



GKV-Bündnis für
GESUNDHEIT

Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagementsystemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände

ERGEBNISBERICHT



Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände

Ergebnisbericht

Impressum

Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände
Ergebnisbericht

Bearbeitungszeitraum: 01.04.2019–25.11.2019

Autorinnen und Autoren: Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin, Anna Titze, Justus Peters, Alessia Smurra,
Prof. Dr. Jürgen Bauknecht
Fließner Fachhochschule Düsseldorf, Geschwister-Aufricht-Straße 9, 40489 Düsseldorf

Auftraggeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V Abs. 3 und 4

Herausgeber: GKV-Spitzenverband, Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin

Gestaltung: BBGK Berliner Botschaft
Fotonachweis: Tobias Vollmer, Köln

DOI: <https://doi.org/10.17623/GKV-BfG-EB-QMKita-2021>

Diese Studie ist wie folgt zu zitieren:

Fuchs-Rechlin, K., Titze, A., Peters, J., Smurra, A. & Bauknecht, J. (2021). *Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände. Ergebnisbericht*. Hrsg.: GKV-Spitzenverband. Berlin.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung.

Berlin, 2021

Das **GKV-Bündnis für Gesundheit** ist eine gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert dabei u. a. Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation. Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 20a Abs. 3 und 4 SGB V die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung damit beauftragt, die Aufgaben des GKV-Bündnisses für Gesundheit mit Mitteln der Krankenkassen umzusetzen.

www.gkv-buendnis.de

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V



Inhalt

Verzeichnisse	7
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	7
Abstract	10
1 Einleitung	11
2 Herleitung und Aufbau des Referenzrahmens	13
2.1 Theoretische Rahmung des Referenzrahmens	13
2.1.1 Setting-Ansatz im Leitfaden Prävention	13
2.1.2 Public Health Action Cycle	14
2.2 Standards der Gesundheitsförderung in der Frühen Bildung	15
2.2.1 Bildungspläne	15
2.2.2 Förderprogramme	17
2.2.3 Zertifizierungen	22
2.2.4 Methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik	26
2.2.5 Bestehende Referenzrahmen	28
2.2.6 Zusammenfassung	30
2.3 Struktur und Aufbau des Referenzrahmens	31
2.3.1 (A) Strukturmerkmale der Einrichtungen	33
2.3.2 (B) Gesundheitsbereiche	36
2.3.3 (C) Ergebnisqualität	48
2.4 Zusammenfassung	50
3 Methodisches Vorgehen der Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen	51
3.1 Dokumentenanalysen	51
3.1.1 Stichprobenziehung und Rücklauf	51
3.1.2 Auswertung der Dokumente	56
3.2 Experteninterviews	57
3.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten	58
3.2.2 Auswertung der Experteninterviews	58
4 Ergebnisse der Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen	59
4.1 Gesundheitsförderung in Einrichtungskonzeptionen	59
4.1.1 Beschreibung der Einrichtungskonzeptionen	59
4.1.2 Ziele von Gesundheitsförderung	60
4.1.3 Disziplinäre und wissenschaftliche Bezüge	63
4.1.4 Thematisch-inhaltliche Bezüge	65
4.1.5 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität	67
4.1.6 Zusammenfassende Ergebnisse zu den Einrichtungskonzeptionen	73
4.2 Gesundheitsförderung in einrichtungsspezifischem Qualitätsmanagement-Material	74
4.2.1 Beschreibung des Qualitätsmanagement-Materials	74
4.2.2 Thematisch inhaltliche Bezüge	76
4.2.3 Zusammenfassende Ergebnisse zu den einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagement-Materialien	85
4.3 Gesundheitsförderung in Mantel- und Rahmenhandbüchern bzw. in QM-Kriterienkatalogen	86
4.3.1 Beschreibung der Mantel- und Rahmenhandbücher bzw. der QM-Kriterienkataloge	86
4.3.2 Ziele von Gesundheitsförderung	91
4.3.3 Disziplinäre und wissenschaftliche Bezüge	95
4.3.4 Thematisch-inhaltliche Bezüge	98
4.3.5 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität	102
4.3.6 Kernprozesse zur Gesundheitsförderung	106
4.3.7 Ressourcen der Leistungserbringung	110
4.3.8 Evaluation der Leistungserbringung	111
4.3.9 Betriebliche Gesundheitsförderung	114
4.3.10 Zusammenfassende Ergebnisse zu den Mantel- und Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen	115
4.4 Vergleichende Betrachtung der Materialien	116
5 Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen aus Sicht der Expertinnen und Experten	119
5.1 Stellenwert von Gesundheitsförderung in Kitas	119
5.2 Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen	121
5.3 Partizipation von Eltern/Bezugspersonen, Kindern und Fachkräften	124
5.4 Handlungs- und Entwicklungsbedarfe	124
5.5 Fördernde und hinderliche Bedingungen für die Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen	126
5.6 Weiterentwicklungsbedarfe und Empfehlungen	128

6 Zusammenfassung und Empfehlungen.....	131
Literaturverzeichnis.....	137
Verzeichnis der Bildungspläne.....	144
Anhang	148
Kategoriensystem der Analyse (Referenzrahmen).....	148
Einladungsschreiben an die Einrichtungen und Projektinformation	176
Kurzfragebogen.....	178
Leitfaden für die Expertengespräche.....	181

Verzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Exemplarische Darstellung der formalen Struktur des Referenzrahmens.....	30
Abbildung 2: Zusammenfassende Darstellung der Empfehlungen zur Implementierung von Gesundheitsförderung in Kitas.....	135

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gesundheit und gesundheitsbezogene Bildungsbereiche in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Bundesländer	17
Tabelle 2: Förderprogramme.....	19
Tabelle 3: Übersicht über die gesundheitspezifischen Zertifizierungsverfahren.....	24
Tabelle 4: Frühpädagogische Ansätze.....	26
Tabelle 5: Methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik.....	27
Tabelle 6: Strukturmerkmale der Einrichtungen	34
Tabelle 7: Dimensionen und Kriterien der Gesundheitsbereiche	37
Tabelle 8: Gesundheitsbereich Bewegung.....	38
Tabelle 9: Gesundheitsbereich Ernährung.....	40
Tabelle 10: Gesundheitsbereich Körper/Sexualität	41
Tabelle 11: Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung	43
Tabelle 12: Gesundheitsbereich Sozial-emotionale Entwicklung.....	45
Tabelle 13: Gesundheitsbereich Resilienz.....	47
Tabelle 14: Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität.....	49
Tabelle 15: Einrichtungen der Stichprobe nach Trägerschaft.....	53
Tabelle 16: Einrichtungen der Stichprobe nach Bundesland	53
Tabelle 17: Einrichtungsspezifische Merkmale der Stichprobe	54
Tabelle 18: Qualitätsmanagement in den Einrichtungen.....	55
Tabelle 19: Übersicht der von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Dokumente.....	56
Tabelle 20: Adressatenbezogene Ziele in Kita-Konzeptionen.....	62
Tabelle 21: Indikatoren nach Gesundheitsbereichen in den Kita-Konzeptionen	65
Tabelle 22: Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität in Kita-Konzeptionen	68
Tabelle 23: Kooperationspartnerinnen und -partner in Kita-Konzeptionen	69

Tabelle 24: Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität in den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen	70
Tabelle 25: Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität in Kita-Konzeptionen	72
Tabelle 26: Kombinationen an zur Verfügung gestelltem Material.....	75
Tabelle 27: Cluster der QM-Materialien und sonstigen Materialien – Exemplarische Darstellung von Materialien.....	79
Tabelle 28: Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge der Dokumentenanalyse	87
Tabelle 29: Ziele in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkataloge.....	91
Tabelle 30: Adressatenspezifische Ziele	92
Tabelle 31: Bezugnahmen in Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen auf Bildungspläne, wissenschaftliche Erkenntnisse und Förderprogramme.....	96
Tabelle 32: Anzahl der Codierungen in den Gesundheitsbereichen.....	98
Tabelle 33: Qualitätsindikatoren in den verschiedenen Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität....	103
Tabelle 34: Qualitätsdimensionen ohne Gesundheitsbereichsbezug.....	105
Tabelle 35: Qualitätsdimensionen der Gesundheitsbereiche.....	106
Tabelle 36: Prozessbeschreibungen.....	106
Tabelle 37: Inhalts- und qualitätsmanagementspezifische Prozessbeschreibung.....	107
Tabelle 38: Gesundheitsspezifische Prozessbeschreibungen.....	108
Tabelle 39: Evaluation	112
Tabelle 40: Vergleich zwischen Einrichtungskonzeptionen und Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen	118

Abstract

In dem Projekt „Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände“ wurde der Frage nachgegangen, inwiefern in den bestehenden Qualitätsmanagement-Systemen gesundheitsfördernde Aspekte bereits berücksichtigt werden bzw. inwiefern sich diesbezüglich Weiterentwicklungsbedarfe identifizieren lassen. Hierfür wurde ein Referenzrahmen entwickelt, der als analytisches Raster an Dokumente des Qualitätsmanagements angelegt wurde, wobei insbesondere die Einrichtungskonzeptionen sowie die Mantel- und Rahmenhandbücher der beteiligten Wohlfahrtsverbände mittels qualitativer Inhaltsanalyse in den Blick genommen wurden. Flankiert wurden diese Dokumentenanalysen von qualitativen Experteninterviews. Ziel war es, auf der Basis dieser Analysen Handlungsempfehlungen für die Etablierung von Gesundheitsförderung in Kitas zu entwickeln. Dabei zeigte sich, dass viele Elemente von Gesundheitsförderung in den Qualitätsmanagement-Instrumenten bereits umgesetzt werden, aber auch Weiterentwicklungsbedarfe bestehen.

1 Einleitung

Seit der Ottawa Charta von 1986 werden ganzheitliche Ansätze, die verhaltens- und verhältnisbezogene Strategien verbinden, als wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche und nachhaltige Gesundheitsförderung und Prävention betrachtet. Lebenswelten sind dabei nicht nur ein Zugangsweg für entsprechende Aktivitäten, sondern können sich auch selbst zu gesundheitsfördernden Einrichtungen weiterentwickeln und so gesunde Lebensweisen unterstützen. Kindertageseinrichtungen (Kitas) sind eine besonders geeignete Lebenswelt, um Kinder unter sechs Jahren mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen. Qualitätsmanagement-Systeme dienen der Qualitätsentwicklung und haben Einfluss auf die Gestaltung von Bedingungen und Strukturen in Kitas. Sie bieten ein mögliches Instrument, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention strukturell in der Lebenswelt Kita zu verankern.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Projekts „Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen in direkter oder indirekter Trägerschaft der freien Wohlfahrtsverbände“ untersucht, inwiefern in den bestehenden Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen gesundheitsfördernde Aspekte bereits berücksichtigt werden bzw. inwiefern sich diesbezüglich Weiterentwicklungsbedarfe identifizieren lassen. Die Ergebnisse der Analyse sind Gegenstand dieses Berichts. Im Anschluss an die Ergebnisdarstellung werden wissenschaftlich fundierte Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagement-Systeme bei Trägern in Bezug auf gesundheitsfördernde Aktivitäten, Maßnahmen und Angebote formuliert.

Das Projekt bestand aus zwei Phasen. Ziel der ersten Projektphase war es, auf der Grundlage bereits vorliegender theoretischer und empirischer Befunde zur Gesundheitsförderung in Kitas einen Referenzrahmen zur Untersuchung der Qualitätsmanagement-Systeme zu entwickeln. Die Erstellung dieses Referenzrahmens orientiert sich an vorliegenden Erkenntnissen zu guter Praxis der Gesundheitsförderung in Kitas. Ziel der zweiten Projektphase war die Durchführung einer Dokumentenanalyse. Dabei wurde der Referenzrahmen an die in der Feldphase gesammelten Qualitätsmanagement-Dokumente der beteiligten Kitas sowie an die Rahmen- und Mantelhandbücher der Wohlfahrtsverbände angelegt. Flankiert wurden die Dokumentenanalysen von Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Frühen Bildung und des Qualitätsmanagements der beteiligten Wohlfahrtsverbände. Ziel dieser Experteninterviews war es, die Ergebnisse der Dokumentenanalyse zu validieren und Perspektiven der Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Kitas auszuloten. Zur Verbreitung der Projektergebnisse werden abschließend Handlungsempfehlungen hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Praxis in Kitas zusammenfassend dargestellt.

Der Ergebnisbericht gliedert sich in sechs Kapitel: Nach der Einleitung wird zunächst die Herleitung des Referenzrahmens, welcher der empirischen Untersuchung zugrunde liegt, erläutert und sein Inhalt und Aufbau werden vorgestellt (Kapitel 2). Danach folgt die Darstellung des methodischen Vorgehens im Rahmen der Dokumentenanalysen zu den Einrichtungskonzeptionen und zu den Mantel- und Rahmenhandbüchern der Wohlfahrtsverbände sowie zu den Experteninterviews (Kapitel 3). Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung des Materials werden in Kapitel 4 und Kapitel 5 präsentiert. Der Bericht schließt mit einer Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse, auf deren Grundlage Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Kitas formuliert werden (Kapitel 6).

2 Herleitung und Aufbau des Referenzrahmens

Der Referenzrahmen wurde vor dem Hintergrund umfangreicher Recherchen zu Standards der Gesundheitsförderung im Setting Kita erstellt. In seiner formalen Struktur folgt der Referenzrahmen einer hierarchischen Gliederung, wonach Qualitätsdimensionen sukzessive operationalisiert und auf der Ebene von Indikatoren überprüfbar gemacht werden (vgl. Abschnitt 2.2.5).

Für die Erstellung des Referenzrahmens wurden Bildungspläne der Länder ebenso gesichtet wie Förderprogramme und Zertifizierungen, methodische Ansätze der Frühpädagogik sowie bereits bestehende Referenzrahmen zur gesundheitsfördernden Kita. Dabei konnten wichtige thematisch-inhaltliche Bereiche von Gesundheitsförderung sowie fördernde Bedingungen zu deren Umsetzung identifiziert werden. Der Referenzrahmen soll nicht nur gute Praxis in Kitas abbilden, sondern zugleich die Analyse der Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagement-Systeme anleiten.

2.1 Theoretische Rahmung des Referenzrahmens

Der Referenzrahmen basiert auf Vorannahmen, die zum einen auf den Setting-Ansatz von Gesundheitsprävention (vgl. Abschnitt 2.1.1) und zum anderen auf den Public Health Action Cycle (PHAC) (vgl. Abschnitt 2.1.2) rekurrieren. Mit dem Setting-Ansatz wird davon ausgegangen, dass Gesundheitsförderung nur dann nachhaltig wirken kann, wenn sie unter Beteiligung aller relevanten Akteurinnen und Akteure systematisch in Lebenswelten verankert wird. Hierbei spielt Qualitätsmanagement eine wichtige Rolle insbesondere hinsichtlich der Nachhaltigkeit gesundheitsfördernder Aktivitäten. Der PHAC sieht Gesundheitsförderung in einen permanenten, zirkulären Prozess eingebunden, bei dem die Erkenntnisse aus vorangegangenen Maßnahmen in eine Weiterentwicklung zukünftiger Maßnahmen eingespeist werden. Beide Ansätze erlauben eine Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention und stellen die gesundheitsfördernden Bedingungen in der Lebenswelt in den Mittelpunkt von Strategien und Aktivitäten der Gesundheitsförderung.

2.1.1 Setting-Ansatz im Leitfaden Prävention

Der vorliegende Referenzrahmen nimmt Bezug auf den Leitfaden Prävention, den der GKV-Spitzenverband u. a. für die Umsetzung von § 20a SGB V entwickelt hat. Ein Ziel dieses Ansatzes ist es, Leistungen der Gesundheitsförderung und der Prävention unter Einbezug verschiedener Institutionen in unterschiedlichen Lebenswelten zu verankern und so der gesetzlichen Verpflichtung zu entsprechen.

„Gesundheitsförderliche Lebenswelten“ (WHO, 1986) stellen im Leitfaden Prävention wichtige Säulen für die Herstellung einer gesunden Lebensweise dar. In diesen Lebenswelten können die Stärken der Menschen ressourcenorientiert ausgebildet und die Menschen damit zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung befähigt werden. Gesundheitsförderung in Lebenswelten kann so viele Menschen erreichen. Die Lebenswelt Kita (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 24) hat dabei eine besonders große Bedeutung: 93 % aller Kinder zwischen drei und sechs Jahren und 33 % der unter Dreijährigen besuchen in Deutschland diese Form der Kindertagesbetreuung (Statistisches Bundesamt, 2018). Wenn es den Einrichtungen gelingt, bereits hier qualitativ hochwertige Leistungen der Gesundheitsförderung zu erbringen, bedeutet dies einen Zugewinn für die Gesundheit fast aller Kinder und bietet eine wichtige Grundlage für ihr Gesundheitsverhalten im späteren Lebensverlauf.

Auf Ebene der Lebenswelten wird im Leitfaden Prävention die Notwendigkeit der Beteiligung aller Verantwortlichen und der Betroffenen betont, um nicht nur Gesundheitspotenziale zu entdecken, sondern diese auch in einen Gesundheitsförderungsprozess einzuspeisen (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 25 f.). Dieser Prozess besteht aus einer Abfolge verschiedener Phasen: zunächst die Vorbereitung der Maßnahmenumsetzung durch die Förderung der Teilnahmebereitschaft, sodann der Aufbau neuer und die Nutzung bestehender Strukturen, die Analyse des Handlungsbedarfs, die Maßnahmenplanung, die Umsetzung dieser Maßnahmen und schließlich ihre Evaluation. In diesem Sinne ist Gesundheitsförderung und Prävention in einen zirkulären Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung eingebettet.

2.1.2 Public Health Action Cycle

Ganzheitliche Gesundheitsförderung besteht nicht aus einmaligen und isolierten Maßnahmen, die jeweils für sich einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit bestimmter Populationen leisten. Vielmehr geht es darum, einen kontinuierlichen Prozess der Problembewertung, Maßnahmenformulierung, Implementation und Evaluation anzustoßen (Rosenbrock & Gerlinger, 2014). Auf gesellschaftlicher und politischer Ebene werden Prozesse der Gesundheitsförderung überwiegend mit dem Konzept des PHAC erfasst und weiterentwickelt, wobei dieses Konzept bezogen auf seine Ablaufschritte sowie seine zirkuläre Anlage in hohem Maße Analogien zu Qualitätsmanagement-Prozessen aufweist.

Das Konzept wurde ursprünglich in der US-amerikanischen Forschung erarbeitet und verdankt seine Bekanntheit im deutschen Sprachraum vor allem den Veröffentlichungen von Rolf Rosenbrock. In seinem Beitrag von 1995 bezieht Rosenbrock auf die Erkenntnisse des Institute of Medicine (1988) der National Academy of Sciences (heute: National Academy of Medicine). Den Public-Health-Ansatz stellt er als eine soziale Innovation dar, die das gesellschaftliche Management von Gesundheitsrisiken, also Prävention und Krankenversorgung beschreibt. Dabei sollen Erkrankungen durch gesundheitspolitische Maßnahmen nicht nur gemildert, sondern vor allem soll ihre Entstehung verhindert werden. Der Fokus verschiebt sich somit gegenüber der früheren Auffassung von Gesundheitsförderung von den „erkrankten Fällen“ auf die „Noch-Nicht-Fälle“. Dies gelingt durch die Hinwendung zur Frage nach gesundheitsfördernden Bedingungen in der Lebenswelt von Menschen. Die Gesundheitsmaßnahmen beziehen neben dem Individuum auch den Kontext, also die Lebenswelt, das Setting, in welchem das Individuum sich befindet, mit ein. Dabei ist Rosenbrock vor allem die Steigerung der Ressourcen wichtig. Diese teilt er in objektive (Bildung oder Einkommen) und subjektive Ressourcen (Resilienzfaktoren wie Selbstwertgefühl oder soziale Beziehungen) ein (Rosenbrock, 2017).

Gesundheitspolitische Strategien sind dem PHAC zufolge nicht nur bzw. nicht vorrangig staatliche Aufgabe. Auch nicht-staatliche Institutionen und Akteurinnen und Akteure können gesundheitsfördernde Strategien umsetzen. Hierzu zählen laut Rosenbrock (1995) soziale Bewegungen ebenso wie Unternehmen oder Bildungseinrichtungen (und damit auch Kitas). Die Steuerung in diesem Politikfeld geschieht nicht als reines Top-down-Verfahren, sondern innerhalb von Netzwerken im Wechselspiel von Top-down- und Bottom-up-Strategien.

Für eine ganzheitliche Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und ihren sukzessiven Verbesserungsprozessen beschreibt Rosenbrock vier Phasen, die im Anschluss an die Evaluation mit einem Re-Assessment wieder von Neuem beginnen und damit eine kontinuierliche Verbesserung und Weiterentwicklung einleiten. Zu diesen Schritten zählen 1. Assessment (Bestimmung des Ist-Zustands), 2. Policy Formulation (Entwicklung gesundheitspolitischer Interventionen), 3. Assurance (Anwendung passender Interventionsinstrumente) sowie 4. Evaluation (Überprüfung der Wirksamkeit). Qualitätsentwicklungs- und Qualitätsmanagement-Prozesse, wie sie hier in den Blick genommen werden, weisen bezogen auf ihre Ablaufschritte und das Prinzip der Zirkularität eine große Analogie zum PHAC auf.

Der erste Schritt des PHAC-Kreislaufs, das Assessment, findet im vorliegenden Referenzrahmen bzw. Kategoriensystem Anwendung in Form verschiedener Verfahren zur Bestimmung des Ist-Zustands der Gesundheitsförderung in Kitas. Zu diesen Verfahren zählen beispielsweise Befragungen des Personals, der Eltern/Bezugspersonen oder interne/externe Evaluationen. Der zweite und der dritte Schritt des PHAC-Kreislaufes wurden im Referenzrahmen als Umsetzungsbedingungen zur Sicherung der Ergebnisqualität berücksichtigt. So benötigt eine Kita zur Umsetzung von Gesundheitsförderung nicht nur personelle und räumlich-sächliche Ressourcen, auch Zuständigkeiten, Ziele und Prozesse müssen definiert sein. Im vierten Schritt, der Evaluation, wird herausgestellt, dass der wirksamste Typus von Public-Health-Strategien die krankheitsunspezifische Prävention darstellt (Rosenbrock, 1995). Dieser Grundgedanke findet auch im vorliegenden Referenzrahmen seinen Niederschlag. Ressourcen werden nicht vorrangig hinsichtlich ihrer Potenziale zur Verhinderung von Krankheiten, sondern mit Blick auf ihre Potenziale zur Entwicklung gesunder Lebensweisen untersucht. Nach Abschluss der Evaluation startet der PHAC-Kreislauf erneut mit einem Re-Assessment, in welchem der Ist-Zustand nach den vorhergehenden Interventionen überprüft wird. In diesem Rahmen kann auf der Ebene der Kitas eine Reflexion über den Verlauf der Interventionen stattfinden und die Konzeption entsprechend weiterentwickelt werden.

2.2 Standards der Gesundheitsförderung in der Frühen Bildung

Um Eckpfeiler der inhaltlichen und formalen Struktur des Referenzrahmens zu identifizieren, wurden verschiedene Quellen, die einen Bezug zur Frühen Bildung und zur Gesundheitsförderung aufweisen, gesichtet und im Hinblick auf Merkmale für gute Praxis ausgewertet. Berücksichtigt wurden dabei die Bildungs- und Orientierungspläne der Länder, Förderprogramme im Bereich Gesundheit in Kitas, gesundheitsbezogene Zertifizierungen für Kitas, methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik und Materialien aus anderen, bereits vorliegenden Referenzrahmen zur Gesundheitsförderung in Kitas.

2.2.1 Bildungspläne

Die Bildungspläne der Länder sind insofern besonders relevant, da sie eine – je nach Bundesland mehr oder weniger verbindliche – curriculare Rahmung der Bildungsarbeit in Kitas vorgeben und damit auch Standards

für die Gesundheitsförderung in diesen Einrichtungen setzen. Es ist davon auszugehen, dass sich die Konzeptionen der Kitas auf diese beziehen.

Im Kontext der Neufassung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 1990 und der Diskussionen um die Ergebnisse der PISA-Studie im Jahr 2000 wurde das Bestreben ersichtlich, unter Berücksichtigung unterschiedlicher föderaler Ebenen insbesondere auf Ebene der Bundesländer die Verbindlichkeit von Bildungsstandards auch in der Frühpädagogik zu erhöhen. Zwischen 2004 und 2006 entwickelten und veröffentlichten daher alle Bundesländer Bildungspläne für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die bis heute Standards für die pädagogische Arbeit in Kitas setzen (vgl. Verzeichnis der Bildungspläne). Bei der Erstellung waren führende Bildungsforscherinnen und -forscher wie u. a. Wassilios Fthenakis (Bildungspläne für Bayern und Hessen) oder Christa Preissing (Berlin, Hamburg und Saarland) beteiligt. Die Bildungspläne wurden im Anschluss in unregelmäßigen Abständen aktualisiert. Derzeit existieren sehr heterogene Bildungspläne. Dies gilt vor allem für die inhaltlichen Dimensionen und die Einteilung der Bildungsbereiche, die in jedem der 16 Berichte mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen verbunden sind. Außerdem unterscheiden sich die Bildungspläne danach, an welche Zielgruppe sie sich richten. Zumeist sind dies alle Kinder ab Geburt bis zum Schuleintritt, beispielsweise in Bremen oder Mecklenburg-Vorpommern. Andere Bildungspläne oder ihre Erweiterungen richten sich an Kinder bis zehn (Baden-Württemberg, Thüringen) oder 14 Jahren (Hamburg, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). In Thüringen existiert darüber hinaus ein Bildungsplan für alle jungen Menschen bis 18 Jahren.

Trotz der Vielfalt in der konkreten Ausgestaltung der Bildungspläne lassen sich generell ähnliche Komponenten im Aufbau ausmachen. So wird in allen Plänen das Bildungsverständnis definiert. Dieses orientiert sich am Kind als Individuum, welches von Natur aus mit Ressourcen ausgestattet ist und stets im Zusammenhang mit seiner Individualität gesehen werden soll. Dies lässt sich mit dem salutogenetischen Gesundheitsverständnis von Antonovsky und Franke (1997) vereinbaren. Gleichzeitig betonen die Bildungspläne, dass sich vor allem nach den schlechten PISA-Ergebnissen die Anforderungen an die Bildung von Kindern gewandelt haben (Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2010). Außerdem werden die Ziele der Arbeit mit jungen Menschen geklärt und Bildungsbereiche benannt. Nach Diskowski (2008) sind die Bildungsbereiche jedoch nicht im Sinne von unterschiedlichen, klar abgrenzbaren Schulfächern zu verstehen. Vielmehr soll durch pädagogische Standards und die Messbarkeit der Qualität einer pädagogischen Beliebigkeit entgegengewirkt werden. Zugleich wird mit den Bildungsplänen dem Staat die Möglichkeit einer größeren fachlichen Einflussnahme zugesprochen (Diskowski, 2008).

Gesundheit spielt in den Bildungsplänen eine wichtige Rolle, die jedoch je nach Bundesland unterschiedlich ausgestaltet ist. In zwölf Bundesländern wird Gesundheit in variierender Formulierung explizit als Bildungsbereich genannt (vgl. Tabelle 1). Gleichzeitig tauchen Begriffe auf, die eine starke inhaltliche Nähe zu körperlichem, geistigem und seelischem Wohlbefinden aufweisen (WHO, 1986). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass unter dem Sammelbegriff „Gesundheit“ stets auch einzelne Gesundheitsbereiche ausdifferenziert werden. So wird beispielsweise im Berliner Bildungsplan Gesundheit als übergreifender Bildungsbereich ausgewiesen. Dieser Bereich beinhaltet jedoch als Unterkategorien auch die gesundheitsbereichsspezifischen Themen Ernährung, Bewegung und Körper/Sexualität sowie sozial-emotionale Entwicklung. Außerdem taucht der Begriff „Ernährung“ neben seiner Nennung als eigener Gesundheitsbereich oder als Operationalisierung des Oberbegriffs Gesundheit auch als Teilbereich von Bewegung auf, beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern (Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern, 2011, S. 204). Damit geht einher, dass sich die Begriffe teilweise überschneiden. Tabelle 1 stellt jene Bereiche dar, die in den Bildungsplänen entweder als eigenständiger Bildungsbereich (EB) oder

als Bestandteil eines übergeordneten Bildungsbereichs Gesundheit (BG) ausgewiesen sind. Bezogen auf den Referenzrahmen bieten die Bildungspläne die Grundlage für eine genauere Spezifizierung der thematisch-inhaltlichen Aspekte von Gesundheit und Gesundheitsförderung, wie sie in der Frühen Bildung ihren Niederschlag gefunden haben.

Tabelle 1:
Gesundheit und gesundheitsbezogene Bildungsbereiche in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Bundesländer

	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Gesundheit	-	EB	EB	EB	-	EB	EB	-	EB	EB	EB	EB	EB	-	EB	EB
Körper/Sexualität	EB	BG	BG	EB	EB	EB	-	-	EB	EB	EB	EB	BG	EB	EB	BG
Tanz	-	EB	-	EB	EB	EB	EB	EB	-	-	EB	EB	-	EB	EB	-
Bewegung	-	EB	BG	BG	EB	EB	EB	EB	EB	EB	EB	EB	BG	-	EB	BG
Ernährung	-	-	BG	BG	-	BG	BG	-	BG	EB	-	-	BG	-	EB	BG
Werte/Religion	EB	EB	-	-	-	-	EB	-	EB	EB	EB	EB	-	-	EB	-
Emotionale Entwicklung	-	-	BG	BG	-	-	EB	-	EB	BG	-	BG	-	-	-	BG

EB = Eigener Bildungsbereich, BG = Nennung innerhalb des Bildungsbereichs Gesundheit

Quelle: Bildungs- und Orientierungspläne der Länder (s. Anhang); eigene Darstellung

2.2.2 Förderprogramme

Die ersten Ergebnisse der KIGGS-Studie im Jahr 2006 belegten u. a. eine anhaltende Zunahme von Übergewicht und Adipositas im Kindesalter sowie einen schlechteren Gesundheitszustand bei einem niedrigen sozioökonomischen Status (Robert Koch-Institut, 2014; GKV-Spitzenverband, 2018; Lasson, Ulbrich & Tietze, 2009; Geene, Richter-Kornewiezt & Strehmel, 2016). In der Folge wurden verstärkt Programme zur Gesundheitsförderung entwickelt, mit unterschiedlichen Schwerpunkten im Setting der Kindertagesbetreuung.

Diese Förderprogramme wurden in den letzten Jahren sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch auf regionaler Ebene entwickelt und implementiert. Auf Bundes- und Landesebene beteiligen sich überwiegend die Länder in Kooperation mit den Krankenkassen, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung und den Landessportbünden an Präventionsprojekten. Auf regionaler Ebene existieren viele kleinere Programme zur Gesundheitsförderung, die von örtlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern unterstützt werden.

Die Förderprogramme verfolgen die Ziele, soziale Benachteiligung abzubauen, seelische Erkrankungen zu verhindern, Verhaltensauffälligkeiten über Resilienzförderung und Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen vorzubeugen sowie den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern (GKV-Spitzenverband, 2018, S. 40; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2014, S. 28). Die in der wissenschaftlichen Literatur häufig genannten und positiv evaluierten Förderprogramme sind die folgenden (vgl. Tabelle 2):

1. Die gute gesunde Kita gestalten – Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita
2. Jolinchen-Kids – Fit und gesund in der KiTa
3. PAKT – Prävention durch Aktivität im Kindergarten
4. Gesunde Kita – Starke Kinder

5. Prävention zur Verhinderung von Exklusion, Förderung der seelischen Gesundheit in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung in Quartieren mit besonderen Problemlagen
6. KiCo – Kita-Coaches IN FORM
7. Kinder bewegen – Programm für die gute gesunde Kita
8. Gute gesunde Kita – Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen

Eine Zusammenschau der Evaluationsergebnisse zu diesen Programmen zeigt, dass deren Wirksamkeit dann übereinstimmend als hoch eingestuft wird, wenn sie strukturiert und multimodal entwickelt sind sowie evaluiert und partizipativ (weiter-)entwickelt werden und an der Lebenswelt der Kinder und Familien ansetzen. Langfristige Programme wirken dabei besser als kurzfristige, und Programme zur allgemeinen Förderung zeigen bessere Effekte als Programme, die eine isolierte Verhaltensauffälligkeit oder einen einzelnen Gesundheitsbereich fokussieren (Geene et al., 2016; Viernickel, Fuchs-Rechlin, Strehmel, Preissig, Bensel & Haug-Schnabel, 2016; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2014).

In thematisch-inhaltlicher Hinsicht beinhalten die Programme überwiegend eine Förderung in den Bereichen Ernährung und Bewegung. Darüber hinaus existieren Programme zur Förderung seelischer Gesundheit sowie Programme, die Entspannung und Stressreduktion in den Mittelpunkt stellen.

Alle Programme sind multimodal ausgerichtet, d. h., sie beziehen neben Fachkräften und Kindern auch Eltern/Bezugspersonen und Netzwerkpartner wie Sportvereine und Ernährungsberatung ein. Die Fortbildung und Qualifizierung von Fachkräften stellen einen weiteren, wichtigen Baustein bei allen oben genannten Förderprogrammen dar. Programme mit einer solchen Ausrichtung schnitten in den Evaluationen durchweg positiv ab.

Konsens besteht darin, dass die vorliegenden Programme insbesondere dann eine gute Ergänzung zur Förderung von Gesundheit in Kitas darstellen, wenn sie in einem Gesamtkonzept in den Kita-Alltag integriert werden, d. h. nicht punktuell, sondern dauerhaft verankert und darüber hinaus im Rahmen eines multimodalen Settings entwickelt und implementiert werden (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2014, S. 31).

Programme zur Gesundheitsförderung sind für die Erstellung des Referenzrahmens insofern bedeutsam, als dass die Evaluationsergebnisse Hinweise auf Qualitätsdimensionen und -kriterien für gelingende Gesundheitsförderung in Kitas geben und daher in den Referenzrahmen aufzunehmen sind. Hierzu zählen insbesondere die Dimensionen Partizipation von Kindern, Fachkräften und Eltern/Bezugspersonen, Kooperation/Vernetzung oder die strukturelle Einbindung der Gesundheitsförderung in den Kita-Alltag. Darüber hinaus bestätigt eine Zusammenschau der Programme die Auswahl der relevanten Gesundheitsbereiche aus den Bildungsplänen.

**Tabelle 2:
Förderprogramme**

Titel	Inhalt	Ziele/Bereiche	Zielgruppe	Herausgeber	Jahr	Regionen
1. Die gute gesunde Kita gestalten – Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita	Referenzrahmen mit Qualitätsdimensionen: 1. Förderung kindlicher Bildungs- und Entwicklungsprozesse (Qualitätsfelder für pädagogische Arbeit mit den Kindern in der Kita) 2. Organisations- und Personalentwicklung/Mitarbeitergesundheit (Qualitätsfelder für Arbeit der pädagogischen Fachkräfte und des Trägers der Kita)	Gesundheit, Bewegung, Bildung	Kinder, Eltern/Bezugspersonen, Fachkräfte	Bertelsmann-Stiftung	Pilotphase: 2006–2009 Transferphase: 2009–2011 Weiterentwicklung: 2010–2012	Berlin, Nordrhein-Westfalen
2. Jolinchen-Kids – Fit und gesund in der Kita und TigerKids (Vorläufer)	Kitas in ganz Deutschland können kostenlos am AOK-Programm teilnehmen. Das Programm ist langfristig angelegt (3 Jahre): 1. Bestandsaufnahme: (z. B. Wo steht die Kita beim Thema Gesundheitsförderung? Stärken, Schwächen) 2. Implementierung von Schwerpunktmodulen in den Kitaalltag	Bewegung, Ernährung, Entspannung, seelisches Wohlbefinden, Erzieher/-innen-gesundheit, Elternpartizipation	Kinder, Eltern/Bezugspersonen, Fachkräfte	AOK-Bundesverband	seit 2014	bundesweit
3. PAKT – Prävention durch Aktivität im Kindergarten	Bundesweite Gesundheitsinitiative der Betriebskrankenkassen (BKK) zur Primärprävention mit dem Ziel, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und einen wirkungsvollen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.	psychosoziale Entwicklung, Ernährung, Bewegung, Hautgesundheit, Lebenskompetenzförderung, betriebliche Gesundheitsförderung	Kinder, Eltern/Bezugspersonen, Fachkräfte	BKK Bundesverband, BKK Landesverband Nordwest	2006–2009	bundesweit

Titel	Inhalt	Ziele/Bereiche	Zielgruppe	Herausgeber	Jahr	Regionen
4. gesunde Kita – starke Kinder	Ziel des Programms: Förderbereiche in die täglichen Abläufe des Kita-Alltags integrieren. Ganzheitliche Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung mit der Gesamtheit kindlicher Bildungs- und Entwicklungsprozesse in Verbindung bringen und einen intensiven Gesundheitsdialog mit den Eltern führen.	Bewegung, Ernährung, Entspannung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	Plattform Ernährung und Bewegung e. V.	2007-2009	Bayern, Nordrhein-Westfalen
5. Prävention zur Verhinderung von Exklusion, Förderung der seelischen Gesundheit in Einrichtungen der Kindertagesbetreuungen in Quartieren mit besonderen Problemlagen	Präventive Maßnahmen zur Förderung der seelischen Gesundheit in einem Setting-Ansatz in Kitas mit besonderem Entwicklungsbedarf entwickeln, erproben und evaluieren. Ein Präventionskonzept, das auf 4 Ebenen ansetzt (Kurse für Kinder, Beratung u. Kurse für Eltern, Weiterbildung u. Supervision der Fachkräfte in den Kitas, Vernetzung im Sozialraum)	Seelische Gesundheit, Resilienz	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte, Netzwerke	BZgA, Fröhlich-Gildhoff, Beuter, Lindenberg, Rönnau-Böse	2009-2010	Berlin, Hessen, Baden-Württemberg
6. KiCo – Kita-Coaches IN FORM (Weiterentwicklung des Pilotprojekts „gesunde Kitas – starke Kinder“)	Gesundheitsförderung über Organisationsentwicklung in Kitas etablieren und nachhaltig verankern: 1. Entwicklung einer berufsbegleitenden Qualifizierung durch 32 KiCo-Coaches in drei Bundesländern (Thüringen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen) 2. Instrument zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung durch Referenzrahmen mit Kategorien und Unterkategorien	Bewegung, Ernährung, Entspannung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	PEB Plattform Ernährung und Bewegung e. V., Techniker Krankenkasse, Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft	2014-2016	Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Thüringen
7. Kinder bewegen – Programm für die gute gesunde Kita	Modellprojekt speziell für Kitas entwickelt. 27 Modelleinrichtungen erhielten über 3 Jahre materielle, ideale und personelle Unterstützung zur Selbsthilfe in den Bereichen Infrastruktur/ Ausstattung, Bewegungsangebote und Weiterbildung der Erzieher/-innen. Ziel: Kitas auf ihrem Weg zur bewegungsfreundlichen Einrichtung zu begleiten und zu unterstützen.	Bewegung	Kinder, Fachkräfte	Deutsche Olympische Gesellschaft gemeinsam mit der Adam Opel GmbH und O2 Germany	Beginn: 2003 Projektphase 1 (NRW): 2007-2010 Projektphase 2 (BE): 2007-2011	Berlin, Nordrhein-Westfalen

Titel	Inhalt	Ziele/Bereiche	Zielgruppe	Herausgeber	Jahr	Regionen
8. Gute gesunde Kita – Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen	Referenzrahmen für Einrichtungen, wie Bildung und Gesundheit nachhaltig gefördert werden können	8 Qualitätsbereiche: Kita als Lebens- und Erziehungsraum, Grundlagen der päd. Arbeit, Gestaltung der Bildungs- und Lernprozesse, Kooperation und Partizipation, Team und Leitung, Professionalität und Personalentwicklung, QM, Wirkungen und Ergebnisse der Einrichtung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	Voss, Viernickel, UK NRW Unfallkasse	2016	Nordrhein-Westfalen

Quellen: AOK-Bundesverband, 2016; Bertelsmann Stiftung, 2012; Deutsche Olympische Gesellschaft e. V., 2011; Lasson, Ulbrich & Tietze, 2009; Plattform Ernährung und Bewegung e. V., 2007, 2015; Roth & Hebestreit, 2011; Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2014; Voss & Viernickel, 2016

Auch wenn die Evaluationen nicht immer strengen wissenschaftlichen Standards genügen, zeichnen sie doch durchweg ein positives Bild: Bei der Evaluation des Programms TigerKids der AOK wurde in randomisierten Vergleichsstudien untersucht, wie sich das Verhalten der Kinder während der Teilnahme an dem Programm verändert. Dabei zeigte sich, dass seit der Implementierung von TigerKids deutlich mehr Kinder, nämlich 98 % ein gesundes Frühstück in die Kita mitbrachten und auch der Anteil der Einrichtungen, in denen sich Kinder mehr als eine Stunde pro Tag bewegen, von zuvor 12 % auf 43 % anstieg (AOK-Bundesverband, 2014).

Die Evaluation des Förderprogramms JolinchenKids, eine Weiterentwicklung des Programms TigerKids, zeigte, dass das Programm zu 98 % bei den Kindern „sehr gut“ oder „gut“ ankommt und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Materialien langfristig in der Kita einsetzen wollen. Darüber hinaus weist die Evaluation darauf hin, dass die Bereiche Bewegung, Ernährung, seelisches Wohlbefinden, Mitarbeitergesundheit und Elternpartizipation als relevant und gut aufbereitet eingeschätzt werden und das Förderprogramm vollständig in den Kita-Alltag integrierbar erscheint (AOK-Bundesverband, 2016).

Die Evaluationsergebnisse des Förderprogramms „Gesunde Kita – Starke Kinder“ zeigen, dass die 46 beteiligten Pilotenrichtungen in den Förderbereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Gesundheitsdialog mit den Eltern/Bezugspersonen statistisch signifikant besser abschnitten als Vergleichseinrichtungen. Darüber hinaus ist es offenbar gut gelungen, das Förderprogramm in den Kita-Alltag zu integrieren, da die Leitungen und pädagogischen Fachkräfte angeben, dass die oben genannten Gesundheitsbereiche für Kitas, Fachkräfte, Eltern/Bezugspersonen und Kinder einen positiv veränderten Stellenwert bekommen haben (Lasson, Ulbrich & Tietze, 2009).

2.2.3 Zertifizierungen

Für Kitas sind in den letzten Jahren eine Vielzahl an Zertifizierungsverfahren zur Gesundheitsförderung mit unterschiedlichen Schwerpunkten entwickelt worden (vgl. Tabelle 3). Diese wurden ebenso wie die zuvor dargestellten Förderprogramme sowohl auf Bundes- und Landesebene als auch auf regionaler Ebene implementiert.

Zertifizierungen liegen überwiegend für die Bereiche Ernährung und Bewegung vor. Primärziel der Zertifizierungsverfahren ist die Sicherstellung einer hohen Qualität für den jeweiligen Bereich der Zertifizierung. Zu den in der Literatur am häufigsten genannten Zertifizierungsverfahren zählen die folgenden:

1. Bewegungskindergarten
2. Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung
3. Bewegte Kita (QueB – Qualität entwickeln mit und durch Bewegung)
4. Kita vital – Gesunde Kita im Rhein-Sieg-Kreis
5. Audit gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertageseinrichtungen
6. FIT KID

In allen Zertifizierungsverfahren (vgl. Tabelle 3) erhalten die teilnehmenden Kitas nach erfolgreicher Absolvierung eines Audits ein Zertifikat. Sie können somit einen schriftlichen Nachweis über eine hohe Qualität nach aktuellen wissenschaftlichen Standards in einem Bereich bzw. mehreren Bereichen vorweisen. Dieser Nachweis kann beispielsweise den Eltern/Bezugspersonen als Anreiz zur Anmeldung dienen. Darüber hinaus eignet sich das Zertifikat als Aushängeschild für eine gute gesundheitsfördernde Praxis.

Die Zertifizierungsverfahren bestehen aus verschiedenen Bausteinen und Methoden. Die Weiterbildung und Qualifizierung der Fachkräfte stehen dabei in allen Verfahren im Mittelpunkt. Dafür werden je nach Zertifizierung unterschiedliche Methoden angewendet (Fortbildungen, Qualitätszirkel, Workshops, Lehrgänge etc.).

Die Zertifizierungen setzen ähnlich wie die bereits erläuterten Förderprogramme auf ein multimodales Setting und beziehen neben Kindern und Fachkräften auch Eltern/Bezugspersonen und verschiedene Netzwerke bzw. Netzwerkpartner mit ein. So muss z. B. zur Erlangung des Zertifikats „Bewegungskindergarten“ mindestens einmal jährlich eine bewegte Elternveranstaltung angeboten werden und es muss eine Kooperation mit einem Sportverein bestehen (Sportjugend im Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V., 2016).

Zu einigen Zertifizierungen liegen Evaluationsergebnisse vor. Diese zeigen, dass die Einrichtungen nach Abschluss der Zertifizierung bessere Ergebnisse in den jeweiligen Schwerpunktbereichen erzielen. Für den Bereich Bewegung wird das z. B. an einer erhöhten Bewegungsaktivität der Zielgruppen sowie an einer Erweiterung der Bewegungsmöglichkeiten deutlich (Ungerer-Röhrich, 2019).

Der Evaluationsbericht zur Zertifizierung von Bewegungskindergärten belegt außerdem exemplarisch, dass die Zertifizierung als positiv und gewinnbringend wahrgenommen wird: So konstatieren die Fachkräfte eine hohe Zufriedenheit mit den angebotenen Aus- und Fortbildungen im Rahmen des Zertifizierungsprozesses. Darüber hinaus konnte eine Veränderung des eigenen Bewegungs- und Ernährungsverhaltens bei den Fachkräften beobachtet werden. Die Teilnahme der Eltern/Bezugspersonen wurde ebenfalls als überwiegend positiv bewertet, insbesondere bezogen auf die Beteiligung an Projekten mit den Schwerpunkten Ernährung und Bewegung (Deutsche Sporthochschule Köln, 2013).

Im Evaluationsbericht des Zertifizierungsprogramms Kita Vital – nach dem mittlerweile gut 80 Einrichtungen zertifiziert worden sind (vgl. kivi e. V., 2019) – wird zusammenfassend resümiert, dass die Implementierung dieses Förderprogramms die Strukturen der Gesundheitsförderung in den Einrichtungen verbessert hat und die Kinder mit mehr und besseren Angeboten gefördert werden. Darüber hinaus zeigt sich eine signifikante Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins der Fachkräfte (kivi e. V., 2015).

Zum einen bestätigen die Evaluationsergebnisse zu den Zertifizierungsprogrammen – wie schon die Ergebnisse zu den Förderprogrammen – die Auswahl der relevanten und damit zu berücksichtigenden Gesundheitsbereiche. Zum anderen liefern sie weitere Hinweise für Qualitätsindikatoren von Gesundheitsförderung. Zu nennen ist hier insbesondere die Bedeutung fachlich einschlägiger Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die pädagogischen Fachkräfte.

Tabelle 3:
Übersicht über die gesundheitspezifischen Zertifizierungsverfahren

Titel	Inhalt	Ziele/Bereiche	Zielgruppe	Herausgeber	Jahr	Regionen
1. Bewegungskindergarten	Zertifizierungsverfahren bestehend aus versch. Modulen und Voraussetzungen: 1. Bewegungsförderung als Schwerpunkt in der Konzeption 2. Qualifizierung (jede Fachkraft ab 35 h muss Qualifikation nachweisen) 3. Bewegungszeiten (täglich Bewegung, frei und angeleitet) 4. Raum und Material (Bewegungsraum und bewegtes Material) 5. Sportverein (Kooperation mit einem Sportverein) 6. Elternmitarbeit (mind. eine bewegte Elternveranstaltung pro Jahr) 7. Öffentlichkeitsarbeit (Ergebnisse darstellen) 8. Qualitätssicherung (Einhaltung von Qualitätsstandards)	Bewegung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	Landessportbund NRW, Landesregierung, gesetzliche Krankenkassen Nordrhein-Westfalens	Seit 1996	Nordrhein-Westfalen (Es gibt mittlerweile auch in anderen Bundesländern Zertifizierungsverfahren zur Bewegungskita, z. B. in Bayern)
2. Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung	s. o. Optional kann durch ein Zusatzmodul der Pluspunkt Ernährung zertifiziert werden	Bewegung, Ernährung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	s. o.	Seit 2017 mit Zusatzschwerpunkt Ernährung	s. o.
3. Bewegte Kita (QueB – Qualität entwickeln mit und durch Bewegung)	Das Zertifizierungsverfahren berücksichtigt Themen und individuelle Rahmenbedingungen von Kitas: 1. Faktorenanalyse zur Ermittlung, was Kitas benötigen, um die Handlungsmöglichkeiten für einen gesunden Lebensstil nachhaltig zu erweitern 2. Ausbau der bewegungsbezogenen Qualität, Erhöhung der körperlichen Aktivität der Kinder/Fachkräfte 3. Unterstützung des Organisationsentwicklungsprozesses durch Einsatz von Coaches	Bewegung	Kinder, Fachkräfte	PEB Plattform Ernährung und Bewegung e. V.	2014–2018	Bayern

Titel	Inhalt	Ziele/Bereiche	Zielgruppe	Herausgeber	Jahr	Regionen
4. Kita vital – Gesunde Kita im Rhein-Sieg-Kreis	Zertifizierungsverfahren für die Breite Bewegung, Ernährung, Entspannung durch einjährige Entwicklung eines Gesundheitsprofils nach anerkannten Qualitätsstandards des Rhein-Sieg-Kreises: 1. Leistungen: Beratung und Angebote 2. nach einem Jahr Qualitätsprüfung nach festgelegten Qualitätsstandards	Bewegung, Ernährung, Entspannung	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	kivi e. V., Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises	2011	Nordrhein-Westfalen
5. Audit gesunde Kita – Gesundheitsförderndes Qualitätsmanagement in Kindertagesstätten	Zertifizierungsverfahren bestehend aus 4 Phasen: 1. Interessenbekundung und Ausbildung 2. Selbstbewertung und Qualitätsbericht 3. Fremdbewertung mit kollegialem Dialog 4. Zertifikatsübergabe	Gesundheitsverhältnisse, Kindergesundheitsstatus, Kita-Kultur, Gesundheit von Fachkräften, Kinderentwicklung und Sicherheit, Partnerschaften für Gesundheit, QM	Kinder, Eltern/ Bezugspersonen, Fachkräfte	Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e. V.	2005	Sachsen-Anhalt
6. FIT KID	FIT KID-Zertifizierung erfolgt, wenn Kitas drei Qualitätsbereiche nach DGE-Standards umsetzen 1. Lebensmittel: Mittagsverpflegung (optimale Lebensmittelauswahl und Anforderungen an den Speiseplan) 2. Speiseplanung & -herstellung (Kriterien zur Planung und Herstellung der Speisen für die Mittagsverpflegung, Gestaltung des Speiseplans) 3. Lebenswelt (Rahmenbedingungen, z. B. eigener Speiseraum) Durch regelmäßige Re-Audits wird die zertifizierte Qualität langfristig gesichert. FIT KID-Premium-Zertifizierung, wenn zusätzlich zu o. g. Kriterien eine nährstoffoptimierte Mittagsverpflegung angeboten wird.	Ernährung	Kinder, Fachkräfte	Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)	?	bundesweit

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 2018; Kivi e. V., 2014; Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt, 2017; Sportjugend im Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V., 2016; Ungerer-Röhlich, 2019

2.2.4 Methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik

Kitas beziehen sich in ihrer Ausrichtung auf eine Vielzahl unterschiedlicher pädagogischer Ansätze (vgl. Tabelle 4). Diese haben jeweils einen großen Einfluss auf die Einrichtung als Ganzes und auf die Ausgestaltung der pädagogischen Arbeit. Daher wurden auch diese methodisch-didaktischen Ansätze als „definierte Systeme pädagogischer Überzeugungen“ (Knauf, Dux & Schlüter, 2007, S. 13) im Hinblick auf ihre gesundheitsfördernden Potenziale gesichtet, wobei vor allem deren Rezeption in entsprechenden Standardwerken der Frühen Bildung betrachtet wurde.

Die methodisch-didaktischen Ansätze der Frühen Bildung können in reformpädagogische (ab 1920) und moderne (ab 1970) Ansätze unterschieden werden, die jeweils bestimmte Vorstellungen davon haben, wie Kinder zu charakterisieren sind (vgl. Tabelle 5). Gleichzeitig geht es in den Ansätzen darum wie, ausgehend von dieser Charakterisierung, der pädagogische Prozess in Kindergärten/Kitas gestaltet werden muss. Es zeigen sich konkrete Vorstellungen zum Bild vom Kind, zu den Bereichen kindlicher Entwicklung und allgemeinen Grundprinzipien erzieherischen Handelns. Einige Ansätze basieren darüber hinaus auf einem ideologischen Überbau, wie etwa die Anthroposophie in der Waldorf-Pädagogik, der ebenfalls einen großen Einfluss auf die konkrete Ausgestaltung der pädagogischen Arbeit hat.

Tabelle 4:
Frühpädagogische Ansätze

Reformpädagogische Konzepte	Moderne Ansätze
1. Montessori-Pädagogik	5. Situationsansatz
2. Waldorf-Pädagogik	6. Reggio-Pädagogik
3. Freinet-Pädagogik	7. Waldkindergarten
4. Pikler-Pädagogik	

Quelle: Knauf et al., 2007; Neuß & Daum, 2016; eigene Darstellung

Insgesamt zeigt sich dabei, dass Gesundheit in diesen Ansätzen – zumindest in der aktuellen Rezeption – kaum explizit thematisiert wird (Knauf et al., 2007; Neuß & Daum, 2016). Physische Gesundheit taucht vorrangig vermittelt über die Erziehungsbereiche Bewegung und die körperliche Entwicklung auf, die als maßgeblich für eine gute Entwicklung angesehen werden. Betont werden in den Ansätzen aber hauptsächlich die psychische Entwicklung und die Gestaltung eines sicheren, geborgenen und unterstützenden Erziehungsumfeldes. Zu vermittelnde Kompetenzen sind dabei meist alltagsbezogen und fokussieren die Sinneswahrnehmung sowie die Herausbildung von persönlichen Kompetenzen, die die Lebensbewältigung ermöglichen. Gesundes Aufwachsen soll vor diesem Hintergrund in einem geschützten, aber anregungsreich gestalteten Raum stattfinden. Neben konkreten Kompetenzen wird der generellen Persönlichkeitsbildung, die das Kind widerstandsfähig machen soll, ein hoher Stellenwert zugemessen.

In sogenannten Schlüsselprozessen in Kitas geht es um Sicherheit, Gesundheit, die Entwicklung angemessener Anregungen, das Erleben von Eigenständigkeit, Selbstvertrauen und positiven Erfahrungen mit Erwachsenen und anderen Kindern (Knauf et al., 2007, S. 21 ff).

Bei den individuellen Fähigkeiten geht es um die Stärkung der Resilienz und die Bewältigung von unterschiedlichen Übergangsphasen in der Entwicklung.

Tabelle 5:
Methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik

Montessori, Maria Montessori, ab 1907

Orientierungen	„Hilfe zur Selbsthilfe“, Selbstständigkeit, Anerkennung der individuellen Stärken, Bedürfnisse, Interessen
Erziehungsbereiche	Praktisches Leben, Sinne, Mathematik, Sprache, kosmische Erziehung, Körperwahrnehmung
Grundprinzipien	Achtung, Geduld, Liebe

Waldorf, Rudolf Steiner, um 1920

Orientierungen	Kind als ganzheitliches, kosmisches Wesen, Dreigliedrigkeit des Menschen in Körper, Geist und Seele, Umwelt des Kindes als Vorbild
Erziehungsbereiche	-
Grundprinzipien	Vorleben grundlegender Werte: Authentizität, Moral, Gerechtigkeit, Wahrhaftigkeit, Liebe, Ehrfurcht; Gestaltung eines Tagesablaufs mit Routinen und Wiederholung Bereitstellung von anregenden Räumen

Freinet, Célestin und Elise Freinet, 1920

Orientierungen	Respekt für die individuellen Eigenarten der Person, Selbstverantwortung, Autonomie
Erziehungsbereiche	Erkennen, Ausdrücken und Bewältigen der eigenen Kompetenzen, Verantwortungsübernahme, Persönlichkeitsbildung
Grundprinzipien	Handlungsumfeld geben, Bereitstellung von interessenförderndem Erziehungsmilieu, keine reine Wissensvermittlung, Berücksichtigung des Lebensbezugs

Pikler, Emmi Pikler, 1927

Orientierungen	Pädagogik unter den naturgegebenen Gesetzmäßigkeiten der kindlichen Entwicklung
Erziehungsbereiche	Gesundheit des Kindes, freie Bewegungsentwicklung
Grundprinzipien	Pflegehandlungen als Möglichkeit der Interaktion, volle Aufmerksamkeit auf das Kind, Vermittlung von psychischer und emotionaler Sicherheit

Situationsansatz ab 1970, Deutsches Jugendinstitut

Orientierungen	Autonomie, Solidarität, Kompetenz
Erziehungsbereiche	Persönlichkeitsentwicklung, Ich-, Sozial- und Sachkompetenz
Grundprinzipien	Bereitstellen von verlässlichen Beziehungen und anregungsreichem Umfeld, Förderung von Fähigkeiten

Reggio, um 1970 Loris Malaguzzi/Stadt Reggio nell'Emilia

Orientierungen	Kind als aktives Subjekt mit angeborenem Wissen und Können
Erziehungsbereiche	Alltagsbezogene Kompetenzen (durch Projektarbeit), denkende und handelnde Kinder, die hinterfragen und überprüfen
Grundprinzipien	Kindererziehung als gemeinschaftliche Aufgabe, altershomogene Gruppen mit Gruppenidentität, Raum als „dritter Erzieher“

Waldkindergarten

Orientierungen	Kinder als ganze Menschen, die frei mit Zeit, Material und Raum umgehen wollen
Erziehungsbereiche	Fähigkeiten, Konflikte zu lösen, freie Zeit zu gestalten, Bewegung und Körpererfahrungen im Freien
Grundprinzipien	Freies Spiel, Selbstbestimmung

Quelle: Knauf et al., 2007; Neuß & Daum, 2016; eigene Darstellung

Insgesamt führt die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Grundorientierungen in der Frühpädagogik zusammen mit den Erkenntnissen aus den Förderprogrammen zu einer besonderen Berücksichtigung von psychischen Faktoren im Referenzrahmen, die durch die Aufnahme des Resilienzbegriffs und der sozial-emotionalen Entwicklungserfordernisse sichtbar wird. Darüber hinaus sensibilisieren diese Ansätze für die Bedeutung des Raums und des Materials für die Bildungs- und Entwicklungsbegleitung in Kitas.

2.2.5 Bestehende Referenzrahmen

Zum Themenbereich Gesundheit liegen bereits etablierte und anerkannte Referenzrahmen vor, die sich mit Gesundheitsförderung in Kitas beschäftigen. Die Referenzrahmen greifen aktuelle Diskussionen, wissenschaftliche Erkenntnisse und Entwicklungen zur Qualitätsentwicklung in Kitas auf und führen diese systematisch zusammen. Sie dienen dabei einerseits als Orientierungshilfe für Leitungen und Fachkräfte zur Umsetzung qualitativ hochwertiger pädagogischer Arbeit. Andererseits bieten sie die Möglichkeit, den Praxisalltag mithilfe der aufgestellten Qualitätsstandards zu überprüfen.

Im Rahmen der Recherche wurden folgende Referenzrahmen bzw. Kriterienkataloge berücksichtigt:

1. Referenzrahmen „Gute Gesunde Kita: Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen“ (Voss & Viernickel, 2016)
2. Referenzrahmen „Die gute gesunde Kita gestalten“ (Bertelsmann Stiftung, 2012)
3. Nationaler Kriterienkatalog für pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder (Tietze, Viernickel, Dittrich, Grenner, Hanisch & Marx, 2016)

4. Referenzrahmen für Schulqualität NRW (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015)

Die in diesen Dokumenten genannten Qualitätsmerkmale weisen zahlreiche Schnittmengen auf und deuten auf die Relevanz bestimmter Grundprinzipien hin. Diese Prinzipien sind wie folgt in den vorliegenden Referenzrahmen eingegangen:

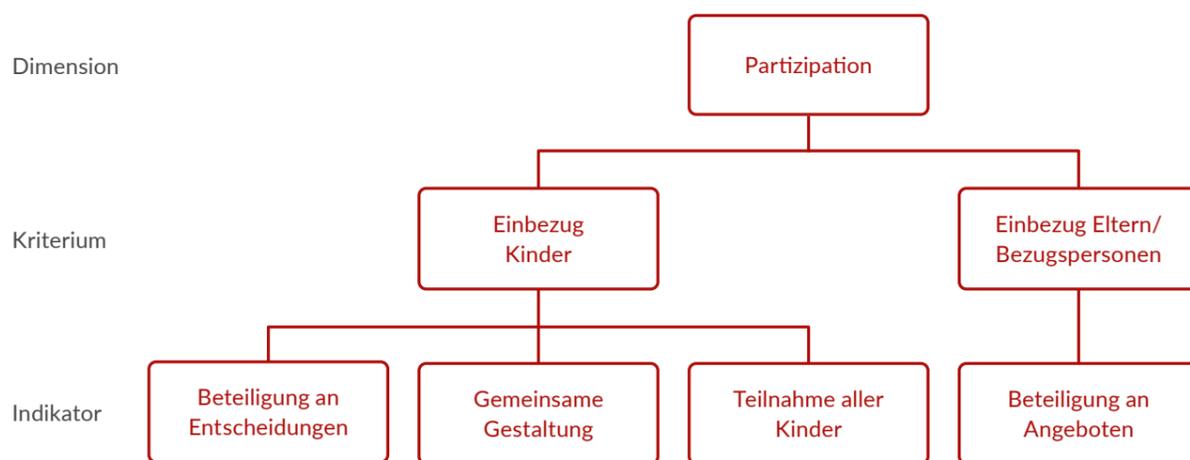
Der Referenzrahmen „Gute Gesunde Kita: Bildung und Gesundheit in Kindertagesstätten“ (Voss & Viernickel, 2016) fließt sowohl auf struktureller wie auch auf prozessualer Ebene ein und liefert für die Ausformulierung der Qualitätsdimensionen im vorliegenden Referenzrahmen wichtige Aspekte (z. B. Partizipation, Individualisierung, Interaktion auf der Ebene der Prozessqualität sowie Planung, Raum, Material und Qualifikation auf der Ebene der Strukturqualität).

Der Referenzrahmen „Die gute gesunde Kita gestalten“ (Bertelsmann Stiftung, 2012) unterscheidet u. a. Raumqualität, Bewegungs- und Erfahrungsräume und individuelle Bedürfnisse. Er leitet die Einteilung der genannten Gesundheitsbereiche des vorliegenden Referenzrahmens in Struktur- und Prozessgrößen an.

Der Nationale Kriterienkatalog für pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder (Tietze et al., 2016) wird im vorliegenden Referenzrahmen zur Identifizierung der relevanten Gesundheitsbereiche und deren Ausdifferenzierung in Qualitätskriterien herangezogen. Zu diesen zählen: Ernährung, Körper, Entspannung, sozial-emotionale Entwicklung und Bewegung. Tietze et al. zählen hierzu beispielsweise die Qualitätsbereiche Ruhen und Schlafen, Körperpflege und Hygiene, Mahlzeiten und Ernährung, die sich im Referenzrahmen wiederfinden (vgl. Abschnitt 2.3.2).

Neben diesen inhaltlichen Orientierungspunkten dient der Referenzrahmen für Schulqualität NRW (Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015) als Vorbild für den formalen Aufbau des hier entwickelten Referenzrahmens. Der Referenzrahmen beinhaltet damit die hierarchisch gegliederten, analytischen Ebenen der Dimensionen, der Kriterien und der Indikatoren.

Abbildung 1:
Exemplarische Darstellung der formalen Struktur des Referenzrahmens



Quelle: Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen, 2015; eigene Darstellung

2.2.6 Zusammenfassung

Die genannten Quellen werden nachfolgend bezüglich ihrer Einbettung in den Referenzrahmen zusammenfassend dargestellt. Dabei zeigen sich hinsichtlich der thematisch-inhaltlichen Ausgestaltung von Gesundheitsförderung sowie der Gelingensbedingungen im Hinblick auf Merkmale der Prozess- und Strukturqualität große Überschneidungen.

Die **Bildungspläne** wurden mit Blick auf die gesundheitsbezogenen Bildungsbereiche untersucht, die in den einzelnen Bundesländern als Standards guter frühpädagogischer Arbeit definiert sind. Dabei stellen die Bereiche „Bewegung“ und „Körper“ in einer Vielzahl von Bildungsplänen eigene Bildungsbereiche dar. Daneben sind „Ernährung“, „Entspannung“ und „Resilienz“ als Elemente des Bildungsbereichs „Gesundheit“ genannt. Die „sozial-emotionale Entwicklung“, die in den Bildungsplänen an vielen verschiedenen Stellen auftaucht, wird zudem auch von der Weltgesundheitsorganisation als Element des menschlichen Wohlergehens beschrieben und fließt daher ebenfalls in die Erstellung des vorliegenden Referenzrahmens ein. Der Bildungsbereich sozial-emotionale Entwicklung überschneidet sich jedoch zu großen Teilen mit dem Bildungsbereich Resilienz.

Die Erkenntnisse aus den Bildungsplänen führen zur Untergliederung in sechs Gesundheitsbereiche: Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität, Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz. Darüber hinaus können den Bildungsplänen konkrete Vorschläge für einen gesundheitsfördernden Kita-Alltag entnommen werden. Diese liegen zumeist in Form von Checklisten vor, die sich jeweils auf die einzelnen Bildungsbereiche, z. B. Bewegung, beziehen. Sie dienen dazu, die Indikatoren für eine gesundheitsfördernde Kita inhaltlich zu spezifizieren, und finden sich auf der Ebene der Indikatoren und Kriterien im vorliegenden Referenzrahmen wieder.

Die untersuchten **Förderprogramme** sind in der Regel auf die Bereiche Ernährung und Bewegung ausgerichtet. Außerdem werden die seelische und körperliche Gesundheit sowie Resilienz als wichtige gesundheitsfördernde Faktoren thematisiert. Die Evaluationen dazu zeigen ein differenziertes und wissenschaftlich abgesichertes Bild zu den konkreten Gelingensbedingungen gesundheitsfördernder Maßnahmen. Die Förderprogramme bieten somit ähnlich wie die Bildungspläne die Grundlage für die Auswahl von Gesundheitsbereichen sowie die Formulierung von Qualitätsdimensionen und -kriterien, beispielsweise bezogen auf die Interaktionsgestaltung, die Partizipation aller beteiligten Akteurinnen und Akteure, die Material- und Raumausstattung oder die Qualifikation der Fachkräfte.

Zertifizierungen liegen ebenfalls insbesondere für die Bereiche Bewegung und Ernährung vor. Primärziel der Zertifizierungsverfahren ist die Sicherstellung einer hohen Qualität für den jeweiligen Zertifizierungsgegenstand. Dies bestätigt einerseits die Relevanz der Gesundheitsbereiche Bewegung und Ernährung. Andererseits liefern die Zertifizierungen konkrete Hinweise für die Umsetzung von Gesundheitsförderung wie etwa die Integration von Bewegungszeiten in den Tagesablauf, die als Teil der Qualitätsentwicklung in den Referenzrahmen einbezogen werden.

Die methodischen **Grundkonzeptionen der Frühpädagogik** bieten kaum konkrete Anknüpfungspunkte für das Thema Gesundheitsförderung. Sie beinhalten jedoch implizit und explizit Vorstellungen zur emotionalen und seelischen Gesundheit und Stabilität sowie der Bedeutung der körperlichen Entwicklung, die als Gesundheitsbereiche in den Referenzrahmen aufgenommen werden.

Die in die Auswertung einbezogenen, bereits vorliegenden **Referenzrahmen bzw. Kriterienkataloge** dienen als Raster für die formale Strukturierung des Referenzrahmens und leiten die Auswahl und Operationalisierung der Qualitätsdimensionen und Kriterien an, wie etwa im Bereich der Partizipation die gemeinsame Ausgestaltung der Essenssituation oder in der Dimension Raum die Erschließung von Bewegungsräumen im Sozialraum der Kita.

Schließlich wurden in der Recherche an verschiedenen Stellen immer wieder wichtige Konzepte bzw. Konstrukte sichtbar. Hierzu zählen Partizipation, Individualisierung, Eigenverantwortung und Nachhaltigkeit. Gesundheitsfördernde Maßnahmen müssen diese Dimensionen berücksichtigen. Partizipation und Individualisierung werden daher als Elemente der Prozessqualität in den Referenzrahmen aufgenommen. Eine nachhaltige Gesundheitsförderung wiederum ist dann gegeben, wenn die Abläufe in einen wiederkehrenden Weiterentwicklungsprozess eingebettet sind. Daher werden im Referenzrahmen die unterschiedlichen Schritte des Qualitätsmanagements, d. h. die Planung, Ausführung, Überprüfung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in Kitas berücksichtigt.

2.3 Struktur und Aufbau des Referenzrahmens

Der Referenzrahmen berücksichtigt anerkannte Qualitätsstandards der Frühen Bildung (vgl. Abschnitt 2.2) und bezieht sie auf die Qualitätsebenen Struktur, Prozess und Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund gliedert sich der Referenzrahmen in drei Teile: (A) Einrichtungsmerkmale, (B) Gesundheitsbereiche und (C) Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität.

In Abschnitt (A) „Einrichtungsmerkmale“ finden sich neben Angaben zur Charakterisierung der jeweiligen Einrichtungen die gesundheitsbereichsübergreifenden Merkmale der Strukturqualität. Hierunter fallen

Indikatoren, die Rückschlüsse auf die Rahmung der pädagogischen Arbeit in den Einrichtungen zulassen, wie etwa Gruppen- und Teamgrößen und Leitungsfreistellung (Viernickel et al., 2016).

In Abschnitt (B) „Gesundheitsbereiche“ werden Merkmale der Prozessqualität sowie gesundheitsbereichs-spezifische Merkmale der Strukturqualität erfasst. Zu den Merkmalen der Strukturqualität gehören beispielsweise die Planung, die sächlich-räumlichen Gegebenheiten oder das Qualifikationsprofil der Fachkräfte. Zu den Merkmalen der Prozessqualität zählen Interaktion, Partizipation und Individualisierung.

Schließlich werden in Abschnitt (C) des Referenzrahmens Merkmale der „Ergebnisqualität“ abgebildet. Hierunter fallen institutionalisierte Formen der Überprüfung des pädagogischen Prozesses im Sinne einer Ergebnissicherung und bezogen auf die Weiterentwicklung der pädagogischen Arbeit.

(A) Einrichtungsmerkmale

Abschnitt (A) beinhaltet die strukturellen und prozessualen Einrichtungsmerkmale, denen in der Fachliteratur allgemein ein Einfluss auf die Ausgestaltung pädagogischer Prozesse und damit auch auf die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung zugeschrieben wird und die sich nicht auf einen speziellen Gesundheitsbereich beziehen (s. u.). Zu diesen Einrichtungsmerkmalen zählen: die regionale Lage der Einrichtungen, ihre Eigenschaften sowie die Ausrichtung ihrer Gesundheitsförderung auf unterschiedliche Zielgruppen. Diese Größen wurden aus der Fachliteratur abgeleitet. Das Fachkräftebarometer der Weiterbildungsinitiative Frühkindliche Fachkräfte bildete die Basis für strukturelle Eigenschaften wie die Größe der pädagogischen Teams oder die Einteilung der Anzahl an Kindern in klein, mittel und groß (Autorengruppe Fachkräftebarometer, 2017; Tietze et al., 2016; Viernickel et al., 2016).

(B) Gesundheitsbereiche

Abschnitt (B) bezieht sich auf unterschiedliche inhaltliche Bildungsbereiche, die nach ausführlicher Analyse der Bildungspläne, Förderprogramme und Zertifizierungen als gesundheitsrelevant eingestuft werden können, also Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität, Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz. Die thematisch-inhaltliche Strukturierung innerhalb der Gesundheitsbereiche ist einheitlich gestaltet und wurde in Anlehnung an die Kategorien des Nationalen Kriterienkatalogs formuliert (Tietze et al., 2016). Die Zuordnung der Dimensionen wie etwa Planung, Raum oder Interaktion zu den Ebenen Struktur- oder Prozessqualität orientiert sich an der Definition von Voss und Viernickel (2016). Die Prinzipien der Partizipation, Autonomie, Individualisierung und Eigenverantwortung, die sich über alle Quellen hinweg als bedeutsam herausgestellt haben, wurden ebenfalls für die Strukturierung der Gesundheitsbereiche herangezogen.

Zur Orientierung diente weiterhin der aktuelle Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes (GKV-Spitzenverband, 2018). Aus diesem Leitfaden wurden vor allem relevante Themenbereiche der Gesundheitsförderung, konkret die Settings/Lebenswelten, in denen Gesundheitsförderung ansetzen kann (Lebenswelt- bzw. Alltagsorientierung), herausgearbeitet. Einbezogen wurden außerdem die Leitlinien zur Gesundheitsförderung in den Bildungs- und Orientierungsplänen der einzelnen Bundesländer (s. Anhang, Verzeichnis der Bildungspläne).

(C) Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität

In Abschnitt (C) folgt die Analyse institutionalisierter Praktiken der Ergebnisüberprüfung und Ergebnis-sicherung insbesondere hinsichtlich gesundheitsfördernder Strategien und Praktiken. Damit bezieht sich Teil C vor allem auf die unterschiedlichen Phasen des Qualitätsmanagements (Strätz, 2019). Betrachtet werden hier also der gesamte Qualitätsentwicklungsprozess von der Bestandsaufnahme bis zur Evaluation sowie seine langfristige Implementierung durch die Einbindung in einen fortlaufenden Prozess institutionalisierter Überprüfung. Ein besonderer Fokus liegt aufgrund der Fragestellung des Projektes auf der Umsetzung von gesundheitsbezogenen Themen. Die konkreten Elemente des Qualitätsmanagements ergeben sich aus der aktuellen Literatur zu den Bereichen Qualitätsdefinition, Qualitätsfeststellung und Qualitätsentwicklung (Strätz, 2019; Tietze, 2016). Hierbei geht es zum einen darum, inwiefern bestimmte Qualitätsmanagement-Elemente wie Prozessbeschreibung und Evaluationen umgesetzt werden, zum anderen wird überprüft, inwieweit in diesen Elementen Gesundheitsförderung eine Rolle spielt.

Formal fließen in den Teil (C) die für das Qualitätsmanagement-System DIN EN ISO 9001 relevanten Qualitätsbereiche (a) Verantwortung der Leitung, (b) Ressourcen managen, (c) Leistung realisieren sowie (d) evaluieren und weiterentwickeln mit ein (Merchel, 2013). Dort wird dieser Prozess mit den Begriffen PLAN (Analyse des Ist-Zustands und die Planung der pädagogischen Arbeit), DO (Durchführen der pädagogischen Intervention), CHECK (Überprüfung des Resultates) und ACT (Überführung der Ergebnisse in einen formal festgelegten Kreislauf) beschrieben. Diese weisen eine große Analogie zu den Schritten des PHAC-Kreislaufs auf (Rosenbrock, 1995; Richter-Kornweitz & Altgeld, 2011). Damit werden alle Prozesse, die Einfluss auf die Leistungserbringung und -verbesserung haben, in die Analyse einbezogen. Zugleich spiegeln sich hierin die verschiedenen Ebenen des in der Frühen Bildung etablierten Qualitätsmodells wider, das aus Strukturqualität (z. B. Personaleinsatz), Prozessqualität (z. B. Erzieher-Kind-Interaktion) und Orientierungsqualität (z. B. pädagogische Orientierungen) besteht (Tietze et al., 2016). Weitere Qualitätsformen wie Orientierungs- oder Managementqualität (Voss & Viernickel, 2016) wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht berücksichtigt. Die oben genannten Ebenen tauchen im gesamten Referenzrahmen an verschiedenen Stellen auf und lassen so eine ganzheitliche Perspektive auf Gesundheitsförderung entstehen.

2.3.1 (A) Strukturmerkmale der Einrichtungen

Die relevanten strukturellen Merkmale der Kitas sind in Tabelle 6 zusammengefasst.

Tabelle 6:
Strukturmerkmale der Einrichtungen

A. Strukturmerkmale der Einrichtungen

Dimension	0.1 Dokumentenart	0.2 Regionale Lage	0.3 Strukturelle Einbindung	0.4 Rahmenbedingungen	0.5 Ausrichtung auf Gesundheitsförderung
Kriterium	0.1.1 Konzeption 0.1.2 QM-Handbuch 0.1.3 Leitbild 0.1.4 Prozessbeschreibung 0.1.5 Mantelhandbücher 0.1.6 Kurzfragebogen 0.1.7 Sonstiges 0.1.8 Verfasser/-in des Dokuments 0.1.9 Jahr der Erstellung 0.1.10 Länge des Dokuments	0.2.1 Bundesland 0.2.2 Sozialraum	0.3.1 Träger der Einrichtung 0.3.2 QM-System	0.4.1 Pädagogische Ausrichtung 0.4.2 Anzahl der Kinder 0.4.3 Anzahl der Fachkräfte 0.4.4 Leitungsfreistellung 0.4.5 Gruppenstruktur 0.4.6 Externe Kooperation/Vernetzung 0.4.7 Weitanschauliche Ausrichtung/Werte	0.5.1 Allgemeine Gesundheitsförderung in Konzeption/QM-Materialien/Leitbildern 0.5.2 Bezug zu Bildungsplänen/wissenschaftlichen Standards/gesetzlichen Grundlagen 0.5.3 Förderung der Kindergesundheit 0.5.4 Förderung der Familiengesundheit 0.5.5 Förderung der Mitarbeitergesundheit

Dimension	0.1 Dokumentenart	0.2 Regionale Lage	0.3 Strukturelle Einbindung	0.4 Rahmenbedingungen	0.5 Ausrichtung auf Gesundheitsförderung
Indikator	0.1.1.1 Das Dokument ist eine Konzeption. 0.1.2.1 Das Dokument ist ein QM-Handbuch. 0.1.3.1 Das Dokument ist ein Leitbild. 0.1.4.1 Das Dokument ist eine Prozessbeschreibung. 0.1.5.1 Das Dokument ist ein Mantelhandbuch. 0.1.6.1 Das Dokument ist ein Kurzfragebogen. 0.1.7.1 Das Dokument ist Sonstiges. 0.1.8.1 Der Verfasser/die Verfasserin wird genannt. 0.1.9.1 Das Entstehungsjahr wird genannt. 0.1.10.1 Die Länge des Dokuments wird genannt.	0.2.1.1 Das Bundesland wird genannt. 0.2.2.1 Es werden Informationen zum Sozialraum genannt.	0.3.1.1 AWO 0.3.1.2 Caritas 0.3.1.3 Diakonie 0.3.1.4 DRK 0.3.1.5 Paritätischer 0.3.1.6 Sonstige 0.3.2.1 DIN EN ISO 9001 ff. 0.3.2.2 EFQM 0.3.2.3 KTK-Gütesiegel 0.3.2.4 PQ-Sys 0.3.2.5 BETA/KiTa inklusiv 0.3.2.6 AWO-Tandem 0.3.2.7 QUIK 0.3.2.8 Quasi 0.3.2.9 Sonstiges	0.4.1.1 Die Kita ist eine Integrationskita. 0.4.1.2 Die Kita ist eine Gesundheitskita. 0.4.1.3 Die Kita ist eine Bewegungskita. 0.4.1.4 Sonstige Ausrichtung 0.4.4.1 Freigestellte Leitung 0.4.4.2 Teilweise freigestellte Leitung 0.4.4.3 Nicht freigestellte Leitung 0.4.5.1 Offene Einrichtung 0.4.5.2 Teiloffene Einrichtung 0.4.5.3 Gruppenstruktur 0.4.6.1 Andere Kitas 0.4.6.2 Grundschulen 0.4.6.3 Gesundheits- und Jugendamt 0.4.6.4 Ärztinnen/Ärzte 0.4.6.5 Therapeuten/Therapeuten	0.5.1.1 Die Gesundheitsförderung wird in Konzeption/QM-Materialien/Leitbildern genannt. 0.5.2.1 Die Konzeption/QM-Materialien/Leitbilder beziehen sich auf die Bildungspläne/wissenschaftlichen Standards/gesetzlichen Grundlagen/QM-Handbücher. 0.5.3.1 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder über 3. 0.5.3.2 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder unter 3. 0.5.3.3 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder unter und über 3. 0.5.4.1 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Eltern/Bezugspersonen. 0.5.4.2 Eltern/Bezugspersonen werden gefördert bzw. informiert. 0.5.5.1 Es gibt Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Dimension	0.1 Dokumentenart	0.2 Regionale Lage	0.3 Strukturelle Einbindung	0.4 Rahmenbedingungen	0.5 Ausrichtung auf Gesundheitsförderung
	0.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.1 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.1 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.1 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.1 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.2 Pädagogische Inhalte	0.2.2 Pädagogische Inhalte	0.3.2 Pädagogische Inhalte	0.4.2 Pädagogische Inhalte	0.5.2 Pädagogische Inhalte
	0.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte	0.2.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte	0.3.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte	0.4.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte	0.5.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte
	0.1.4 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.4 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.4 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.4 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.4 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.5 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.5 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.5 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.5 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.5 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.6 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.6 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.6 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.6 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.6 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.7 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.7 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.7 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.7 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.7 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.8 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.8 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.8 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.8 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.8 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.9 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.9 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.9 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.9 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.9 Konzeptionelle Grundlagen
	0.1.10 Konzeptionelle Grundlagen	0.2.10 Konzeptionelle Grundlagen	0.3.10 Konzeptionelle Grundlagen	0.4.10 Konzeptionelle Grundlagen	0.5.10 Konzeptionelle Grundlagen

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.2 (B) Gesundheitsbereiche

Im Referenzrahmen werden in allen sechs Gesundheitsbereichen die gleichen Dimensionen und Kriterien abgebildet (vgl. Tabelle 7). Die Dimensionen umfassen, bezogen auf die Gesundheitsbereiche, verschiedene Merkmale der Struktur- und Prozessqualität. Diese beziehen sich auf die Planung der pädagogischen Arbeit, die Gestaltung der Raumsituation, die Auswahl und Bereitstellung des Materials, auf die Kooperation der Kita mit Eltern/Bezugspersonen und mit externen Akteurinnen und Akteuren. Die Kriterien werden anhand gesundheitsbereichsspezifischer Indikatoren operationalisiert.

Tabelle 7:
Dimensionen und Kriterien der Gesundheitsbereiche

(B) Prozess- und Strukturmerkmale in den Gesundheitsbereichen

Dimension	1.1 Planungsstruktur	1.2 Raumstruktur	1.3 Materialstruktur	1.4 Qualifikationsstruktur	1.5 Kooperationsstruktur	1.6 Interaktionsprozess	1.7 Partizipationsprozess	1.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	1.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	1.2.1 Innenräume 1.2.2 Außenräume	1.3.1 Angebot an pädagogischem Material 1.3.2 Nutzung von pädagogischem Material	1.4.1 Förderprogramme 1.4.2 Zertifizierungen 1.4.3 Zusatzqualifikationen	1.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen	1.6.1 Beobachtung und Dokumentation 1.6.2 Kommunikation 1.6.3 Unterstützende Interaktion	1.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse 1.7.2 Einbeziehung von Eltern/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	1.8.1 Individuelle Förderung der Kinder

Quelle: Eigene Darstellung

Bewegung

Bewegung wird insbesondere in der (frühen) Kindheit eine herausragende Rolle zugewiesen und Bewegungsförderung erscheint aufgrund der umfassenden Veränderungen in der Lebenswelt der Kinder, wie etwa zunehmende Digitalisierung und steigender Medienkonsum, besonders wichtig. Bewegung stellt ein menschliches Grundbedürfnis dar und gehört zu den elementaren Ausdrucksformen, über die Kinder ihre Welt begreifen und kennenlernen (Zimmer, 2014). Bewegung in Verbindung mit einem positiven Selbst- und Körperkonzept wird als notwendig für eine gesunde Entwicklung betrachtet (Zirolì, 2015, S. 60). Bereits Säuglinge zeigen eine Vielfalt an Bewegungsformen (Greifen, Kriechen etc.), über die sie ihre Bedürfnisse und Empfindungen ausdrücken und die für die weitere Entwicklung grundlegend sind (Tietze et al., 2016). Kinder eignen sich ihren Körper und ihre Umwelt über Bewegung an. Bewegung ist darüber hinaus für weitere Entwicklungsbereiche wichtig, z. B. Gehirnentwicklung, motorische Entwicklung, sozial-emotionale Entwicklung etc. (Schmidt, 2015; Schwarz, 2018).

Die Förderung von Bewegung in Kitas sollte dabei vielfältig, regelmäßig und gezielt sein und auch die Wahrnehmungsfähigkeiten sowie konditionelle Fähigkeiten von Kindern unterstützen. Dazu gehört u. a. eine Förderung in den Bereichen Ausdauer, Beweglichkeit, Schnelligkeit und Kraft (Schmidt, 2015; Zimmer, 2014). Die WHO empfiehlt ein Mindestmaß an Bewegung von einer Stunde täglich (BZgA, 2013). Hierfür benötigen Kitas vielfältige Ressourcen, entsprechende Rahmenbedingungen und ein gut geschultes Personal (Schwarz, 2018).

Tabelle 8:
Gesundheitsbereich Bewegung

1 Bewegung

1.1 Planungsstruktur

- 1.1.1 Konzeptionelle Grundlagen
 - 1.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Bewegungsförderung wird in der Konzeption genannt.
 - 1.1.1.2 Bewegungsaktivitäten werden im Team abgestimmt und koordiniert.
- 1.1.2 Pädagogische Inhalte
 - 1.1.2.1 Die Planung berücksichtigt die Bewegungsbedürfnisse der Kinder.
 - 1.1.2.2 Es werden Projekte/Veranstaltungen zum Thema Bewegung geplant.
 - 1.1.2.3 Bewegungsaktivitäten sind regelmäßig in die Tages- oder Wochenpläne integriert.
- 1.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte.
 - 1.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden Informationen zum Bewegungsangebot der Kita zur Verfügung gestellt.

1.2 Raumstruktur

- 1.2.1 Innenräume
 - 1.2.1.1 Es gibt großzügige (und gut erreichbare) Innenbereiche.
 - 1.2.1.2 Räume regen die Bewegung an.
 - 1.2.1.3 Es gibt (frei zugängliche) Bewegungsräume.
- 1.2.2 Außenräume
 - 1.2.2.1 Es gibt großzügige (und gut erreichbare) Außenbereiche.
 - 1.2.2.2 Das Außengelände ermöglicht unterschiedliche Arten von Bewegung (Laufen, Krabbeln, Sitzen).
 - 1.2.2.3 Es finden Ausflüge, Bewegungsangebote außerhalb der Einrichtung statt.

1.3 Materialstruktur

- 1.3.1 Angebot an pädagogischem Material
 - 1.3.1.1 Es werden unterschiedliche Bewegungsmaterialien genutzt.
 - 1.3.1.2 Es werden Groß- und Kleingeräte verwendet.
 - 1.3.1.3 Bewegungslandschaften und Bewegungsbaustellen können gebaut werden.
- 1.3.2 Nutzung von pädagogischem Material
 - 1.3.2.1 Materialien können zweckentfremdet werden.
 - 1.3.2.2 Regenfeste Bekleidung ist vorhanden/wird mitgebracht.

1.4 Qualifikationsstruktur

- 1.4.1 Förderprogramme
 - 1.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Bewegung teil.
- 1.4.2 Zertifizierungen
 - 1.4.2.1 Kita ist als Bewegungskita zertifiziert.
- 1.4.3 Zusatzqualifikationen
 - 1.4.3.1 Fachkräfte haben Zusatzqualifikationen in Bewegungsförderung (z. B. Kita in Bewegung, Kinderfitness) oder Bewegungspädagogische (Zusatz-)Ausbildungen (z. B. Motopädie).

1.5 Kooperationsstruktur

- 1.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen
 - 1.5.1.1 Fachkräfte informieren Eltern/Bezugspersonen über Bewegung bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.

1.6 Interaktionsprozess

- 1.6.1 Beobachtung und Dokumentation
 - 1.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das individuelle Bewegungsverhalten der Kinder.
- 1.6.2 Kommunikation
 - 1.6.2.1 Es wird mit den Kindern über Bewegung gesprochen.
- 1.6.3 Unterstützende Interaktion
 - 1.6.3.1 Es gibt unterschiedliche Begleitungsintensitäten.
 - 1.6.3.2 Fachkräfte stellen Bewegungsvorbilder dar.
 - 1.6.3.3 Kinder werden bei Bedarf bei der Bewegung unterstützt.

Quelle: Eigene Darstellung

Ernährung

Ernährung wird in der Literatur übereinstimmend als ein elementares Gebiet der Gesundheitsförderung benannt. Eine bereits in der Kindheit ausgewogene, vielseitige und gesunde Ernährung hat großen Einfluss auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die kindliche Entwicklung. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) hat dazu anerkannte und umfassende Qualitätsstandards für die Verpflegung in Kitas entwickelt, die zusammenfassend die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Speisenzusammensetzung und Speisenherstellung, Hinweise für eine optimale Lebensmittelauswahl sowie für die Gestaltung der Verpflegung benennen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2018). Darüber hinaus stellt die Ernährungsbildung ein wichtiges Ziel dar, da sie die Kinder zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Umgang mit Essen und Trinken befähigen soll (z. B. durch Tischsitten, Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl etc.).

Fachkräfte in Kitas können Kinder gezielt im Bereich Ernährung fördern. Wichtige Förderbereiche sind z. B. das gemeinsame Vor- und Nachbereiten von Mahlzeiten, der Dialog und die Wissensvermittlung über gesunde, ausgewogene Ernährung sowie eine Unterstützung der Kinder bei der Entwicklung eines gesunden Hunger- und Sättigungsgefühls (Tietze et al., 2016). Kinder lernen dabei aus Beobachtung, weshalb Fachkräften eine wichtige Vorbildfunktion zukommt. Für die Umsetzung einer hohen Qualität im Bereich Ernährung benötigen Fachkräfte daher ein umfassendes Wissen und eine hohe Qualifikation.

Tabelle 9:
Gesundheitsbereich Ernährung

2 Ernährung

2.1 Planungsstruktur

2.1.1 Konzeptionelle Grundlagen
 2.1.1.1 Ernährungsförderung (ggf. nach DGE-Standards) wird genannt.
 2.1.1.2 Es gibt feste Essenszeiten-Zeiträume sowie klar definierte „essensfreie“ Zeiten.
 2.1.1.3 Die Mischung aus den Lebensmittelgruppen ist gesund und ausgewogen.
 2.1.2.1 Es werden Projekte zu Ernährung angeboten.
 2.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte
 2.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden Informationen zum Ernährungsangebot der Kita zur Verfügung gestellt.

2.2 Raumstruktur

2.2.1 Innenräume
 2.2.1.1 Tische/Stühle stehen in geeigneter Höhe/Größe zur Verfügung.
 2.2.1.2 Es gibt einen festen Essensplatz/Raum.
 2.2.1.3 Es ist ausreichend Platz vorhanden.
 2.2.1.4 Die Atmosphäre ist gemütlich.
 2.2.2 Außenräume
 2.2.2.1 Mahlzeiten sind im Freien möglich.

2.3 Materialstruktur

2.3.1 Angebot an pädagogischem Material
 2.3.1.1 Es gibt eine warme Mahlzeit am Tag.
 2.3.1.2 Das Getränkeangebot ist jederzeit verfügbar und frei zugänglich.
 2.3.1.3 Die Mahlzeiten sind abwechslungsreich und appetitlich.

2.4 Qualifikationsstruktur

2.4.1 Förderprogramme
 2.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Ernährung teil.
 2.4.2 Zertifizierungen
 2.4.2.1 Kita besitzt ein Zertifikat zu Ernährung (FIT KID).
 2.4.3 Zusatzqualifikationen
 2.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich Ernährung.

2.5 Kooperationsstruktur

2.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen
 2.5.1.1 Fachkräfte informieren die Eltern/Bezugspersonen zum Thema Ernährung bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.

2.6 Interaktionsprozess

2.6.1 Beobachtung und Dokumentation
 2.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das Essverhalten der Kinder.
 2.6.2 Kommunikation
 2.6.2.1 Es finden Dialoge während des Essens bzw. über Speisen/Ernährung statt.
 2.6.2.2 Fachkräfte sind Vorbilder im Bereich Ernährung.
 2.6.3 Unterstützende Interaktion
 2.6.3.1 Kinder werden angeregt Speisen zu probieren.
 2.6.3.2 Kinder werden auf Unterschiede in Geschmack, Geruch, Konsistenz aufmerksam gemacht.

2.7 Partizipationsprozess

2.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse
 2.7.1.1 Es gibt gemeinsame Entscheidungen über die Ausgestaltung der Essenssituationen.
 2.7.1.2 Kinder beteiligen sich an der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten (inklusive Einkaufen).
 2.7.1.3 Es wird gemeinsam gegessen.
 2.7.1.4 Es finden gemeinsame Projekte zu Ernährung statt.
 2.7.2 Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Angebote
 2.7.2.1 Eltern/Bezugspersonen werden beim Thema Ernährung und/oder an Ernährungsaktivitäten beteiligt.

2.8 Individualisierungsprozess

2.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
 2.8.1.1 Fachkräfte berücksichtigen Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten (Allergien).
 2.8.1.2 Die Dauer der Mahlzeit ist an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet.
 2.8.1.3 Es gibt Wahlmöglichkeiten bei den Mahlzeiten.
 2.8.1.4 Fachkräfte unterstützen die Kinder nach Bedarf bei den Mahlzeiten.
 2.8.1.5 Kinder können sich selbstständig bedienen.
 2.8.1.6 Kinder müssen nicht aufessen.

Quelle: Eigene Darstellung

Körper/Sexualität

Der Themenbereich Körper/Sexualität stellt in der Fachliteratur ebenfalls einen elementaren Bereich der Gesundheitsförderung dar. Ein positiver Umgang mit Körperlichkeit und Sexualität ist ein bedeutsamer Faktor für die Identitätsentwicklung und stärkt das kindliche Selbstvertrauen (Wanzeck-Sielert, 2005).

Zum Bereich Körper zählen die Körperpflege und die Körpererfahrungen, die wichtige Voraussetzungen für das Wohlbefinden und die Gesundheit im Allgemeinen darstellen. Positive Körpererfahrungen fördern bei Kindern die Entwicklung zu einem stabilen und differenzierten Selbstkonzept und bieten darüber hinaus vielfältige Erfahrungsmöglichkeiten (z. B. Aufbau von Eigenständigkeit, eigene Körperlichkeit; Tietze et al., 2016).

Kitas müssen in diesem Bereich zahlreiche gesetzliche Regelungen, Hygienestandards und Sicherheitsvorschriften umsetzen und einhalten, um eine gesundheitsfördernde Umgebung bereitzustellen. Fachkräften stehen in diesem Bereich auf der pädagogischen Ebene des Handelns vielfältige Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten zur Verfügung. Dazu gehören u. a. die Anleitung und Unterstützung bei der Körperpflege sowie die Vermittlung von Körpererfahrungen und Körperwahrnehmungen. Fachkräfte haben dabei Vorbildfunktion für gesundheitsbewusstes Verhalten und sollen grundlegendes Hygieneverhalten fördern (z. B. Hände waschen; Tietze et al., 2016).

Tabelle 10:
Gesundheitsbereich Körper/Sexualität

3 Körper/Sexualität

3.1 Planungsstruktur

3.1.1 Konzeptionelle Grundlagen
 3.1.1.1 Der altersentsprechende Umgang mit Körper/Sexualität/Hygiene wird in der Konzeption genannt.
 3.1.1.2 Ein sexualpädagogisches Handlungskonzept liegt vor.
 3.1.1.3 Körperpflege wird mit wertschätzender Grundhaltung begleitet.
 3.1.1.4 Es wird zu einem positiven Körperbild angeregt.
 3.1.1.5 Schutz vor körperlicher Gewalt/körperlichem Schaden wird in der Konzeption genannt.
 3.1.2 Pädagogische Inhalte
 3.1.2.1 Es gibt Anlässe der Körperwahrnehmung.
 3.1.2.2 Es gibt Anlässe der Sinneswahrnehmung.
 3.1.2.3 Die Körperpflege wird gewährleistet.
 3.1.2.4 Die Aufsichtspflicht wird gewährleistet.
 3.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte
 3.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden über den Umgang der Kita mit Nähe und Distanz informiert.
 3.1.3.2 Eltern/Bezugspersonen werden über das sexualpädagogische Konzept informiert.
 3.1.3.3 Eltern/Bezugspersonen werden darüber informiert, wann aufgrund von Krankheit eine Betreuung ausgeschlossen ist.

3.2 Raumstruktur

3.2.1 Innenräume
 3.2.1.1 Gruppenräume sind angemessen temperiert und belüftet.
 3.2.1.2 Sanitäre Anlagen sind leicht zu erreichen.
 3.2.1.3 Räumlichkeiten bieten Rückzugsmöglichkeiten.
 3.2.1.4 Es stehen Räume für erkrankte Kinder zur Verfügung.
 3.2.2 Außenräume
 3.2.2.1 Außenbereich stellt Spielgeräte zur Körperwahrnehmung zur Verfügung.

<p>3.3 Materialstruktur</p> <p>3.3.1 Angebot an pädagogischem Material</p> <p>3.3.1.1 Es wird ein (altersangemessenes) Angebot an Materialien der Körperhygiene bereitgestellt.</p> <p>3.3.1.2 Es werden Spiegel verwendet.</p> <p>3.3.1.3 Das Thema Sexualität wird mit altersentsprechenden Materialien unterstützt.</p>	<p>3.4 Qualifikationsstruktur</p> <p>3.4.1 Förderprogramme</p> <p>3.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Körper/Sexualität teil.</p> <p>3.4.3 Zusatzqualifikationen</p> <p>3.4.3.1 Fachkräfte nehmen an Zusatzqualifikationen zum Thema frühkindliche Entwicklung/Sexualität teil.</p> <p>3.4.3.2 Fachkräfte kennen die gesetzlichen Regelungen zu ansteckenden Krankheiten.</p> <p>3.4.3.3 Fachkräfte kennen das Vorgehen bei Anzeichen von Kindeswohlgefährdung (z. B. insofern/insoweit erfahrene Fachkraft).</p>
<p>3.5 Kooperationsstruktur</p> <p>3.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen</p> <p>3.5.1.1 Fachkräfte informieren die Eltern/Bezugspersonen zum Thema Körperpflege/Sexualität bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.</p>	<p>3.6 Interaktionsprozess</p> <p>3.6.1 Beobachtung und Dokumentation</p> <p>3.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das Gesundheitsbefinden und die körperliche Entwicklung der Kinder.</p> <p>3.6.1.2 Fachkräfte achten auf die Körperpflege der Kinder.</p> <p>3.6.1.3 Gesundheitliche Auffälligkeiten (körperlich) werden beobachtet/dokumentiert.</p> <p>3.6.2 Kommunikation</p> <p>3.6.2.1 Fragen zum Körper werden besprochen.</p> <p>3.6.2.2 Fragen zur Sexualität werden besprochen.</p> <p>3.6.3 Unterstützende Interaktion</p> <p>3.6.3.1 Fachkräfte achten die körperlichen Grenzen der Kinder.</p> <p>3.6.3.2 Fachkräfte achten auf ihre eigenen körperlich-sexuellen Grenzen.</p> <p>3.6.3.3 Fachkräfte lassen respektvollen und angenehmen Körperkontakt zu.</p>
<p>3.7 Partizipationsprozess</p> <p>3.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse</p> <p>3.7.1.1 Regeln für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bezogen auf den Körper werden mit den Kindern erstellt.</p> <p>3.7.1.2 Regeln für die Benutzung der Sanitärräume werden mit den Kindern erstellt.</p> <p>3.7.1.3 Kinder werden für körperliche Selbstbestimmung und die Setzung ihrer Grenzen sensibilisiert.</p> <p>3.7.2 Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Angebote</p> <p>3.7.2.1 Es findet ein regelmäßiger Austausch mit den Eltern/Bezugspersonen über den Gesundheitszustand der Kinder statt.</p> <p>3.7.2.2 Eltern/Bezugspersonen werden bei der Gesundheitspflege ihrer Kinder mit Anleitungen unterstützt.</p>	<p>3.8 Individualisierungsprozess</p> <p>3.8.1 Individuelle Förderung der Kinder</p> <p>3.8.1.1 Es wird ein Augenmerk auf die größtmögliche Eigenständigkeit in der Körperpflege gelegt.</p> <p>3.8.1.2 Kinder werden je nach Bedarf bei der Körperpflege begleitet.</p> <p>3.8.1.3 Die unterschiedlichen körperlichen Konstitutionen werden berücksichtigt.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Sexualität stellt einen weiteren wichtigen Bereich in der Gesundheitsförderung dar. Kinder erkunden von Geburt an neugierig ihren Körper. Diese Körpererkundungen stellen eine wichtige Grundlage für die sexuelle Entwicklung dar. Durch die Auseinandersetzung mit ihrem Körper bilden Kinder ein differenziertes Bewusstsein über ihre Sexualität aus (Fried, 2000). Fachkräfte in Kitas können die Kinder in diesen Bereichen fördern, indem sie offen und wertschätzend Fragen zur Sexualität beantworten (Wanzeck-Sielert, 2005).

Entspannung/Stressbewältigung

Entspannung und Stressbewältigung stellen in der Fachliteratur einen weiteren wichtigen Bereich für die Gesundheitsförderung im Setting der Kitas dar. Die Fähigkeit, sich entspannen zu können und damit wichtige Bewältigungsstrategien für Stresssituationen zu entwickeln, müssen Kinder häufig erst lernen. Dazu sind sie auf die Förderung und Unterstützung von Fachkräften angewiesen (Rolfes & Hartmann, 2015). Fachkräfte sollten in der pädagogischen Arbeit in diesem Zusammenhang ausreichende Ruhe-, Schlaf- und Entspannungsphasen in den Alltag integrieren, die sich an den individuellen Bedürfnissen und am Alters- und Entwicklungsstand der Kinder orientieren. Dazu gehören neben wiederkehrenden Ritualen und Entspannungshilfen (z. B. Musik, Kissen) auch die Bereitstellung vielfältiger Rückzugsmöglichkeiten (Tietze et al., 2016). In Entspannungsphasen lernen Kinder ihre eigenen körperlichen und emotionalen Bedürfnisse kennen; dies stellt eine wichtige Voraussetzung für den Stressabbau dar (Rolfes & Hartmann, 2015).

Tabelle 11:
Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung

4 Entspannung/Stressbewältigung

<p>4.1 Planungsstruktur</p> <p>4.1.1 Konzeptionelle Grundlagen</p> <p>4.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Entspannungsförderung/Stressbewältigung wird in der Konzeption genannt.</p> <p>4.1.1.2 Fachkräfte nehmen das kindliche Bedürfnis nach Ruhe wahr.</p> <p>4.1.1.3 Entspannungsmethoden orientieren sich an Progressiver Muskelentspannung, Yoga/Meditation, Autogenem Training, Snoezeln.</p> <p>4.1.2 Pädagogische Inhalte</p> <p>4.1.2.1 Der Tagesablauf sieht obligatorische Phasen für Ruhe, Schlaf und Entspannung vor.</p> <p>4.1.2.2 Entspannung/Stressbewältigung ist Teil pädagogischer Spiele/Übungen.</p> <p>4.1.3 Informationen über pädagogische Inhalte</p> <p>4.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden Informationen zur Gestaltung der Ruhezeiten der Kita zur Verfügung gestellt.</p>	<p>4.2 Raumstruktur</p> <p>4.2.1 Innenräume</p> <p>4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume.</p> <p>4.2.1.2 Die Räume sind frei zugänglich.</p> <p>4.2.1.3 Das Licht kann gedämpft werden.</p> <p>4.2.2 Außenräume</p> <p>4.2.2.1 Das Außengelände bietet Rückzugsmöglichkeiten.</p>
<p>4.3 Materialstruktur</p> <p>4.3.1 Angebot an pädagogischem Material</p> <p>4.3.1.1 Es sind Materialien und Einrichtungsgegenstände zu Entspannung/Stressbewältigung vorhanden.</p> <p>4.3.1.2 Den Kindern wird die Nutzung individueller Materialien erlaubt (ggf. von Zuhause).</p> <p>4.3.1.3 Entspannende Musik wird vorgehalten.</p> <p>4.3.1.4 Die Materialien regen zu Entspannung an.</p> <p>4.3.2 Nutzung von pädagogischem Material</p> <p>4.3.2.1 Kinder können die Nutzung der Entspannungs- oder Stressbewältigungsmaterialien selbst bestimmen.</p>	<p>4.4 Qualifikationsstruktur</p> <p>4.4.1 Förderprogramme</p> <p>4.4.1.1 Die Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Entspannung/Stressbewältigung teil.</p> <p>4.4.3 Zusatzqualifikationen</p> <p>4.4.3.1 Es liegen Zusatzqualifikationen zum Thema Entspannung/Stressbewältigung vor.</p>

<p>4.5 Kooperationsstruktur</p> <p>4.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen 4.5.1.1 Fachkräfte informieren die Eltern/Bezugspersonen zum Thema Entspannungsmöglichkeiten/Stressbewältigung bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.</p>	<p>4.6 Interaktionsprozess</p> <p>4.6.1 Beobachtung und Dokumentation 4.6.1.1 Das Verhalten in Ruhephasen wird beobachtet und dokumentiert. 4.6.2 Kommunikation 4.6.2.1 Fachkräfte sprechen mit den Kindern über deren Ruhebedürfnis. 4.6.3 Unterstützende Interaktion 4.6.3.1 Kinder lernen Entspannungs- und Atemtechniken kennen.</p>
<p>4.7 Partizipationsprozess</p> <p>4.7.1 Einbeziehung der Kinder 4.7.1.1 Kinder werden an Entscheidungen zu Ruhe- und Aktivitätsphasen beteiligt. 4.7.1.2 Kinder stellen gemeinsam Regeln für Ruhephasen auf. 4.7.1.3 Kinder können den Entspannungsraum selbst gestalten. 4.7.2 Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Angebote. 4.7.2.1 Eltern/Bezugspersonen werden beim Thema Entspannung/Stressbewältigung und/oder an Ruhephasen beteiligt.</p>	<p>4.8 Individualisierungsprozess</p> <p>4.8.1 Individuelle Förderung der Kinder 4.8.1.1 Dem individuellen Entspannungsbedürfnis der Kinder wird entsprochen. 4.8.1.2 Teilnahme an Entspannungsübungen ist freiwillig. 4.8.1.3 Fachkräfte unterstützen je nach individuellem Ruhebedürfnis/Stresslevel. 4.8.1.4 Kinder dürfen Entspannungsmethoden frei wählen.</p>

Quelle: Eigene Darstellung

Fachkräfte benötigen für eine umfassende Förderung von Entspannung und Stressbewältigung spezifisches Wissen und Fertigkeiten. Der Referenzrahmen integriert die wichtigsten Indikatoren für Entspannung und Stressbewältigung auf der Struktur- und Prozessebene.

Sozial-emotionale Entwicklung

Die sozial-emotionale Entwicklung wird disziplinübergreifend als wichtige Voraussetzung für die Kompetenzentwicklung in anderen Entwicklungsbereichen (z. B. Sprache, Kognition) beschrieben (Roux & Sechtig, 2018; Koglin & Petermann, 2013). Die sogenannten Basisemotionen (z. B. Freude, Furcht, Überraschung) treten bereits im Säuglingsalter auf und stellen eine wichtige Voraussetzung für sozialen Austausch und soziales Verstehen dar. Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind vor diesem Hintergrund besonders bedeutsam. Das Kind lernt seine Emotionen adäquat auszudrücken und zu regulieren und seinen Erfahrungshorizont über eigene und fremde Emotionen aufzubauen (Mayer, Heim, Peter & Scheithauer, 2016; Koglin & Petermann, 2013). Dazu ist es neben der Unterstützung und Förderung durch die Familie auch auf die der Fachkräfte in Kitas angewiesen. Fachkräfte benötigen daher umfassendes Wissen und Qualifikationen für den Erwerb und die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen.

Der Referenzrahmen beinhaltet wesentliche Kriterien, mit denen Fachkräfte in Kitas Kinder in ihrer sozialen und emotionalen Entwicklung unterstützen und fördern können. Hierzu zählen neben räumlichen und materiellen Bedingungen, die konkret für die Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen notwendig sind, auch Prozessmerkmale wie die Dialogfähigkeit von Fachkräften, über Gefühle und Bedürfnisse mit den Kindern zu sprechen, sowie eine verlässliche Beziehung anzubieten, die individuelle Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt (Tietze et al., 2016; Roux & Sechtig, 2018; Valentien, 2016).

Tabelle 12:
Gesundheitsbereich Sozial-emotionale Entwicklung

5 Sozial-Emotionale Entwicklung

<p>5.1 Planungsstruktur</p> <p>5.1.1 Konzeptionelle Grundlagen 5.1.1.1 Eine (altersentsprechende) sozial-emotionale Förderung wird in der Konzeption genannt. 5.1.1.2 Schutz vor seelischer Gewalt wird in der Konzeption genannt. 5.1.2 Pädagogische Inhalte 5.1.2.1 In Spielen/Aktivitäten findet eine Auseinandersetzung mit sozial-emotionalen Inhalten statt. 5.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte. 5.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden Informationen zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen der Kita zur Verfügung gestellt.</p>	<p>5.2 Raumstruktur</p> <p>5.2.1 Innenräume 5.2.1.1 Es sind weitläufige Räume zur Auslebung von sozial-emotionalen Bedürfnissen vorhanden. 5.2.1.2 Es gibt abgetrennte Spielbereiche für ungestörtes/unbeobachtetes Spiel im Innenbereich. 5.2.1.3 Innenräume zeichnen sich durch Aufforderungs- und Explorationscharakter aus. 5.2.2 Außenräume 5.2.2.1 Es gibt abgetrennte Spielbereiche, für ungestörtes/unbeobachtetes Spiel.</p>
<p>5.3 Materialstruktur</p> <p>-</p>	<p>5.4 Qualifikationsstruktur</p> <p>5.4.1 Förderprogramme 5.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu sozial-emotionalen Kompetenzen teil (z. B. Papilio). 5.4.3 Zusatzqualifikationen 5.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich sozial-emotionale Entwicklung.</p>
<p>5.5 Kooperationsstruktur</p> <p>5.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen 5.5.1.1 Fachkräfte informieren die Eltern/Bezugspersonen zum Thema sozial-emotionale Entwicklung bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.</p>	<p>5.6 Interaktionsprozess</p> <p>5.6.1 Beobachtung und Dokumentation 5.6.1.1 Fachkräfte beobachten die Kontaktfähigkeit und den sozial-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder. 5.6.1.2 Fachkräfte beobachten die Bedürfnisse, Gefühle und Signale (verbal/nonverbal) der Kinder. 5.6.1.3 Es findet eine regelmäßige Dokumentation über den sozial-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder statt. 5.6.1.4 Gesundheitliche Auffälligkeiten (psychisch) werden dokumentiert. 5.6.2 Kommunikation 5.6.2.1 Fachkräfte bestätigen die Kinder bei kooperativen Handlungen und konstruktiven Konfliktlösungen. 5.6.2.2 Fachkräfte sprechen unmittelbar nach Verstoß gegen Gruppenregeln mit den Kindern und nennen Konsequenzen. 5.6.2.3 Fachkräfte sprechen mit Kindern über sozial-emotionale Situationen. 5.6.2.4 Fachkräfte teilen ihre Gefühle und Bedürfnisse mit. 5.6.3 Unterstützende Interaktion 5.6.3.1 Kinder werden zu sozialem Spiel/Gesprächen angeregt. 5.6.3.2 Fachkräfte unterstützen Kontaktbemühungen zu anderen Kindern. 5.6.3.3 Kinder werden bei verbalen/nonverbalen Kontaktsignalen unterstützt. 5.6.3.4 Psychische Grenzen werden eingehalten.</p>

5.7 Partizipationsprozess	5.8 Individualisierungsprozess
5.7.1 Einbeziehung der Kinder 5.7.1.1 Es findet eine gemeinsame Planung und Ausgestaltung von Regeln und Aktivitäten statt. 5.7.1.2 Kinder haben feste eigene Aufgabenbereiche (z. B. Tischdeckdienst).	5.8.1 Individuelle Förderung der Kinder 5.8.1.1 Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gefühle der Kinder wahr. 5.8.1.2 Fachkräfte befriedigen prompt die Bedürfnisse der Kinder im U 3-Bereich.
5.7.2 Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Angebote 5.7.2.1 Eltern/Bezugspersonen werden beim Thema sozial-emotionale Entwicklung und/oder an Aktivitäten zum Thema sozial-emotionale Kompetenzentwicklung beteiligt.	5.8.1.3 Fachkräfte fördern Basisemotionen. 5.8.1.4 Fachkräfte fördern Selbst- und Fremdwahrnehmung. 5.8.1.5 Die individuellen sozial-emotionalen Bedürfnisse/Fähigkeiten/Gefühle können ausgelebt werden.

Quelle: Eigene Darstellung

Resilienz

Die Förderung von Resilienz in Kitas hat in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen und stellt sich in der Fachliteratur als wichtiger Bereich der Gesundheitsförderung dar. Resilienz meint die „psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann, 2011). Zu den wichtigsten Resilienzfaktoren zählen Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung sowie Problemlösefähigkeiten (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2017; Fröhlich-Gildhoff, Becker & Fischer 2012).

Primärziele von Resilienzförderung in Kitas stellen die Unterstützung der Kinder beim Aufbau von protektiven Beziehungsstrukturen sowie die Stärkung von Schutzfaktoren dar, die eine positive Entwicklung so früh wie möglich unterstützen und Kinder für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und Belastungen befähigen sollen (Fischer, 2012). Fachkräfte können mit der Förderung von Resilienz wichtige Hilfestellungen geben, die Kinder durch eine ressourcen- und stärkenorientierte Sicht sowie das Angebot einer sicheren, stabilen und wertschätzenden Beziehung auf dem Weg zu widerstandsfähigen Persönlichkeiten zu unterstützen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2017). Dazu benötigen Fachkräfte ein umfassendes Wissen über Resilienzfaktoren und deren Förderung im Kita-Alltag. Der Referenzrahmen integriert wesentliche Bestandteile zur Resilienzförderung und legt bei der Indikatorenbildung einen Schwerpunkt auf die Förderung von (personalen) Schutzfaktoren (z. B. Problemlösefähigkeiten, Selbststeuerung, positives Selbstkonzept).

Tabelle 13:
Gesundheitsbereich Resilienz

6 Resilienz

6.1 Planungsstruktur	6.2 Raumstruktur
6.1.1 Konzeptionelle Grundlagen 6.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Resilienzförderung wird in der Konzeption genannt. 6.1.2 Pädagogische Inhalte 6.1.2.1 Es gibt Angebote zu Resilienzfaktoren (Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Problemlösefähigkeiten, Sicherheit). 6.1.2.2 Kinder haben eine stabile/wertschätzende Bezugsbetreuung. 6.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte 6.1.3.1 Eltern/Bezugspersonen werden Informationen zur Resilienzförderung in der Kita zur Verfügung gestellt. 6.1.3.2 Es gibt einen geregelten/strukturierten Tagesablauf.	6.2.1 Innenräume 6.2.2 Außenräume
6.3 Materialstruktur	6.4 Qualifikationsstruktur
6.3.1 Angebot an pädagogischem Material 6.3.1.1 Es ist ein vielseitiges (altersentsprechendes) Materialangebot zur Förderung von Resilienz (z. B. Material zur Selbst- und Fremdwahrnehmung) vorhanden. 6.3.1.2 Materialien regen zu Rollenspielen/Gesprächen an (Handpuppen).	6.4.1 Förderprogramme 6.4.1.1 Kita nimmt an Förderprogramm zur Resilienzförderung teil (z. B. PRIK, Papillio). 6.4.3 Zusatzqualifikationen 6.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich Resilienzförderung.
6.5 Kooperationsstruktur	6.6 Interaktionsprozess
6.5.1 Interne Kooperation mit Eltern/Bezugspersonen 6.5.1.1 Fachkräfte informieren die Eltern/Bezugspersonen zum Thema Resilienzförderung bzw. sind mit ihnen dazu im Austausch.	6.6.1 Beobachtung und Dokumentation 6.6.1.0 Interaktion ohne konkreten Gesundheitsbezug 6.6.1.1 Fachkräfte beobachten Förderungspotenziale (z. B. Problemlösefähigkeiten, Selbststeuerung) und dokumentieren diese. 6.6.2 Kommunikation 6.6.2.1 Fachkräfte sprechen mit Kindern über Stärken und Schwächen. 6.6.3 Unterstützende Interaktion 6.6.3.1 Fachkräfte unterstützen bei Aufbau/Stärkung von personalen Ressourcen der Kinder. 6.6.3.2 Fachkräfte unterstützen bei Aufbau/Stärkung von sozialen Ressourcen der Kinder. 6.6.3.3 Fachkräfte unterstützen Kinder in Krisen- und Konfliktsituationen.

6.7 Partizipationsprozess	6.8 Individualisierungsprozess
6.7.1 Einbeziehung der Kinder 6.7.1.0 Partizipation ohne konkreten Gesundheitsbezug 6.7.1.1 Es findet eine gemeinsame Planung und Ausgestaltung von Projekten/Aktivitäten mit Resilienzfördernden Inhalten (Konflikt-/Problemlösungsstrategien, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit) statt. 6.7.2 Einbeziehung der Eltern/Bezugspersonen in die Angebote. 6.7.2.1 Eltern/Bezugspersonen werden beim Thema Resilienzförderung und/oder an Aktivitäten zum Thema Resilienzförderung beteiligt.	6.8.1 Individuelle Förderung der Kinder 6.8.1.0 Individualisierung ohne konkreten Gesundheitsbezug 6.8.1.1 Fachkräfte nehmen Stärken und Schwächen von Kindern wahr. 6.8.1.2 Fachkräfte fördern Resilienz- und Schutzfaktoren (Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Problemlösefähigkeiten, Sicherheit).

Quelle: Eigene Darstellung

2.3.3 (C) Ergebnisqualität

Abschnitt (C) des Referenzrahmens bezieht sich auf die Umsetzung von Qualitätsmanagement und -entwicklung (vgl. Tabelle 14). Die Indikatoren beziehen sich auf die Frage, ob Standards des Qualitätsmanagements vorhanden sind und inwiefern in diesen Standards Gesundheitsförderung eine Rolle spielt.

Die Phasen des Qualitätsmanagement-Prozesses beziehen sich auf die unterschiedlichen Phasen des PHAC (vgl. Kapitel 2.5). Diese sind Assessment, Policy Formulation, Assurance, Evaluation und Re-Assessment (Rosenbrock, 1995). Damit nimmt der Referenzrahmen die Umsetzungsbedingungen für eine prozesshafte Qualitätsentwicklung in den Blick. Dies beinhaltet beispielsweise feste Zuständigkeiten, die Bereitstellung von Ressourcen und die Entwicklung von Zielen, anhand derer eine Verbesserung von Prozessen möglich und beobachtbar ist. Dabei werden sowohl Ziele als auch Strukturen daraufhin überprüft, inwiefern sie in den QM-Materialien vorhanden sind und inwiefern sie einen Bezug zu Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung aufweisen.

Tabelle 14:
Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität

(C) Ergebnisqualität

7.1 Assessment	7.2 Umsetzungsbedingungen: Policy formulation, assurance, implementation
7.1.1 Feststellungsverfahren 7.1.1.1 Die Kita führt Beobachtungen durch und dokumentiert sie. 7.1.1.2 Gesundheit spielt in den Beobachtungen und der Dokumentation eine Rolle. 7.1.1.3 Befragung von/Kommunikation mit Kindern 7.1.1.4 Befragung von/Kommunikation mit Eltern/Bezugspersonen 7.1.1.5 Befragung von/Kommunikation mit Mitarbeiter/-innen 7.1.1.6 Der Gesundheitszustand spielt in den Befragungen eine Rolle. 7.1.1.7 Der Gesundheitszustand wird gemessen. 7.1.1.8 Sonstiges (z. B. Beschwerdemanagement)	7.2.1 Zuständigkeiten 7.2.1.1 Für die Qualitätsentwicklung und für das QM gibt es klare Zuständigkeiten. 7.2.1.2 Zuständige Person für QM/Qualitätsentwicklung ist fortgebildet. 7.2.1.3 Es gibt klare Zuständigkeiten für die Evaluation. 7.2.2 Ressourcen 7.2.2.1 Für die Qualitätsentwicklung und für das QM werden finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt. 7.2.2.2 Begleitung/Beratung durch externe Fachberatung. 7.2.2.3 Kita ist in ein Qualitätsentwicklungsprojekt eingebunden. 7.2.3 Zielklärung/Konzeption 7.2.3.1 Ziele der Kita werden in der Konzeption festgeschrieben. 7.2.3.2 Ziele wurden gemeinsam entwickelt. 7.2.3.3 Gesundheit spielt in den Zielen der Kita eine Rolle. 7.2.4 Qualitätsbegriff und -kriterien 7.2.4.1 Qualitätsbegriff und/oder -kriterien werden in der Konzeption/dem QM-System festgeschrieben. 7.2.4.2 Qualitätsbegriff wurde gemeinsam entwickelt. 7.2.4.3 Gesundheit ist Teil des Qualitätsbegriffs. 7.2.5 Prozessbeschreibungen 7.2.5.1 Prozessbeschreibungen sind vorhanden. 7.2.5.2 Gesundheit spielt in den Prozessbeschreibungen eine Rolle.
7.3 Evaluation	7.4 Re-Assessment
7.3.1 Reflexion 7.3.1.1 Die Kita tauscht sich über die Qualität ihrer Arbeit und über die Ergebnisse der Feststellungsverfahren aus, Reflexion findet statt. 7.3.1.2 Gesundheit ist in Teambesprechungen ein Thema. 7.3.2 Evaluation 7.3.2.1 Es erfolgen (regelmäßige) interne Evaluationen. 7.3.2.2 Es erfolgen (regelmäßige) externe Evaluationen. 7.3.3 Zertifizierung 7.3.3.1 Eine Zertifizierung liegt vor. 7.3.3.2 Eine Zertifizierung bezogen auf Gesundheit liegt vor.	7.4.1 Weiterentwicklung 7.4.1.1 Konzeption/QM-Materialien/Leitbilder werden prozessual weiterentwickelt. 7.4.1.2 Die Weiterentwicklung der Konzeption erfolgt gemeinsam im Team. 7.4.1.3 Es gibt ein Qualitätshandbuch. 7.4.1.4 Das Qualitätshandbuch wird im Team (weiter-)entwickelt.

Quelle: Strätz, 2019; Tietze et al., 2016; eigene Darstellung

2.4 Zusammenfassung

Für die Analyse von Qualitätsmanagement-Systemen in Kitas wurde auf der Basis theoretischer und empirischer Erkenntnisse zur Gesundheitsförderung in Kitas ein Referenzrahmen entwickelt, der als analytisches Raster auf Dokumente des Qualitätsmanagements gelegt werden kann. Zu diesen Dokumenten zählen beispielsweise Einrichtungskonzeptionen, Qualitätshandbücher, Leitlinien und Leitbilder sowie Prozessbeschreibungen.

Der entwickelte Referenzrahmen basiert auf einer umfangreichen Recherche zu Standards der Gesundheitsförderung im Setting der Kitas. In dieser Recherche wurden Bildungspläne der Länder, Förderprogramme und Zertifizierungen, methodische Grundkonzeptionen der Frühpädagogik und bereits bestehende Referenzrahmen zur gesundheitsfördernden Kita berücksichtigt. Dabei konnten wichtige thematisch-inhaltliche Bereiche von Gesundheitsförderung in Kitas identifiziert werden. Hierzu zählen Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität, Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung sowie Resilienz. Für deren Bedeutung sprechen zahlreiche Hinweise in Bildungsplänen und bereits vorliegenden Referenzrahmen zur Gesundheitsförderung. Parallel dazu existieren in der Fachliteratur sowohl theoretische als auch empirische Hinweise zu Gelingensbedingungen für Gesundheitsförderung in Kitas, die sich sowohl auf strukturelle als auch auf prozessuale Merkmale beziehen lassen (z. B. ausreichend große Innenräume und die partizipative Planung der pädagogischen Arbeit).

Der Referenzrahmen gliedert sich in drei Teile: (A) Einrichtungsmerkmale, (B) Gesundheitsbereiche und (C) prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität. Im ersten Teil zu den Einrichtungsmerkmalen finden sich Merkmale der Strukturqualität von Kitas. Hierunter sind Eigenschaften gefasst, die Rückschlüsse auf die Rahmung der pädagogischen Arbeit in den Einrichtungen zulassen, wie etwa Gruppen- und Teamgrößen und Leitungsfreistellung (Viernickel et al., 2016). Im zweiten Teil, der sich auf die verschiedenen Gesundheitsbereiche bezieht, werden Merkmale der Prozess- und Strukturqualität jeweils bereichsspezifisch erfasst. Zu den Dimensionen der Strukturqualität gehören beispielsweise die Planung, sächlich-räumliche Gegebenheiten oder das Qualifikationsprofil der Fachkräfte. Zu den Merkmalen der Prozessebene zählen Interaktion, Partizipation und Individualisierung. Der dritte Teil zur Ergebnisqualität untersucht institutionalisierte Formen der Überprüfung des pädagogischen Prozesses im Sinne einer Ergebnissicherung und Weiterentwicklung. Im Referenzrahmen werden die Dimensionen der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität über eine Operationalisierung in Kriterien und Indikatoren der empirischen Beobachtung sowie der Reflexion gesundheitsfördernder Aktivitäten und Prozesse in Kitas zugänglich gemacht.

3 Methodisches Vorgehen der Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen, inwiefern in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen von Kitas Gesundheitsförderung bereits Berücksichtigung findet und welche Weiterentwicklungsbedarfe sich identifizieren lassen, wurden Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagement-Systeme analysiert, die bei ausgewählten Wohlfahrtsverbänden zum Einsatz kommen. Im Rahmen von Dokumentenanalysen wurden zum einen einrichtungsspezifische Qualitätsmanagement-Dokumente in den Blick genommen, in erster Linie Einrichtungskonzeptionen (vgl. Abschnitt 4.1), und ergänzend hierzu weitere Materialien des Qualitätsmanagements, etwa Leitlinien und Leitbilder oder Prozessbeschreibungen (vgl. Abschnitt 4.2). Zum anderen wurden die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge der beteiligten Wohlfahrtsverbände untersucht (vgl. Abschnitt 4.3). Auf eine vertiefende quantitative Auswertung der Dokumentenanalyse musste entgegen der ursprünglichen Planung aufgrund von Einschränkungen bei der Datenqualität verzichtet werden (vgl. hierzu Abschnitt 3.1.1). Flankiert wurde die Dokumentenanalyse von leitfadengestützten Experteninterviews (vgl. Abschnitt 5). Für die Zusammenführung der Ergebnisse wurde eine resultatbasierte Strategie gewählt (Kuckartz, 2014), d. h., nach der unabhängig voneinander durchgeführten Analyse der einzelnen Untersuchungsteile wurden inhaltlich korrespondierende Teile miteinander verbunden (vgl. Abschnitt 4.3.10). Sowohl die Dokumentenanalyse als auch die Experteninterviews wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015).

3.1 Dokumentenanalysen

3.1.1 Stichprobenziehung und Rücklauf

Die ursprüngliche Konzeption der Untersuchung sah vor, über die regionale Ebene eine repräsentative Stichprobenziehung umzusetzen. Hierzu wurde ein Stichprobenplan vorgelegt, der eine Stichprobenziehung unter Berücksichtigung des Trägerproporzess vorsah. Anvisiert war eine Stichprobengröße von N=379. Den beteiligten Wohlfahrtsverbänden erschien jedoch eine zufallsbasierte Stichprobenziehung nicht realisierbar. Für zielführender hielten sie die Verschickung eines Einladungsschreibens an alle Kitas durch die Landesebene der Verbände. Daher wurde ein vom Projektteam vorbereitetes Einladungsschreiben gemeinsam mit einer Projektbeschreibung (s. Anhang) von den Bundesverbänden an die Landesverbände und von diesen an die Mitgliedseinrichtungen verteilt. Vor diesem Hintergrund wurden die Kitas der beteiligten Träger erstmals Ende April per E-Mail zur Teilnahme an der Untersuchung eingeladen. Aufgrund dieses Verfahrens ist nicht bekannt, wie viele Einrichtungen eine Einladung erhalten haben. Die Feldphase war ursprünglich bis Mitte Juni geplant, wurde jedoch bis Mitte September verlängert.

In dem Einladungsschreiben wurden die Kitas gebeten, sich mit der Zusendung eines ausgefüllten Kurzfragebogens sowie ihres Qualitätsmanagement-Materials (im Folgenden: QM-Material) an der Untersuchung zu beteiligen. Mit dem Kurzfragebogen wurden Strukturmerkmale zu den Kitas erhoben, etwa Größe des Trägers (Anzahl der Kitas), Größe der Einrichtung (Anzahl der Kinder) und Leitungsressourcen (Freistellung der Leitung) sowie Angaben zum Qualitätsmanagement (Verfahren und Zertifizierung) (s. Anhang).

Insgesamt fiel die Reaktion auf diese erste Einladung sehr verhalten aus. Bis zum 15. Mai 2019 beteiligten sich lediglich 30 Einrichtungen an der Untersuchung. Daher wurden zwei Nachfassaktionen, d. h. erneute Verschickungen des Einladungsschreibens durchgeführt. Diese erfolgten Mitte Mai und Mitte Juni 2019. Mit der ersten Nachfassaktion konnte die Zahl der beteiligten Einrichtungen auf 100 erhöht werden. Im Zuge der zweiten Nachfassaktion kamen weitere 19 Einrichtungen hinzu, sodass sich schließlich 119 Kitas beteiligten.

Beim Rücklauf zeigte sich jedoch, dass die Mehrzahl der Einrichtungen lediglich den ausgefüllten Kurzfragebogen zurückschickte. So lagen bis zur zweiten Nachfassaktion von lediglich 51 der beteiligten Kitas (n=119) auch Qualitätsmanagement-Materialien vor. Alle Einrichtungen, die außer dem Kurzfragebogen keine weiteren Materialien zugeschiedt hatten, wurden nun vom Projektteam telefonisch kontaktiert. Auch durch diese Anstrengung konnte der Rücklauf nur marginal, um weitere 13 Einrichtungen erhöht werden. In den Telefonaten wurde deutlich, dass auf Seiten der Einrichtungen – trotz Zusicherung der Anonymität – große Vorbehalte gegenüber einer Weitergabe interner Dokumente bestanden. Diese Zurückhaltung der kontaktierten Einrichtungen, verbunden mit den Erinnerungsschreiben per E-Mail und der telefonischen Nachfassaktion, führte letztlich zu erheblichen Verzögerungen im Projektverlauf.

Charakterisierung der Kindertageseinrichtungen

An der Untersuchung beteiligten sich 119 Kitas (vgl. Tabelle 15). Damit bleibt die Stichprobe deutlich hinter der anvisierten Zielgröße von 379 Einrichtungen zurück.

Innerhalb der Stichprobe bilden Einrichtungen der Caritas mit 28 % die größte Gruppe, dicht gefolgt von den Einrichtungen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, die auf einen Anteil von 27 % kommen, und den Einrichtungen des Deutschen Roten Kreuzes mit 25 %. Danach folgen mit jeweils etwa 10 % Einrichtungen der Diakonie und der Arbeiterwohlfahrt. Weitere 2 % entfallen auf sonstige, nicht zuordenbare Träger. Damit bildet sich der Trägerproportz der Grundgesamtheit nicht in der Stichprobe ab.

Tabelle 15:
Einrichtungen der Stichprobe nach Trägerschaft

Wohlfahrtsverband	Anzahl Einrichtungen absolut	%
AWO	11	9,6
Caritas	33	27,7
DRK	29	25,4
Diakonie	12	10,1
Paritätischer	32	26,9
Sonstige	2	1,7
Insgesamt	119	100,0

Quelle: Kita-QM 2019 – Kurzfragebogen

Beim Blick auf die Verteilung nach Bundesländern liegen gut 70 % der Einrichtungen in Westdeutschland und knapp 30 % in Ostdeutschland (inkl. Berlin; vgl. Tabelle 16). In der Grundgesamtheit beläuft sich das Verhältnis auf 80 % zu 20 % (Statistisches Bundesamt, 2019). Einrichtungen in Ostdeutschland sind demnach in der Stichprobe überproportional häufig vertreten. Auf der Ebene der Einzelbundesländer liegen die meisten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen (31 %) und Niedersachsen (26 %). In den übrigen Bundesländern liegen die Anteile der beteiligten Einrichtungen zwischen knapp 1 % (Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein) und 8 % (Mecklenburg-Vorpommern).

Tabelle 16:
Einrichtungen der Stichprobe nach Bundesland

Bundesland	Anzahl Einrichtungen absolut	%
Baden-Württemberg	3	2,5
Bayern	1	0,8
Berlin	3	2,5
Brandenburg	6	5,0
Hamburg	1	0,8
Hessen	4	3,4
Mecklenburg-Vorpommern	9	7,6
Niedersachsen	31	26,1
Nordrhein-Westfalen	37	31,1
Rheinland-Pfalz	5	4,2
Saarland	2	1,7
Sachsen	5	4,2
Sachsen-Anhalt	6	5,0
Schleswig-Holstein	1	0,8
Thüringen	5	4,2
Insgesamt	119	100,0

Bundesland	Anzahl Einrichtungen absolut	%
Westdeutschland	85	71,4
Ostdeutschland (inkl. Berlin)	34	28,6
Insgesamt	119	100,0

Quelle: Kita-QM 2019 – Kurzfragebogen

Gemessen an der Zahl der betreuten Kinder sind in der Stichprobe häufiger große Einrichtungen vertreten. Im Durchschnitt werden in den Einrichtungen der Stichprobe jeweils knapp 78 Kinder betreut, in der Grundgesamtheit liegt dieser Wert rein rechnerisch bei rund 65 Kindern (Statistisches Bundesamt, 2019). Knapp 18 % der in der Stichprobe vertretenen Einrichtungen sind Familienzentren, und eine freigestellte Einrichtungsleitung haben 38 % der Einrichtungen (vgl. Tabelle 17). Bezüglich der Leitungsressourcen weichen die Einrichtungen der Stichprobe insofern von der Grundgesamtheit (GG) aller Kitas ab, als sie häufiger teilweise freigestellte Leitungskräfte (62 % vs. 57 % in der GG) und seltener vollständig freigestellte Leitungskräfte haben (38 % vs. 43 % in der GG; Autorengruppe Fachkräftebarometer, 2019, S. 51).

Tabelle 17:
Einrichtungsspezifische Merkmale der Stichprobe

Familienzentrum Leitungsfreistellung	Anzahl Einrichtungen absolut	%
Familienzentrum	21	17,6
Kein Familienzentrum	98	82,4
Insgesamt	119	100,0
Keine Freistellung	0	0,0
Freigestellte Leitung	44	37,6
Teilweise freigestellte Leitung	73	62,3
Insgesamt	117	100,0

Quelle: Kita-QM 2019 – Kurzfragebogen

Mit einem Anteil von 95 % geben nahezu alle beteiligten Kitas an, über ein Qualitätsmanagement zu verfügen, und bei 37 % liegt eine Zertifizierung für das Qualitätsmanagement vor (vgl. Tabelle 18). Bezogen auf die jeweiligen Qualitätsmanagement-Modelle dominieren die Ausrichtung an DIN EN ISO 9001¹ und – dies korrespondiert mit der Verteilung der Einrichtungen über die Träger – das KTK-Gütesiegel (vgl. Abschnitt 3.3.1). Immerhin 17 % nennen sonstige Qualitätsmanagement-Ansätze wie etwa KiQu – Qualität für Kinder (Berliner Institut für Qualitätsentwicklung), LQK – Lernerorientierte Qualitätstestierung für Kindertagesstätten (con!flex Qualitätstestierung GmbH) oder IQUE – Integrierte Qualitäts- und

¹ DIN EN ISO 9001 ist ein System von Normen, das Grundsätze für Maßnahmen des Qualitätsmanagements formuliert. Im Mittelpunkt dieses Qualitätsmanagement-Systems steht der Prozess der Leistungserbringung, wobei dieser Prozess in einen immer wiederkehrenden Kreislauf von Planung (plan), Ausführung (do), Überprüfung (check) und Anpassung (act) eingebunden ist (Herrmann und Fritz 2011).

Personalentwicklung (Ulrike Ziesche). Damit scheinen neben den trägerspezifischen Qualitätsmanagement-Systemen auch regionale Modelle oder Modelle spezialisierter QM-Dienstleister eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen.

Alles in allem erscheint die Stichprobe in mehrfacher Hinsicht einer positiven Selbstselektion zu unterliegen, und zwar insofern, als sich insbesondere Kitas mit einem hohen Professionalisierungsgrad beteiligt haben. Darauf deuten die Befunde zur Einrichtungsgröße und zum Qualitätsmanagement hin. Vermutlich überwiegen in der Stichprobe also Best-Practice-Einrichtungen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass die vorliegende Stichprobe nur begrenzt aussagekräftig ist, da eine Verallgemeinerung auf alle Kitas der beteiligten Träger nicht möglich ist. Vielmehr bleibt die Gültigkeit der Ergebnisse auf die an der Untersuchung beteiligten Kitas beschränkt.

Tabelle 18:
Qualitätsmanagement in den Einrichtungen

Managementsystem Zertifizierung*	Anzahl Einrichtungen absolut	%
DIN EN ISO 9001	33	27,7
EFQM	1	0,8
KTK-Gütesiegel (Bundesrahmenhandbuch)	29	24,4
PQ-System	5	4,2
BETA/KiTa inklusiv	10	8,4
AWO-Tandemkonzept	5	4,2
QUIK	7	5,9
QuaSi	3	2,5
Sonstiges	20	16,8
kein QM-System	6	5,0
Insgesamt	119	100,0
Zertifizierung vorhanden	44	37,0
Keine Zertifizierung	75	63,0
Insgesamt	119	100,0

* Die hier aufgelisteten Managementsysteme/Zertifizierungen basieren auf der Nennung der Einrichtungen. Die verbandsspezifischen QM-Systeme weisen u. a. Schnittmengen mit der ISO-Norm auf.

Quelle: Kita-QM 2019 – Kurzfragebogen

Beschreibung der in die Analyse einbezogenen Dokumente

Während Kurzfragebögen zu allen Einrichtungen der Stichprobe vorliegen, fällt der Stichprobenumfang auf der Ebene der Dokumente deutlich schmaler und vor allem heterogener aus. Kurzfragebögen mitgezählt liegen insgesamt 385 Dokumente vor (vgl. Tabelle 19). Die Einrichtungen haben allerdings sehr unterschiedliche Materialien zugeschickt, sowohl bezogen auf die Anzahl der Dokumente als auch bezogen auf die Dokumentenart. Zudem wurden nicht alle Dokumente vollständig, sondern zum Teil nur in Auszügen übermittelt. So liegen zwar von 119 Einrichtungen Kurzfragebögen vor, Konzeptionen haben jedoch lediglich

42 % der Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Außerdem gelten einige Dokumente für mehrere Kitas, da sich manche Träger mit mehreren Einrichtungen an der Studie beteiligt haben und ihre QM-Materialien für alle Einrichtungen gelten. Generell fällt die Datenlage bezogen auf das eingegangenen QM-Material „dünn“ aus: Von 4,2 % der Einrichtungen liegt ein komplettes einrichtungs- bzw. trägerspezifisches QM-Handbuch vor (Doppelungen durch Verbundeinrichtungen mitgezählt), ein oder mehrere Leitbilder haben 21,8 % der Einrichtungen zugeschickt und lediglich 14 % stellten Prozessbeschreibungen zur Verfügung. Sonstiges QM-Material (z. B. Auszüge aus QM-Handbüchern, mitgeltende Dokumente wie Hygieneverordnungen, Anmeldebögen u. Ä.) liegen von 24 % der Einrichtungen vor. Darüber hinaus wurden von 26 % der Einrichtungen eine ganze Reihe weiterer, sehr unterschiedlicher Dokumente – ohne direkt erkennbaren Bezug zum Qualitätsmanagement – übermittelt, etwa Essenspläne, Flyer usw. Unklar bleibt in vielen Fällen, inwiefern es sich um sogenannte mitgeltende Dokumente und damit im engeren Sinne um QM-Material handelt.

Aufgrund dieser großen Heterogenität – sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht – ist bei einer Vielzahl der Dokumente eine Vergleichbarkeit nicht gewährleistet, sodass diese Dokumente lediglich exemplarisch in die Auswertung einbezogen werden können.

Tabelle 19:
Übersicht der von den Einrichtungen zur Verfügung gestellten Dokumente

Dokumentenart	Anzahl Dokumente absolut	% an Dokumenten	% an Einrichtungen
Kurzfragebogen	119	30,9	100,0
Konzeption	51	13,2	42,9
QM-Handbuch	2	0,5	1,7
Leitbild/er	9	2,3	7,6
Prozessbeschreibung	18	4,7	15,1
Weiteres QM-Material	104	27,0	87,4
Sonstiges Material	82	21,3	68,9
Insgesamt	385	100,0	

n=119, Mehrfachnennungen

Quelle: Kita-QM 2019 – Kurzfragebogen

3.1.2 Auswertung der Dokumente

Die vorliegenden Dokumente wurden inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015). Dabei kam das im Vorfeld theoretisch entwickelte Kategoriensystem zum Einsatz. Dieses Kategoriensystem wurde deduktiv an das Material angelegt. Konkret heißt dies: Die Dokumente wurden vollständig gelesen und daraufhin überprüft, ob die im Kategoriensystem aufgelisteten Indikatoren in den Texten auftauchen. War dies der Fall, dann wurde den Textstellen der entsprechende Code zugewiesen. Dabei wurde in drei Schritten vorgegangen: Erstens wurde geprüft, ob und wenn ja welchem der Bereiche – (A) Strukturmerkmale der Einrichtung, (B) Gesundheitsbereiche oder (C) Ergebnissicherung – eine Textpassage zugeordnet werden kann. Zweitens wurde innerhalb dieser Bereiche geprüft, ob und wenn ja welcher Dimension diese Textpassage zugeordnet werden kann (z. B. im Bereich (B) der Dimensionen Planung, Raum, Material usw.). Und schließlich wurde, drittens, innerhalb der Dimensionen geprüft, ob und wenn ja welchem Kriterium diese

Textpassage zugewiesen werden kann. Hierzu wurden die Kriterien in Indikatoren operationalisiert, die dann bei entsprechender Passung codiert (und damit gezählt) wurden. Es handelt sich also um ein hierarchisch gegliedertes Kategoriensystem, bei dem sukzessive die Passung von Textpassagen geprüft wird.

Das Kategoriensystem wurde im Zuge der Analyse nur geringfügigen Änderungen unterzogen (z. B. Zusammenfassung der Indikatoren zur Exploration, Hinzufügen von Indikatoren zur Partizipation ohne Gesundheitsbezug). Die Auswertung erfolgte mithilfe der Software MAXQDA. Mit diesem Programm wurden den relevanten Textpassagen auf Ebene der Indikatoren des Kategoriensystems sogenannte Codes zugewiesen. Textpassagen, die keinem der im Kategoriensystem genannten Indikatoren zugeordnet werden konnten, wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Hierzu zählten etwa Ausführungen zu Bildungsbereichen ohne konkreten Gesundheitsbezug.

Die Auswertung erfolgte überwiegend über eine Auszählung der Codes auf Ebene der Indikatoren bzw. der Qualitätsdimensionen. Auf eine tiefergehende, quantitativ ausgerichtete Analyse, etwa über die Verknüpfung verschiedener Indikatoren oder über ein differenziertes Rating innerhalb von Indikatoren, wurde aufgrund der unzureichenden Datenlage sowie der Heterogenität des vorliegenden Materials verzichtet. Zusätzlich wurden, sofern eine Auswertung über das Kategoriensystem etwa aufgrund der Heterogenität des Materials nicht als sinnvoll erschien, die Textpassagen einer Clusterung sowie einer inhaltlichen Beschreibung unterzogen (vgl. beispielsweise Abschnitt 4.2).

3.2 Experteninterviews

Auf Anregung der beteiligten Wohlfahrtsverbände wurden flankierend zur Dokumentenanalyse Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich Frühe Bildung und Qualitätsmanagement durchgeführt. Ziel war es, zum einen die bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Dokumentenanalyse zu validieren und zum anderen eine Einschätzung zur Verankerung von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen in der Praxis, zu den vorhandenen Weiterentwicklungsbedarfen sowie zu fördernden und hinderlichen Bedingungen für die Umsetzung zu erhalten.

Bei Experteninterviews wird davon ausgegangen, dass die als Expertin oder Experte identifizierte Person aufgrund ihrer Position über besonderes Wissen zu den interessierenden Sachverhalten in einem zu untersuchenden Kontext verfügt, und dass dieses Wissen über Interviews abgerufen werden kann (Gläser & Laudel, 2010, S. 11 f.). Eine Person ist demzufolge dann als Expertin oder Experte relevant, wenn sie aufgrund ihrer Beteiligung in einem spezifischen sozialen Kontext vertiefendes Wissen zu einem Sachverhalt erworben hat.

Die Experteninterviews wurden mit Funktionsträgerinnen und Funktionsträgern der Wohlfahrtsverbände durchgeführt. Hierfür wurde ein Gesprächsleitfaden auf Basis der bis dahin gewonnenen Ergebnisse der Dokumentenanalyse und mit Bezug auf die Leitfragen der Untersuchung entwickelt. Dieser Gesprächsleitfaden gliedert sich in drei Teile: Im ersten Teil wurden grundlegende Informationen zum Verständnis von Gesundheitsförderung und der Rolle von Kitas für die Ausgestaltung von Gesundheitsförderung erfragt (vgl. Leitfaden im Anhang). Der zweite Teil baute auf Ergebnissen der Dokumentenanalyse auf. Diese wurden in das Gespräch eingebracht und die Expertinnen und Experten um Kommentierung gebeten. Im dritten Teil stand die Frage der Verankerung von Gesundheitsförderung in den Qualitätsmanagement-Systemen der Einrichtungen und der Träger im Mittelpunkt. Der abschließende Teil der Interviews bezog sich auf

Handlungs- und Entwicklungsbedarfe hinsichtlich der Qualitätsmanagement-Systeme sowie auf förderliche und hinderliche Bedingungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung in Kitas.

3.2.1 Auswahl der Expertinnen und Experten

Bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner wurde auf eine möglichst gleiche Verteilung an Repräsentantinnen und Repräsentanten der Wohlfahrtsverbände geachtet. Jeder Wohlfahrtsverband hat in Anlehnung an das Expertenverständnis von Gläser und Laudel (2010) je eine Person mit Expertise zum Arbeitsfeld Kitas sowie je eine Person mit Expertise im Arbeitsbereich Qualitätsmanagement vorgeschlagen.

Die Anfragen an die Expertinnen und Experten sowie die Terminierung der Interviews erfolgten durch Telefon- und E-Mail-Kontakt. Insgesamt wurden zehn Expertinnen und Experten der Wohlfahrtsverbände (AWO, Caritas, Diakonie, Paritätischer, DRK) kontaktiert. Mit neun der zehn Expertinnen und Experten konnte ein Interview terminiert und durchgeführt werden. Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens konnte eines der vorgesehenen Interviews im vorgegebenen Zeitraum nicht realisiert werden. Insgesamt konnten fünf Interviews mit Expertinnen und Experten der Frühen Bildung und vier Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem Bereich des Qualitätsmanagements geführt werden. Die Interviews hatten eine Mindestdauer von 30 Minuten und eine maximale Dauer von 55 Minuten. Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt und mittels eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet. Die Audioaufnahmen der Interviews wurden an die Firma abtipper.de Digitalmeister GmbH zur Transkription übermittelt.

3.2.2 Auswertung der Experteninterviews

Die Interviews wurden einer inhaltsanalytischen Auswertung nach Mayring (2015) unterzogen. Hierfür wurde ein Kategoriensystem aus dem Leitfaden abgeleitet und an das Interviewmaterial angelegt. Die Auswertung erfolgte in drei Schritten: Im ersten Schritt wurden die relevanten Aussagen paraphrasiert und den jeweiligen Kategorien zugeordnet. Im zweiten Schritt erfolgten die Reduktion und Zusammenfassung des Materials. Schließlich wurden in einem dritten Schritt in einer vergleichenden Analyse die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Aussagen der befragten Expertinnen und Experten herausgearbeitet.

Aufgrund des engen zeitlichen Rahmens wurde ein Teil der Interviews bereits vor Fertigstellung der Transkription für die weitere Bearbeitung paraphrasiert, d. h., die Audiodateien wurden abgehört und die relevanten Aussagen in grammatikalisch verkürzter Form den entsprechenden Kategorien eines vorab festgelegten Kategoriensystems zugeordnet. Nach Fertigstellung der Transkripte wurden diese Paraphrasierungen überprüft und die relevanten Schlüsselzitate ausgewählt. Die Kategorien des Kategoriensystems für die Interviewauswertung entsprechen den Fragen im Interviewleitfaden (s. Anhang).

4 Ergebnisse der Analyse von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

4.1 Gesundheitsförderung in Einrichtungskonzeptionen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertungen der Einrichtungskonzeptionen dargestellt. Orientierungspunkt ist dabei, inwieweit sich diese Dokumente auf Gesundheitsförderung allgemein oder auf die Förderung in einzelnen Gesundheitsbereichen beziehen lassen. Die Ausführungen orientieren sich dabei an den folgenden Leitfragen:

- Welche thematisch-inhaltlichen Bezüge zur Gesundheitsförderung finden sich in den Einrichtungskonzeptionen? Inwiefern orientieren sich die Kita-Konzeptionen an disziplinären und wissenschaftlichen Standards?
- Werden in bestehenden Qualitätsmanagement-Systemen gesundheitsfördernde Qualitätskriterien und -indikatoren berücksichtigt? Inwiefern lassen sich hier Weiterentwicklungsbedarfe identifizieren?
- Werden im Hinblick auf Gesundheitsförderung (Kinder und Personal) Ziele definiert? Woran orientieren sich die Zielformulierungen? Wie werden diese konzeptionell umgesetzt?
- Werden Kernprozesse zur Gesundheitsförderung in Kitas definiert? Falls ja, welche thematisch-inhaltlichen Bezüge haben diese?
- Welche Ressourcen stehen zur Leistungsrealisierung zur Verfügung bzw. werden diese eingebracht (personelle, materielle, räumliche, zeitliche Ressourcen)?
- Wird die Leistungserbringung evaluiert? In welcher Form? Mit welchen Konsequenzen? Wurden hierzu Kennzahlen entwickelt? Falls ja, welche?
- Gibt es Bezüge zwischen gesundheitsbezogenen Angeboten für Kinder und der betrieblichen Gesundheitsförderung?

4.1.1 Beschreibung der Einrichtungskonzeptionen

Konzeptionen sind Dokumente, in denen die Ziele der pädagogischen Arbeit und die Strategien der Zielerreichung formuliert werden. Es ist davon auszugehen, dass mittlerweile alle Kitas über Konzeptionen oder vergleichbare Dokumente (z. B. Leistungsbeschreibungen) verfügen, da diese Voraussetzung für die Erteilung der Betriebserlaubnis oder – in Form von Leistungsbeschreibungen – Gegenstand von Entgeltvereinbarungen sind. Die vorliegenden Konzeptionen sind sowohl bezogen auf ihren Umfang – sie reichen von zwei Seiten bis 142 Seiten – als auch bezogen auf ihre thematische Breite und Tiefe sehr unterschiedlich. Während die einen Konzeptionen lediglich sehr allgemein die Ziele und Vorgehensweisen skizzieren, thematisieren andere ausführlich und detailliert die theoretischen Grundlagen sowie methodisch-didaktischen Ansätze der Arbeit in der Einrichtung. In der Regel sind die Konzeptionen Ergebnis der Konzeptionsarbeit in

den Teams, es lassen sich jedoch auch trügerspezifische Rahmungen – etwa anhand der Verwendung identischer Textbausteine von Einrichtungen innerhalb eines Trägers – erkennen.

4.1.2 Ziele von Gesundheitsförderung

Die Formulierung von Zielen spielt in Konzeptionen eine wichtige Rolle, denn diese sind nicht zuletzt ein Instrument der fachlichen Steuerung der pädagogischen Arbeit und stellen damit eine wichtige Grundlage für die Leistungserbringung dar (Merchel, 2015). Sie dienen dazu, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf ein gemeinsames Ziel zu verpflichten und über die Formulierung von Handlungsmaximen ein gleichförmiges Handeln zu ermöglichen; idealerweise geschieht dies unter Beteiligung des Kita-Teams. Insofern sind Konzeptionen ein mehr oder weniger stark formalisiertes Instrument der Qualitätssicherung (Schelle, 2017).

Vor diesem Hintergrund wurde in der Analyse der Kita-Konzeptionen der Frage nachgegangen, inwiefern die in den Konzeptionen formulierten Ziele nicht nur pädagogische Ziele in einem allgemeinen Sinne formulieren, sondern darüber hinaus auch einen konkreten Gesundheitsbezug aufweisen. Dabei wurden ausschließlich Textpassagen berücksichtigt, in denen Ziele explizit formuliert werden, z. B. „Ziel der Eingewöhnungsphase ist ein elternbegleiteter Beziehungsaufbau zu den pädagogischen Fachkräften und den anderen Kindern“ (Konzeption Kita 8, S. 8) oder „Unser Ziel ist es, die Kinder für das schöpferische Tun zu begeistern“ (Konzeption Kita 20, S. 26). Implizite Zielformulierungen, wie etwa „zu guter Letzt sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die Kinder eine stabile Gesundheit aufweisen“ (Konzeption Kita 38, S. 11), blieben in dieser Kategorie unberücksichtigt.

Beim Blick auf die Anzahl der Codierungen zeigt sich erwartungsgemäß, dass in nahezu allen Konzeptionen Formulierungen zu pädagogischen Zielen zu finden sind: In rund 150 Textpassagen und 44 Einrichtungskonzeptionen werden explizit pädagogische Ziele genannt. Deutlich seltener, in jeder fünften Einrichtung, finden sich explizit formulierte Ziele mit Bezug zur Gesundheitsförderung.

Beispiel 1: Pädagogische Ziele in Kita-Konzeptionen

„Unser Ziel ist es, die Kinder gemäß unseres Leitsatzes ‚Wir begleiten Menschen‘ auf ihrem Lebensweg zu begleiten.“ (Konzeption Kita 53, S. 3)

„Die umfassende Förderung des Einzelnen ist unser oberstes Ziel. Dadurch soll dem jungen Menschen die gesellschaftliche Integration, die aktive Teilnahme am Gemeinschaftsleben gelingen.“ (Konzeption Kita 112, S. 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Wird in den Zielformulierungen Bezug auf Gesundheitsförderung genommen, so erfolgt dies in der Regel in einem eher allgemeinen Sinne, d. h., es wird postuliert, die Gesundheit der Kinder fördern zu wollen. Eine Konkretisierung wird dabei nicht vorgenommen.

Beispiel 2: Allgemeine Zielformulierungen zu Gesundheitsförderung

„Ziel der Kooperation ist die Planung, Veröffentlichung und Umsetzung eines sachgerechten Angebots bedarfsorientierter und unterstützender Maßnahmen in den Bereichen Gesundheit, Geburtsvorbereitung und frühkindlicher Förderung, Tagespflege sowie Vereinbarkeit von Familie und Beruf.“ (Konzeption Kita 72, S. 97)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Innerhalb der gesundheitsbezogenen Ziele überwiegen solche, die sich auf die Ausbildung von Lebenskompetenzen etwa im Bereich sozial-emotionaler Förderung oder Resilienzförderung beziehen. Im Vordergrund steht dabei die Unterstützung der Kinder bei der Ausbildung personaler und sozialer Kompetenzen (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Gesundheitsbereiche wie Bewegung, Ernährung oder Entspannung/Stressbewältigung werden seltener genannt als explizite pädagogische Ziele.

Beispiel 3: Ziele von Gesundheitsförderung in Kita-Konzeptionen

„Ziel unserer gesundheitsfördernden und präventiven Arbeit mit Kindern und Familien [...] ist es, Kindern ihr individuelles natürliches Gespür für physische und psychische ‚Gesundheit‘ (Was tut mir gut, Was nicht?) erleb- und erfahrbar zu machen [...]“ (Konzeption Kita 55, S. 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Die in den Konzeptionen formulierten Ziele beziehen sich auf verschiedene Adressatengruppen. Kinder und Eltern/Bezugspersonen werden ebenso adressiert wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch im Hinblick auf die Einrichtung und deren Weiterentwicklung werden Ziele formuliert. Um die thematisch-inhaltliche Ausrichtung der Ziele konkreter zu fassen, werden diese Ziele im Folgenden differenziert nach Adressatengruppen beschrieben:

Ziele mit Bezug auf Kinder

In den kindbezogenen Zielen tauchen einige Bezüge zu den Gesundheitsbereichen des Kategoriensystems auf. Es zeigt sich, dass die Ziele der Einrichtungen, die sich auf die betreuten Kinder beziehen, entweder abstrakt formuliert sind und Werte wie Teilhabe und Inklusion nennen oder auf die individuelle Förderung der Kinder im Hinblick auf ihre soziale, körperliche, emotionale und geistige Entwicklung sowie die Ausbildung personaler und sozialer Kompetenzen fokussieren (vgl. Tabelle 20). Im zweiten Fall werden vor allem „Lebenskompetenzen“ thematisiert (Wustmann, 2004, S. 126).

Bezogen auf die Gesundheitsbereiche tauchen vor allem Ziele für die kindliche Entwicklung oder vereinzelte Bezüge zu Bewegung, Ernährung, einer sexualpädagogischen Bildung und zu Kinderschutz oder Sicherheitserziehung auf. Einen hohen Stellenwert hat auch die Gestaltung der Eingewöhnungsphase, stets unter Einbezug der Eltern/Bezugspersonen.

Ziele mit Bezug auf Eltern/Bezugspersonen

Ein wichtiges Ziel hinsichtlich der Eltern/Bezugspersonen stellt die Gestaltung einer vertrauensvollen Bildungs- und Erziehungspartnerschaft dar (Konzeption Kita 71, S. 7). Dies gilt vor allem für den ersten Kontakt mit den Eltern/Bezugspersonen im Rahmen der Eingewöhnung. Gleichzeitig sehen sich Kitas in der Verantwortung, die Eltern/Bezugspersonen bei der Bewältigung von Erziehungs- und Bildungsaufgaben zu unterstützen und auch zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf beizutragen. In einigen Konzeptionen wird im Zusammenhang mit der Unterstützung der Eltern/Bezugspersonen auch von Familienbildung gesprochen. Der Bildungsanspruch der Kitas bleibt folglich nicht auf die Bildung der Kinder beschränkt. Gleichzeitig wird der Anspruch formuliert, die jeweilige individuelle Situation der Familien in den Blick zu nehmen und diese bei der Gestaltung von Unterstützungsangeboten zu berücksichtigen.

Ziele mit Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Ziele, die sich auf die pädagogischen Fachkräfte beziehen, treten seltener auf als solche, die sich auf die Kinder beziehen. In den Zielen, die sich auf die Kinder beziehen, sind jedoch häufig implizit auch Ziele angesprochen, die Fachkräfte adressieren. Dies wird beispielsweise in folgendem Textauszug deutlich: „Ziel ist es, den Kindern Anregungen zu vermitteln, die ihnen helfen, bei der Gestaltung der gewählten Beschäftigung selbst Ideen zu entwickeln und auszubauen“ (Konzeption Kita 1, S. 19). Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden vor allem dann explizit erwähnt, wenn es um den Aufbau der Beziehung zum Kind im Rahmen der Eingewöhnung und den Einbezug der Kinder in Projekte geht.

Die Ziele, die sich nur auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beziehen, fordern einen respektvollen Umgang innerhalb des Kita-Teams sowie einen konstruktiven und lösungsorientierten Umgang mit potenziellen Konflikten.

Tabelle 20:
Adressatenbezogene Ziele in Kita-Konzeptionen

Adressatinnen/Adressaten	Ziele
Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Teilhabe aller Menschen an Bildung • Umsetzung der Bildungs- und Lernbereiche • Soziale, körperliche, emotionale und geistige Entwicklung der Kinder • Allgemeines Wohlfühlen der Kinder in der Einrichtung • Befähigung/Förderung von sozialen, persönlichen und Lebenskompetenzen (Selbst-, Sozial- und Sachkompetenz), Beziehungs- und Bindungsgestaltung • Optimales Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebot, gesundheitsbewusste Bildung und Erziehung • Anregung einer gesunden Entwicklung, Bewegung, Ernährung • Sensibilisierung zum Erkennen/Einschätzen von gesunden Verhältnissen • Sexualpädagogische und geschlechterbewusste Bildung • Kinderschutz, Sucht- und Gewaltprävention, Sicherheitserziehung • Integration von Kindern mit Förderbedarf • Anregung der Kinder zu eigenen Ideen und zur Sinnes- und Selbstwahrnehmung • Formulierung von individuellen, pädagogischen Zielen, Erfassung der individuellen Bedürfnisse • Gestaltung der Eingewöhnung • Schaffung von individuellen Chancen und Partizipation, Schulreife • Inklusion sowie bilinguale und religionspädagogische Bildung • Schulung von nachhaltigem Handeln, Werten und Kreativität

Adressatinnen/Adressaten

Ziele

Eltern/Bezugspersonen	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauensvolle, partnerschaftliche Erziehung der Kinder zusammen mit den Eltern/Bezugspersonen • Einrichtung dient der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, der Unterstützung der Eltern/Bezugspersonen bei der Bewältigung der Erziehungs- und Bildungsaufgaben sowie der Gesundheitsförderung • Familienbildung • Beteiligung der Eltern/Bezugspersonen am Prozess der Eingewöhnung, Gestaltung von Erstgesprächen mit Eltern/Bezugspersonen • Einbezug der Eltern/Bezugspersonen bei der Stärkung der kindlichen Persönlichkeit • Individuelle Betrachtung der Familien • Vermittlung pädagogischer Inhalte in Konzeptionen
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> • Respekt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im pädagogischen Team, Information und Bearbeitung von Konflikten im Team • Aufbau einer Beziehung zum Kind während der Eingewöhnung • Achtung und Anerkennung bei der Begegnung mit den Kindern • Gemeinsame Umsetzung von Zielen in Maßnahmen und ihre Reflexion • Festlegung von Zielen im Rahmen von Managementbewertung • Aufbau von Projekten auf der Grundlage von Ideen der Kinder • Erkennen des individuellen Entwicklungsstandes
Einrichtung/Träger	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Qualität • Kooperation in Netzwerken • Schriftliche Festlegung von Zielvereinbarungen und Qualitätszielen im QM-System

Exemplarische Auswahl

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Ziele mit Bezug auf Einrichtung bzw. Träger

Die Ziele, die sich auf die gesamte Einrichtung oder den Träger beziehen, betonen die Schaffung bzw. Aufrechterhaltung von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen auf lokaler oder sozialräumlicher Ebene. Jede Kooperation steht im Dienst der Verbesserung des Angebots der Einrichtungen. Außerdem werden in den Konzeptionen Qualitätsziele festgelegt.

4.1.3 Disziplinäre und wissenschaftliche Bezüge

Neben den pädagogischen Zielen der Kitas wurde in der Dokumentenanalyse geprüft, inwiefern in den Konzeptionen Bezüge zu disziplinären Standards (z. B. in der Frühen Bildung allgemein anerkannte methodisch-didaktische Ansätze) sowie zu wissenschaftlichen Erkenntnissen (z. B. Bindungstheorie) formuliert werden. Unter disziplinäre Standards wurden Textpassagen gefasst, die Bezüge zu einschlägigen rechtlichen Regelungen, zu etablierten methodisch-didaktischen Ansätzen, zu gängigen Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren oder zu den Bildungsplänen der Bundesländer aufweisen. Dahinter stand die Frage, inwiefern bzw. in welchem Maße sich die Kita-Konzeptionen an disziplinären Standards orientieren.

Der Indikator „Bezugnahme auf disziplinäre Standards“ wurde insgesamt 408 Mal codiert. Zum einen finden sich hierunter eine Vielzahl rechtlicher Bezüge (z. B. SGB VIII, Kita-Gesetze der Länder, Kinderschutz, Sozialgesetzbücher), zum anderen sind die Konzeptionen auf die Bildungs- und Orientierungspläne der Länder ausgerichtet. Im Hinblick auf die Bildungspläne der Länder wird in den Konzeptionen insbesondere auf die

ausgewählten Bildungsbereiche Bezug genommen und diese werden für die je eigene pädagogische Arbeit ausformuliert.

Beispiel 4: Bezugnahme auf die Bildungs- und Orientierungspläne der Länder

„Der niedersächsische Bildungs- und Orientierungsplan unterteilt sich in neun verschiedene Lern- und Erfahrungsfelder:

- Emotionale Entwicklung und Soziales Lernen
- Entwicklung kognitiver Fähigkeiten und der Freude am Lernen
- Körper – Bewegung – Gesundheit
- Sprache und Sprechen
- Lebenspraktische Kompetenzen
- Mathematisches Grundverständnis
- Ästhetische Bildung
- Natur und Lebenswelt
- Ethische und religiöse Fragen, Grunderfahrungen menschlicher Existenz.

All diese Bereiche finden Berücksichtigung in unserer pädagogischen Arbeit.“ (Konzeption Kita 18, S. 9)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Im Hinblick auf die methodisch-didaktische Ausrichtung der pädagogischen Arbeit finden sich in den Konzeptionen vielfältige Bezüge zu spezifischen, in der Frühen Bildung etablierten Ansätzen, etwa dem Situationsansatz, der Pädagogik nach Emmi Pikler, dem Early-Excellence-Ansatz und der Montessori- oder Waldorf-Pädagogik. Beim Punkt Eingewöhnung der Kinder – ein Thema, das in nahezu allen Konzeptionen große Aufmerksamkeit erfährt –, wird in der Regel auf das Berliner oder auf das Münchner Modell rekuriert.

Beispiel 5: Bezugnahme auf methodisch-didaktische Ansätze der Frühpädagogik

„Das Lernfeld Lebenspraxis ist ein wichtiger Baustein im Prozess der frühen Bildung, gerade auch für die unter Dreijährigen. Kleine Kinder haben einen starken Willen, Dinge selbst tun zu können und zu wollen. Daher gilt, Kindern in unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsstufen Aufgaben zuzutrauen und sie zu selbsttätigem Handeln zu ermuntern. Auch hier findet die Aussage Maria Montessoris ihre Umsetzung: ‚Hilf mir, es selbst zu tun!‘“ (Konzeption Kita 112, S. 28)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Wird Gesundheitsförderung als konkretes Ziel ausformuliert, finden sich in der Regel Anleihen beim Ansatz der Salutogenese von Antonovsky. In einer Konzeption wird auf die Lehre von Sebastian Kneipp Bezug genommen. Außerdem werden Bezüge zur Gesundheitsförderung im Sinne der WHO (1986) hergestellt.

Beispiel 6: Bezugnahme auf Ansätze der Gesundheitsförderung

„Die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung unserer Arbeit [...], unter Berücksichtigung des Salutogenese-Modells nach Antonovsky und unter Anwendung des fünf-Säulen-Gesundheitskonzepts nach Sebastian Kneipp, orientiert sich an den vorhandenen Ressourcen jedes einzelnen Menschen und hat sowohl die Bewusstmachung und die Förderung dieser als auch die Stärkung des Gefühls der Zuversicht bzw. der Kohärenz zum Ziel.“ (Konzeption Kita 55, S. 3)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

4.1.4 Thematisch-inhaltliche Bezüge

Bei der Untersuchung gesundheitsfördernder Angebote bzw. Aktivitäten wurde dem Kategoriensystem entsprechend nach verschiedenen Gesundheitsbereichen unterschieden, wobei sich die Auswahl dieser Bereiche an den Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder orientierte. In den Blick genommen wurden sechs Bereiche, in denen es nicht um Zielsetzungen (Was wollen wir erreichen?), sondern um konkrete Aktivitäten (Was tun wir? Was wollen wir tun?) zu Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität, Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung sowie Resilienz geht. Dabei zeigt sich, dass die verschiedenen Gesundheitsbereiche in unterschiedlichem Maße Berücksichtigung in den Kita-Konzeptionen finden. Den höchsten Stellenwert haben die Gesundheitsbereiche sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz (vgl. Tabelle 21). Zu beiden Bereichen konnten rund 1.200 Textstellen codiert werden. An zweiter Stelle folgen die Gesundheitsbereiche Bewegung und Ernährung mit jeweils etwa 800 Codes. Auf den Gesundheitsbereich Körper/Sexualität entfallen knapp 700 Textpassagen. An letzter Stelle steht mit gut 400 Codes der Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung.

Tabelle 21:
Indikatoren nach Gesundheitsbereichen in den Kita-Konzeptionen

Gesundheitsbereiche/Indikatoren	Anzahl Cod.	Anzahl Dok.
1. Bewegung	832	
1.2.2.3 Ausflüge/Bewegung außerhalb der Kita finden statt.	118	41
1.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Bewegungsförderung wird in der Konzeption genannt.	95	41
1.1.2.3 Bewegungsaktivitäten sind regelmäßig in die Tages- oder Wochenpläne integriert.	79	32
2. Ernährung	804	
2.1.1.2 Es gibt feste Essenszeiten.	87	38
2.7.1.2 Kinder werden an der Vor- u. Nachbereitung der Mahlzeiten beteiligt.	72	28
2.7.1.3 Es wird gemeinsam gegessen.	68	32
3. Körper/Sexualität	699	
3.1.2.2 Es gibt Anlässe der Sinneswahrnehmung.	122	39
3.1.1.1 Der altersentsprechende Umgang mit Körper/Sexualität/Hygiene wird in der Konzeption genannt.	75	38
3.1.2.3 Die Körperpflege wird gewährleistet.	48	29

Gesundheitsbereiche/Indikatoren	Anzahl Cod.	Anzahl Dok.
4. Entspannung/Stressbewältigung	416	
4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume.	105	43
4.1.2.1 Der Tagesablauf sieht obligatorische Phasen für Ruhe, Schlaf und Entspannung vor.	81	39
5. Sozial-emotionale Entwicklung	1.220	
5.6.2.1 Die Fachkräfte bestätigen bei kooperativen Handlungen.	207	42
5.8.1.1 Die Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse wahr.	204	44
6. Resilienz	1.175	
6.6.3.1 Die Fachkräfte unterstützen beim Aufbau von personalen Ressourcen.	229	45
6.7.1.0 Es erfolgt Partizipation ohne Gesundheitsbezug.	212	46
6.8.1.2 Die Fachkräfte fördern die Resilienz- und Schutzfaktoren.	189	44

n=51

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Beim Blick auf die am häufigsten genannten Codierungen innerhalb der Gesundheitsbereiche fällt auf, dass es in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Körper/Sexualität vorrangig um die Vermittlung und Einübung konkreter Fertigkeiten und Kenntnisse geht, insbesondere solcher, die zu einer gesunden Lebensführung befähigen. Dabei spielen tägliche/wöchentliche Bewegungsaktivitäten, die Einübung gesundheitsfördernder Essgewohnheiten oder regelmäßige Körperpflege (z. B. Zähneputzen) eine zentrale Rolle. Wichtige pädagogische Prinzipien sind dabei die Gestaltung von Räumen sowie die Rhythmisierung von Tages- und Wochenaktivitäten.

Beispiel 7: Gesundheitsförderung im Bildungsbereich Bewegung/Ernährung

„Die Bildungsbereiche Bewegung, Körper, Gesundheit und Ernährung sind eng miteinander verbunden. Sie müssen in den Alltag integriert sein und dort gelebt werden.“ (Konzeption Kita 103, S. 21)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Ganz anders stellt sich die pädagogische Ausrichtung in den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz dar. In diesen Bereichen geht es weniger um den Erwerb lebenspraktischer Kenntnisse und Fertigkeiten als vielmehr um die Ausbildung sozialer Kompetenzen sowie die Stärkung personaler Ressourcen bzw. Kompetenzen. Realisiert werden soll dies im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung zum einen über die Förderung der sozialen (Peer-)Beziehung der Kinder (z. B. kooperatives Verhalten und konstruktive Konfliktlösung) und zum anderen über die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Kinder durch die Fachkräfte. Im Bereich Resilienz spielt neben der Stärkung personaler Ressourcen das Prinzip der Partizipation und damit die altersgerechte Beteiligung der Kinder an der Gestaltung des Kita-Alltags eine überragende Rolle. Damit steht in den Bildungsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz die Stärkung von „Lebenskompetenzen“ der Kinder (WHO, 1994) – d. h. Kompetenzen, welche die Kinder zu einer eigenständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung befähigen bzw. den Grundstein hierfür legen – im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung in Kitas. In fast allen Konzeptionen finden sich Bezüge hierzu.

Beispiel 8: Gesundheitsförderung im Bildungsbereich Resilienz

„Sichere Bindungsräume schaffen, um Bildung zu ermöglichen. Die Welt verändert sich, Familienmodelle verändern sich, Arbeitsbedingungen und individuelle Lebenskonzepte verändern sich – die Grundbedürfnisse von kleinen Kindern aber bleiben immer gleich: sie brauchen ihrer Entwicklung angemessene Bindungssicherheit und daraus resultierend die Möglichkeit Autonomieerfahrungen zu machen.“ Konzeption Kita 76, S. 8)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Wiederum eine etwas andere Ausrichtung der pädagogischen Arbeit findet sich im Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung. Hier findet die Förderung überwiegend durch die Bereitstellung entsprechender Räume sowie die Gestaltung des Tagesablaufs, indem sich Phasen von Ruhe und Aktivität abwechseln, statt.

Beispiel 9: Gesundheitsförderung im Bildungsbereich Entspannung/Stressbewältigung

„Ausreichender Schlaf ist eine wichtige Voraussetzung für die gesunde Entwicklung des Kindes. Hierbei verarbeitet das Kind die Eindrücke des Tages und kann für seine weitere Entwicklung wertvolle Kraft schöpfen. Das Grundbedürfnis nach Schlaf und Ruhe ist bei jedem Kind unterschiedlich und findet bei uns individuelle Beachtung. Unsere Räume bieten die Möglichkeit, Kinder die nicht schlafen, in ruhiger und entspannter Atmosphäre zu beschäftigen.“ (Konzeption Kita 94, S. 18)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Alles in allem fällt auf, dass es in den verschiedenen Gesundheitsbereichen unterschiedliche Wege der Gestaltung gibt. Während es in den ersten vier Gesundheitsbereichen darum geht, in den täglichen Routinen konkrete Handlungspraktiken zu vermitteln, die von lebenspraktischer Relevanz sind, werden in den zwei letzten Bereichen, der sozial-emotionalen Entwicklung und der Resilienz, soziale Kompetenzen und persönliche Ressourcen gestärkt. Über die Gestaltung der Interaktion werden Lernanlässe geschaffen, die die Kompetenzen der Kinder fördern.

4.1.5 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität

Bei der Analyse der Dokumente wurde auf der Ebene der Bildungsbereiche nach den beiden Qualitätsdimensionen „Struktur“ und „Prozess“ unterschieden (der Bereich der Ergebnisqualität wurde gesondert ausgewertet; s. Kategoriensystem im Anhang). Die **Dimension der Strukturqualität** bezieht sich auf die Planung des pädagogischen Angebots, die Gestaltung der Räume, die Auswahl des Materials, die Qualifikation des Personals und schließlich die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen. Die **Dimension der Prozessqualität** nimmt die Interaktion von Fachkräften und Kindern sowie zwischen den Kindern, die Partizipation von Kindern, Eltern/Bezugspersonen und Fachkräften und schließlich die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse von Kindern in den Blick.

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt kurz angerissen, werden die Gesundheitsbereiche konzeptionell in unterschiedlicher Art und Weise ausgestaltet. Dementsprechend finden sich in den einzelnen Bildungsbereichen die struktur- und prozessbezogenen Indikatoren in einer jeweils unterschiedlichen Gewichtung wieder.

Auffällig ist zunächst, dass über alle Gesundheitsbereiche hinweg in der Summe nahezu gleich viele Codierungen auf strukturbezogene Indikatoren (Planung, Raum, Material, Qualifikation, Kooperation mit insgesamt 2.563 Codierungen) wie auf prozessbezogene Indikatoren (Interaktion, Partizipation, Individualisierung mit insgesamt 2.556 Codierungen) entfallen (vgl. Tabelle 22). Gleichwohl finden sich Unterschiede in der Gewichtung von Struktur- und Prozessmerkmalen zwischen den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen.

Tabelle 22:
Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität in Kita-Konzeptionen

Dimensionen	Bewegung	Ernährung	Körper/ Sexualität	Entsp./ Stressbew.	Sozial- emot. Entw.	Resilienz	Insges.	
Struktur	Planung	228	234	406	121	143	265	1.397
	Raum	379	81	36	135	101	0	732
	Material	121	84	47	65	33	4	355
	Qualifikation	13	2	42	0	4	3	67
	[Kooperation]*	[1]	[1]	[5]	[0]	[3]	[2]	[12]
Zusammen	742	402	536	321	284	274	2.563	
Prozess	Interaktion	17	51	65	3	450	271	856
	Partizipation	20	204	10	14	123	264	635
	Individualisierung	53	147	58	78	363	366	1.065
Zusammen	90	402	133	95	936	901	2.556	
Insgesamt	832	804	669	416	1.220	1.175	5.119	

Anzahl der Codierungen, n=51 Kitas

* Geringe Anzahl, da Kooperationsbeziehungen in der Regel nicht gesundheitsbereichsspezifisch, sondern einrichtungsbezogen genannt werden.

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

In den Gesundheitsbereichen Bewegung, Körper/Sexualität und Entspannung/Stressbewältigung entfällt die Mehrzahl der Codierungen auf strukturbezogene Indikatoren. So wurden im Bereich Bewegung strukturbezogene Indikatoren achtmal so häufig vergeben wie prozessbezogene Indikatoren. Im Gesundheitsbereich Körper/Sexualität liegt das Verhältnis von Struktur- und Prozessindikatoren bei vier zu eins und im Bereich Entspannung/Stressbewältigung immerhin noch bei drei zu eins. Umgekehrt verhält es sich bei den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz: Hier sind deutlich häufiger prozessbezogene Indikatoren als strukturbezogene Indikatoren zu finden. So liegt das Verhältnis von Struktur- und prozessbezogenen Indikatoren in diesen beiden Bildungsbereichen jeweils bei eins zu drei. Lediglich im Gesundheitsbereich Ernährung halten sich die Textpassagen, die auf die Dimensionen Struktur- und Prozessqualität entfallen, die Waage.

Beim Blick auf die einzelnen Dimensionen der **Strukturqualität** (Planung, Raum, Material, Qualifikation, Kooperation) innerhalb der Bildungsbereiche wird im Detail deutlich, dass im Bereich Bewegung vorrangig die räumlichen Gegebenheiten, und zwar sowohl innerhalb wie außerhalb der Einrichtung (z. B. Außengelände) thematisiert werden. Diesen Aspekten des Raums kommt erwartungsgemäß eine maßgebliche Bedeutung

für die Gestaltung von Bewegungsangeboten zu. Erwähnenswert ist dabei, dass Einrichtungen, deren räumliche Gegebenheiten eher ungünstig sind, Strategien entwickeln dies zu kompensieren, etwa indem sie Kooperationsbeziehungen eingehen und Bewegungsräume außerhalb der Kita konzeptionell verankern (z. B. Sporthallen, nahe gelegene Parkanlagen).

Die Bereiche Ernährung, Körper/Sexualität und Resilienz scheinen hingegen vor allem über eine geschickte Gestaltung der pädagogischen Situation realisierbar zu sein. So kommt dem Indikator „feste Essenszeiten sowie klar definierte essensfreie Zeiten“ die größte Rolle innerhalb der Strukturqualität zu. Lediglich im Bildungsbereich Entspannung/Stressbewältigung sind sowohl die Planung der pädagogischen Situation als auch die Gestaltung der räumlichen Gegebenheiten gleichermaßen bedeutsam. Hier wird das Augenmerk auf die Bereitstellung von Entspannungsräumen als Rückzugsräume sowie auf die Berücksichtigung des individuellen Entspannungsbedürfnisses gelegt.

Auf der Ebene der strukturbezogenen Qualitätsmerkmale sind Merkmale der Qualifikationsstruktur nur selten in den Konzeptionen genannt. Im Bereich der gesundheitsbezogenen Zusatzqualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen 27 Codierungen vor, die sich größtenteils (15 Codierungen) auf den Bereich Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz beziehen, weniger hingegen auf Zusatzqualifikationen zu den Gesundheitsbereichen im engeren Sinne (etwa Bewegung, hier: neun Codierungen). Auch bestehende Förderprogramme scheinen selten umgesetzt zu werden. Lediglich fünf Kitas sind an einem Förderprogramm zu einem oder mehreren der verschiedenen Gesundheitsbereiche beteiligt. Kooperationsbeziehungen werden hingegen häufig genannt (671 Codierungen) und weisen oft einen Gesundheitsbezug auf (vgl. Tabelle 23). So finden sich in 36 Konzeptionen Kooperationen mit Therapeutinnen oder Therapeuten und in 32 Konzeptionen Kooperationen mit Ärztinnen oder Ärzten. Vergleichsweise selten, in lediglich acht Konzeptionen, werden hingegen Kooperationen mit Sportvereinen genannt.

Tabelle 23:
Kooperationspartnerinnen und -partner in Kita-Konzeptionen

0.4.6 Externe Kooperationen/Vernetzung	Anzahl Codierungen	Anzahl Konzeptionen	% an Konzeptionen
0.4.6.1 Andere Kitas	27	21	41,2
0.4.6.2 Grundschulen	93	44	86,3
0.4.6.3 Gesundheits- oder Jugendamt	81	39	76,5
0.4.6.4 Ärztinnen/Ärzte	68	32	62,7
0.4.6.5 Therapeutinnen/Therapeuten	111	36	70,6
0.4.6.6 Sportvereine	12	8	15,7
0.4.6.7 Beratungseinrichtungen	67	36	70,6
0.4.6.8 Kinderschutzfachkraft	14	13	25,5
0.4.6.9 Krankenkassen	2	1	2,0
0.4.6.10 Sonstige	196	46	90,2
Insgesamt	671	276	-

n=51

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Ebenso wie bei den Dimensionen der Strukturqualität finden sich bei den Dimensionen der **Prozessqualität** (Interaktion, Partizipation, Individualisierung) unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen. Bei den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung lassen sich in den Konzeptionen vor allem Textpassagen identifizieren, die auf die individuelle Förderung jedes einzelnen Kindes abzielen (vgl. Tabelle 24: Indikatoren 1.8.1.2 und 4.8.1.1 in der Dimension „Individualisierung“). Im Gesundheitsbereich Ernährung rückt vor allem die Beteiligung der Kinder etwa bei der Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten und bei der Gestaltung der gemeinsamen Essenssituation in den Mittelpunkt der pädagogischen Aktivitäten. Im Bereich sozial-emotionale Entwicklung sind es – analog zu den Zielsetzungen dieses Bereichs – vor allem die Interaktionsprozesse, die hervorgehoben werden. Dies wird deutlich an den Indikatoren „Wahrnehmung der individuellen Bedürfnisse“ und „Förderung kooperativen Handelns und konstruktiver Konfliktlösungen“ (Indikatoren 5.8.1.1 und 5.6.2.1).

Tabelle 24:
Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität in den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen

Dimension in den Bildungsbereichen		Anzahl Cod.	Am häufigsten genannte Indikatoren	Anzahl Cod.	Anzahl Dok.
Bewegung	Struktur	742	1.2.2.3 Ausflüge/Bewegung außerhalb der Kita finden statt.	118	41
	Prozess	90	1.8.1.2 Der Bewegungsdrang kann ausgelebt werden.	34	19
Ernährung	Struktur	402	2.1.1.2 Es gibt feste Essenszeiten sowie klar definierte essensfreie Zeiten.	87	38
	Prozess	402	2.7.1.2 Kinder werden an der Vor- u. Nachbereitung der Mahlzeiten beteiligt.	72	28
			2.7.1.3 Es wird gemeinsam gegessen.	68	32
Körper/Sexualität	Struktur	536	3.1.2.2 Es gibt Anlässe der Sinneswahrnehmung.	122	39
	Prozess	133	3.8.1.1 Auf die Eigenständigkeit bei der Körperpflege wird Wert gelegt.	34	19
Entspannung/ Stressbewältigung	Struktur	321	4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume.	105	43
	Prozess	95	4.8.1.1 Dem individuellen Entspannungsbedürfnis wird entsprochen.	43	29
Sozial-emotionale Entwicklung	Struktur	284	5.1.1.1 Es erfolgt eine sozial-emotionale Förderung.	98	35
	Prozess	936	5.8.1.1 Die Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse wahr.	204	44
			5.6.2.1 Die Fachkräfte bestätigen bei kooperativen Handlungen und konstruktiven Konfliktlösungen.	207	42
Resilienz	Struktur	274	6.1.2.2 Es gibt eine stabile, wertschätzende Bezugsbetreuung.	120	43
			6.6.3.1 Die Fachkräfte unterstützen beim Aufbau von personalen Ressourcen.	229	45
			6.7.1.0 Es erfolgt Partizipation ohne Gesundheitsbezug.	212	46
	Prozess	901	6.8.1.2 Die Fachkräfte fördern die Resilienz- und Schutzfaktoren.	189	44

n=51

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Besonders hervorzuheben ist der Gesundheitsbereich Resilienz, denn hier spielen die Qualitätsdimensionen Interaktion, Partizipation und Individualisierung eine nahezu gleich große Rolle: So liegt die Anzahl der Codierungen zur unterstützenden Interaktion zum Aufbau personaler Kompetenzen (Indikator 6.6.3.1) auf einer Höhe mit der Anzahl der Codierungen zur Gestaltung von Partizipationsformaten (Indikator 6.7.1.0) und nur geringfügig über der individuellen Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren (Indikator 6.8.1.2). Dies erstaunt nicht, da Resilienzförderung, neben der Gestaltung einer stabilen und tragfähigen Beziehung, insbesondere in der Ausrichtung des pädagogischen Handelns auf individuelle Stärken und Schwächen der Kinder sowie auf die Gestaltung und Entwicklung von Teilnehmungsformaten gerichtet ist.

Will man nun abschließend eine Bewertung vornehmen und die Frage beantworten, wo sich Weiterentwicklungsbedarfe im Hinblick auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung zeigen, so kann dies aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht auf der Ebene der Einzelindikatoren geschehen, sondern lediglich auf der Aggregatebene der Qualitätsdimensionen.

Über alle Gesundheitsbereiche hinweg liegt in den Konzeptionen, bezogen auf die **Strukturqualität**, ein starker Fokus auf der Gestaltung der pädagogischen Situation (55 % der Codierungen; vgl. Tabelle 25). Dabei steht insbesondere eine altersgerechte Ausgestaltung der Bildungsarbeit im Mittelpunkt der planerischen Aktivitäten.

Danach folgt – jedoch mit großem Abstand – die Gestaltung des Raums und damit der sogenannten „vorbereiteten Umgebung“. Auf diese Dimension entfallen 29 % aller Codierungen. Dem „Raum als drittem Erzieher“ (Knauf et al., 2007, S. 140 f.) wird also vermutlich noch nicht die Bedeutung beigemessen, die ihm für alltagsintegrierte Bildung in Kitas zukommt. Bildungsbereichsspezifischem Material wird – mit Ausnahme der Bildungsbereiche Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung – in den Konzeptionen vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Tabelle 25:
Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität in Kita-Konzeptionen

Dimensionen	Bewegung	Ernährung	Körper/ Sexualität	Entspan- nung/ Stressbew.	Soz.-emot. Entw.	Resilienz	Insgesamt	
Struktur	Planung	30,7	58,2	75,6	37,7	50,4	96,7	54,5
	Raum	51,1	20,1	6,7	42,1	35,6	0,0	28,6
	Material	16,3	20,9	8,9	20,2	11,6	1,5	13,9
	Qualifikation	1,8	0,5	7,8	0,0	1,4	1,1	2,6
	[Kooperati- on]*	[0,1]	[0,2]	[0,9]	[0,0]	[1,1]	[0,7]	[0,5]
Zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	
Prozess	Interaktion	18,0	12,7	48,9	3,2	48,1	30,1	33,5
	Partizipation	22,5	50,7	7,5	14,7	13,1	29,3	24,8
	Individuali- sierung	59,6	36,6	43,6	82,1	38,8	40,6	41,7
Zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Angaben in %, n=51

* Geringe Anzahl, da Kooperationsbeziehungen in der Regel nicht gesundheitsbereichsspezifisch, sondern einrichtungsbezogen genannt werden.

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“

Weiterentwicklungsbedarfe lassen sich auf der Ebene der Strukturqualität insbesondere im Hinblick auf die Qualifikationsstruktur beobachten. Während Fortbildung mit insgesamt 97 Codierungen in 45 Konzeptionen einen hohen Stellenwert hat – dies zeigt sich auch in empirischen Studien zum Weiterbildungsverhalten von Fachkräften (Gessler & Gruber 2018) – sind Fachkräfte mit einschlägig gesundheitsbezogener Zusatzqualifikation kaum vertreten.

Im Bereich der **Prozessqualität** wird der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der höchste Stellenwert eingeräumt. Dies entspricht auf der Ebene der Strukturqualität der hohen Bedeutung der Berücksichtigung einer altersentsprechenden Förderung in der Planung der Bildungsarbeit. Eine geringere Bedeutung hat die unterstützende Interaktion und insbesondere die Partizipation von Kindern (vor allem aber auch von Eltern/Bezugspersonen und Fachkräften selbst). Partizipation als Qualitätsindikator wird bislang vorrangig – mit fast der Hälfte aller Codierungen – im Bildungsbereich Resilienz realisiert, taucht jedoch in den anderen gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen kaum auf. Weiterentwicklungsbedarfe zeigen sich jedoch nicht nur bei der Partizipation der Kinder, sondern insbesondere bei der Partizipation von Eltern/Bezugspersonen und Fachkräften. Partizipation von Eltern/Bezugspersonen bewegt sich auch in den Konzeptionen – mit Ausnahme der Eingewöhnung – kaum auf der Ebene einer aktiven Beteiligung, sondern beschränkt sich vielmehr auf Informationen zu Regelungen des Kita-Alltags.

4.1.6 Zusammenfassende Ergebnisse zu den Einrichtungskonzeptionen

Erwartungsgemäß finden sich in nahezu allen Konzeptionen Formulierungen zu pädagogischen Zielen, diese weisen jedoch selten einen konkreten Gesundheitsbezug auf. Bei den gesundheitsbezogenen Zielen überwiegen solche, die sich auf die Ausbildung von Lebenskompetenzen beziehen. Konkrete Gesundheitsbereiche wie Bewegung, Ernährung oder Entspannung/Stressbewältigung tauchen hingegen seltener als explizit formuliertes pädagogisches Ziel auf. Die Ziele der Einrichtung adressieren nicht nur Kinder, sondern auch Eltern/Bezugspersonen und die Fachkräfte. In einigen wenigen Fällen beziehen sie sich auf die Institution selbst, wenn etwa Vernetzung oder Qualitätsentwicklung als Ziele genannt werden.

Analog zu den explizierten Zielen haben sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz den höchsten Stellenwert in den Gesundheitsbereichen. Danach folgen an zweiter Stelle Bewegung und Ernährung, dicht gefolgt vom Gesundheitsbereich Körper/Sexualität. Den Schluss bildet der Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung.

Während es in den Gesundheitsbereichen Bewegung, Ernährung und Körper/Sexualität vorrangig um die Vermittlung und Einübung alltagspraktischer Fertigkeiten, Kenntnisse und Routinen geht, stehen in den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz die Stärkung personaler und sozialer Kompetenzen im Mittelpunkt des pädagogischen Handelns. Modus des Lernens ist dabei zum einen die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Kinder und zum anderen die Beziehungsgestaltung zwischen Fachkraft und Kind sowie innerhalb der Gruppe. Die pädagogischen Strategien scheinen dem jeweiligen Bildungsgegenstand angemessen.

Beim Blick auf die Qualitätsdimensionen Struktur und Prozess zeigt sich, dass diese über alle Bildungsbereiche hinweg gleichermaßen berücksichtigt werden. Gleichwohl finden sich Unterschiede der Gewichtung von Struktur- und Prozessmerkmalen zwischen den gesundheitsbezogenen Bildungsbereichen: In den Gesundheitsbereichen Bewegung, Körper/Sexualität und Entspannung/Stressbewältigung entfällt die Mehrzahl der Codierungen auf strukturbezogene Indikatoren, in den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz hingegen auf Indikatoren der Prozessqualität.

Nimmt man zunächst die Strukturqualität in den Blick, dann werden im Bildungsbereich Bewegung vorrangig die räumlichen Gegebenheiten (Dimension Raum) thematisiert, wohingegen in den Bereichen Ernährung, Körper/Sexualität und Resilienz vor allem eine geschickte Gestaltung der pädagogischen Situation fokussiert wird (Dimension Planung). Lediglich im Bildungsbereich Entspannung/Stressbewältigung sind sowohl die Gestaltung der räumlichen Gegebenheiten als auch die Planung der pädagogischen Situation gleich gewichtet.

Auf der Ebene der Strukturqualität ebenfalls selten genannt werden Qualitätsmerkmale der Qualifikationsstruktur des Personals. Trotz hoher Weiterbildungsbeteiligung spielen gesundheitsbezogene Fort- und Weiterbildungen nur eine marginale Rolle.

Ebenso wie bei den Dimensionen der Strukturqualität finden sich bei den Dimensionen der Prozessqualität unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen: In den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung spielt die individuelle Förderung jedes einzelnen Kindes die wichtigste Rolle. Im Gesundheitsbereich Ernährung rückt die Beteiligung der Kinder in den Mittelpunkt der pädagogischen Aktivitäten, und im Bereich sozial-emotionale Entwicklung sind es vor allem die

Interaktionsprozesse, die ausformuliert werden. Besonders hervorzuheben ist der Gesundheitsbereich Resilienz, denn hier spielen die Qualitätsdimensionen Interaktion, Partizipation und Individualisierung eine nahezu gleich große Rolle.

Zusammenfassend zeigt sich, dass bezogen auf die Dimensionen der Strukturqualität über alle Gesundheitsbereiche hinweg große Aufmerksamkeit auf der Gestaltung der pädagogischen Situation liegt. Dabei steht eine altersentsprechende Ausgestaltung der Bildungsarbeit im Mittelpunkt. Danach folgt die Gestaltung des Raums und damit der sogenannten „vorbereiteten Umgebung“. Dem Raum als „drittem Erzieher“ wird demzufolge vermutlich noch zu wenig Bedeutung beigemessen. Weiterentwicklungsbedarfe bezogen auf die Strukturqualität lassen sich insbesondere hinsichtlich der Qualifikationsstruktur beobachten. Fortbildungen haben zwar einen hohen Stellenwert, Fachkräfte mit einschlägig gesundheitsbezogener Zusatzqualifikation sind jedoch kaum anzutreffen.

Im Bereich der Prozessqualität wird der Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der höchste Stellenwert eingeräumt. Eine geringere Bedeutung nimmt die unterstützende Interaktion und insbesondere die Partizipation von Kindern ein. Weiterentwicklungsbedarfe zeigen sich jedoch nicht nur bei der Partizipation der Kinder, sondern insbesondere bei der Partizipation von Eltern/Bezugspersonen und Fachkräften.

4.2 Gesundheitsförderung in einrichtungsspezifischem Qualitätsmanagement-Material

Die am Projekt beteiligten Kitas bzw. deren Träger haben neben ihren Konzeptionen weiteres Material bereitgestellt, das jedoch in der Gesamtschau sehr heterogen ausfällt. Dies erschwert eine vergleichende Analyse der Kitas. Daher werden in der folgenden Auswertung die Dokumente geclustert und diese Cluster nach inhaltlichen Schwerpunktsetzungen beschrieben. Ziel der Auswertung ist es, Einblicke in die konkrete Ausgestaltung des Qualitätsmanagements auf der Ebene der Kitas zu gewinnen.

4.2.1 Beschreibung des Qualitätsmanagement-Materials

Von 119 teilnehmenden Kitas haben 65 Einrichtungen über den Kurzfragebogen hinausgehende Materialien geschickt (vgl. Tabelle 26), davon 12 Einrichtungen jedoch lediglich die Einrichtungskonzeption. Insgesamt liegen also Materialien von 53 Einrichtungen vor, wobei diese Dokumente bezogen auf die Dokumentenart außerordentlich heterogen sind und sich auch hinsichtlich ihrer Vollständigkeit unterscheiden. So haben zwei Einrichtungen ihr vollständiges Qualitätsmanagement-Handbuch geschickt und 19 weitere Kitas lediglich Auszüge daraus.

Tabelle 26:
Kombinationen an zur Verfügung gestelltem Material

Kombination an zur Verfügung gestellten Materialien	Anzahl der Einrichtungen
Kurzfragebogen	54
Konzeption	12
Leitbild	1
Prozessbeschreibungen	1
Konzeption und QM-Handbuch	1
Konzeption und Leitbild	6
Konzeption, Leitbild und QM-Materialien	1
Konzeption, Leitbild, QM-Materialien und Sonstiges	1
Konzeption, Prozessbeschreibungen	1
Konzeption und QM-Materialien	10
Konzeption, QM-Materialien und Sonstiges	5
Konzeption und Sonstiges	2
Konzeption, Leitbild, Prozessbeschreibungen, QM-Material, Sonstiges	9
Konzeption, Prozessbeschreibungen, QM-Material, Sonstiges	2
QM-Handbuch und Leitbild	4
Leitbild, Prozessbeschreibung, QM-Material, Sonstiges	3
Leitbild und Sonstiges	1
Prozessbeschreibung und Sonstiges	1
Sonstige QM-Materialien	2
Sonstige Materialien	2
Summe	119

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Unter einer Clusterung versteht man die Gruppierung verschiedener Elemente, wobei sich jede Gruppe hinsichtlich bestimmter Merkmale möglichst ähnlich ist und von den Merkmalen anderer Gruppen maximal unterscheidet. Die vorliegenden Dokumente wurden anhand der Merkmale „Gesundheitsbezug“ und „Dokumentenart“ gruppiert. Bezogen auf das Merkmal Gesundheitsbezug wurde in Dokumente mit allgemeinem Gesundheitsbezug, Dokumente mit Bezug zu einem spezifischen Gesundheitsbereich und schließlich Dokumente ohne Gesundheitsbezug eingeteilt.

Bezogen auf das Merkmal Dokumentenart wurde die Clusterung auf Basis der Verbindlichkeit der Dokumente vorgenommen. Ein Teil der Dokumente beinhaltet lediglich vergleichsweise unverbindliche Informationen beispielsweise zu Gesundheitskursen oder den Angeboten der Betriebsärztin bzw. des Betriebsarztes. Diese können von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Anspruch genommen werden. Andere Materialien hingegen sind Dokumente aus QM-Handbüchern oder anderen mitgeltenden Dokumenten, die beispielsweise in Form von Prozessbeschreibungen Abläufe und Standards verbindlich vorschreiben.

4.2.2 Thematisch inhaltliche Bezüge

Bezogen auf die einrichtungsspezifischen QM-Dokumente zeigt sich zunächst, dass die zugesandten Materialien der Kitas einen deutlichen Gesundheitsbezug aufweisen (vgl. Tabelle 27). Dies überrascht nicht, da mit der Einladung zur Teilnahme an der Untersuchung um genau dieses gesundheitsbezogene Material gebeten wurde. In quantitativer Hinsicht, also bezogen auf die Anzahl der Dokumente, liegen die Schwerpunkte des zugesandten Materials in den Themenbereichen Gesundheit, Körper/Sexualität sowie in den QM-Dokumenten ohne Gesundheitsbezug. Insgesamt wird aus den Materialien dabei häufig nicht ersichtlich, ob es sich um Auszüge aus dem QM-Handbuch handelt, um mitgeltende Dokumente oder um Dokumente, die nicht Teil des Qualitätsmanagements sind, da ihr Bezug zum Qualitätsmanagement nicht deutlich ist. Bei einigen Trägern, vorrangig solchen mit einem umfassenden Qualitätsmanagement-System, sind QM-Materialien über einen einheitlichen Schriftzug zu Beginn jeder Seite und einer entsprechenden Betitelung leicht als QM-Material zu erkennen.

Tabelle 27:
Cluster der QM-Materialien und sonstigen Materialien – Exemplarische Darstellung von Materialien

Bereiche	1. Informationen		2. Prozessbeschreibungen (PB)/Regeln		3. Konzepte		4. Sonstiges		
Gesundheit allg.	Cluster 1 Gesundheitsangebote der Kita	Cluster 1 Merkblätter zu Gesundheitsthemen	Cluster 2 PB zu Gesundheitsprojekten und gesundheitsbezogenen Maßnahmen	Cluster 2 Standards der Gesundheit/Gesundheitsförderung/Gesundheitsbereiche	Cluster 2 Betriebliches Eingliederungsmanagement/Prävention Krankheitsausfälle	Cluster 2 Anweisungen zu Sicherheit, Gefahrenprävention, Gesundheits- und Arbeitsschutz	Cluster 2 Auszüge aus Konzeptionen zu Gesundheit	Cluster 2 Auflistung der Kooperationen zur Gesundheitsförderung	Cluster 2 Formulare zur Überlastungsanzeige
Bewegung	Cluster 4 Bewegungsangebote	Cluster 4 Bewegung	Cluster 4 PB zu Bewegungsförderung	Cluster 4 Regeln für die Außen- gelände/Flure/Freispiel	-	-	Cluster 4 Bewegungsförderung	Cluster 4 Kooperationsvertrag mit Sportverein	-
Ernährung	Cluster 4 Veranstaltungen zu Ernährung	Cluster 4 Speise- und Frühstückspläne	Cluster 4 Checklisten, PB und Qualitätskriterien zu Ernährung und Mahlzeiten	Cluster 4 Leitfaden zu Eltern- gesprächen, u. a. bezgl. Ernährung	Cluster 4 Zielvereinbarungen u. a. zu Ernährung	Cluster 4 Standards für Verpflegung und Mahlzeiten	Cluster 4 Auszüge aus Konzeptionen zu Ernährung	-	-
Körper/Sexualität	Cluster 3 Umgang mit ansteckenden (Infektions-) Krankheiten	Cluster 3 Kinderschmuck	Cluster 3 Regeln und Qualitätskriterien zur Körperpflege, Hygienepläne, Umgang mit Infektionen/kranken Kindern, Medikamenten	Cluster 3 PB zu Unfallmeldungen/Notfällen	Cluster 3 Standard KWG, Risikofaktorenbögen, Schutzkonzept Kinderschutz und KWG	Cluster 3 Ausschnitt aus Konzeption zu Körper, Handbücher zu den Themen Körper/Spiegel	Cluster 3 PB zu Pflege	Cluster 3 Dokumentation Ersteinschätzung KWG	-
Entspannung/Stressbewältigung	Cluster 4 Entspannungsangebote	-	Cluster 4 Regeln zum Ruhen und Schlafen	-	Cluster 4 Zielvereinbarungen u. a. zum Schlafen	-	-	-	-
Sozial-emotionale Entwicklung Resilienz	Cluster 5 Inhalte der Aufnahmemappe	-	Cluster 5 PB und Leitfäden zur Eingewöhnung/dem Aufnahmeprozess	Cluster 5 PB und Indikatoren zu Partizipation	Cluster 5 PB zur Sozialen Bildung	-	Cluster 5 Eingewöhnungsmodell	-	-
QM	Cluster 6 Elternbriefe	-	Cluster 6 PB zur Befragung von Eltern/BP und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Regeln zu Tür- und Angelgesprächen	Cluster 6 Leitfäden und PB zu Elterngesprächen/-befragungen, Kinderbefragungen, Aufnahme- gesprächen	Cluster 6 Qualitätsstandards zu Beschwerden	Cluster 6 Aufgabenfestlegungen, Ablauf pädagogischer Gespräche und Gremiensitzungen	-	Cluster 6 Formulare Zielvereinbarungen, Aufnahmebogen Erster Arbeitstag, Unterrichtsprotokoll	Cluster 6 Zertifikate zur Ausrichtung der Kita, bspw. Integrationskita oder QM-Zertifikat

BP = Bezugspersonen, KWG = Kindeswohlgefährdung

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Aus der Übersicht können sechs Cluster abgeleitet werden, denen die Materialien zugeordnet wurden:

Cluster 1: Informationsmaterialien zu Gesundheit und einzelnen Gesundheitsbereichen

Cluster 2: QM-Dokumente zu Gesundheit

Cluster 3: QM-Dokumente zu Körper, Sexualität und Hygiene

Cluster 4: QM-Dokumente zu Bewegung, Ernährung und Entspannung/Stressbewältigung

Cluster 5: QM-Dokumente zu sozial-emotionaler Entwicklung und Resilienz

Cluster 6: QM-Dokumente ohne direkten Gesundheitsbezug

Cluster 1: Informationsmaterialien zu Gesundheit und einzelnen Gesundheitsbereichen

Gesundheit als allgemeines Thema wird sowohl in Dokumenten thematisiert, die lediglich Informationen bereitstellen, als auch in Prozessbeschreibungen bzw. Standards (Spalte „Informationen“), Leitfäden und Checklisten (Spalte „Prozessbeschreibungen“). Im ersten Fall liegen Informationen zu Gesundheitsangeboten und -projekten zum einen in Form von Merkblättern für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad vor (z. B. Mitteilung über Ansprechpartnerinnen und -partner des betrieblichen Gesundheitsmanagements) und zum anderen in Form von Aushängen für Eltern/Bezugspersonen (Kita 18). Das Informationsmaterial für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert außerdem über zahlreiche Angebote der Arbeitssicherheit. Die Materialien für Eltern/Bezugspersonen haben einen geringen Verbindlichkeitsgrad und können auf der Basis der vorliegenden Dokumente nicht immer zweifelsfrei dem Qualitätsmanagement zugeordnet werden. Sie sind meist auf einen bestimmten Gesundheitsbereich hin ausgerichtet, wie etwa Angebote der Bewegungsförderung (Kita 6) oder Angebote zu Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung. Die Informationsmaterialien für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind in der Regel als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verstehen.

Beispiel 10: Arbeitsmedizinische Vorsorge

„Arbeitsmedizinische Vorsorge für Mitarbeiter, die hautgefährdende Tätigkeiten durchführen. Der Betriebsarzt bietet allen Beschäftigten, die einen Arbeitsplatz mit hautgefährdenden Tätigkeiten haben, eine entsprechende arbeitsmedizinische Vorsorge an. Warum wird die arbeitsmedizinische Vorsorge durchgeführt? Als Folge der Einwirkung von hautgefährdenden Stoffen und Einflüssen (z. B. Feuchtarbeit, tragen von Schutzhandschuhen, Kontakt zu Kühlschmierstoffen, etc.) kann die Haut sensibilisiert, strapaziert oder geschädigt werden. Das Ziel dieser Vorsorge ist es, Hautkrankheiten frühzeitig zu erkennen oder zu verhindern. Es soll eine Beratung über das individuelle Risiko und die Möglichkeiten des persönlichen Schutzes erfolgen.“ (Merkblatt Gesundheit 24, Kita 18, S. 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Cluster 2: Dokumente des Qualitätsmanagements zu Gesundheit

Dokumente des Qualitätsmanagements zu Gesundheit tauchen in Form von Prozessbeschreibungen/Regeln, Konzepten, Qualitätskriterien oder Leitfäden etwa zur Durchführung von Gesprächen nach Krankheiten auf. All diese Dokumente richten sich in der Regel an die Zielgruppe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Prozessbeschreibungen als verbindliche Regelungen beziehen sich hauptsächlich auf die Themen Sicherheit, Gefährdungsbeurteilung und den Umgang mit Krankheitsausfällen in der Belegschaft. Hierzu können auch Prozessbeschreibungen und Leitfäden zum betrieblichen Eingliederungsmanagement gezählt werden.

Bezogen auf die Dokumente dieses Clusters können drei thematisch-inhaltliche Schwerpunkte identifiziert werden: Sicherheit, Gefährdungsbeurteilung sowie Umgang mit krankheitsbedingten Ausfällen. Der Aspekt **Sicherheit** kann in diesem Zusammenhang als Sammelkategorie für Dokumente zu unterschiedlichen Bereichen wie Unfall-, Arbeits- und Brandschutz, Gebäudesicherheit, Hygiene sowie Notfallprävention gelten (Kitas 99, 108). Im Unterschied dazu sind Dokumente zur sogenannten **Gefährdungsbeurteilung** in Form von Prozessbeschreibungen (Kita 18) für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weniger ausdifferenziert. Sie beziehen sich allgemein auf Maßnahmen des Arbeitsschutzes, die aus Begehungen und folgenden Analysen eines Lenkungskreises abgeleitet werden.

Der strukturierte **Umgang mit krankheitsbedingten Ausfällen** in der Belegschaft macht einen weiteren Schwerpunkt dieses Clusters aus. Im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (vgl. Beispiel 11) werden unterschiedliche institutionalisierte, vorgeschriebene Gesprächsanlässe aufgeführt: So liegen beispielsweise Leitfäden zu „Fehlzeitengesprächen“ vor, die bei einer erhöhten Anzahl an (krankheitsbedingten) Arbeitsausfällen im Kalenderjahr zwingend vorgesehen sind und in denen auf die Konsequenzen im Falle weiterer Fehlzeiten hingewiesen werden bzw. festgelegt wird, wann weitere Fehlzeitengespräche durchgeführt werden. „Gespräche nach Krankheit“ (Kita 54) werden hingegen unabhängig von der Anzahl der Fehltage durchgeführt. In diesen soll auf Unterstützungsmöglichkeiten hingewiesen, aber auch über die Konsequenzen bei weiteren Fehlzeiten informiert werden. Krankheitsbedingte Ausfälle sollen so reduziert bzw. verhindert werden. Es fällt außerdem auf, dass diese Materialien vor allem von größeren Trägern vorliegen, die ein ausdifferenziertes Qualitätsmanagement-System besitzen. Fraglich ist, ob diese Dokumente auch bei kleineren Trägern Verwendung finden. Dazu kann auf der Basis des vorliegenden Materials keine Aussage getroffen werden.

Beispiel 11: Betriebliches Eingliederungsmanagement

„Betriebliches Eingliederungsmanagement:

1. Ziel

Ziel des BEM ist es, den Genesungsprozess von erkrankten Mitarbeiter*innen zu unterstützen und deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Darüber hinaus soll einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und chronische Erkrankungen vermieden werden. Im Rahmen des BEM gilt es die Ursachen von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit zu identifizieren und gemeinsam mit der/dem Beschäftigten Maßnahmen zu entwickeln, um einen Wiedereinstieg in den bisher ausgeführten Arbeitsplatz zu ermöglichen und diesen langfristig zu erhalten.

2. Geltungsbereich

Diese QM-Anweisung gilt für alle Mitarbeiter*innen im Geltungsbereich des QM-Systems.

3. Durchführung

Wann wird ein betriebliches Eingliederungsmanagement durchgeführt?

Seit 2004 ist der Arbeitgeber gemäß § 84 Absatz 2 SGB IX verpflichtet Beschäftigten, die unabhängig vom Kalenderjahr innerhalb der letzten 12 Monate länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren, ein BEM anzubieten.

Das Verfahren des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist durch die Einrichtungsleitung [...] bei der Erfüllung der oben genannten Kriterien oder auf Wunsch der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters zu veranlassen und durchzuführen.“ (QM-Anweisung Betriebliches Eingliederungsmanagement, Kita 84, S. 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Neben diesen verbindlichen Regeln in Form von Prozessbeschreibungen liegen Auszüge aus pädagogischen Konzeptionen der Kitas vor, die sich mit Gesundheit und einzelnen Gesundheitsbereichen beschäftigen (Kitas 55, 77). In diesen Konzeptionsausschnitten werden Bezüge etwa zur Gesundheitsdefinition der WHO hergestellt (WHO, 1986). Außerdem wird das Thema Gesundheit hier mehrdimensional, also bezogen auf verschiedene Gesundheitsbereiche, aufgefasst. Es wird beispielweise im Bereich Ernährung oder in der STEP-Weiterbildung („Systemisches Training für Eltern und Pädagogen“) bearbeitet, welche u. a. Inhalte zu Entspannung/Stressbewältigung und Resilienz beinhalten.

Cluster 3: QM-Dokumente zu Körper, Sexualität und Hygiene

Ein Großteil der Dokumente des Clusters zum Bereich Körper/Sexualität ist den Regelungen zum Kinderschutz bzw. bei Kindeswohlgefährdungen zuzuordnen². Es liegen Standards bzw. Regeln sowie Schutzkonzepte vor. Außerdem erfolgt die Verwendung sogenannter Risikofaktorenbögen, die Kriterien für die Anzeichen einer Kindeswohlgefährdung auflisten und einen Teil des Schutzkonzeptes darstellen. Zum Bereich der Kindeswohlgefährdung liegen eine Reihe ausdifferenzierter Materialien vor. Dies ist sicherlich darin begründet, dass ein Schutzkonzept nach § 79a SGB VIII gesetzlich vorgeschrieben ist, und lässt sich auch in den analysierten Konzeptionen erkennen (vgl. Kapitel 3.1). Jedoch hat ein erheblicher Teil der Einrichtungen zu ihrem Schutzkonzept kein QM-Material zur Verfügung gestellt. Unklar bleibt, ob dieses nur nicht eingesandt wurde oder ob es trotz gesetzlicher Auflage nicht vorliegt.

Beispiel 12: Qualitätskriterien Kinderschutz

„Qualitätskriterien:

Wir haben gemeinsam mit der Fachberaterin des evangelischen Kirchenkreises die Kinderschutzkonzeption erstellt. (Anlage X 7) Diese wurde 2016 im GKR beschlossen und liegt dem Senat vor.

- Alle Mitarbeiter wissen wie das Vorgehen ist, wenn Kindeswohlgefährdung vorliegt.
- Der Ordner mit wichtigen Telefonnummern steht im Mitarbeiterzimmer.
- Wir richten uns nach der Broschüre [...] (Anlage X 8) [...]
- Wir achten auf die gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz (Ordner mit Gesetzestext im Büro)
- Mit dem Jugendamt stehen wir in Verbindung.“ (Qualitätshandbuch Kita 12, S. 73)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Weitere Dokumente dieses Clusters sind auf eine ausreichende Hygiene bzw. Körperpflege der Kinder ausgerichtet. Hierzu wurden verbindliche Prozessbeschreibungen, Qualitätsindikatoren und Auszüge aus Konzeptionen eingereicht. Eine Vielzahl dieser Dokumente bezieht sich auf Hygienepläne und Lebensmittelverordnungen. Informationen für Eltern/Bezugspersonen beziehen sich in zahlreichen Fällen auf die Form des Umgangs mit ansteckenden Krankheiten (Kitas 18, 65, 67, 77, 99). Diese Informationen sind teilweise den Eltern/Bezugspersonen zugänglich, ansonsten tauchen sie nur im internen Qualitätsmanagementhandbuch auf und werden dann möglicherweise durch Dokumente an die Eltern/Bezugspersonen weitergegeben. Analog dazu zeigt die Analyse der Einrichtungskonzeptionen, dass Eltern/Bezugspersonen in sechs Fällen die Regeln zum Umgang mit ansteckenden Kinderkrankheiten in der Kita vermittelt werden. Da der Umgang

² Obwohl sich der Begriff der Kindeswohlgefährdung auf körperliche, seelische und sexuelle Misshandlungen und Vernachlässigungen bezieht (Maywald, 2013, S. 42 ff.), ordnet dieses Projekt die Kindeswohlgefährdung, wie auch bereits im ausgearbeiteten Referenzrahmen, der körperlichen Ebene zu.

mit diesen Krankheiten sowohl in den QM-Dokumenten als auch in den Konzeptionen erwähnt wird, lässt sich feststellen, dass dieser Gesundheitsbereich als ein wichtiger anerkannt wird. Er scheint einen höheren Stellenwert zu haben als die Gesundheitsbereiche Bewegung, Ernährung und Entspannung/Stressbewältigung, die in Cluster 4 zusammengefasst sind.

Cluster 4: Dokumente des Qualitätsmanagements zu Bewegung, Ernährung und Entspannung/Stressbewältigung

Das QM-Material, welches sich explizit auf die Gesundheitsbereiche Bewegung und Ernährung bezieht, besteht hauptsächlich aus Prozessbeschreibungen mit einem dementsprechend hohen Verbindlichkeitsgrad. Diese Dokumente begründen die Bedeutung des jeweiligen Themenbereichs mit dessen Einfluss auf andere Gesundheitsbereiche wie etwa die sozial-emotionale Entwicklung. Außerdem finden sich in den Dokumenten zu diesem Cluster die Dimensionen Raum und Zeit sowie Materialien, die auch im Referenzrahmen auftauchen. Weitere Dokumente, die nicht dem Qualitätsmanagement zuzuordnen sind, wie etwa Aushänge, informieren zu Angeboten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie für Eltern/Bezugspersonen mit der thematisch-inhaltlichen Ausrichtung auf Bewegung und/oder Entspannung/Stressbewältigung (z. B. Yoga; Kita 18). Das folgende Beispiel verdeutlicht die Ausdifferenzierung der beiden Gesundheitsbereiche hinsichtlich verschiedener Qualitätsdimensionen:

Beispiel 13: Bewegungs- und Entspannungsförderung

„Standards Bewegung und Ruhe

Wir fördern die ganzheitliche Entwicklung unserer Kinder durch die Bereitstellung von Raum, Materialien/ Geräten und Zeit für Bewegungs- bzw. Ruheaktivitäten im freien Spiel und in geplanten Angeboten: Für das Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung sind Rückzugsmöglichkeiten vorhanden, die auch mit den Kindern gestaltet werden können. Materialien und Spielgeräte für Bewegungs- und Ruheaktivitäten werden zur Verfügung gestellt. Entsprechend den Bedürfnissen und Wünschen der Kinder wird im Tagesverlauf Raum, Zeit und Material für individuelle Bewegungsaktivitäten und Entspannungsmöglichkeiten gewährleistet. Die gezielten Angebote zur Bewegungsförderung orientieren sich an der Konzeption der Kita (z. B. Psychomotorik, Schwimmen) oder an der aktuellen Planung von Bildungsangeboten (z. B. Projekte) unter Einbeziehung von Bewegungs- bzw. Entspannungsaktivitäten.“ (Standard Bewegung und Ruhe Kita 67, S. 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Cluster 5: QM-Dokumente zu sozial-emotionaler Entwicklung und Resilienz

In dieses Cluster fällt ein vergleichsweise kleiner Teil des Materials, das sich in der Regel auf den Prozess der Eingewöhnung bezieht. Dieser Aspekt hat auch in den untersuchten Konzeptionen einen hohen Stellenwert. Die Dokumente zur Eingewöhnung beziehen sich teilweise explizit auf das Berliner Modell, in den Einrichtungskonzeptionen auch auf das Münchner Modell. Vor dem Hintergrund dieser Modelle werden entweder einrichtungsspezifische Ablaufpläne entwickelt oder es erfolgt ein Hinweis auf die einschlägigen Literaturquellen. Diese Bezüge zum Berliner oder Münchner Modell tauchen in Form von Prozessbeschreibungen und Leitfäden auf. Es finden sich in diesen Materialien auch Bezüge zur sozial-emotionalen Bildung, d. h. es wird die Bedeutung einer gelingenden Eingewöhnung für die sozial-emotionale Entwicklung und die Resilienzförderung aufgezeigt. Daneben liegt eine Prozessbeschreibung vor, die die Art und Weise der Partizipation der Kinder regelt. Die Beteiligung findet in diesem Beispiel in Form von Kinderkonferenzen statt.

Beispiel 14: Eingewöhnungskonzept

„Worum geht es in der Eingewöhnung?“

Alle Kinder bauen in den ersten Lebensmonaten besondere Beziehungen zu den Personen ihrer engsten Umgebung auf, in der Regel zu ihren Eltern. Besonders in Stresssituationen (fremde Umgebung/Personen, bei Erkrankungen oder Schmerzen) benötigt das Kind die Anwesenheit und Aufmerksamkeit seiner Eltern (Bindungspersonen), um sein „inneres Gleichgewicht“ halten oder wieder herstellen zu können. Ist in solchen Situationen keine Bindungsperson anwesend, kann eine fremde Person das Kind in der Regel nicht trösten. Lang andauernde Weinperioden in der Eingewöhnungszeit belasten das Kind und können zu nachhaltigen Beeinträchtigungen in der Gesundheit, Entwicklung und der Bindungsbeziehung zu den Eltern führen. Diese Folgen können wahrscheinlich vermieden werden, wenn die Kinder zu Beginn ihres Kindergartenbesuchs einige Tage von einem Elternteil begleitet werden.“ (Eingewöhnungskonzept Kita 77, S. 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

Cluster 6: Dokumente des Qualitätsmanagements ohne direkten Gesundheitsbezug

Dieses Cluster soll, wie bereits erwähnt, nur am Rande thematisiert werden, da es sich nicht explizit mit Gesundheit oder den einzelnen Gesundheitsbereichen beschäftigt. Daher soll nur ein Schwerpunkt herausgearbeitet werden, der auch im Referenzrahmen in Teil C auftaucht: die Befragung von oder die Kommunikation mit Kindern, Eltern/Bezugspersonen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Diese Befragungen können eine Grundlage für die Weiterentwicklung der pädagogischen Qualität in den Einrichtungen bieten. In diesem Zusammenhang tauchen Befragungen bzw. Kommunikationsregelungen von und mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf. Diese beziehen sich in Form von Prozessbeschreibungen auf Befragungen und Personalgespräche (Kita 18), stellen Regeln zur Aufgabenabgrenzung und Kommunikationsstruktur zwischen Erzieherinnen und Erziehern und Leitungskräften auf (Kitas 18, 108), thematisieren Unterweisungen (Kita 18) oder sind Gesprächsleitfäden zu Probezeitgesprächen und regeln Gremiensitzungen (Kita 31).

Außerdem wurden Dokumente zu Befragungen und der Kommunikation mit Eltern/Bezugspersonen eingereicht. Diese gibt es in Form von Prozessbeschreibungen zu Befragungen von und Leitfäden zu Gesprächen mit Eltern/Bezugspersonen. Außerdem liegt ein Formular zur Dokumentation von sogenannten Tür- und Angelgesprächen mit Eltern/Bezugspersonen und Kooperationspartnerinnen und -partnern vor (Kita 102). In mehreren Fällen sind Qualitätsstandards der Partizipation von Kindern, beispielsweise in Form von Kinderinterviews, formal festgeschrieben (Kitas 31, 108).

Es zeigt sich also, dass viele Dokumente ohne expliziten Gesundheitsbezug vorliegen und dieses Cluster einen Schwerpunkt in der Regulierung der Befragung und in der Kommunikation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Eltern/Bezugspersonen aufweist. Solche Befragungen können eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Konzeption und des Qualitätsmanagements darstellen. Allerdings ist anzumerken, dass hier Gesundheitsthemen kaum noch auftauchen. Als Handlungsempfehlung bleibt festzuhalten, dass zukünftig auf die Integration dieser Themen in Qualitätsmanagement-Systeme größerer Wert gelegt wird, damit Befragungen von Kindern und Fachkräften stärker als bislang in der Praxis verankert werden.

Beispiel 15: Standard Partizipation der Eltern und Personensorgeberechtigten

„Standards/Qualitätskriterien:

Die Eltern/Personensorgeberechtigten kennen die Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsangebote der Tageseinrichtung für Kinder.

- Die Eltern/Personensorgeberechtigten kennen über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus ihre Möglichkeiten der Mitwirkung und Mitgestaltung im Alltag und bei besonderen Veranstaltungen der Tageseinrichtung für Kinder/des Familienzentrums und der Kirchengemeinde.
- Der Erziehungs- und Bildungsprozess wird in Gesprächen mit den Eltern/Personensorgeberechtigten mindestens einmal jährlich reflektiert und dokumentiert.
- Die gesetzlichen Regelungen zur Beteiligung der Eltern/Personensorgeberechtigten sind umgesetzt.
- Die Zusammenarbeit mit der Elternversammlung, die Zusammensetzung des Elternbeirats und des Rates der Einrichtung sind schriftlich festgelegt.
- Elternbefragungen zur Bedarfsermittlung (jährlich) sowie zur Kundenzufriedenheit (alle zwei Jahre) werden durchgeführt.
- Elternwünsche hinsichtlich Kursen/Angeboten für Kinder innerhalb der Öffnungszeiten werden von der Leitung vor dem Hintergrund der pädagogischen Prozesse und des Kinderschutzes und der Aufsichtspflicht überprüft.“ (QM-Handbuch Kita 108, S. 123)

Quelle: Kita-QM 2019 – Analyse des einrichtungsbezogenen QM-Materials

4.2.3 Zusammenfassende Ergebnisse zu den einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagement-Materialien

Als Fazit der Auswertung der einrichtungsspezifischen QM-Materialien sollen die Erkenntnisse nun anhand von vier Punkten zusammengefasst und in Bezug zu den Ergebnissen der Dokumentenanalyse der Einrichtungskonzeptionen gesetzt werden:

1. Anhand des einrichtungsspezifischen QM-Materials konnte untersucht werden, wie Gesundheitsförderung im Rahmen des Qualitätsmanagements konkret umgesetzt und geregelt wird. Die Schwerpunkte der Cluster eins und zwei liegen auf der allgemeinen Gesundheitsförderung, in der unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden. Während die analysierten Einrichtungskonzeptionen zeigen, was die Einrichtungen in ihrer pädagogischen Arbeit tun bzw. tun wollen, bietet das QM-Material Hinweise darauf, welche Umsetzungsbedingungen dafür vorliegen. Es werden Prozesse und Abläufe beschrieben, die für die gesundheitsbezogene Arbeit relevant sind. Ein kurzes Beispiel soll dies illustrieren: Während Kinderschutzkonzepte im Kategoriensystem nur am Rande eine Rolle spielen und nur in einzelnen Indikatoren wie der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (in 22 von 51 Konzeptionen) oder dem Schutz vor körperlicher (17) und seelischer Gewalt (acht) auftauchen, wird bei der Analyse der QM-Materialien deutlich, dass fast alle Kitas, die QM-Material zur Verfügung gestellt haben, sich in diesen detailliert mit Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung auseinandergesetzt haben. Zusammen mit den Ergebnissen zur Kooperation der Einrichtungen mit Gesundheits- und Jugendämtern (39 Konzeptionen) ergibt sich für beteiligten Einrichtungen das Bild eines gut ausgebauten Kinderschutzsystems im Bereich der Frühen Bildung.
2. Die Mitarbeitergesundheit spielt in den QM-Materialien eine wichtige Rolle. Es finden sich bei den Einrichtungen, die umfangreiche QM-Materialien geschickt haben, zahlreiche Angebote zu betrieblicher Gesundheitsförderung, die in den Konzeptionen seltener angesprochen wird. So nennen in den Konzeptionen nur fünf Kitas betriebliche Gesundheitsförderung und 15 Einrichtungen Maßnahmen zur

Förderung des Betriebsklimas. Gerade die betriebliche Gesundheitsförderung taucht in den QM-Materialien deutlich häufiger auf. Als Beispiel kann das betriebliche Gesundheitsmanagement genannt werden. Hierunter fallen Prozessbeschreibungen, aber auch Informationen zu Angeboten der Bewegungs- und Entspannungsförderung (Kita 18). In den Konzeptionen finden letztgenannte zwar auch Erwähnung, wie diese aussehen, wird jedoch nur in den hier untersuchten QM-Materialien deutlich. Dies ist allerdings nachvollziehbar, wenn man die Funktion von Konzeptionen als Steuerungsinstrument für die Arbeit in der Einrichtung berücksichtigt. Allerdings ist zu prüfen, inwiefern es der Schärfung des Gesundheitsprofils der Einrichtungen zuträglich wäre, wenn diese Informationen auch in der Konzeption stärker sichtbar wären.

3. Der Bereich der körperbezogenen Regelungen stellt einen der größten Schwerpunkte im QM-Material dar. Dies ist einerseits auf zahlreiche Dokumente zum Kinderschutz zurückzuführen, andererseits aber auch auf Regelungen der Körperhygiene, der Hygiene in der Einrichtung und des Umgangs mit Medikamenten. Die Qualitätsmanagement-Dokumente, in denen dieser Gesundheitsbereich thematisiert wird, verteilen sich auf 30 Einrichtungen. Eine ähnlich hohe Verteilung weist nur der Bereich der allgemeinen Gesundheitsförderung auf (29 Einrichtungen).
4. Eine Leerstelle in den QM-Materialien sollte nicht übersehen werden: Während die Konzeptionen einen Schwerpunkt in den sozial-emotionalen und den auf Resilienz bezogenen Codierungen und nicht im Bereich der ersten vier Gesundheitsbereiche aufweisen, ist es im QM-Material genau umgekehrt. Der Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung ist sehr schwach besetzt und im Bereich Resilienz tauchen neben dem Schwerpunkt der Eingewöhnung nur wenige Dokumente zur Partizipation auf. Der Bereich der Resilienz spielt nur in Dokumenten von neun Einrichtungen eine Rolle. Diese Erkenntnisse bieten eine Anregung zur intensiveren Behandlung dieser Gesundheitsbereiche auf allen Ebenen der Qualitätsentwicklung und -sicherung.

4.3 Gesundheitsförderung in Mantel- und Rahmenhandbüchern bzw. in QM-Kriterienkatalogen

4.3.1 Beschreibung der Mantel- und Rahmenhandbücher bzw. der QM-Kriterienkataloge

Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden, neben den Einrichtungskonzeptionen und weiteren einrichtungsspezifischen QM-Materialien, die vorliegenden Mantel- und Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge der Wohlfahrtsverbände/Fachverbände analysiert. In die Untersuchung fließen die Rahmenhandbücher der Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder (BETA/Diakonie) und des KTK-Bundesverbandes (Caritas), sowie die QM-Kriterienkataloge des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes und der Arbeiterwohlfahrt (AWO) ein (vgl. Tabelle 28). Das Deutsche Rote Kreuz (DRK) verfügt weder über ein Rahmenhandbuch noch einen QM-Kriterienkatalog.

Insgesamt präsentiert sich das Material der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge, wie auch bei den anderen einrichtungsspezifischen Dokumenten, sehr heterogen (vgl. Tabelle 28). Die BETA/Diakonie und der KTK-Bundesverband (Caritas) haben jeweils ein zusammenhängendes Rahmenhandbuch erreicht, wohingegen die AWO und der Paritätische Wohlfahrtsverband zwar über entsprechende QM-Kriterienkataloge, jedoch nicht über ein bundeseinheitliches Rahmenhandbuch verfügen. Der Paritätische Wohlfahrtsverband hat zwei Dokumente des Landesverbandes Hamburg und des Paritätischen Gesamtverbandes zur Verfügung gestellt. Eines der Dokumente beschreibt den Qualitätsbereich Gesundheit des Paritätischen Qualitäts-Checks PQ-SYS® Kindertageseinrichtungen Hamburg und das andere einen Ausschnitt des Paritätischen Qualitätssystems PQ-Sys®. Die AWO hat sechs Dokumente zu ihren verbandsinternen

Qualitätsstandards bereitgestellt (verbindliche Kriterienkataloge und erläuternde Materialien). Alle diese Dokumente wurden in die Dokumentenanalyse einbezogen. Sie werden nachfolgend zusammenfassend beschrieben, um einen inhaltlichen Überblick über die Dokumente zu geben.

Tabelle 28:
Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge der Dokumentenanalyse

Wohlfahrtsverband	Dokumententitel	Jahr	Herausgeber	Auflage
Diakonie	Bundesrahmenhandbuch. Leitfaden für den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems in Tageseinrichtungen für Kinder.	2015	Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V. (BETA). Diakonisches Institut für Qualitätsentwicklung. Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband. Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.	5., erw. Auflage
Caritas	KTK-Gütesiegel. Bundesrahmenhandbuch	2019	Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) – Bundesverband e. V.	5., vollst. überarb. Neuaufl.
AWO	AWO-Norm. Führung und Organisation	2017	AWO Bundesverband e. V.	Version 09.06.2017
	AWO-Norm. Kindertageseinrichtungen	2018	AWO Bundesverband e. V.	Version 23.11.2018
	AWO-QM im Überblick	2015	AWO Bundesverband e. V.	Keine Angabe*
	Bundeseinheitliche Qualitätsstandards in Tageseinrichtungen für Kinder und in Kindertagespflege aus Sicht der AWO. Positionspapier.	2012	AWO Bundesverband e. V.	Schriftenreihe Theorie und Praxis 2012
	Qualitätspolitische Grundlagen der Arbeiterwohlfahrt	2014	AWO Bundesverband e. V.	Juli 2014
	AWO sind WIR – Grundpositionen der Arbeiterwohlfahrt für die Arbeit in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege	2016	AWO Bundesverband e. V.	März 2016
Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg	Qualitäts-Check PQ-Sys® Kindertageseinrichtungen Hamburg QB 07. Bei uns wird Gesundheit großgeschrieben.	2018	Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V.	Ausgabe 04/2018
Der Paritätische Gesamtverband	Qualitäts-Check PQ-Sys®, Auszug Qualitätsbereich betriebliche Sicherheit	2019	Der Paritätische Gesamtverband e. V.	Rev. 05 (Ausgabe Nov. 2019)

*Dieses Dokument liegt in einer neueren Version aus dem Jahr 2018 vor.

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Diakonie

Das Bundesrahmenhandbuch „Leitfaden für den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems in Tageseinrichtungen für Kinder“ liegt in der fünften, erweiterten Auflage vor. Es wurde 2015 gemeinsam von der Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V. (BETA) und dem Diakonischen Institut für Qualitätsentwicklung Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. herausgegeben. Auf 117 Seiten wird ein Leitfaden für den Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems in Tageseinrichtungen für Kinder als wichtiges Instrument zur systematischen Qualitätsentwicklung beschrieben. Auf der Grundlage des Handbuchs sind zwei Zertifizierungen für Kitas möglich. Zum einen eine Zertifizierung nach dem Diakonie-Siegel KiTa inklusive DIN EN ISO 9001:2015 und zum anderen eine Verleihung des Evangelischen Gütesiegels BETA.

Das Bundesrahmenhandbuch gliedert sich in zwei Teile: einen Theorieteil, in dem Qualitätskriterien anhand von Führungs-, Kern-, und Unterstützungsprozessen beschrieben werden, und eine Audit-Checkliste, die zur Feststellung und Überprüfung der Qualitätskriterien dient. Inhaltlich behandeln die Führungs-, Kern-, und Unterstützungsprozesse Themen wie Partizipation, Mahlzeitengestaltung, Eingewöhnung, Beobachtung und Dokumentation, räumliche und zeitliche Gestaltung sowie Indikatoren zum Management von Ressourcen.

Für eine Zertifizierung nach dem Diakonie-Siegel KiTa inklusive DIN EN ISO 9001:2015 müssen alle Qualitätskriterien vollumfänglich nach der DIN EN ISO 9001 eingehalten werden. Das Zertifizierungsverfahren wird durch akkreditierte Zertifizierungsstellen durchgeführt. Das Evangelische Gütesiegel BETA bezieht sich auf die Kernprozesse und einige Führungsprozesse. Die Verleihung des Evangelischen Gütesiegels wird durch den Landesverband koordiniert (Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V./BETA), Diakonisches Institut für Qualitätsentwicklung Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V., 2015).

Caritas

Der Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) – Bundesverband e. V. (Fachverband des Deutschen Caritasverbandes) stellte sein Rahmenhandbuch „KTK-Gütesiegel Bundesrahmenhandbuch“ in der fünften, vollständig überarbeiteten Auflage zur Verfügung. Das Bundesrahmenhandbuch wurde 2019 vom Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) – Bundesverband e. V. in einer überarbeiteten Neuauflage herausgegeben. Auf 111 Seiten werden neun Qualitätsbereiche beschrieben, die für eine Zertifizierung umgesetzt und nachgewiesen werden müssen und die die Grundlage für die Weiterentwicklung in Kitas darstellen. Die Qualitätsbereiche sind Kinder, Eltern, pastoraler Raum, Sozialraum, Glaube, Träger und Leitung, Personal, Ressourcen sowie Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung. Inhaltlich beschreibt das Bundesrahmenhandbuch Forderungen des Qualitätsmanagements nach DIN EN ISO 9001:2015 und Forderungen, die vonseiten des Verbandes formuliert werden. Das Gütesiegel wird durch den KTK-Bundesverband verliehen, wenn alle Anforderungen des Bundesrahmenhandbuches erfüllt sind sowie das DIN EN ISO 9001:2015-Zertifikat und der Auditbericht vorgelegt worden ist (Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) – Bundesverband e. V., 2019).

Arbeiterwohlfahrt

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) verfügt über kein zusammenhängendes Bundesrahmenhandbuch, hat aber über die letzten Jahre viele Materialien zum Qualitätsmanagement herausgegeben. Für die Qualitätssicherung und Qualitätsüberprüfung von Einrichtungen der AWO wurde das sogenannte AWO-Tandem-Konzept entwickelt. Dieses verknüpft die inhaltlichen Qualifikationsanforderungen der AWO, die sich aus dem Leitbild der AWO ableiten, mit DIN EN ISO 9001. Die TÜV NORD CERT GmbH führt die Tandemzertifizierung durch. Zur Überprüfung und Verleihung des Zertifikats werden die gültige DIN EN ISO 9001 sowie die AWO-Qualitätsanforderungen zugrunde gelegt. Die AWO ist als erster Wohlfahrtsverband auf Bundesebene QM nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert. Für eine Zertifizierung müssen Kitas die TÜV NORD CERT GmbH beauftragen. Diese führt dann in einem ersten Schritt eine Bewertung der Kita aufgrund von Dokumentenanalysen durch. Darauf erfolgt ein Zertifizierungsaudit in der Kita. Wenn alle inhaltlichen Qualifikationsanforderungen der AWO und nach DIN EN ISO 9001 nachgewiesen werden können, erfolgt die Verleihung des Zertifikats mit einer Gültigkeitsdauer von drei Jahren.

Für die Dokumentenanalyse hat die AWO sechs Dokumente zur Verfügung gestellt. Diese wurden vom AWO Bundesverband herausgegeben.

Das erste Dokument „AWO-Norm. Führung und Organisation“ wurde 2017 herausgegeben und beschreibt auf zwölf Seiten Ziele, Prozesse und Qualitätskriterien für den Bereich Führung und Organisation. Dazu zählen beispielsweise Indikatoren zur Bewertung und ständigen Verbesserung des Managementsystems sowie zur Interkulturellen Öffnung und Nachhaltigkeit (AWO Bundesverband, 2017).

Das zweite Dokument „AWO-Norm. Kindertageseinrichtungen“ wurde 2018 herausgegeben und beschreibt auf neun Seiten Ziele, Prozesse und Qualitätskriterien für den Bereich Kita. Dazu zählen beispielsweise Indikatoren zur Mahlzeitengestaltung, Spielphasen und Projekte, Raumgestaltung und Materialauswahl (AWO Bundesverband, 2018).

Das dritte Dokument „AWO-QM im Überblick“ wurde 2015 herausgegeben und beschreibt auf elf Seiten die AWO-Strategie, Anforderungen an soziale Dienstleistungserbringer, Entwicklung bei der AWO, Beschlüsse zur Verbandsentwicklung der AWO, Leitorientierungen der AWO, AWO-Normen sowie Funktionen und Bedeutung der AWO-Normen (AWO Bundesverband, 2015).

Das vierte Dokument „Schriftenreihe Theorie und Praxis 2012. Bundeseinheitliche Qualitätsstandards in Tageseinrichtungen für Kinder und in Kindertagespflege aus Sicht der AWO. Positionspapier“ wurde 2012 herausgegeben und beschreibt auf 24 Seiten u. a. Aufgaben von Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege sowie Qualitätsmerkmale für Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (z. B. Rahmenbedingungen für die pädagogische Arbeit, Gruppengröße und Fachkraft-Kind-Relation, räumliche Ausgestaltung) (AWO Bundesverband, 2012).

Das fünfte Dokument „Qualitätspolitische Grundlagen der Arbeiterwohlfahrt“ wurde 2014 herausgegeben und beschreibt auf acht Seiten Qualitätskriterien u. a. für die Themen Leitbildorientierung, wirtschaftliche Führung, Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Möglichkeiten zur Schonung von natürlichen Ressourcen (AWO Bundesverband, 2014).

Das sechste Dokument „AWO sind WIR – Grundpositionen der Arbeiterwohlfahrt für die Arbeit in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege“ wurde 2016 herausgegeben und beschreibt auf acht Seiten u. a. das Leitbild der AWO, das Bild vom Kind aus Sicht der AWO und Werteorientierung wie z. B. die Ablehnung von rassistischen und rechtsextremistischen Haltungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (AWO Bundesverband, 2016).

Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Der Paritätische Wohlfahrtsverband verfügt über kein zusammenhängendes Bundesrahmenhandbuch, jedoch über einen fachübergreifenden Kriterienkatalog Qualitäts-Check PQ-Sys®, der ein Teil des seit 1998 entwickelten Paritätischen Qualitätssystems PQ-Sys® ist. Er dient einer niedrigschwelligen systematischen Selbstevaluation der Träger in folgenden Qualitätsbereichen: Werte und Konzeption, betriebliche Sicherheit, Führung, Personal, Infrastruktur und Unterstützung, Leistungen sowie Bewertung des Qualitätsmanagements und Organisationsentwicklung. Weitere Qualitätsbereiche können bei Bedarf hinzugefügt werden. Die Umsetzung in der Praxis wird durch flankierende Arbeitshilfen, Fortbildung, Beratung und Begleitung der Einrichtungen bis hin zur (möglichen) Zertifizierung sichergestellt. Der Check bildet die Grundlage für fach- und länderspezifisch angepasste Checks, z. B. für Kitas in Hamburg.

Für die Dokumentenanalyse stellte der Paritätische Landesverband Hamburg einen Auszug aus dem Dokument „Arbeitshilfe Qualitäts-Check PQ-Sys® Kindertageseinrichtungen Hamburg QB 07. Bei uns wird Gesundheit großgeschrieben“ zur Verfügung. Diese Arbeitshilfe wurde 2018 vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. herausgegeben und widmet sich den zwölf folgenden Qualitätsbereichen (QB): Trägerqualität, Personal, Kinderschutz, Spiel und Bildungsprozesse, Übergänge, Vielfalt/Diversität, Gesundheit, Partizipation, Erziehungspartnerschaft, Umgang mit Kritik und den Qualitätsbereich Netzwerk: Stadtteil. Der zwölfte Qualitätsbereich wurde kürzlich hinzugefügt und ermöglicht den Einrichtungen, die Besonderheiten der eigenen Kita darzustellen und hervorzuheben. Auf 16 Seiten wird Kitas eine Arbeitshilfe für den Bereich Gesundheit zur Verfügung gestellt. Inhaltlich behandelt die Arbeitshilfe im ersten Teil eine Beschreibung und Ausdifferenzierung von Gesundheitsbereichen, die mit Indikatoren für eine qualitativ hochwertige Arbeit in Kitas beschrieben werden. Im zweiten Teil wird eine Indikatorentabelle abgebildet, die Indikatoren, Beispiele und Beurteilungskriterien zur Selbstevaluation für Kitas liefert (Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V., 2018).

Der Paritätische Gesamtverband hat ein weiteres Dokument zur Verfügung gestellt, einen Auszug aus dem oben genannten fachübergreifenden Qualitäts-Check PQ-Sys®, nämlich QB 2 „betriebliche Sicherheit“. Hier ist auf sechs Seiten eine Indikatorentabelle zum Thema betriebliche Sicherheit abgebildet, mit Kriterien u. a. bezüglich Arbeitsschutz, Gesundheit, Prävention, Infektionsschutz, Hygiene und Lebensmittelhygiene. Sowohl der fachübergreifende als auch die länder- und fachspezifischen Checks bilden die Basis für externe Begutachtungen im Paritätischen Qualitätssystem PQ-Sys®.

Diese erfolgen durch kooperierende externe Zertifizierungsgesellschaften. Bei positivem Ergebnis wird das Paritätische Qualitäts-Siegel verliehen, auch in fachlichen Varianten, z. B. Kita Hamburg. Die Träger können sich zusätzlich gemäß DIN EN ISO 9001, EFQM-Modell und weiteren Kriterien (regelmäßige Befragungen von Nutzerinnen und Nutzern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Konzept für Ehrenamt) in insgesamt vier Stufen des Paritätischen Qualitäts-Siegels zertifizieren lassen. Damit kann ein bestehendes Qualitätsmanagement in Richtung umfassendes QM-System (TQM) entwickelt werden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse für die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge anhand der im Antrag formulierten Leitfragen präsentiert und in einem ersten Schritt thematisch-inhaltliche Bezüge der Gesundheitsförderung zusammenfassend abgebildet.

4.3.2 Ziele von Gesundheitsförderung

Im Rahmen der Dokumentenanalyse konnten erwartungsgemäß in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen der Wohlfahrtsverbände Ziele identifiziert werden. Diese beziehen sich auf unterschiedliche Themen und Zielgruppen. Alle Wohlfahrtsverbände benennen Ziele für das Qualitätsmanagement und für die Planung und Ausgestaltung pädagogischer Arbeit in den Kitas.

Sie werden zum einen adressatenspezifisch für Kinder, Eltern/Bezugspersonen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschrieben und zum anderen wird in den Rahmenhandbüchern darauf hingewiesen, dass Zielformulierungen und Prozesse zu unterschiedlichen Themen und Anforderungen im Rahmen der einrichtungsspezifischen Dokumente erfolgen sollen (vgl. Tabelle 29). Genannt wird hier beispielsweise, dass Kitas Aussagen und Abläufe zum Thema Eingewöhnung oder zur Gestaltung von Übergängen formulieren sollen, oder dass ein transparenter Austausch und Informationsfluss zwischen Kita und Eltern/Bezugspersonen (transparente Informationsweitergabe an Eltern/Bezugspersonen über Themen, Veranstaltungen) sichergestellt werden soll.

Tabelle 29:
Ziele in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkataloge

Indikator 7.2.3 Zielklärung	Anzahl Codierungen	Anzahl Dokumente	Anzahl Verbände
7.2.3.1 Ziele der Kita werden in der Konzeption/dem QM-System festgeschrieben.	74	7 von 10	3 von 4
7.2.3.2 Ziele wurden gemeinsam entwickelt.	2	2 von 10	2 von 4
7.2.3.3 Gesundheit spielt in den Zielen der Kita eine Rolle.	12	2 von 10	1 von 4

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Im Rahmen der Dokumentenanalyse fällt bei der Verteilung der Codierungen bezogen auf die Zielformulierungen auf, dass diese mit 74 Codierungen überwiegend allgemeine pädagogische Ziele ohne direkten Gesundheitsbezug beschreiben. An zwölf codierten Textstellen werden explizit Ziele zur Gesundheit benannt. Damit entfällt knapp ein Siebtel der codierten Textstellen auf gesundheitsbezogene Ziele. In den gesundheitsbezogenen Zielen geht es z. B. darum, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereitzustellen und zu ermöglichen. Darüber hinaus werden explizit gesundheitsbereichsspezifische Ziele wie etwa zur Resilienzförderung formuliert.

Beispiel 16: Ziele zum Gesundheitsbereich Resilienz

„Die pädagogischen Fachkräfte bauen zu jedem Kind eine vertrauensvolle Beziehung auf und geben ihm Sicherheit, um seine Eigenaktivität und Selbstbildung zu fördern [...]“ (Rahmenhandbuch 2).

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Allerdings ist einschränkend anzumerken, dass sich eine Untersuchung von Zielbestimmungen im Rahmen der Dokumentenanalyse der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge als schwierig herausgestellt hat, weil Ziele größtenteils nicht explizit, sondern häufig implizit als Anforderungen oder Indikatoren formuliert werden. Diese implizit formulierten Ziele wurden im Rahmen der Dokumentenanalyse berücksichtigt und in Tabelle 30 inhaltsanalytisch zusammengefasst.

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wurden spezifische Ziele für unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten identifiziert. Zu diesen zählen Kinder, Eltern/Bezugspersonen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Ziele für die Kita im Allgemeinen sowie trägerspezifische Ziele. Tabelle 30 versammelt exemplarisch adressatenspezifische Ziele mit Themenbezügen, die an verschiedenen Textstellen in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen identifiziert werden konnten.

Tabelle 30:
Adressatenspezifische Ziele

Zielgruppe	Inhalte
Kinder	Sicherstellung und Umsetzung einer systematischen Eingewöhnung
	Sicherstellung und Umsetzung einer individuellen Betrachtung und Förderung der Kinder im pädagogischen Alltag
	Sicherstellung und Umsetzung von gut begleiteten Übergängen
Eltern/Bezugspersonen	Förderung einer guten Zusammenarbeit und Kooperation zwischen Eltern/Bezugspersonen und Kitas
	Sicherstellung eines transparenten Austauschs und Informationsflusses zwischen Kita und Eltern/Bezugspersonen (transparente Informationsweitergabe an Eltern/Bezugspersonen über Themen, Veranstaltungen, Veränderungen, z. B. bei Personal, Öffnungszeiten)
	Sicherstellung einer transparenten Vermittlung und Aufklärung über Themen wie Aufnahme, Anmeldeverfahren, Leitbild und Konzeption der Arbeit, Erstkontakt zwischen Kita und Eltern/Bezugspersonen
Mitarbeiter/-innen	Bereitstellung von Ressourcen und Methoden für eine gute interne Kommunikation (regelmäßige Teamsitzungen, Veranstaltung zur Stärkung des Betriebsklimas)
	Etablierung von transparenten Strukturen und Regelungen, wie regelmäßige Teamsitzungen, Absprachen über Dienst- und Urlaubsregelungen
	Sicherstellung und Umsetzung von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen mit Zielformulierungen und Überprüfungsregelungen für die Weiterentwicklung.
	Bereitstellung von Angeboten für die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
	Bereitstellung von Angeboten zur Teamentwicklung

Zielgruppe	Inhalte
Träger	Entwicklung von Methoden zur Personalgewinnung
	Entwicklung von Methoden zur Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
	Entwicklung von Methoden zur Inklusionsförderung
	Sicherstellung von Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit
	Sicherstellung zur Umsetzung gesetzlicher Grundlagen und von Bildungsplänen

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Die nachfolgenden Beispiele veranschaulichen die Formulierung adressatenspezifischer Ziele in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen.

Ziele mit Bezug auf betreute Kinder

Ziele für Kinder werden überwiegend als pädagogische Ziele formuliert. Die individuelle Förderung der Kinder hat dabei in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen einen hohen Stellenwert und wird an vielen Textstellen benannt.

Beispiel 17: Ziele mit Bezug auf betreute Kinder

„Ziel der pädagogischen Arbeit in den Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege ist es, alle Kinder auf der Basis ihrer individuellen Kompetenzen und ihres Interessensprofils zu fördern.“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Neben einer individuellen Förderung der Kinder tauchen an vielen codierten Textstellen die Themen Eingewöhnung und Gestaltung von Übergängen auf. Eine systematische Eingewöhnung und die Herstellung von Strukturen zur Gestaltung und Bewältigung von Übergängen stehen dabei besonders im Fokus.

Ziele mit Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wurden zudem Textstellen identifiziert, die Ziele für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschreiben. Einen Schwerpunkt stellt die Bereitstellung von Ressourcen und Methoden für eine gute interne Kommunikation und ein gutes Betriebsklima dar. Als Möglichkeiten zur Erreichung dieser Ziele benennen die Textstellen, dass beispielsweise regelmäßig Teamsitzungen stattfinden sowie Fort- und Weiterbildungsangebote vorgehalten werden sollen.

Beispiel 18: Ziele mit Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

„Ziele: Das Arbeitsklima in der Einrichtung ist von gegenseitiger Wertschätzung geprägt, konstruktiv und kooperativ. Konflikte und Störungen werden zugelassen, zeitnah bearbeitet und gelöst. Die Mitarbeitenden verstehen sich als Team und arbeiten als solches zusammen.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Ziele mit Bezug auf Eltern/Bezugspersonen

Einen wichtigen Schwerpunkt bei den Zielbeschreibungen bezogen auf Eltern/Bezugspersonen stellt die verbindliche, transparente und gute Zusammenarbeit zwischen Eltern/Bezugspersonen und Kitas dar. Sie soll z. B. über einen transparenten Austausch und Informationsfluss zwischen Kita und Eltern/Bezugspersonen – transparente Informationsweitergabe an Eltern/Bezugspersonen über Themen, Veranstaltungen, Veränderungen (Personal, Öffnungszeiten), Leitbild und Konzeption der Arbeit – sichergestellt werden.

Beispiel 19: Ziele mit Bezug auf Eltern/Bezugspersonen

„Ziele: Der Erstkontakt bietet interessierten Eltern einen positiven Eindruck von der Tageseinrichtung für Kinder. Sie erhalten alle erforderlichen und gewünschten Informationen, um sich ein genaues Bild über das Profil der Tageseinrichtung und ihr Leistungsangebot machen zu können.
Die Leitung bzw. die autorisierte pädagogische Fachkraft vereinbart mit den interessierten Eltern einen Termin für ein Erstgespräch.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Ziele mit Bezug auf das Qualitätsmanagement

Neben den expliziten adressatenspezifischen Beschreibungen von Zielen weisen alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge Zielformulierungen eine wichtige Rolle zu, um die Arbeit transparent darzustellen, den Einrichtungen durch die Ziele ein Profil zu geben und mittels Überprüfung der Ziele ein kontinuierliches Qualitätsmanagement sicherzustellen.

Beispiel 20: Ziele mit Bezug auf das Qualitätsmanagement

„Hier sind von der Einrichtung die Ziele der Regelung für den entsprechenden Prozess zu benennen, um den Anwendenden zu verdeutlichen, wohin ihr Handeln führen soll bzw. was zu erreichen ist.“ (Rahmenhandbuch 2)

„Ziele spielen im Qualitätsmanagement eine herausragende Rolle. Sie beziehen sich auf angestrebte Zustände, geben die Richtung von Handlungen mit Blick auf die angestrebten Zustände an, sind gedankliche Vorwegnahmen zukünftiger Zustände, entstehen aus wertorientierten Entscheidungen und sollten positiv formuliert sein.“ (Rahmenhandbuch 2)

„Vor dem Hintergrund der spezifischen regionalen und örtlichen Rahmenbedingungen des AWO-Trägers bzw. der Einrichtungen und Dienste müssen konkrete Qualitätsziele und Qualitätsstandards entwickelt, ausformuliert und umgesetzt werden. Die Umsetzung erfasst alle Bereiche der Steuerung, Planung, Erbringung, Auswertung und Weiterentwicklung sozialer Dienstleistungen in Einrichtungen und Diensten sowie der Dienstleistungen durch Geschäftsstellen.“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Ressourcen zur Zielüberprüfung

In zwei Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wird zudem explizit darauf verwiesen, dass für die Überprüfung von Zielen Ressourcen bereitgestellt und klare Zuständigkeiten benannt werden müssen.

Diese Zielüberprüfung erfolgt beispielsweise in einem Rahmenhandbuch über die jährliche Managementbewertung, in einem anderen Rahmenhandbuch über das jährliche Zielvereinbarungsgespräch zwischen Träger und Leitung der Kita, wobei jeweils überprüft wird, ob die gesetzten Ziele erreicht wurden. Verantwortlich dafür ist explizit eine Qualitätsmanagementbeauftragte oder ein Qualitätsmanagementbeauftragter in Zusammenarbeit mit der Einrichtungsleitung der Kita.

Beispiel 21: Ressourcen zur Zielüberprüfung

„Der Träger der Tageseinrichtung für Kinder stellt die zur Erreichung der Qualitätsziele erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.“ (Rahmenhandbuch 2)

„Im jährlichen Zielvereinbarungsgespräch zwischen Träger und Leitung führen diese eine Entscheidung über den für die Einrichtung angestrebten Zustand herbei und halten die dafür notwendigen Handlungen in einer schriftlichen Vereinbarung fest. Die Vereinbarung beinhaltet eine klare Aufgabenverteilung, einen Zeitplan und den Zeitpunkt einer Überprüfung der vereinbarten Ziele. Die Ziele sind wertorientiert und positiv formuliert.“ (Rahmenhandbuch 3)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

4.3.3 Disziplinäre und wissenschaftliche Bezüge

Unter dem Indikator 0.5.2.1 wurden Textstellen in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen codiert, die sich auf disziplinäre Standards, wie sie etwa in Bildungsplänen formuliert werden, auf wissenschaftliche Erkenntnisse und/oder auf gesetzliche Grundlagen beziehen. Im Rahmen der Dokumentenanalyse hat sich gezeigt, dass alle Wohlfahrtsverbände in ihren Ausführungen Bildungspläne, wissenschaftliche Standards und gesetzliche Grundlagen einbeziehen. Insgesamt wurde der Indikator an 43 Textstellen identifiziert.

Tabelle 31 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die inhaltlichen Bezugnahmen, geclustert in die drei Bereiche: rechtliche Grundlagen, Bildungspläne der Bundesländer sowie disziplinäre Standards.

Tabelle 31:
Bezugnahmen in Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen auf Bildungspläne, wissenschaftliche Erkenntnisse und Förderprogramme

Indikator 0.5.2.1	Themen	Anzahl Codierungen
Rechtliche Grundlagen	Kinderschutz § 8a SGB VIII	21 von 43 Codierungen
	Das Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG)	
	Bundes- und länderspezifische gesetzliche Grundlagen	
	Art. 6 Abs. 2 GG, § 1 Abs. 1 SGB VIII	
	§ 22 SGB VIII	
	Kinderförderungsgesetz (KiföG)	
	UN-Kinderrechtskonvention	
Bildungspläne der Bundesländer	Hinweise in den Rahmenhandbüchern dazu, dass die länderspezifischen Bildungspläne in den einrichtungsspezifischen Dokumenten Berücksichtigung und Umsetzung finden sollen/müssen	8 von 43 Codierungen
Disziplinäre Standards	Bezug auf wissenschaftliche Erkenntnisse, häufig nicht näher ausdifferenziert; in einigen Dokumenten Bezüge zum Public Health Action Cycle, der in der pädagogischen Arbeit umgesetzt werden soll, um eine qualitativ hochwertige Arbeit zu gewährleisten	14 von 43 Codierungen

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Mit 21 von 43 codierten Textstellen finden sich in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen am häufigsten Bezugnahmen auf gesetzliche Grundlagen. An einigen Textstellen werden dabei nur Hinweise gegeben, dass **bundes- und länderspezifische Gesetze** eingehalten und umgesetzt werden müssen. Andere Textstellen nennen bestimmte Gesetze, die für Kitas relevant sind und die zur Anwendung kommen müssen. Explizit genannt wird beispielsweise in drei von vier Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen, dass die Fachkräfte das Vorgehen zum Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII kennen und umsetzen können müssen.

Beispiel 22: Indikator 0.5.2.1 – Rechtliche Grundlagen

„Wir achten Kinder als ‚Wesen mit eigener Menschenwürde und dem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit‘ im Sinne des Artikel 1 Abs. 1 und Artikel 2 Abs. 2 GG. Wir fördern die uns anvertrauten Kinder in ihrer Entwicklung und erziehen sie zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ (Rahmenhandbuch 1)

„Das Bundesrahmenhandbuch impliziert gesetzliche Grundlagen, ohne diese in jeder Regelung explizit zu benennen. Die Tageseinrichtungen für Kinder sind verpflichtet, die geltenden gesetzlichen und behördlichen Anforderungen zu ermitteln und umzusetzen. Die Ermittlung und Einhaltung dieser Anforderungen werden vorausgesetzt.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

An acht von 43 codierten Textstellen wird Bezug auf die jeweils geltenden **Bildungspläne** der Bundesländer genommen. Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge verweisen darauf, dass diese bei der

Planung der pädagogischen Arbeit und in der Benennung und Umsetzung in den einrichtungsspezifischen Dokumenten Berücksichtigung finden sollen.

Beispiel 23: Indikator 0.5.2.1 – Bildungspläne der Bundesländer

„Maßgebend für die Planung der pädagogischen Arbeit sind die in der Konzeption und/oder dem Qualitätsmanagementhandbuch sowie den Bildungsplänen der Länder dargelegten handlungsleitenden Prinzipien.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Weiterhin finden sich an 14 von 43 codierten Textstellen Verweise auf **wissenschaftliche Erkenntnisse/ disziplinäre Bezüge**. An einigen Textstellen werden dabei nur Hinweise gegeben, dass eine Orientierung an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen erfolgen soll. Andere Textstellen nennen spezifische wissenschaftliche Erkenntnisse, die in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkataloge umgesetzt wurden oder auf die sich die Kitas beziehen bzw. die sie einbinden sollen.

Beispiel 24: Indikator 0.5.2.1 – Wissenschaftliche Erkenntnisse

„Das [...] Bundesrahmenhandbuch basiert auf wissenschaftlichen, pädagogischen, theologischen und auf (kirchen-)politischen Anforderungen und Vorgaben, die heute an Kindertageseinrichtungen gestellt werden.“ (Rahmenhandbuch 3)

„In dem von Aaron Antonovsky entwickelten Salutogenese-Modell definiert Antonovsky Gesundheit nicht als komplementären Zustand von Krankheit, sondern versteht diesen als einen Prozess mit dynamischen Wechselwirkungen [...]“ (Rahmenhandbuch 4)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Förderprogramme werden in den Rahmenhandbüchern nicht explizit benannt und es erfolgt auch kein Hinweis darauf, dass es Förderprogramme gibt und Kitas diese nutzen, beantragen etc. können. Die Ausnahme bildet ein Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog, welches gezielt auf ein Förderprogramm zur Förderung von Resilienz hinweist.

Beispiel 25: Indikator 0.5.2.1 – Förderprogramme

„Außerdem besteht die Möglichkeit, in der Kindertageseinrichtung ein Förderprogramm zu entwickeln, bei dem beispielsweise Faktoren wie die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, soziale Kompetenzen, Stressbewältigung und Problemlösung gezielt gefördert werden.“ (Rahmenhandbuch 4)

In einer Fußnote wird ein bestimmtes Förderprogramm genannt: „Siehe dazu u. a.: Fröhlich-Gildhoff, K./Dörner, T./Rönnau-Böse, M. (2012): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PriK. Ein Förderprogramm.“

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

4.3.4 Thematisch-inhaltliche Bezüge

Alle sechs im Referenzrahmen abgebildeten Gesundheitsbereiche finden sich in den Dokumenten der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge wieder, mit einer je unterschiedlichen Gewichtung und Platzierung. Tabelle 32 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Verteilung der am häufigsten genannten Gesundheitsbereiche und den am häufigsten genannten Indikator je Gesundheitsbereich.

Tabelle 32:
Anzahl der Codierungen in den Gesundheitsbereichen

Gesundheitsbereich	Anzahl Cod.	Häufigste Indikatoren	Anzahl in Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkataloge
Bewegung	10	1.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Bewegungsförderung wird in der Konzeption genannt.	5 Codierungen in 3 von 10 Dokumenten
Ernährung	33	2.1.1.1 Ernährungsförderung (ggf. nach DGE-Standards) wird genannt.	9 Codierungen in 3 von 10 Dokumenten
Körper/Sexualität	46	3.1.1.1 Der altersentsprechende Umgang mit Körper/Sexualität wird in der Konzeption genannt.	12 Codierungen in 6 von 10 Dokumenten
Entspannung/Stressbewältigung	9	4.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Entspannungsförderung/Stressbewältigung wird in der Konzeption genannt.	3 Codierungen in 3 von 10 Dokumenten
		4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume.	3 Codierungen in 2 von 10 Dokumenten
Sozial-emotionale Entwicklung	43	5.1.1.1 Eine (altersentsprechende) sozial-emotionale Förderung wird in der Konzeption genannt.	21 Codierungen in 5 von 10 Dokumenten
		5.8.1.1 Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gefühle der Kinder wahr.	11 Codierungen in 2 von 10 Dokumenten
Resilienz	73	6.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Resilienzförderung wird in der Konzeption genannt.	23 Codierungen in 6 von 10 Dokumenten
		6.7.1.0 Partizipation ohne Gesundheitsbezug	28 Codierungen in 7 von 10 Dokumenten

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Bewegung

Der Gesundheitsbereich Bewegung wird mit nur zehn Codierungen vergleichsweise selten in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen genannt. In keinem Dokument wird Bewegung explizit als eigenständiger Gesundheitsbereich aufgeführt, sondern z. B. im Zusammenhang mit Indikatoren zur Raum- und Materialausstattung genannt. Ein Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog benennt Bewegung gar nicht. In einem weiteren Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog wird Bewegung anhand von Beispielen und Indikatoren zur Bewegungsförderung benannt und differenziert dargestellt. Das Gesamtergebnis ist

deshalb überraschend, weil Bewegung in den Konzeptionen und weiteren einrichtungsspezifischen Dokumenten einen sehr hohen Stellenwert hat und an vielen Textstellen Bezüge ermittelt werden konnten.

Beispiel 26: Gesundheitsbereich Bewegung

„In [...] Kindertageseinrichtungen [...] ist es Kindern möglich, Freude an Bewegung zu entwickeln und diese auszuleben.“ (1.1.1.1) (Rahmenhandbuch 3)

„Die Raumgestaltung bietet den Kindern vielfältige Anreize für unterschiedliche Wahrnehmungen und Erfahrungen sowie alternative Möglichkeiten zur Bewegung und Aktivität, Stille und Entspannung.“ (1.2.1.2) (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Ernährung

Ausführungen zum Thema Ernährung tauchen in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen auf und konnten an 33 Textstellen identifiziert werden. Dabei fällt auf, dass sich die codierten Textstellen vor allem auf die Planungsdimension beziehen und Aussagen über die Bereitstellung einer ausgewogenen, gesunden und abwechslungsreichen Ernährung getroffen werden.

Beispiel 27: Gesundheitsbereich Ernährung

„Die Kinder erhalten eine abwechslungsreiche, hygienisch einwandfreie und ausgewogene Verpflegung, die den Nährstoffbedarf der jeweiligen Altersgruppen berücksichtigt.“ (2.1.1.1) (Rahmenhandbuch 2)

„Unabhängig davon, ob das Mittagessen geliefert oder selber in der Kindertageseinrichtung zubereitet wird, sind folgende Kriterien für einen gesundheitsfördernden Speisenplan bedeutsam: Gemüse, Salat und Obst stehen in ausreichender Menge täglich auf dem Speisenplan und sind Hauptbestandteil der Mahlzeiten. Im Sinne einer nachhaltigen Ernährung werden bei der Auswahl der Lebensmittel regionale und saisonale Produkte bevorzugt berücksichtigt, nach Möglichkeit aus biologischem Anbau [...]“ (2.1.1.1) (Rahmenhandbuch 4)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Im Gesundheitsbereich Ernährung wird darüber hinaus an fünf codierten Textstellen die Notwendigkeit einer Berücksichtigung individueller Bedürfnisse und Besonderheiten (z. B. Allergien) der Kinder durch die Fachkräfte genannt. (2.8.1.1)

Beispiel 28: Gesundheitsbereich Ernährung in Verbindung mit weiteren Bildungsbereichen

„Durch die Ausgabe von Essen, die aus einzelnen Komponenten bestehen, welche frei gewählt werden können, entsteht die Möglichkeit auf individuelle Bedürfnisse (religiöse, kulturelle, regionale und gesundheitliche Aspekte wie beispielsweise Lebensmittelallergien) einzugehen.“ (2.8.1.1) (Rahmenhandbuch 4)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Körper/Sexualität

Der Gesundheitsbereich Körper/Sexualität wurde an 46 Textstellen identifiziert. In diesem Bereich fällt auf, dass die Mehrzahl der Textstellen um das Thema Hygiene kreisen. Diese Textpassagen beziehen sich auf Regelungen zum Umgang mit Lebensmitteln, die Umsetzung von Hygienevorschriften in der Kita und Anleitungen zur Körperpflege von Kindern. Hygienevorschriften werden in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen genannt.

Beispiel 29: Gesundheitsbereich Körper/Sexualität

„Die pädagogischen Fachkräfte vermitteln den Kindern Grundwissen über den eigenen Körper und geben Anleitungen zur Körperpflege.“ (3.1.2.3) (Rahmenhandbuch 4)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung

Der Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung wird mit neun codierten Textstellen am seltensten in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen genannt. Der Bereich wird in keinem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog explizit als eigenständiger Gesundheitsbereich aufgeführt, sondern z. B. im Zusammenhang mit Indikatoren zur Raum- und Materialausstattung genannt. Der Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung wird in drei von vier Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen im Rahmen von zeitlicher und räumlicher Ausgestaltung mit drei codierten Textstellen angesprochen, allerdings in keinem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog weiter ausdifferenziert.

Beispiel 30: Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung

„Die räumliche Gestaltung ermöglicht den Kindern Rückzug, Ruhe, Stille und Besinnung.“ (4.2.1.1) (Rahmenhandbuch 2)

„Für Kindertagespflegestellen sollte geregelt werden, dass diese über getrennte Räumlichkeiten zum einen für altersgerechte Aktivität und zum anderen für Rückzug und Ruhe verfügen.“ (4.2.1.1) (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Sozial-emotionale Entwicklung

Der Gesundheitsbereich sozial-emotionale Entwicklung wurde an 43 Textstellen codiert. Im Bereich sozial-emotionale Entwicklung werden in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen Aussagen zur Notwendigkeit einer Orientierung an den individuellen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Kinder getroffen sowie zu einer Bereitstellung von Möglichkeiten für einen sozialen und interaktiven Austausch im pädagogischen Alltag. Die dazugehörigen Indikatoren 5.8.1.1 und 2.8.1.1 bilden dabei mit elf und fünf codierten Textstellen den zweithäufigsten Indikator in diesem Gesundheitsbereich.

Beispiel 31: Gesundheitsbereich sozial-emotionale Entwicklung

„Die Bildungsangebote, Veranstaltungen und Projekte der Tageseinrichtung für Kinder sind auf die unterschiedlichen körperlichen, emotionalen, sozialen und geistigen Möglichkeiten aller Mädchen und Jungen zugeschnitten.“ (5.1.1.1) (Rahmenhandbuch 2)

„In [...] Kindertageseinrichtungen stehen die Lebenswirklichkeit der Kinder und ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt des pädagogischen Alltags.“ (5.8.1.1) (Rahmenhandbuch 3)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Gesundheitsbereich Resilienz

Der Gesundheitsbereich Resilienz wurde mit insgesamt 73 Textstellen am häufigsten codiert und wird in drei von vier Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen benannt. Er steht jedoch nicht als eigener Gesundheitsbereich, sondern ist in andere Themen eingeflochten, wie etwa in Beschreibungen zu Hilfestellungen für gelingende Übergänge oder eine systematische und gut begleitete Eingewöhnung. Indikatoren für eine gezielte Resilienzförderung, z. B. durch Förderprogramme oder die Qualifizierung des Personals in diesem Gesundheitsbereich, werden in keinem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog beschrieben.

Beispiel 32: Gesundheitsbereich Resilienz

„Gelungene Übergänge stärken das Vertrauen des Kindes in die eigenen Kräfte und damit seine Resilienz.“ (6.1.1.1) (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Im Rahmen der Dokumentenanalyse fällt weiterhin auf, dass neben der Nennung einer altersentsprechenden Förderung (6.1.1.1) in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen eine stabile und wertschätzende Bezugsbetreuung für Kinder und das Vorhalten eines geregelten und strukturierten Tagesablaufs innerhalb des Gesundheitsbereichs am zweit- bzw. dritthäufigsten genannt wurden (6.1.2.2: 8 Codierungen in 5 von 10 Dokumenten, 6.1.3.2: 5 Codierungen in 2 von 10 Dokumenten). Diese Indikatoren gelten in der Resilienzforschung als wichtige protektive Schutzfaktoren (Wustmann, 2005).

Unter dem Indikator 6.7.1.0 wurde Partizipation ohne konkreten Gesundheitsbereichsbezug codiert. An 28 codierten Textstellen wurde in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen dieser Indikator genannt. Textstellen zur Partizipation beziehen sich dabei hauptsächlich auf die Mitgestaltung und Mitbestimmung der Kinder bei der Planung des pädagogischen Alltags sowie der Räumlichkeiten.

Bezogen auf die Frage nach den am häufigsten genannten Codes innerhalb der Gesundheitsbereiche fällt auf, dass die meisten codierten Textstellen die allgemeine Förderung des jeweiligen Gesundheitsbereiches betreffen (Codes 1.1.1.1–6.1.1.1; vgl. Tabelle 32).

Beispiel 33: Gesundheitsbereich Resilienz und sozial-emotionale Entwicklung

„Erziehung heißt für uns: Wir sind für das einzelne Kind und für die soziale Gruppe da, beobachten, sind selbst Modell, muten den Kindern gesellschaftlich relevante Themen zu und geben den Kindern Hilfe und Unterstützung, wenn sie sie brauchen.“ (5.1.1.1) (Rahmenhandbuch 1)

„Sichere Bindung ist die Grundlage für die Bildungsprozesse und damit die Lebenschancen sowie die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Neben den Eltern bzw. Sorgeberechtigten, die immer die wichtigsten Bezugspersonen im Leben des Kindes darstellen, ist es die Aufgabe der pädagogischen Fachkraft, eine stabile Bindung aufzubauen, zentrale Ansprechpartnerin für das Kind zu sein und somit die Basis für sein Explorationsverhalten zu bilden. Deshalb ist die Ermöglichung positiver Bindungserfahrungen der Kleinsten durch die entsprechende Gestaltung der Rahmenbedingungen ein zentrales Anliegen [...]“ (6.1.1.1) (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Darüber hinaus konnten über alle Gesundheitsbereiche hinweg weitere Indikatoren identifiziert werden, auf die aber jeweils nur ein Code entfällt. Dazu zählen beispielsweise Aussagen über die Vorbildfunktion der pädagogischen Fachkräfte im Rahmen der Ernährungsbildung oder dass verbale und nonverbale Signale der Kinder in jeder Situation beachtet werden sollen.

4.3.5 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden für alle Gesundheitsbereiche des Referenzrahmens verschiedene Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität genannt. Insgesamt (126 zu 88) überwiegen in allen Gesundheitsbereichen die Merkmale der Strukturqualität. Tabelle 33 gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Qualitätsindikatoren, unterteilt in Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität, für alle Gesundheitsbereiche.

Strukturqualität

In den Gesundheitsbereichen Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität und Entspannung/Stressbewältigung überwiegen die Merkmale der Strukturqualität besonders deutlich (vgl. Tabelle 33). So entfallen beispielsweise im Gesundheitsbereich Körper/Sexualität fast dreimal so viele codierte Textstellen auf die Strukturqualität wie auf die Prozessqualität.

Tabelle 33:
Qualitätsindikatoren in den verschiedenen Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität

Gesundheitsbereiche	Dimensionen	Anzahl Cod.	Häufigste Indikatoren	Anzahl in Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen
Bewegung	Struktur	9	1.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Bewegungsförderung wird in der Konzeption genannt.	5 Cod. in 3 Dok.
	Prozess	1	1.6.3.3 Kinder werden bei Bedarf bei der Bewegung unterstützt.	1 Cod. in 1 Dok.
Ernährung	Struktur	19	2.1.1.1 Ernährungsförderung (ggf. nach DGE-Standards) wird genannt.	9 Cod. in 3 Dok.
	Prozess	14	2.8.1.1 Fachkräfte berücksichtigen Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten (Allergien).	5 Cod. in 3 Dok.
Körper/Sexualität	Struktur	33	3.1.1.1 Der altersentsprechende Umgang mit Körper/Sexualität wird in der Konzeption genannt.	12 Cod. in 6 Dok.
	Prozess	13	3.8.1.3 Die unterschiedlichen körperlichen Konstitutionen werden berücksichtigt.	6 Cod. in 6 Dok.
Entspannung/Stressbewältigung	Struktur	6	4.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Entspannungsförderung/Stressbewältigung wird in der Konzeption genannt.	3 Cod. in 3 Dok.
	Prozess	3	4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume. 4.7.2.1 Eltern/Bezugspersonen werden beim Thema Entspannung/Stressbewältigung einbezogen.	3 Cod. in 3 Dok. 2 Cod. in 1 Dok.
Sozial-emotionale Entwicklung	Struktur	23	5.1.1.1 Eine (altersentsprechende) sozial-emotionale Förderung wird in der Konzeption genannt.	21 Cod. in 5 Dok.
	Prozess	20	5.8.1.1 Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gefühle der Kinder wahr.	11 Cod. in 2 Dok.
Resilienz	Struktur	36	6.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Resilienzförderung wird in der Konzeption genannt.	23 Cod. in 6 Dok.
	Prozess	37	6.7.1.0 Partizipation ohne Gesundheitsbezug.	28 Cod. in 7 Dok.
Insgesamt	Struktur	126		
	Prozess	88		

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz überwiegen zwar ebenfalls die Strukturqualitätsmerkmale, allerdings ist die Verteilung in diesen Bereichen ausgewogener. Im Bereich sozial-emotionale Entwicklung sind 23 Textstellen der Strukturqualität und 20 Textstellen der Prozessqualität zuzuordnen. Im Bereich Resilienz liegt die Verteilung bei 36 (Struktur) zu 28 (Prozess) codierten Textstellen.

In allen Gesundheitsbereichen wurde auf der Ebene der Strukturqualität der Indikator, dass eine (altersentsprechende) Förderung des jeweiligen Gesundheitsbereiches in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen genannt wird, am häufigsten in den Dokumenten identifiziert. Die meisten Textstellen zur Strukturqualität fallen in den Gesundheitsbereich Resilienz, die wenigsten in den Bereich Entspannung/ Stressbewältigung. Im Bereich Resilienz werden in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen unter den Merkmalen der Strukturqualität der Aufbau einer stabilen Beziehung sowie die Stärkung der Kinder bei der Bewältigung von Herausforderungen und Krisen in Übergängen genannt.

Die nachstehende Fallvignette bildet ein exemplarisches Beispiel zur Strukturqualität im Gesundheitsbereich sozial-emotionale Entwicklung ab.

Beispiel 34: Gesundheitsbereich Resilienz – Strukturqualität

„Für die Erzieher*innen in der Kindertageseinrichtung ergeben sich aus dem Ansatz, die Resilienz zu fördern, ein bewusster stabiler Beziehungsaufbau zu den Kindern, der von einem emotional warmen und offenen, aber klar strukturierten Erziehungsverhalten geprägt ist.“ (6.2.1.1) (Rahmenhandbuch 4)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Prozessqualität

Die meisten Textstellen zur Prozessqualität fallen in die Gesundheitsbereiche der sozial-emotionalen Entwicklung sowie der Resilienz. Im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung beziehen sich die Codierungen vorrangig auf die individuelle Förderung von Kindern. Im Fokus steht dabei in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen, die individuelle Entwicklung von Kindern wahrzunehmen und Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten zu fördern.

Im Bereich Resilienz wurden 37 Textstellen zu Merkmalen der Prozessqualität identifiziert. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass hierunter auch Textstellen codiert wurden, die Aussagen zur Partizipation ohne Gesundheitsbezug machen (vgl. Indikator 6.7.1.0). Von den 37 genannten Codierungen entfallen 28 auf diesen Indikator. Berücksichtigt man diesen Befund, dann fällt Resilienz rein quantitativ hinter die sozial-emotionale Förderung zurück. Außerdem überwiegen auch im Gesundheitsbereich Resilienz die Merkmale der Strukturqualität.

Die nachstehende Fallvignette bildet ein exemplarisches Beispiel zur Prozessqualität im Gesundheitsbereich sozial-emotionale Entwicklung ab.

Beispiel 35: Gesundheitsbereich sozial emotionale Entwicklung – Prozessqualität

„Im Sinne jesuanischen Handelns werden Kinder von ihren individuellen Möglichkeiten her betrachtet und ihr jeweils eigenes Entwicklungspotenzial anerkannt und gefördert.“ (5.8.1.1) (Rahmenhandbuch 3)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Im Rahmen der Dokumentenanalyse der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge fällt auf, dass in diesen die Dimensionen von Referenzrahmen, Raum, Planung, Material, Qualifikation, Interaktion,

Partizipation und Individualisierung häufig ohne direkten Gesundheitsbereichsbezug angesprochen werden und sich selten konkret auf einen der ausdifferenzierten Indikatoren beziehen. Insbesondere finden sich in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen viele Bezüge zu Planungsvorgaben im Kita-Alltag und zu Merkmalen und Vorgaben der Raum- und Materialstruktur sowie zur Partizipation. Tabelle 34 gibt einen exemplarischen Einblick in die vorliegenden Dokumente bezogen auf die angesprochenen Dimensionen ohne Gesundheitsbereichsbezug.

Tabelle 34:
Qualitätsdimensionen ohne Gesundheitsbereichsbezug

Dimension	Textpassagen
Raum	„In [...] Kindertageseinrichtungen stellen die Verantwortlichen eine angemessene und kindgerechte Ausstattung und Funktionalität der Räume sicher.“ (Rahmenhandbuch 3)
Planung	„Die Planung der pädagogischen Arbeit orientiert sich an den Aussagen und Schwerpunkten, die in der Konzeption und/oder im Qualitätsmanagementhandbuch der Tageseinrichtung für Kinder festgeschrieben sind. Sie ist auf eine ausgewogene Balance zwischen dem kindlichen Bedürfnis nach einer Orientierung gebenden, anleitenden Struktur und dem Bedürfnis der Kinder nach Selbstbildung ausgerichtet.“ (Rahmenhandbuch 2)
Material	„Standards festlegen mit Aussagen, mindestens zu Innen- und Außenraumgestaltung und Materialauswahl.“ (Rahmenhandbuch 1)
Partizipation	„Kinder erleben, dass sie bei Entscheidungen über die Gestaltung des pädagogischen Alltags durch verschiedene Beteiligungsformen einbezogen sind; dabei erfahren sie Chancen und Grenzen von Partizipation und erwerben demokratische Kompetenzen.“ (Rahmenhandbuch 3).

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Tabelle 35 stellt die Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität im Vergleich der Gesundheitsbereiche dar. Am häufigsten werden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen – über alle Gesundheitsbereiche hinweg – die Dimensionen Planung (108 Textstellen) und Partizipation (41 Textstellen) genannt. Selten konnten hingegen gesundheitsbereichsspezifische Textstellen zu den Dimensionen Material (zwei) und Qualifikation (sieben) ermittelt werden.

Tabelle 35:
Qualitätsdimensionen der Gesundheitsbereiche

Dimensionen	Bewegung	Ernährung	Körper/ Sexualität	Entsp./ Stressbew.	Sozial- emot. Entw.	Resilienz	Insges.	
Struktur	Planung	7	15	26	3	21	36	108
	Raum	2	2	0	3	2	0	9
	Material	0	2	0	0	0	0	2
	Qualifikation	0	0	7	0	0	0	7
	Kooperation	0	0	0	0	0	0	0
Prozess	Interaktion	1	3	4	0	3	4	15
	Partizipation	0	5	2	2	4	28	41
	Individualisierung	0	6	7	1	13	4	31

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

4.3.6 Kernprozesse zur Gesundheitsförderung

Im Rahmen der Dokumentenanalyse konnten erwartungsgemäß viele Prozessbeschreibungen in den Dokumenten identifiziert werden. In allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen sind Prozesse definiert, und an der hohen Anzahl mit insgesamt 101 codierten Textstellen wird deutlich, dass diese eine wichtige Rolle spielen, um Arbeitsabläufe zu systematisieren und zu formalisieren (vgl. Tabelle 36). Gesundheitsbezogene Prozessbeschreibungen konnten in 30 Textpassagen ermittelt werden.

Tabelle 36:
Prozessbeschreibungen

Indikator 7.2.5 Prozessbeschreibungen	Anzahl Codierungen	Anzahl in Rahmen- handbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen
7.2.5.1 Prozessbeschreibungen sind vorhanden.	101	8
7.2.5.2 Gesundheit spielt in den Prozessbeschreibungen eine Rolle.	30	4

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Insgesamt fällt auf, dass über die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge hinweg keine einheitliche Terminologie verwendet wird. In einigen Dokumenten wird von Prozessen oder Kernprozessen, in anderen von Qualitätskriterien oder Indikatoren gesprochen. Im Rahmen der Dokumentenanalyse wurden die verschiedenen Bezeichnungen unter der Sammelkategorie „Prozessbeschreibungen“ zusammengefasst. Die Sammelkategorie wurde dabei nur codiert, wenn neben der Beschreibung von Qualitätsindikatoren oder Qualitätsmerkmalen auch die damit verbundenen Abläufe, Zuständigkeiten oder Implementierungsstrategien genannt wurden. Die bloße Benennung eines Indikators, beispielsweise „Die Kinder sind an der Gestaltung des Übergangs in die Grundschule beteiligt“ wurde nicht als Prozessbeschreibungen codiert.

Inhaltlich fallen unter die Sammelkategorie Prozessbeschreibung Themen, die nachfolgend zwei Themenclustern zugeordnet werden:

1. Inhalts- und qualitätsmanagementspezifische Prozessbeschreibungen
2. Gesundheitsspezifische Prozessbeschreibungen

Unter die erste Clusterung fallen alle Beschreibungen, die inhaltliche und qualitätsmanagementbezogene Prozesse ohne Gesundheitsbereichsbezug formalisieren. Exemplarisch werden in der nachstehenden Tabelle 37 Beispiele für inhalts- und qualitätsmanagementspezifische Prozessbeschreibungen genannt, die im Rahmen der Dokumentenanalyse häufig an Textstellen identifiziert werden konnten.

Tabelle 37:
Inhalts- und qualitätsmanagementspezifische Prozessbeschreibung

Thema der Prozessbeschreibung	Indikatoren der Prozessbeschreibung
Datenschutz	Indikatoren über klare Regelungen, Fortbildungen, Datensicherung, Schutz der Daten vor Dritten.
Arbeitsschutz	Indikatoren zu Brandschutz, Erste Hilfe-Maßnahmen, betriebsärztlichen Untersuchungen.
Erwerb einer Zertifizierung	Indikatoren zum Erwerb einer Zertifizierung.
Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren	Indikatoren zur Implementierung eines standardisierten Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren, Regelung von Zugriffsrechten.
Qualitätsmanagement-Systeme	Indikatoren zur Planung, Umsetzung, Überprüfung und Bewertung von Qualitätsmanagement-Systemen, z. B. Erstellung und Überprüfung von Organigrammen und Regelungen über Zuständigkeiten, Bestimmung von Ressourcen, Managementbewertungs- und Evaluationsbeschreibungen.
Leitbild- und Konzeptionserstellung	Indikatoren zur inhaltlichen Ausgestaltung der Dokumente, beispielsweise Wertefundierung, Bild des Kindes, pädagogische Ausrichtung.

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Das Beispiel zum Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren soll nachstehend einen exemplarischen Einblick in das Datenmaterial geben.

Beispiel 36: Inhalts- und qualitätsmanagementspezifische Prozessbeschreibung – Beobachtungs- und Dokumentationsverfahren

„Die Tageseinrichtung für Kinder verfügt über ein standardisiertes Beobachtungs- und Dokumentations-system, für dessen Umsetzung die pädagogischen Fachkräfte geschult sind, sodass es für alle Kinder in der Tageseinrichtung zur Anwendung kommt. Eltern werden über die Anwendung dieses Beobachtungs- und Dokumentationssystems informiert. Die Verantwortung für die fachgerechte Dokumentation liegt bei der zuständigen pädagogischen Fachkraft. Die Einsichtnahmen in/die Zugriffsrechte auf die Dokumentation sind klar geregelt. Die Dokumentation ist vor dem Zugriff Dritter geschützt [...]“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Im zweiten Cluster wurden im Rahmen der Dokumentenanalyse 30 Textstellen identifiziert, die den im Referenzrahmen entwickelten Gesundheitsbereichen zugeordnet werden können (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38:
Gesundheitsspezifische Prozessbeschreibungen

Gesundheitsbereich	Inhalt der Prozessbeschreibung
Bewegung	Bewegungsanreize in der Tages- und Wochenplanung
Ernährung	Mahlzeitengestaltung
Körper/Sexualität	Kinderschutz
	Hygiene/Umgang mit Medikamenten und Pflegemitteln und mit kranken Kindern
	Pflege der Kinder
Entspannung/Stressbewältigung	-
Sozial-emotionale Entwicklung	-
Resilienz	Eingewöhnung
	Gestaltung von Übergängen
	Partizipation

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Bewegung

Im Bereich Bewegung beschreibt eine Textstelle, dass Kindern tägliche Bewegungsanreize ermöglicht werden sollen. Dies soll mithilfe von Beobachtungsverfahren sowie einer Überprüfung in der Wochen-, Tages- und Raumplanung beurteilt und mit schriftlich vorliegenden Tages- und Wochenplänen nachgewiesen werden.

Ernährung

Im Bereich Ernährung werden überwiegend Prozessbeschreibungen zur Mahlzeitengestaltung identifiziert. Diese beziehen die Standards der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ein und benennen explizit, wie und mit welchen Ressourcen und Zuständigkeiten eine Umsetzung von guter Ernährungsförderung erfolgen soll.

Beispiel 37: Prozessbeschreibung Ernährung – Verpflegung

„Verpflegung: [...] Berücksichtigung der Wünsche der Kinder sowie der medizinischen Notwendigkeiten, religiösen Traditionen und individuellen Bedürfnisse im Rahmen einer ernährungsphysiologisch ausgewogenen Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung bei der Planung der Speisen. Speisepläne zur Information der Kinder und Eltern über das Verpflegungsangebot, Beschaffung, Herstellung und Bereitstellung von Speisen und Getränken fach- und sachgerechte Zubereitung der Speisen und Getränke. [...]“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Körper/Sexualität

Die meisten gesundheitsspezifischen Prozessbeschreibungen beziehen sich auf die Gesundheitsbereiche Körper/Sexualität. Dabei werden überwiegend Prozessbeschreibungen zum Thema Hygiene/Hygienevorschriften formuliert. Darüber hinaus werden Prozesse beschrieben, die den Umgang mit Medikamenten und Pflegemitteln, die Körperpflege der Kinder sowie den Umgang mit kranken Kindern regeln. Außerdem werden Prozesse zum Umgang und zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdungen dargestellt.

Beispiel 38: Prozessbeschreibung Körper/Sexualität – Kindeswohlgefährdung

„In der Tageseinrichtung für Kinder ist beschrieben, wie Träger, Leitung und Mitarbeitende gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung aufgreifen und behandeln. Die Vorgehensweise in den einzelnen Phasen ist mit den jeweiligen Handlungsschritten und der entsprechenden Dokumentation in einem Leitfaden festgelegt. Die ‚insoweit erfahrene Fachkraft‘ (§ 8a SGB VIII) ist den Mitarbeitenden bekannt. Der Datenschutz ist gewährleistet. Im Zweifel jedoch geht Kinderschutz vor Datenschutz. Landesrechtliche Vorgaben sind umgesetzt.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Beispiel 39: Prozessbeschreibung Körper/Sexualität – Hygiene

„Hygiene: Die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen sind bekannt. Erstellung und Aktualisierung von Hygiene- und Desinfektionsplänen für die Funktionsbereiche der Tageseinrichtung für Kinder (z. B. Gruppenräume, Küche etc.), Sicherstellung von Arbeitsmitteln und -hilfen in erforderlichem Umfang, Einweisung und Schulungen/Belehrungen der Mitarbeitenden, Bekanntmachung von Sicherheitshinweisen (Sicherheitsdatenblätter, Betriebsanweisungen), Überprüfung der Hygienepläne und Hygienemaßnahmen [...]“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Entspannung/Stressbewältigung und sozial-emotionale Entwicklung

Für die Gesundheitsbereiche Entspannung/Stressbewältigung und sozial-emotionale Entwicklung konnten keine Prozessbeschreibungen identifiziert werden.

Resilienz

Für den Gesundheitsbereich Resilienz konnten die meisten Prozessbeschreibungen identifiziert werden. Diese beschreiben überwiegend Prozesse zur Eingewöhnung von Kindern und zur Gestaltung von Übergängen.

Beispiel 40: Prozessbeschreibung Resilienz – Eingewöhnung

„Ablauf und Gestaltung der Eingewöhnungsphase sind schriftlich festgelegt. Die individuelle Entwicklung des aufgenommenen Kindes wird in der Eingewöhnungsphase berücksichtigt. Die für das jeweilige Kind zuständigen pädagogischen Fachkräfte reflektieren den Verlauf der Eingewöhnungsphase mit seinen Eltern.“

Sie reflektieren in internen Fallbesprechungen ihre Beobachtungen und geben sich gegenseitig Anregungen und Feedback für die pädagogische Arbeit mit den neu aufgenommenen Kindern. Die Ergebnisse dieser Reflexionen fließen in die weitere Planung und Umsetzung der pädagogischen Arbeit ein.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

4.3.7 Ressourcen der Leistungserbringung

Das Thema Ressourcen wird in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen angesprochen. Betont wird, dass im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements die erforderlichen Ressourcen in angemessener Weise zur Leistungserbringung zur Verfügung gestellt werden müssen.

Dabei fallen in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen zwei unterschiedliche Differenzierungsgrade auf:

1. Allgemeine Beschreibungen zur Notwendigkeit der Bereitstellung von Ressourcen
2. Ausdifferenzierte Beschreibungen zu den bereitzustellenden Ressourcen (personell, zeitlich, materiell)

Allgemeine Beschreibungen zur Notwendigkeit der Bereitstellung von Ressourcen

Überwiegend tauchen Ressourcen eher in allgemeinen Beschreibungen über die Notwendigkeit der Bereitstellung von Ressourcen auf. Die Ressourcen selbst werden jedoch kaum näher ausdifferenziert und beispielsweise bereichsspezifisch nach materiellen, räumlichen oder personellen Ressourcen unterschieden.

Beispiel 41: Ressourcen – Allgemeine Beschreibungen

„Der Träger der Tageseinrichtung für Kinder stellt die zur Erreichung der Qualitätsziele erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.“ (Rahmenhandbuch 2)

„Ressourcen zur Erreichung der Organisationsziele bestimmen, deren Einsatz planen und realisieren“, „Ressourcen für das Personalmanagement sicherstellen“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Es wird darüber hinaus in vielen Textpassagen darauf hingewiesen, dass ein bewusster, wirtschaftlich gut kalkulierter und ausdifferenzierter Umgang mit Ressourcen notwendig ist und einer steten Überprüfung bedarf.

Ausdifferenzierte Ressourcen (personell, zeitlich, materiell)

Deutlich seltener lassen sich im Rahmen der Dokumentenanalyse Textstellen identifizieren, die die notwendigen Ressourcen weiter ausdifferenzieren bzw. konkretisieren. Eine explizite Ausdifferenzierung beispielsweise in die Bereiche personelle, zeitliche oder materielle Ressourcen erfolgt nur selten. In einem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog werden personelle Ressourcen in Form von Zuständigkeiten angesprochen. Hierzu zählt beispielsweise die Forderung, eine Qualitätsmanagementbeauftragte bzw. einen -beauftragten zu benennen.

Beispiel 42: Personelle Ressourcen

„Der Qualitätsmanagementbeauftragte ist dafür verantwortlich, dass das Qualitätsmanagement-System umgesetzt und weiterentwickelt wird und relevante Informationen dokumentiert und gelenkt werden, und dass die für das Qualitätsmanagement notwendigen Qualifizierungsmaßnahmen identifiziert, geplant und durchgeführt werden.“ (Rahmenhandbuch 3)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In einem weiteren Handbuch erfolgt eine explizite Darstellung von zeitlichen, personellen und materiellen Ressourcen:

Beispiel 43: Personelle, zeitliche und materielle Ressourcen

„Bereitstellung angemessener Rahmenbedingungen und adäquater Ressourcen in Form von Finanzen, Zeit sowie Fort- und Weiterbildung bzw. Qualifizierung der Mitarbeitenden und Qualitätsmanagementbeauftragten“ (Rahmenhandbuch 2)

„Bereitstellung von Ressourcen (sachlich, räumlich, personell und zeitlich)“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden klare Zuständigkeiten und Ressourcen zur Evaluation beschrieben. Diese Aufgabe wird überwiegend von sogenannten internen oder externen Auditorinnen oder Auditoren durchgeführt.

Beispiel 44: Ressourcen im Rahmen von Evaluationen

„Qualitätsmanagementbeauftragte/r und Leitung der Tageseinrichtungen für Kinder führen jährlich eine Managementbewertung durch.“ (Rahmenhandbuch 2)

„Interne Audits werden zur Ermittlung der Eignung und Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems durchgeführt. Die internen Auditorinnen/Auditoren überprüfen die Übereinstimmung des Qualitätsmanagement-Systems mit den Anforderungen der Systemgrundlage, also ob die Tageseinrichtung für Kinder alle Anforderungen [...] erfüllt.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

4.3.8 Evaluation der Leistungserbringung

Im Rahmen der Dokumentenanalyse konnten erwartungsgemäß viele Aussagen darüber identifiziert werden, dass die Leistungserbringung in Form von (regelmäßigen) Evaluationen überprüft werden soll.

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden Evaluationen auf unterschiedliche Themen und Prozesse bezogen und an vielen Textstellen sowohl explizit, durch systematisiert dargestellte Evaluationsprozesse, als auch implizit, durch verschiedene Formen der Überprüfung wie etwa interne Teambesprechungen, erwähnt. Sie lassen sich in drei thematische Schwerpunktbereiche clustern:

1. Evaluationen im Rahmen von Zertifizierungsverfahren
2. Evaluationen zur regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge und anderer Dokumente zum Qualitätsmanagement
3. Evaluationen von einrichtungsspezifischen Dokumenten und der pädagogischen Arbeit in Kindertageseinrichtungen

Mit 28 codierten Textstellen stellt dabei die interne Evaluation die am häufigsten genannte Form dar (vgl. Tabelle 39). Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge benennen die interne Evaluation als wichtiges Instrument zur Qualitätsüberprüfung der Arbeit. Acht codierte Textstellen konnten Hinweise zu externen Evaluationen identifizieren. Diese beziehen sich überwiegend auf Evaluationsverfahren im Rahmen von Zertifizierungsprozessen.

Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge beschreiben, dass Kitas eine wohlfahrtsverbandsspezifische Zertifizierung erlangen können, wenn sie den jeweiligen dafür vorgesehenen Zertifizierungsprozess erfolgreich durchlaufen. Zwei Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge stellen dazu ausführlich ihr Zertifizierungsverfahren vor.

Tabelle 39:
Evaluation

7.3 Evaluation	Anzahl Codierungen	Anzahl in Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen
7.3.1.1 Es erfolgen (regelmäßige) interne Evaluationen.	28	8
7.3.1.2 Es erfolgen (regelmäßige) externe Evaluationen.	7	4

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Evaluationen im Rahmen von Zertifizierungsverfahren:

Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren werden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen neben internen und externen Evaluationen auch Managementbewertungen oder interne oder externe Audits genannt und beschrieben, die im Rahmen einer DIN EN ISO 9001-Zertifizierung obligatorisch sind. Um eine wohlfahrtsverbandsspezifische Zertifizierung zu erhalten, müssen alle dafür erforderlichen Kriterien und Anforderungen von den Kitas erfüllt werden.

Beispiel 45: Evaluation im Rahmen von Zertifizierungsverfahren

„Um das [...] Zertifikat zu erlangen, muss im Zertifizierungsaudit beziehungsweise in der Evaluation nachgewiesen werden, dass folgende Kriterien erfüllt sind [...]“ (Rahmenhandbuch 3)

„Nach Selbstevaluation in der Kita auf Grundlage der Auditcheckliste: Meldung durch den Träger/die Kita an den zuständigen Landesverband/Landeskirche. Die Benennung von Verantwortlichen für das QM-System bei Träger und Kita liegt vor.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In allen Zertifizierungsverfahren erfolgt die Durchführung und Begutachtung durch externe Auditorinnen oder Auditoren, beispielsweise durch den TÜV oder durch kooperierende Zertifizierungsgesellschaften.

Evaluation der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge und anderer Dokumente zum Qualitätsmanagement

In allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wird explizit beschrieben, dass diese und auch die einrichtungsspezifischen Dokumente regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden (sollen). Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge verweisen in diesem Zusammenhang auf den PHAC (Rosenbrock, 1995), der für die Implementierung eines kontinuierlichen Qualitätsmanagementprozesses einbezogen und umgesetzt wird. In einem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog erfolgt der explizite Hinweis, dass QM-Dokumente regelmäßig evaluiert werden, in anderen Dokumenten wird eher implizit von regelmäßigen Formen der Überprüfung gesprochen.

Beispiel 46: Evaluation Rahmenhandbücher

„Zur Sicherung der fachpolitischen und gesetzlichen Aktualität werden die [...] Normen im 3-Jahreszyklus evaluiert und weiterentwickelt.“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In diesem Zusammenhang wird in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen keine einheitliche Terminologie verwendet. Dies erschwert eine systematische Zusammenführung und Clusterung von Evaluationsmethoden und Evaluationsformaten im Rahmen der Dokumentenanalyse.

Evaluation von einrichtungsspezifischen Dokumenten und der pädagogischen Arbeit in Kindertageseinrichtungen

Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge beschreiben explizit, dass die pädagogische Arbeit in den Kitas regelmäßig überprüft, bewertet und weiterentwickelt werden soll. Dazu gehört beispielsweise, dass Konzeptionen und Leitbilder, Leistungsangebote von Kitas sowie mitgeltende Dokumente regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden sollen. Diesen Prozess sollen Kitas beispielsweise im Rahmen von Selbstevaluationen durchführen. In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden dazu explizit Indikatoren und Anforderungen beschrieben, die in diesem Zusammenhang umgesetzt werden sollen, beispielsweise eine Benennung von pädagogischen Zielen, Werten und Ausrichtungen des Wohlfahrtsverbandes oder das zugrunde liegende Bild vom Kind.

Beispiel 47: Selbstevaluation in Kindertageseinrichtungen

„Die Verantwortlichen in Kindertageseinrichtungen überprüfen ihre Arbeit und passen diese regelmäßig an gesellschaftliche Veränderungen, an wissenschaftliche Erkenntnisse und politische sowie an trägerspezifische Vorgaben an.“ (Rahmenhandbuch 3)

„In [...] Kindertageseinrichtungen verpflichtet sich der Träger, gemeinsam mit allen Beteiligten, das Leitbild und die Ziele der Kindertageseinrichtung regelmäßig zu bewerten, den Grad der Zielerreichung zu ermitteln sowie Verbesserungsmöglichkeiten festzulegen und diese zu dokumentieren.“ (Rahmenhandbuch 3).

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Darüber hinaus werden auch Evaluationsmethoden beschrieben, die sich auf die pädagogische Arbeit in den Kitas beziehen und welche die Kitas im Rahmen der Selbstevaluation durchführen sollen.

Beispiel 48: Selbstevaluation in Kindertageseinrichtungen

„Leitung und pädagogische Fachkräfte werten die Planung und die Umsetzung der pädagogischen Arbeit nach Maßgabe der Zielvorgaben regelmäßig nach festgelegten Kriterien aus. Sie tun dies unter Zuhilfenahme geeigneter Evaluationsmethoden.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

In zwei Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wird die Notwendigkeit zur Durchführung von Evaluationen beschrieben, aber nicht näher ausdifferenziert. In den codierten Textpassagen geben die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge dazu beispielsweise die Hinweise, dass durch eine regelmäßige Evaluation die Qualität der Arbeit, des pädagogischen Handelns und der Prozesse gesichert werden soll, oder dass Verfahren zur Evaluation festgelegt werden und diese jährlich die pädagogischen Prozesse überprüfen sollen.

4.3.9 Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wird in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen thematisiert und konnte an 13 Textstellen explizit als betriebliche Gesundheitsförderung identifiziert werden. An elf weiteren codierten Textstellen wird auf eine allgemeine Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwiesen. Dabei fällt auf, dass neben einer allgemein beschreibenden Nennung über die Notwendigkeit einer (betrieblichen) Gesundheitsförderung insbesondere die Themen altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und die Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers bzw. Gesundheits- und Arbeitsschutz näher spezifiziert und ausdifferenziert werden.

Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers bzw. Gesundheits- und Arbeitsschutz

In allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen wird die Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers benannt. In zwei Rahmenbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden in diesem Kontext explizite Prozessbeschreibungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz formuliert. In einem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog wird dazu differenziert ausgeführt, dass die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber die Fürsorgepflicht gegenüber seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu erfüllen hat.

Beispiel 49: Arbeits- und Gesundheitsschutz

„Arbeits- und Gesundheitsschutz: Die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers sicherstellen und darüber hinaus systematische Maßnahmen der Gesundheitsförderung entwickeln und umsetzen.“ (Rahmenhandbuch 1)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Realisiert und umgesetzt wird diese Fürsorgepflicht mittels Arbeitssicherheitsanweisungen, Schulungen und Unterweisungen. Darüber hinaus wird in diesem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog explizit erwähnt, dass mögliche Gefährdungspotenziale für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch z. B. technische,

psychische oder physikalische Gefährdungen zu analysieren und zu erfassen sind und geeignete Maßnahmen zum Schutz und zur Gesunderhaltung eingeleitet und umgesetzt werden müssen. Eine weitere Prozessbeschreibung nennt Kriterien, die im Rahmen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge festgelegt werden müssen. Dazu zählen beispielsweise Kriterien zum Umgang mit ansteckenden Krankheiten, zur Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen und des Unfallschutzes sowie zum Umgang mit Medikamenten und Pflegemitteln (Rahmenhandbuch 1). In einem weiteren Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog wird ebenfalls explizit auf die Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers Bezug genommen.

Beispiel 50: Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

„Es gehört zu seiner [Arbeitgeber] Fürsorgepflicht, die Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeitenden vom Einstieg in den Beruf bis zum Eintritt in das Rentenalter zu erhalten und zu fördern. Gesundheit, Motivation und Qualifikation der Mitarbeitenden sowie die Organisation der Arbeit sind dafür wesentliche Ansatzpunkte.“ (Rahmenhandbuch 2)

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

Altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen

In zwei Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden Aussagen über eine altersgerechte Gestaltung der Arbeit von pädagogischen Fachkräften getroffen. In einem Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog wird der Träger dazu aufgefordert, für altersgerechte Arbeitsplätze und für die Gesundheitsförderung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu sorgen. (Rahmenhandbuch 3). Ein weiteres Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog konstatiert, dass eine altersgerechte Gestaltung von Arbeit und Gesundheitsförderung in Kitas wichtige Bestandteile der strategischen Personalentwicklung und Personalbindung des Trägers sind (Rahmenhandbuch 2). Es werden darüber hinaus keine ausdifferenzierten Indikatoren formuliert, wie und mit welchen Maßnahmen eine altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen umgesetzt werden kann.

4.3.10 Zusammenfassende Ergebnisse zu den Mantel- und Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen

Die Analyse der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge zeigt erwartungsgemäß, dass Ziele und Zielformulierungen in allen Qualitätsmanagement-Systemen einen hohen Stellenwert haben und sich auf unterschiedliche Adressatinnen und Adressaten wie Kinder, Eltern/Bezugspersonen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Träger beziehen. Darüber hinaus wird in den Rahmenhandbüchern darauf hingewiesen, dass eine Zielformulierung zu unterschiedlichen Themen und Anforderungen im Rahmen der einrichtungsspezifischen Dokumente erfolgen soll.

Gesundheitsförderung ist in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen ein Thema und wird adressaten- und gesundheitsbereichsspezifisch benannt und ausdifferenziert. Die Gesundheitsbereiche sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz konnten am häufigsten in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen identifiziert werden. Allerdings wird Gesundheitsförderung nicht als eigenständiger Qualitätsbereich dargestellt, sondern überwiegend als Teilbereich innerhalb kindheits- oder ressourcen-spezifischer Indikatoren. Gesundheitsbereiche werden überwiegend auf der Ebene der Strukturqualität beschrieben und mit Indikatoren zur Planungs-, Raum- und Materialgestaltung ausdifferenziert. Prozessuale

Qualitätsmerkmale mit Gesundheitsbezug finden sich mehrheitlich in Indikatoren zur individuellen Förderung von Kindern. Bei der Formulierung und Ausdifferenzierung von Indikatoren und Qualitätsbereichen beziehen sich alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge auf gesetzliche Grundlagen, Bildungspläne der Bundesländer sowie auf wissenschaftliche Erkenntnisse.

Insgesamt zeigt die Dokumentenanalyse, dass in allen Gesundheitsbereichen überwiegend Merkmale der Strukturqualität genannt werden. Besonders in den Gesundheitsbereichen Bewegung, Ernährung, Körper/Sexualität und Entspannung/Stressbewältigung liegen deutlich mehr codierte Textstellen zur Strukturqualität als zur Prozessqualität vor. Sofern Prozessmerkmale genannt werden, geschieht dies in den Gesundheitsbereichen sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz.

Ziel- und Prozessbeschreibungen konnten im Rahmen der Dokumentenanalyse als dominierende und flankierende Bereiche des Qualitätsmanagements verortet werden, die adressaten- und themenspezifisch ausdifferenziert werden, um Arbeitsabläufe zu strukturieren und zu formalisieren und um mit der Implementierung von Zielen eine transparente, richtungsweisende und überprüfbare Arbeit in den Kitas und im Qualitätsmanagement zu erzielen. Prozessbeschreibungen werden überwiegend inhalts- und qualitätsmanagementspezifisch dargestellt; gesundheitspezifische Prozessbeschreibungen sind auch vorhanden, konnten allerdings deutlich seltener in den Rahmenhandbüchern identifiziert werden. Ziele werden in den Rahmenhandbüchern größtenteils als allgemeine pädagogische Ziele ohne direkten Gesundheitsbezug beschrieben. Gesundheitspezifische Ziele sind vorhanden, allerdings deutlich seltener vertreten, und sie thematisieren schwerpunktmäßig Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ressourcen zur Leistungserbringung werden in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen angesprochen und ihnen wird im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements eine große Bedeutung attestiert. Erforderliche Ressourcen sollen in angemessener Weise zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen und werden in unterschiedlichen Differenzierungsgraden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen thematisiert.

Evaluationsverfahren, insbesondere Formen der internen Evaluation, werden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen als wichtigstes Instrument zur Qualitätsüberprüfung und Qualitätssicherung der Arbeit differenziert dargestellt. Überwiegend werden diese Verfahren im Rahmen von Zertifizierungsverfahren sowie als Instrument für die regelmäßige Überprüfung und Bewertung der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge und anderer Dokumente zum Qualitätsmanagement und darüber hinaus für die Evaluation von einrichtungsspezifischen Dokumenten und der pädagogischen Arbeit in Kitas beschrieben.

Betriebliche Gesundheitsförderung wird in allen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen thematisiert und insbesondere mit Indikatoren zu den Themen altersgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen und Indikatoren zur Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers sowie mit Anforderungen zum Gesundheits- und Arbeitsschutz ausdifferenziert.

4.4 Vergleichende Betrachtung der Materialien

Ein Vergleich der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge mit den Einrichtungskonzeptionen zeigt inhaltliche Schnittmengen: So tauchen in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen und den Einrichtungskonzeptionen die verschiedenen Gesundheitsbereiche in ähnlicher Rangfolge auf:

Sozial-emotionale Entwicklung, Resilienz, Ernährung und Entspannung/Stressbewältigung nehmen vergleichbare Rangplätze ein (vgl. Tabelle 40). Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der Gewichtung der Gesundheitsbereiche Bewegung und Körper/Sexualität. In den Einrichtungskonzeptionen nimmt Bewegung einen mittleren Rang ein, während dieser Gesundheitsbereich in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen auf dem vorletzten Platz liegt. Beim Gesundheitsbereich Körper/Sexualität verhält es sich umgekehrt. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass in den Rahmenhandbüchern stärker auf gesetzliche Vorschriften, etwa Hygienestandards oder Regelungen zum Kinderschutz, Bezug genommen wird als in den Einrichtungskonzeptionen. Dies ist auch bei den einrichtungsspezifischen Qualitätsmanagementmaterialien der Fall (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Bezogen auf die Dimensionen der Prozess- und Strukturqualität findet sich in den Rahmenhandbüchern erwartungsgemäß eine stärkere Betonung der Strukturmerkmale, wohingegen in den Einrichtungskonzeptionen Struktur- und Prozessmerkmale vergleichsweise ausgewogen sind. Innerhalb der Strukturmerkmale überwiegen sowohl in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen als auch in den Einrichtungskonzeptionen die Merkmale der Planungsstruktur. Mit Blick auf die Merkmale der gesundheitsbezogenen Prozessqualität liegt sowohl bei den Einrichtungskonzeptionen als auch bei den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen ein größeres Gewicht auf dem Prinzip der Individualisierung, und zwar vor den Merkmalen der unterstützenden Interaktion. Unterschiede zeigen sich beim Prinzip der Partizipation, dieses nimmt unter den Prozessmerkmalen bei den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen den höchsten Stellenwert ein, bei den Einrichtungskonzeptionen hingegen den niedrigsten. Gemeinsam ist ihnen jedoch, dass Partizipation als Merkmal von Prozessqualität in beiden Dokumententypen häufig nicht gesundheitsbereichsspezifisch ausbuchstabiert wird.

Insgesamt weisen die Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagementdokumente zahlreiche Analogien auf, was die Schlussfolgerung nahelegt, dass über eine Weiterentwicklung der Mantel- und Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkatalogen auch eine Intensivierung des Gesundheitsbezugs in Kitas erreicht werden kann (vgl. hierzu Kapitel 6).

Tabelle 40:
Vergleich zwischen Einrichtungskonzeptionen und Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen

Cod.	Einrichtungskonzeptionen	Rang	Cod.	Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkatalogen	Rang
Gesundheitsbereiche					
832	Bewegung	3	10	Bewegung	5
804	Ernährung	4	33	Ernährung	4
699	Körper/Sexualität	5	46	Körper/Sexualität	2
416	Entspannung/Stressbewältigung	6	9	Entspannung/Stressbewältigung	6
1220	Sozial-emotionale Entwicklung	1	43	Sozial-emotional	3
1175	Resilienz	2	73	Resilienz	1
Dimension Strukturqualität					
1397	Planung	1	108	Planung	1
732	Raum	2	9	Raum	2
355	Material	3	2	Material	4
67	Qualifikation	4	7	Qualifikation	3
Dimension Prozessqualität					
856	Interaktion	2	15	Interaktion	3
635	Partizipation (häufig ohne Gesundheitsbezug)	3	41	Partizipation (häufig ohne Gesundheitsbezug)	1
1065	Individualisierung	1	31	Individualisierung	2

Quelle: Kita-QM 2019 – Dokumentenanalyse „Einrichtungskonzeptionen“ (vgl. Tabelle 24), Dokumentenanalyse „Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge“

5 Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen aus Sicht der Expertinnen und Experten

5.1 Stellenwert von Gesundheitsförderung in Kitas

In den Interviews wurden die Expertinnen und Experten zunächst danach gefragt, inwiefern Gesundheitsförderung bereits in Kitas angekommen ist und wo sie die Stärken von Kitas im Hinblick auf die Umsetzung und Gestaltung von Gesundheitsförderung sehen. Die Expertinnen und Experten waren sich darin einig, dass Gesundheitsförderung in Kitas deutlich an Bedeutung gewonnen hat, nicht zuletzt, weil Gesundheitsrisiken sowohl für Kinder (z. B. Adipositas) als auch für Fachkräfte (z. B. Burnout) in den letzten Jahren gestiegen sind.

Gesundheitsförderung ist aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten in der Regel in den Kitas angekommen. Dies erkennt man insbesondere daran, dass zunehmend auf eine gesunde Ernährung oder auf den Wechsel von Bewegungs- und Ruhephasen im Tagesverlauf geachtet wird. Vereinzelt wird Gesundheitsförderung auch als Arbeitsauftrag für die pädagogischen Fachkräfte durch den Träger oder in einzelnen Ländern durch Bildungs- und Orientierungspläne mehr oder weniger verbindlich vorgeschrieben. Gesundheitsförderung spiegelt sich somit zunehmend in der Alltagsgestaltung der Kitas wider.

Die Stärken von Kitas im Bereich Gesundheitsförderung liegen nach Einschätzung der Expertinnen und Experten im Wesentlichen darin, dass Kinder schon zu einem frühen Zeitpunkt und über mehrere Jahre hinweg kontinuierlich begleitet werden können. Darüber hinaus eignet sich die Kita aus den folgenden Gründen besonders für die Förderung der Gesundheit in der frühen Kindheit: Bildung in Kitas läuft zu großen Teilen alltagsintegriert, d. h., die Vermittlung von Fertigkeiten und Kenntnissen erfolgt quasi beiläufig in Alltagssituationen. Da Fachkräfte am Tag bis zu drei Mahlzeiten der Kinder begleiten, wird dies etwa bezogen auf den Gesundheitsbereich Ernährung als große Stärke gesehen. Fachkräfte stehen in engem Kontakt zu den Eltern/Bezugspersonen, sodass sie vielfältige Einflussmöglichkeiten haben. Dies geschieht beim regelmäßigen Austausch etwa im Rahmen von Tür-und-Angelgesprächen und bei regelmäßigen Bildungs- und Entwicklungsgesprächen; in Kitas sind Fachkräfte und Eltern/Bezugspersonen also ohnehin ständig im Gespräch. Im Vergleich zur Schule haben Kitas keinen vorgegebenen Lehrplan, den sie erfüllen müssen, sodass sie Bildungsgelegenheiten situativ nutzen und über unterschiedliche methodische Zugänge gestalten können.

Im Anschluss an diese erste Einschätzung zum Stellenwert von Gesundheitsförderung wurden die Expertinnen und Experten gebeten, die bis dahin vorliegenden Ergebnisse der Dokumentenanalyse zu kommentieren. Der Aussage, die verschiedenen Gesundheitsbereiche würden in unterschiedlichem Maße Berücksichtigung in den Einrichtungen finden, stimmten die Expertinnen und Experten einhellig zu. Nach ihrer

Beobachtung werden die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Körper in den meisten Kitas bereits konkret definiert, ausformuliert und als Bildungsbereiche integriert. Demgegenüber werden die Bereiche Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz noch deutlich seltener unter dem Etikett Gesundheit gefördert, umgesetzt bzw. berücksichtigt. Ernährung ist ein wichtiges Thema in Kitas und für die Familien besonders relevant im Hinblick auf die Mittagsverpflegung. Kitas orientieren sich nach Aussagen der Expertinnen und Experten häufig an den DGE-Standards und formulieren entsprechende Leitlinien. Beispielsweise sind einige Kitas zuckerfrei oder bieten regelmäßig Obst und Gemüse an. Der Gesundheitsbereich Ernährung bietet darüber hinaus auch zahlreiche Gelegenheiten zur Partizipation der Kinder. Kinder können beispielsweise Speisepläne mitbestimmen, sich Gerichte wünschen oder sich an der Zubereitung von Mahlzeiten beteiligen. Dies zeigte sich auch in der Analyse der Einrichtungskonzeptionen. Durch Partizipationsmöglichkeiten dieser Art werden Bildungsprozesse angeregt. Ein Beispiel dafür ist die Erstellung des Speiseplans mithilfe von Bildkarten, auf denen Lebensmittel zu sehen sind. Dadurch können Kinder nicht nur ihr Mittagessen selbst auswählen, sondern lernen gleichzeitig, welche Lebensmittel dafür verwendet werden und welche davon „gesund“ oder „ungesund“ sind.

Auch bezogen auf den Gesundheitsbereich Bewegung finden sich aus Sicht der Expertinnen und Experten zahlreiche Beispiele guter Praxis in Kitas. Bewegungsförderung wird zumeist über spezielle Angebote umgesetzt. In den Kitas wird darauf geachtet, dass Kinder im Rahmen des Freispiels ausreichend Möglichkeiten für Bewegung sowohl in den Räumen der Kita als auch in den Außenbereichen haben. Zusätzlich werden regelmäßige, angeleitete Bewegungsspiele in den Kita-Alltag integriert. Der Gesundheitsbereich „Körper“ wird hauptsächlich über die Auseinandersetzung mit Hygienestandards und der Zahngesundheit von Kindern umgesetzt. Diese beiden Themen gehören nach Einschätzung der Expertinnen und Experten zum Standardrepertoire der Einrichtungen.

Bezogen auf die Frage nach Gründen für die unterschiedliche Berücksichtigung der Gesundheitsbereiche bieten die Expertinnen und Experten drei Erklärungsansätze an. Erstens geht ein Teil der Expertinnen und Experten davon aus, dass insbesondere jene Gesundheitsbereiche umgesetzt werden, die für alle Kinder als bedeutsam erachtet werden. Zweitens können die Bereiche Ernährung, Bewegung und Körper/Sexualität in den Kitas meist in Form konkreter Angebote leicht in den Alltag integriert werden, während Entspannung/Stressbewältigung und sozial-emotionale Entwicklung häufig dann bedeutsam werden, wenn Kinder besondere Förderbedarfe aufweisen oder in Form von Kleingruppenarbeit auf spezielle Bedürfnisse eingegangen wird. Dies erfordert eine längere Planung und setzt ausreichende Kapazitäten hinsichtlich des Personals und der Ausstattung der Einrichtung voraus.

Schließlich gehen drittens einzelne Expertinnen und Experten davon aus, dass die Gesundheitsbereiche Entspannung/Stressbewältigung, sozial-emotionale Entwicklung und Resilienz zwar mindestens ebenso häufig in der Praxis berücksichtigt und gefördert werden wie Ernährung Bewegung und Körper/Sexualität, dass diese Gesundheitsbereiche aber nicht als Gesundheitsförderung verstanden werden, sondern eher als genuine (früh-)pädagogische Bildung und Förderung.

Insbesondere das Thema der „Resilienz“ ist nach Ansicht einiger Expertinnen und Experten erst in den letzten Jahren ins Blickfeld der pädagogischen Arbeit in Kitas gerückt. Für eine gute praktische Verankerung in den Kitas bedarf es deshalb vermutlich noch einer längeren und dauerhaften Auseinandersetzung. So stellt eine Expertin fest:

„Die Welt bildet sich auch immer ein bisschen in der Kita ab, aber dass solche Themen systematisch in der Kita verankert werden, erfolgt verzögert.“ (Interview 5).

5.2 Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

Die Expertinnen und Experten teilten weitestgehend die Auffassung, dass Gesundheitsförderung bislang unterschiedlich stark in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen verankert ist. Mit dieser Einschätzung bezogen sie sich sowohl auf die Mantel- und Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge der Spitzenverbände als auch auf die Konzeptionen der Einrichtungen. Festzuhalten ist, dass nach Aussage der Expertinnen und Experten die systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen begonnen hat bzw. sich im Prozess befindet und vereinzelt sogar bereits abgeschlossen ist.

Im Hinblick auf eine systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagement-Systemen lassen sich Einflussgrößen identifizieren, die in Trägerstrukturen, landesrechtlichen Regelungen und in den Qualitätsmanagement-Systemen innewohnenden Transferdilemma gesehen werden.

Trägerstrukturen

Wie weit der Prozess der Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen bereits fortgeschritten ist, hängt von den jeweiligen Trägerstrukturen ab. So hat etwa eine Dachorganisation wie der Paritätische Wohlfahrtsverband besondere Voraussetzungen, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Wir können gar kein verbindliches QM vorgeben, weil wir ja nur eine Dachorganisation sind. Es gibt einzelne Landesverbände, die sich für ein QM-System entschieden haben, und dieses bieten sie ihren Mitgliedsorganisationen an. Das heißt, jeder Landesverband entscheidet es anders, spricht sich für ein QM-System aus.“ (Interview 4)

Auch konfessionelle Trägerverbände wie beispielsweise KTK-Bundesverband/Caritas und BETA/Diakonie haben aufgrund ihres Selbstverständnisses und ihrer Strukturen Schwierigkeiten, ihre Empfehlungen verbindlich in die Kita-Landschaft zu transportieren:

„Die Empfehlung an die evangelischen Kitas ist es natürlich, dieses Siegel zu nutzen. [...] Es ist allerdings nicht verpflichtend. Es gibt Träger, die das für ihre ganze Kita-Landschaft etablieren wollen, die auch schon zertifiziert sind, und es gibt Träger oder Einrichtungen die noch nicht so weit sind oder die gar kein QM System haben.“ (Interview 3)

Landesrechtliche Regelungen

Umweltbezogene Rahmenbedingungen bestehen beispielsweise aufgrund landesrechtlicher Regelungen und Vorgaben. Von diesen hängt etwa ab, ob bestimmte Zertifizierungen akzeptiert werden oder nicht bzw. welche weiteren Voraussetzungen der Träger berücksichtigen muss:

„[...] oder auch gerade in Brandenburg, die das QM-System der Kommunen nutzen, um dann nicht doppelt zu laufen. Denn unser QM ist in Berlin anerkannt und in Brandenburg gibt es kein anerkanntes QM-System.“ (Interview 3)

Auch was die Bildungs- und Orientierungspläne der Länder betrifft, wird deutlich, dass sie Rahmenbedingungen schaffen, die eine Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen beeinflussen:

„Bewegung, Ernährung und Körper werden häufig in den Bildungsplänen und Leitlinien der Länder explizit benannt und bearbeitet. Die anderen Themen werden unter ‚ferner liefern‘ [benannt] oder gar nicht aufgezählt. Und diese Bildungspläne sind ja schon wirksam, die sind angekommen in der Praxis, die nehmen es ernst und die orientieren sich daran.“ (Interview 6)

Transfer-Dilemma

Zu den systemimmanenten Einflussgrößen zählt beispielsweise die fehlende Verknüpfung von QM-Prozessen mit inhaltlichen Themen und Praxisbeispielen. Dies kann dazu führen, dass die praktische Umsetzung erschwert wird. Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagement-Systeme dienen eher der Schaffung von Rahmenbedingungen, unter denen pädagogische Arbeit stattfindet, sowie der Initiierung bzw. Ausgestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen, mit deren Hilfe gesundheitsfördernde Arbeitsprozesse geschaffen werden können. Im Idealfall sind diese realistisch und machbar für die Pädagoginnen und Pädagogen.

Die Formalisierung von Prozessen in QM-Handbüchern und in den Rahmen- bzw. Mantelhandbüchern hat jedoch laut Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner häufig geringe Handlungsspielräume für Veränderungs- bzw. Anpassungsprozesse zur Folge, sodass der Transfer in die Praxis erschwert wird:

„Aber QM-Prozesse erfolgen häufig nach Handbüchern, nach vorgegebenen Mustern und sind ein von oben vorgegebenes Instrument. [...] Wenn ich Gesundheitsförderung jetzt über das Handeln der pädagogischen Fachkräfte entwickeln will, erfordert das eine mehrjährige Begleitung, weil es gemeinsam mit den Fachkräften vor Ort entwickelt werden muss und es nicht so einfach über ein Dokument umsetzbar ist. QM dient dazu, eine Struktur zu schaffen im Sinne von Verwaltung, und es werden durchaus auch pädagogische Prozesse angeregt, aber nicht in dem Handbuch direkt mit Gesundheitsförderung verknüpft.“ (Interview 3)

Es lässt sich ein Widerspruch feststellen zwischen dem Argument der fehlenden Operationalisierung einerseits und dem fehlenden Handlungsspielraum bei verschriftlichten Anweisungen andererseits. Möglicherweise bezieht sich das beschriebene Transferdilemma darauf, dass es zum einen zwar bereits konkrete, formalisierte Handlungsanweisungen gibt, diese aber zu eng gefasst sind. Dadurch werden zwar einerseits Arbeitshilfen zur Umsetzung an die Hand gegeben, andererseits sind Steuerungsansätze, die nur mit QM-Kriterienkatalogen arbeiten, möglicherweise weniger stark vom Transferdilemma betroffen und auch die Handlungsspielräume hier weniger stark eingeschränkt.

Schließlich spielt aus Sicht der Expertinnen und Experten die enorme Themen- und Arbeitsverdichtung der vergangenen zehn bis 15 Jahre, befördert durch die Umsetzung der Bildungs- und Orientierungspläne, die Implementierung von Bildungs- und Entwicklungsdokumentationen oder die gesetzliche Verankerung der Sprachbildung eine Rolle.

Bei einer bereits fortgeschrittenen Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagement-Systemen sind die Expertinnen und Experten der Meinung, dass in der Praxis in der Regel die Gesundheitsbereiche Ernährung, Bewegung und Körper/Sexualität explizit der Gesundheitsförderung zugeordnet werden, wohingegen Gesundheitsbereiche wie Resilienz, Entspannung/Stressbewältigung und sozial-emotionale Entwicklung in den QM-Handbüchern eher als Querschnittsaufgaben thematisiert werden.

Im Großen und Ganzen wird durch die Interview-Zitate deutlich, dass die Kita-Landschaft bezüglich der systematischen Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen ein heterogenes Feld mit vielfältigen Bedingungen und Ansprüchen ist. Daher gilt es, trägerspezifische und landesrechtliche Rahmenbedingungen bei der Erarbeitung und Verankerung von Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen zu beachten.

Größtenteils werden, laut Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner, die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge als Grundlage für die Erarbeitung der pädagogischen Konzeptionen genutzt. Dies spricht für eine explizite Verankerung von gesundheitsfördernden Inhalten und Rahmenbedingungen in Qualitätsmanagement-Systemen und in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen. Die Verbindung der Dokumente hinsichtlich einer Verankerung von Gesundheitsförderung lässt sich mit folgendem Zitat verdeutlichen:

„Bei uns sind die Dinge, die im QM verankert sind, einschließlich der Standards, auch in der Konzeption verankert. [...] Dort ist ganz klar Gesundheit als Querschnittsaufgabe geregelt.“ (Interview 7)

Ein homogeneres Bild als von den QM-Handbüchern zeichnen die Expertinnen und Experten bezüglich der systematischen Verankerung von Gesundheitsförderung in pädagogischen Konzeptionen. Im Wesentlichen sind sich die Befragten darin einig, dass in der pädagogischen Konzeption einfacher auf Gesundheitsthemen eingegangen werden kann. Die Konzeption hat den Vorteil, dass sie praxisorientiert formuliert ist und auf Schwerpunkte, Spezifika und Besonderheiten der Einrichtung eingehen kann.

„Das Konzept selbst hat, was Gesundheit anbelangt, mit den Schwerpunkten zu tun, die sich eine Einrichtung setzt, und auch mit dem Träger, dem eine Einrichtung angehört.“ (Interview 2)

Zusammenfassend zeigt sich, dass Gesundheitsförderung unterschiedlich stark in Konzeptionen verankert ist. Auch hier lässt sich beobachten, dass einige Gesundheitsbereiche stärker in Konzeptionen verankert sind als andere. So sind die Gesundheitsbereiche Bewegung, Ernährung und Körper/Sexualität laut Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner häufig explizit ausformuliert, wohingegen Resilienz oder sozial-emotionale Entwicklung eher mit thematisiert werden. Gleichwohl hängt die Verankerung von Gesundheitsförderung in Kita-Konzeptionen ebenso wie bei den QM-Handbüchern von äußeren Rahmenbedingungen ab, wie der Region, in der die Kita liegt, bzw. dem Sozialraum der Einrichtung, dem sozio-ökonomischen Status der Eltern/Bezugspersonen und Kinder, sowie von der Qualifikation der Fachkräfte. Hinsichtlich dieser Einflussfaktoren lassen sich gemeinsame Schnittstellen zwischen der systematischen Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und pädagogischen Konzeptionen erkennen.

5.3 Partizipation von Eltern/Bezugspersonen, Kindern und Fachkräften

Die Expertinnen und Experten teilen – im Unterschied zu den Befunden aus der Dokumentenanalyse – die Einschätzung, dass Eltern/Bezugspersonen in Belange der Einrichtung stark eingebunden werden. Dies hängt damit zusammen, dass sich Kitas als Dienstleister verstehen und in diesem Sinne serviceorientiert agieren. Vor diesem Hintergrund stehen Eltern/Bezugspersonen im Fokus der Bedarfsermittlung und der Evaluation des pädagogischen Angebots. Insbesondere bei Themen des Gesundheitsbereichs Ernährung sind Eltern/Bezugspersonen an Entscheidungen beteiligt, etwa wenn es um die Auswahl des Caterers für die Mittagsverpflegung geht.

Bei der Beteiligung von Kindern sind die Expertinnen und Expertin der Auffassung, dass dieses Thema insbesondere in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat. Zwar stecken Beteiligung und Partizipation noch in den Kinderschuhen, doch existieren in der Praxis bereits zahlreiche Ansätze Kinder zu beteiligen. Beispiele sind Beschwerdemöglichkeiten für Kinder, Fragebögen für Kinder und die Erarbeitung von Strategien, um Beteiligungsprozesse zu erlernen. Festzustellen ist, dass der Partizipation von Kindern zwar ein hoher Stellenwert zugesprochen wird, jedoch fällt das Ausmaß der Einbindung von Kindern in den verschiedenen Kitas bislang noch sehr unterschiedlich aus.

Auf Fachkräftebene wurde – ebenso wie in der Dokumentenanalyse – auch von den Expertinnen und Experten ein deutlicher Mangel an Beteiligung und Partizipation diagnostiziert. Auch Themen der Mitarbeitergesundheit haben bisher nur die wenigsten Träger im Blick. Außerdem werden die pädagogischen Fachkräfte in Neuerungen und Veränderungen zu wenig eingebunden. Neuerungen kann es in verschiedensten Bereichen geben. Genannt wurden beispielsweise das Thema Kita-Neubau bzw. der Umbau von Einrichtungen sowie die Erarbeitung von Prozessbeschreibungen oder anderen QM-Materialien. Die Perspektive der Fachkräfte findet hier bislang noch zu wenig Berücksichtigung. „Demokratische Prozesse“ (Interview_3) zwischen Träger und Einrichtung etwa im Sinne von Mitsprache- und Mitentscheidungsrechten finden ebenfalls noch zu selten statt. Eine „gelebte Beteiligung“ (Interview_4) ist somit kaum vorhanden und stellt nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten ein „massives Defizit“ (Interview_4) dar. Die Expertinnen und Experten sehen einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Beteiligung der Fachkräfte an der Entwicklung von QM-Prozessen und deren Effektivität in der praktischen Umsetzung. Prozesse können die konkrete Arbeit mit dem Kind, aber auch die Durchführung von QM-Aktivitäten betreffen.

Im Unterschied zu den Qualitätsmanagement-Systemen lässt sich laut Aussage der Expertinnen und Experten bei der Konzeptionsentwicklung eine gute Beteiligung der Fachkräfte beobachten:

„Wenn Konzeptionen – meistens liegen die bereits vor oder eine Fassung [ist] vorhanden –, aber die wird regelmäßig überarbeitet, und da kenne ich es so, dass die Mitarbeitenden eng eingebunden werden.“ (Interview 5)

5.4 Handlungs- und Entwicklungsbedarfe

Bezogen auf die systematische Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen formulieren die Expertinnen und Experten verschiedene Handlungs- und Entwicklungsbedarfe: Was den Bereich Gesundheit im Allgemeinen und Gesundheitsförderung im Besonderen angeht, lässt sich feststellen, dass diese Bereiche in den meisten Kitas noch nicht umfangreich in bisher bestehenden Qualitätsmanagement-Systemen etabliert wurden. Hier ist ein besonders

großer Handlungsbedarf sichtbar. Konkret bedeutet dies aus Sicht einiger Expertinnen und Experten, dass man

„[...] Gesundheitsförderung [...] als extra Punkt sieht, um da spezieller drauf eingehen zu können“ (Interview 1).

Dieses Interview-Zitat wirft die Frage auf, in welcher Form auf Gesundheitsförderung eingegangen werden soll bzw. welche Akteurinnen und Akteure daran zu beteiligen sind. Möglichkeiten zur Etablierung und Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung in bisher bestehenden Systemen werden im folgenden Zitat deutlich:

„Ich sehe die Möglichkeit, das in den Konzeptionen zu verankern, indem man versuchen muss, den Bereich Bildung und Gesundheit zu verknüpfen. Das würde ich als Aufgabe sehen, die noch aussteht und die auch erfolgsversprechend ist. Zum einen sollte das Thema Gesundheit nicht von oben aufgedrückt werden, sondern aus der Kita heraus passieren. Sodass man sich an einem fortwährenden Entwicklungskreislauf orientieren kann [...]“ (Interview 3)

Weitere Handlungs- und Entwicklungsbedarfe für die Gesundheitsförderung in Kitas sehen die Interviewpartnerinnen und -partner sowohl in der thematischen Auseinandersetzung mit den verschiedenen Gesundheitsbereichen als auch in der Stärkung von Kooperations- und Kommunikationsstrukturen innerhalb der Einrichtung und mit dem Träger. Als ebenso wichtig wird die Erarbeitung einer positiven Haltung der Fachkräfte gegenüber gesundheitsfördernden Maßnahmen betrachtet. Gleichzeitig sehen die Expertinnen und Experten Handlungsbedarf, was die Weiterentwicklung des Trägers selbst angeht. Dieser sollte im Idealfall Gesundheitsförderung zu seiner genuinen Aufgabe erklären. Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass mehr finanzielle Ressourcen für Fachberatung sowie für Fort- und Weiterbildung bereitgestellt werden. Auch örtliche Kooperationen beispielsweise mit Sportverbänden, Ärztinnen und Ärzten und Beratungsstellen sollten auf- und ausgebaut werden:

„Zusammenarbeit mit örtlichen Sportverbänden müsste gestärkt werden, weil man dort im Verein die Fachleute hat. Wenn man es schafft, diese Personen in Projekte einzubinden, ist das ein großer Gewinn.“ (Interview 1)

Nicht zuletzt sollte der Träger auch die Bedeutung einer guten Arbeitsatmosphäre, guter Arbeitsbedingungen und eines guten Teamklimas erkennen. Handlungsbedarf besteht darin, auch diese eher weichen Rahmenbedingungen von Arbeit in den Blick zu nehmen und entsprechend zu fördern.

Gesundheitsbereiche wie Resilienz oder Entspannung/Stressbewältigung, die nur selten unter Gesundheitsförderung gefasst werden und demzufolge auch nicht immer in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen auftauchen oder in der praktischen Umsetzung unter dem Gesichtspunkt der Förderung von Gesundheit stehen, sollten laut Aussagen der Expertinnen und Experten stärker berücksichtigt werden.

Die Art und Weise, wie Gesundheitsförderung stärker berücksichtigt werden kann, impliziert die Frage nach den Ressourcen für diese Aufgabe. Einigkeit besteht bei den Interviewpartnerinnen und -partnern dahingehend, dass die Anforderungen an die Fachkräfte durch die Bearbeitung eines immer breiteren Themenspektrums bei gleichbleibenden Ressourcen gestiegen sind, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Und dort, wo es keine expliziten und verbindlichen Vorgaben gibt, wird es auch nicht noch mal extra verschriftlicht. Weil die Anforderungen und Aufgaben an die Praxis eh schon so hoch sind, dass in den Bereichen es auch einer Überforderung gleichkäme.“ (Interview 4)

„Die Frage ist, man kann nicht immer noch ein Thema oben drauf stülpen. Das muss einhergehen mit einer besseren Ausstattung, das muss einhergehen mit einer tariflich besseren Eingruppierung. Personen müssen freigestellt werden, damit Themen vor- und nachbereitet werden können.“ (Interview 4)

„[...] man muss ansetzen an den strukturellen Rahmenbedingungen, um es ernsthaft und elaboriert umzusetzen.“ (Interview 5)

Demzufolge blickt der Großteil der Expertinnen und Experten zwiespalten auf die Herausforderungen, die die Verankerung von Gesundheitsförderung in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen mit sich bringt. Das folgende Zitat verdeutlicht, dass die Herausforderungen hinsichtlich der Ausgestaltung der Qualitätsmanagement-Systeme insbesondere in der Umsetzung in die Praxis liegen:

„Bei Qualitätsmanagement-Systemen muss es vor allem darum gehen, welche Konsequenzen das für die Praxis hat. [...] Denn umfangreiche Kataloge von Vorgaben führen dazu, dass man sich im Spezifischen verliert. Die Herausforderung ist, Prioritäten zu setzen, die Vorgaben handhabbar und umsetzbar zu machen und mit den Fachkräften gemeinsam zu überlegen, wie die Vorgaben in den einzelnen Bereichen umgesetzt und nachgehalten werden können, denn der gute Wille ist da, Dinge zu verändern und Anregungen anzunehmen, aber letztendlich ist ja das Problem, dass jede Neuerung implementiert werden muss und dass es jemanden geben muss, der das nachhält.“ (Interview 4)

5.5 Fördernde und hinderliche Bedingungen für die Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

Zur Rolle, die das Qualitätsmanagement in Kitas einnehmen soll, haben die Expertinnen und Experten eine relativ einheitliche Meinung: Zum einen wird Qualitätsmanagement als grundsätzlich wichtig erachtet, weil es im Wesentlichen eine Strukturierungshilfe bietet, mit der Arbeitsprozesse beschrieben und vereinheitlicht werden können. Somit werden auf der Prozessebene Rahmenbedingungen geschaffen, die Standards sichern.

„Also, wenn es ein QM ist, wie ich es aus dem Pflegebereich kenne, wo Sachen festgeschrieben werden und Träger mit in die Verantwortung genommen werden, dann sehe ich es als gut verstandenes Controlling-Instrument. Wenn man Dinge als Muster festschreiben kann, ist das klasse, wie eine Art Qualitätsgesetz.“ (Interview 8)

„Wir regeln darüber einige wichtige Dinge, das spielt eine große Rolle. QM ist für die Gesundheitsförderung. Zumindest haben wir auch die Möglichkeit, über Ziele zu sprechen, und die sollten sich dann auch in der Praxis wiederfinden.“ (Interview 1)

Zum anderen wird aber auch deutlich, dass es Fachkräfte geben muss, die diese Arbeitsprozesse entsprechend verstehen und umsetzen können. Ebenso bedarf es einer konkreten Begleitung und Überprüfung

dieser Prozesse. Dabei sollte geklärt werden, wer die Aufgabe der Begleitung und Überprüfung übernehmen soll. Entscheidend für die Umsetzung eines Qualitätsmanagements sind die Kompetenzen und damit die Qualifizierung der Fachkräfte, die sich sowohl auf das Verständnis der formulierten Richtlinien als auch auf die eigene Haltung gegenüber Qualitätsmanagement bezieht. Das folgende Zitat verdeutlicht, dass einerseits ein Qualitätsmanagement-Handbuch notwendig ist, es andererseits aber auch durch die Leitungs- und Fachkräfte in den Einrichtungen umgesetzt und gelebt werden muss.

„Dort, wo ein QM-Handbuch besteht, habe ich die Hoffnung, dass sich die pädagogischen Fachkräfte auch damit beschäftigt haben. Aber erst mal bleibt es ein Buch und Papier ist geduldig. Deshalb ist es wichtig, dass QM auch mit Haltungsfragen verknüpft wird.“ (Interview 2)

Haltungsfragen beziehen sich aber nicht nur auf die Fachkräfte selbst, sondern auch auf den Träger.

„[...] Arbeiten am Bewusstsein und an der Haltung als gelingender Faktor. Es wäre schon hilfreich, dass der Träger weiß, dass es sich lohnt, gute Arbeitsbedingungen herzustellen.“ (Interview 6)

Deshalb ist es wichtig, dass der Träger realistisch einschätzen kann, was von den Fachkräften geleistet werden kann und welche Voraussetzungen hierfür geschaffen werden müssen.

„Beim Erstellen eines QM-Handbuchs sollte sich gefragt werden, was geleistet werden kann, und wenn etwas nicht geleistet werden kann, sollte sich gefragt werden, wen man hinzuziehen kann. Diese Aspekte sollte man auch als Haltung verinnerlichen. Ein QM, das von allen gemeinsam getragen wird, ist zwingend notwendig, muss aber auch mit Leben verbunden sein.“ (Interview 2)

Die Expertinnen und Experten sind sich größtenteils einig, dass QM immer im Zusammenhang mit dem Gesamtsystem der Kita gesehen werden muss, d. h., alle Systemebenen des Arbeitsfeldes müssen miteinander in Zusammenhang gebracht werden. Dabei sollte die tatsächliche Arbeit der Kita immer im Mittelpunkt stehen. Schließlich ist die Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems immer auch eine Transferleistung zwischen Theorie und Praxis.

„Das Gesamtsystem Kita also richtig groß gedacht. ‚Wie sind die Bedingungen im System Kita, die wir aktuell vorfinden. Was sind Bedingungen und was sind Anforderungen?‘ Dazu zählen gesellschaftliche und fachliche Anforderungen sowie Anforderungen an den Träger hinsichtlich Ausstattung, Personal, und diese Dinge kommen für mich, wenn ich es mir in einem Kreis vorstelle, dann ist QM ein Kuchenstück davon. Und zwar ein nicht so großes.“ (Interview 5)

Für eine gelingende Umsetzung von Gesundheitsförderung gelten gute strukturelle Rahmenbedingungen als Dreh- und Angelpunkt. Unter fördernden strukturellen Rahmenbedingungen wird zunächst ein innovativer Träger verstanden, der gute, d. h. umsetzbare Vorgaben für seine Einrichtungen schafft.

Als ebenfalls wichtiger Faktor werden räumliche Rahmenbedingungen wie angemessene Innen- und Außenräume genannt, die es ermöglichen, pädagogische Bildungsarbeit in angemessener Weise umzusetzen. Darunter fallen beispielsweise ausreichend Spielraum, ein gut ausgestatteter Bewegungsraum und ein gut ausgestatteter Raum für die Lebensmittelzubereitung.

Zu den notwendigen Rahmenbedingungen zählen die Expertinnen und Experten aber auch fachlich kompetente Leitungs- und Fachkräfte, die über Wissen zu Gesundheit und zu Strategien der Gesundheitsförderung verfügen. Dies geht einher mit Fort- und Weiterbildungen sowie der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten bereits mit Beginn der Ausbildung. Ein besonderer Stellenwert wird neben diesen fachlichen Kompetenzen auch Handlungsfragen eingeräumt.

Als grundlegende Voraussetzung gilt, wie schon die vorangegangenen Ausführungen zeigen, die inhaltliche Einbindung der pädagogischen Fachkräfte in alle Belange der Kita. Eine konsequente Förderung der Partizipation erweist sich deshalb als wesentlicher Erfolgsfaktor, wie das folgende Zitat verdeutlicht:

„Also eine hohe Beteiligung fördert auch die Akzeptanz. Ausreichend Zeit, um Neuerungen umzusetzen, und Fachberatungen, die in den Einrichtungen stützen. Unser Geheimrezept ist eine 100 %-Beteiligung ALLER Mitarbeiter.“ (Interview 7)

Vor diesem Hintergrund werden Top-down-Prozesse (Interview_3) nicht als zielführend eingestuft. Für eine nachhaltige Einbindung von Gesundheitsförderung in Kitas sollten Prozesse und Neuerungen deshalb im Idealfall durch einen Bottom-up-Prozess (Interview_3) initiiert werden, der zulässt, dass Erfahrungen und Belange von Fachkräften ernst genommen werden.

5.6 Weiterentwicklungsbedarfe und Empfehlungen

Bezogen auf Weiterentwicklungsbedarfe und Handlungsempfehlungen lassen sich auf der Basis der Experteninterviews folgende Empfehlungen formulieren:

Die Expertinnen und Experten betrachten Gesundheitsförderung in Kitas als einen kontinuierlichen, fortlaufenden (Entwicklungs-)Prozess, in dem die Leitungen der Einrichtungen und die pädagogischen Fachkräfte sowohl durch externe als auch durch interne Beratung fachlich begleitet werden. Hierzu führte eine Interviewpartnerin aus:

„Ein solcher Prozess dauert an und muss stetig weiterentwickelt werden. Neue Themen müssen als Bausteine in vorhandene Konzepte eingearbeitet werden und so konzeptioniert und umgesetzt werden, dass Kinder auch langfristig etwas davon mitnehmen.“ (Interview 2)

Um eine kontinuierliche fachliche Begleitung zu gewährleisten, bedarf es eines entsprechenden Stützsystems etwa durch den Ausbau von Fachberatung.

„Da braucht es, glaube ich, wirklich noch ein größeres Support-Unterstützungssystem, was auch wirklich verankert ist rechtlich. Weil Fachberatung ist ja bisher nicht in allen Bundesländern auch gesetzlich vorgeschrieben – vor allem Schulungen für Fachberatungen in dem Bereich.“ (Interview 8)

Andere Arten der fachlichen Begleitung können externe und interne Audits und Qualitätszirkel sein, wobei es hier zum einen um die Verstetigung von Qualitätsentwicklung geht. Zum anderen können externe Audits dazu beitragen, sich einem kritischen Außenblick zu stellen:

„Also ich finde, es muss ersichtlich sein, dass die Kita sich in einem Prozess damit beschäftigt, und nicht nur einmalig damit beschäftigt hat, sondern das regelmäßig tut. Deswegen finde ich es wichtiger, das im QM

wirklich zu verankern und auch über beispielsweise externe Audits durchaus zu hinterfragen: Was machen die da eigentlich? Setzen sie sich wirklich regelmäßig damit auseinander?“ (Interview 8)

Zwar nennen die Expertinnen und Experten Personengruppen, durch die eine fachliche Begleitung erfolgen könnte. Offen bleibt jedoch, wie ein besseres Unterstützungssystem konkret aussehen könnte. So wäre zu fragen, in welcher Form eine externe und interne Begleitung ausgestaltet werden sollte (Coaching, Fortbildungen, Teamentwicklungen, Evaluationen etc.).

Neben der Etablierung von Stützsystemen zur fachlichen Begleitung von Leitungen und Fachkräften sehen die Expertinnen und Experten auch in der Weiterqualifizierung der Fachkräfte im Bereich Gesundheitsförderung eine wichtige Maßnahme.

„Die Qualifikation der Fachkräfte ist das Entscheidende. Da geht es dann um die Ausbildungsinhalte, inwieweit das in der Ausbildung eine Rolle spielt. Da müsste man schauen, ob man Ausbildungen spezialisiert. Es gibt ja auch im Bereich der Inklusion Zusätze oder Doppelausbildungen. So was wäre ja auch denkbar im Bereich Gesundheitsförderung.“ (Interview 4)

Im Hinblick auf Weiterentwicklungsbedarfe fordern die Expertinnen und Experten erneut die konsequente Einbindung der pädagogischen Fachkräfte in alle Prozesse und Neuerungen. Dadurch ist zu erwarten, dass die Akzeptanz für die Neuerungen steigt und pädagogische Fachkräfte auch ihre pädagogische Haltung entsprechend weiterentwickeln können.

„Über eine längere Prozessbegleitung. Also länger heißt mindestens 2 bis 3 Jahre. Wo tatsächlich kontinuierlich daran gearbeitet wird. Mit den Teams zusammen.“ (Interview 3)

Bei voranschreitender Arbeitsverdichtung, wie sie schon in den vorherigen Abschnitten genannt wurde, ist nicht zuletzt eine gute Ausstattung an Ressourcen erforderlich: sowohl für die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen als auch für die Einbindung von Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement-Systemen in die Kitas. Hier sehen die Expertinnen und Experten insbesondere die Träger in der Verantwortung:

„Es braucht mehr Engagement, da können die Kitas nicht alleine gelassen werden. Natürlich auch eine andere Ressourcenausstattung der Einrichtung selber. Und wirklich die Kontinuität von Teams.“ (Interview 8)

Daneben sprechen die Expertinnen und Experten einen Aspekt an, der derzeit die Kita-Landschaft insgesamt stark bewegt, und zwar die Fluktuation in den Kita-Teams. Für die Gestaltung von Organisationsentwicklungsprozessen benötigen Kitas Kontinuität in den Teams. Aufgrund des Fachkräftemangels und einer hohen Fluktuation von Fachkräften innerhalb von Teams bedarf dieser Aspekt besonderer Aufmerksamkeit. Damit einher geht der Bedarf an einer gelingenden Teamkultur und einem guten Teamklima, das nicht nur die Arbeit in der Kita an sich erleichtert, sondern sich auch auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv auswirken dürfte.

„In Bezug auf die Fachkräfte braucht es sehr viel mehr Engagement im Bereich berufliches Gesundheitsmanagement, da brauchen wir die Berufsgenossenschaften, die aktiver sind, Träger, die das Thema mehr auf dem Fokus haben, mehr Ressourcen, Ruhe, Zeit und Kontinuität im Team. Es müssen alle im Team mitgenommen werden, und dafür braucht es Kontinuität.“ (Interview 8)

Einige Expertinnen und Experten äußern den Wunsch nach einer gesetzlichen Verankerung von Gesundheitsförderung, ähnlich wie es derzeit mit dem Thema „Sprache“ in einigen Bundesländern gehandhabt wird. Die Interviewpartnerinnen und -partner sind der Meinung, dass durch die gesetzliche Verankerung auch Unterstützungsleistungen zunehmen und darüber hinaus Kooperationsbeziehungen etwa mit Krankenkassen und anderen externen Expertinnen und Experten gefördert würden. Diese Ansicht verdeutlichen die folgenden Zitate:

„Materielle Unterstützung, zum Beispiel über das Präventionsgesetz von den Kassen, die solche Prozesse auch mit unterstützen. Und da ist meine Erfahrung jetzt aus dem letzten Präventionsforum, dass es da sehr unterschiedliche Herangehens- und Denkweisen gibt, dass wir im pädagogischen Prozess eher offen gestalten und weniger entlang vorgeschriebener und zertifizierter Muster. Es braucht einen Dialog, um einen Kompromiss zu finden, wie man das umsetzen kann, dass es für die Krankenkassen auch finanzierbar ist.“
(Interview 8)

Die Forderung nach einem Dialog aller beteiligten Akteurinnen und Akteure ist dabei von besonderer Bedeutung. Diskussionen über Strategien und Maßnahmen der Unterstützung von Kitas sowie deren Entwicklung sollten demnach mit allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren gemeinsam geführt werden.

Schließlich konstatieren die Expertinnen und Experten auch im Hinblick auf die bestehenden Qualitätsentwicklungsinstrumente und Qualitätsmanagement-Systeme Weiterentwicklungsbedarfe. Diese sollten so aufgebaut sein, dass sie zwar einerseits einen Orientierungsrahmen bieten, andererseits jedoch offen genug sind, um den Einrichtungen Spielraum bei der Ausgestaltung zu lassen. Betont wird dabei die Unterstützung durch den Träger.

„Es ist notwendig, dass QM so formuliert wird, dass die Kita die Freiheit hat, selbst zu gestalten, und dass die Kita strukturell durch den Träger unterstützt wird bei der Umsetzung.“ (Interview 6)

6 Zusammenfassung und Empfehlungen

Bezugnehmend auf die eingangs formulierten Leitfragen lassen sich folgende Ergebnisse sowie Empfehlungen formulieren:

Thematisch-inhaltliche Bezüge zur Gesundheitsförderung in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

Alles in allem zeigt sich bezogen auf die thematisch-inhaltliche Ausrichtung der Gesundheitsförderung eine hohe Übereinstimmung zwischen Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen und Einrichtungskonzeptionen. Die verschiedenen Gesundheitsbereiche tauchen mit ähnlicher Gewichtung auf: Resilienz und sozial-emotionale Entwicklung zählen zu den wichtigsten Gesundheitsbereichen. Ebenfalls in beiden Dokumententypen betont werden übergeordnete pädagogische Prinzipien wie „Partizipation“ oder die „Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse“ der Kinder, wobei diese Prinzipien häufig nicht gesundheitsbereichsspezifisch aufgeschlüsselt sind. Sicherlich erwartungsgemäß angesichts der Orientierung der Qualitätsmanagement-Systeme an der DIN EN ISO 9001-Norm fällt die Fokussierung auf Merkmale der Strukturqualität in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen auf, wohingegen in den Einrichtungskonzeptionen das Verhältnis von Struktur- und Prozessmerkmalen nahezu ausgewogen ist.

Die weitgehende Übereinstimmung zwischen Qualitätshandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen und Einrichtungskonzeptionen deutet darauf hin, dass über Qualitätsentwicklungsinstrumente die Ausrichtung der pädagogischen Arbeit in den Einrichtungen gesteuert werden kann. Es werden jedoch auch Bereiche ersichtlich, die stärker in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen zu berücksichtigen wären, etwa der vergleichsweise geringe Stellenwert von Bewegung oder Entspannung/Stressbewältigung.

Dem gegenüber steht der Befund, wonach in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen Gesundheitsförderung nicht als eigenständiger Qualitätsbereich dargestellt, sondern überwiegend als Teilbereich im Rahmen von kindheits- oder ressourcenspezifischen Indikatoren beschrieben wird. Vor diesem Hintergrund scheint es angezeigt, Gesundheitsbereiche in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen prominenter zu platzieren, gesundheitsbereichsspezifisch auszudifferenzieren und bezogen auf Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität mit Indikatoren zur Umsetzung zu unterlegen (vgl. Abbildung 2). Dies könnte die Etablierung von Gesundheitsförderung in Kitas weiter befördern.

Qualitätsindikatoren werden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen vorrangig auf der Ebene der Strukturmerkmale thematisiert. In den Einrichtungskonzeptionen finden Merkmale der Struktur- und Prozessqualität in der Summe gleichermaßen Berücksichtigung. Differenziert nach

Gesundheitsbereichen lassen sich jedoch deutliche Unterschiede beobachten. Im Hinblick auf die Berücksichtigung von Merkmalen der Struktur- und Prozessqualität ist folglich zu prüfen, inwiefern die verschiedenen Qualitätsdimensionen in angemessener Weise berücksichtigt werden. Die Befunde der Dokumentenanalyse deuten je nach Gesundheitsbereich auf Weiterentwicklungsbedarfe in den Qualitätsdimensionen Raum und Material (Struktur) sowie unterstützende Interaktion und Partizipation (Prozess) hin.

Bezogen auf die Qualifikation des Personals als Merkmal der Strukturqualität zeigt sich, dass gesundheitsbezogene Fort- und Weiterbildungen bislang nur eine marginale Rolle spielen. Es ist davon auszugehen, dass ein Nachholbedarf hinsichtlich gesundheitspezifischer Fort- und Weiterbildungen bei pädagogischen Fachkräften besteht.

Gesundheitsbezogene Zielformulierungen in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen finden sich – dem Dokumententyp entsprechend erwartungsgemäß – zahlreiche Zielformulierungen. Auffällig ist jedoch, dass sowohl in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen als auch in den Einrichtungskonzeptionen gesundheitsbezogene Ziele vergleichsweise selten konkret ausformuliert werden.

Vor diesem Hintergrund wäre es empfehlenswert, eine stärkere explizite Benennung von (gesundheitsbezogenen) Zielen vorzunehmen, an denen sich die Nutzerinnen und Nutzer insbesondere bei der Beschreibung von Anforderungen und Indikatoren orientieren können. Klare Zielformulierungen weisen einen verbindlichen Charakter auf und geben vor, welcher Soll-Zustand vor dem Hintergrund eines gegebenen Ist-Zustands zukünftig erreicht werden soll bzw. welche Ziele im Sinne eines ganzheitlichen und systematischen Qualitätsmanagements umgesetzt werden müssen. Dies ist auch wichtig, wenn Kriterien oder Indikatoren zur Zielüberprüfung formuliert werden sollen.

Kernprozesse zur Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagement-Systemen

In den einrichtungsspezifischen QM-Dokumenten finden sich Hinweise darauf, dass Prozessbeschreibungen dann formuliert werden, wenn diese entweder in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen vorgegeben werden (z. B. Eingewöhnung und Übergang in die Schule) oder es verbindliche, rechtliche Vorgaben für die Erbringung bestimmter Leistungen gibt (z. B. Kinderschutz). Vor diesem Hintergrund ist eine Verankerung der Gesundheitsbereiche (gegebenenfalls als gesundheitsbereichsspezifische Wahlmodule) in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten zu empfehlen. Die Berücksichtigung von Gesundheit als Querschnittsaufgabe erscheint nur dann zielführend, wenn es gelingt, auch diese Querschnittsaufgaben mit entsprechenden Anforderungen, Prozessen und Indikatoren zu unterfüttern.

Bezogen auf die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge konnte eine Vielzahl von Indikatoren identifiziert werden, die aber nicht weiter formalisiert werden und die keine Aussagen über Abläufe, Verfahren und Verantwortlichkeiten beinhalten. Möglicherweise wäre es hilfreich, Prozesse einheitlicher zu gliedern und zu beschreiben, um die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit zu erhöhen und darüber hinaus zur Realisierung überprüfbarer Prozessbeschreibungen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche, Ressourcen und Beurteilungskriterien zu benennen.

Ressourcen zur Leistungsrealisierung für Gesundheitsförderung in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen (personelle, materielle, räumliche, zeitliche Ressourcen)

In den Einrichtungskonzeptionen werden vergleichsweise ausführliche Angaben zu räumlichen und materiellen Ressourcen gemacht. So werden Innen- und Außenbereiche ausführlich beschrieben. Vergleichsweise schmal sind die Angaben zu den personellen Ressourcen. So finden sich zwar häufig Angaben zur Qualifikationsstruktur des Kita-Teams, jedoch keine Angaben zur Anzahl oder dem Arbeitszeitvolumen der pädagogisch Tätigen.

Ressourcen werden in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen zwar überwiegend gefordert bzw. vorausgesetzt, in der Regel werden jedoch keine konkreten Angaben zu einer angemessenen Ressourcenausstattung gemacht. Für Träger und Kitas könnte es hilfreich sein, differenziertere Informationen (gegebenenfalls in Form von Handreichungen) und Indikatoren zu erhalten, welche Ressourcen zur Leistungserbringung zur Verfügung stehen sollten.

Evaluation der Leistungserbringung in den Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

In den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen werden die Begriffe Evaluation und Überprüfung synonym verwendet. Es wird keine einheitliche Terminologie verwendet, was eine systematische Zusammenführung und Clusterung von Evaluationsmethoden und Evaluationsformen erschwert. Unklar bleibt etwa, ob es sich in den Ausführungen um eine Evaluation, die einen differenzierten und systematischen Charakter hat, handelt, oder ob es um weniger standardisierte Formen der Überprüfung wie etwa im Rahmen von Reflexionen in Teambesprechungen geht.

In den Einrichtungskonzeptionen finden sich zum Teil Hinweise auf eine systematische Evaluation des Angebots, und zwar über die Befragung von Eltern/Bezugspersonen und Kindern. Dies scheinen jedoch keine Strategien zu sein, die sich in der Kita-Landschaft bereits etabliert haben. Deutlich häufiger scheint die Überprüfung des Angebots und der Qualität der Arbeit über niedrigschwelligere, weniger standardisierte und insbesondere stärker dialogorientierte Formate wie gemeinsame Reflexionen im Kita-Team, Tür-und-Angel-Gespräche mit Eltern/Bezugspersonen oder Bildungs- und Entwicklungsdokumentation zu laufen. Konkrete Kennzahlen zur Überprüfung der Zielerreichung wurden in lediglich einer Konzeption genannt. Möglicherweise ist dies als Hinweis darauf zu werten, dass in Kitas ein Verständnis des Nutzens von Evaluation zu fördern ist und darüber hinaus Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Etablierung und Entwicklung von Evaluationsformaten besteht.

Bezüge zwischen gesundheitsbezogenen Angeboten für Kinder und der betrieblichen Gesundheitsförderung

Alle Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge benennen das Thema (betriebliche) Gesundheitsförderung. Häufig erfolgt in diesem Zusammenhang der Hinweis, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Maßnahmen, Angebote und Strukturen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt werden sollen. Empfehlenswert wäre es, Angebote und Möglichkeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung weiter auszudifferenzieren, damit Träger und Kitas eine Orientierung erhalten, wie diese umgesetzt werden kann.

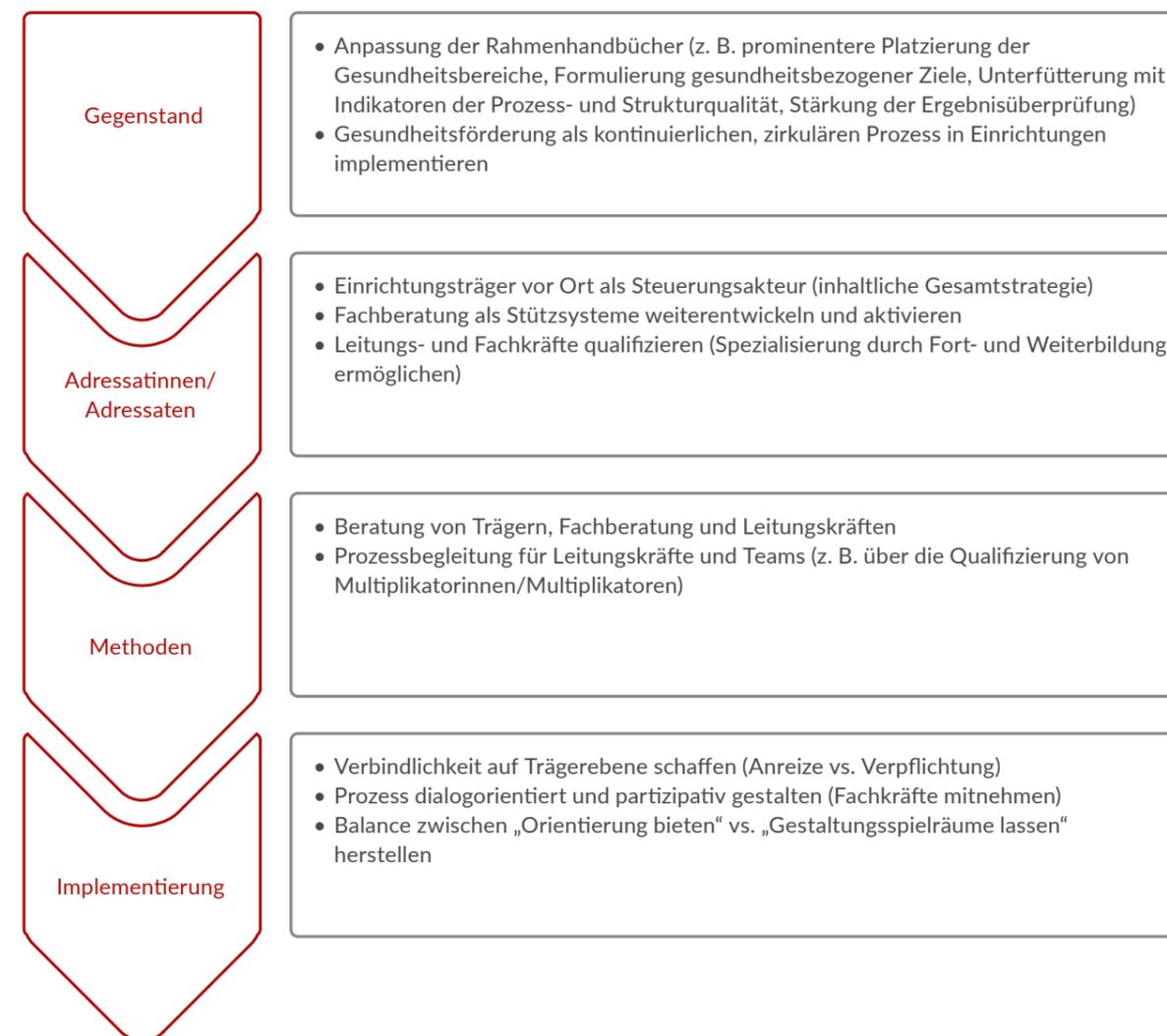
Auffällig ist jedoch, dass der Gesundheitsbereich Entspannung/Stressbewältigung in allen Dokumententypen am seltensten benannt wird, sowohl mit Bezug auf Kinder als auch mit Bezug auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das Wissen über Strategien und Methoden zur Stressbewältigung und Entspannung sind aber wichtige Voraussetzungen zur Gesunderhaltung von Kindern und Fachkräften in den Kitas. Dies scheint bezogen auf die Fachkräfte insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsbelastungen etwa durch Personalmangel, hohe Fluktuation in den Teams und zunehmende Arbeitsverdichtung bedeutsam. Daher wäre es empfehlenswert, diesen Gesundheitsbereich stärker in die Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge einzubeziehen und mit Prozessen und Indikatoren zu unterlegen.

Darüber hinaus fällt auf, dass nur ein Rahmenhandbuch bzw. QM-Kriterienkatalog im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheitsförderung auch Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements explizit als wichtiges Angebot benennt. Auch hier wäre es empfehlenswert, in den Rahmenhandbüchern bzw. QM-Kriterienkatalogen Maßnahmen zur betrieblichen Wiedereingliederung zu benennen, da diese einen Teilbereich der betrieblichen Gesundheitsfürsorge ausmachen (Bundesministerium für Gesundheit, 2019).

Ausblick: Verankerung von Gesundheitsförderung in Qualitätsentwicklungsinstrumenten und Qualitätsmanagement-Systemen

Im Hinblick auf die Implementierung von Gesundheitsförderung in den Qualitätsmanagement-Systemen der Träger bzw. Einrichtungen ist zum einen eine Anpassung der Rahmenhandbücher bzw. QM-Kriterienkataloge angezeigt (vgl. Abbildung 2). Dies allein wird jedoch nicht zu einer flächendeckenden Umsetzung von Gesundheitsförderung im Arbeitsfeld der Kitas führen. Aus Sicht der Expertinnen und Experten gehören sowohl Gesundheitsförderung als auch ein systematisches Qualitätsmanagement noch nicht zum Standardrepertoire von Kitas. Vor diesem Hintergrund stellt sich nicht nur die Frage, wie eine höhere Verbindlichkeit geschaffen werden kann, sondern auch darüber hinaus die Frage, welche Angebote und Leistungen den Implementierungsprozess in den Einrichtungen stützen können und wer diesbezüglich konkret zu adressieren ist. In diesem Zusammenhang ist insbesondere in den Interviews von den Expertinnen und Experten darauf hingewiesen worden, dass die Implementierung von Gesundheitsförderung als ein kontinuierlicher, zirkulärer Prozess zu betrachten ist, der entsprechend begleitet werden muss. Dabei wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Stützsysteme der Kita, etwa Fachberatung, ebenso weiterzuentwickeln sind wie die fachlichen und personalen Kompetenzen (z. B. Haltung) der Leitungen und Fachkräfte, beispielsweise im Rahmen von Fort- und Weiterbildung, oder Strategien der Teamentwicklung. Eine solche Weiterentwicklung müsste aus Sicht der Expertinnen und Experten in zweierlei Hinsicht geschehen, zum einen bezogen auf die Ausgestaltung von Qualitätsmanagement im Allgemeinen und zum anderen bezogen auf die Implementierung von Gesundheitsförderung in diesem Prozess im Besonderen.

Abbildung 2:
Zusammenfassende Darstellung der Empfehlungen zur Implementierung von Gesundheitsförderung in Kitas



Quelle: Kita-QM 2019

Die Frage der Verbindlichkeit ließe sich über Vereinbarungen mit den Trägern auf Länderebene realisieren, etwa nach dem Vorbild der Implementierung der alltagsintegrierten Sprachbildung in Nordrhein-Westfalen. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement in Form von Qualitätsentwicklungsvereinbarungen in den Rahmenverträgen der Länder zu verankern oder durch ein Bundesprogramm bzw. -projekt zu befördern.

Wichtig erscheint im Hinblick auf das Arbeitsfeld der Kitas die Initiierung eines Dialogs, an dem die verschiedenen Steuerungsakteurinnen und -akteure des Systems ebenso beteiligt sind wie die pädagogischen Fachkräfte selbst. Im Rahmen dieses Dialogs wäre hinsichtlich des Transfer-Dilemmas von Qualitätsmanagementsystemen (s. Abschnitt 5.2) auf eine ausgewogene Balance zwischen „Orientierung bieten“ und „Gestaltungsspielräume lassen“ zu achten. Fachkräfte wären in dieser Sichtweise nicht Empfängerinnen oder Empfänger von Maßnahmen, sondern Gestalterinnen und Gestalter. Alle Beteiligten mitzunehmen, scheint insbesondere vor dem Hintergrund von Nachhaltigkeit eine grundlegende Gelingensbedingung.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Tübingen: Dgvt-Verlag.

AOK-Bundesverband. (2016). *AOK-Präventionsbericht: Die Leistungen der AOK – Die Gesundheitskasse in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/hintergrund/dossier/praevention/2__praeventionsbericht_2016_final290316.pdf

Autorengruppe Fachkräftebarometer. (2017). *Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2017. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte*. München: Deutsches Jugendinstitut.

Autorengruppe Fachkräftebarometer. (2019). *Fachkräftebarometer Frühe Bildung 2019. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte*. München: Deutsches Jugendinstitut.

AWO Bundesverband e. V. (2012). *Bundeseinheitliche Qualitätsstandards in Tageseinrichtungen für Kinder und in Kindertagespflege aus Sicht der AWO. Positionspapier*. (Schriftenreihe Theorie und Praxis 2012). Berlin.

AWO Bundesverband e. V. (2014). *Qualitätspolitische Grundlagen der Arbeiterwohlfahrt*. Berlin.

AWO Bundesverband e. V. (2015). *AWO-QM im Überblick*. Berlin.

AWO Bundesverband e. V. (2016). *AWO sind WIR – Grundpositionen der Arbeiterwohlfahrt für die Arbeit in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege*. Berlin.

AWO Bundesverband e. V. (2018). *AWO-Norm Führung und Organisation*. Berlin.

AWO Bundesverband e. V. (2018). *AWO-Norm Kindertageseinrichtungen*. Berlin.

Bertelsmann Stiftung. (2012). *Die gute gesunde Kita gestalten. Referenzrahmen zur Qualitätsentwicklung in der guten gesunden Kita – Für Kita-Träger, Leitungen und pädagogische Mitarbeiter*. Verfügbar unter <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/die-gute-gesunde-kita-gestalten-referenzrahmen/>

Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend. (2017). 15. *Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland*. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/115438/d7ed644e1b7fac4f9266191459903c62/15-kinder-und-jugendbericht-bundestagsdrucksache-data.pdf>

Bundesministerium für Gesundheit. (2010). *Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung*. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Was steckt dahinter?* Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/was-steckt-dahinter.html>

Bundesvereinigung Evangelischer Tageseinrichtungen für Kinder e. V. (BETA) & Diakonisches Institut für Qualitätsentwicklung Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V. (2015). *Bundesrahmenhandbuch. Leitfaden für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems in Tageseinrichtungen für Kinder* (5. Aufl.). Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2013). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Sonderheft 03). Verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf

Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2018). *DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in Tageseinrichtungen für Kinder*. Verfügbar unter <https://www.fitkid-aktion.de/dge-qualitaetsstandard/>

Deutsche Olympische Gesellschaft e. V. (2011). *Kinder bewegen. Bewegungsförderung im Zeichen Olympias*. Frankfurt: Deutsche Olympische Gesellschaft.

Deutsche Sporthochschule Köln, Institut für Bewegungs- und Neurowissenschaft. (2013). *Evaluationsbericht „Anerkannter Bewegungskindergarten mit dem Pluspunkt Ernährung“ (2007–2010)*. Verfügbar unter http://www.bewegungskindergarten-nrw.de/wp-content/uploads/2017/01/Evaluationsbericht_ABmPE_2007_2010.pdf

Diskowski, D. (2008). Bildungspläne für Kindertagesstätten – Ein neues und noch unbegriffenes Steuerungsinstrument. In H.-G. Roßbach & H.-P. Blossfeld (Hrsg.), *Frühpädagogische Förderung in Institutionen* (S. 47–61). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Fischer, S. (2012). Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen. In K. Fröhlich-Gildhoff, J. Becker & S. Fischer (Hrsg.), *Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita* (S. 41–55). Weinheim: Beltz.

Fried, L. (2000). Sexualität in Kindertagesstätten – immer noch ein Tabu?. In H. Colberg-Schrader, D. Engelhardt, D. Höltershinken, K. Neumann & T. Sprey-Wessing (Hrsg.), *KIT. Kinder in Tageseinrichtungen. Ein Handbuch für Erzieherinnen*. Velber: Kallmeyer, S. 413–418. Verfügbar unter <https://www.kindergartenpaedagogik.de/fachartikel/bildungsbereiche-erziehungsfelder/geschlechtsbezogene-erziehung-sexualerziehung/392>

Fröhlich-Gildhoff, K., Becker, J. & Fischer, S. (2012). *Gestärkt von Anfang an. Resilienzförderung in der Kita*. Weinheim: Beltz.

Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2017). Pädagogische Fachkräfte fördern. Resilienz in Kindertageseinrichtungen. In H. von Balussek (Hrsg.), *Professionalisierung der Frühpädagogik: Perspektiven, Entwicklungen, Herausforderungen* (S. 283–294). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.

Geene, R., Richter-Kornewitz, A., Strehmel, P. & Borkowski, S. (2016). Gesundheitsförderung im Setting Kita. Ausgangslage und Perspektiven durch das Präventionsgesetz. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11(4), 230–236. Verfügbar unter https://www.bag-bek.de/fileadmin/user_upload/16-11_ZPG_Setting_Kita.pdf

Gessler, A. & Gruber, V. (2018). Einflussfaktoren auf die Weiterbildungsbeteiligung frühpädagogischer Fachkräfte. Eine empirische Analyse. *Der Pädagogische Blick*, 26(3), 150–162.

GKV-Spitzenverband. (2018). *Leitfaden Prävention nach § 20 Abs. 2 SGB V und Leitfaden Prävention nach § 5 SGB XI*. (Online nur noch als aktualisierte Fassung vom Dezember 2020 verfügbar unter https://gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praevention_2020_barrierefrei.pdf)

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

Herrmann, J. & Fritz, H. (2011). *Qualitätsmanagement*. München: Hanser.

Institute of Medicine (1988). *The future of Public Health*. Washington: National Academies Press.

Kivi e. V. (2015). *Kita vital. Evaluation 2011–2014. Abschlussbericht*. Verfügbar unter https://www.kivi-ev.de/images/kitavital/downloads/Evaluation_2-1_Doppelseiten_kurz.pdf

Kivi e. V. (2019). *Jahresbericht 2019*. Verfügbar unter https://www.kivi-ev.de/images/mil/downloads/Jahresbericht_2019.pdf

Knauf, T., Düx, G. & Schlüter, D. (2007). *Handbuch Pädagogische Ansätze: Praxisorientierte Konzeptions- und Qualitätsentwicklung in Kindertageseinrichtungen*. Berlin: Cornelsen.

Koglin, U. & Petermann, F. (2013). *Verhaltenstraining im Kindergarten. Ein Programm zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesign und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS.

Lasson, A., Ulbrich, C. & Tietze, W. (2009). *Evaluierung des Pilotprojektes gesunde kitas – starke kinder. Abschlussbericht*. Verfügbar unter https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/KiCo_-_Kita-Coaches_IN_FORM/Abschlussbericht_des_Projekts.pdf

Mayer, H., Heim, P., Peter, C. & Scheithauer, H. (2016). *Theorie und Grundlagen. Ein Programm für Kindertagesstätten zur Prävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention* (4. Aufl.). Augsburg: Papilio-Verlag.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Maywald, J. (2013). *Kinderschutz in der Kita. Ein praktischer Leitfaden für Erzieherinnen und Erzieher*, Freiburg i. Br.: Herder.

Merchel, J. (2013). *Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit: Eine Einführung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Merchel, J. (2015). *Management in Organisationen der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Weinheim: Beltz.

Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt. (2017). *Ernährung und Bewegung: Projekte und Angebote für eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung an Kitas und Schulen in Sachsen-Anhalt*. Verfügbar unter https://www.aeksa.de/files/15DC5939466/Ern%C3%A4hrung_Bewegung_WEB.pdf

Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. (2015). *Referenzrahmen Schulqualität NRW*. (Schule in NRW Nr. 9051). Verfügbar unter https://www.schulentwicklung.nrw.de/e/upload/referenzrahmen/download/Referenzrahmen_Veroeffentlichung.pdf

Neuß, N., & Daum, J. (2016). *Frühe Kindheit. Grundwissen Elementarpädagogik: Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (3. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

Der Paritätische Gesamtverband. (2018). *PQ-Sys®. Das Paritätische Qualitätssystem. Der Paritätische und SQ Cert. Starke Partner im Qualitätsmanagement*. Verfügbar unter https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Service/Qualitaet-und-Management/doc/PQ-Sys-Broschuere-2018.pdf

Der Paritätische Gesamtverband. (2019). *Qualitäts-Check PQ-Sys® Auszug Qualitätsbereich Betriebliche Sicherheit* (Rev. 05, Ausgabe November 2019).

Der Paritätische Wohlfahrtsverband Hamburg e. V. (2018). *Qualitäts-Check PQ-Sys® Kindertageseinrichtungen Hamburg QB 07. Bei uns wird Gesundheit großgeschrieben* (Ausgabe 04/2018). Hamburg.

Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (2007). *Gesunde Kitas. Starke Kinder. Ganzheitliche Gesundheits- und Bildungsförderung in KiTas. Einführung und Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte*. Verfügbar unter https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/projektarchiv/gesunde_kitas_starke_kinder/Arbeitshilfe_gesunde_kita_-_starke_kinder_web.pdf

Plattform Ernährung und Bewegung e. V. (2015). *Schritt für Schritt zur gesundheitsfördernden Kita. Praxis-Leitfaden für pädagogische Fachkräfte*. Verfügbar unter https://www.pebonline.de/fileadmin/pebonline/Projekte/KiCo_-_Kita-Coaches_IN_FORM/KiCo-Praxis-Leitfaden.pdf

Richter-Kornewitz, A. & Altgeld, T. (2010). *Gesunde Kita für alle! Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätte*. Verfügbar unter https://www.in-form.de/fileadmin/Dokumente/Materialien/Leitfaden_Gesundheitsfoerderung_Kita.pdf

Robert Koch-Institut. (2014). *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Wichtige Ergebnisse der ersten Folgebefragung (KiGGS Welle 1)*. Verfügbar unter https://www.kiggs-studie.de/fileadmin/KiGGS-Dokumente/KiGGS1_Zusammenfassung_20140623.pdf

Rolfes, K. & Hartmann, S. (2015). „Pssst ...! Wenn ich will, ist alles um mich still ...“ – mit Kindern vergnügt zur Ruhe finden. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegungschancen bilden* (S. 263–270). Schorndorf: Hofmann.

Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2014). *Resilienz im Kita Alltag. Was Kinder stark und widerstandsfähig macht*. Freiburg i. Br.: Herder.

Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. *Das Gesundheitswesen*, 57, 140–144.

Rosenbrock, R. (2017). *Gesundheit und Selbstbestimmung*. (Vortrag vor der Psychotherapeuten-kammer NRW, Tag der seelischen Gesundheit 2017 Neuss, 4. Oktober 2017). Verfügbar unter <https://docplayer.org/127587202-Gesundheit-und-selbstbestimmung.html>

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.

Roth, K. & Hebestreit, H. (2011). Ein PAKT für gesunde Entwicklung von Kindergartenkindern. Prävention durch Aktivität im Kindergarten. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Gesund aufwachsen in Kita, Schule, Familie und Quartier. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung* (Bd. 41, S. 48–51). Köln: BZgA.

Roux, S., & Sechtig, J. (2018). Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen. In T. Schmidt, & W. Smidt (Hrsg.), *Handbuch empirische Forschung in der Pädagogik der frühen Kindheit* (S. 231–247). Münster, New York: Waxmann.

Schelle, R. (2017). Qualität und Qualitätsentwicklung in Kitas. In S. Skalla (Hrsg.), *Handbuch für die Kita-Leitung*. Köln: Wolters Kluwer/Carl Link.

Schmidt, A. (2015). Wie viel und welche Bewegung brauchen Kinder, um gesunde Erwachsene zu werden? In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegungschancen bilden* (S. 341–345). Schorndorf: Hofmann.

Schwarz, R. (2018). Förderung von Bewegung. In T. Schmidt & W. Smidt (Hrsg.), *Handbuch empirische Forschung in der Pädagogik der frühen Kindheit* (S. 249–272). Münster, New York: Waxmann.

Sportjugend im Landessportbund Nordrhein-Westfalen e. V. (2016). *NRW bewegt seine Kinder. GÜTESIEGEL: Anerkannter Bewegungskindergarten des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen e. V. Leitfaden für die pädagogische Schwerpunktsetzung „Bewegungsförderung“ in Kindertageseinrichtungen*. (online nicht mehr verfügbar)

Statistisches Bundesamt. (2018). *Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2017*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderhilfe-Jugendhilfe/_inhalt.html

Statistisches Bundesamt. (2019). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2019*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Strätz, R. (2019). *Das große Handbuch Qualitätsmanagement in der Kita*. Köln: Carl Link.

Tietze, W., Viernickel, S., Dittrich, I., Grenner, K., Hanisch, A. & Marx, J. (2016). *Pädagogische Qualität in Tageseinrichtungen für Kinder* (5. Aufl.). Weimar: Verlag das Netz.

Ungerer-Röhrich, U. (2019). *Bewegte Kita. QueB – Qualität entwickeln mit und durch Bewegung*. Verfügbar unter <https://www.queb.bayern/>

Valentien, S. (2016). *Sozioemotionale Förderung in der Kita. Vom Projektleitfaden zum Qualitätsmerkmal*. Verfügbar unter https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen//KiTaFT_Valentien_2016-SozioemotionaleFoerderungKita.pdf

Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder (KTK) – Bundesverband e. V. (2019). *KTK-Gütesiegel: Bundesrahmenhandbuch* (5. Aufl.). Freiburg i. Br.

Viernickel, S., Fuchs-Rechlin, K., Strehmel, P., Preissig, C., Bense, J. & Haug-Schnabel, G. (2016). *Qualität für alle. Wissenschaftlich begründete Standards für die Kindertagesbetreuung*. Freiburg i. Br.: Herder.

Voss, A. & Viernickel, S. (2016). *Gute Gesunde Kita: Bildung und Gesundheit in Kindertageseinrichtungen*. (Prävention in NRW Nr. 68). Verfügbar unter http://m.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_68.pdf

Wanzeck-Sielert, C. (2005). Sich selbst entdecken und sinnlich erfahren: Sexualpädagogik in der KiTa. *Kindergarten heute*, 35(2), 6–12. Verfügbar unter <https://www.herder.de/kiga-heute/fachmagazin/archiv/2005-35-jg/2-2005/sich-selbst-entdecken-und-sinnlich-erfahren-sexualpaedagogik-in-der-kita/>

Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Genf: WHO. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Weltgesundheitsorganisation. (1994). *Life skills education in schools*. Genf: WHO.

Weltgesundheitsorganisation. (2004). *Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten* (2. Ausgabe). Verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/publications/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>

Wustmann, C. (2004). Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. In W. E. Fthenakis (Hrsg.), *Beiträge zur Bildungsqualität*. Weinheim: Beltz.

Wustmann, C. (2005). Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 51, 192–206. Verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2011/4748/pdf/ZfPaed_2005_2_Wustmann_Blickrichtung_Resilienzforschung_D_A.pdf

Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik. Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 350–359). Wiesbaden: VS.

Zimmer, R. (2014). *Bewegte Sprache. Sprachförderung durch Bewegung* (2. Aufl.). Freiburg: Herder.

Zirolì, S. (2015). Professionelles Handeln im Elementarbereich: Wie Spiel- und Bewegungsangebote in der Praxis begleitet werden. In I. Hunger & R. Zimmer (Hrsg.), *Bewegungschancen bilden* (S. 58–71). Schorndorf: Hofmann.

Verzeichnis der Bildungspläne

Baden-Württemberg

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. (2011). *Orientierungsplan für Bildung und Erziehung in baden-württembergischen Kindergärten und weiteren Kindertageseinrichtungen*. Verfügbar unter http://kindergaerten-bw.de/site/pbs-bw-new/get/documents/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/Projekte/kindergaerten-bw/Oplan/Material/KM-KIGA_Orientierungsplan_2011.pdf

Bayern

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen/Staatsinstitut für Frühpädagogik München. (2016). *Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung* (7. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

Berlin

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft. (2014). *Berliner Bildungsprogramm für Kitas und Kindertagespflege*. Berlin: Verlag das Netz. Verfügbar unter <https://www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-fuer-Kitas-2027-de.html>

Brandenburg

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg & LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Brandenburg. (2011). *Grundsätze elementarer Bildung in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung im Land Brandenburg*. Verfügbar unter <https://mbjs.brandenburg.de/media/lbm1.c.312232.de>

Bremen

Freie Hansestadt Bremen, Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen. (2012). *Rahmenplan für Bildung und Erziehung im Elementarbereich*. Verfügbar unter https://www.bildungsserver.de/onlineressource.html?onlineressourcen_id=28855

Hamburg

Freie und Hansestadt Hamburg. (2012). *Hamburger Bildungsempfehlungen für die Bildung und Erziehung von Kindern in Tageseinrichtungen* (2., überarb. Aufl.). Hamburg. Verfügbar unter <https://www.hamburg.de/contentblob/118066/2a650d45167e815a43999555c6c470c7/data/bildungsempfehlungen.pdf>

Hessen

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. (2010). *Kinder in den ersten drei Lebensjahren: Was können sie, was brauchen sie? Eine Handreichung zum Hessischen Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0-10 Jahren*. Verfügbar unter https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/2014-03-00_hanreichung_0-3_internet.pdf

Mecklenburg-Vorpommern

Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur Mecklenburg-Vorpommern. (2011). *Bildungskonzeption für 0- bis 10-jährige Kinder in Mecklenburg-Vorpommern*. Verfügbar unter <https://www.bildung-mv.de/fruehkindliche-bildung/bildungskonzeption-fuer-0-bis-10jaehrige/>

Niedersachsen

Niedersächsisches Kultusministerium. (2018). *Orientierungsplan für Bildung und Erziehung, Gesamtausgabe*. Hannover. Verfügbar unter https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/fruehkindliche_bildung/orientierungsplan/orientierungsplan-fuer-bildung-und-erziehung-86998.html

Nordrhein-Westfalen

Ministerium für Familie, Kinder, Jugend Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen. (2016). *Bildungsgrundsätze für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Kindertagesbetreuung und Schulen im Primarbereich in Nordrhein-Westfalen*. Freiburg: Herder. (Online nur noch als aktualisierte Ausgabe 2018 verfügbar unter https://www.landesverband-kindertagespflege-nrw.de/media/20191217_big_pdf.pdf)

Rheinland-Pfalz

Ministerium für Bildung Rheinland-Pfalz. (2018). *Bildungs- und Erziehungsempfehlungen für Kindertagesstätten in Rheinland-Pfalz* (4. Aufl.). Berlin: Cornelsen.

Saarland

Ministerium für Bildung und Kultur Saarland. (2018). *Bildungsprogramm mit Handreichungen für saarländische Krippen und Kindergärten*. Weimar: Verlag das Netz. Verfügbar unter https://www.saarland.de/SharedDocs/Downloads/DE/mbk/Bildungsserver/Bildungsprogramm/Bildungsprogramm_mit_Handreichungen_zur_Ansicht.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Sachsen

Staatsministerium für Kultus. (2011). *Der Sächsische Bildungsplan – ein Leitfaden für pädagogische Fachkräfte in Krippen, Kindergärten und Horten sowie für Kindertagespflege*. Weimar: Verlag das Netz. Verfügbar unter <https://www.kita-bildungsserver.de/downloads/download-starten/?did=37>

Sachsen-Anhalt

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. (2013). *Bildungsprogramm für Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Bildung: elementar – Bildung von Anfang an. Fortschreibung 2013*. Weimar: Verlag das Netz. Verfügbar unter https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/Presse_Dialog_Kita/2014/bildungsprogramm_2014.pdf

Schleswig-Holstein

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein. (2012). *Erfolgreich starten. Leitlinien zum Bildungsauftrag in Kindertageseinrichtungen*. (Online nur noch als aktualisierte Ausgabe 2020 verfügbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Kita/BildungsleitlinienDeutsch.pdf;jsessionid=9EDA2D2E711C35FBE679899CFD87AF4E.delivery2-master?__blob=publicationFile&v=8)

Thüringen

Thüringer Ministerium für Bildung, Jugend und Sport. (2019). *Thüringer Bildungsplan bis 18 Jahre*. Weimar: Verlag das Netz. Verfügbar unter https://bildung.thueringen.de/fileadmin/bildung/bildungsplan/thueringer_bildungsplan_18_dasnetz.pdf

Thüringer Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur. (2010). *Thüringer Bildungsplan für Kinder bis 10 Jahre*. Weimar, Berlin: Verlag das Netz.

Anhang

Kategoriensystem der Analyse (Referenzrahmen)

A. Strukturmerkmale der Einrichtungen

Dimension	0.1 Dokumentenart	0.2 Regionale Lage	0.3 Strukturelle Einbindung	0.4 Rahmenbedingungen	0.5 Ausrichtung auf Gesundheitsförderung
Kriterium	0.1.1 Konzeption 0.1.2 QM-Handbuch 0.1.3 Leitbild 0.1.4 Prozessbeschreibung 0.1.5 Sonstiges 0.1.6 Kurzfragebogen 0.1.7 Verfasser*in 0.1.8 Jahr der Erstellung 0.1.9 Länge des Dokuments	0.2.1 Bundesland 0.2.2 Sozialraum	0.3.1 Träger der Einrichtung 0.3.2 QM- System	0.4.1 Pädagogische Ausrichtung 0.4.2 Anzahl der Kinder 0.4.3 Anzahl der Fachkräfte 0.4.4 Leitungsfreistellung (freigestellt, teilweise freigestellt, nicht freigestellt) 0.4.5 Gruppenstruktur (offen, teiloffen, nicht offen) 0.4.6 Externe Kooperationen/Vernetzung 0.4.7 Weltanschauliche Ausrichtung/Werte	0.5.1 Allgemeine Gesundheitsförderung in der Konzeption/QM-Materialien/Leitbildern 0.5.2 Bezug zu Bildungsplänen/wissenschaftlichen Standards/gesetzlichen Grundlagen 0.5.3 Förderung der Kindergesundheit 0.5.4 Förderung der Familiengesundheit 0.5.5 Förderung der Gesundheit der Fachkräfte
Indikatoren	...	...	...	...	...

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)

Inhaltsebene: 1. Bewegung, 2. Ernährung, 3. Körper/Sexualität, 4. Entspannung/Stressbewältigung, 5. Sozial-emotionale Entwicklung, 6. Resilienz

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen			Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen					
Dimension	1.1 Planungsstruktur	1.2 Raumstruktur	1.3 Materialstruktur		1.4 Qualifikationsstruktur	1.5 Kooperationsstruktur	1.6 Interaktionsprozess	1.7 Partizipationsprozess	1.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	1.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	1.2.1 Innenräume	1.3.1 Angebot an pädagogischem Material		1.4.1 Förderprogramme	1.5.1 Interne Kooperation mit Familien/Bezugspersonen	1.6.1 Beobachtung und Dokumentation	1.7.1 Einbeziehung Kinder in Entscheidungsprozesse	1.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	1.1.2 Pädagogische Inhalte	1.2.2 Außenräume	1.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		1.4.2 Zertifizierungen		1.6.2 Kommunikation	1.7.2 Einbeziehung der Familien/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	1.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				1.4.3 Zusatzqualifikationen		1.6.3 Unterstützende Interaktion		
Indikatoren	...	...	...		...	...	...	...	...

C. Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität

Dimension	7.1 Assessment	7.2 Umsetzungsbedingungen: Policy formulation, assurance, implementation		7.3 Evaluation	7.4 Re-Assessment
Kriterium	7.1.1 Feststellungsverfahren	7.2.1 Zuständigkeiten		7.3.1 Evaluation	7.4.1 Reflexion
		7.2.2 Ressourcen		7.3.2 Zertifizierung	7.4.2 Weiterentwicklung
		7.2.3 Zielklärung/Konzeption/QM-Materialien/Leitbilder			
		7.2.4 Qualitätsbegriff und -kriterien			
		7.2.5 Prozessbeschreibungen			
Indikatoren	...	...		...	...

A. Strukturmerkmale der Einrichtungen

Dimension	0.1 Dokumentenart	0.2 Regionale Lage		0.3 Strukturelle Einbindung	0.4 Rahmenbedingungen	0.5 Ausrichtung auf Gesundheitsförderung
Kriterium	0.1.1 Konzeption 0.1.2 QM-Handbuch 0.1.3 Leitbild 0.1.4 Prozessbeschreibung 0.1.5 Mantelhandbücher 0.1.6 Kurzfragebogen 0.1.7 Sonstiges 0.1.8 Verfasser*in des Dokuments 0.1.9 Jahr der Entstehung 0.1.10 Länge des Dokuments	0.2.1 Bundesland 0.2.2 Sozialraum		0.3.1 Träger der Einrichtung 0.3.2 QM-System	0.4.1 Pädagogische Ausrichtung 0.4.2 Anzahl der Kinder 0.4.3 Anzahl der Fachkräfte 0.4.4 Leitungsfreistellung (freigestellt, teilweise freigestellt, nicht freigestellt) 0.4.5 Gruppenstruktur (offen, teiloffen, nicht offen) 0.4.6 Externe Kooperation/Vernetzung 0.4.7 Weltanschauliche Ausrichtung/Werte	0.5.1 Gesundheitsförderung in der Konzeption/QM-Materialien/Leitbildern 0.5.2 Bezug zu Bildungsplänen/wissenschaftlichen Standards/gesetzlichen Grundlagen 0.5.3 Förderung der Kindergesundheit 0.5.4 Förderung der Familiengesundheit 0.5.5 Förderung der Gesundheit der Fachkräfte
Indikatoren	...	...		0.3.1.1 AWO 0.3.1.2 Caritas 0.3.1.3 Diakonie 0.3.1.4 DRK 0.3.1.5 Paritätär 0.3.1.6 Sonstige	0.4.1.1 Die Kita ist eine Integrationskita. 0.4.1.2 Die Kita ist eine Gesundheitskita. 0.4.1.3 Die Kita ist eine Bewegungskita. 0.4.1.4 Sonstige Ausrichtung 0.4.6.1 Andere Kitas 0.4.6.2 Grundschulen 0.4.6.3 Gesundheits- und Jugendamt 0.4.6.4 Ärzte 0.4.6.5 Therapeuten 0.4.6.6 Sportvereine 0.4.6.7 Beratungseinrichtungen 0.4.6.8 Kinderschutzfachkraft 0.4.6.9 Krankenkassen 0.4.6.10 Sonstige 0.4.7.1 Die Kita definiert weltanschauliche Ausrichtung/Werte/ethische Grundsätze.	0.5.1.1 Die Gesundheitsförderung wird in der Konzeption/QM-Materialien/Leitbildern genannt. 0.5.2.1 Die Konzeption/QM-Materialien/Leitbilder beziehen sich auf die Bildungspläne/die wissenschaftlichen Standards/gesetzliche Grundlagen/QM-Handbücher. 0.5.3.1 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder über 3. 0.5.3.2 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder unter 3. 0.5.3.3 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Kinder unter und über 3. 0.5.4.1 Gesundheitsförderung bezieht sich auf Familien/Bezugspersonen. 0.5.4.2 Familien/Bezugspersonen werden gefördert bzw. informiert. 0.5.5.1 Es gibt Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung. 0.5.5.2 Es werden Angebote zur Supervision/Fort- und Weiterbildung genutzt/Angebote sind vorhanden. 0.5.5.3 Es gibt Angebote zur Förderung des sozialen Betriebsklimas (z. B Betriebsausflüge, Veranstaltungen nur für die Beschäftigten, gemeinsame Renovierung).

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)

Inhaltsebene: 1. Bewegung

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen			Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen					
Dimension	1.1 Planungsstruktur	1.2 Raumstruktur	1.3 Materialstruktur		1.4 Qualifikationsstruktur	1.5 Kooperationsstruktur	1.6 Interaktionsprozess	1.7 Partizipationsprozess	1.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	1.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	1.2.1 Innenräume	1.3.1 Angebot an pädagogischem Material		1.4.1 Förderprogramme	1.5.1 Interne Kooperation mit Familien/Bezugspersonen	1.6.1 Beobachtung und Dokumentation	1.7.1 Einbeziehung Kinder in Entscheidungsprozesse	1.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	1.1.2 Pädagogische Inhalte	1.2.2 Außenräume	1.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		1.4.2 Zertifizierungen		1.6.2 Kommunikation	1.7.2 Einbeziehung der Familien/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	1.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				1.4.3 Zusatzqualifikationen		1.6.3 Unterstützende Interaktion		
Indikatoren	1.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Bewegungsförderung wird in der Konzeption genannt. 1.1.1.2 Bewegungsaktivitäten werden im Team abgestimmt und koordiniert.	1.2.1.1 Es gibt großzügige (und gut erreichbare) Innenbereiche. 1.2.1.2 Räume regen die Bewegung an. 1.2.1.3 Es gibt (frei-zugängliche) Bewegungsräume	1.3.1.1 Es werden unterschiedliche Bewegungsmaterialien genutzt. 1.3.1.2 Es werden Groß- und Kleingeräte verwendet. 1.3.1.3 Bewegungslandschaften und Baustellen können gebaut werden.		1.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Bewegung teil.	1.5.1.1 Fachkräfte informieren Familien/Bezugspersonen über Bewegung	1.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das individuelle Bewegungsverhalten der Kinder.	1.7.1.1 Kinder werden an Entscheidungen über das Bewegungsangebot beteiligt. 1.7.1.2 Bewegungssituationen werden gemeinsam gestaltet und initiiert. 1.7.1.3 Alle Kinder können an den Bewegungsangeboten teilnehmen.	1.8.1.1 Unterschiedliche Bewegungsbedürfnisse werden berücksichtigt. 1.8.1.2 Kinder haben stets eine Möglichkeit ihren individuellen Bewegungsdrang auszuleben. 1.8.1.3 Die Teilnahme an Bewegungsangeboten ist freiwillig.
	1.1.2.1 Die Planung berücksichtigt die Bewegungsbedürfnisse der Kinder. 1.1.2.2 Es werden Projekte/Veranstaltungen zum Thema Bewegung geplant. 1.1.2.3 Bewegungsaktivitäten sind regelmäßig in die Tages- oder Wochenpläne integriert.	1.2.2.1 Es gibt großzügige (und gut erreichbare) Außenbereiche. 1.2.2.2 Das Außengelände ermöglicht unterschiedliche Arten von Bewegung (z. B. Laufen, Krabbeln, Sitzen). 1.2.2.3 Es finden Ausflüge, Bewegungsangebote außerhalb der Einrichtung statt.	1.3.2.1 Materialien können zweckentfremdet werden. 1.3.2.2 Regenfeste Bekleidung ist vorhanden/wird mitgebracht.		1.4.2.1 Kita ist als Bewegungskita zertifiziert.		1.6.2.1 Es wird mit den Kindern über Bewegung gesprochen.	1.7.2.1 Familien/Bezugspersonen werden bei Bewegungsangeboten oder deren Planung beteiligt.	1.8.1.4 Fachkräfte unterstützen kleinere und bewegungsärmere Kinder.
	1.1.3.1 Familien werden Informationen zum Bewegungsangebot der Kita zur Verfügung gestellt.				1.4.3.1 Fachkräfte haben Zusatzqualifikationen zur Bewegungsförderung (z. B. Kita in Bewegung, Kinderfitness,...) oder Bewegungspädagogischer (Zusatz-) Ausbildung (z. B. Motopädie).		1.6.3.1 Es gibt unterschiedliche Begleitungsintensitäten. 1.6.3.2 Fachkräfte stellen Bewegungsvorbilder dar. 1.6.3.3 Kinder werden bei Bedarf bei der Bewegung unterstützt.		

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)**Inhaltsebene: 2. Ernährung**

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen			Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen					
Dimension	2.1 Planungsstruktur	2.2 Raumstruktur	2.3 Materialstruktur		2.4 Qualifikationsstruktur	2.5 Kooperationsstruktur	2.6 Interaktionsprozess	2.7 Partizipationsprozess	2.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	2.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	2.2.1 Innenräume	2.3.1 Angebot an pädagogischem Material		2.4.1 Förderprogramme	2.5.1 Interne Kooperation mit Familien/Bezugspersonen	2.6.1 Beobachtung und Dokumentation	2.7.1 Einbeziehung Kinder in Entscheidungsprozesse	2.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	2.1.2 Pädagogische Inhalte	2.2.2 Außenräume	2.3.2 Nutzung der Materialien		2.4.2 Zertifizierungen		2.6.2 Kommunikation	2.7.2 Einbeziehung der Familien/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	2.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				2.4.3 Zusatzqualifikationen		2.6.3 Unterstützende Interaktion		
Indikatoren	2.1.1.1 Ernährungsförderung (ggf. nach DGE Standards) wird genannt. 2.1.1.2 Es gibt feste Essenszeiten-Zeiträume sowie klar definierte „essensfreie“ Zeiten. 2.1.1.3 Die Mischung aus den Lebensmittelgruppen ist gesund und ausgewogen.	2.2.1.1 Tische/Stühle stehen in geeigneter Höhe/Größe zur Verfügung. 2.2.1.2 Es gibt einen festen Essensplatz/Raum. 2.2.1.3 Es ist ausreichend Platz vorhanden. 2.2.1.4 Die Atmosphäre ist gemütlich.	2.3.1.1 Es gibt eine warme Mahlzeit am Tag. 2.3.1.2 Das Getränkeangebot ist jederzeit verfügbar und frei zugänglich. 2.3.1.3 Die Mahlzeiten sind abwechslungsreich und appetitlich.		2.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Ernährung teil.	2.5.1.1 Fachkräfte informieren die Familien/Bezugspersonen zum Thema Ernährung.	2.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das Essverhalten der Kinder.	2.7.1.1 Es gibt gemeinsame Entscheidungen über die Ausgestaltung der Essenssituationen. 2.7.1.2 Kinder beteiligen sich an der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten (inklusive Einkaufen). 2.7.1.3 Es wird gemeinsam gegessen. 2.7.1.4 Es finden gemeinsame Projekte zu Ernährung statt.	2.8.1.1 Fachkräfte berücksichtigen Kinder mit ihren individuellen Bedürfnissen und Besonderheiten (Allergien). 2.8.1.2 Die Dauer der Mahlzeit ist an individuellen Bedürfnissen ausgerichtet. 2.8.1.3 Es gibt Wahlmöglichkeiten bei den Mahlzeiten. 2.8.1.4 Fachkräfte unterstützen die Kinder nach Bedarf bei den Mahlzeiten.
	2.1.2.1 Es werden Projekte zu Ernährung angeboten.	2.2.2.1 Mahlzeiten sind im Freien möglich.			2.4.2.1 Kita besitzt ein Zertifikat zu Ernährung (Fit Kid).		2.6.2.1 Es finden Dialoge während des Essens bzw. über Speisen/Ernährung statt. 2.6.2.2 Fachkräfte sind Vorbilder im Bereich Ernährung.	2.7.2.1 Familien/Bezugspersonen werden beim Thema Ernährung und/oder an Ernährungsaktivitäten beteiligt.	2.8.1.5 Kinder können sich selbstständig bedienen. 2.8.1.6 Kinder müssen nicht aufessen.
	2.1.3.1 Familien/Bezugspersonen werden Informationen zum Ernährungsangebot der Kita zur Verfügung gestellt.				2.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich Ernährung.		2.6.3.1 Kinder werden angeregt Speisen zu probieren. 2.6.3.2 Kinder werden auf Unterschiede in Geschmack, Geruch, Konsistenz aufmerksam gemacht.		

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)**Inhaltsebene: 3. Körper/Sexualität**

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen				Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen				
Dimension	3.1 Planungsstruktur	3.2 Raumstruktur	3.3 Materialstruktur		3.4 Qualifikationsstruktur	3.5 Kooperationsstruktur	3.6 Interaktionsprozess	3.7 Partizipationsprozess	3.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	3.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	3.2.1 Innenräume	3.3.1 Angebot an pädagogischem Material		3.4.1 Förderprogramme	3.5.1 Interne Kooperation mit Familien/ Bezugspersonen	3.6.1 Beobachtung und Dokumentation	3.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse	3.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	3.1.2 Pädagogische Inhalte	3.2.2 Außenräume	3.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		3.4.2 Zertifizierungen		3.6.2 Kommunikation	3.7.2 Einbeziehung der Familien/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	3.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				3.4.3 Zusatzqualifikationen		3.6.3 Unterstützende Interaktion		

Indikatoren	<p>3.1.1.1 Der altersentsprechende Umgang mit Körper/Sexualität/Hygiene wird in der Konzeption genannt.</p> <p>3.1.1.2 Ein sexualpädagogisches Handlungskonzept liegt vor.</p> <p>3.1.1.3 Körperpflege wird mit wertschätzender Grundhaltung begleitet.</p> <p>3.1.1.4 Es wird zu einem positiven Körperbild angeregt.</p> <p>3.1.1.5 Schutz vor körperlicher Gewalt/körperlichem Schaden wird in der Konzeption genannt.</p>	<p>3.2.1.1 Gruppenräume sind angemessen temperiert und belüftet.</p> <p>3.2.1.2 Sanitäre Anlagen sind leicht zu erreichen.</p> <p>3.2.1.3 Räumlichkeiten bieten Rückzugsmöglichkeiten.</p> <p>3.2.1.4 Es stehen Räume für erkrankte Kinder zur Verfügung.</p>	<p>3.3.1.1 Es wird ein (altersangemessenes) Angebot an Materialien der Körperhygiene bereitgestellt.</p> <p>3.3.1.2 Es werden Spiegel verwendet.</p> <p>3.3.1.3 Das Thema Sexualität wird mit altersentsprechenden Materialien unterstützt.</p>		<p>3.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Körper/Sexualität teil.</p>	<p>3.5.1.1 Fachkräfte informieren die Familien/Bezugspersonen zum Thema Körperpflege/Sexualität.</p>	<p>3.6.1.1 Fachkräfte beobachten und dokumentieren das Gesundheitsbefinden und die körperliche Entwicklung der Kinder.</p> <p>3.6.1.2 Fachkräfte achten auf die Körperpflege der Kinder.</p> <p>3.6.1.3 Gesundheitliche Auffälligkeiten (körperlich) werden beobachtet/dokumentiert.</p>	<p>3.7.1.1 Regeln für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen bezogen auf den Körper werden mit den Kindern erstellt.</p> <p>3.7.1.2 Regeln für die Benutzung der Sanitärräume werden mit den Kindern erstellt.</p> <p>3.7.1.3 Kinder werden für körperliche Selbstbestimmung und die Setzung ihrer Grenzen sensibilisiert.</p>	<p>3.8.1.1 Es wird Augenmerk auf die größtmögliche Eigenständigkeit in der Körperpflege gelegt.</p> <p>3.8.1.2 Kinder werden je nach Bedarf bei der Körperpflege begleitet.</p> <p>3.8.1.3 Die unterschiedlichen körperlichen Konstitutionen werden berücksichtigt.</p>
	<p>3.1.2.1 Es gibt Anlässe der Körperwahrnehmung.</p> <p>3.1.2.2 Es gibt Anlässe der Sinneswahrnehmung.</p> <p>3.1.2.3 Die Körperpflege wird gewährleistet.</p> <p>3.1.2.4 Die Aufsichtspflicht wird gewährleistet.</p>	<p>3.2.2.1 Außenbereich stellt Spielgeräte zur Körperwahrnehmung zur Verfügung.</p>			<p>3.4.3.1 Fachkräfte nehmen an Zusatzqualifikationen mit dem Thema frühkindlicher Entwicklung/Sexualität teil.</p> <p>3.4.3.2 Fachkräfte kennen die gesetzlichen Regelungen zu ansteckenden Krankheiten.</p> <p>3.4.3.3 Fachkräfte kennen das Vorgehen bei Anzeichen von Kindeswohlgefährdung (z. B. insoweit erfahrene Fachkraft).</p>		<p>3.6.2.1 Fragen zum Körper werden besprochen.</p> <p>3.6.2.2 Fragen zur Sexualität werden besprochen.</p>	<p>3.7.2.1 Es findet ein regelmäßiger Austausch mit den Familien/Bezugspersonen über den Gesundheitszustand der Kinder statt.</p> <p>3.7.2.2 Familien/Bezugspersonen werden bei der Gesundheitspflege ihrer Kinder mit Anleitungen unterstützt.</p>	
	<p>3.1.3.1 Familien/Bezugspersonen werden über den Umgang der Kita mit Nähe und Distanz informiert.</p> <p>3.1.3.2 Familien/Bezugspersonen werden über das sexualpädagogische Konzept informiert.</p> <p>3.1.3.3 Familien/Bezugspersonen werden darüber informiert, wann aufgrund von Krankheit eine Betreuung ausgeschlossen ist.</p>						<p>3.6.3.1 Fachkräfte achten die körperlichen Grenzen der Kinder.</p> <p>3.6.3.2 Fachkräfte achten auf ihre eigenen körperlich-sexuellen Grenzen.</p> <p>3.6.3.3 Fachkräfte lassen respektvollen und angenehmen Körperkontakt zu.</p>		

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)

Inhaltsebene: 4. Entspannung/Stressbewältigung

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen				Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen				
Dimension	4.1 Planungsstruktur (A)	4.2 Raumstruktur	4.3 Materialstruktur		4.4 Qualifikationsstruktur	4.5 Kooperationsstruktur	4.6 Interaktionsprozess	4.7 Partizipationsprozess	4.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	4.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	4.2.1 Innenräume	4.3.1 Angebot an pädagogischem Material		4.4.1 Förderprogramme	4.5.1 Interne Kooperation mit Familien/Bezugspersonen	4.6.1 Beobachtung und Dokumentation	4.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse	4.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	4.1.2 Pädagogische Inhalte	4.2.2 Außenräume	4.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		4.4.2 Zertifizierungen		4.6.2 Kommunikation	4.7.2 Einbeziehung der Familien/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	4.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte			4.4.3 Zusatzqualifikationen	4.6.3 Unterstützende Interaktion				
Indikatoren	4.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Entspannungsförderung/ Stressbewältigung wird in der Konzeption genannt. 4.1.1.2 Fachkräfte nehmen das kindliche Bedürfnis nach Ruhe wahr. 4.1.1.3 Entspannungsmethoden orientieren sich an Progressiver Muskelentspannung, Yoga/Meditation, Autogenem Training, Snoezeln.	4.2.1.1 Es gibt Entspannungsräume als Rückzugsräume. 4.2.1.2 Die Räume sind frei zugänglich. 4.2.1.3 Das Licht kann gedämpft werden.	4.3.1.1 Es sind Materialien und Einrichtungsgegenstände zu Entspannung und Stressbewältigung vorhanden. 4.3.1.2 Den Kindern wird die Nutzung individueller Materialien erlaubt (ggf. von Zuhause). 4.3.1.3 Entspannende Musik wird vorgehalten. 4.3.1.4 Die Materialien regen zu Entspannung an.		4.4.1.1 Die Kita nimmt an einem Förderprogramm zu Entspannung/Stressbewältigung teil.	4.5.1.1 Fachkräfte informieren die Familien/ Bezugspersonen zum Thema Entspannungsmöglichkeiten/ Stressbewältigung.	4.6.1.1 Das Verhalten in Ruhephasen wird beobachtet und dokumentiert.	4.7.1.1 Kinder werden an Entscheidungen zu Ruhe- und Aktivitätsphasen beteiligt. 4.7.1.2 Kinder stellen gemeinsam Regeln für Ruhephasen auf. 4.7.1.3 Kinder können den Entspannungsraum selbst gestalten.	4.8.1.1 Dem individuellen Entspannungsbedürfnis der Kinder wird entsprochen. 4.8.1.2 Teilnahme an Entspannungsübungen ist freiwillig. 4.8.1.3 Fachkräfte unterstützen je nach individuellem Ruhebedürfnis/ Stresslevel. 4.8.1.4 Kinder dürfen Entspannungsmethoden frei wählen.
	4.1.2.1 Der Tagesablauf sieht obligatorische Phasen für Ruhe, Schlaf und Entspannung vor. 4.1.2.2 Entspannung/Stressbewältigung sind Teil pädagogischer Spiele/Übungen.	4.2.2.1 Das Außengelände bietet Rückzugsmöglichkeiten.	4.3.2.1 Kinder können die Nutzung der Entspannungs- oder Stressbewältigungsmaterialien selbst bestimmen.				4.6.2.1 Fachkräfte sprechen mit den Kindern über deren Ruhebedürfnis.	4.7.2.1 Familien/Bezugspersonen werden beim Thema Entspannung/ Stressbewältigung und/oder an Ruhephasen beteiligt.	
	4.1.3.1 Familien/Bezugspersonen werden Informationen zur Gestaltung der Ruhezeiten der Kita zur Verfügung gestellt. 4.1.3.2 Fachkräfte nehmen das kindliche Bedürfnis nach Ruhe wahr.				4.4.3.1 Es liegen Zusatzqualifikationen zum Thema Entspannung/ Stressbewältigung vor.		4.6.3.1 Kinder lernen Entspannungs- und Atemtechniken kennen.		

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)

Inhaltsebene: 5. Sozial-emotionale Entwicklung

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen				Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen				
Dimension	5.1 Planungsstruktur	5.2 Raumstruktur	5.3 Materialstruktur		5.4 Qualifikationsstruktur	5.5 Kooperationsstruktur	5.6 Interaktionsprozess	5.7 Partizipationsprozess	5.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	5.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	5.2.1 Innenräume	5.3.1 Angebot an pädagogischem Material		5.4.1 Förderprogramme	5.5.1 Interne Kooperation mit Familien/ Bezugspersonen	5.6.1 Beobachtung und Dokumentation	5.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse	5.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	5.1.2 Pädagogische Inhalte	5.2.2 Außenräume	5.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		5.4.2 Zertifizierungen		5.6.2 Kommunikation	5.7.2 Einbeziehung der Familien/ Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	5.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				5.4.3 Zusatzqualifikationen		5.6.3 Unterstützende Interaktion		
Indikatoren	5.1.1.1 Eine (altersentsprechende) sozial-emotionale Förderung wird in der Konzeption genannt. 5.1.1.2 Schutz vor seelischer Gewalt/ seelischem Schaden wird in der Konzeption genannt.	5.2.1.1 Es sind weitläufige Räume zur Auslebung von sozial-emotionalen Bedürfnissen vorhanden. 5.2.1.2 Es gibt abgetrennte Spielbereiche für ungestörtes/ unbeobachtetes Spiel im Innenbereich. 5.2.1.3 Räume zeichnen sich durch Aufforderungs- und Explorationscharakter aus.	5.3.1.1 Es steht ein vielseitiges Angebot von pädagogischen Materialien mit sozial-emotionalen Inhalten zur Verfügung (Puppen, Kuschelecken).		5.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zu sozial-emotionale Kompetenzen teil (z. B. Papilio).	5.5.1.1 Fachkräfte informieren die Familien/ Bezugspersonen zum Thema sozial-emotionale Kompetenzförderung.	5.6.1.1 Fachkräfte beobachten die Kontaktfähigkeit und den sozial-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder. 5.6.1.2 Fachkräfte beobachten die Bedürfnisse, Gefühle und Signale (verbal/nonverbal) der Kinder. 5.6.1.3 Es findet eine regelmäßige Dokumentation über den sozial-emotionalen Entwicklungsstand der Kinder statt. 5.6.1.4 Gesundheitliche Auffälligkeiten (psychisch) werden dokumentiert.	5.7.1.1 Es findet eine gemeinsame Planung und Ausgestaltung von Regeln und Aktivitäten statt. 5.7.1.2 Kinder haben feste eigene Aufgabenbereiche (z. B. Tischdeckdienst).	5.8.1.1 Fachkräfte nehmen die individuellen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse, Fähigkeiten und Gefühle der Kinder wahr. 5.8.1.2 Fachkräfte befriedigen promptly die Bedürfnisse der Kinder im U 3-Bereich. 5.8.1.3 Fachkräfte fördern Basisemotionen. 5.8.1.4 Fachkräfte fördern Selbst- und Fremdwahrnehmung. 5.8.1.5 Die individuellen sozial-emotionalen Bedürfnisse/Fähigkeiten/Gefühle können ausgelebt werden.

Indikatoren	5.1.2.1 In Spielen/Aktivitäten findet eine Auseinandersetzung mit sozial-emotionalen Inhalten statt.	5.2.2.1 Es gibt abgetrennte Spielbereiche, für ungestörtes/unbeobachtetes Spiel.					5.6.2.1 Fachkräfte bestätigen die Kinder bei kooperativen Handlungen und konstruktiven Konfliktlösungen. 5.6.2.2 Fachkräfte sprechen unmittelbar nach Verstoß gegen Gruppenregeln mit den Kinder und nennen Konsequenzen. 5.6.2.3 Fachkräfte sprechen mit Kindern über sozial-emotionale Situationen. 5.6.2.4 Fachkräfte teilen ihre Gefühle und Bedürfnisse mit.	5.7.2.1 Familien/Bezugspersonen werden beim Thema sozial-emotionale Entwicklung und/oder an Aktivitäten zum Thema sozial-emotionale Kompetenzentwicklung beteiligt.	
	5.1.3.1 Familien/Bezugspersonen werden Informationen zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen der Kita zur Verfügung gestellt.				5.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich sozial-emotionale Entwicklung.		5.6.3.1 Kinder werden zum sozialen Spiel/Gesprächen angeregt. 5.6.3.2 Fachkräfte unterstützen Kontaktbemühungen zu anderen Kindern. 5.6.3.3 Kinder werden bei verbalen/nonverbalen Kontaktsignalen unterstützt. 5.6.3.4 Psychische Grenzen werden eingehalten.		

B. Gesundheitsbereiche (Gesundheitsförderliche Qualitätskriterien)**Inhaltsebene: 6. Resilienz**

	Strukturqualität (PLAN) – Verhältnisbezogene Maßnahmen				Prozessqualität (DO) – Verhaltensbezogene Maßnahmen				
Dimension	6.1 Planungsstruktur	6.2 Raumstruktur	6.3 Materialstruktur		6.4 Qualifikationsstruktur	6.5 Kooperationsstruktur	6.6 Interaktionsprozess	6.7 Partizipationsprozess	6.8 Individualisierungsprozess
Kriterium	6.1.1 Konzeptionelle Grundlagen	6.2.1 Innenräume	6.3.1 Angebot an pädagogischem Material		6.4.1 Förderprogramme	6.5.1 Interne Kooperation mit Familien/Bezugspersonen	6.6.1 Beobachtung und Dokumentation	6.7.1 Einbeziehung der Kinder in Entscheidungsprozesse	6.8.1 Individuelle Förderung der Kinder
	6.1.2 Pädagogische Inhalte	6.2.2 Außenräume	6.3.2 Nutzung von pädagogischem Material		6.4.2 Zertifizierungen		6.6.2 Kommunikation	6.7.2 Einbeziehung der Familie/Bezugspersonen in die Angebote oder ihre Planung	
	6.1.3 Informationen über die pädagogischen Inhalte				6.4.3 Zusatzqualifikationen		6.6.3 Unterstützende Interaktion		

Indikatoren	6.1.1.1 Eine (altersentsprechende) Resilienzförderung wird in der Konzeption genannt.		6.3.1.1 Es ist ein vielseitiges (altersentsprechendes) Materialangebot zur Förderung von Resilienz (z. B. Material zur Selbst- und Fremdwahrnehmung) vorhanden. 6.3.1.2 Materialien regen zu Rollenspielen/Gesprächen an (Handpuppen).		6.4.1.1 Kita nimmt an einem Förderprogramm zur Resilienzförderung teil (z. B. PRIK, Papillio).	6.5.1.1 Fachkräfte informieren die Familien/Bezugspersonen zum Thema Resilienzförderung.	6.6.1.0 Interaktion ohne konkreten Gesundheitsbezug hier kodieren 6.6.1.1 Fachkräfte beobachten Förderungspotenziale (z. B. Problemlösefähigkeiten, Selbststeuerung) und dokumentieren diese.	6.7.1.0 Partizipation ohne konkreten Gesundheitsbezug hier kodieren 6.7.1.1 Es findet eine gemeinsame Planung und Ausgestaltung von Projekten/Aktivitäten mit resilienzfördernden Inhalten (Konflikt-/Problemlösungsstrategien, Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit) statt.	6.8.1.0 Individualisierung ohne konkreten Gesundheitsbezug hier kodieren)	
	6.1.2.1 Angebote zu Resilienzfaktoren werden angeboten. 6.1.2.2 Kinder haben eine stabile/wertschätzende Bezugsbetreuung.				6.4.3.1 Fachkräfte haben eine Zusatzqualifikation im Bereich Resilienzförderung.			6.6.2.1 Fachkräfte sprechen mit Kindern über Stärken und Schwächen.	6.7.2.1 Familien/Bezugspersonen werden beim Thema Resilienzförderung und/oder an Aktivitäten zum Thema Resilienzförderung beteiligt.	6.8.1.1 Fachkräfte nehmen Stärken und Schwächen von Kindern wahr. 6.8.1.2 Fachkräfte fördern Resilienz- und Schutzfaktoren (Selbstwirksamkeit, Selbststeuerung, Problemlösefähigkeiten, Sicherheit).
	6.1.3.1 Familien/Bezugspersonen werden Informationen zur Resilienzförderung in der Kita zur Verfügung gestellt. 6.1.3.2 Es gibt einen geregelten/strukturierten Tagesablauf.							6.6.3.1 Fachkräfte unterstützen beim Aufbau/Stärkung von personalen Ressourcen der Kinder. 6.6.3.2 Fachkräfte unterstützen beim Aufbau/Stärkung von sozialen Ressourcen der Kinder. 6.6.3.3 Fachkräfte unterstützen Kinder in Krisen- und Konfliktsituationen.		

C. Prozesshafte Sicherung der Ergebnisqualität

Dimension	7.1 Assessment	7.2 Umsetzungsbedingungen: Policy formulation, assurance, implemen- tation	7.3 Evaluation	7.4 Re-Assessment
Kriterium	7.1.1 Feststellungsverfahren	7.2.1 Zuständigkeiten	7.3.1 Evaluation	7.4.1 Reflexion
		7.2.2 Ressourcen	7.3.2 Zertifizierung	7.4.2 Weiterentwicklung
		7.2.3 Zielklärung/Konzeption/QM-Ma- terialien/Leitbilder		
		7.2.4 Qualitätsbegriff und -kriterien		
		7.2.5 Prozessbeschreibungen		
Indikatoren	7.1.1.1 Die Kita führt Beobachtungen durch und dokumentiert sie. 7.1.1.2 Gesundheit spielt in den Beobach- tungen und der Dokumentation eine Rolle. 7.1.1.3 Befragung von/Kommunikation mit Kindern 7.1.1.4 Befragung von/Kommunikation mit Familien/Bezugspersonen 7.1.1.5 Befragung von/Kommunikation mit Mitarbeiter*innen 7.1.1.6 Der Gesundheitszustand spielt in den Befragungen eine Rolle. 7.1.1.7 Der Gesundheitszustand wird gemessen. 7.1.1.8 Sonstiges (z. B Beschwerdema- nagement)	7.2.1.1 Für die Qualitätsentwicklung und für das Qualitätsmanagement gibt es klare Zuständigkeiten. 7.2.1.2 Zuständige Person ist für das Qualitätsmanagement/Qualitäts- entwicklung fortgebildet. 7.2.1.3 Es gibt klare Zuständigkeiten für die Evaluation.	7.3.1.1 Es erfolgen (regelmäßige) interne Evaluation. 7.3.1.2 Es erfolgen (regelmäßige) externe Evaluationen.	7.4.1.1 Die Kita tauscht sich über die Qualität ihrer Arbeit und über die Ergebnisse der Feststellungsverfahren aus und Reflexion findet statt. 7.4.1.2 Gesundheit ist in Teambesprechungen ein Thema.
		7.2.2.1 Für die Qualitätsentwicklung und für das Qualitätsmanagement werden finanzielle und personelle Ressourcen bereitgestellt. 7.2.2.2 Es besteht Begleitung/Beratung durch externe Fachberatung. 7.2.2.3 Kita ist in ein Qualitätsentwick- lungsprojekt eingebunden.	7.3.2.1 Eine Zertifizierung liegt vor. 7.3.2.2 Eine Zertifizierung bezogen auf Gesundheit liegt vor.	7.4.2.1 Die Konzeption wird prozessual weiterentwickelt. 7.4.2.2 Die Weiterentwicklung der Konzeption/QM-Materialien/ Leitbilder erfolgt gemeinsam im Team. 7.4.2.3 Es gibt ein Qualitätshandbuch. 7.4.2.4 Das Qualitätshandbuch wird im Team (weiter-)entwickelt.

Indikatoren		<p>7.2.3.1 Ziele der Kita werden in der Konzeption/dem QM-System festgeschrieben.</p> <p>7.2.3.2 Ziele wurden gemeinsam entwickelt.</p> <p>7.2.3.3 Gesundheit spielt in den Zielen der Kita eine Rolle.</p>			
		<p>7.2.4.1 Qualitätsbegriff und/oder -kriterien werden in der Konzeption/dem QM-System festgeschrieben.</p> <p>7.2.4.2 Qualitätsbegriff wurde gemeinsam entwickelt.</p> <p>7.2.4.3 Gesundheit ist Teil des Qualitätsbegriffs.</p>			
		<p>7.2.5.1 Prozessbeschreibungen sind vorhanden.</p> <p>7.2.5.2 Gesundheit spielt in den Prozessbeschreibungen eine Rolle.</p>			

Einladungsschreiben an die Einrichtungen und Projektinformation



Bundesarbeitsgemeinschaft
der Freien
Wohlfahrtspflege





Fliehdner Fachhochschule
Düsseldorf
University of Applied Sciences

Fliehdner Fachhochschule gGmbH · Alte Landstr. 179 · 40489 Düsseldorf

Adresse

Gesundheitsförderung in Kitas

Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin
Prof. Dr. Jürgen Bauknecht

Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf
Alte Landstraße 179
40489 Düsseldorf
[gesundheitsfoerderung-in-
kitas@fliehdner-fachhochschule.de](mailto:gesundheitsfoerderung-in-kitas@fliehdner-fachhochschule.de)

16. April 2019

**Projekt ‚Analyse von Qualitätsmanagement-Systemen in Kindertageseinrichtungen‘;
Einladung zur Beteiligung**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Leiterinnen und Leiter,

ein ausgezeichnete Ort für die Umsetzung alltagsbezogener Gesundheitsförderung und Prävention sind Kindertageseinrichtungen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag, Kinder und ihre Familien frühzeitig für Fragen der Gesundheitsförderung zu sensibilisieren und gesundheitsförderliche Verhaltensformen zu entwickeln. Darin liegt eine große Chance für die jungen Menschen und ihre Familien!

Vor diesem Hintergrund wird zurzeit an der Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf ein Projekt zum Stand und zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Kitas durchgeführt. Ziel ist es herauszufinden, welche gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen in Kitas bereits durchgeführt werden und wo Anknüpfungspunkte für eine Weiterentwicklung liegen.

Dieses Projekt wird unter Beteiligung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführt und vom GKV-Bündnis für Gesundheit, einer gemeinsamen Initiative der gesetzlichen Krankenkassen, gefördert.

Heute laden wir Sie herzlich ein, sich an diesem Projekt zu beteiligen, indem Sie die in Ihrer Einrichtung vorliegenden Dokumente des Qualitätsmanagements zur Verfügung stellen und den beiliegenden Kurzfragebogen ausfüllen. Mit Ihrer Beteiligung leisten Sie einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Kitas. Als kleine Gegenleistung für Ihre Mühe stellen wir Ihnen nach Projektabschluss eine einrichtungsspezifische Auswertung zur Verfügung. Im Anhang finden Sie eine Kurzbeschreibung des Projekts mit allen notwendigen Informationen für Ihre Beteiligung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und freundliche Grüße



Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin



Prof. Dr. Jürgen Bauknecht

.....

Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V











Fliehdner Fachhochschule
Düsseldorf
University of Applied Sciences

Seite 2

Informationen zum Projekt ‚Analyse von QM-Systemen in Kitas‘

Wer führt das Projekt durch? Das Projekt wird unter Beteiligung der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von Frau Professor Kirsten Fuchs-Rechlin und Herrn Professor Jürgen Bauknecht an der Fliehdner Fachhochschule Düsseldorf durchgeführt. Gefördert wird dieses Projekt vom GKV-Bündnis für Gesundheit, einer gemeinsamen Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten.

Was ist das Ziel dieses Projektes? Ziel ist es herauszufinden, welche gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen in Kitas bereits durchgeführt werden und wo Anknüpfungspunkte für eine Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung liegen. Mit dieser Untersuchung soll der Grundstein zur Entwicklung eines Modellprojektes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung in Kitas gelegt werden.

Was soll konkret untersucht werden? Um den Aufwand für die Kitas möglichst gering zu halten, sollen Dokumente gesammelt und gesichtet werden, die in den Einrichtungen bereits vorliegen und Bestandteil des Qualitätsmanagements sind, das können sein: Konzeptionen, Standards, Leitbilder und Leitlinien des Trägers bzw. der Einrichtungen, gesundheitsbezogene Qualitätsziele, Prozessbeschreibungen sowie weitere mitgeltende Dokumente. Flankiert wird dies durch einen 2-seitigen Kurzfragebogen zu statistischen Angaben über Ihre Einrichtung.

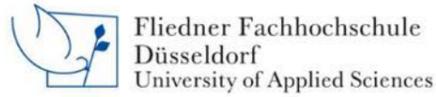
Wie können Sie sich beteiligen? Die o. gen. QM-Dokumente sowie den ausgefüllten Kurzfragebogen übermitteln Sie direkt an das Projektteam, und zwar im Zeitraum vom **29.04.2019 bis 14.06.2019**. Hierfür steht die E-Mail-Adresse gesundheitsfoerderung-in-kitas@fliehdner-fachhochschule.de zur Verfügung. Sie können mit einer Mail Dateien im Umfang von 20 MB verschicken. Die Dateien können folgende Formate haben: Textformate: RTF/D, DOC/X, ODT, PDF, TXT, HTML; Tabellenformate: XLS/X; Bildformate: JPG, GIF, TIF, PNG.

Was haben Sie von einer Beteiligung? Nach Ablauf des Projektes erhalten Sie zusätzlich zum Gesamtbericht eine auf Ihre Einrichtung zugeschnittene, grafisch aufbereitete Auswertung. Diese einrichtungsspezifischen Ergebnisse können für interne Prozesse der Weiterentwicklung genutzt werden und stehen ausschließlich Ihnen zur Verfügung.

An wen wenden Sie sich, wenn Sie Fragen zum Projekt haben? Fragen richten Sie gerne direkt an Frau Professor Kirsten Fuchs-Rechlin und Herrn Professor Jürgen Bauknecht unter o. gen. E-Mail-Adresse. Das Projektteam wird dann zeitnah Kontakt aufnehmen.

Was geschieht mit Ihren Daten? Alle Informationen und Dokumente werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet. Eine Speicherung und Verarbeitung der Daten finden ausschließlich zum Zwecke dieses Projektes statt. Die Daten werden nach Ablauf des Projektes gelöscht.

Kurzfragebogen



**Projekt: Analyse von QM-Systemen in Kindertagesstätten
in direkter oder indirekter Trägerschaft der Freien Wohlfahrtsverbände**

Kurzfragebogen zu den Eckdaten der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen

Wie lauten der Name und die Anschrift Ihrer Einrichtung? (Bitte eintragen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Wer ist Träger Ihrer Einrichtung? (Bitte eintragen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hat ihr Träger mehrere Kindertageseinrichtungen? (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

- ja, und zwar Kitas nein, keine weiteren Kitas

Wie viele Kinder werden in welchem Umfang in Ihrer Einrichtung betreut (Entsprechende Anzahl bitte eintragen.)

bis 25 Stunden: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Kinder

25 bis 35 Stunden: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Kinder

mehr als 35 Stunden: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Kinde

Hat Ihre Einrichtung eine ... (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

<input type="checkbox"/>	freigestellte Einrichtungsleitung
<input type="checkbox"/>	eine teilweise freigestellte Einrichtungsleitung

Ist Ihre Einrichtungsleitung für mehrere Kindertageseinrichtungen zuständig? (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

- ja nein

Handelt es sich bei Ihrer Einrichtung um ein Familienzentrum? (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

- ja nein

Orientiert sich Ihr QM-System an einem der folgenden Systeme bzw. Verfahren? (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken. Sie können mehrere Kästchen auswählen.)

<input type="checkbox"/>	DIN EN ISO 9001 ff.
<input type="checkbox"/>	EFQM (European Foundation for Quality Management)
<input type="checkbox"/>	KTK Gütesiegel (Caritas)
<input type="checkbox"/>	Paritätische Qualitätssystem (PQ-Sys)
<input type="checkbox"/>	Evangelisches Gütesiegel BETA/ Diakonie-Siegel KiTa inklusiv
<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagement-System der AWO (Tandemkonzept)
<input type="checkbox"/>	QUIK/ Nationaler Qualitätskriterienkatalog
<input type="checkbox"/>	QE im Situationsansatz (QuaSi)
<input type="checkbox"/>	Kronberger Kreis für Qualitätsentwicklung
<input type="checkbox"/>	Kindergarten Skala – Revidierte Fassung (KES-R) bzw. Krippen Skala (KRIPS-R)
<input type="checkbox"/>	Sonstiges, und zwar: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ist Ihr QM-System zertifiziert bzw. haben Sie ein Gütesiegel? (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

<input type="checkbox"/>	ja, und zwar: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
<input type="checkbox"/>	nein

Was sollten wir aus Ihrer Sicht noch über Ihre Einrichtung wissen? (Bitte ggf. eintragen)

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zusätzlich zum ausgefüllten Kurzfragebogen bitten wir Sie noch um die Zusendung Ihrer Qualitätsmanagementunterlagen. Bitte kreuzen Sie an, welche der folgenden Dokumente Sie uns zusenden können. (Zutreffendes Kästchen bitte anklicken.)

<input type="checkbox"/>	Einrichtungskonzeption
<input type="checkbox"/>	QM-Handbuch
<input type="checkbox"/>	Prozessbeschreibungen
<input type="checkbox"/>	Beschreibungen der Kernprozesse des QM

KiTa-QM_Kurzfragebogen_2019-04-16(Version3).docx

<input type="checkbox"/>	Gesundheitsbezogene Qualitätsziele
<input type="checkbox"/>	Einrichtungsinterne Standards
<input type="checkbox"/>	Konzeptionen besonderer Angebote
<input type="checkbox"/>	Leitlinien und Leitbilder Ihres Trägers oder Ihrer Einrichtung

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!

Prof. Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin

Prof. Dr. Jürgen Bauknecht

gesundheitsfoerderung-in-kitas@fliedner-fachhochschule.de

Leitfaden für die Expertengespräche

Frage 1 _____

Ganz allgemein gefragt: Was verstehen Sie unter Gesundheitsförderung?

Frage 2 _____

Wie würden Sie das einschätzen: Inwiefern ist Gesundheitsförderung in Kitas bereits angekommen? Woran erkennt man das?

Frage 3 _____

Wo sehen Sie die Stärken der Kitas im Bereich Gesundheitsförderung?

Frage 4 _____

Die Dokumentenanalyse zeigt ...

- Mit Ihrem Blick auf die Praxis: Entspricht das auch Ihren Erfahrungen?
- Falls ja, Nachfrage: Woran liegt das? Wie kommt das?
- Falls nein: Wie nehmen Sie das wahr?

Frage 5 _____

Wo sehen Sie Handlungs-/Entwicklungsbedarfe im Hinblick auf ...

- die (Weiter-)Entwicklung von QM-Systemen?
- die (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsförderung in Kitas?

Frage 6 _____

Was brauchen aus Ihrer Sicht die Kitas für eine gute Gesundheitsförderung? Was sind Gelingensbedingungen? Was sind die hinderlichen Bedingungen?

- Rolle des QM für Gesundheitsförderung
- Strukturelle Rahmenbedingungen (inkl. Qualifikation der Fachkräfte)
- Konzeptionelle Grundlegungen



Gefördert durch die BZgA im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V

