

Gesundheitsförderung im Setting Kita

**Raimund Geene, Antje Richter-
Kornweitz, Petra Strehmel & Susanne
Borkowski**

**Prävention und
Gesundheitsförderung**

ISSN 1861-6755
Volume 11
Number 4

Präv Gesundheitsf (2016) 11:230-236
DOI 10.1007/s11553-016-0559-9



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Berlin Heidelberg. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Präv Gesundheitsf 2016 · 11:230–236
 DOI 10.1007/s11553-016-0559-9
 Online publiziert: 7. Oktober 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016



CrossMark

Raimund Geene¹ · Antje Richter-Kornweitz² · Petra Strehmel^{3,4} ·
 Susanne Borkowski⁵

¹ Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Kindliche Entwicklung und Gesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal, Stendal, Deutschland

² Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen, Hannover, Deutschland

³ HAW Hamburg, Hamburg, Deutschland

⁴ Bundesarbeitsgemeinschaft Bildung und Erziehung in der Kindheit, Hamburg, Deutschland

⁵ KinderStärken, Stendal, Deutschland

Gesundheitsförderung im Setting Kita

Ausgangslage und Perspektiven durch das Präventionsgesetz

Vorbemerkung

Mit dem Präventionsgesetz (PrävG) hat sich die Ausgangslage von Gesundheitsförderung (GF) in Kindertagesstätten (Kitas) deutlich verbessert: Erheblich höhere finanzielle Mittel und das Gebot der kassenübergreifenden Leistungserbringung können helfen, die beiden häufig im Handlungsfeld auftretenden Probleme der Ressourcenknappheit und der wettbewerblichen Konkurrenz von Krankenkassen zu reduzieren. Beste Aussichten also für das Setting Kita?

Dieser Frage wird im folgenden Beitrag nachgegangen, wobei die diskursive Verengung auf gesetzliche und untergesetzliche Änderungen, noch dazu in einem gerade erst begonnenen Entwicklungsprozess, zunächst nur zulässt, allgemeine Erkenntnisse zur Rahmenbildung zu generieren, die der Komplexität des Handlungsfeldes nur teilweise Rechnung tragen können.

Begriff und Struktur der Lebenswelten nach dem PrävG

Im Rahmen des Präventionsgesetzes ist der Settingansatz in deutscher Übersetzung als „Gesundheitsförderung in Lebenswelten“ erstmals gesetzlich geregelt. In einer sog. „Legaldefinition“ im SGB V § 20a Abs. 1 werden Lebenswelten defi-

niert als „für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports“, in denen „insbesondere Aufbau und Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen“ gefördert werden sollen. Die Krankenkassen sollen dazu „die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale (erheben) und Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten (entwickeln) und deren Umsetzung“ unterstützen, wobei sie nach Satz 4 „zusammenarbeiten und kassenübergreifende Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten erbringen.“ Gefordert ist dabei auch die Kooperation und Bereitschaft der Träger, die Eigenleistungen einbringen sollen.

In der Gesetzesbegründung werden Kitas als Setting besonders herausgestellt, „da hier Kinder im Alter vom ersten Lebensjahr bis zum Schulalter erreicht werden können und gerade in dieser Lebensphase gesundheitsförderliche Erlebens- und Verhaltensweisen geprägt werden können.“ Über die Lebenswelt sollen ferner die Familien und explizit erwähnt „auch Alleinerziehende“ erreicht werden.

In Abs. 3 Satz 1 werden Kitas nebst „sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, Schulen sowie den Lebenswelten älterer Menschen“ sogar explizit im Gesetz erwähnt als Aufgabenbereich, für den die Krankenkassen verpflichtet werden, die BZgA „mit der Entwicklung der Art und der Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und deren wissenschaftlicher Evaluation“ zu beauftragen.

Das Präventionsgesetz hat mit diesen Regelungen den Gestaltungsauftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Primärprävention in Deutschland insgesamt bestätigt und gefestigt. Künftig ist hier ein deutlich umfassenderes Engagement vorgesehen, und zwar sowohl finanziell – Erhöhung der verwendeten Mittel von bislang knapp 30 Mio. € auf nunmehr gesetzlich festgelegte etwa 150 Mio. € pro Jahr – als auch strukturell sollen die Leistungen doch zukünftig „kassenartübergreifend“ erfolgen. Begründet wird dies im Bundestagsbeschluss damit, dass „die sich in den Lebenswelten aufhaltenden Menschen in der Regel bei verschiedenen Krankenkassen versichert sind“ und „durch eine Bündelung der (...) Mittel die Effizienz und die Effektivität der Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in nicht-betrieblichen Le-

benswelten“ gesteigert werden sollen [5]. Während sich GF im Setting Kita zuvor überwiegend auf Aktivitäten einzelner Einrichtungen und Träger sowie durch Einzelkassen beschränkte, die Konzepte meist auf Einzelaspekte konzentriert und zeitlich limitiert waren, sind die Kassen zukünftig zu koordinierter und gebündelter Leistungserbringung verpflichtet, die sich insbesondere auf gesundheitsförderliche Strukturen bezieht.

Zur Sicherstellung der Wirksamkeit von Maßnahmen soll die Planung und Entwicklung der Aktivitäten „unter Beteiligung der Versicherten“ (§ 20a Abs. 1 Satz 3 SGB V) gewährleistet sein, wobei weder in Gesetz noch BRE detailliert wird, wie die Beteiligung ausgestaltet sein soll¹.

Bundesrahmenempfehlungen

In Umsetzung des gesetzlichen Auftrags hat die neu eingerichtete Nationale Präventionskonferenz im Februar 2016 Bundesrahmenempfehlungen (BRE) verabschiedet, in denen die lebenslagenbezogenen Handlungsfelder umrissen wurden. Die BRE dienen gemäß § 20d SGB V als zentraler Baustein einer Nationalen Präventionsstrategie und sollen insbesondere auf Qualität und Zusammenarbeit ausgerichtet sein. Die Beteiligung umfasst dabei auch die kommunalen Spitzenverbände und die oberen Landesjugendämter als Träger der öffentlichen Jugendhilfe.

In den konsentierten BRE wird an den Lebensverlaufansatz angeknüpft, der gesundes Aufwachsen als prioritären Zielbereich umfasst. Herausgestellt wird, dass „werdende und junge Eltern (...) tendenziell besonders empfänglich für Gesundheitsthemen“ sind [17], wobei besonderer Präventionsbedarf bei Alleinerziehenden und ihren Kindern ausgewiesen wird.

Über den Zugang „Kitas“ werden „Kinder und ihre Eltern (...) in ei-

ner Lebensphase erreicht, in der gesundheits- und sicherheitsförderliche Lebens- und Verhaltensweisen entscheidend geprägt und wichtige Grundsteine für die weitere Bildungs- und Persönlichkeitsentwicklung der Kinder gelegt werden. Ausgehend von der Lebenswelt Kita können auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden“ [17].

An anderer Stelle greifen die BRE die Gesundheit der Mitarbeiter auf, indem alle Bildungseinrichtungen auch als Betriebe und dadurch als Adressaten von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ausgewiesen werden. Zudem wird auf die Verantwortung der Kommunen in ihrer Rolle als Einrichtungsträger hingewiesen, denen die Aufgabe für Sicherheit und Gesundheit in den Lebenswelten zugewiesen wird.

Ausreichende Bewegung, gesunde Verpflegung, Resilienzförderung und Gewaltprävention werden als wesentliche Themen in Schulen und Kitas benannt, wozu auch Gesetzgebung, Bildungs- und Lehrplangestaltung sowie die Bereitstellung ausreichender Ressourcen für gesunde Schul- und Kita-Verpflegung beitragen. Besondere Bedeutung wird hier „den Übergängen der kindlichen Entwicklung bis zum Einstieg ins Erwachsenenalter“ beigemessen, die im Sinne von „Präventionsketten“ miteinander verzahnt und bedarfsgerecht gestaltet werden sollen. „Zielbezogene ressortübergreifende kommunale Strategien“ tragen darüber hinaus zur Sicherung nachhaltiger Strukturen bei [17].

Die BRE orientieren sich auf den „Gesundheitsförderungsprozess im Sinne eines Lernzyklus“ sowie eine systematische Integration von Sicherheit und Gesundheit in die Lebensweltprozesse. Die GKV ist dabei für Bedarfsermittlung und Zielentwicklung verantwortlich. Dazu zählen Beratung zu verhältnispräventiven Umgestaltungen sowie Initiierung von Gestaltungsprozessen inklusive entsprechendem Strukturaufbau (Steuerungsgremium wird hier als Beispiel genannt) sowie Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen und die Qualitätssicherung. Die

Unfallversicherung wird als ergänzender Akteur angeführt [17].

Als Dokumentations- und Berichtspflichten wird abschließend verwiesen auf den 4-jährigen Turnus des Präventionsberichts, der erstmals 2019 Adressaten, Zugangswege, Qualitätssicherung, Zusammenarbeit und Ausgabenhöhe darstellen soll. Gemäß § 20d Abs. 2 SGB V stellt der Präventionsbericht den zweiten Baustein der Nationalen Präventionsstrategie dar. Auch laut BRE soll der Bericht als Basis für die qualitätsgesicherte Weiterentwicklung dienen [17].

Die Regelungen der BRE definieren zentrale Anforderungen an Inhalt und Struktur zur GF nach dem Präventionsgesetz, die mit den Landesrahmenvereinbarungen spätestens 2017 in allen Bundesländern konkretisiert werden müssen.

Präventionsgesetz und BRE verweisen also insgesamt auf eine stärker koordinierte, strukturgestützte, prozessorientierte und zielgerichtete Leistungserbringung und greifen damit substantielle Anforderungen an eine moderne Gesundheitsförderung auf [25]. Sie bleiben jedoch allgemein und bedürfen einer breiten Umsetzung in der Praxis. Nachfolgend werden fachliche Anforderungen und praktische Erfahrungen im Setting Kita dargestellt und Anforderungen der konkreten Umsetzung dimensioniert.

Leitprinzipien Lebenswelt- und Sozillagenorientierung

Dem Settingansatz liegt „die Idee zu Grunde, dass Gesundheit kein abstraktes Ziel ist, sondern im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird“ [1]. Dabei ist der – durch das Präventionsgesetz untermauerte – Anspruch des § 20 SGB V zentral, dass die primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen beizutragen hat, was als Neuregelung um geschlechtsbezogene Ungleichheit erweitert wurde.

Durch die Lebensweltorientierung können Benachteiligte erreicht werden, ohne sie als solche zu stigmatisieren. Die Maßnahmen sollen dabei „Priorität auf Kontextbeeinflussung“ [23] legen und weniger (bzw. nur indirekt) individuelles Verhalten adressieren. Ziel ist es, die jeweilige Lebenswelt so zu ge-

¹ Eine nicht definierte Form der Beteiligung kann zu „Alibi“-Partizipation führen. Umgekehrt zeigt die Vorgabe des Bundeskinderschutzgesetzes, die die Erteilung der Betriebserlaubnis gemäß § 45 Absatz 2 SGB VIII an die Vorlage von Beteiligungskonzepten koppelt, dass konkrete Verpflichtungen die Auseinandersetzung mit Partizipation dynamisieren können.

Zusammenfassung · Abstract

stalten, dass die von ihr ausgehenden Belastungen möglichst gering gehalten und zugleich unterstützende Strukturen entwickelt und gestärkt werden. Daher gilt GF nach dem Settingansatz als vergleichsweise diskriminierungsarm [9].

Der Settingansatz ist eine Form der Organisationsentwicklung, wobei sich die Beteiligten kollektiv und individuell als selbstwirksam erleben sollen. Rosenbrock nennt dies eine „synthetisch induzierte soziale Reformbewegung für das jeweilige Setting“ [24]. Entsprechend solle es keine Verengung auf Teilziele (wie „gesunde Ernährung“) geben; vielmehr können gerade unspezifische Zielsetzungen („Verbesserung des Zusammenlebens“) oder solche ohne direkten Bezug zu Gesundheit („nutzerorientierte Gestaltung öffentlicher Räume“) geeignete Ansatzpunkte sein. In der Praxis erfolgt der Einstieg allerdings viel zu häufig über punktuelle Ziele. Dies ist nicht grundsätzlich problematisch. Es sollte jedoch konzeptuell abgesichert werden, dass die Phase der Teilziele und der zugrunde liegenden Problemorientierung im Projektverlauf überwunden wird, um Selbstwirksamkeitserfahrungen über Partizipation und kollektive Förderung von Wohlbefinden zu ermöglichen [9].

Kitas als Setting der GF

Der Settingansatz ist umso besser umsetzbar, je konkreter die Art der Beziehungen innerhalb einer Lebenswelt definiert und geregelt ist. Dies ist deutlich in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) der Fall, denn Betriebe besitzen hohe Verbindlichkeit und definierte Entscheidungsstrukturen. Die BGF gilt als besonderes Erfolgsmodell, auch weil ihre Wirkungen sich in eindeutig messbaren Werten wie Arbeitsfehlzeiten ausdrücken [6].

Neben der BGF haben die Krankenkassen schon bislang Maßnahmen in Lebenswelten wie Kita und Schule sowie Stadtteil durchgeführt. Unter den gemäß Präventionsbericht 2013 von der GKV erreichten 29.000 nicht-betrieblichen Settings dominieren mit 57 % ($n = 16.557$) die Kitas [14].

Präv Gesundheitsf 2016 · 11:230–236 DOI 10.1007/s11553-016-0559-9
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

R. Geene · A. Richter-Kornweitz · P. Strehmel · S. Borkowski

Gesundheitsförderung im Setting Kita. Ausgangslage und Perspektiven durch das Präventionsgesetz

Zusammenfassung

Hintergrund. Kita wird in Präventionsgesetz und Bundesrahmenempfehlungen als zentrales Setting der Gesundheitsförderung (GF) benannt. Die konkreten Regelungen und ihre Ausgestaltungen sind bislang nur allgemein skizziert.

Fragestellung. Wie kann Kita als Setting der GF weiter profiliert werden?

Methoden. Es werden die neuen gesetzlichen Regelungen für den Settingansatz sowie der auf Kita bezogenen Vereinbarungen der Nationalen Präventionskonferenz, Abgleich mit feldspezifischen Herausforderungen für GF in Kitas, Analyse der aktuellen Situation und Identifikation von Handlungsbedarfen auf Basis der Evaluation des Gesundheitsziels und des Bundesgesundheitsberichts dargestellt.

Ergebnisse. Das Präventionsgesetz hat die Ausgangslage für GF in Kitas insbesondere finanziell verbessert. Kitas sind ein dynamisches Arbeitsfeld mit hohem Potenzial

für GF. Durch die Bildungsprogramme bestehen zahlreiche Anknüpfungsoptionen. Es gibt bereits eine Vielzahl an Aktivitäten, insbesondere durch Krankenkassen, die jedoch insgesamt eher inselartig verlaufen. **Schlussfolgerung.** Die neuen Möglichkeiten sollten dazu genutzt werden, die quantitativ gute Entwicklung durch Koordination und Qualitätsentwicklung zu verstärken und feldspezifische Anforderungen (BGF, Zusammenarbeit mit Eltern, Partizipation, regionale Vernetzung) zu bedienen. Es bedarf einer Abkehr der bisherigen Einzelmaßnahmen hin zu gebündelten und kassenübergreifenden Aktivitäten im Sinne gesundheitsförderlicher, partizipativer Organisationsentwicklung in Kitas.

Schlüsselwörter

Bundesrahmenempfehlungen · Kindertagesstätten · Partizipation · Qualitätsentwicklung · Strukturaufbau

Health promotion programs in daycare centers for children. Status quo and new perspectives through the Prevention Law

Abstract

Background. The German law to strengthen health promotion and prevention (Prevention Law, PraevG 2015) along with the Federal Recommendations Framework recognize daycare centers for children as a central setting for health promotion. However, concrete regulations and strategies to support implementation are currently lacking.

Objective. The objective of this article is to discuss how day-care centers for children can be established as a central setting for health promotion in practice.

Methods. The new legal regulations for the setting approach and the agreements with daycare centers of the national prevention conference are presented, the field-specific challenges for health care promotion in daycare centers are compared, the current situation is analyzed, and the needs for action are identified based on the evaluation of the health objective and the federal health report.

Results. The Prevention Law (PraevG 2015) has substantially improved the situation to

initiate health promotion activities in daycare centers for children. Educational frameworks offer a number of points for further contact regarding health promotion activities. While a large number of health promotion activities already exist, they mainly tend to be isolated projects offered by various health insurance funds rather than a coordinated approach.

Conclusion. New opportunities should be used to focus on quality development and coordination of the existing programs with due consideration of field-specific requirements. A comprehensive strategy to promote and guide coordinated efforts for activities is needed to replace the current trend of isolated programs.

Keywords

Federal Recommendations Framework · Pre-school · Participation · Quality development · Program development

Die starke Ausrichtung auf Kitas folgt zunächst der Erkenntnis, dass sich im frühen Kindesalter gesundheitlich bedeutsame Verhaltensweisen und Lebensstile herausbilden und stabilisieren, die sich in höheren Altersgruppen zu konkreten Gesundheitsressourcen, aber auch -gefahren entwickeln können. Kitas bieten als erste Orte der „Außenwelt“ („sekundäre Sozialisationsinstanz“, [10]) besondere Möglichkeiten der familiären Förderung. Der Besuch einer Kita wirkt sich, im Vergleich zu Kindern ohne Kita-Besuch, grundsätzlich positiv aus – sowohl hinsichtlich Gesundheitseffekten [4] als auch künftigen Bildungsgewinnen, wobei auch Ansätze zur Verminderung sozialer Ungleichheit nachgewiesen werden konnten (im Überblick [7]). Sozial belastete Familien nutzen Kitas inzwischen zunehmend, insbesondere dort, wo ihre Nutzung kostenfrei ist [2, 18]. Doch es bestehen weiterhin signifikante Unterschiede sowohl bei der grundsätzlichen Nutzung der formalen Angebote als auch im täglichen Betreuungsumfang bei unter 3-Jährigen in Abhängigkeit von sozioökonomischem Status der Familie, Familienform, Migrationshintergrund und regionalen Aspekten. Diese Unterschiede fallen bei Nutzung der nonformalen² Angebote noch größer aus [2, 20, 26]. Festgestellt werden Distanz und Zurückhaltung, sei es aus der Sorge vor Diskriminierung (Vermeidungsstrategie), aus dem Gefühl der Fremdheit (Schwellenängste, fehlender Kenntnis des deutschen Betreuungssystems aufgrund anderer Erfahrungen in den Herkunftsländern) oder weil sie sich nicht angesprochen fühlen [9].

Gezielte Maßnahmen, um Eltern zu erreichen und über die Möglichkeiten des Kinderbetreuungssystems frühzeitig zu informieren sowie eine Vergabe begehrter Betreuungsplätze nach Kriterien, die auch auf benachteiligte Familien zugeschnitten sind, gehören als Instrumente

² Nonformale Förderangebote finden in der Regel außerhalb des staatlich finanzierten und regulierten Bildungs- und Betreuungssystems statt, sie umfassen z. B. sportliche, musische oder andere künstlerische Angebote und Eltern-Kind-Gruppen, die nicht wie Kindertageseinrichtungen der öffentlich geförderten Kinder- und Jugendhilfe zuzuordnen sind (vgl. [26]).

der Verhältnisprävention zu den vorrangigen Aufgaben in diesem Kontext. Diese Art der Zugangsprobleme ist ressortübergreifend zu lösen, um anknüpfend weitere Maßnahmen der GF ansetzen zu können. Im nächsten Schritt geht es um Orientierungsqualität, d. h. um Empfehlungen zur Berücksichtigung des Familienkontextes, die sich auf den Abbau von Zugangsschwellen von und zu Eltern richten und ein gezieltes Eingehen auf die Heterogenität der Elternschaft und ihre kulturelle und sprachliche Vielfalt [19].

Längsschnittuntersuchungen zur Entwicklung von Kindern im Kontext von Familie und Institutionen zeigen Viernickel et al. [31]: Um Maßnahmen für die Kinder wirksam zu implementieren, müssen Eltern „mitgenommen“ und über pädagogischen Angebote nicht nur informiert, sondern möglichst auch motiviert und angeleitet werden, die von den Kindern gelernten Inhalte und Kompetenzen in der Familie aufzugreifen und umzusetzen. Kitas folgen hier zunehmend dem Modell des britischen „Sure-start“-Programms im Sinne einer Entwicklung zu „family centers“ und nehmen psychosoziale Problemlagen der Eltern stärker in den Blick [2]. Erfolgreich sind in der Bildungsförderung und der Förderung der Zusammenarbeit mit Eltern außerdem zugehende Multiplikatorenprogramme wie „Rucksack“ oder „Griffbereit“, „Opstapje“ oder „Hippy“, weshalb die kontinuierliche Verknüpfung dieser Programme mit Themen der GF zu empfehlen ist.

Neben der Förderung der Kinder und ihrer Eltern sind insbesondere Personal sowie indirekt Kita-Träger und -Umfeld wichtige Adressaten. Für das pädagogische Personal erscheint BGF angesichts alarmierender Forschungsergebnisse zu den gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen der Fach- und Leitungskräfte in Kitas [26, 30] hoch relevant.

Leitungskräfte können ihre Mitarbeiter „salutogen“ führen [28] und mit Maßnahmen der BGF, gezielter Personalentwicklung sowie einer individuell angepassten, auch altersgerechten Arbeitsplatzgestaltung [15] die gesundheitlichen Ressourcen des Personals in ihrer Einrichtung stärken und fördern.

GF zur Unterstützung des Bildungsauftrags

Die GF ist eher ein indirektes Ziel der Kitas. Im Vordergrund steht für sie die Umsetzung des pädagogischen Auftrags [16]. Alle Bildungspläne der Bundesländer weisen einen Bildungsbereich zu Körper, Bewegung und/oder Gesundheit auf und korrespondieren insofern mit dem neurologisch, entwicklungsphysiologisch und -psychologisch vielfach belegten, intrinsischen Interesse der Kinder an Körper(grenz)erfahrungen [8, 19].

Im frühpädagogischen Bereich ist Bildung eng mit einer selbsttätigen Aneignung von Wissen, der „Entwicklung von Kompetenzen und Fähigkeiten durch die Auseinandersetzung mit anderen Menschen in einem sozialen und institutionellen Kontext sowie [der] Beschäftigung mit der materiellen Umwelt“ verknüpft [29]. Die daraus abgeleiteten Anforderungen an die Erzieher bestehen übergeordnet in der Frage der Gestaltung von kokonstruktiven Bildungsprozessen zur Begleitung von kindlicher Entwicklung [2]. Auffällig sind die hohen Schnittmengen von GF und kindzentrierten Bildungsansätzen im Elementarbereich. Resilienzkonzepte und das kokonstruktive Bildungsverständnis entsprechen weitgehend dem ressourcenorientierten Ansatz der Salutogenese, insbesondere hinsichtlich Empowerment und Partizipation [2]. Obwohl die Schnittmenge deutlich ist, wird Gesundheit im Kita-Bereich weiterhin vielfach verkürzt als Gesundheits-, Ernährungs- oder Bewegungserziehung verstanden. Insofern erleben die Fachkräfte GF häufig als zusätzliche Arbeitsaufgabe und können Ansätze der GF oft noch zu wenig als Unterstützung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags nutzen [12]. Um diesem Missverständnis entgegenzuwirken, plädiert der „Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita“ [19] dafür, Bildung und Gesundheit füreinander fruchtbar zu machen, wobei Gesundheit sowohl Ergebnis als auch Ausgangspunkt für gelingende Bildungsprozesse darstellt.

GF als Vernetzungsaufgabe

Das „soziale Umfeld“ mit Partnern wie Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Frühen Hilfen, therapeutischen Angeboten und Beratungsstellen, Familienbildung und Schulen stellt ein wichtiges Handlungsfeld dar, um Kinder und Familien in ihrem Lebensraum optimal zu begleiten und zu unterstützen [22]. Ein bedeutsames Ziel ist beispielsweise der Austausch von Kompetenzen, Leistungen und Erfahrungen, die das Angebot von Kindertagesstätten ergänzen und erweitern können, aber auch die gemeinsame Gestaltung von Übergängen und Bildungsprozessen. Kitas bilden ein wichtiges Glied im Rahmen kommunaler integrierter Strategien (Präventionsketten, [11]). Die Vernetzungsaufgabe verweist insbesondere auf das Setting Kommune als „Dach-Setting“ [8]. Die in Präventionsgesetz und BRE vorgesehene verstärkte Verknüpfung mit kommunalen Akteuren bietet dabei einen wichtigen Bezugspunkt.

GF als Aufgabe von Leitung und Management

In der Kindheitspädagogik werden verstärkt Konzepte aus dem Bereich der Arbeits- und Organisationspsychologie bzw. der BGF aufgegriffen und adaptiert [29]. Bei insgesamt noch unzureichender Datenlage weisen erste bundesweite Modelluntersuchungen [27] ebenso wie Qualitätsstandards aus dem Feld [31] auf hohe Be- und Überlastung von Fach- und Führungskräften in Kitas hin.

Dahinter steht die Erkenntnis, dass das Ausmaß gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz durch Umgebungsfaktoren und den Personalschlüssel, ebenso aber auch durch die Führungsqualitäten der Leitung, die Unterstützung durch den Träger, die Möglichkeit zur Reflexion im Team und zur Selbstreflexion beeinflusst wird. Die Wirksamkeit pädagogischer Konzepte ist diesen Faktoren auf längere Sicht unterzuordnen; d. h. auch gut begründete pädagogische Konzepte können ihre beabsichtigte Wirkung nicht entfalten, wenn diese grundlegenden qualitativen Anforderungen nicht gesichert sind [30, 32]. Dies gilt auch

für Konzepte settingorientierter GF. Ein „Mehr an Aktivitäten“ der GF wie ein stärkerer Adressatenbezug auf Kinder und Eltern oder auch zur Vernetzung ist ohne Beachtung dieser Qualitätsaspekte kaum möglich [9].

Gesundheitsbezogene Fort- und Weiterbildungsangebote setzen beim Personal der Kita sowie des Trägers an [20]. So werden ausgehend von den spezifischen institutionellen Bedingungen, Bildungszielen und Möglichkeiten Selbstlernprozesse im Sinne einer gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung angestoßen. Dabei ist jeweils der Prozess des Transfers zu berücksichtigen, der in hohem Maße abhängig ist von Lerngelegenheiten zur Kompetenzentwicklung, vom Wohlbefinden sowie von Partizipations- und Austauschmöglichkeiten der Fachkräfte. Auch Organisationskultur (Werte, Normen, päd. Schwerpunkte etc.) und Organisationsklima (Atmosphäre einer Einrichtung) tragen unmittelbar zum Gelingen des Transferprozesses bei [29]. Partizipationsförderung trägt auch dem Umstand Rechnung, dass Partizipation (Kindern und Eltern gegenüber) nur gelebt werden kann, wenn die Gestaltung der eigenen Lebens- und Arbeitsbedingungen beeinflussbar ist [3].

Evaluation der GF im Setting Kita

Im Auftrag des Kooperationsverbundes Gesundheitsziele.de wurde 2015 eine Erfolgsabschätzung der Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ vorgenommen [7], in der vorliegende Daten zur Gesundheit in Kitas im Überblick zusammengetragen und analysiert wurden. Im Ergebnis zeigt sich, dass GF im Setting Kita in den vergangenen Jahren überwiegend deutlich voran gekommen ist, was insbesondere durch vermehrte Aktivitäten der Krankenkassen erklärt werden kann, aber auch über die Vielzahl von Programmen der Träger sowie normative Regelungen der Landesbildungspläne.

Allerdings erscheint die Versorgungslage trotz der deutlichen Zunahme an Aktivitäten und praxisfähigen Handlungsansätzen in Quantität und Qualität

intransparent, unsystematisch und heterogen. Insgesamt sind hohe Varianzen in Verbreitung, Nutzung und Umsetzungsgüte gesundheitsbezogener Struktur- und Prozessmerkmale in Kitas zu konstatieren. Ungesichert sind Distribution und Nutzung der verfügbaren Handreichungen und Angebote. Geschuldet sind diese Varianzen einerseits den unterschiedlichen Landesgesetzen, andererseits der Schlüsselrolle der Träger, die sich u. a. ausdrückt durch die Gewährung von Freistellungen und Personalersatz für Qualifizierungsmaßnahmen, Übernahme von BGF-Maßnahmen, Schaffung von Spielräumen für altersgerechte Arbeitsgestaltung sowie Steuerung der Rahmenbedingungen wie Vereinbarungen mit externen Essensanbietern. Idealerweise, so die Schlussfolgerung der Evaluation, bedarf es hier eines laufenden Monitorings und einer nationalen Koordinierung für GF in Kitas [7].

Bundesgesundheitsbericht zu Gesundheit in Kitas

Zu analogen Ergebnissen kommt auch der Bundesgesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts in seinem Überblick zu GF in Kitas. Durch Einführung der Bildungsrahmenpläne seit 2004 sind inzwischen im überwiegenden Teil aller Kitas Maßnahmen umgesetzt, insbesondere „wenn die Einrichtungen in eine überregionale Trägerschaft eingebunden sind“ [23]. Als zentrale Akteure haben sich dabei die Krankenkassen profiliert.

Unter Bezug auf die BeGKi-Studie [13] wird darauf verwiesen, „dass weniger als die Hälfte der Projekte auf strukturierten Programmen mit expliziter Zielsetzung, Methodik und Dauer sowie Qualitätssicherung beruhen“. So sind Steuerungskreise nur in 13 % der Settings integriert. Insgesamt wird kritisiert, dass „der Setting-Ansatz häufig nicht konzeptionell umgesetzt“ wird [23].

Herausgestellt werden auch flankierende Maßnahmen anderer Politikbereiche – hier insbesondere das Bundesprogramm Frühe Hilfen sowie Modellprogramme auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die jedoch insgesamt eher vereinzelt realisiert werden.

Schlussfolgernd empfiehlt der Bericht, den Settingansatz in Kitas und Schulen als „partizipative Organisationsentwicklung“ im Sinne von „Mehr-Themen-Interventionen“ möglichst flächendeckend umzusetzen. Eine gemeinsame Handlungsstrategie solle dabei auch Qualitätssicherungs- und Evaluationsmaßnahmen für Kitas und Schulen sowie Integration von GF in Aus- und Weiterbildung pädagogischer Fachkräfte anstoßen und insgesamt stärker auf Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen orientieren.

Perspektiven der GF in Kitas

Die hier skizzierte Dynamik wird sich im Zuge der Erhöhung der Finanzmittel und der Verpflichtung zur kassenübergreifenden Leistungserbringung und Koordination noch weiter verstärken. Zwar ist schon eine Vielzahl an Aktivitäten entwickelt, es mangelt jedoch an flächendeckender Umsetzung und nachhaltiger Verankerung. So fehlen vielen Projekten finanziell, organisatorisch oder rechtlich stabile Grundlagen. Hier wird häufig von „Projektitis“ gesprochen; als Schlagwort bezeichnet es die Problematik, dass Projekte oft nur kurzfristig finanziert werden und vor ihrer Etablierung schon wieder enden. Mangels Ausdauer und Qualitätsstandards sind Projekte so oft eher an kurzfristigen Erfolgen statt an nachhaltigem Strukturaufbau orientiert [8, 21].

Schließlich fehlt es mitunter an kritischer Reflektion des normativen Anspruchs, der sich in sein Gegenteil verkehren kann (im Sinne des „blaming the victims“), wie sich deutlich bei Familien zeigt, deren Autonomie keinesfalls eingeschränkt werden darf [9]. Hier ist der Blick auf die Beteiligten (Kinder, Eltern, pädagogische Fach- und Führungskräfte, Träger) konzeptionell, methodisch und strukturell zu schärfen. Sowohl Methoden der Kooperation mit den Eltern wie auch Strategien des Personalmanagements sollten verstärkt mit GF verknüpft werden, insgesamt dem Leitbild der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung folgend [6].

Flächendeckende Strukturen und Netzwerke

Heute schon wird die Praxis der GF durch engagierte Netzwerkakteure gestützt. Auf lokaler Ebene kommt diese Rolle meist dem Öffentlichen Gesundheitsdienst zu, der dies trotz des engen Personal- und Finanzbudgets mancherorts mit hohem Engagement ausfüllt, wie beispielsweise die Aktivitäten im Rahmen des gesunde-Städte-Netzwerks und des kommunalen Partnerprozesses aufzeigen. Hier werden (insbesondere kommunale) integrierte Konzepte entwickelt, die gesundheitsförderliche Settings kohärent verbinden und stabilisieren [11]. Deutlich wird daran auch: Kitas allein wie auch die Einrichtungsträger können die für eine nachhaltige GF in der Kinderbetreuung erforderlichen Netzwerkaktivitäten auf kommunaler Ebene nicht leisten. Sie sind auf die Einbindung in koordinierte ressortübergreifende Netzwerke der Gesundheitsförderung und Prävention angewiesen.

In fast allen Bundesländern bestehen Landesvereinigungen für Gesundheitsförderung, die sich für Vernetzung engagieren. Auf Bundesebene sind sie im „Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit“ sowie in der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung (BVPG) zusammengeschlossen und tauschen sich laufend auf Koordinierungstreffen sowie innerhalb zahlreicher Fachtagungen, Netzwerktreffen und Regionalkonferenzen und dem jährlichen Bundeskongress „Armut und Gesundheit“ aus. Diese Strukturen bieten gute Anschlussmöglichkeiten für eine koordinierte GF auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene, die von den Krankenkassen in ihrem Gestaltungsauftrag im Setting Kita genutzt werden sollten [8].

In PräVG und BRE sind die zentralen Zugänge und Strukturanforderungen für eine tragfähige GF in Kitas prinzipiell richtig benannt. Die feldspezifischen Inhalte des Settings Kita (Bildungsprogramme, Arbeitsplatzgestaltung, Zusammenarbeit mit Eltern, Qualitätsentwicklung) und ihre Anforderungen an Nachhaltigkeit sind aber noch kaum aufgegriffen.

Es fehlt an Klärung der Zuständigkeit und einem gemeinsamen „Start“ hin zu einer Offensive für Qualität, Nachhaltigkeit und Flächendeckung/„Roll-out“. Dazu bedarf es eines expliziten Auftrags an Koordinierungsstellen, insbesondere bei der BZgA, aber auch in den Ländern und v. a. den Kommunen hinsichtlich ihrer Funktion als „Dach-Setting“. Die Koordination muss auf den jeweiligen Ebenen mit entsprechend ausreichenden Ressourcen ausgestattet werden. Zudem sollte sie die Kooperation mit den Trägern suchen und sich den Anforderungen an Qualitätsentwicklungen und Bedarfsermittlungen/Monitoring widmen, um den bestehenden „Flickenteppich“ aus Einzelprojekten zu überwinden [7].

Ungeachtet aller organisatorischen und strukturellen Probleme, die in der Umsetzung des Gesetzes in den nächsten Jahren entstehen werden, zeigt der Überblick deutlich: das Präventionsgesetz hat die Rahmenbedingungen für die GF in Kitas wesentlich verbessert.

Fazit für die Praxis

Kita ist ein hochdynamisches Setting, über das Kinder, Eltern und Fachkräfte gut zu erreichen sind und umfassend beteiligt werden können (Partizipation). Kindzentrierte Bildungsansätze und Methoden der GF weisen große Schnittmengen auf.

GF findet zumeist auf Projektebene statt und bislang weniger als umfassender Settingansatz.

GF sollte in diesem Sinne als integrales Konzept der Organisationsentwicklung verstanden werden. Dazu braucht es ein Verständnis von GF als

- Unterstützung des Bildungsauftrags,
- Aufgabe von Leitung und Management,
- Vernetzungsaufgabe.

Das Präventionsgesetz bietet die Chance, Kitas auch im Hinblick auf die Gestaltung der gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und in Vernetzung mit Schulen, Frühen Hilfen und weiteren lokalen Akteuren zu unterstützen.

Originalarbeit

Es bedarf Koordinierung, Monitoring und Verstärkung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. R. Geene

Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Kindliche Entwicklung und Gesundheit, Hochschule Magdeburg-Stendal
Osterburger Str. 25,
39576 Stendal, Deutschland
raimund.geene@hs-magdeburg.de

Danksagung. Die Autorinnen und der Autor danken Melanie Lubke und Britta Bacchetta für die Hilfe beim Erstellen des Manuskripts.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Geene, A. Richter-Kornweitz, P. Strehmel und S. Borkowski geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Altgeld T (2004) Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Expertise. Stiftung SPI, Berlin
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2016) Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bertelsmann, Bielefeld
- Borkowski S, Schmitt A (2013) Ressourcenorientierung in der Elementarpädagogik. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S 279–304
- Butler J, Nguyen Q (2013) Einrichtungsbesuch und Kindergesundheit im Bezirk Berlin-Mitte. Bezirk Mitte, OE Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination, Berlin
- Deutscher Bundestag (2015) Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 17.06.2015. Drucksache 18/5261. Bundesanzeiger, Köln
- Faller G (2010) Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Huber, Bern
- Geene R, Kliche T, Borkowski S (2015) Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung im Setting Kita. Erfolgsabschätzung der Gesundheitsziele im Setting Kita und Ableitung eines Evaluationskonzepts. Expertise im Auftrag des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de. GVG, Köln
- Geene R, Lehmann F, Höppner C et al (2013) Gesundheitsförderung – Eine Strategie für Ressourcen. In: Geene R, Höppner C, Lehmann F (Hrsg) Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt. Gesunde Entwicklung, Bad Gandersheim, S 19–58
- Geene R, Rosenbrock R (2012) Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen. In: Gold C, Lehmann F (Hrsg) Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. BZgA, Köln, S 46–75
- Hurrelmann K (2006) Einführung in die Sozialisationstheorie. Beltz, Weinheim
- Kilian H, Lehmann F (2014) Präventionsketten. J Gesundheitsförd 2:42–45
- Kliche T (2011) Determinanten der Arbeitszufriedenheit und die Breitenwirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung in Kitas. Eine bundesweite Querschnittsstudie. Papst Science Publishers, Lengerich
- Kliche T, Gesell S, Nyenhuis N et al (2008) Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Juventa, Weinheim
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (2014) Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2013. GKV-Spitzenverband, Berlin, Essen
- Müller-Djalili C, Schaaf M (2012) Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Mitarbeitende. Kita Aktuell Nd 11:253–255
- Nagel-Prinz SM, Paulus P (2009) Gesundheit versus Bildung? Auf dem Weg zu einer Verknüpfung von Bildung und Gesundheit. Prävention 3:70–73
- Nationale Präventionskonferenz (2016) Bundesrahmenempfehlungen. Verabschiedet am 19. Februar 2016 auf der 2. Sitzung der Nationalen Präventionskonferenz
- Olk T (2013) Alle Kinder gezielt fördern. DJI Impulse 1:16–18
- Preissing C, Schneider B (2012) Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Rauschenbach T, Grgic M, Lotte J (2014) Der U3-Ausbau – die Last der großen Hoffnungen. Eine Zwischenbilanz. DJI Impulse 3:7–10
- Richter-Kornweitz A, Altgeld T (2010) Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte. Broschüre. LVG, Berlin, Hannover
- Richter-Kornweitz A (2011) Gesundheitsförderung und Kindertagesstätten. In: BZgA (Hrsg) Leitbezüge der Gesundheitsförderung und Prävention. BZgA, Köln, S 246–249
- Robert-Koch-Institut (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rosenbrock R (2004) Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Rosenbrock R, Bellwinkel M, Schröder A (Hrsg) Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit, Wissenschaftliches Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven, S 7–149
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2014) Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Aufl. Huber, Bern
- Schober PS, Spieß KC (2012) Frühe Förderung und Betreuung von Kindern: Bedeutende Unterschiede bei der Inanspruchnahme besonders in den ersten Lebensjahren. DIW Wochenbericht, Bd. 43/2012. DIW, Berlin
- Schreyer I, Krause M, Brandl M et al (2014) AQUA – Arbeitsplatz und Qualität in Kitas. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Staatsinstitut für Frühpädagogik. Staatsinstitut für Pädagogik, München
- Strehmel P (2010) Gesundheitsförderliche Führung und Teamleitung bei KiGG. Kita Spez 3:26–30 (Sonderausgabe: Pädagogische Qualitätsentwicklung und Gesundheitsmanagement in Kitas neu denken! Integriertes Gesundheitsmanagement im Konzept KiGG)
- Strehmel P, Ulber D (2014) Leitung von Kindertageseinrichtungen. DJI, München
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (2014) Gesundheit am Arbeitsplatz Kita. Ressourcen stärken, Belastungen mindern. Prävention in NRW, Bd. 55. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf
- Viernickel S, Fuchs-Rechlin K, Strehmel P (Hrsg) (2016) Qualität für alle. Wissenschaftlich begründete Standards für die Kindertagesbetreuung. Herder, Freiburg
- Viernickel S, Voss A (2013) STEGE. Strukturqualität und Erzieher_innengesundheit in Kindertageseinrichtungen. Wissenschaftlicher Abschlussbericht. Alice Salomon Hochschule, Berlin