitsförderung kann dabei hilfreich sein.

Zur Orientierung der kommunalen Träger und der Fachkräfte sowie zur praktischen Unterstützung der Gesundheitsförderung sind dabei auch einfache, überschaubare Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung in Kitas wichtig, wie sie z. B. das Audit Gesunde Kita bietet. Einige Gesundheitsziele bzw. ihre Operationalisierung – z. B. kostenlose Verpflegung für Kinder in der Kita – sind eng an Finanzierungsmodelle und Versorgungskonzepte der Bundesländer gebunden, etwa Elternbeiträge, Definition und Lage von Ganztagsbetreuung, Rechte auf Betreuungsplätze, Betreuungsdauer, Rechtsansprüche auf BuT/SGB II. Sie sind also stark von sozial- und finanzpolitischen Veränderungen abhängig und sind nur im Gesamtkontext der Versorgungsqualität zu beurteilen; so sind in einigen Bundesländern die Kita-Beiträge niedrig, so dass der Besuch und die Verpflegung zusammen weniger kosten als in anderen Einrichtungen, wo die Verpflegung allein kostenfrei sein mag (z. B. Betriebskitas). Daraus folgt für den Gesundheitsziele-Prozess, dass die Ziele einer kontinuierlichen Anpassung bedürfen, und sie laufend unter aktiver Mitwirkung aller wichtigen Akteure (insbesondere Sozialministerien der Länder, Wohlfahrtsverbände, Kommunen) überprüft und fortgeschrieben werden sollten. Dabei sollte auch Aspekten nachhaltiger Strukturen und langfristiger Validität Rechnung getragen werden.

Das Ziel einer gesunden Ernährung im Kita-Bereich sollte trotz gewissen Einbrüchen durch verstärkte Kostenrechnungen u. a. in den letzten Jahren aufgegriffen und verstärkt werden; die bislang angestrebte kostenlose Mittagsverpflegung in Kitas könnte dabei den veränderten Rahmenbedingungen angepasst und neu ausgerichtet werden. Das Ziel der Bewegungsförderung sollte durch entsprechende regionale Kooperationen systematischer hinterlegt sein; hier gibt es kaum entsprechende Konzepte, und diese sind zudem bislang nur marginal entwickelt und verbreitet.

Die Kitas haben eine Fülle neuer sozial-, familien-, bildungs-, integrations-, gesundheits- und wirtschaftspolitischer Funktionen übertragen bekommen. Die qualitativen und quantitativen Aufgaben für das Fachpersonal sind somit deutlich angewachsen. Die Erzieher/innen benötigen verstärkt Unterstützung, insbesondere in der Umsetzung des Inklusionsauftrags. Hier bedarf es Qualifikationen und Ressourcen zur Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen zur gleichberechtigten Teilhabe von Kindern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen.

Zudem legen die Altersstruktur und die relativ geringe mittlere Berufsverbleibzeit der Erzieher/innen nahe, dass der demografische Wandel die Kitas vor große Anforderungen stellen wird. Auf die Durchführung Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas, einschließlich der Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen, sollte daher besondere Aufmerksamkeit gelegt werden.

9 LITERATUR

- Albrecht, R. & Böhm, H. & Craes, U. & Franke, P. & Gruhne, B. & Klimke-Neumann, G., & Stojke, J. & Stück, M. & Thinschmidt, M. & Waterstrat, B. (2008): Erzieherinnengesundheit. Handbuch für Kita-Träger und Kita-Leitungen. Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Referat Kindertagesbetreuung und soziale Berufe.
- Altgeld, T. & Thelen, M. (2010): In Deutschland gesund aufwachsen. Ein nationales Gesundheitsziel. In: Stadtpunkte Informationen zur Gesundheitsförderung. S. 1-4
- Altgeld, T. (2010): Nationales Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ erfolgreich aktualisiert. In: info_Dienst für Gesundheitsförderung 2_10. S. 6.
- Altgeld, T. (2012): Alle Jahre wieder neue Investitionen der gesetzlichen Krankenkassen in weniger gesundheitliche Chancengleichheit – Präventionsbericht 2011 erschienen. In: impulse 75. S. 20-21.
- Andrews, S. P. & Slate, J. R. (2001): Prekindergarten programs: a review of the literature. Current Issues in Education [Online], 4(5). URL: <http://cie.ed.asu.edu/volume4/number5/> [10.08.2012].
- Anger, C. & Fischer, M. & Geis, W. & Lotz, S. & Plünnecke, A. & Schmidt, J. (2012): Gesamtwirtschaftliche Effekte einer Ganztagsbetreuung von Kindern von Alleinerziehenden. Berlin: BMFSFJ.
- Apel, H. & Engels, D. (2012): Forschungsprojekt. Bildung und Teilhabe von Kindern und Jugendlichen im unteren Einkommensbereich. Untersuchung der Implementationsphase des „Bildungs- und Teilhabepakets“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2012): Lebenslagen in Deutschland. Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung. Bonn. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/a-410-forschungsprojekt.pdf?__blob=publicationFile [19.12.2014]
- Apps, P. & Mendolia, S. & Walker, I. (2013): The impact of pre-school on adolescents' outcomes: Evidence from a recent English cohort. *Economics of Education Review*, 37(0), S.183-199.
- Arens-Azevêdo, U. & Pfannes, D. & Tecklenburg, E. (2014): Is(s)t Kita gut? Kita-Verpflegung in Deutschland: Status quo und Handlungsbedarfe. Gütersloh: Bertelsmann. URL: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-2E144CFC-348C8FFA/bst/xcms_bst_dms_39869_39870_2.pdf
- Atzpodien, K. & Bertz, J. & Ellert, U. & Erdmann, F. & Erhart, M. & Gaber, E. & Horch, K. & Hölling, H. & Kahl, H. & Kamtsiuris, P. & Kleiser, C. & Knopf, H. & Lampert, T. & Lange, M. & Mensink, G. & Poethko-Müller, C. & Rattey, P. & Saß, A.-C. & Schaffrath-Rosario, A. & Schlack, R. & Schlaud, M. & Starker, A. & Thelen, J. & Thyen, U. (2007): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Babchishin & Lyzon K. & Weegar, K. & Romano, E. (2013): Early Child Care Effects on Later Behavioral Outcomes Using a Canadian Nation-Wide Sample. *J. Educational Developmental Psychology*; Vol. 3, No. 2
- Barnett, W. S. (2011): Effectiveness of Early Educational Intervention. *Science*, 333(6045), S.975-978.
- Belsky, J. (2006): Early child care and early child development: Major findings of the NICHD study of early child care. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(1), S.95-110.
- Berg, B. (2013): Chance auf Mundgesundheit von Anfang an – jein. In: zm 103, Nr. 15 A vom 01.08.2013, S. 1-2.
- Berger, J., Niemann, D., Nolting, H.-D., Schiffhorst, G., Genz, H. O., Kordt, M. (2002). Stress bei Erzieher/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastungen in ausgewählten Berufen. Hamburg: BGW Berufgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, DAK Gesundheitsmanagement.

- Bien, W. & Rauschenbach, Th. & Riedel, B. (Hrsg.) (2007): Wer betreut Deutschlands Kinder? DJI-Kinderbetreuungsstudie. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG.
- BJK (2008): Zukunftsfähigkeit von Kindertageseinrichtungen. Stellungnahme des Bundesjugendkuratoriums. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Böhm, R. (2012a): Der Stress in den Krippen macht unsere Kinder krank. Volksstimme Magdeburg (6.7.12), S. 5.
- Böhm, R. (2012b): Die dunkle Seite der Kindheit. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 81(4.4.12), S. 7.
- Boni-Tamm, G. (2005): Zur Bewältigung von Arbeitsbelastungen im Lebenszusammenhang von erwerbstätigen Frauen am Beispiel von Erzieherinnen und Lehrerinnen. Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Hamburg: Universität Hamburg.
- Braam, R.& Verbraeck, H.& Trautmann, F. (2004): 'Rapid Assessment und Response' (RAR) für problematischen Substanzgebrauch unter Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Einwanderern. Ein Handbuch. 2., erw. Aufl. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Landesjugendamt und Westfälische Schulen, Koordinationsstelle Sucht.
- Broesskamp-Stone, U.(2008): Best-Practice in der Gesundheitsförderung und Prävention – Konzept und Leitlinien für Entscheidungsfindung und fachliches Handeln. In: Spicker Ingrid & Sprengel Gabriele (Hg) Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas. S.79-94.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (2013): Teilhabe-Bericht der Bundes-Regierung über das Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland. Bonn. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile [19.12.2014]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): Nationales Gesundheitsziel. Gesund Aufwachsen: Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung. Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren Und Jugend (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesministerium für Familien, Frauen, Senioren Und Jugend (2013): 14. Kinder- und Jugendbericht. Berlin: BMFSFJ.
- Burger, K. (2009): How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(2), S. 140-165.
- Butler, J. & Nguyen, Q. (2013): Einrichtungsbesuch und Kindergesundheit im Bezirk Berlin-Mitte. Beiträge zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung Band 19. September 2013. Berlin: Bezirk Berlin-Mitte. URL: http://www.berlin.de/imperia/md/content/bamitte/publikationen/ges/gbe_Kitabericht_2013.pdf?start&ts=1379668570&file=gbe_Kitabericht_2013.pdf [12.05.2014]
- Caniato, R. N. & Alvarenga, M. E.& Stich, H. L.& Jansen, H.& Baune, B. T. (2010): Kindergarten attendance may reduce developmental impairments in children: Results from the Bavarian Pre-School Morbidity Survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(6), S. 580-586.
- Cooper, H.& Allen, A. B.& Patall, E. A.& Dent, A. L. (2010): Effects of Full-Day Kindergarten on Academic Achievement and Social Development. *Review of Educational Research*, 80(1), 34-70.
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (o. J.): Unfälle von Kindern in Tageseinrichtungen 2012. URL: http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/schueler/fc_Kita2012.pdf [letzter Zugriff: 24.02.2014]
- Deutsches Jugend-Institut DJI (o. J.): Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. URL: <http://www.weiterbildungsinitiative.de> [01.03.2014]

- DKJS, Schubert, H. (2014). Deutsche Kinder- und Jugendstiftung: Lernende Bildungslandschaften. Qualitätsentwicklung Schritt für Schritt. Seelze: Friedrich Verlag.
- Dollase, R. (2007): Zu den psychosozialen Folgen für Kinder in veränderten familiären Rahmenbedingungen und neue Lebensformen von Erwachsenen. In BDP (Hrsg.), Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. Berlin: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. S. 46-53
- D'Onise, K. & Lynch, J. W. & McDermott, R. A. (2011): Can attending preschool reduce the risk of tobacco smoking in adulthood? The effects of Kindergarten Union participation in South Australia. *Journal Of Epidemiology And Community Health*, 65(12), S.1111-1117.
- D'Onise, K. & Lynch, J. W. & Sawyer, M. G. & McDermott, R. A. (2010): Can preschool improve child health outcomes? A systematic review. *Social Science & Medicine*, 70(9), S.1423-1440.
- D'Onise, K. & McDermott, R. A. & Lynch, J. W. (2010): Does attendance at preschool affect adult health? A systematic review. *Public Health*, 124(9), S.500-511.
- D'Onise, K. & Lynch, J. W. & McDermott, R. A. (2012): Does an early childhood intervention affect cardiometabolic risk in adulthood? Evidence from a longitudinal study of preschool attendance in South Australia. *Public health* 126(8), WB Saunders, S. 682-689.
- Dumas, C. & Lefranc, A. (2010): Early schooling and later outcomes: evidence from pre-school extension in France. Cergy-Pontoise Cedex: Université de Cergy-Pontoise.
- Flender, J. (2005). Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). Dissertation Verfügbar].
- Fluren, M. & Wiefferink, K. & Paulussen, T. (2004): Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care*, 16(2), 107-123.
- Flender, J. (2005): Früherkennung von Entwicklungsstörungen durch Erzieherinnen: Überprüfung der Gütekriterien des Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3-6). Dissertation Verfügbar].
- Flick, U. Uwe (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek: Rowohlt.
- Franze, M., Gottschling, A., Hoffmann, W. (2010): Das Dortmunder Entwicklungsscreening für den Kindergarten (DESK 3–6) als Basis gezielter individueller Förderung in Kindertageseinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern. Erste Ergebnisse des Modellprojekts „Kinder in Kitas (KiK)“ zur Akzeptanz des DESK 3–6 bei Erziehenden. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(12), S.1290-1297.
- Fritschi, T. & Oesch, T. & BASS (2008): Volkswirtschaftlicher Nutzen von frühkindlicher Bildung in Deutschland. Eine ökonomische Bewertung langfristiger Bildungseffekte bei Krippenkindern. Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung / BASS – Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Dörner, T. & Rönau-Böse, M. (2012): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PRiK. Stuttgart: Reinhardt.
- Fuchs, T. & Trischler, F. (2008): Arbeitsqualität aus Sicht von Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse aus der Erhebung zum DGB-Index Gute Arbeit. URL: http://sozialarbeit.verdi.de/kindertagesstaetten_1/dgb-index_gute_arbeit_-_erzieherinnen_und_erzieher/data/arbeitspapier_erzieherinnen_24112008.pdf.
- Fuchs-Rechlin, K. (2007): Wie gehts im Job? Kita-Studie der GEW. Frankfurt a. M., Dortmund: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft - Hauptvorstand, Organisationsbereich Jugendhilfe und Sozialarbeit / Universität Dortmund, Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJS-tat).
- Fulgini, A. S. & Howes, C. & Huang, Y. & Hong, S. S. & Lara-Cinisomo, S. (2012): Activity settings and daily routines in preschool classrooms: Diverse experiences in early learning settings for low-income children. *Early Childhood Research Quarterly*, 27(2), S.198-209.

- Geene, R. & Luber, E.(Hg.) (2000): Gesundheitsziele. Planung für die Gesundheitspolitik. Frankfurt: Mabuse.
- Geene, R. & Gold, C. (Hg.) (2009): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Huber.
- Geene, R. & Borkowski, S. (2009): Neue Wege in der Elementarpädagogik und die spezielle Problematik im Übergang Kindertagesstätte – Grundschule. In: Carle, U. & Wenzel, D. (Hg.): Das Kind im Blick. Eine gemeinsame Ausbildung für den Elementarbereich und die Grundschule. Hohengehren: Schneider.
- Geene, R. & Rosenbrock, R. (2012): Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold, C. & Lehmann, F. (Hg): Gesundes Aufwachsen für alle! Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA. 46-75.
- Geene, R. & Höppner C. & Lehmann, F. (Hg.) (2013): Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Geene, R. & Borkowski, S. (2013): Transitionsmanagement in Übergängen Elternhaus – Kita – Schule. In: Lämmerhirt, M. (Hg.): Management und Leadership – Innovative Impulse für Schulen und Kindertagesstätten. Halle: MLU. 21-22.
- GKV & MDS (2008): Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007. Essen: MDS.
- GKV & MDS (2009): Präventionsbericht 2009. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2008. Essen: MDS.
- GKV & MDS (2010): Präventionsbericht 2010. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2009. Essen: MDS.
- GKV & MDS (2011): Präventionsbericht 2011. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2010. Essen: MDS.
- GKV & MDS (2012): Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2011. Essen: MDS.
- GKV & MDS (2013): Präventionsbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2012. Essen: MDS.
- Gold, C. & Lehmann, F. (Hg) (2012): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Gesundheitsförderung konkret. Band 17. Köln: BZgA.
- Häder, M. (2000): Die Expertenwahl bei Delphi-Befragungen (No. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 5). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.
- Häder, M. (2002): Delphi-Befragungen. Ein Arbeitsbuch. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Häder, M., Häder, S. (1995): Delphi und Kognitionspsychologie: Ein Zugang zu theoretischen Fundierung der Delphi-Methode. Zuma-Nachrichten, 37, S.8-34.
- Häder, M. & Häder, S. (1998): Neuere Entwicklungen bei der Delphi-Methode – Literaturbericht II. ZUMA-Arbeitsbericht 98/05. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen ZUMA.
- Hasselhorn, M. & Kuger, S. (2014): Wirksamkeit schulrelevanter Förderung in Kindertagesstätten. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 17(2), S.299-314.
- Havnes, T. & Mogstad, M. (2009): No child left behind: universal child care and children's long-run outcomes. Discussion papers no. 582. Oslo: Statistics Norway.
- Heinrich J. & Koletzko, B. (2008): Kindergesundheit und Kinderbetreuung unter 3 Jahren. In: Monatsschr Kinderheilkd 156: S.562-568.

- Hillmert, S. (2014): Bildung, Ausbildung und soziale Ungleichheiten im Lebenslauf. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17(2), S.73-94.
- Heß, K. & Buchholz, U. R. (2009): *Altersgerechtes Arbeiten in Kindertagesstätten. Handlungshilfe für Träger, LeiterInnen, MitarbeiterInnen und Interessenvertretungen*. 2. neu bearb. Aufl. Dortmund, Bonn: Technologieberatungsstelle beim DGB NRW; Technik und Leben e.V.
- Horacek, U. & Böhm, R. & Klein, R. & Thyen, U. & Wagner, F. (2008): *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen)*. Zugriff unter: <http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungen-krippen-lang-2008.pdf> [23.06.14].
- Jungbauer, J. & Ehlen, S. (2013): *Berufsbezogene Stressbelastungen und Burnout-Risiko bei Erzieherinnen und Erziehern. Ergebnisse einer Fragebogenstudie. Abschlussbericht*. Aachen: Kath. Hochschule Nordrhein-Westfalen / Aachen, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp).
- Karoly, L. A. & Kilburn, M. R. & Cannon, J. S. (2005): *Early childhood interventions: proven results, future promise*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Kaspar, B. (2010): *How does early childhood care and education affect cognitive development? An international review of the effects of early interventions for children from different social backgrounds*. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(2), S.140-165.
- Keil, J. & Pasternack, P. (2011): *Frühpädagogisch kompetent. Kompetenzorientierung in Qualifikationsrahmen und Ausbildungsprogrammen der Frühpädagogik*. HoF-Arbeitsbericht 2'2011. Halle, Wittenberg Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität.
- Khan, A. (2004): *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Kita - Möglichkeiten und Grenzen. "gesund aufwachsen"*. Tagung der Niedersächsischen Landesvereinigung für Gesundheitsförderung, Hannover, LVG, 28.10.2004.
- Khan, A. (2007): *Erschöpft und arbeitsfreudig? Berufliche Belastungsfaktoren in Kitas – Aktueller Erkenntnisstand zur Gesundheit der Erzieherinnen*. In: *Auf dem Weg zu einer gesundheitsfördernden Kita!* Hamburg: HAG S.40-53
- Khan, A. (2008): *Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten: Manual für die Moderation*. München: Dr. Müller.
- Khan, A. & Seibt, R. & Thinschmidt, M. (2004): *Netzwerk für gesunde Beschäftigte in Kindertagesstätten*. Erster Kurzbericht März 2004, Dresden.
- Khan, A. & Thinschmidt, M. & Seibt, R. (2006): *Betriebliche Gesundheitsförderung für Erzieherinnen*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 1(2), S. 88-93.
- Kliche, T. & Gesell, S. & Nyenhuis, N. & Bodansky, A. & Deu, A. & Linde, A. & Neuhaus, M. & Post, M. & Weitkamp, K. & Töppich, J. & Koch, U. (2008): *Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen*. Weinheim und München: Juventa.
- Kliche, T. (2011a): *Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie*. Lengerich, New York: Pabst Science Publishers.
- Kliche, T. (2011b): *Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 54(2), S.194-206.
- Kliche, T. & Unkauf, S. (2010): *Ist wichtig, macht Spaß, hält gesund: Gefährdungsbeurteilungen endlich auch in Kitas*. In *GEW-Hauptvorstand (Hrsg.), Ratgeber Betriebliche Gesundheitsförderung im Sozial- und Erziehungsdienst*. Frankfurt a. M.: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft – Hauptvorstand. S.35-41
- Kliche, T. & Wittenborn, C. & Koch, U. (2009): *Was leisten Entwicklungsbeobachtungen in Kitas? Eigenschaften und Verbreitung verfügbarer Instrumente*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58(6), S. 419-433.

- Knerr, I. & Topf, H. G. & Hablawetz, B. & Stöhr, W. & Dötsch, J. & Rascher, W. & Lederer, P. (2005): Frühe Einflussfaktoren auf das Körpergewicht und die Prävalenz von Übergewicht zum Zeitpunkt der Schuleingangsuntersuchung bei 4610 Kindern im Raum Erlangen/Nordbayern. *Gesundheitswesen*, 67(3), S.183-188.
- Kolip, P. & Müller, V. (2009): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Bern: Huber.
- Kolip, P. & Ackermann, G. & Ruckstuhl, B. & Studer, H. (2012): Gesundheitsförderung mit System. *quintessenz – Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Huber
- Kromrey, H. (2004): Evaluation, Evidenzbasierung, Qualitätssicherung – Worüber reden wir? In Luber & Geene. 75-86.
- Kultusministerkonferenz (2010): Weiterentwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Erzieherinnen und Erziehern – Gemeinsamer Orientierungsrahmen „Bildung und Erziehung in der Kindheit“ – Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 16.09.2010, Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz vom 4.12.2010. Zugriff unter: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2010/2010_09_16-Ausbildung-Erzieher-KMK-JFMK.pdf
- Li, J. (2012): Wie Gesundheit Bildungswege prägt. Frühe Beeinträchtigungen können lebenslange Folgen haben. *WZB-Mitteilungen*(138), S.13-16.
- Li, J. & Johnson, S. & Han, W.-J. & Andrews, S. & Kendall, G. & Strazdins, L. & Dockery, A. (2014): Parents' Nonstandard Work Schedules and Child Well-Being: A Critical Review of the Literature. *The Journal of Primary Prevention*, 35(1), S. 53-73.
- Luber, E. (2003): Geeignete Indikatoren zur Evaluation der Arbeit an den Zielen "Gesund aufwachsen. Ernährung Bewegung, Stressbewältigung" (unveröffentlichtes Arbeitspapier von *gesundheitsziele.de*)
- Luber, E. (2004): Wessen Qualität ist gemeint? In: Luber, E. & Geene, R. (Hg): *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse. S.37-58.
- Luber, E. & Geene, R. (2004): Gesundheitsförderung und Qualitätsmessung. In: dies. (Hg): *Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung*. Frankfurt: Mabuse. S.9-13.
- Lüngen, M. & Siegel, M. & Drabik, A. & Büscher, G. & von Törne, I. (2009): Ausmaß und Gründe für Ungleichheiten der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. *Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft*, Nr. 5.
- Manning, M. & Homel, R. & Smith, C. (2010): A meta-analysis of the effects of early developmental prevention programs in atrisk populations on non-health outcomes in adolescence. *Children and Youth Services Review*, 32(4), S. 506-519.
- Marshall, M. & Klazinga, N. & Leatherman, S. & Hardy, C. & Bergmann, E. & Pisco, L. & Matke, S. & Mainz, J. (2006): OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int J Qual Health Care*, 18(suppl_1), S.21-25.
- Maschewsky-Schneider, U. & Klärs, G. & Ryl, L. & Sewöster, D. & Starker, A. & Saß, A.C. (2009): *gesundheitsziele.de*. Ergebnisse der Kriterienanalyse für die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsbl* 52: S.764-774.
- Maschewsky-Schneider, U. & Kuhn, A. & Thelen, M. (2011): *gesundheitsziele.de* – Evaluation auf unterschiedlichen Ebenen. In: *prävention* 1/2011, S. 2-5.
- Maschewsky-Schneider, U., Gocke, M., Hoelscher, U., Kolip, P., Kuhn, A., Sewoester, D., & Zeeb, H. (2013): *gesundheitsziele.de*. Die Auswahl eines neuen Gesundheitsziels für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(9), S. 1329–1334.

- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.
- Meier-Gräwe, U. & Wagenknecht, I. (2011): Expertise Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Mitchell, L. & Wylie, C. & Carr, M. (2008): Outcomes of early childhood education: Literature review. Report to the Ministry of Education, New Zealand. Wellington: Ministry of Education, New Zealand.
- Morlock, G. & Hachmeister, A. & Petzold, J. & Kuhn, J. & Nennstiel-Ratzel, U. (2006): Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2004/2005. Statistisch-epidemiologischer Bericht. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- Müller, C. (2011): Kommunale Bildungslandschaften als Entwicklungsraum früher Bildung, Betreuung und Erziehung. Münster: Waxmann.
- NAEYC (1998): Accreditation criteria and procedures of the National Academy of Early Childhood Programs. Edited by the National Association for the Education of Young Children. Washington: National Association for the Education of Young Children.
- Naidoo J. & Wills, J. (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Dt. Ausgabe 2010. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Neuß, N. & Henkel, J. & Pradel, J. & Westerholt, F. (2014): Übergang Kita-Grundschule auf dem Prüfstand – Bestandsaufnahme der Qualifikation pädagogischer Fachkräfte in Deutschland. Wiesbaden: Springer VS Verlag.
- NICHD (2002): Early Child Care Research Network. Early child care and children's development prior to school entry: Results from the NICHD Study of Early Child Care. *American Educational Research Journal*, 39(1), S.133-164.
- NICHD (2006): NICHD Early Child Care Research Network. Childcare effect sizes for the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *American Psychologist*, 61, S.99-116.
- Nores, M. (2010): The Economics of Early Childhood Interventions. In Peterson, . . . P. & Baker, E. & McGaw, B. (Hrsg.): *International Encyclopedia of Education* (3rd ed.). Oxford: Elsevier. S.450-455
- Nores, M. & Barnett, W. S. (2010): Benefits of early childhood interventions across the world: (Under) Investing in the very young. *Economics of Education Review*, 29(2), S.271-282.
- Nye, B. A. & Hedges, L. V. & Konstantopoulos, S. (2001): The effects of small classes on academic achievement: The results of the Tennessee class size experiment. *American Educational Research Journal*, 37, 123-157.
- Ottovay, K. (2009): I got a brain in there! 'Gesund essen' im Spannungsfeld von Selbstermächtigung und Aktivierungsimperativ. Ein britisches Fallbeispiel. In: Bauer, U. & Bittlingmayer, U. & Dieterich, A. & Geene, R. & Gerlinger, T. & Hahn, D. & Herrmann, M. & Holst, J. & Kümpers, S. & Lenhardt, U. & Schwarz, C. & Simon, M. & Stegmüller, K. (Hg): *Schuld Verantwortung Sühne. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 46. Hamburg: Argument. 69-95.
- Ovretveit, J. (2002): *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen*. Verlag Hans Huber: Bern: Huber.
- Pasternack, P. & Keil, J. (2013): Vom ‚mütterlichen‘ Beruf zur gestuften Professionalisierung. *Ausbildungen für die frühkindliche Pädagogik. HoF-Handreichungen* 3. Beiheft zu „die Hochschule“ 2013. Halle-Wittenberg Institut für Hochschulforschung (HoF).
- Pasternack, P. & Schulze, H. (2010): Die frühpädagogische Ausbildungslandschaft. Strukturen, Qualifikationsrahmen und Curricula. Gutachten für die Robert Bosch-Stiftung. Hrsg. vom Institut für Hochschulforschung an der MLU Halle-Wittenberg, Wittenberg.

- Pena, A. & Virk, S. S. & Shewchuk, R. M. & Allison, J. J. & Dale Williams, O. & Kiefe, C. I. (2010): Validity versus feasibility for quality of care indicators: expert panel results from the MI-Plus study. *Int J Qual Health Care*, 22(3), S.201-209.
- Petermann, F., Daseking, M., Oldenhage, M. & Simon, K. (2009): Sozialpädiatrisches Entwicklungsscreening für Schuleingangsuntersuchungen – SOPESS. Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf.
- Peucker, C., Gragert, N., Pluto, L. & Seckinger, M. (2010): Kindertagesbetreuung unter der Lupe. Befunde zu Ansprüchen an eine Förderung von Kindern. In Deutsches Jugendinstitut (Hg.): DJI-Fachforum Bildung und Erziehung. Band 9. München: Deutsches Jugendinstitut.
- Pianta, R. C. & Barnett, W. S. & Burchinal, M. & Thornburg, K. R. (2009): The Effects of Preschool Education. What We Know, How Public Policy Is or Is Not Aligned With the Evidence Base, and What We Need to Know. *Psychological Science in the Public Interest*, 10(2), S.49-88.
- Piopiunik, M. & Wößmann, L. (2014): Volkswirtschaftliche Erträge wirksamer Bildungsreformen zur Reduktion der Zahl der Risikoschüler. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 17(2), S.393-416.
- Poethko-Müller, C. & Kuhnert, R. & Schlaud, M. (2007): Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5), S.851-862.
- Preissing, C. (2014): Konzeptionsanalyse der Strukturveränderung durch interne Evaluation. (bisher unveröffentlicht)
- Protzko, J. & Aronson, J. & Blair, C. (2013): How to Make a Young Child Smarter: Evidence From the Database of Raising Intelligence. *Perspectives on Psychological Science*, 8(1), S.25-40.
- Reynolds, A. J. & Rolnick, A. J. & Englund, M. M. & Temple, J. A. (Hrsg.) (2010): *Childhood Programs and Practices in the First Decade of Life: A Human Capital Integration*. New York: Cambridge University Press.
- Reynolds, A. J. & Temple, J. A. & Ou, S.-R. & Arteaga, I. A. & White, B. A. B. (2011): School-Based Early Childhood Education and Age-28 Well-Being: Effects by Timing, Dosage, and Subgroups. *Science*, 333(6040), S.360-364.
- Robert Bosch-Stiftung (2011): Qualifikationsprofile in Arbeitsfeldern der Pädagogik der Kindheit. Ausbildungswege im Überblick. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language2/downloads/pik_qualifikationsprofile.pdf [30.05.2014]
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2007): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie. Berlin. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/KiGGS/Basiserhebung/Ergebnisbroschüre.pdf?__blob=publicationFile [12.05.2014] + www.KiGGS-studie.de
- Robert-Koch Institut (2014): Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland -2013. Berlin. URL: <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/ergebnisse/kiggs-welle-1.html> [30.05.2014]
- Robert-Koch Institut (2014): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS-Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7), S. 747-891.
- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Hrsg.) (2012): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Rudow, B. (2004): Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastungen. *bildung & wissenschaft* (6/04), S.6-13.
- Rudow, B. (2005): Belastungen und der Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Erzieherinnen in Sachsen-Anhalt. Projektbericht im Auftrag der Unfallkasse Sachsen-Anhalt. URL: <http://www.uksa.de/Sektion-Aktuelles/AGS.pdf> [12.08.2005].
- Rudow, B. (2006): *Belastungen und Ressourcen bei Erzieherinnen*. Merseburg: Hochschule Merseburg.

- Sarrazin, D. (2004): Rapid Assessment and Response (RAR). Ein Erhebungsinstrument für die Praxis. Trimbosinstituut - Netherlands Institute of Mental Health and Addiction. LWL Münster, 28.10.2004. URL: http://www.lwl.org/ks-download/downloads/searchII/Doris%20Sarrazin_RAR.pdf [12.05.2014].
- Schad, M. (2003): Erziehung - (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten. (2. Aufl.). Frankfurt a.M.: Unfallkasse Hessen.
- Schaffrath Rosario, A. & Kurth, B. M. (2009): Regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas bei deutschen Einschülern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 52(6), S.643-646.
- Schilling, M. (2012): Forschungsbericht. Möglichkeiten und Grenzen der Ergebnisse der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik für die Bildungsberichterstattung zur frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung für die der EKD-angeschlossenen Träger sowie der Diakonie. Münster: Comenius-Institut.
- Schlack, R. & Hölling, H. & Kurth, B.M. (2007): Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. DOI 10/2007. S.1249-1258.
- Schmillen, A. & Stüber, H. (2014): Lebensverdienste nach Qualifikation: Bildung lohnt sich ein Leben lang. IAB Kurzbericht, 2014(1), S.1-7.
- Schneider, B. S. & Schneider, U. (2012): Health Behaviour and Health Assessment: Evidence from German Microdata. Economics Research International, 2012(ArticleID135630).
- Schwabe, U. & Zemlin, S. & Kolbe, M. & Hesse, V. & Fügner, B. & Hartmann, S. & Kügler, G. & Pieper, D. & Prill, P. & Rühle, U. & Schrader, M. & Schulze, I. & Wiehle, M. & Wöhe, J. & Wöhe, M. (2007): Audit Gesunde Kita. Leitfaden zur Zertifizierung von Kindertagesstätten. Magdeburg: Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt / BKK Landesverband Ost.
- 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. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Seibt, R. & Malbrich, J. & Dutschke, D. (2006): Zusammenhänge von Einflussfaktoren und Burnout-Risiko bei Lehrern und Erziehern. Das Gesundheitswesen, S. 68.
- Sell, S. (2011): Zwischenbilanz im Krippenausbau: Wo stehen wir? kindergarten heute, 41(5), S. 8-14.
- Sommer, D. & Kuhn, D. & Schmidt, M. & Volkhammer, A. (2011): Gesunde Kita. Was fördert die Gesundheit von Kindern und ErzieherInnen? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hg.) (2014): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas 2013. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht. URL: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/presse/pressemitteilungen/2014/pressemitteilung.150851.php>
- Sterdt, E., Geene, R. & Morfeld, M. (2014): Landkreisbezogene Analyse und Evaluation des Bildungs- und Teilhabepakets der Bundesregierung. Erscheint in: Schmitt, A. & Schwentesius, A. (Hg.): Evidenzbasierte Praxis und Politik in der Frühpädagogik. Halle: Mitteldeutscher Verlag.
- Stich, H. (2007): Vorschulische Individualentwicklung von Einschulungskindern im gesundheitswissenschaftlichen Kontext: Eine Totalerhebung zu Prävalenzen und Determinanten von Entwicklungsverzögerungen. Bielefeld: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

- Stich, H. L. & Baune, B. T. & Caniato, R. N. & Krämer, A. (2006): Associations between preschool attendance and developmental impairments in pre-school children in a six-year retrospective survey. *BMC Public Health*, 6(260), S.1-7.
- Stich, P. H. H. L. & Mikolajczyk, R. & Krämer, A. (2009): Determinanten des Teilnahmeverhaltens bei Kindervorsorgeuntersuchungen (U1–U8). *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(4), S.265-271.
- Stimson, V. & Fitch, C. & Rhodes, T. & Ball, A. (2009): Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 18(3), S.317-325.
- Süss, U. & Harmand, C. & Felger, S. (2009): Auf dem Weg zur lokalen Bildungslandschaft. In Bleckmann, P. & Durdel, A. (Hrsg.): *Lokale Bildungslandschaften*. Wiesbaden: VS. (S. 265-283)
- Sylva, K. & Melhuish, E. & Sammons, P. & Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2004): *The Effective Provision of Pre-School Education (EPPE) Project: Final report. A longitudinal study funded by the DfES 1997-2004*. London: University of London, Institute of Education, EPPE Project.
- Sylva, K. & Melhuish, E. & Sammons, P. & Siraj-Blatchford, I. & Taggart, B. (2011): Pre-school quality and educational outcomes at age 11: Low quality has little benefit. *Journal of Early Childhood Research*, 9(2), S.109-124.
- Thietz, J. & Hartmann, T. (2012): Das Spannungsfeld von Gesundheitszielen im Föderalismus in Deutschland. In: *PrävGesundheitsf 7*: S.308-315
- Tietze, W. & Hundertmark-Mayser, J. & Rossbach, H.-G. (1999): ECCE Study Group. Schoolage assessment of child development: Long-term impact of pre-school experiences on school success, and family-school relationships. URL:http://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp_lehrstuehle/elementarpaedagogik/Team/Rossbach/Ecce_Study_Group.pdf [16.06.2014].
- Thinschmidt, M. (2007): *Gesundheit von Beschäftigten im Elementarbereich – Forschungsstand*. Paper presented at the Prävention, Gesundheits- und Frühförderung in Kitas 2006-07: Expertentagung zur Erfassung und Umsetzung wirkungsvoller Versorgungsstrukturen und Programme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Universitätsklinikums Eppendorf, Hamburg, 26.1.2007.
- Thinschmidt, M. & Gruhne, B. & Hoesl, S. (2008): *Forschungsbericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal in Sachsen. Ein Vergleich des Landkreises Torgau-Oschatz mit der Stadt Zwickau*. Dresden: TU Dresden.
- Thinschmidt, M. & Gruhne, B. & Uischner, C. & Zöller, S. & Wartenberger, N. & Winkler, D. (2005): *1. Bericht zur beruflichen und gesundheitlichen Situation von Kita-Personal im Landkreis Torgau-Oschatz*. Torgau / Dresden: Landratsamt Torgau-Oschatz / TU Dresden.
- Tivig, T. & Henseke, G. & Neuhaus, J. & Strohner, B. & Biersack, W. & Matthes, B. & Damelang, A. (2013): *Berufe im Demografischen Wandel. Alterungstrends und Fachkräfteangebot*. Dortmund: BAuA.
- Topitzes, J. & Godes, O. & Mersky, J. & Ceglarek, S. & Reynolds, A. (2009): Educational Success and Adult Health: Findings from the Chicago Longitudinal Study. *Prevention Science*, 10(2), 175-195.
- UNHCR, WHO (Hrsg.). (2008): *UNHCR Public Health and HIV Section and the WHO Department of Mental Health and Substance Abuse: Rapid Assessment of Alcohol and Other Substance Use in Conflict-affected and Displaced Populations: A Field Guide*. Geneva: UNHCR, WHO.
- Vandell, D. L. & Belsky, J. & Burchinal, M. & Steinberg, L. & Vandergrift, N. (2010): NICHD Early Child Care Research Network: Do Effects of Early Child Care Extend to Age 15 Years? Results From the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *Child Development*, 81(3), S.737-756.

- Viernickel, S. & Nentwig-Gesemann, I. & Nicolai, K. & Schwarz, S. & Zenker, L. (2013): Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung – Bildungsaufgaben, Zeitkontingente und strukturelle Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen. Berlin: Der Paritätische. http://www.gew.de/Binaries/Binary96129/Expertise_Gute_Bildung_2013.pdf [13.06.2014]
- Viernickel, S. & Schwarz, S. (2009): Schlüssel zu guter Bildung, Beziehung und Betreuung. Wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der pädagogischen Fachkraft-Kind-Relation. Expertise. Berlin: Alice Salomon-Hochschule, Der Paritätische Gesamtverband Diakonisches Werk, Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.
- von Kries, R. (2004): Adipositas bei Kindern in Bayern – Erfahrungen aus den Schuleingangsuntersuchungen. *Gesundheitswesen*, 66(SH1), S.80-85.
- Voss, A. & Viernickel, S. (ASH) (2013): Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Strukturqualität und Erzieher/innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. URL: http://www.gew.de/Binaries/Binary109551/STEGE_NRW_Abschlussbericht.pdf [12.05.2014]
- Wadenpohl, S. (2011): Vielfalt der Lebenswelten – Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Entwicklungsstand bei Einschulungskindern. *Gesundheitswesen*, 73(11), S.772-777.
- Weishaupt, H. & Baethge, M. & Döbert, H. & Füssel, H.-P. & Hetmeier, H.-W. & Rauschenbach, T. & Rockmann, U. & Seeber, S. & Wolter, A. (2010): Autorengruppe Bildungsberichterstattung: Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Im Auftrag der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Wiedebusch, S. & Petermann, F. (2011): Förderung sozioemotionaler Kompetenz in der frühen Kindheit. *Kindheit und Entwicklung*, 20(4), S.209-218.
- Wößmann, L. & Piopiunik, M. (2009): Wirksame Bildungsinvestitionen – Was unzureichende Bildung kostet. Eine Berechnung der Folgekosten durch entgangenes Wirtschaftswachstum. Gütersloh, München: Bertelsmann Stiftung, Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München.
- Wright, M.T. (2010): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber
- Wylie, C. & Hodgen, E. & Ferral, H. & Thompson, J. (2006): Contributions of early childhood education to age-14 performance. Evidence from the longitudinal Competent Children, Competent Learners study. Wellington: Ministry of Education, New Zealand, Council for Educational Research.
- Zhai, F. & Raver, C. C. & Jones, S. M. (2012): Academic performance of subsequent schools and impacts of early interventions: Evidence from a randomized controlled trial in Head Start settings. *Children and Youth Services Review*, 34(5), S.946-954.

Internetquellen

AOK-Programm Tiger-Kids

<http://www.tigerkids.de> [22.06.2014]

AOK-Programm Jolinchen

<https://www.jolinchen.de/> [22.06.2014]

Arbeitshilfe „Kitas fit für die Zukunft“

<http://www.hag-gesundheit.de/lebenswelt/kita> [23.05.2014]

Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik

<http://www.akjstat.uni-dortmund.de/> [23.05.2014]

Bildungspläne der Länder

<http://www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-der-Bundeslaender-fuer-die-fruehe-Bildung-in-Kindertages-einrichtungen-2027.html> [22.06.2014]

Bosch Weiterbildungsinitiative für frühpädagogische Fachkräfte

<http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/23073.asp> [22.06.2014]

Datenbank „Präventionsforschung“

<http://www.knp-forschung.de/> [22.06.2014]

ISS-AWO- Studie zur Kinderarmut

[http://www.iss-ffm.de/projekte/aktuelle-projekte.html?tx_projekte_pi1\[showUid\]=556](http://www.iss-ffm.de/projekte/aktuelle-projekte.html?tx_projekte_pi1[showUid]=556) [12.03.2014]

Keck-Atlas der Bertelsmann-Stiftung

<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/93561.htm> [14.05.2014]

Koordinationsstelle „Männer in Kitas“

<http://www.koordination-maennerinkitas.de/> [17.05.2014]

Ländermonitor frühkindliche Bildung

<http://www.laendermonitor.de/uebersicht-grafiken/index.nc.html> [22.06.2014]

Medienkompetenzbericht

<http://www.medienkompetenzbericht.de/> [15.05.2014]

Medienpädagogischer Forschungsverbund. MiniKIM-Studie

<http://www.mpfs.de/index.php?id=553> [18.05.2014]

Niedersächsischen Instituts für frühkindliche Bildung und Entwicklung

<http://www.nifbe.de/> [17.03.2014]

Statistisches Bundesamt

<https://www.destatis.de/DE/Startseite.html> [22.06.2014]

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AFW	Aus- Fort- und Weiterbildung
AKJStat	Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik
AWO-ISS	Arbeiterwohlfahrt/Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
BA/MA	Bachelorarbeiten/Masterarbeiten
BeGKi	Bestandserhebung Gesundheitsförderung in Kitas
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMELV	Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSt	Bertelsmann Stiftung
BuT	Bildung und Teilhabe
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIPF	Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung
DJI	Deutsche Jugendinstitut
DLR	Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt
ESU	Einschulungsuntersuchungen
FIT-KID	„Die Gesund-Essen-Aktion in Kitas“ (Projekt von DGE und Verbraucherzentralen)
GEW	Gesellschaft für Erziehung und Wissenschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
JMK	Jugendministerkonferenz
KECK	Kommunale Entwicklung – Chancen für Kinder
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey
KJB	Kinder- und Jugendbericht
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KMK	Kultusministerkonferenz
KNP	Kooperation für nachhaltige Präventionsforschung
KomDat	Kommentierte Daten der Kinder- und Jugendhilfe
KOMPIK	Kompetenzen und Interessen von Kindern
LSA	Land Sachsen-Anhalt
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
miniKIM	Kleinkinder und Medien (Untersuchung zum Medienumgang 2- bis 5-Jähriger)
MMiK	MEHR Männer in Kitas (Bundesmodellprogramm)
MPFS	Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest
nifbe	Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Entwicklung
NRW	Nordrhein-Westfalen
NUBBEK	Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit
PEB	Plattform Ernährung und Bewegung e.V.
QIP	Qualität in der Prävention

QS	Qualitätssicherung
RKI	Robert Koch-Institut
SEKIB	Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen in Bewegung
SM	Startermaßnahmen
STEGE	Strukturqualität und Erzieher/innengesundheit in Kindertageseinrichtungen
TZ	Teilziele
UPräv	Unfallprävention
WiFF	Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte
ZmE	Zusammenarbeit mit Eltern

ANHANG

11 ANHANG: TABELLARISCHE ZUSAMMENSTELLUNG DER AUSWERTUNGEN

Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW)

Für den Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung (AFW) (incl. Qualitätsentwicklung, Auditierungs-/Zertifizierungsverfahren) sind es insbesondere nachfolgende Quellen, die diese Thematik in den einzelnen Teilzielen abdecken.

Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf		
			punktuell	fortlaufend	einmalig
nifbe (SEKIB)	Fortbildungsangebote zum Thema	Auswertung von Teilnehmerstatistiken (bislang punktuell, unveröffentlicht)			10/2010-06/2014
Robert Bosch Stiftung 2011	Gegenüberstellung von Inhalten frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge	Expertisen, Konsensuskreis	x		
Pasternack & Schulze 2010, 2013	Aufbereitung der Inhalte frühpädagogischer Ausbildungs- und Studiengänge	Sekundäranalysen von Studien; Vergleiche von Qualifikationsrahmen & Modulhandbücher	x		
Ullrich, Kliche & Koch 2008	Präsenz und Qualität von Gesundheitsthemen im Fachschulunterricht	bundesweite Expertenbefragung (Kita- und Fachschulleitungen, Fachberatungen, Träger u. a. m.)	x		
BMBF/Robert Bosch Stiftung/DJI (WiFF)+ BSt (jährlich)	Überblick über Themen der Aus-/Weiterbildung Frühpädagogik	Expertisen, Konsensuskreis, empirische Befunde		x	
Stahl-v. Zabern 2012 (BiK – Bewegung in der frühen Kindheit)	Verankerung des Bildungsbereiches „Bewegung“ in Aus-, Fort- und Weiterbildung	Bundesweite Befragung von Fachkräften im Elementarbereich und Lehrkräften an Fachschulen und Hochschulen			2012

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die nachfolgenden Datenquellen erscheinen auskunftsfähig für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF).

Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf		
			punktuell	fortlaufend	einmalig
Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKi)	Erzieher/innengesundheit, Maßnahmen zur BGF	repräsentative Einrichtungsbefragung, Validierung mit QIP	x		2005, 2007, 2011
MDS & GKV-Spitzenverband (Präventionsberichte)	Anzahl von Steuerungskreisen in Kitas, Gesundheitszirkel, BGF-Praxisbeispiele	GKV-Leistungen nach § 20, 20a SGB V		x	
MDS & GKV-Spitzenverband 2010 (Leitfaden Prävention)			x		
GEW 2007	Belastungen und Ressourcen von Fachkräften	Befragung	x		
Schreyer, Krause, Brandl, Nicko 2014 (AQUA-Studie)	Teamklima, Belastungen und Ressourcen, Mitarbeiterzufriedenheit	bundesweite Befragung (pädagogische Fachkräfte, Kita-Leitungen, Trägervertreter/innen)			x
Jungbauer & Ehlen 2013	Belastungen & Risiken von Fachkräften	Befragung			x

Zusammenarbeit mit Eltern (ZmE)

Die Zusammenarbeit mit Eltern (ZmE) ist mit unterschiedlichen Ausrichtungen in allen Zielen als Teilziel formuliert. Dennoch sind es teilweise die gleichen Datenquellen, auf die hier zurückgegriffen werden kann.

Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf		
			punktuell	fortlaufend	einmalig
RKI (KiGGS) (Basisdaten und Daten Welle 1)	Elternzufriedenheit	med. Untersuchungen, Tests, Laboranalysen; Befragungen		x	
DJI 2010	Darstellung der Zusammenarbeit mit Eltern	bundesweite Kita-Befragung	x		
BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Elternbeteiligung in Kitas; landesrechtliche Regelungen	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder			2010
Viernickel et al. 2013 (STEGE)	Zusammenarbeit mit Familien	Befragung, Gruppendiskussionen	x		
Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKi)	Kooperation mit Familien (Formen, Projekte)	repräsentative Einrichtungsbefragung, Validierung mit QIP	x	x	
AWO-ISS (Langzeitstudie zu Kinderarmut)	kooperative Bewältigung von Armut	u. a. Elternbefragung			1997-2010
Bien, Rauschenbach, Riedel 2007	Elternzufriedenheit und Inanspruchnahme Betreuungsangebot	Elternbefragung			2004-2005

Im Folgenden werden Datenquellen, die die Themen Aus-, Fort und Weiterbildung (AFW), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Zusammenarbeit mit Eltern (ZmE) betreffen, zusammenfassend unter jedem Teilziel nur mit den Abkürzungen benannt. Lediglich Quellen, die ein spezielles Feld abdecken, werden aufgeführt.

Ziel 4: Die Lebenskompetenz von Kindern ist erhöht, Belastungen/belastende Einflüsse sind reduziert.

A I Startermaßnahme (SM)	Das Thema Lebenskompetenz wird in der Erzieher/innenausbildung fächerübergreifend verankert und zeitgemäß und qualitätsgesichert weiterentwickelt (zuständig sind Länder, Kommunen, weitere Träger von Kitas).
A II Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren	
Teilziel	Die Kompetenzen der Kindertagesstätten zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder sind gestärkt. Themen Lebenskompetenz und Konfliktlösungsstrategien in der Erzieher/innenausbildung, -fort und -weiterbildung fächerübergreifend
Teilziel	Die Förderung der Kinder erfolgt individuell und bedarfsgerecht. Personal- und Betreuungsschlüssel auf individuelle und bedarfsgerechte Betreuung und Förderung ausgerichtet
Teilziel	Mädchen und Jungen sind in ihrer Entwicklung geschlechter- und kultursensibel gefördert.
Teilziel	Die Kitas arbeiten mit den Eltern eng zusammen, um gemeinsam Belastungen der Kinder zu reduzieren. Zusammenarbeit bei der Förderung von Lebenskompetenz ist verbessert Thema Kooperation mit Eltern in Aus-, Fort- und Weiterbildung
Teilziel	Die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung von Kindern ist Bestandteil des Bildungsauftrages von Kitas. integrative Angebote für chronisch erkrankte und behinderte Kinder
Teilziel	Die Kita ist Lernfeld für einen kompetenten Umgang mit Medien.
A III Übergreifende Daten zum Gesamtziel	
Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)/des betrieblichen Gesundheitsmanagements zur Verbesserung der Erzieher/innengesundheit	

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf	Vorläufiges Ergebnis	
					punktuell	fortlaufend	einmalig
A I.	Verankerung und Weiterentwicklung von Lebenskompetenz in Lehrplänen, Curricula (AFW)	Vgl. AFW					
A II 1.	Stärkung der Kompetenzen der Kita zur Förderung von Lebenskompetenzen der Kinder	BMBF (KNP-Projekt Datenbank) Länder (Bildungspläne) BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Anzahl der durch BMBF-Präventionsforschung geförderten Projekte Verankerung des Themas Lebenskompetenz Verankerung des Themas in den Bildungsplänen	Aufstufung von Projekten zum Thema Lebenskompetenz Umsetzung der einheitlichen Vorgaben durch JMK + KMK 2004 in länderspezifischen Orientierungsplänen Überblick amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Bundesländer	x	Hinweis auf positive Entwicklungen, nur auf Projektebene; wirksame Interventionsprogramme sind verfügbar thematische Verankerung nimmt zu; Aber: Mit der Umstellung aller Lehrpläne auf Handlungsfelder durch die einzelnen Länder und Fachschulen 2014-15 werden Gesundheitsthemen zunächst wieder in den Hintergrund gedrängt; s.o. A I Gegenüberstellung/ Synopse der Bildungsprogramme	
A II 1a.	Verankerung von Lebenskompetenz / Konfliktlösungsstrategien in Erzieher/innen-fächerübergreifender AFW	Vgl. AFW nifbe (SEKIB) & Robert Bosch Stiftung 2011					2008

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell fortlaufend einmalig	Vorläufiges Ergebnis
A II 2a.	Ausrichtung des Personal- und Betreuungsschlüssels auf individuelle und bedarfsgerechte Betreuung/ Förderung	AKJStat (KomDat)	Angaben zu Personal- und Betreuungsschlüssel	amtliche KJH-Statistik	x	Grundsätzlich gilt: je niedriger der Betreuungsschlüssel, desto höher die Qualität der Betreuung; insgesamt Trend zur Aufstockung des Betreuungspersonals (also negative Entwicklung) → überprüfbar durch KJH-Statistik; KECK-Atlas basiert auf wenigen, aber leicht zugängigen Daten (insb. Quote ALG-Bezug)
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)		amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung	x	
		BSt (KECK)		Sozialraumdaten, KOMPIK-Erhebungen	x	
		BMFSFJ 2013 (14. KJB)		Zusammenfassung öffentlicher Berichte	x	
A II 3.	Förderung von geschlechter- und kultursensibler Entwicklung der Kinder	BMFSFJ (MiK)	Fachtagungen, Fortbildungen, Genderprojekte in Kitas	Monitoringergebnisse der Modellprojekte (Zusammenführung auf Bundesebene)	2011-2013	Hinweise auf Projektebene (z. B. Modellprogramm MiK); mögliche Aussagen durch Analyse von Bildungsprogrammen der Länder
A II 4a.	ZmE bei der Förderung von Lebenskompetenz verbessert	Vgl. ZmE				

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf zeitpunktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	Zeitlicher Verlauf einmalig	Vorläufiges Ergebnis
A II 4b.	Thema ZmE in Erzieher/innen AFW thematisch verankert	Vgl. ZmE und AFW Pasternack & Schulze 2010 Robert Bosch Stiftung 2011						
		BMFSFJ 2009 (13. KJB)	Darstellung der Themen in den Bildungsplänen der Länder	Zusammenfassung öffentlicher Berichte	x			
A II 5a.	integrative Angebote für chronisch erkrankte behinderte Kinder	BSI (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Einrichtungen mit Kindern mit Eingliederungshilfe	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung		x		bedürfnisgerechte und ressourcenorientierte Förderung der Kinder; unterschiedlich je nach Einrichtungstyp KomDat-Daten Teilhaberbericht: in den vergangenen Jahren (2008-2011) stetige Zunahme der Kinder mit Eingliederungshilfe in integrativen Kitas
		AKJStat (KomDat)	Kinder mit Eingliederungshilfe	amtliche KJH-Statistik		x		
		BMFSFJ 2009 (13. KJB)	Kinder mit Behinderung nach Art der Einrichtung	Zusammenfassung öffentlicher Berichte	x			
		BMAS 2013 (Teilhaberbericht der Bundesregierung)	Kinder in Kindertagesbetreuung mit Eingliederungshilfe	amtliche KJH-Statistik, eigene Berechnungen (Prognos AG)		x		

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
A II 6.	Kita als Lernfeld für kompetenten Umgang mit Medien	MPFS 2012 (minikIM) BMFSFJ 2013 (Medienkompetenzbericht)	zur Verfügung stehende Medien im Kindergarten Medienkompetenz Frühe Kindheit	Elterbefragungen Expertisen, Konsensuskreis Projektdatenbank	?	x		kaum tragfähige Datenbasis; Hinweise auf Projektebene; thematische Integration von Medienkompetenz in jeweiligen Bildungsplänen variiert; systematische Überprüfung durch BAIMAS
		Länder (Bildungspläne)	Verankerung des Themas	Umsetzung der einheitlichen Vorgaben durch JMK + KMK 2004 in länderspezifischen Orientierungsplänen Überblick		x		
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Verankerung des Themas in den Bildungsplänen	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder			2008	
A III	teizielübergreifende Daten	RKI (KiGGS) (Basisdaten und Daten Welle 1 + 2)	körperliche und psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten, Schutz- und Risikofaktoren	med. Untersuchungen, Tests, Laboranalysen; Befragungen	x	x		Auswertung der Wellen 1 und 2 liefert Entwicklungstrends (u. a. psychische Gesundheit, Einfluss von Schutz- und Risikofaktoren)
A III a.	BGF	siehe B I	siehe B I	siehe B I	s. B I	s. B I	s. B I	siehe B I

Ziel 4: Die Lebenskompetenz von Kindern ist erhöht, Belastungen/ belastende Einflüsse sind reduziert.

B I Startermaßnahme (SM)	Kitas führen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)/des betrieblichen Gesundheitsmanagements durch, um die Erzieher/innengesundheit zu verbessern.
--------------------------	--

SM	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf	Vorläufiges Ergebnis
B I.	Verbesserung der Erzieher/innengesundheit Maßnahmen der BGF / des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Kitas	Vgl. BGF				

Ziel 5: Bewegung von Kindern ist gefördert, Bewegungsmangel ist reduziert.

C I Startermaßnahme (SM)	Die Raumausstattung von Kindertagesstätten wird bewegungsfreundlich verbessert.
C II Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren	
Teilziel c.	Bewegung ist in den Strukturen und Routinen der Kita verankert. bewegungsfreundliche Raumausstattung
Teilziel	Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung der motorischen Entwicklung von Kindern sind gestärkt. Bewegungsförderung in Lehrpläne fächerübergreifend Bewegungsförderung in der Fort- und Weiterbildung fächerübergreifend
Teilziel	Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern. Aus-, Fort und Weiterbildung zur Kooperation mit Eltern unter dem Schwerpunkt Verbesserung von Bewegung
Teilziel	Psychomotorisch orientierte Bewegungsförderungsansätze umfassen durch ihre Erlebnis- und Handlungsorientierung auch wesentliche Aspekte zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung.
Teilziel	Die Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern ist reduziert.
Teilziel	Motorische Defizite von Kindern bei Schuleintritt sind reduziert.
C III Übergreifende Daten zum Gesamtziel	
Kooperationen z. B. mit Sportvereinen	

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf eintägig	Vorläufiges Ergebnis
C I.; C II 1 c.	Bewegungsfreundliche Raumausstattung	Viernickel & Voss 2013 (STEGE) DGUV 2012 (Unfälle von Kindern in Tagesbetreuung)	Anzahl Gruppenräume/ Räume für pädagogische Arbeit, m ² /Kind Anzahl der Unfälle, Unfallorte, Unfälle nach Verletzungsbewirkendem Vorgang inkl. Gegenstände u. w.	Fachkräftebefragungen, Interviews → subjektive Zufriedenheit Unfallmeldepflicht der Einrichtungen		10/2010-12/2012	nur NRW, Primärerhebung, daher keine Vergleichsdaten Vergleichbarkeit der Daten von 2007-2012 möglich (Trends), je niedriger Unfallzahl, desto bewegungsfreundlicher?
C II 2 a.	Fächerübergreifende Verankerung der Bewegungsförderung in Lehrplänen	vgl. AFW					
C II 2 b.	Fächerübergreifende Verankerung von Bewegungsförderung in Fort- und Weiterbildung	Landessportbund und Sportjugend NRW	Anzahl der Kitas mit Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“	Zertifizierungsverfahren (Anzahl der zertifizierten Kitas); jährlich Kontroll-/Beratungsbesuche		2007-2010	laufende Statistik über das Gütesiegel führt der Landessportbund NRW (2012: 531)
C II 3.	ZmE	Vgl. ZmE					
C II 3 a.	ZmE in Erzieher/innen - AFW für verbesserte Bewegung	Vgl. ZmE und AFW					
C II 4.	psychomotorische Bewegungsförderungsansätze umfassen Förderung der Persönlichkeitsentwicklung	nifbe (SEKIB)	Fortbildungsangebote zum Thema	Auswertung von Teilnehmerstatistiken (bislang punktuell, unveröffentlicht)		10/2010-06/2014	Skill-Orientierung der Psychomotorik? wahrscheinlich ja ...

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell fortlaufend einmalig	Vorläufiges Ergebnis
C II 5.	Reduzierung Unfall- und Verletzungsgefahr bei Kindern	DGUV 2012 (Unfälle von Kindern in Tagesbetreuung)	Anzahl der Unfälle; Unfälle nach Alter der Kinder, Art der Veranstaltung, verletzungsbewirkendem Vorgang + weitere	Unfallmeldepflicht der Einrichtungen	x	Vergleichbarkeit der Daten von 2007-2012 möglich (Trends ableitbar); DGUV dazu motivieren, die Kitaspezifischen Daten zu explizieren
C II 6.	Reduzierung motorische Defizite bei Kindern bei Schuleintritt	BSt (KECK) Statistische Landesämter	Daten zu motorischen Defiziten bei Einschulungsuntersuchungen	Sozialraumdaten, KOMPIK-Erhebungen statistische Erhebungen	x	Zusammenführung von ESU-Daten? sehr schwierig, bestenfalls Tendenzen ablesbar; evtl. KiGGS-Daten? Daten der Statistischen Landesämter bundesweit kaum nutzbar; KECK-Atlas basiert auf wenigen, aber leicht zugänglichen Daten (insb. Quote ALG-Bezug)
C III.	Teizielübergreifende Daten	RKI (KiGGS) (Basisdaten und Daten Welle 1 + 2)	Basisdaten: Unfälle, Sport und Bewegung	med. Untersuchungen, Tests, Laboranalysen; Befragungen	x	Auswertung der Welle 2 liefert Entwicklungstrend (Bewegung)
C III a.	Kooperationen z. B. mit Sportvereinen	BMBF (KNP-Projektdatenbank) Schmidt 2008 (Zweiter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht) Landessportbund und Sportjugend NRW	Anzahl geförderter BMBF Präventionsprojekte Projekte/initiativen zur frühkindlichen Bewegungsförderung Anzahl der Kitas mit Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“	Anzahl der Projekte zum Thema Bewegung Expertise, Konsensuskreis Zertifizierungsverfahren (Anzahl der zertifizierten Kitas); jährlich Kontroll-/Beratungsbesuche	x x	projektbezogene Hinweise; bundesweite Zahl der Kooperationen nicht nachvollziehbar; über Gütesiegel „Anerkannter Bewegungskindergarten“ in NRW(!) Kooperationen mit Sportvereinen ableitbar

Ziel 6: Gesundes Ernährungsverhalten bei Kindern und Jugendlichen wird gefördert, Fehlernährung reduziert.

D I Startermaßnahme (SM)	Kitas stellen den Kindern täglich mindestens zwei kostenlose Mahlzeiten zur Verfügung.
D II Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren	
Teilziel	<p>Eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung in der Kita ist gewährleistet und orientiert sich an den „Qualitätsstandards für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder“.</p> <p>Aus-, Fort- und Weiterbildung Austausch zwischen Kita-Personal, Eltern und Caterern</p>
Teilziel b.	<p>Die Kompetenzen der Erzieherinnen und Erzieher zur Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens von Kindern sind gestärkt. Die Fachkräfte kooperieren diesbezüglich mit den Eltern.</p> <p>Aus-, Fort- und Weiterbildung</p>
Teilziel	<p>Die altersgerechte Kompetenzentwicklung bzgl. Herkunft und täglichem Bedarf von Nahrungsmitteln ist in der pädagogischen Arbeit verankert.</p> <p>spielerische Ernährungserziehung und Vermittlung von praktischem Wissen</p>
Teilziel	Gemeinsame und gesunde Mahlzeiten sind regelmäßiger Bestandteil des Kita-Alltags.
D III Übergreifende Daten zum Gesamtziel	

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
D I.	täglich 2 kostenlose Mahlzeiten für Kinder							Dieses Starterziel widerspricht der Entwicklung zur verstärkten Kostenrechnung im Kita-Bereich diametral; es ist spätestens durch BuT-Einführung 2012 faktisch unmöglich → Zielverfehlung
D II 1 a.	Verankerung der DGE-Standards in AFW	vgl. AFW						Pro: Projekte zeigen verstärkte Sensibilität, evtl. Fortbildungen für Personal im Rahmen des Zertifizierungsprozesses; Contra: Kostenrechnung in den Kitas
		BMELV & DGE 2013 (DGE-Qualitätsstandard)	Anzahl DGE-zertifizierter Kitas (FIT-KID-Projektteam, im Auftrag des BMELV)	Zertifizierungsverfahren		x		
D II 1 b.	diesbezüglicher Austausch zw. Kita-Personal, Eltern und Caterern	BMELV & DGE 2013 (DGE-Qualitätsstandard)	Anzahl DGE-zertifizierter Kitas (FIT-KID-Projektteam, im Auftrag des BMELV)	Zertifizierungsverfahren		x		keine greifbare Anzahl (185 Kitas auf dem Weg zur Zertifizierung); kostenintensiv; Re-AUDITs zw. 1-3 Jahren; www.peb.de
D II 2.	Kompetenzen der Erzieher/innen gestärkt; ZmE für gesundes Ernährungsverhalten der Kinder	Vgl. ZmE MDS & GKV-Spitzenverband (Präventionsberichte)	Anzahl der Steuerungskreise in Kita, Multiplikatorenfunktion von Eltern	GKV-Leistungen nach § 20, 20a SGB V		x		vielfältige Initiativen des Elterneinbezugs in Bewegung; siehe auch BMELV-Modellprogramme; Modellprogramme Kita durch www.peb.de; KiGGS: Limitationen s.o.; BeGKI möglich; z. B. Tiger-Kids →
		Stiftung Kindergesundheit & AOK (TigerKids)	Zahl der sich beteiligenden Kitas, Kinder, Familien	Elternbriefe, -abende, Internet		x		Abbildung auf Projektebene möglich? (Anzahl der sich beteiligenden Kitas derzeit: 5.502) GKV-Präventionsberichte?

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
D II 2 b.	AFW zur Zusammenarbeit mit Eltern	vgl. AFW						siehe D II 1 a.
		BMELV & DGE 2013 (DGE-Qualitätsstandard)	Anzahl DGE-zertifizierter Kitas (FIT-KID-Projektteam, im Auftrag des BMELV)	Zertifizierungsverfahren				
D II 3 a.	Ernährungserziehung, Vermittlung von praktischem Wissen	BMELV & DGE 2013 (DGE-Qualitätsstandard)	Anzahl DGE-zertifizierter Kitas (FIT-KID-Projektteam, im Auftrag des BMELV)	Baustein Ernährungsbildung		x		Ernährungsbildung seltener als Bildungsziel expliziert, z. T. unter anderen Zielen subsumiert; Perspektive BA/MAS
		Länder (Bildungspläne)	Thema Ernährung in Bildungsplänen	Umsetzung der einheitlichen Vorgaben durch JMK + KMK 2004 in länderspezifischen Orientierungsplänen Überblick		x		
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Verankerung des Themas in den Bildungsplänen	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder			2008	
D II 4.	regelmäßige, gemeinsame, gesunde Mahlzeiten	Statistische Landesämter	Daten zur Mittagsverpflegung	statistische Erhebungen		x		Anzahl der versorgten Kinder in Kindertagesbetreuung variiert stark im Ost-/Westländervergleich; Daten der Statistischen Landesämter bundesweit kaum nutzbar
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Kinder in Kitas mit/ohne Mittagsverpflegung	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung		x		

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punk- tuell	Zeitlicher Verlauf fortlau- fend	ein- malig	Vorläufiges Ergebnis
D III.	teilzielübergreifende Daten	RKI (KiGGS) (Basisdaten und Daten Wellen 1 + 2)	Basisdaten: Ernährung	med. Untersuchungen, Tests, Laboranalysen; Befragungen	x	x		Entwicklungstrend beim Ernährungsver- halten liefert ausgewertete KiGGS-Welle 1, perspektivisch auch KiGGS-Welle 2; Trinkwasserbrunnen als Indiz für gesunde Ernährung (nur LSA)
		LV für Gesund- heit Sachsen- Anhalt	Trinkwasserbrunnen	Anzahl der Trinkwasser- brunnen in Kitas			2004- 2006	
		BMBF (KNP- Projektdaten- bank)	Anzahl geförderter BMBF Präventionsprojekte	Anzahl der Projekte zum Thema Ernährung			x	

Ziel 10: Die Rahmenbedingungen und Strukturen für Gesundheitsförderung in der Kita, in der Schule und in Familie/Umfeld sind optimiert.

E I Startermaßnahme (SM)	Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente sind in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt.
E II Weitere Ziele (TZ) und Indikatoren	
Teilziel	Die Berichterstattung zu Lebenslagen und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist systematisch ausgebaut. integrierte Sozial-, Gesundheits- und Bildungsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene
Teilziel	Alle Kinder erhalten in Kitas und Schulen die Möglichkeit, sich gemäß ihrer Fähigkeiten zu entwickeln und werden dabei entsprechend gefördert. Setting- und themenspezifische Qualitätssicherungsinstrumente in Kooperation von Wissenschaft und Praxis entwickelt Personal- und Betreuungsschlüssel an individueller und bedarfsgerechter Betreuung und Förderung ausgerichtet
Teilziel	Gesundheitsmanagement ist in Kitas und Schulen aller Schulformen umfassend implementiert.
Teilziel	Die Quote der Kinder aus sozial benachteiligten Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund, die Kindertagesstätten besuchen, ist deutlich erhöht.
Teilziel	Übergänge zwischen den einzelnen Bildungseinrichtungen sind erleichtert und eine enge Zusammenarbeit zwischen Kindertagesstätten und Schulen gewährleistet.
Teilziel	Die Auswahl, der Einsatz und die Bewertung von Programmen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt für alle Gesundheitszielbereiche nach geeigneten und transparenten Qualitätsindikatoren.
E III Übergreifende Daten zum Gesamtziel	

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
E I; E II 2 a.	Entwicklung QS-Instrumente in Kooperation von Wissenschaft und Praxis	alle setting-/ themenspezifischen Zertifizierungsverfahren, Projekte	z. B. AUDIT Gesunde Kita, Handlungsleitfaden „Fit für die Zukunft“	Zertifizierungen/Audits	x			Hinweise vordergründig auf Projektebene (Zusammenarbeit von Wissenschaft & Praxis), Wirksamkeit ungeprüft, Verbreitung verschiedener QM-Systeme unbekannt bzw. echte Implementation fraglich
		BSt. (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Verankerung Qualitätsmanagement in Kitas	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder			2008	
		Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKI)	Real eingesetzte Verfahren zur Qualitätssicherung	repräsentative Einrichtungsbefragung, Validierung mit QIP	x		2011	
E II 1 a.	integrierte Sozial-, Gesundheits-, Bildungsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene	RKI (KiGGS) (Basisdaten und Daten Welle 1 und perspektivisch KiGGS Welle 2)	körperliche und psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten; Schutz- und Risikofaktoren	med. Untersuchungen, Tests, Laboranalysen; Befragungen		x		Stand Bildungskonferenzen?; Ansätze auf kommunaler Ebene (Präventionsketten) und Länderebene (z. B. Sozialstrukturatlas Berlin) vorhanden; Bündelungsansätze auf Bundesebene beschränken sich auf Berichterstattung (13./14. KJB)
		MDS & GKV-Spitzenverband (Präventionsberichte)	Leistungen Primärprävention & BGF	GKV-Leistungen nach § 20, 20a SGB V			x	
		BMFSFJ 2009/ 2013 (13./14. KJB)	Lebenssituation, Leistungen der KJH	Zusammenfassung öffentlicher Berichte	x			

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell fortlaufend einmalig	Vorläufiges Ergebnis
E II 2 b.	Ausrichtung des Personal- und Betreuungsschlüssels auf individuelle und bedarfsgerechte Betreuung/ Förderung	AKJStat (KomDat)	Angaben zu Personal- und Betreuungsschlüssel	amtliche KJH-Statistik	x	siehe A II 2 a.
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)				
		BSt (KECK)				
		BMFSFJ 2013 (14. KJB)				
E II 4.	Gesundheitsmanagement in Kitas umfassend implementiert	Vgl. BGF				vgl. BGF
		Viernickel & Voss 2013 (STEGE)	strukturelle Rahmenbedingungen, Belastungen und Ressourcen von Fachkräften	Fachkräftebefragungen, Interviews → subjektive Bewertungen	10/2010-12/2012	
E II 6.	Erhöhung der Quote der Kinder aus sozial benachteiligten Familien & mit Migrationshintergrund in Kitas	AKJStat (KomDat)	Anzahl der Kinder mit Migrationshintergrund	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder Konsensuspapier	x	direkt ablesbar; methodisches Problem der Benachteiligungsmessung
		BSt (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)				
		BMFSFJ 2009/ 2013 (13./14. KJB)				

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
E II 7.	Erleichterung der Übergänge zwischen; Zusammenarbeit von Kita & Schule	BSt 2008 (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	landesrechtliche Regelungen zur Kooperation von Kita & Schule	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder		x		Forschungsbedarf-Projektcharakter; vorhanden: unterschiedliche Länderstudien, Beleuchtung verschiedener Teilaspekte des Übergangs → Bedarf an Zusammenführung der Daten durch BA/MMA Ergebnisse der Uni Gießen sehr vielversprechend, aber bisher noch keine Ergebnisse verfügbar
		DIPF (Dt. Bildungserver)						
E II 8.	geeignete, transparente Qualitätsindikatoren für Auswahl, Einsatz, Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen	DLR	Anzahl geförderter Forschungsprojekte/Schwerpunkte	Datenbank zu BMBF-geförderten Forschungsvorhaben im Bereich Übergang Kita-Schule		x		steigende Zahl der zertifizierten Kitas & großer gesundheitsbezogener Strukturprogramme (Gute Gesunde Kita) & von Programmen (z. B. Tiger-Kids) Qualitätskriterien meist in Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis entwickelt, Breitenwirksamkeit vieler Programme nicht belegt. Wichtige Merkmale (z. B. Zeitaufwand) sowie die tatsächlich genutzten Kriterien zur Auswahl der Programme sind intransparent.
		Justus-Liebig-Universität Gießen, Prof. Dr. Norbert Neuss	Bestandsaufnahme & Beispielprojekte zur Vernetzung von Elementar- und Primarbereich	Dokumentenanalyse (Lehr-/Studienpläne), standardisierte Online-Befragung bei angehenden Fachkräften, Experten-Interviews	2009-2013			
E II 8.	geeignete, transparente Qualitätsindikatoren für Auswahl, Einsatz, Bewertung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen	LV für Gesundheit Sachsen-Anhalt (AUG) DIT Gesunde Kita	Benennung von 8 Qualitätsdimensionen	Zertifizierungsaudit, Re-Zertifizierung	2004/2005			steigende Zahl der zertifizierten Kitas & großer gesundheitsbezogener Strukturprogramme (Gute Gesunde Kita) & von Programmen (z. B. Tiger-Kids) Qualitätskriterien meist in Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis entwickelt, Breitenwirksamkeit vieler Programme nicht belegt. Wichtige Merkmale (z. B. Zeitaufwand) sowie die tatsächlich genutzten Kriterien zur Auswahl der Programme sind intransparent.
		HAG („Kitas fit für die Zukunft“)	Qualitätskriterien eines Modellprojektes	Expertise (i. A. a. GKV-Leitfaden Prävention)			2006-2009	

SM, TZ	Zielinhalt und Indikator	Datenquelle	Indikatoren der Quelle	Methodik der Quelle	Zeitlicher Verlauf punktuell	Zeitlicher Verlauf fortlaufend	einmalig	Vorläufiges Ergebnis
		AKJStat (KombDat)	Gruppengröße und Personalschlüssel	amtliche KJH-Statistik		x		
		Bst. (Ländermonitor Frühkindliche Bildungssysteme)	Verankerung Qualitätsmanagement in Kitas	amtliche KJH-Statistik, weitere öffentliche Statistiken, Befragung der Länder			2008	
		Kliche et al. 2008, 2011 (BeGKI)	Verbreitung und Merkmale von Projekten zur Gesundheitsförderung	repräsentative Einrichtungsbefragung, Validierung mit QIP (evidenzgestützte Qualitätskriterien)	x		2007, 2011	
E III		vgl. BGF						

Einzelangaben zu den QS-Verfahren – Anzahl zertifizierter Einrichtungen/ Verbreitung

Summe	206	169	117					
Thüringen								
Schleswig-Holstein	11							
Sachsen-Anhalt	79							
Sachsen	48							
Saarland								
Rheinland-Pfalz								
Nordrhein-Westfalen		169	14					
Niedersachsen								
Mecklenburg-Vorpommern	19							
Hessen								40
Hamburg							Ca. 10	
Bremen		80						
Brandenburg	28							
Berlin	21		mehr als 100			k.A.		
Bayern					k.A.			
Baden-Württemberg				k.A.				
QS-Verfahren	AUDIT Gesunde Kita	Anerkannte Bewegungskindergarten / mit dem Pluspunkt Ernährung	Kitas bewegen – für die gute Gesunde Kita	Zertifikat „Bewegungskindergarten“	1. Zertifikat „Zertifizierter Bewegungs- kindergarten“ 2. Qualitätssiegel „Fitte Kinder“ (Kooperationsförderung zw. KITas u. Sportverein)	„Bewegungsfreudige KITas“	Gütesiegel „Bewegungskita“ / „BewegungskitaPlus“	Qualitätssiegel „Hessischer Bewe- gungskindergarten“

Einzelangaben zu den QS-Verfahren – Anzahl zertifizierter Einrichtungen/ Verbreitung

Summe								
Thüringen							Wett- bewerb	
Schleswig-Holstein						mehr als 10		
Sachsen-Anhalt								
Sachsen					mehr als 100			
Saarland				mehr als 170				
Rheinland-Pfalz			mehr als 80					
Nordrhein-Westfalen								
Niedersachsen		mehr als 100						
Mecklenburg-Vorpommern	k.A.							
Hessen								
Hamburg								
Bremen								
Brandenburg								
Berlin								
Bayern								58
Baden-Württemberg								
QS-Verfahren	Qualitätssiegel "Kooperation Sport- verein und Kindertageseinrichtung/ Kindertagespflege"	„Markenzeichen Bewegungskita“	Qualitätssiegel „Bewegungskinder- garten Rheinland-Pfalz“	Zertifikat „Anerkannter Bewegungs- kindergarten Saar“	Zertifikat „Bewegte und sichere KiTa“	Qualitätssiegel „Anerkannter Bewe- gungskindergarten Schleswig-Holstein“	Qualitätssiegel „Bewegungsfreund- liche Kindertagesstätte Thüringen“	Berliner Landesprogramm „Kitas bewegen“

Quellen zu den QS-Verfahren:

Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. (o. J.): Zertifizierte KiTas.
<http://www.lvg-lsa.de/o.red.c/audits-kita1.php> [letzter Zugriff: 27.05.2014]

Verband der Ersatzkassen e.V. (Hrsg.) (2014): Liste zertifizierter Einrichtungen.
<http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/kindergarten/liste-zertifizierte-einrichtungen/>
[letzter Zugriff: 27.05.2014]

Bertelsmann Stiftung (o. J.): Kitas bewegen – für die gute Gesunde Kita. Umsetzung. Berlin Mitte.
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-F85417D0-15039E80/bst/hs.xsl/107651_107730.htm
[letzter Zugriff: 27.05.2014]

Bertelsmann Stiftung (o. J.): Kitas bewegen – für die gute Gesunde Kita. Umsetzung. Landesprogramm Berlin.
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-6EAFB795-66FCE810/bst/hs.xsl/107651_107728.htm
[letzter Zugriff: 27.05.2014]

Bertelsmann Stiftung (o. J.): Kitas bewegen – für die gute Gesunde Kita. Umsetzung. Münster.
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-6EAFB795-66FCE810/bst/hs.xsl/107651_107726.htm
[letzter Zugriff: 27.05.2014]

Zimmer, Renate: Kindergärten in Bewegung – was zeichnet einen Bewegungskindergarten aus? Motorik – Zeitschrift für Motopädagogik und Mototherapie 35 (2012), 15-22.

Interventionszahlen der GKV aus den Präventionsberichten (GKV & MDS 2008ff.)

Interventionszahlen für das Setting Kita	Bericht 2008	Bericht 2009	Bericht 2010	Bericht 2011	Bericht 2012	Bericht 2013
	Angaben für 2007	Angaben für 2008	Angaben für 2009	Angaben für 2010	Angaben für 2011	Angaben für 2012
Anzahl der durch Aktivitäten erreichten Kitas	2.874	7.025	7.751	15.806	9.586	15.865
Anzahl der erreichten Personen im Setting Kita (direkt + indirekt); Schätzung	451.706	822.953	970.444	1.619.134	1.716.160	1.806.417
Schätzzahl der über Inter- ventionen in Kitas direkt erreichten Kinder (Zielgruppe: 3-6-Jährige)	155.938	274.755	333.455	483.340	509.252	528.869
Anzahl an Kitas mit Steuerungskreisen (Zielgruppe: 3-6-Jährige)	153	1.457	696	862	650	470
Durchgeführte Gesund- heitszirkel in Kitas	87	82	93	59	93	87

gesundheitsziele.de wird finanziell unterstützt durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



Evaluation durchgeführt von:



Impressum

Herausgeber:
Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V.
Geschäftsstelle *gesundheitsziele.de*
Hansaring 43, 50670 Köln
Tel.: +49 (0)221 912867-28
Fax: +49 (0)221 912867-10
gesundheitsziele@gvg.org
www.gesundheitsziele.de

Gestaltung: *www.dk-copiloten.de*, Köln
Druck: Druckhaus Süd GmbH, Köln

Stand: 02/2015

