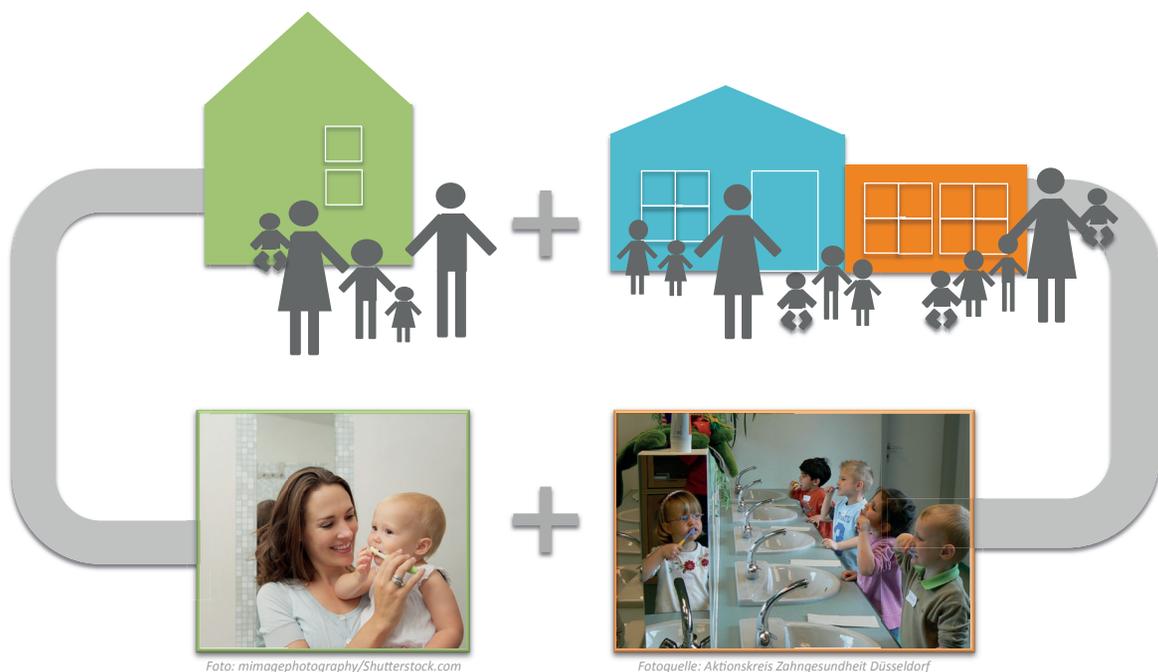


Frühkindliche Karies: zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder

Erweiterte Empfehlungen
der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.
auf Basis einer kindheitswissenschaftlichen Expertise



Impressum

Herausgegeben von:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.

Bornheimer Str. 35 a

53111 Bonn

www.daj.de

© DAJ 2016

Fotos Cover:

Aktionskreis Zahngesundheit Düsseldorf / mimagephotography/Shutterstock.com

Frühkindliche Karies: zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder

**Erweiterte DAJ-Empfehlungen auf Basis einer
kindheitswissenschaftlichen Expertise**

1. Teil (S. 5-14)

**Erweiterte Empfehlungen der Deutschen Arbeits-
gemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V.**

Bonn, April 2016

2. Teil (S. 15-65)

**Expertise zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung
von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege**

Prof. Dr. Christina Jasmund

Düsseldorf, Juli 2014

Die im Frühjahr 2016 verabschiedeten und hier erstmals veröffentlichten Erweiterten Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) e.V. sind das Ergebnis eines innerverbandlichen Konsensusprozesses, in den sich die 17 Landesarbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege mit ihren vielfältigen Erfahrungen aus dem Alltag der Gruppenprophylaxe in Deutschlands Kindertagesstätten intensiv eingebracht haben. Sie bauen auf den bereits 2012 veröffentlichten DAJ-Empfehlungen zur Prävention Frühkindlicher Karies auf.

Die wissenschaftlichen Grundlagen für diesen Dialog lieferte eine Expertise, die Frau Prof. Dr. Christina Jasmund 2014 im Auftrag der DAJ erarbeitet hat. Die Expertise wird hier ebenfalls zum ersten Mal veröffentlicht. Sie beleuchtet aus kindheitswissenschaftlicher Sicht die Gestaltungsmöglichkeiten der Zahn- und Mundgesundheitsförderung, vornehmlich für Kinder unter drei Jahren, in Kindertageseinrichtungen und Tagespflege.

Die DAJ dankt allen, die mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung zu den Erweiterten DAJ-Empfehlungen ihren Beitrag geleistet haben.

Vorwort

Liebe Leserin,
lieber Leser,

die Förderung der Mundgesundheit von klein auf und die Prävention frühkindlicher Karies sind zentrale Anliegen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe.

Mit dieser Publikation empfiehlt die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ) eine inhaltliche und methodische Ausrichtung der Gruppenprophylaxe für die Kleinsten. Wir stellen dar, wie diese gestaltet werden sollte und welche Gründe dafür ausschlaggebend sind.

Wir richten uns an alle Aktiven in der Gruppenprophylaxe – sowohl an diejenigen, die direkt in den Betreuungseinrichtungen arbeiten als auch an diejenigen, die in den DAJ-Mitgliedsorganisationen planend und organisierend mitwirken: Im Zentrum unserer Bemühungen für die Altersgruppe der unter 3-Jährigen stehen die erwachsenen Bezugspersonen in Kita sowie Elternhaus und nicht, wie bisher bei unseren Aktivitäten, in erster Linie die Kinder selbst. Mit dem insofern neuen Konzept möchten wir erreichen, dass alle Kinder, unabhängig von ihrer Herkunft, von Anfang an selbstverständlich erfahren, dass man sich Tag für Tag um die Gesunderhaltung der Zähne kümmern muss.

Unser Ziel ist es, die Eltern und Bezugspersonen in Kita und Tagespflege dafür zu gewinnen, den Alltag für die Kinder und mit den Kindern mundgesund zu gestalten. Dabei ist das gemeinsame Zähneputzen von Anfang an – zu Hause und in der Einrichtung – selbstverständlich.

Die Empfehlungen der DAJ wurden auf Grundlage einer kindheitswissenschaftlichen Expertise erarbeitet, die Frau Prof. Dr. Christina Jasmund, Lehrstuhlinhaberin für Pädagogik der Frühen Kindheit an der Hochschule Niederrhein, im Auftrag der DAJ erstellt hat.

Wir veröffentlichen beides – Empfehlungen und Expertise – in einem Band, denn wir wünschen uns eine intensive Auseinandersetzung der Mitwirkenden in der Gruppenprophylaxe mit den angestrebten Veränderungen.

Qualität entwickelt sich, wenn Theorie auf Praxis trifft und wenn die Fachöffentlichkeit sich über diese Erfahrungen austauscht. In diesem Sinne hoffen wir auf Ihr Interesse und freuen uns auf Ihre Rückmeldungen aus der Praxis!



Dr. Michael Kleinebrinker



Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Alternierende Vorsitzende der DAJ e.V.

Teil 1

Frühkindliche Karies: zentrale Inhalte der Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder

Erweiterte Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft
für Jugendzahnpflege (DAJ) e.V.

Präambel

Die DAJ hat es sich zur Aufgabe gemacht, ihr Engagement gegen die frühkindliche Karies zu verstärken, weil die Karieslast im Milchgebiss deutlich höher ist als im bleibenden Gebiss und weil sie der Erkenntnis Rechnung trägt, dass die entscheidenden Weichen für ein mundgesundes Aufwachsen bereits im Kleinkindalter gestellt werden.

Die DAJ-Empfehlungen zur Eindämmung der frühkindlichen Karies wurden erstmals 2012 veröffentlicht. Die von der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde wissenschaftlich geprüften Empfehlungen bilden seither eine gute Grundlage zur Qualitätsentwicklung sowie zur Kommunikation und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen.

Seit dem 1. August 2013 gibt es einen Rechtsanspruch auf Förderung in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr. Der damit verbundene Ausbau der Betreuungskapazitäten für Kleinkinder eröffnet auch der Gruppenprophylaxe große Chancen und Aufgaben.

Karies, insbesondere die frühkindliche Karies, folgt dem sozialen Gradienten. Der möglichst frühe Beginn einer kontinuierlichen Entwicklungsbegleitung durch die Gruppenprophylaxe ist ein wichtiger Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit.

Was ist 2016 neu?

Die vielfältigen Umsetzungserfahrungen der Gruppenprophylaxe in den Kitas ließen einen Bedarf erkennen, in Konzeption und Umsetzung noch stärker sozial- und kindheitspädagogische Erkenntnisse anzuwenden, um Gruppenprophylaxe für die Altersgruppe der Kleinsten erfolgreich zu gestalten. Deshalb gab die DAJ ein Gutachten in Auftrag, um aus kindheitswissenschaftlicher Sicht den Stand der Wissenschaft zur Förderung der Mundgesundheit für Kinder in Tageseinrichtungen und Tagespflege aufarbeiten und in Empfehlungen münden zu lassen.

Die zentrale Schlussfolgerung lautet, dass die Gruppenprophylaxe für Kinder unter drei Jahren eine Neuorientierung der Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe in ihrem Handeln erfordert. Der Ansatz unterscheidet sich von der Arbeit mit älteren Kindern grundsätzlich, denn im Zentrum der Aktivitäten steht nicht primär die Arbeit mit dem Kind, sondern mit den Kita-Teams, den Tagespflege-Personen sowie den Eltern. Nach welchen Grundsätzen diese Zusammenarbeit gestaltet werden sollte, legen diese erweiterten Empfehlungen dar.

Warum unterscheidet sich Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige von den Ansätzen für 3- bis 6-jährige Kinder?

Entwicklungsbedingt unterliegen Lernen und Bildung bei den Kleinsten anderen Voraussetzungen als bei älteren Kindergartenkindern. Im Zentrum der frühkindlichen Entwicklung stehen fundamentale Aspekte der Welt-Aneignung und Ich-Werdung. Auf diese Aufgaben beziehen sich Neugier und Lernhunger des kleinen Individuums. Niemals wird mehr gelernt als in den ersten Lebensjahren. Und gleichzeitig lernen die Kleinsten in dieser Lebensphase auf andere Weise als die älteren Kinder. Entscheidend ist die Bindung an die engsten Bezugspersonen. Von diesen – und nicht von „Fremden“ – lernt das Kleinkind. Das, was die geliebte Bezugsperson kann und tut, möchte das Kind auch können und tun. Die engen Bezugspersonen sind als *das* Verhaltensmodell prägend für gesundheitsrelevante Einstellungen und entsprechendes Verhalten im weiteren Leben.

Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe können in dieser Lebensphase noch keine Bezugspersonen für die Kleinsten sein und daher auch nicht als Verhaltensmodell fungieren. Des Weiteren können die kleinen Kinder noch nicht wie die Größeren in der Gruppe lernen. Auch verfehlen kognitive und mediale Vermittlungsstrategien ebenso wie beispielsweise feinmotorische Übungen ihr Ziel.

Daher ist für die Gruppenprophylaxe in dieser Lebensphase eine andere Herangehensweise notwendig als bei älteren Kindern. Es gilt, sich nicht primär an das Kind oder die Kinder zu wenden, sondern sich auf das Kita-Team und die Eltern zu konzentrieren. Die Akteurinnen und Akteure der Gruppenprophylaxe sollten diese zu anhaltendem mundgesundheitsförderlichen Vorbildverhalten anleiten, sie bestärken und dazu beizutragen, dass sie sich der Bedeutung ihrer Vorbildfunktion bewusst sind.

Unsere Ziele

Mit den nun vorliegenden Empfehlungen zur Durchführung der Gruppenprophylaxe für unter 3-Jährige möchte die DAJ

- einen relevanten Beitrag zur Eindämmung frühkindlicher Karies und damit zur Stärkung des Kindeswohls leisten,
- allen Kindern von Anfang an gleichermaßen die Chance auf gesunde Zähne ermöglichen,
- Eltern kleiner Kinder in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben im Sinne einer „gesunden kindlichen Entwicklung von Anfang an“ stärken,
- Fachpersonal in Kitas sowie der Tagespflege in der Ausgestaltung ihres gesetzlich verankerten Auftrags zur Förderung der Mundgesundheit und in der Erziehungspartnerschaft mit den Familien unterstützen,
- die intersektorale Zusammenarbeit von zahnmedizinischen, medizinischen, pädagogischen und anderen Fachkräften sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Rahmen der Gruppenprophylaxe nach § 21 SGB V fördern.

Bonn, im April 2016

Der Vorstand der DAJ e.V.

Inhalte, Botschaften und Empfehlungen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für unter 3-jährige Kinder

Zahnärztliche Untersuchung und Prophylaxemaßnahmen

Eine erste zahnärztliche Untersuchung der Mundhöhle ab Durchbruch des ersten Zahns ist sinnvoll und wissenschaftlich empfohlen. Sie sollte ebenfalls Bestandteil gruppenprophylaktischer Maßnahmen sein. Die Entscheidung über die Art der Befundung, der Förderung der Mundgesundheit sowie der Prophylaxe liegt in der Verantwortung des Zahnarztes und erfolgt in Abhängigkeit von der Kooperationsbereitschaft des Kleinkindes.

Ziele und Aufgaben des Gruppenprophylaxe-Teams

Gruppenprophylaxe-Teams differenzieren zwischen Zielen in der Arbeit mit dem Kita-Team und Zielen der Elternarbeit: Während in der Kita der gesundheitsförderliche Kompetenzerwerb im Fokus steht, zielt die Elternarbeit auf deren Verantwortung für die Mundgesundheit ihrer Kinder ab.

Das Gruppenprophylaxe-Team hat unter zahnärztlicher Verantwortung folgende Aufgaben:

- Vermitteln der Bedeutung der Mundgesundheit für die gesunde kindliche Entwicklung, Vermitteln von Kompetenzen.
- Prägen von Einstellungen und Haltungen der Eltern und Bezugspersonen, des pädagogischen Fachpersonals, der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie der Entscheidungspersonen in Trägerorganisationen als Grundlage ihres Engagements für die Förderung der Mundgesundheit. Entscheidend ist es, eine klare Vorstellung zu vermitteln, was Erwachsene tun sollten, damit Kinder (mund-)gesund bleiben.
- Hinwirken auf eine der Mundgesundheit förderliche Gestaltung von Strukturen einschließlich der Einrichtungskonzeption und von Abläufen in Tageseinrichtungen, der Tagespflege und im häuslichen Umfeld der Kinder.
- Beachten der Kriterien des Kooperationsverbands Gesundheitliche Chancengleichheit zur Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Menschen (u. a. Berücksichtigung der Ressourcen und Belastungen sozial benachteiligter Zielgruppen, Stärkung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen, aktive Gestaltung gesundheitsfördernder Lebenswelten, aufsuchende, begleitende oder nachgehende Angebotsform, Partizipation der Zielgruppe).

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenprophylaxe für diese Altersgruppe liegt in der Erreichung der Eltern und deren Verhaltensunterstützung im Sinne der mundgesundheitlichen Prävention. Die Eltern werden dabei sowohl durch direkte Ansprache des Gruppenprophylaxe-Teams als auch von bestimmten Personengruppen erreicht: beispielsweise von Kinderkrankenpflegepersonal, Hebammen und Entbindungspflegern, Familienhebammen und -entbindungspflegern, in der interkulturellen Gesundheitsvermittlung Tätigen und pädagogischem Fachpersonal.

Arbeit des Gruppenprophylaxe-Teams in der Kita

Die Kernaufgabe des Gruppenprophylaxe-Teams für unter 3-jährige Kinder besteht in der (Überzeugungs-)Arbeit mit der jeweiligen Kita-Leitung und mit dem Kita-Team. Im Zentrum steht dabei, das Kita-Team für das tägliche gemeinsame Zähneputzen mit den Kindern zu gewinnen und ggf. durch Beratung bei der räumlichen und zeitlichen Umsetzung zu unterstützen.

Des Weiteren geht es darum,

- dem Kita-Team die Förderung der Mundgesundheit als Bestandteil der alltagsintegrierten Gesundheitsförderung zu vermitteln und diesen Ansatz als bedeutsames Bildungsziel konzeptionell zu verankern,
- auf die frühkindliche Karies und die Bedeutung ihrer Prävention hinzuweisen,
- das Kita-Team für mundgesundheitsförderliche Alltags-Bedingungen in der Einrichtung zu gewinnen,
- dem Kita-Team seine herausragende Bedeutung als Modell für zahngesundheitsförderliches Verhalten nahezubringen und es in der Ausgestaltung dieser Rolle zu beraten und zu unterstützen,
- das Kita-Team zu motivieren, in die Gespräche mit den Eltern Themen der Mundgesundheitsförderung zu integrieren und durch eigene Angebote zu unterstützen und zu entlasten, insbesondere in der Eingewöhnungszeit neuer Kinder, z. B. durch Informationsmaterial, Teilnahme an Elternveranstaltungen und Beratungsangebote.

Die Arbeit mit dem pädagogischen Team kann durch Aktivitäten mit den Kindern ergänzt werden, die gemeinsam mit dem Bezugserzieher oder der Bezugserzieherin durchgeführt werden (siehe unten: Bildungsimpulse für das Kind).

Die Zusammenarbeit mit dem Kita-Team ist der Schlüssel zu kontinuierlicher, erfolgreicher Elternarbeit. Die Kita hat den gesetzlichen Auftrag, Eltern in der Wahrnehmung ihres Erziehungsauftrags zu unterstützen und dabei insbesondere den unterschiedlichen sozialen Lebenslagen von Familien Rechnung zu tragen.

Kernbotschaften für die Eltern

- Ab dem ersten Milchzahn sollten Eltern morgens und abends den Zahn/die Zähne des Kindes putzen. In den ersten zwei Lebensjahren sollten sie einmal täglich einen dünnen Film fluoridhaltiger Kinderzahnpaste auf die Zahnbürste geben, ab dem Alter von zwei Jahren zweimal täglich eine erbsengroße Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.
- Ab ca. zwei Jahren wird das Kind an eine selbstständige Zahnpflege herangeführt. Die Eltern sind jedoch noch lange dafür verantwortlich, die Kinderzähne sauber zu bürsten: Die Botschaft „Eltern putzen Kinderzähne sauber“ gilt etwa bis zum Ende der 2. Klasse/bis ca. acht Jahre.
- Gemeinsames Tun motiviert: Wenn kleine Kinder sehen, wie Eltern und Geschwister Zähne putzen, wollen sie dies mitmachen.
- Nicht die Zahnputztechnik steht bei Kleinkindern zunächst im Vordergrund, sondern das Ritual. Nicht reden und verbessern, sondern lernen durch Nachmachen.
- In den ersten sechs Lebensmonaten ist Muttermilch für die Ernährung und das Trinken am besten; wenn möglich, sollte das Baby gestillt werden.
- Auf Nuckelflaschen sollte möglichst ganz (beim gestillten Kind) und ansonsten so früh wie möglich verzichtet werden. Es besteht sonst die Gefahr von Nuckelflaschenkaries. Die Flasche dient nur der Nahrungsaufnahme oder zum Durstlöschen, nicht zum Nuckeln. Eltern sollten Glasflaschen verwenden, die dem Kind nicht zum Eigengebrauch überlassen werden.
- Sobald das Kind frei sitzen kann, trinkt es aus dem offenen Becher, es benötigt kein Trinklerngefäß.
- Babys und Kleinkinder sollten Wasser oder ungesüßte Kräutertees trinken.
- Eine abwechslungsreiche, ausgewogene und kauaktive Ernährung ist wesentlich: Rohes Gemüse, Obst und Vollkornprodukte werden zwischen den Hauptmahlzeiten in kindgerechter Form angeboten. Süßigkeiten, Kekse, Kuchen, Riegel oder auch salzige Snacks mit Zuckergehalt wie etwa Chips sollten ebenso wie süße Getränke die seltene Ausnahme sein und in ihrer Häufigkeit beschränkt werden.
- Soweit möglich sollte auf Nuckeln verzichtet werden, ggf. ist ein Stufenschaft-Schnuller akzeptabel. Ein Schnuller ist dem Daumenlutschen vorzuziehen; daumenlutschende Babys und Kleinkinder sind – wenn möglich – ganz früh auf den Schnuller umzugewöhnen. Um Zungenfehlfunktionen (einem falschen „Schluckmuster“) und Zahnfehlstellungen vorzubeugen, sollte das Nuckeln an Schnuller oder Flasche bis zum zweiten Geburtstag beendet sein.
- Übergangsobjekte (Kuscheltiere o. ä.) erleichtern dem Kind den Abgewöhnungsprozess und können bei herausfordernden Alltagserfahrungen oder beim Übergang in Kitas oder die Tagesbetreuung als wichtige „Helfer“ genutzt werden.
- Ein erster Zahnarztbesuch ab Durchbruch des ersten Zahnes und anschließende regelmäßige Untersuchungen sind anzuraten.

Kernbotschaften für die Kita

- Alle Kinder putzen täglich nach einer der Hauptmahlzeiten gemeinsam mit ihrem Bezugserzieher oder ihrer Bezugserzieherin (Vorbildfunktion) die Zähne. Die Bildungs- und Erziehungspläne der Länder sehen für das Erziehungspersonal hinsichtlich der Zahnpflege das Vermitteln von Kenntnissen und Fertigkeiten vor.
- Kinder unter zwei Jahren putzen im Regelfall mit einer feuchten Zahnbürste ohne Zahnpaste ihre Zähne¹. Es ist jeweils eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt für die Gruppenprophylaxe verantwortlich. Er oder sie entscheidet nach Einschätzung des Kariesrisikos der Kinder über die Notwendigkeit eines spezifischen Programms² und empfiehlt der Kita hiervon abweichend die Verwendung von fluoridhaltiger Kinderzahnpaste für diese Kinder.³
- Kinder ab zwei Jahren putzen im Regelfall mit einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste.⁴
- Die Erzieherin oder der Erzieher wirkt als Verhaltensmodell und stärkt durch vorbildliches Verhalten und Lob insbesondere die Kinder, die im Elternhaus keine gesundheitsförderlichen Verhaltensmodelle kennenlernen.
- Die Einrichtung unterstützt das Erlernen eines kindgerechten Zähneputzens, indem sie für alle Kinder von Anfang an Zahnpflege als tägliches Ritual in der Betreuung verankert. Kleine Kinder werden dabei von ihrer Bezugserzieherin oder ihrem Bezugserzieher begleitet. Bei älteren Kindern tritt das Erlernen eines eigenständigen, systematischen Zähneputzens hinzu, beispielsweise nach der „KAI-Systematik“: Erst werden die Kauflächen der Zähne gebürstet, dann die Außen- und Innenflächen.
- Die Kinder erhalten nur ungesüßte Getränke (Wasser und ungesüßte Kräutertees).
- Die Kita verzichtet grundsätzlich auf Nuckelflaschen und Trinklerngefäße. Diese Regel sollte Eltern bei der Neuaufnahme ihrer Kinder in die Kita transparent gemacht werden.
- Alle Kinder werden, sobald sie selbstständig sitzen, an das Trinken aus dem offenen Becher herangeführt.
- Die Kinder nehmen ein gesundes, kauaktives Frühstück und ggf. Mittagessen ein; die regelmäßigen Zwischenmahlzeiten werden zuckerfrei gestaltet.
- Die Kita trägt die Kernbotschaften zur Mundgesundheit (s. o.) in geeigneter Weise an die Eltern heran.
- Die Kita hilft mit, den Schnuller oder das Daumenlutschen im zweiten Lebensjahr abzugewöhnen.

¹ Diese Regelung geht davon aus, dass die Eltern sich nach den Fluoridierungsempfehlungen (s.o.: Elternbotschaften) richten und einmal täglich mit einem dünnen Film fluoridierter Kinderzahnpaste putzen.

² § 21 Abs. 1 Satz 5 SGB V

³ Dies geschieht insbesondere dann, wenn davon auszugehen ist, dass die Zahnpflege-Empfehlungen in den Elternhäusern nicht umgesetzt werden.

⁴ In Einzelfällen könnte es dann ggf. zur dreimaligen Verwendung von fluoridhaltiger Zahnpaste pro Tag kommen.

Hinweise zur Gestaltung der Zusammenarbeit mit Eltern und pädagogischen Fachkräften

- Die Eltern wollen Gutes für ihr Kind; sie sind die „Insider“ ihres Kindes und haben ein natürliches Recht auf seine Erziehung (Grundgesetz Art. 6).
- Der Staat bietet den Eltern als Unterstützung für ihre Erziehungsaufgabe u. a. Kitas und Tagespflegeplätze an. Kitas und Tagespflege arbeiten familienergänzend. Sie haben einen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag sowie die Pflicht zur Erziehungspartnerschaft mit den Eltern (Akzeptanz, Toleranz, Information, Kooperation, Unterstützung, Beratung, Hilfeleistung).
- Der Umgang mit Eltern und Kita-Teams sollte jederzeit wertschätzend, partnerschaftlich und gleichberechtigt gestaltet werden.
- Kleinkinder empfinden das, was ihre Eltern tun, als gut und richtig. Die Eltern sind die wichtigsten Bezugspersonen und herausragende Verhaltensmodelle.
- Gruppenprophylaxe-Teams sollten nach Möglichkeit die Eingewöhnungsphase in Kitas und in der Tagespflege, bei der die Eltern anwesend sind, ebenso wie die Elternabende der Kita zur Demonstration und Information nutzen. Inhalte sind auf das Lebensalter und den Entwicklungsstand des Kindes anzupassen.
- Auch die Eltern sollten für gesundheitsförderliches Verhalten gelobt und darin bestärkt werden. Loben macht Kinder und Eltern stolz und verstärkt ihre Mitarbeit.

Ergänzend: Bildungsimpulse für das Kind

Das Gruppenprophylaxe-Team kann gemeinsam mit Bezugserziehern/-innen einzelnen Kindern oder kleinen Gruppen (maximal vier Kinder) Bildungsimpulse für die Mundgesundheit geben.

Aufgrund ihrer noch starken Ich-Bezogenheit gelingt Kindern unter drei Jahren i. d. R. die eigene Einordnung in eine Gruppe (noch) nicht. Kleinkinder benötigen in hohem Maß Nähe und Zuwendung, welche sie bei ihren Bezugspersonen aktiv suchen, um emotionale Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten. Den Lebensmittelpunkt der Kinder in dieser Altersphase stellen seine Hauptbezugspersonen dar. Das Kind unter einem Jahr fühlt sich nur in der körperlichen Nähe seiner Bezugsperson sicher und geborgen; später kann es diese Sicherheit auch durch Sicht- und Hörkontakt erleben. Aus diesem Grund erfordert es die Kontaktaufnahme mit „Fremden“ wie dem Gruppenprophylaxe-Team, dass während des gesamten Kontaktzeitraumes die Bezugsperson zwingend anwesend bleiben muss (Körper-, Sicht- oder mindestens Hörkontakt).

Gleichzeitig bilden Kleinkinder mit zunehmendem Alter immer stärker ein Erkundungsverhalten aus, mit dem sie ihre Umwelt eigenaktiv über Wahrnehmung und Bewegung erkunden. Rollenträgende wie das Gruppenprophylaxe-Team mit spezifischen Merkmalen – z. B. Kleidung, Gegenstände, Tätigkeiten – sind für Kinder im Rahmen ihrer geschützten räumlichen und personalen Umgebung reizvolle neue Erkundungsziele.

Bildungsimpulse für Kleinkinder im Rahmen der Gruppenprophylaxe sollten sich an den nachfolgend beschriebenen Prinzipien orientieren:

- Gruppenprophylaxe für Kinder unter drei Jahren sollte in Kleingruppen (maximal vier Kinder in etwa der gleichen Entwicklungsphase) im Beisein der Bezugspersonen (Bezugserziehern/-innen oder Elternteil) erfolgen.
- Für Kleinkinder ist die Teilnahme an Gruppenprophylaxe-Impulsen älterer Kinder nicht zielführend.
- Kleinkinder müssen ihre Bezugsperson sehen, spüren und hören. Die Bezugsperson ist die „sichere Basis“, fremde Personen sind es nicht.
- Fremde Personen sind keine Verhaltensmodelle. Daher sollten Eltern, Erzieher/-innen und ältere Kinder als Verhaltensmodelle genutzt werden.
- Kleinkinder lernen nicht über Erklärungen, sondern über Modelle, positive Emotionen, eigenes „Be-Greifen“ und Ausprobieren. Kleinkinder entdecken ihre Welt. Die eigenaktive Erkundung von Material steht im Vordergrund, daher muss für jedes Kind eigenes Material zur Verfügung stehen. So wird das Thema Zähne als spannend erlebt und von Anfang an als positiv und erstrebenswert verankert.
- Angstsituationen und negative Emotionen sollten vermieden und die Körpersprache jedes einzelnen Kindes sensibel beachtet werden. Maskottchen und Identifikationsfiguren, die für ältere Kinder reizvoll sind, können Furcht einflößen.
- Jedes Kind muss persönlich angesprochen, bestärkt und gelobt werden, da es sich noch nicht als Teil einer Gruppe begreifen kann.
- Kinder, die nicht in einem entwicklungsförderlichen Umfeld aufwachsen, brauchen besonders viel Aufmerksamkeit. Kleine Kinder lieben ihre Eltern bedingungslos – auch wenn deren Erziehungsverhalten aus der Perspektive Außenstehender problematisch erscheint. Das Verhalten der Eltern darf vor dem Kind nicht schlecht gemacht werden. Wichtig ist stattdessen eine Bezugsperson, die dem Kind ein alternatives Verhaltensmodell anbietet und die Übernahme des Verhaltens durch persönliche positive Rückmeldung fördert.
- Die Aufmerksamkeitsspanne des Kleinkindes liegt bei wenigen Minuten; eigenes Tun unterstützt die Konzentration, neue Reize lenken ab. Die Aufmerksamkeit des kleinen Kindes sollte nie auf mehr als auf eine Aktion fokussiert werden.
- Auf eine positive Kommunikation ist jederzeit zu achten: ein freundliches, zugewandtes Gesicht und Verhalten, eine angenehme und vertraute Atmosphäre, ein ruhiges „Sprachbad“.
- Zahnputztechnikübungen sind für Kleinkinder überfordernd und ungeeignet.

Eine wichtige Aufgabe für Gruppenprophylaxe-Teams: Zusammenarbeit mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zur Vermeidung frühkindlicher Karies

Eine wesentliche Aufgabe der Gruppenprophylaxe ist die Beratung und Schulung von Multiplikatoren und Multiplikatorinnen. Ziel ihrer Arbeit kann zum einen die mundgesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensumfelds der Kinder sein, zum anderen das Weitertragen der Kernbotschaften zur Prävention frühkindlicher Karies an Eltern kleiner Kinder sowie Fachpersonal der Kitas und der Tagespflege. Als Multiplikatoren und Multiplikatorinnen kommen vor allem in Frage:

- bezüglich Kindertageseinrichtungen: beispielsweise Vertreter/-innen der Träger und der Fachberatung; bezüglich der Kindertagespflege: beispielsweise Fachgruppen-/Fachdienstleitungen für Tagespflegepersonen.
Diese Schlüsselpersonen geben mittels Beratungs- und Fortbildungsangeboten Impulse für die Gestaltung der grundlegenden Arbeitsstrukturen der Einrichtung und der Tagespflege und prägen die „Organisationskultur“. Sie initiieren die konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung und unterstützen Veränderungsprozesse.
- Hebammen und Entbindungspfleger
- Familienhebammen und -entbindungspfleger
- Personal in der Kinderkrankenpflege
- in der Interkulturellen Gesundheitsvermittlung Tätige
- Akteure und Akteurinnen der sogenannten Frühen Hilfen

Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz bestimmt, dass für junge Eltern im Rahmen der sogenannten Frühen Hilfen ein koordiniertes und multiprofessionelles Unterstützungsnetzwerk in den Kommunen aufgebaut werden muss, das junge Eltern möglichst frühzeitig in Fragen rund um Geburt und gesunde Kindesentwicklung unterstützt. Den Familienhebammen und -entbindungspflegern kommt im Kontext der Frühen Hilfen eine besondere Bedeutung zu. Regionale Arbeitsgemeinschaften für Jugendzahnpflege können ihre Inhalte und Angebote partnerschaftlich in den lokalen Netzwerken im Rahmen der Frühen Hilfen einbringen. Sie sollten aktiv ihre Mitarbeit in den Netzwerken vor Ort anbieten.

Teil 2

Expertise zur Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege

Prof. Dr. Christina Jasmund

**Im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft
für Jugendzahnpflege (DAJ) e.V.**

Düsseldorf, 31.07.2014

Gliederung

Einleitung	17
1. Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Deutschland	17
1.1. Gesetzliche Ausgangssituation zur (Zahn-)Gesundheitsförderung von Kindern	17
1.2. Aktueller Stand der (Zahn-)Gesundheit von Kindern in Deutschland	20
1.3. Sozio-ökonomische Situation der Herkunftsfamilie und Kindergesundheit	21
1.4. Der Settingansatz in der Gesundheitsprävention	23
2. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen	26
2.1. Bildungsförderung beinhaltet Gesundheitsförderung	28
2.2. Die Zielgruppe der Kinder unter drei Jahren	30
2.2.1. Bedürfnis nach Bindung, Geborgenheit und Sicherheit	32
2.2.2. Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle	34
2.2.3. Autonomiestreben und Identitätsentwicklung	39
2.3. (Fremd-)Betreuung und Entwicklungsförderung von Kindern unter drei Jahren	42
2.4. Qualität der pädagogischen Arbeit mit Kindern unter drei Jahren in Kitas	46
2.5. Das Handlungsfeld der Kindertagespflege	47
3. Handlungsempfehlungen für gelingende Gesundheitsbildung und -förderung für Kinder unter drei Jahren in Tageseinrichtungen/Tagespflege	49
3.1. Orientierungsqualität	49
3.2. Strukturqualität	53
3.3. Organisations- und Managementqualität	54
4. Fazit	55
5. Gestaltungsprinzipien für die Arbeit mit Kindern unter drei Jahren in der Gruppenprophylaxe	56
6. Gestaltungsprinzipien guter Elternarbeit	58
7. Literatur, Quellennachweis	59
8. Anlage: Spezifische Regelungen für die Bundesländer	63
8.1. Landesrechtliche Regelungen zum Thema Zahngesundheitsuntersuchungen	63
8.2. Gesundheitsförderung in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder	65

Einleitung

Diese Expertise stellt eine sozial- und kindheitspädagogische Analyse des aktuellen Kenntnisstands dar, um transdisziplinär Chancen und Grenzen von gruppenprophylaktischen Interventionen in Settings der Tagesbetreuung und Tagespflege von Kindern unter drei Jahren zu eruieren.

Aufbauend auf einer Übersicht von Leistungen zur (Zahn-)Gesundheitsförderung von Kindern in Deutschland und einem Überblick über die aktuelle (zahn-)gesundheitliche Situation der Kinder in Deutschland werden bedeutsame Einflussfaktoren auf die kindliche Gesundheitsentwicklung analysiert. Dazu gehören in Deutschland neben dem sozio-ökonomischen Status der Herkunftsfamilie strukturelle Rahmenbedingungen von Tagesbetreuung, personale Dispositionen pädagogischer Fachkräfte sowie die alters- und entwicklungsspezifischen Bedürfnisse und Potentiale von Kindern unter drei Jahren, die berücksichtigt werden müssen. Daraus werden Konsequenzen für die Gesundheitsbildung und -förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege basierend auf dem Qualitätsmodell von Viernickel formuliert.

Ziel ist durch die zielführende intersektorale Zusammenarbeit aller involvierten pädagogischen und medizinische Fachkräfte, die in der frühen Kindheit liegenden sensiblen Zeitfenster für gesundheitsbildende Lernprozesse zu nutzen, um gemeinsam mit den Eltern eine gesunde Entwicklung und förderlichen Kompetenzerwerb für eine gesunde Lebensführung von Kindern zu unterstützen.

1. Zahn- und Mundgesundheitsförderung von Kindern in Deutschland

»Die Verbesserung der Zahn- und Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen ist ein Musterbeispiel für das Potential von Prävention und Gesundheitsförderung und ein Ergebnis der Zusammenarbeit vieler Akteure« (87. GMK 2014: S. 2). Gleichzeitig decken die regelmäßig durchgeführten epidemiologischen Untersuchungen einen Handlungsbedarf bei Kindern in den ersten Lebensjahren auf, der ein multivariates Ursachegefüge aufweist, das sowohl strukturell, sozialökonomisch als auch bildungspolitisch zu verorten ist. Nachfolgend werden staatliche Leistungen der Gesundheitsförderung dargestellt und die aktuelle Ist-Situation kindlicher Zahngesundheit analysiert.

1.1. Gesetzliche Ausgangssituation zur (Zahn-)Gesundheitsförderung von Kindern

Nahezu uneingeschränkt liegt die Verantwortung für das Wohl und die Erziehung eines Kindes als natürliches Recht bei seinen Eltern als primäre Sozialisationsinstanz (GG Art. 6 Abs. 2). In Deutschland erhalten Eltern vielfältige Unterstützung in ihrer Erziehungstätigkeit. Für die Gesundheitsförderung ihrer Kinder können sie folgende Angebote der Sozialgesetzgebung nutzen:

- a) Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII/KJHG § 16) bietet im Rahmen von Familienbildung die Möglichkeit, familien- und elternunterstützende Angebote zur Gesundheitsbildung bereitzustellen. Aufgrund der finanziellen Situation in vielen Kommunen/Kreisen werden freiwillige Leistungen jedoch oft auf ein Minimum reduziert und erweisen sich als »wenig robust gegenüber den Einsparverpflichtungen der Kommunen« (Geene et al. 2012: S. 64).
- b) Eltern haben zur Unterstützung ihrer Erziehungsaufgaben das Recht auf Förderung ihrer Kinder in Tageseinrichtungen oder Tagespflege ab dem vollendeten ersten Lebensjahr (SGB VIII/KJHG § 22-26). Die Ausführungsgesetze aller Bundesländer zur Tagesbetreuung von Kindern verweisen auf ihren jeweiligen Bildungs- oder Orientierungsplan, in denen Bildungsziele definiert sind. Die Bildungs- und Orientierungspläne aller Bundesländer weisen Gesundheitsförderung und Gesundheitsbewusstsein als Bildungsziele von Kindern aus (s. Kapitel 8.2.).
- c) In problematischen familiären Situationen haben Eltern das Recht auf Hilfen zur Erziehung (HzE) ihrer Kinder. Diese können ambulant, teilstationär oder stationär erfolgen und sind auf elterlichen Antrag von Jugendamt bereitzustellen (SGB VIII/KJHG § 27-35). Frühe Hilfen für (werdende) Eltern können als präventive bzw. niedrigschwellige Angebote ebenfalls über diese Finanzierungen angeboten werden.
- d) Im Bundeskinderschutzgesetz (SGB VIII/KJHG § 8a BKiSchG) ist die Früherkennung von Kindeswohlgefährdungen und Entwicklungsstörungen geregelt, um mithilfe des staatlichen Wächteramts die gesunde Entwicklung aller Kinder zu gewährleisten. Schwere und unbehandelte Fälle frühkindlicher Karies an Milchzähnen (ECC – Early Childhood Caries) sind als Indikatoren von Vernachlässigung der kindlichen Misshandlung zuzuordnen und als bedeutsam für die Einschätzung der ganzheitlichen Entwicklungsförderung betroffener Kinder in ihren Familien anzusehen, da diese häufig mit anderen Formen von Vernachlässigung und/oder Misshandlung korrelieren (Schilke et al. 2008: S. 499-504).
- e) Zur Gesundheitsförderung ihrer Kinder haben Eltern das Recht auf deren regelmäßige ärztliche Früherkennungsuntersuchungen (von der U1 direkt nach der Geburt bis zur J1 zwischen 12 und 14 Jahren). Im SGB V § 26 Abs.1 Satz 1 wird das Recht auf Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen formuliert. Diese werden i. d. R. vom betreuenden Kinderarzt durchgeführt und von den Krankenkassen finanziert. „Zu den Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten gehören insbesondere die Inspektion der Mundhöhle, die Einschätzung oder Bestimmung des Kariesrisikos, die Ernährungs- und Mundhygieneberatung sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne und zur Keimzahl-senkung. Die Leistungen nach Satz 5 werden bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres erbracht und können von Ärzten oder Zahnärzten erbracht werden“ (SGB V § 26 Abs. 1). Die gesetzliche Grundlage verweist auf einen Anspruch, nicht aber auf eine Pflicht. Die Krankenkassen werden im § 26 Abs. 3 SGB V verpflichtet auf die Inanspruchnahme hinzuwirken. Mit dieser impliziten Verpflichtung ist neben der rechtzeitigen Diagnose möglicher Gesundheitsprobleme oder Entwicklungsbeeinträchtigungen im körperlichen, seelischen oder sozialen Bereich auch die frühzeitige Feststellung von eventuell vorhandenen Hinweisen auf Vernachlässigung, Verwahrlosung oder Misshandlung flächendeckend für alle Kinder beabsichtigt (Straßburg 2009: S. 91).

- f) Das SGB V § 21 ermöglicht die Durchführung flächendeckender gruppenprophylaktischer Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Mit dieser Präventionsmaßnahme konnten im Kindergartenjahr 2011/2012 fast 1,9 Mio. Kinder in Tageseinrichtungen erreicht werden, das entspricht 78 % der in Tageseinrichtungen betreuten Kinder (DAJ: S. 1-16).
- g) Im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in den zahnärztlichen Praxen wird auch Präventions- und Ernährungsberatung für Eltern angeboten und über die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgerechnet. Darüber hinaus stehen verschiedenen Leistungen der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis zur Verfügung, die ebenfalls als Ergänzung zur Versorgung durch die Gruppenprophylaxe gedacht sind.
- h) Über die Gesundheitsdienste werden in fast allen Bundesländern rechtlich verbindlich flächendeckend epidemische Mund-, Zahn- und Kieferuntersuchungen bei Kindern durchgeführt. Diese sind bis zum Zeitpunkt der Einschulung freiwillig und aufgrund der Anbindung an die länderspezifischen Schulgesetze mit beginnender Schulpflicht auch meist verpflichtend wahrzunehmen (Länderspezifische Übersicht, s. Kapitel 8.1.).
- i) Über die Berufsorganisation der Zahnärzteschaft wurden in den vergangenen Jahren in mehreren Bundesländern zahnärztliche Kinderpässe eingeführt und den Eltern z. T. mit dem Mutterpass bzw. dem Kinderuntersuchungsheft ausgehändigt.
- j) »Gruppenprophylaktische Angebote für Kinder unter drei Jahren in Tageseinrichtungen und Tagespflege werden aktuell in allen Bundesländern auf- bzw. ausgebaut« (KZBV et al. 2014: S. 16). Damit ist eine flächendeckende Betreuung (noch) nicht gewährleistet, die Dokumentation der DAJ zeigt aber, dass der Ausbau der Angebote für diese Zielgruppe stetig wächst:

Leitfragen	Angebotsstand Mai/Juni 2011	2011 Kein Angebot	Stand 18.02.2013
„Die Prävention frühkindlicher Karies spielt in unserer Arbeit eine zunehmende Rolle.“	BW, BAY, Bln, BB, HB, HH, MV, NS, SA, S, SH, T, RLP, Westf.-Lippe	HH, SL Nordrhein	Nordrhein, SL anteilig
„Wir haben eigene Angebote zur Prävention frühkindlicher Karies entwickelt.“	Bln, BW, BAY, BB, H, NS, SA, S, SH, T, Westf.-Lippe, RLP	HB,HH, MV, Nordrhein, SL	HB, HH, MV Angebote vorhanden

Tabelle 1: Gruppenprophylaxeangebote der Bundesländer (Berg 2013)

- m) Die aktuelle Betreuungsquote von Kindern unter drei Jahren entspricht gut einem Drittel der Gesamtkohorte. Laut Statistischem Bundesamt lag die Betreuung von Kindern unter drei Jahren in Kindertageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 1. März 2013 bei 596.289 Kindern, das entspricht einer Quote von 29,3 % (Destatis 2013: S. 37). Laut BMFSFJ standen für das Kindergartenjahr 2013/14 insgesamt 814.204 Plätze für Kinder unter drei zur Verfügung (BMFSFJ 2013a). Kinder unter drei Jahren können also derzeit nicht flächendeckend über die institutionelle Kindertagesbetreuung/Tagespflege mit Prophylaxeangeboten erreicht werden.

Die Gesundheitsförderung von Kindern ist in der Bundesrepublik Deutschland in unterschiedliche rechtliche Strukturen eingebunden und mehrfach gesetzlich verankert. Auch die (Zahn-)Gesundheitsförderung von Kindern steht in Deutschland auf der Agenda unterschiedlicher Institutionen und Geldgeber. Dadurch kann es zu Überschneidungen, Reibungsverlusten, zeitlichen und zielgruppenspezifischen blinden Flecken kommen. Dies ist insofern von besonderer Brisanz, weil die Zahn- und Mundgesundheit der frühen Kindheit als prägend für das weitere Kariesrisiko gewertet wird (vgl. Isaksson et al. 2013; Jordan/Becker/Zimmer 2012; KZBV et al. 2014: S. 10). Eine dringend erforderliche bundesweite Vernetzung gesundheitsfördernder Strategien und Maßnahmen sowie ein abgestimmtes Vorgehen aller beteiligten Kostenträger wurde bereits 2010 auf der Herbsttagung des AOK-Bundesverbandes gefordert.

1.2. Aktueller Stand der (Zahn-)Gesundheit von Kindern in Deutschland

In Deutschland wachsen die meisten Kinder und Jugendlichen gesund auf. Auch für die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen ist generell von einer guten gesundheitlichen Situation in Deutschland auszugehen. Das Land nimmt in diesem Bereich international einen Spitzenplatz ein (87. GMK 2014: S. 1). Diese grundsätzlich positive Entwicklung der Mundgesundheit in den vergangenen 20 Jahren konnte durch einen hohen Versorgungsgrad der Bevölkerung und durch konsequente Präventionsstrategie erreicht werden (Eßer et al. 2014: S. 6).

Die guten Ergebnisse werden jedoch relativiert von der Tatsache, dass 15 bis 20 % der Kinder und Jugendlichen einen schlechteren Gesundheitszustand oder zumindest größere Risiken haben, krank zu werden (BMG 2010: S. 7). Auch für die Mund- und Zahngesundheit gelingt diese positive Entwicklung nicht für alle Altersbereiche und alle Bevölkerungsgruppen. So zeigt die DAJ-Studie von 2009, dass in Deutschland trotz positiver Entwicklungen immer noch von einer Nichtversorgung von 47,4 % der kariösen Milchzähne ausgegangen werden muss (Pieper 2010: S. 125). Frühkindliche Karies an Milchzähnen (ECC - Early Childhood Caries), auch Nuckelflaschenkaries (NFK) genannt, ist generell nicht rückläufig sondern von zunehmender Bedeutung und eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in der frühen Kindheit, »die teilweise bereits extrem früh auftritt« (Pieper 2010: S. 134). »Sie ist das größte zahnheilkundliche Problem bei Kindern (Prävalenz von 10 bis 15 %)« (87. GMK 2014: S. 3). Diese Entwicklung wird aus mehreren Gründen kritisch bewertet:

- a) Schweregrad der Zerstörung der betroffenen Zähne,
- b) Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der bleibenden Zähne,
- c) Auswirkungen auf die somatische Entwicklung (Wachstum, Infektionsrisiko),
- d) Auswirkungen auf die sprachliche und sozial-emotionale Entwicklung der betroffenen Kinder.

1.3. Sozio-ökonomische Situation der Herkunftsfamilie und Kindergesundheit

In der Bundesrepublik Deutschland besteht für vielfältige Entwicklungs- und Sozialisationsbereiche ein eindeutiger Zusammenhang von kindlichen Entwicklungschancen und der sozio-ökonomischen Situation ihrer Herkunftsfamilie. Ergebnisse zahlreicher sozialepidemischer Studien, die seit 20 Jahren den Einfluss sozio-ökonomischer Indikatoren auf Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken von Kindern und Jugendlichen untersuchen, »demonstrieren, dass die körperliche und mentale Gesundheit von Kindern von ihrer sozialen Herkunft beeinflusst wird. In der Regel verschlechtert sich die Gesundheit mit sinkender sozialer Schicht« (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend BMFSFJ 2009: S. 21). Auch die mehrstufig angelegte bundesweite Längsschnittuntersuchung zur Gesundheit von Kindern (KIGGS)¹ verweist in der Auswertung der ersten Untersuchungswelle für mehrere Aspekte auf eindeutige Zusammenhänge zwischen kindlicher Gesundheit und dem sozio-ökonomischen Status der Herkunftsfamilie (Hempel 2006: S. 27-75). Im sozialwissenschaftlichen Diskurs wird die Bedeutung vorhandener ökonomischer und sozio-kultureller Kapitalien für die jeweiligen individuellen Lebensbedingungen und zukünftigen Positionierungen im sozialen Raum als bedeutsam thematisiert (Bourdieu 1994: S. 38-45), da empirische Daten auf die Tendenz steigender Diversität von kindlichen Lebenslagen aufgrund sich verstärkender unterschiedlicher Ressourcenverfügbarkeit verweisen. Hintergrund ist die Annahme, »dass mit bestimmten Lebensbedingungen mehr oder minder eng bestimmte innere Haltungen [...] einhergehen« (Liebenwein 2008: S. 38), die auch Einstellungen und Verhaltensweisen zur Gesundheit einschließen. So konnte Liebenwein nachweisen, dass in Milieus der Unterschicht Gesundheit einen geringen Stellenwert einnimmt und die Vermittlung einer gesunden Lebensweise nicht als Erziehungsziel relevant ist. Praktiziert werden sichtbare Tätigkeiten mit geringem Aufwand, während z. B. gesunde Ernährung keine Rolle spielt. Bezüglich des Zusammenhangs von Mundgesundheit und sozio-ökonomischem Status belegt die KIGGS-Studie, dass auch »die Mundhygiene weiterhin ein deutliches Schichtgefälle auf[weist]. Je niedriger der sozio-ökonomische Status ist, desto höher ist auch der Anteil derer mit geringer Putzfrequenz (niedrig: 39,0 %, mittel: 27,7 %, hoch: 21,5 %)« (Schenk et al. 2007: S. 656).

»Die Vermittlung einer gesunden Lebensweise wird in Ober- und Mittelschichtmilieus mit Ausnahme der Traditionsverwurzelten wertgeschätzt, in den Unterschichtmilieus als unwichtig erachtet« (Liebenwein 2008: S. 280).

Durch die sozialspezifische Stabilität von Entwicklungschancen eines Kindes und der Ausweitung des Milieugefälles in Deutschland ist von einer größer werdenden Chancenungleichheit auszugehen. Dieser Zusammenhang betrifft auch den Bereich der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen. Mithilfe der schultypspezifischen Auswertungen der DAJ-Studie, die deutliche Unterschiede zwischen den Schultypen nachgewiesen hat, kann dies untermauert werden. »Generell lässt sich feststellen, dass die Zahngesundheit von Kindern umso besser ist, je höher der sozio-ökonomische Status ihrer Familien ist (gemessen am Familieneinkommen, sowie an Schulbildung und Beruf der Eltern)« (Pieper 2010: S. 8). So zeigen die regelmäßigen sozialepidemischen Untersuchungen eine Polarisierung des Kariesrisikos in Bevölkerungsschichten mit niedriger Bildung und niedrigem sozialem Status auf (KZBV et al. 2014: S. 9).

¹ KIGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie des Robert Koch-Instituts, Link: <http://www.kiggs-studie.de/>

Die Milieus der Unterschicht weisen die höchsten Einschränkungen kindlicher Gesundheit auf, gleichzeitig sind sie auch die bildungsfernen Milieus und steigern damit ihr Vulnerabilitätspotential für die Kindergesundheit. Dies spitzt sich insbesondere für die Kinder zu, deren Familien in Armut leben. Hurrelmann unterscheidet hier zwischen materieller und immaterieller Deprivation (Hurrelmann 1988: S. 53). Immaterielle Deprivation umschreibt Mangelzustände, die nur indirekt durch Armut verursacht werden und das soziale und psychische Wohlbefinden und der Mangel an Bildung kennzeichnen.

Als Folge der Arbeitsmarktreformen 2005 ist eine Zunahme von Kinderarmut zu verzeichnen (Butterwegge et al. 2008: S. 118). Wobei es in Deutschland weniger um absolute, sondern um relative Armut² geht, welche den individuellen Spielraum von Ressourcen, Potenzialen und Bewältigungshandeln einschränkt. Da hiervon vorrangig (alleinerziehende) Familien mit Kindern betroffen sind, spricht Holz in diesem Zusammenhang von „Infantilisierung von Armut“ (2006). »Bei über 3,4 Mio. oder 23 % der Kinder lag das Einkommen der Familie unter der Armutsgrenze. [...] Angesichts der Tatsache, dass ein Leben in solchen Risikolagen zu einer deutlichen Verschlechterung der Bildungschancen führt, ist ihr Ansteigen in den letzten Jahren besonders bedenklich« (Konsortium Bildungsberichterstattung 2006).

Die Lebenswelten von kleinen Kindern sind zuallererst ihre Herkunftsfamilie und deren sozialer Nahraum. Die jeweiligen materiellen und sozio-kulturellen Ressourcen der Eltern bilden die Grundlage für die individuelle Lebenssituation. Sie bestimmen die Qualität der kindlichen Grundversorgung und ihrer ganzheitlichen (einschließlich der gesundheitlichen) Entwicklung. »Bildung und Erziehung beginnen in der Familie. Sie ist der erste, umfassendste, am längsten und stärksten wirkende, einzige private Bildungsort von Kindern und in den ersten Lebensjahren der wichtigste. Die Bedeutung der Familie ist zentral. Sie steuert und beeinflusst alle Bildungsprozesse direkt durch das, was Kinder in der Familie lernen [...]. Wie Bildungseinrichtungen genutzt werden, wie Kinder darin zurechtkommen und von deren Bildungsleistungen profitieren, hängt primär von den Ressourcen der Familie ab« (Fthenakis 2008: S. 35). Dieser Zusammenhang besteht auch für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen im Rahmen des familiären Kontextes. »In der Familie werden nicht nur wesentliche basale Kompetenzen und Vorläuferfähigkeiten vermittelt, es finden – überwiegend alltagsintegriert und spielerisch – auch unterschiedliche Bildungsprozesse statt, die langfristig die Bildungsmotivation und -chancen der Kinder erheblich beeinflussen« (Autorengruppe Bildungsbericht 2012: S. 48). In der Lebenslagenforschung wird der Zusammenhang von aktueller Lebenslage, dem kindlichen Wohlbefinden und seinen zukünftigen Entwicklungschancen thematisiert und ein enger Zusammenhang von elterlichen und kindspezifischen Persönlichkeitsfaktoren, den biografischen Erfahrungen der Eltern und ihrem Erziehungsstil zur ökonomischen Situation, der Schichtzugehörigkeit und der aktuellen Arbeitssituation der Eltern belegt (Liebenwein 2008: S. 55).

Dieser strukturelle Zusammenhang von sozio-ökonomischer Situation und Gesundheitsentwicklung zeigt deutlich, »dass Gesundheit nicht primär in der Verantwortung des Einzelnen liegt, sondern durch Strukturen gestützt wird« (Geene et al. 2012: S. 46). Als Konsequenz ist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation nicht ausschließlich als Aufgabe von Individuen resp. Familien anzusehen, sondern betrifft ebenso ihre sozialen

² Von relativer Armut wird gesprochen, wenn das Familieneinkommen unter 60 % des Durchschnittseinkommens liegt.

Lebenswelten. Prävention muss also sowohl auf das individuelle Verhalten – **Verhaltensprävention** – als auch auf die jeweiligen Lebenslagen – **Verhältnisprävention** – abzielen. Das Ziel der Förderung von gesunden Lebenswelten wird im SGB V § 20 als Aufgabe von Krankenkassen definiert, um „den allgemeinen Gesundheitszustand [zu] verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen [zu] erbringen.“ Die aktuellen Lebensbezüge der Kinder weisen eine zunehmende Diversität und Parallelität auf. Ihr direkter Einfluss auf Entwicklung und spätere Teilhabechancen der »Humanressource einer Gesellschaft« (Lessenich 2009: S. 33) sollte als gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachtet werden, um durch effektive sozialpolitische familienunterstützende Maßnahmen „als weitere Erzieher“ die Chancengleichheit von Kindern zu unterstützen.

Zusammenfassend haben sich als bedeutsame Faktoren für die frühkindliche (Zahn-) Gesundheit die familiären Situationen und ihre Förderung durch Angebote der Sozialgesetzgebung herausgestellt. Kleine Kinder sind in hohem Maße abhängig von den Kompetenzen ihrer Bezugspersonen, die sich aus vorhandenen sozio-ökonomischen Ressourcen ergeben, von denen auch die Nutzung bestehender Angebote abhängt. Als besonders sensible Zielgruppen haben sich Kinder unter drei Jahren aus sozial schwachen und bildungsfernen Schichten herauskristallisiert.

1.4. Der Settingansatz in der Gesundheitsprävention

Als zielführende Handlungsstrategie zum Abbau ungleicher Gesundheitschancen wurde ausgehend von der Ottawa-Charta der Settingansatz konzipiert, der sich »zu einer Schlüsselstrategie der Gesundheitssicherung« (Grossmann et al. 2006: S. 206) entwickelt hat. Settings als abgegrenzte soziale Systeme umfassen lebensweltliche Bedingungen ganzer Menschengruppen, die durch identische ökonomische, persönliche, sozio-kulturelle oder räumliche Umwelt miteinander verbunden sind (Altgeld et al. 2007: S. 45). »Der Settingansatz fokussiert insbesondere die Rahmenbedingungen von Menschen, richtet sich zentral auf Organisationen und Netzwerke und weniger auf individuelles Risikoverhalten« (Hanses 2008: S. 16) und ist analog einer Organisationsentwicklung auf die Anregung und Unterstützung der Eigenaktivitäten (**Partizipation**) der dortigen Zielgruppen fokussiert und hat deren Kompetenzentwicklung und Selbstermächtigung (**Empowerment**) zum Ziel, um langfristige Veränderungen (**Nachhaltigkeit**) zu erreichen. Sein Wirkungsgrad hängt von den Zugangsmöglichkeiten zum jeweiligen Setting ab. Je formalisierter, strukturierter und verbindlicher diese sind, desto effektiver können gesundheitsfördernde Maßnahmen und Prozesse gesteuert werden. Schulen, Ausbildungseinrichtungen, Betriebe, Kindertageseinrichtungen sind aus diesen Gründen effektiver als Familien, Tagespflegesettings oder soziale Wohnmilieus. Letztere bedürfen einer besonders sensiblen Zugangsstrategie um zu verhindern, dass bedürftige Gruppen, insbesondere die sozial Benachteiligten, aufgrund zu rigider Vorgehensweisen in Richtung verhaltensorientierter Gruppenbelehrung und -beratung eher abgeschreckt werden und sich zurückziehen (Richter et al. 2004: S. 49-51).

Das Setting der Kindertageseinrichtung erweist sich als erfolversprechender Ort für Präventionsintervention. Grund »ist die gute Erreichbarkeit der Eltern, die speziell in den

ersten Kita-Jahren aufgeschlossen und engagiert in Fragen der Kindergesundheit reagieren. Aber auch hier bedarf es zur aktiven Partizipation sozial benachteiligter Familien bzw. Eltern besonderer Aufmerksamkeit« (Geene et al. 2012: S. 57). Im Rahmen der AWO/ISS³ - Langzeitstudie zur Kinderarmut in Deutschland (1997 - 2005) konnten positive Effekte für Lebenssituation, Gesundheitszustand und spätere Bildungschancen von Kindern festgestellt werden, die mit der Dauer der Förderung in öffentlichen Institutionen korrelieren. »Studien weisen darauf hin, dass der mehrjährige Besuch einer Kindertageseinrichtung bei zuhause weniger geförderten Kindern kompensatorisch wirken kann« (Autorengruppe Bildungsbericht 2012: S. 65). Insbesondere betraf dies Kinder aus Einrichtungen, in denen gesundheitsförderliches Verhalten geprägt und stabilisiert wird. (Richter et al. 2004: S. 64f.).

Um allen Kindern gleiche Chancen für gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, benötigen nicht alle Kinder und Eltern dieselben Angebote. »Gesundheitsförderung im Kindergarten mit ihrem Hang zur Mittelschicht kann sich durch die Verbindung des Settingansatzes und der Lebensweltorientierung Optionen eröffnen, mit deren Hilfe sie die besondere Herausforderung bewältigen kann, als schwer erreichbar eingestufte Familien zur Zusammenarbeit zu gewinnen« (Meyer-Nürberger 2002: S. 109). Dies würde auch den »Segregations Tendenzen in Kindertageseinrichtungen« (Autorengruppe Bildungsbericht 2012: S. 58) entgegenwirken.

Rosenbrock weist darauf hin, dass präventive Maßnahmen im Ergebnis die Chancenungleichheit noch vergrößern, wenn sie leicht überproportional in weniger belasteten Schichten wirksam werden (Rosenbrock 2004: S. 52ff).

Ressourcenorientierte Prävention muss den Fokus vermehrt auf die Zielgruppen von werdenden Eltern vor ihrer ersten Elternschaft und auf Familien mit Kindern von null bis drei Jahren richten, die eins oder mehrere folgender Kriterien (Mehrfachbelastungen) aufweisen:

- a) (Hoch-)Risikofamilien (junge Mütter, Alleinerziehende, psychisch Kranke, hohe Kinderzahl etc.),
- b) soziale Isolation,
- c) Familien mit niedrigem Einkommen, Arbeitslosigkeit,
- d) schwieriges Wohnumfeld (Anteil von Familien mit Sozialhilfebezug),
- e) bildungsferne Milieus,
- f) in Kombination mit Migrationshintergrund,
- g) und unzureichenden deutschen Sprachkenntnissen (Meyer-Nürberger 2002: S. 102, Bezug nehmend auf Otto 1997; Meersmann/Schlack 1998).

Diese Fokussierung kann mit Hinweis auf die begrenzt vorhandenen Ressourcen in allen beteiligten Systemen als effektiv, zielorientiert und entlastend gewertet werden. Sie stärkt das Bewusstsein für die elterliche Verantwortung, differenziert vorhandene Erziehungskompetenz und Unterstützungsbedarfe und setzt auf die Stärkung des Empowerments in familiären Settings.

³ AWO-ISS Langzeitstudie zu Kinderarmut, Link: [http://www.iss-ffm.de/projekte/aktuelleprojekte.html?tx_projekte_i1\[showUid\]=556](http://www.iss-ffm.de/projekte/aktuelleprojekte.html?tx_projekte_i1[showUid]=556)

Neben familienbezogenen, kultur- und zielgruppenspezifischen Angeboten stellen Kindertageseinrichtungen aus mehreren Gründen einen besonders effektiven Zugang zu Familien mit kleinen Kindern dar:

- a) »Durch eine frühzeitige, altersgerechte Prävention kann am ehesten eine Prägung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen und die Stabilisierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen erreicht werden« (Pott 2002: S. 25).
- b) Als öffentliche Institutionen der Kindertagesbetreuung bieten sie einen schichtübergreifenden, niedrigschwelligen, pädagogisch orientierten Zugang für Familien des Quartiers.
- c) Durch den täglichen Kontakt in der Bring- und Abholsituation werden Hemmschwellen der Kontaktaufnahme abgebaut.
- d) Über den alltäglichen kindbezogenen Austausch können weitere Informationen gegeben werden.
- e) Elternabende, Sommerfeste, Spieltreffs etc. bieten einen unkomplizierten Zugang zu anderen Familien und den pädagogischen Fachkräften. Dort werden Einblicke in Bildungsförderung gegeben und Informationen übermittelt.
- f) Der Austausch der Eltern untereinander bzw. über den Elternrat ermöglicht einen Kontakt auf Augenhöhe, der durch die Nachbarschaftsnähe über die Kita hinaus ausgebaut werden und institutionsübergreifend kontinuierlich bis in die Grundschule oder den Freizeitbereich gepflegt werden kann.

Kindertageseinrichtungen, die zusätzlich als Familienzentren arbeiten, wenden sich an das gesamte Wohngebiet und verstehen auch „Nicht-Kita-Eltern“ als Zielgruppe. Damit können sie über Angebote auch die (werdenden) Eltern erreichen oder Familien, welche ihre Kinder (noch) nicht in der Einrichtung betreuen lassen. Schwangerenturnen, Babygruppen, Eltern-Kind-Kurse, Müttertreffs, Müttersprachkurse, Familienbildungs- und Freizeitangebote, spezifische Beratungs- und Vermittlungsmöglichkeiten etc. geben einen Einblick in das mögliche Spektrum. Sie werden z. T. auch genutzt, weil über sie ein Kennenlernen des Settings Kita für Familien und kleine Kinder im geschützten Rahmen möglich ist und die spätere Eingewöhnung ggf. problemloser verläuft.

In NRW werden nach dem neu verabschiedeten KinderBildungsGesetz (KiBiz) ab August 2014 Kindertageseinrichtungen „mit einem hohen Anteil von Kindern mit besonderem Unterstützungsbedarf des Bildungsprozesses“ als „plusKITA“ zusätzlich gefördert (KiBiz § 16a). Die Vergabe wird über die jeweilige Kommune/Kreis geregelt. Es besteht also hier die Chance, gezielt Einrichtungen auszuwählen und effektiv gesundheitspräventive Maßnahmen in diesen Einrichtungen zu verstärken. Dieser Zugang kann auch in anderen Bundesländern erfolgen, da die sozio-ökonomischen Daten auch dort auf kommunaler bzw. Kreisebene vorliegen. Sie fokussieren Gesundheitsprävention auf die Familien mit Unterstützungsbedarfen, die über das Setting Kita erreichbar sind.

Stadtteilkindergärten haben i. d. R. klar umrissene Einzugsbereiche, die häufig Lebensräume bestimmter sozialer Gruppen sind. Sie müssen Anschlussstellen an diese spezifischen sozio-kulturellen Lebensräume finden, wenn sie ihre jeweiligen spezifischen Zielgruppen erreichen wollen (Meyer-Nürberger 2002: S. 100). In Kindertageseinrichtungen, die von mittlerer und gehobener Klientel besucht werden, dies trifft insbesondere für reformpädagogische, private und betriebliche Kitas, aber auch auf einen großen Anteil der Tagespflegebetreuung zu, reicht die kontinuierliche Fortführung etablierter gesundheitspräventiver Maßnahmen der Basisprophylaxe (Pieper 2010: S. 142).

Diese sozialen Gruppen verfügen i. d. R. über ein gutes Gesundheitsbewusstsein und ein großes Interesse an gesundheitsförderlichen Maßnahmen für ihre Kinder, sodass Frequenzdichte und Intensität des Zugangs hier beibehalten oder ggf. reduziert werden können.

2. Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen

Aufgrund ihrer rechtlichen Verankerung im SGB VIII/KJHG unterliegt die Entwicklungsförderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege einem staatlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) formuliert im Kapitel 1 § 1 Abs. 1 das staatliche Bildungs- und Erziehungsziel: „Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.“ In der föderalen Bundesrepublik wird Kindertagesbetreuung landesrechtlich geregelt (KJHG § 26) und unterliegt einem Anspruch an Qualität, für deren Einhaltung und Weiterentwicklung der Träger der Einrichtung verantwortlich ist (KJHG § 22a Abs.1). Um diesem Qualitätsanspruch gerecht zu werden, hat jede Kindertageseinrichtung in einer Konzeption die Grundlagen ihrer pädagogischen Arbeit zu dokumentieren.

Die Einrichtungskonzeption ist Bestandteil des Arbeitsvertrages des Personals und der Betreuungsvereinbarung mit den Eltern.

Die pädagogische Arbeit in den Einrichtungen soll sich an den jeweiligen Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder orientieren. »Die Bildungspläne beschreiben ein zeitgemäßes Bildungsverständnis in der Frühpädagogik, sie definieren Bildungs- bzw. Kompetenzbereiche und geben Hinweise zur Anregung und Gestaltung kindlicher Bildungsprozesse« (Winner 2013: S. 3). Die Bildungs- und Orientierungspläne sind in den einzelnen Bundesländern rechtlich sehr unterschiedlich eingebunden. Das Spektrum reicht von einer verbindlichen Umsetzungspflicht bis zur empfehlenden Orientierungshilfe. Sie umfassen unterschiedliche Altersgruppen und wurden von diversen Autorengruppen auf Basis differenzierter Bildungsparadigmen erarbeitet. So sind in den Bildungs- und Orientierungsplänen folgende Denkschulen des Bildungsverständnisses verankert:

- g) **Selbstgestaltungstheorie:** »Bildung hat etwas mit Selbsttätigkeit zu tun. Bildung erfolgt aufgrund von individuellen Sinnfindungen oder -verlusten. Sinn kann man nur selbst finden und niemand anderem vermitteln. Sinn ergibt sich nicht nur aus dem, was man erfährt oder tut, sondern – mehr noch – daraus, wie man das, was man erfährt oder tut, in das einordnet, was man bisher erfahren und getan hat.

Insofern verbinden sich im Bildungsprozess die individuellen Vorerfahrungen mit den neuen Erfahrungsaspekten der gegenwärtigen Situation« (Schäfer 2011b: S. 27-28).

- h) **Kompetenzansatz:** Bildung ist als sozialer Prozess die Aufgabe von Eltern, Staat, Wirtschaft und Gesellschaft. Interaktion ist der Schlüssel für Sinnkonstruktion und die Generierung von Wissen. Die Erwachsenen beeinflussen deren Qualität. Kinder gestalten ihre Bildung und Entwicklung aktiv mit, übernehmen entwicklungsangemessen Verantwortung. Ziel ist Resilienz und die lebenslange Erweiterung von Wissen und lernmethodische Kompetenz (Fthenakis 2012: S. 12-20).

Je nach Bildungsverständnis werden den Kindern, den Erwachsenen und dem Lerngegenstand als Komponenten des pädagogischen Handelns unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben, die sich in der konkreten pädagogischen Umsetzung manifestieren. Das Bildungsverständnis beeinflusst die Verantwortungszuschreibung und -übernahme für den (Selbst-)Bildungsprozess des Kindes, die Rolle der Eltern und ihres sozialen Umfeldes, des Staates und der in seinem Auftrag tätigen Pädagoginnen und der Gesellschaft: Es hat Auswirkungen auf Bildungsziele und das methodisch-didaktische Vorgehen, auf die Gestaltung, Begleitung und Beobachtung von Bildungsprozessen, auf die Rolle und Qualität der Beziehungen der Erwachsenen (Eltern, Erzieherinnen) und die Gewichtung/Beziehung unterschiedlicher Bildungsorte.

In der Einrichtungskonzeption soll das Team sein Bildungsverständnis verankern, welches es sich in Auseinandersetzung mit dem Bildungsplan seines Bundeslandes zu erarbeiten hat. Auf dieser Grundlage basiert die gesamte pädagogische Arbeit einer Kindertageseinrichtung, einschließlich der Umsetzung des gewählten pädagogischen Ansatzes. Die meisten Kindertageseinrichtungen in Deutschland arbeiten nach dem Situationsansatz oder dem Situationsorientierten Ansatz. Aber auch Waldorfkindergärten, Montessori-Einrichtungen, Reggio-, Freinet- und Kneippkindergärten, ebenso wie Natur- bzw. Waldkindergärten bieten ein vielfältiges Spektrum pädagogischer Betreuung, Erziehung und Bildungsförderung, die mit trägerspezifischen Ausrichtungen, wie z. B. konfessionell, bilingual etc. umgesetzt werden können. Seit gut 20 Jahren werden Kinder zunehmend auch in Einrichtungen betreut, die nach dem (teil-)offenen Ansatz arbeiten. In der Praxis werden oft Elemente, wie z. B. die Raumgestaltung, von Ansätzen in die eigene Einrichtungskonzeption integriert, sodass die „reine Lehre“ eines pädagogischen Ansatzes eher als theoretisches Konstrukt anzusehen ist, welches in der Einrichtung variabel umgesetzt wird. Dies trifft insbesondere auf den offenen Ansatz zu, der nur über eine konkrete Gestaltung praktiziert werden kann.

Für Kinder unter drei Jahren werden neben altersgemischten Betreuungsformen separate Nestgruppen bzw. Krippen angeboten, die eine eher gruppenzentrierte pädagogische Arbeit mit überschaubaren räumlichen und personellen Strukturen favorisieren. Aufgrund der alters- und entwicklungsspezifischen Besonderheiten wird derzeit davon ausgegangen, dass letztere Angebote sich als förderlicher für kleine Kinder erweisen, da »die Kinder im Krippenalter in altersgemischten Gruppen eine niedrigere Prozessqualität erfahren als wenn sie in stärker altershomogenen Kindergarten- bzw. Krippengruppen betreut werden« (Tietze et al. 2013b: S. 84). Damit muss generell die sogenannte (große) Altersmischung

von Kindern, die Kinder zwischen eins bis zwei und sechs Jahren umfasst, kritisch reflektiert werden.

2.1. Bildungsförderung beinhaltet Gesundheitsförderung

Öffentlich geförderte Kindertageseinrichtungen setzen ihre pädagogische Arbeit auf Basis einer Betriebserlaubnis um, die neben den räumlichen auch die personellen Ressourcen und deren fachliche Kompetenzen prüft. Damit soll sichergestellt werden, dass die Bildung, Erziehung und Betreuung der Kinder in der Einrichtung im Sinne des Gesetzgebers umgesetzt wird. Die beiden übergreifenden Bildungsziele **Eigenverantwortung** und **Gemeinschaftsfähigkeit** (vgl. KJHG § 1 Abs.1) der Kinder- und Jugendhilfe stehen als Leitziele über allen Differenzierungen, welche für die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und Tagespflege in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder ausgeführt sind. Bildungsziele und konkrete Handlungsziele müssen diesen Leitzielen in ihrer Hierarchisierung entsprechen. Konkretisiert auf den Bereich der (Zahn-)Gesundheitsförderung sind folgende Kompetenzen zu entwickeln und zu fördern:

Zielebenen	Verankerung	Beispiel der (Zahn-)Gesundheitsförderung
1. Grundsatzziele	KJHG § 1 Abs. 1	Entwicklungsförderung zu Eigenverantwortung und Gemeinschaftsfähigkeit
2. Ebene Rahmenziele	Bildungs- und Orientierungspläne der Länder und Trägerrahmenziele (z. B. christliches Menschbild etc.)	Eigenverantwortung umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Haltungsentwicklung zum Umgang mit der eigenen Körperlichkeit • Kenntnisse und Fertigkeiten der Selbstversorgung und Hygiene • Kompetenzen zur Regulation psycho-physischer Bedürfnisse • Wissen über den Körper und Gesundheit Gemeinschaftsfähigkeit umfasst: <ul style="list-style-type: none"> • Den kulturellen Normen entsprechender Umgang mit dem eigenen Körper (Hygieneverhalten, Selbstregulation etc.) • Achtung vor der Unversehrtheit anderer Körper • Motivation zur Gesunderhaltung des eigenen Körpers • Kenntnisse von und Zugangswege zu Informations-, Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten
3. Ebene Handlungsziele	Einrichtungskonzeption	konkrete, operationalisierbare gruppen- bzw. personenspezifische Kleinziele für die Umsetzung im pädagogischen Prozess durch Angebote, Projekte etc.

Tabelle 2: Zielhierarchie am Beispiel der Gesundheitsförderung

Für die **Ebene 2** der Rahmenziele wird in den Bildungs- und Orientierungsplänen bzw. ergänzenden Handreichungen der einzelnen Bundesländer der angestrebte Kompetenzerwerb zur Gesundheitsförderung definiert. Alle Bundesländer verpflichten ihre Kindertageseinrichtungen zur Gesundheitsbildung und -erziehung, da besonders die frühe Kindheit entscheidend für die Entwicklung und Stabilisierung von gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen und Lebensstilen ist, die im späteren Erwachsenenleben nur noch schwer zu modifizieren sind (Lohmann et al. 2006: S.31; Geene et al. 2009: S. 59). (Detailangaben zu den Bildungszielen der Länder s. Kapitel 8.2.)

Da neben den alters- und entwicklungsspezifischen Kategorien immer auch individuelle Faktoren aller am Prozess beteiligten Personen (z. B. die persönliche Tagesform) eine Rolle spielen, führt dieses Bedingungsgefüge zu einer Diversität, welche die Fremdbetreuung kleiner Kinder in Gruppen zu einer herausfordernden Tätigkeit werden lässt, die ein hohes Maß an Professionalität verlangt. Regelmäßige Entwicklungsbeobachtung und Dokumentation sowie der Austausch mit den Eltern sind Voraussetzung für die Planung und Gestaltung von förderlichen pädagogischen Prozessen in Kitas.

Bei der Planung der konkreten gruppen- bzw. personenspezifischen Handlungsziele als **Ebene 3** für die Umsetzung im pädagogischen Prozess müssen die jeweiligen Ausgangssituationen der Kinder und der Gruppe berücksichtigt werden. Gelungene pädagogische Intervention findet unter der Berücksichtigung der Trias bedeutsamer Einflussfaktoren statt, die sich permanent gegenseitig beeinflussen:

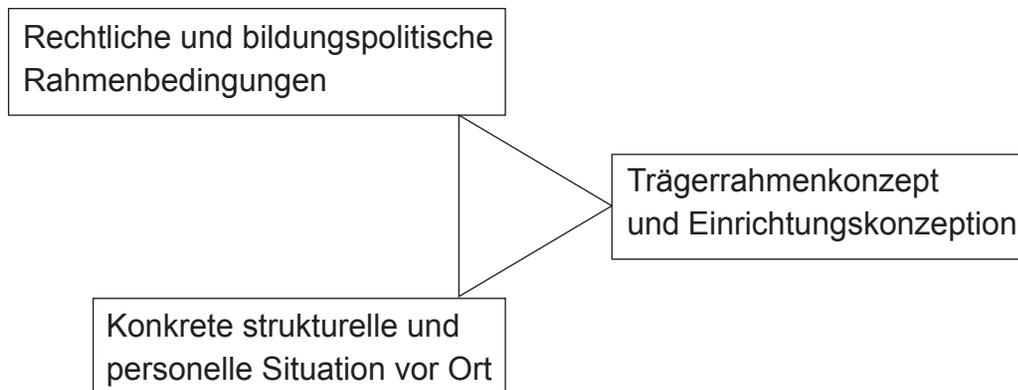


Abbildung 1: Bedingungsgefüge pädagogischer Interventionen in Kindertageseinrichtungen

Die konkrete Umsetzung eines Bildungs- und Entwicklungsziels kann also aufgrund differierender Ausgangssituationen völlig unterschiedlich aussehen. Nachfolgend erläutern drei Beispiele mögliche Differenzierungen aufgrund des jeweiligen pädagogischen Ansatzes:

- a) Wenn eine Kita, mit dem Situationsansatz arbeitend, planmäßig das Thema „Gesunde Ernährung – gesunder Körper“ aufgreift, kann sie sowohl die Schlüssel-situation „Besuch beim Zahnarzt“ themenintegrierend bearbeiten als auch das Erlernen der Zahnpflichttechnik, gesundes Frühstück o. ä. auswählen. Der Begriff „Schlüsselsituationen“ (Zehnbauer 1994: S.63) beschreibt das ganzheitliche Lernen in für Kinder überschaubaren lebensnahen Handlungszusammenhängen (Knauf 2013: S. 121). Die Themenwahl, Aktivitäten und Medien richten sich nach den Bildungszielen, welche von den pädagogischen Fachkräften auf Basis ihrer dokumentierten Entwicklungsbeobachtung formuliert werden.
- b) Kitas, die nach dem Situationsorientierten Ansatz arbeiten, werden Erlebnisse der Kinder aufgreifen und diese gemeinsam mit ihnen be- und verarbeiten, dies kann z. B. über das Erlebnis eines familiären Zahnarztbesuches oder des erlebten Zahnwechsels geschehen, den das Kind in der Einrichtung nachspielt und so in die Gruppe trägt. Wird es dann zum Thema der Kindergruppe, nutzt die pädagogische Fachkraft deren Interesse, auftauchende kindliche Fragen und Hypothesen für themenrelevante ganzheitliche Bildungsangebote. »Der „Situationsorientierte Ansatz“ greift bei seiner Planung von Projekten keine „nach außen gerichteten Situationen“ auf, sondern vielmehr Ausdrucksformen der Kinder, um aus ihrem Erzählwert (symbolische Interaktion) die „inneren Themen“ der Kinder zu verstehen und in einem möglichen Projekt zu berücksichtigen« (Krenz 2013: S. 106).
- c) Eine Einrichtung, die den offenen Ansatz praktiziert, wird hier ganz anders vorgehen. Wenn in der Einrichtung z. B. im Zusammenhang mit dem regelmäßigen und in der Konzeption der Einrichtung fest verankerten Besuch der Prophylaxefachkräfte, die Kinder in ihren jeweiligen partizipierenden Strukturen (Stuhlkreis, Kinderkonferenz, Blitzabstimmung etc.) Fragen zu diesem Thema einbringen oder

sich dazu austauschen, kann durch Kinder vorgeschlagen oder gezielt durch die Fachkräfte angeregt, der Besuch einer Zahnarztpraxis oder die Einladung eines Kinderzahnarztes beschlossen werden. Dieser Beschluss wird dann mit den Kindern gemeinsam im Rahmen ihrer Möglichkeiten umgesetzt und in nachfolgenden Gesprächen/Spielen etc. reflektiert. Offene Planung orientiert sich an kindlichen Bedürfnissen und Interessen und wird mit ihnen abgestimmt. Kindliche Selbstorganisation und Entscheidungsfreiheit betrifft Zeitplanung, Aktivitäten, Spielpartner, -themen und -räume. Unverzichtbar sind Regeln, welche die Vielfältigkeit des Alltags strukturieren (Textor & Textor 1997: S.24; Knauf 2013: S. 125). Solche gelten z. B. für die Selbstbedienung, Hygiene, Umgangsformen etc. und sind als Hausregeln mit den Kindern erarbeitet worden, in der Einrichtungskonzeption verankert und transparent für alle einsehbar.

Bei diesen Beispielen wurden einrichtungs- und kindspezifische Vorüberlegungen nicht berücksichtigt. Diese sind jedoch wesentlich für die gelingende Bildungs- und Entwicklungsförderung. Insbesondere für die Altersgruppe der Kinder von null bis drei Jahren müssen alters- und kindspezifische Aspekte in die Vorüberlegungen einbezogen werden, da diese Kinder in hohem Maße abhängig sind von einer förderlichen Gestaltung ihrer sozialen Lebenswelt(en).

2.2. Die Zielgruppe der Kinder unter drei Jahren

Die menschliche Entwicklung wird von genetischen, epigenetischen, persönlichkeits-spezifischen und sozialisationsbedingten Faktoren beeinflusst. Deren Diversität führt zu einem Spektrum an Individualität, welche gekoppelt mit den altersspezifischen Entwicklungsbesonderheiten bei kleinen Kindern berücksichtigt werden muss. Für die Planung von Aktivitäten/Angeboten mit kleinen Kindern sind grundlegende entwicklungspsychologische Paradigmen bedeutsam. Daraus lassen sich Konsequenzen für die pädagogischen Fachkräfte und für fremde Personen, z. B. Prophylaxefachkräfte, Kinder(-zahn-)ärzte etc. ableiten.

Bedürfnisse sind Wahrnehmungen psycho-physischer Mangelsituationen, die Gefühle hervorrufen und ein Individuum zu Verhalten motivieren, diesen Mangel zu beseitigen. Es wird zwischen angeborenen (primären, selbstbezogenen) und im Sozialisationsverlauf durch Lernprozesse erworbenen (sekundären, kontextbezogenen) Bedürfnissen unterschieden. Der erlebte Handlungserfolg bzw. Nichterfolg zu deren Befriedigung beeinflusst die zukünftige Bedürfnisregulation und Befriedigung.

Zu den bedeutendsten Bedürfnistheorien zählen die hierarchischen Modelle von Maslow (1985) und Brazelton/Greenspan (2002), die zwischen Defizit- und Wachstumsbedürfnissen unterscheiden. Erst die Befriedigung unterer Bedürfniskategorien ermöglicht das Auftreten von Wachstums- und Entwicklungsbedürfnissen. Im Gegensatz zu den hierarchischen Bedürfnismodellen formuliert Grawe in seinem Konsistenzmodell vier Grundbedürfnisse (Orientierung/Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/-schutz), die evolutionär angelegt sind und lebenslang nach Befriedigung streben (Grawe 2004: S. 233). Im Laufe des Lebens entwickelt ein Individuum auf Basis seiner Erfahrungen zwei Motivationsschemata zur Bedürfnisbefriedigung:

- a) Annäherungsschemata dienen der Erfüllung der Grundbedürfnisse und
- b) Vermeidungsschemata dienen der Verhinderung von Verletzungen, Bedrohungen oder Enttäuschungen durch Nichtbefriedigung der Grundbedürfnisse.

Als **Bedürfnisregulation** wird das Verhalten zum Ausgleich eines wahrgenommenen Mangels bezeichnet. Regulationskompetenzen werden pränatal und im individuellen Sozialisationsprozess erworben, sind kulturspezifisch und unterscheiden sich in Selbst- und Fremdregulation. Die Gewichtung zwischen permanenter physiologischer und psychologischer Bedürfnisbefriedigung und der Kompetenz ihrer sozialkonformen Regulation ist ein Lernprozess in der frühen Kindheit, der von natürlichen und sozialen Impulsgebern der jeweiligen Lebenswelt beeinflusst wird.

Das Theoriemodell Eriksons (1959) thematisiert die lebenslange Identitätsentwicklung im Spannungsfeld von Individuum und sich permanent verändernder sozialer Umwelt, »die als **Entwicklungsaufgaben** bezeichnet werden. Der Begriff Entwicklungsaufgabe geht auf Havighurst (1976) zurück und ist wie folgt definiert: „Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt“ (Oerter 1998: S. 121). Diese Herausforderungen ergeben sich aufgrund biologischer Veränderungen in einem bestimmten Entwicklungsalter, durch gesellschaftliche Aufgaben und Anforderungen sowie individuelle Werte und Ziele des sich entwickelnden Individuums« (Wertfein 2011: S. 35). Sie stellen Diskontinuitäten dar, die Erikson als Lebenskrisen bezeichnet, deren erfolgreiche Bewältigung zu mehr Kompetenz, Selbstbewusstsein, Zufriedenheit etc. führt. Deren Nichtbewältigung hat im Gegenzug negative Auswirkungen auf den weiteren Lebensverlauf. Die angesprochene Dialektik von Individuum und sozialer Gemeinschaft ist ein bedeutsamer Grund für notwendige individuelle Adaptationsleistungen.

- a) Stufe 1: **Ur-Vertrauen vs. Ur-Misstrauen** als Gefühle des »„Sich-Verlassen-Dürfens“ bzw. „Verlassenseins“« (Erikson 1973: S. 62), sie decken sich mit den Grundaussagen der Bindungstheorie zur Entwicklung positiver bzw. negativer Gefühle und Erfahrungen im Bezug zur Bedürfnisbefriedigung und entsprechendem Verhalten.
- b) Stufe 2: **Autonomie vs. Scham und Zweifel** werden entwickelt, wenn das Kind infolge seiner zunehmenden Eigenaktivitäten die Reaktionen seiner Bezugspersonen auf seine Exploration und zunehmenden willentlichen Handlungen erlebt. Als kindlich bedeutsame Handlungen sieht Erikson neben der Umwelterkundung und dem kindlichen Spiel u. a. das willentliche Ausscheiden an. Je nach Rückmeldung erlebt das Kind Bestätigung oder Ekel, Abwehr und Verbote und entwickelt kontextbezogene Emotionen von erfolgreicher Selbstwirksamkeit/Autonomie oder von Scham und Zweifel an der eigenen Kompetenz.
- c) Stufe 3: **Initiative vs. Schuldgefühl** beschreibt die altersgemäße Distanzentwicklung von der engsten Bezugsperson zugunsten weiterer Personen und eine allmähliche Bedeutungszunahme von Gleichaltrigen. Dies hat für das Kind die

Relativierung der primären Bezugsperson(-en) zur Folge, die je nach Rückmeldung erfolgreich verlaufen oder mit Schuldgefühlen verbunden sein kann (Erikson 1973: S. 87).

Das Verhalten eines Kindes ist körperlicher Ausdruck seiner bisherigen Entwicklung und jeweiligen aktuellen Motivation, welche von den Eigenschaften der Persönlichkeit und den individuellen Vorerfahrungen beeinflusst werden. Anerkannte theoretische Modelle bieten Erklärungen und zeigen Handlungsoptionen für Bezugspersonen, um das Kind individuell entwicklungsförderlich zu begleiten.

2.2.1. Bedürfnis nach Bindung, Geborgenheit und Sicherheit

„In Kontakt bleiben“

Insbesondere für die ersten Lebensjahre gelten die physische Grundversorgung und Bindung als elementare, permanent zu befriedigende Bedürfnisse. Die Bindungstheorie von Bowlby (1975) erklärt das angeborene Verhaltensmuster nach Nähe und Zuwendung, die Kinder bei ihren Bezugspersonen aktiv suchen, um emotionale Sicherheit und Geborgenheit zu erhalten. Bowlbys Kollegin prägte für die Bezugsperson, i. d. R. ist das die Mutter, den Begriff der „sicheren Basis“ (Ainsworth 2011: S. 102-103) als Synonym für die Person, die durch angemessene Interpretation des kindlichen Verhaltens und die prompte Reaktion darauf, die Bedürfnisse des Kindes befriedigt. So ist »zumindest in den ersten etwa zweieinhalb Lebensjahren [...] der Lebensmittelpunkt eines Kindes vor allem durch seine Hauptbezugsperson charakterisiert« (Rauh 2006: S. 88). Das Kind fühlt sich in der körperlichen Nähe seiner Bezugsperson sicher und geborgen, später kann es diese Sicherheit auch durch Sicht- bzw. Hörkontakt erleben. Bricht der Kontakt jedoch gänzlich ab, reagiert das Kind mit Stress, Weinen, Nachlaufen, Festklammern oder durch Protest, Ärger, Verzweiflung und Trauer sowie emotionalem Rückzug und Resignation beim Verlassenwerden. Das aktivierte Bindungsverhaltenssystem ist so dominant, dass sich ein Kind in dieser Situation nicht durch andere Personen trösten oder ablenken lässt.

Der Aufbau des Bindungsverhaltens beginnt mit einer Vorphase im ersten Lebensquartal, in der das Kind undifferenzierte Bindungssignale an alle Kontaktpersonen sendet. Ab dem dritten Monat zeigt das Kind differenziertes Verhalten und die Bevorzugung einer Kontaktperson, meist der Mutter. Die Phase der eigentlichen Bindung um den 7./8. Monat ist gekennzeichnet durch aktiven Kontaktaufbau und Suche nach räumlicher Nähe zur engsten Bezugsperson. Unbekannten Personen gegenüber verhält sich das Kind zurückhaltend oder sogar ablehnend, es fremdelt. Um das dritte Lebensjahr gelingt dem Kind eine aktive Einflussnahme auf das Verhalten seiner Bezugsperson, dann wird von einer zielkorrigierten Partnerschaft gesprochen. Kinder entwickeln zu mehreren Personen ihres Umfeldes diverse Bindungen. Die Bedeutsamste ist jedoch immer die zur Primärbezugsperson, da dieses praktizierte Bindungsverhalten als „inneres Arbeitsmodell“ (Bowlby 1973) die frühen Erfahrungen mit der Bezugsperson zu repräsentationalen Systemen zusammenfasst, die später als Schablone sein Verhalten in Kontakten, im Beziehungsaufbau und sein Erleben in allen emotional relevanten Beziehungen strukturieren (Wertfein 2011: S. 50).

Bindung wird über regelmäßigen Kontakt und Interaktion aufgebaut und praktiziert. »Durch Imitation und wechselseitige Nachahmungs-Dialoge mit den primären Bezugspersonen stehen die Säuglinge von Anfang an im sozialen Austausch mit ihrer Umwelt und lernen die emotionalen Signale ihrer Bezugspersonen zu deuten« (Wertfein 2011: S. 39). Erste mimische, lautmalerische Dialoge werden durch Funktionslust, Wiederholung und Variation ausgebaut. »Sprechen beginnt nicht mit den ersten Wörtern, sondern mit Kommunikation ab der Geburt... [Als] eine Art vorsprachlichen Alphabets, auf das Erwachsene unmittelbar reagieren« (Schäfer 2011c: S. 185). Positive Rückmeldungen der Bezugspersonen verstärken die kindliche Aktivität. Mit dem Ziel, den als positiv erlebten Kontakt zu verlängern oder wieder herzustellen, erweitert das Kind seine Initiativen. Positive Reaktionen verstärken gezeigtes Verhalten. Für den erfolgreichen Spracherwerb sind folgende Entwicklungsschritte des Kindes und das respondierende Verhalten der Kontaktperson bedeutsam:

Entwicklungsschritte des Kindes	Verhalten der Bezugsperson
gemeinsame Bedeutung herstellen	Orientierung an der kindlichen Aufmerksamkeit – dem Blick des Kindes folgen und kommentieren
Aufmerksamkeitsverhandlung	Angebote zur gerichteten Aufmerksamkeitsfokussierung (z. B. auf Spielzeug), der Geschwindigkeit des Kindes folgend
Spiegelung	Wiederholung, „papageien“ der kindlichen Signale (als Reihe-Austausch-Kommunikation); mimetische „Ansteckung“ der emotionalen Bewertung
Variation	veränderte sprachliche und mimetische Rückmeldung
Triangulation	Austausch über etwas – Aufmerksamkeitsverhandlung kann wechselseitig erfolgreich praktiziert werden

Tabelle 3: Vorsprachliche Kommunikation nach Schäfer 2011:185ff.

Es ist von einer wechselseitigen Beeinflussung von Babys und Eltern auszugehen (Gopnik et al. 2001: S. 139). Kooperierender sprachförderlicher Kontakt der Bezugspersonen mit Babys und Kleinkindern wird kategorisiert als:

- a) **Ammensprache**, babytalk oder mothertalk, einer kulturübergreifenden Sprechweise als »aner kennende Spiegelung« (Schäfer 2011c: S. 188) in erhöhter Tonlage, mit Wiederholungen und Betonung der Vokale, Lautmalereien, wie z. B. wau-wau etc., und als
- a) **Sprachbad** in Form von permanenter sprachlicher Begleitung des eigenen und des kindlichen Handelns in gemeinsamen Situationen (Wertfein 2011: S. 38).

Letzteres dient dem Kind neben dem Spracherwerb als Orientierungshilfe für Abläufe und (zeitliche) Strukturen seiner sozialen Umwelt und unterstützt damit das kindliche Sicherheitsbedürfnis. Aus diesen Gründen wird es als ganzheitlich entwicklungsförderliche Anregung gewertet.

Für **pädagogische Fachkräfte in Tageseinrichtungen und Tagespflege** stellt sich aus oben genannten Gründen die bedeutsame Aufgabe, mithilfe der jeweiligen Bezugsperson eine weitere Bindung aufzubauen, die so stabil ist, dass das Kind „seine Erzieherin“ als sichere Basis anerkennt und bei ihr emotionale Nähe, Schutz und Geborgenheit

sucht. Erst dann kann das Kind seine familiäre Hauptbezugsperson gehen lassen, ohne mit psycho-physischem Stress (Cortisolausschüttung) zu reagieren. Dieser Prozess des Bindungsaufbaus verläuft sehr individuell, kann u. U. mehrere Wochen dauern und wird in Tageseinrichtungen i. d. R. durch Eingewöhnungskonzepte qualitativ standardisiert angeboten. Typische arbeitsorganisatorische Abläufe in Kindertageseinrichtungen, wie z. B. wechselnde Dienste, Abwesenheiten auf Grund von Urlaub, Krankheit, Fortbildungen etc. stellen für kleine Kinder sozial-emotionale Krisensituationen dar, da sie die Abwesenheit ihrer Bezugsperson zur Folge haben. Der wechselnde Rhythmus des Personals in Einrichtungen ist einer der Gründe, warum Eltern Tagespflegestellen z. T. bevorzugen. Auch wenn diese Personen oft deutlich geringer qualifiziert sind, zeichnen sie sich durch ihre kontinuierliche Anwesenheit aus und geben Kindern und Eltern das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit. »Was die Kinder also brauchen, sind nicht immer bessere Unterrichtsformen und Lehrmethoden, sondern authentische, begeisterungsfähige, einfühlsame und Sicherheit bietende, also psychosozial kompetente und emotional intelligente Erzieher und Lehrer« (Hüther 2003: S. 5).

Für **fremde Personen** (einschließlich Prophylaxefachkräfte, Ärzte etc.) bedeutet dieses frühkindliche Verhaltenssystem, dass sie i. d. R. für jegliche Kontaktaufnahme mit kleinen Kindern auf die Kooperation mit den jeweiligen Bezugspersonen (Eltern, ältere Geschwister, Erzieherinnen etc.) angewiesen sind. Deren Körperkontakt oder Anwesenheit vermittelt dem Kind die notwendige Sicherheit, den „safe place“ im Hintergrund, um sich neuen Personen, Aktivitäten oder Dingen zuwenden zu können.

Der Grad dieser Kontaktaufnahme wird außerdem von persönlichkeitspezifischen Eigenschaften (Temperament etc.) und individuellen Vorerfahrungen (z. B. frühere Arztbesuche etc.) beeinflusst, die berücksichtigt werden sollten.

Je besser die Bezugsperson das Kind in dieser Situation stärkt und je angemessener der Kontaktaufbau gestaltet wird, desto offener kann es sich darauf einlassen. In der Bindungstheorie gibt es dafür das Konzept der Feinfühligkeit (Ainworth 1978), welches als „**Modell der guten Passung**“ eine respondierende individuelle Kontaktgestaltung beschreibt.

Jedes Erfahrungsmuster ist für ein Kind bedeutsam, da es aus seinen spezifischen Einzelerfahrungen generalisierte Verhaltenserwartungen zum Kontakt mit Rollenträgern (Ärzten, Lehrern etc.) entwickelt. Während des gesamten Kontaktzeitraumes muss die Bezugsperson zwingend anwesend (Körper-, Sicht- bzw. Hörkontakt) bleiben, damit das Bindungsverhaltenssystem deaktiviert bleibt.

2.2.2. Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

„Die Welt entdecken“

»Der Mensch hat ein Bedürfnis zu verstehen und Kontrolle zu haben« (Grawe 2000: S. 385). Dieses Bedürfnis suchen Individuen ab frühester Kindheit zu befriedigen. Dazu verfügen sie über ein dem Bindungsverhaltenssystem komplementär angelegtes Explorationsverhaltenssystem, mit dem sie ihre Umwelt eigenaktiv über Wahrnehmung und Bewegung erkunden.

»**Wahrnehmung** ist ein breit angelegter innerer Verarbeitungsprozess, an dem Sinnesorgane, der Körper, Gefühle, Denken und Erinnerung beteiligt sind. [...] Wahrnehmen ist Wählen, handelndes Strukturieren, Bewerten, Erinnern und sachliches Denken in einem. Deshalb muss man es bereits als eine Form der inneren Verarbeitung, als eine Form des Denkens ansehen« (Schäfer 1999: S. 24).

Bewegung als anthropologische Grundkategorie des Menschen ermöglicht ihm, sich handelnd seine materiale und soziale Umwelt zu erschließen, sie wahrzunehmen und auf sie einzuwirken. Bewegung und Körper ermöglichen den Zugang zur Welt. Sie werden Medium der Aneignung und Erkenntnisgewinnung (Krus 2014).

Das Explorationsverhalten ist eine wichtige Voraussetzung für das Lernen und die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes, weil im Explorationsprozess eine reziproke, präadaptive Anpassung zwischen Kind und sozialer Umwelt (Bowlby 1995) über Assimilation und Akkommodation erfolgt (Piaget 1975). Die »erste Ordnung, die ein Kind in seiner Welt schaffen muss, [ist] eine handelnd-sinnliche-emotionale Ordnung« (Schäfer 2011c: S. 45). Dieser Drang, die Umwelt zu erkunden, um sie zu verstehen und zu kontrollieren, nimmt aufgrund sich entwickelnder Mobilität im zweiten Lebensjahr deutlich zu, wobei sich das Kind wiederholt bei der Bezugsperson durch Blicke (Sichtachse), Laute (Hörkontakt) oder auch Körperkontakt rückversichert. Explorationsverhalten ist nur möglich, wenn das Bindungsbedürfnis des Kindes befriedigt ist. »Bindung ist die Voraussetzung für Neugier und Explorationsverhalten« (Meier-Gräwe 2011: S. 30).

Sein Explorationsverhalten motiviert das Kind, sich aktiv mit seiner Umwelt auseinander zu setzen – es will sie forschend entdecken. Dabei macht es eigenkörperliche Selbst- und Welterfahrungen. Die eigene Lebenswelt wird so „leibhaftig“ erfahren und zur subjektiven Lernwelt. Dieses Verständnis basiert auf der konstruktivistischen Erkenntnistheorie. »In diesem Sinne ist frühkindliche Bildung in erster Linie Selbst-Bildung und wird entlang der Erfahrungen gewonnen, die Kinder in ihren Lebenszusammenhängen machen« (Schäfer 2011a: S. 31). Explorationsverhalten erklärt die kindliche Zuwendung zu neuen Reizen seiner Umgebung. Das Kind ist gierig nach Neuem, um es kennenzulernen. »In der frühen Kindheit spielen vor allem authentische Erfahrungen mit allen Sinnen eine wesentliche Rolle« (Wertfein 2011: S. 42) und bilden als implizites Wissen erste kognitive Repräsentationen, die an den individuellen Handlungsablauf gebunden sind. Das Kind benötigt besonders in den ersten Lebensjahren diese „Erfahrungen aus erster Hand“ (Schäfer 2011c: S. 52).

Die emotionalen Erlebnisse, die sein Erkundungshandeln begleiten, bewerten diese Erfahrungen und bilden die Grundlage für künftiges Annäherungs- bzw. Vermeidungsverhalten. »Denken vollzieht sich zunächst in Form des aktiven Handelns; über die praktische Bewältigung von Problemen gelangt das Kind dann zu ihrer gedanklichen Beherrschung« (Breithecker 2001: S. 212). Basierend auf diesen leiblichen Erfahrungen erwirbt das Kind Kompetenzen im Umgang mit den Dingen und Räumen seiner Umwelt. »Das Kennenlernen des Raumes ist ein fundamentales Bedürfnis, durch Identifizierung und Markierung von Gegenständen, Ortsbestimmung, der Abschätzung von Distanzen etc. die uns umgebende Umwelt zu kennen und zu erkennen« (Rump et al. 2009: S. 302). Das Kind macht auch Erfahrungen über sich selbst. Diese frühkindlichen Zugänge über Wahrnehmung und

Bewegung wertet Piaget (1971) als bedeutsame sensumotorische Phase und erste Stufe der kognitiven Entwicklung des Kindes (Berk 2011: S. 22).

Das kindliche Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle betrifft auch die zeitliche Komponente. Um die eigene Bedürfnisbefriedigung zu sichern, bietet sich die Orientierung an natürlichen und sozialen Impulsgebern an. Deren sich wiederholende rhythmische Abläufe werden zu kognitiven Repräsentationen, an denen sich das Kind orientieren kann und die über Rituale in sozialen Kontexten zielgerichtet eingesetzt werden. Die frühkindliche Vorliebe für Rituale ist anthropologisch angelegt. Die pränatal erlebten Rhythmen des mütterlichen Tagesablaufes werden ab dem Geburtszeitpunkt durch natürliche Impulsgeber verstärkt. Der rhythmische Wechsel von Tag und Nacht, Helligkeit und Dunkelheit, mit seinen Temperatur- und Geräuschschwankungen beeinflusst die kindlichen Ruhe- und Aktivitätsphasen, seinen Schlafrhythmus und sein Bedürfnis nach Nahrung, Kontakt, Pflege und Aktivität. Familiäre Tagesabläufe, Ess- und Schlafgewohnheiten, hygienische Routinen bringen Ordnung in das Chaos der Umwelterfahrungen durch ein implizites Wissen von „wenn..., dann...“. Aufgrund des altersspezifischen Entwicklungsstandes des Gedächtnisses benötigen Kinder die tägliche Wiederholung dieser rituellen Abläufe, da sie diese erst in kognitive Repräsentationen speichern müssen. Über die Erkenntnis der Objektkonstanz lernen Kinder zeitliche Abläufe zu erfassen und zu strukturieren. Objektkonstanz beschreibt die Einsicht, dass ein Gegenstand/eine Person auch dann weiter existiert, wenn er/sie sich außerhalb des eigenen Gesichtsfeldes befindet (Berk 2011: S. 203). Durch wiederholte kurzzeitige Abwesenheitserfahrungen und wiederhergestellte Kontakte entwickelt das Kind ein „inneres Bild“ von dem Gegenstand/seiner Bezugsperson, das es ihm ermöglicht, auf die Wiederherstellung des Kontaktes zu warten bzw. zu versuchen, diesen aktiv herzustellen. Allerdings ist erst zum Ende der Kindergartenzeit von einer zeitlichen Orientierung über mehrere Tage auszugehen.

Ein zentraler Aufmerksamkeitsreiz stellt für Kinder das Verhalten ihrer Bezugspersonen dar. Mithilfe der angeborenen **Imitationsfähigkeit**, basierend auf der neurophysiologischen Grundlage der Spiegelneuronen (Rizzolatti 1995), versucht ein Kind beobachtetes Verhalten nachzuahmen, was ihm jedoch aufgrund seiner noch eingeschränkten motorischen Kompetenzen erst nach häufig wiederholten Versuchen gelingt. Dadurch können sich motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten (einschließlich des expressiven Spracherwerbs) entwickeln, und das Kind steigert seine Handlungskompetenz. Die positiven oder negativen Rückmeldungen seiner Bezugspersonen verstärken erwünschtes Verhalten bzw. schwächen unerwünschtes Verhalten ab.

In der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres gelingt dem Kind der gedankliche Zusammenhang zwischen dem spezifischen Handeln seiner Bezugspersonen und den dabei genutzten Objekten bzw. involvierten Personen. Die kognitive Fähigkeit der **Triangulation** ermöglicht es ihm, gezielt seine Aufmerksamkeit auf Verhalten zu richten, um dieses zu imitieren. »Dadurch lernen sie, ihr Verhalten auf die Reaktion ihrer Umwelt abzustimmen. Man spricht in diesem Zusammenhang von „sozialer Rückversicherung“« (Wertfein 2011: S. 39). **Lernen am Modell** ist die von Bandura (1963) eingeführte Bezeichnung für einen kognitiven Lernprozess, in dem ein Individuum, als Folge der Beobachtung des Verhaltens

anderer Individuen sowie der darauf folgenden Konsequenzen, neue Verhaltensweisen erlernt oder schon bestehende Verhaltensmuster weitgehend verändert. Laut Bandura geschieht dies in zwei Phasen: In der Aneignungsphase richtet das Individuum seine Aufmerksamkeit gezielt auf gezeigtes Verhalten einer Person. Aufgrund der persönlichen Bedeutsamkeit wird dieses im Gedächtnis gespeichert. In der späteren Ausführungsphase reproduziert das Individuum das Verhalten und erhält durch positive oder negative Verstärkung Motivation zur Beibehaltung oder Veränderung des Verhaltens (Mazur 2006: S. 419-421). Zu den Kernthesen dieser Theorie gehört, dass nicht jedes Individuum als Modell infrage kommt, sondern über bestimmte Merkmale verfügen muss. Folgende Kriterien beschränken deren Auswahl:

- a) eine Identifizierung des Betrachters mit dem Modell durch wahrgenommene Ähnlichkeit (Einstellungen, Ziele, Verhalten),
- b) ein vom Betrachter wahrgenommener sozialer Erfolg,
- c) der höhere, mit Bestrafungs- bzw. Belohnungsmacht verbundene, soziale Status des Modells,
- d) die Überzeugung des Betrachters, dem Vorbild nacheifern zu können – Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Bodenmann et al. 2011).

»Indem Kinder sich mit anderen Erwachsenen oder Kindern identifizieren und deren Verhalten nachvollziehen, lernen sie, wie und was man denken und tun darf und was nicht. Regeln, Haltungen, Gesten und Meinungen werden als unbewusste soziokulturelle Regeln stillschweigend übernommen« (Schäfer 2011c: S. 112). In seinen experimentellen Studien konnte Bandura (1963) nachweisen, dass zwischen Aneignungs- und Ausführungsphase erhebliche zeitliche Abstände liegen können. Diese »aufgeschobene Nachahmung“ – als Fähigkeit sich an das Verhalten der Menschen zu erinnern und sie zu kopieren, auch wenn diese nicht anwesend sind« (Berk 2011: S. 204), unterstreicht die Bedeutung von frühen alternierenden Verhaltensmodellen für spätere Lebensphasen.

Das Streben nach Orientierung und Kontrolle motiviert das Kind zu Wiederholungen erlebter Phänomene von „wenn..., dann...“ aus seiner materialen und sozialen Umwelt. Erst das wiederholte erlebte Resultat einer Handlung gibt dem Kind die Sicherheit, dass etwas „immer so ist“, es versichert sich seiner Selbstwirksamkeit. Diese Bestätigung ermöglicht die anschließende Überprüfung/Anwendung in veränderten Situationen, die als **kindliches Spiel** beschrieben werden und der Erweiterung seiner Handlungskompetenz dienen. Das Kind übt das Verhalten – es „spielt“ dieses in für sich erfassbaren, weil selbst geschaffenen, sozial geschützten Kontexten durch. Kindliches Spiel dient somit der Verarbeitung von Erlebnissen und Erfahrungen in einem geschützten Rahmen, den das Kind selbst festlegt. »Aus der Perspektive des Spiels erscheint Lernen als eine Erweiterung von Spielräumen des Handelns, Denkens und Fühlens« (Schäfer 2011c: S. 26). Im Spiel werden Erfahrungen der eigenen Vorstellungswelt kreativ verarbeitet. »Spielen ist ein zentraler Modus kindlicher Welterschließung und eine der zentralsten, komplexesten und wichtigsten Bildungsbeschäftigungen in der frühen Kindheit. Spielen und Lernen sind unmittelbar verbunden« (Neuß 2011: S. 118). Erlebtes Verhalten von Bezugspersonen wird schöpfe-

risch reproduziert (Kinder spielen ihre Eltern, ihre Erzieherin etc. nach und übernehmen deren Rollen). Diese kreative Form des „Nach-denkens“ von Erfahrungen beinhaltet das aktive Moment der Um-Erfindung, z. B. werden Eigenschaften variiert, weggelassen, ergänzt etc. (Schäfer 2011c: S. 179f). Gespeicherte Erfahrungen und ihre in Spielhandlungen produzierten Variationen werden mithilfe der sich zeitgleich entwickelnden Sprache narrativ verwoben und zu eigenen Weltbildern. Diese wiederum werden im Kontakt im Anderen »sozial und kulturell abgeglichen« (Schäfer 2011c: S. 128).

Die Rückmeldungen der Bezugspersonen (Eltern, **pädagogische Fachkräfte** etc.) nach der Ausführungsphase sind für Verhaltenslernen von entscheidender Bedeutung. In der Verhaltenspsychologie der Traditionen von Pawlow, Skinner etc. wurde der Prozess als Konditionierung thematisiert. Das heutige Verständnis von Erziehung, als gerichtete Einflussnahme (Laewen 2002) auf den Selbstbildungsprozess eines Individuums verweist auf eine ähnliche Auffassung. Erziehende bieten Ziele an, die über das Haben-Wollen hinausreichen und Wissen-Wollen oder Können-Wollen herausfordern. (Laewen 2013: S. 100). »So gesehen ist Erziehung die Ermöglichung, Unterstützung und Herausforderung der Selbstbildungskräfte des Kindes« (Schelle 2011: S. 13).

In aktuellen theoretischen Diskursen der Kindheitspädagogik wird die Rolle der Erwachsenen als Ko-Konstruktivisten als sehr bedeutsam betrachtet. Damit wird ihnen eine große Verantwortung für die Persönlichkeitsentwicklung von Kindern zugeschrieben. „Die wichtigste Erfahrung, die Kinder machen, ist die Erfahrung, welche Bedeutung das hat, was sie da erleben und erfahren. Diese Bedeutung wird im Prozess des sozialen Austausches erfahren. Deshalb ist Selbstbildung immer nur als Selbstbildung innerhalb sozialer Bezüge denkbar (Schäfer 2011c: S. 69).

Wenn die aufmerksame Wahrnehmung und sprachliche Begleitung von kindlichen Alltagshandlungen als Weg frühkindlicher Bildung betrachtet wird, muss die Diversität kindlicher Alltagssituationen berücksichtigt werden. Die Heterogenität kindlicher Lebenswelten mutet den Kindern unterschiedliche Alltagserfahrungen als spezifische »soziale und kulturelle Prägung« (Schäfer 2011c: S. 128) zu. Nur an sie kann ein Kind anknüpfen und auf ihrer Basis seine Kompetenzen erweitern. Kinder, die zuhause noch aus der Flasche trinken, machen keine Trinkerfahrungen mit Tassen, Bechern oder Gläsern. Kindern, die kaum Obst und Gemüse erhalten, fehlen diesbezügliche sensorische Erfahrungen. Kindern, die zuhause nicht ihre Zähne putzen, fehlt diese Tätigkeit in ihren Alltagshandlungen. Damit alle diese Erfahrungen kognitive Repräsentationen impliziten Wissens werden, müssen die Kinder sie als Alltagshandlungen in ihrer Tageseinrichtung kennenlernen und regelmäßig anwenden. Damit sie wiederholt angewendet werden, benötigen die Kinder positive Rückmeldungen durch die Bezugsperson. Nur so werden sie als erstrebenswertes Verhalten abgespeichert. Denn die Kita ist aus der Perspektive des Kindes und seiner Familie nur ein Ausschnitt aus ihrer Alltagswelt, eine Welt für sich (Meyer-Nürberger 2002: S. 107), in der es andere Regeln und Tätigkeiten gibt. Die Bezugspersonen in Kindertageseinrichtungen machen als Vertraute dieser Welt »mit den Kindern die ersten Schritte in das Neuland einer kulturellen Wirklichkeit, die die Kinder [...] noch nicht kennen« (Schäfer 2011c: S. 160). Ihre Begleitung und Rückmeldung trägt entscheidend zur Verstärkung oder Abschwächung des kindlichen Verhaltens bei, auf das auch in späteren Lebensphasen zurückgegriffen werden kann. Hier müssen pädagogische Fachkräfte differenziert diejenigen

Kinder unterstützen, die in ihren häuslichen Lebenswelten materielle und/oder immaterielle Deprivation erleben. Diese Kinder können in der Lebenswelt Kita alternierende Verhaltens- und Fertigkeitentwicklung erlernen.

Fremde Personen, insbesondere Rollenträger mit spezifischen Merkmalen (z. B. Kleidung, Gegenstände, Tätigkeiten etc.) sind für Kinder im Rahmen ihrer geschützten räumlichen und personalen Umgebung reizvolle (neue) Ziele ihrer Exploration. Je nach Temperament werden sie sich ihnen mehr oder weniger distanziert zuwenden. Entwicklungsspezifische Kommunikation und Responsivität unterstützen einen positiven Kontaktaufbau.

Für gezielte Aktivitäten können die kindliche Neugier und die hohe Attraktivität von eigenkörperlicher Exploration genutzt werden. Kinder lieben „AHA“-Momente, da dieses hormonell gesteuerte, körperliche Erleben als positiv und beglückend wahrgenommen wird. Das bedeutet, nicht ein singulärer Demonstrationsgegenstand, sondern für jedes Kind ein eigenes Erkundungsmaterial, welches durch (non-)verbale Signale als bedeutsam herausgestellt wird, sichert die kindliche Aufmerksamkeit.

Nicht die vorgelagerte sprachliche Erläuterung, sondern das spontane eigenaktive Erkunden stellt eine leibhaftige Beziehung zum Gegenstand her. Kinder reagieren auf alles, was ihnen nicht schon bekannt ist (Schäfer 2011c: S. 58).

Neue Akzente (z. B. Kleidung, Hut, Koffer, Instrumente etc.) bieten Aufmerksamkeitsreize. Wiederholungen und Rituale (Lieder, Reime, Handlungsabläufe etc.) helfen bei der räumlichen und zeitlichen Orientierung und sind Ankersteine der Erinnerung bis zum nächsten Ablauf, an die dann angeknüpft werden kann.

2.2.3. Autonomiestreben und Identitätsentwicklung

„Auf dem Weg zum Selbst“

In der frühen Kindheit erlernt das Kind, aufgrund der Rückmeldungen zu seiner Selbstwirksamkeit die Befriedigung seiner Bedürfnisse sicher zu regulieren. Durch wiederholtes Erleben (Urvertrauen) lernt ein Kind die Befriedigung abzuwarten oder (bei Urmisstrauen) gezielt sofort herbeizuführen. Je nach Erfolg bzw. Misserfolg werden altersgerechte Regulationsstrategien erlernt, oder pränatale und frühe Strategien der Selbstregulation z. B. das Daumenlutschen, schaukelnde Eigenbewegungen, Schnullergebrauch etc. persistieren und/oder bereits erworbene Verhaltensmuster retardieren. Bedürfnisregulation ist ein sozialer Lernprozess, der in sozialen Kontexten notwendig ist und ein Kriterium sozial-emotionaler Kompetenz darstellt. Forschungsergebnisse belegen, dass die aus guten selbstregulatorischen Fähigkeiten abgeleitete Selbstdisziplin für den akademischen Erfolg bedeutsamer ist als die Intelligenz (Meier-Gräwe 2011: S. 30).

»Kleinkinder überprüfen systematisch, in welchem Ausmaß ihre eigenen Wünsche und die der Außenwelt voneinander abweichen können« (Gopnik et al. 2001: S. 56). Dieses „Phänomen der Loslösungs- und Individualisierungsphase“ (Mahler u. a. 1996: S. 21) beinhaltet den Lernprozess des jeweils angemessenen Verhaltens. Für die erfolgreiche Entwicklung sozialkonformen Verhaltens ist die Rückmeldung und Vorbildwirkung der erwachsenen Bezugspersonen entscheidend. Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstschutz

beinhaltet die Abhängigkeit vom sozialen Feedback auf gezeigtes Verhalten. Der Mensch als soziales Wesen ist auf das Wohlwollen seiner Gruppe(n) angewiesen und will sich als Teil dieser Gruppe erleben. Dafür verhält er sich gruppenkonform (Milgram 1974). Verhalten erlernt ein Kind in seinen sozialen und kulturellen Bezügen, dort ergeben sie einen kontextspezifischen Sinn. Die Erfahrungen werden gespeichert als „mental event representation“ (MER). Die positiv bewerteten Verhaltensweisen wird ein Kind auch in anderen sozialen Situationen anwenden. Hier kann es aufgrund widersprüchlicher Erfahrungen zu Konflikten und Stresssituationen kommen, und das Kind wird hier aufgrund seiner sozialkonformen Anpassungsleistungen andere MERs entwickeln. Aus diesen verschiedenen Repräsentationen, die sich überschneiden, aber auch unterscheiden, wird das generalisierte Konzept zu einem individuellen kognitiven „Kind-Welt-Modell“ zusammengebunden (Schäfer 2011c: S. 126). Die personenspezifischen Kontextbedingungen werden damit zu Möglichkeiten des Lernprozesses. »Jedes Lernen ist individuelles Handeln. Handeln hängt von den Kontextbedingungen ab, in welchen gehandelt wird« (Schäfer 2011c: S. 87).

Ein Lernprozess, der mit frühkindlichen Verhaltensmustern der individuellen Bedürfnisbefriedigung und seiner Sozialisation in unmittelbarem Zusammenhang steht, ist das sozialräumliche Interaktionsverhalten (**Proxemik**). Dieses kulturspezifische Handlungsmuster beschreibt die jeweils sozialkonformen Distanzen bei Sozialkontakten. Im westeuropäischen Kulturraum werden nach Hall folgende Distanzzonen unterschieden:

- a) die vertraute oder intime Distanz (bis 45 cm),
- b) die persönliche Distanz (zwischen 45 cm und 1,20 m),
- c) die soziale Distanz (zwischen 1,20 und 3,50 m),
- d) die öffentliche Distanz (zwischen 3,50 und 7 m)
(Hall 1976: S. 118-130).

Bei kleinen Kindern dominieren aufgrund ihres ausgeprägten Bindungsverhaltens proxemische Strukturen, die über direkten Körperkontakt oder ersetzend über Sicht- und Hörkontakte hergestellt werden. Durch Imitationsverhalten und Feedback erlernt das Kind in den ersten drei bis vier Jahren distale Strukturen, die über reduzierten Körperkontakt (Handschlag zur Begrüßung, Winken etc.) und vorrangig mittels verbaler Sprache hergestellt werden. Es kann dann zunehmend seine proxemischen Kontakte auf enge Familienmitglieder bzw. weitere Bezugspersonen beschränken. Stehen diese nicht zur Verfügung, kann das Kind, die in dieser Situation für seine Bedürfnisbefriedigung notwendigen Persönlichkeitseigenschaften seiner Bezugspersonen imaginieren und übertragen. Die dafür genutzten **Übergangsobjekte** (Kuscheltiere, Deckchen u. ä.) oder „unsichtbaren Freunde“ (Neuß 2009) bezeichnet Schäfer Bezug nehmend auf Winnicott (1973) als »fiktive Entwürfe von Wirklichkeit sowie Überbrückung von subjektiven und objektiven Sinndimensionen« (Schäfer 2011c: S. 107). Sie werden zu anteiligen Eigenschaftsträgern (Duft, Wärme und Weichheit der Oberflächenstruktur etc.) der abwesenden Bezugsperson und können dem Kind Befriedigung seines aktivierten Bindungsbedürfnisses verschaffen. Sie werden auch als „Entwicklungshelfer“ betrachtet, die das Kind bei herausfordernden Alltagserfahrungen

oder bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben wie z. B. Transitionen unterstützen (Neuß 2011: S. 119).

Um die eigene Identität, das „ICH“, zu erkennen, braucht ein Kind andere Identitäten als „Nicht-ICH“, von denen es sich abgrenzen kann, Unterschiede und Gemeinsamkeiten entdecken kann, deren Verhalten es imitieren kann. Dieser, auf die sozialen Kontaktpersonen gerichtet kindliche Forscherdrang bedeutet, dass das Kind permanent seine körperlichen Eigenschaften, Fähigkeiten und sein Verhalten mit seinen Kontaktpersonen abgleichen will („so bin ich, das kann ich“). Dies kann u. U. sehr anstrengend sein und den Bezugspersonen (Eltern, **pädagogischen Fachkräften** etc.) kommen dabei zwei Bedeutungen zu. In erster Linie sind sie Verhaltensmodelle und anschließend geben sie Rückmeldungen zu gezeigtem Verhalten. Sie sind „Vor-Bild“ für die kindlichen Selbstbildungsprozesse („so will ich sein“), für sein Handeln („das will ich auch können“), und über ihre bewertende Rückmeldung („das hast du gut gemacht“) erziehen sie durch Anregung zu gewünschtem Verhalten. »Elementarpädagogische Fachkräfte müssen sich selbst als bedeutsamste Bildungsträger verstehen und in ihrer Person Bildungsmerkmale tragen, die sich entwicklungsförderlich für Kinder erweisen« (Krenz 2013: S. 6).

Die soziale Kontaktaufnahme kleiner Kinder entspricht oft (noch) nicht dem üblichen soziokulturellen Distanzverhalten. Sie bevorzugen entwicklungspezifisch proxemische Kontakte, denen durch respondierendes Verhalten individuell entsprochen werden sollte.

Für **fremde Personen** ist es wesentlich, die Kinder in ihrem Autonomiestreben zu unterstützen, „selber machen“ zu dürfen – dann ist die Aufmerksamkeit fokussiert, während sie sonst schnell auf andere Aspekte gerichtet wird. Während bei Kleinkindern die individuelle Ansprache notwendig ist, gelingt ab ca. zwei Jahren zunehmend die Identifizierung mit der (Klein-)Gruppe. Diese sollte jedoch zwei bis vier Kinder nicht überschreiten, sonst droht Reizüberflutung, da die Kinder noch sehr schnell ablenkbar sind.

Das Erlernen motorischer Fertigkeiten ist mit Anstrengung, Aufmerksamkeitsfokussierung und Energieverbrauch verbunden und findet nur statt, wenn es für das Individuum in seinem Lebenskontext bedeutsam ist, z. B. schwimmen lernen, Rad fahren, Schleife binden etc. Zähne putzen ist eine motorische Fertigkeit, die nur erlernt wird, wenn sie im individuellen Lebenskontext eine notwendige Kompetenz darstellt und für das Autonomiestreben sinnvoll erscheint. Durch individuelles Lob und Bestärkung wird das Bedürfnis nach Selbstschutz und Selbstwerterhöhung befriedigt und die kindliche Selbstwirksamkeit bedeutsam. Dies fördert den Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes „das kann ich“.

Individuelle Anreize (Token), z. B. Smileys, Zahnbürste, Fotos, etc. verstärken dies, indem das individuelle Erlebnis mit den Eltern in der Abholsituation sprachlich rekapituliert werden kann. Damit wird den sinnlich-emotionalen Gedächtnisspuren die sprachliche Verankerung in logisch-rationalen Hirnarealen möglich, und die Eltern werden über die Freude ihres Kindes „gezwungen“, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Durch das „Geschenk“ wird die Trennung zwischen Tageseinrichtung und zuhause aufgehoben und die Übertragung in die familiäre Lebenswelt unterstützt.

2.3. (Fremd-)Betreuung und Entwicklungsförderung von Kindern unter drei Jahren

„Teil der Gruppe werden“

Die Aufnahme eines Kindes in eine Kindertageseinrichtung oder in eine Tagespflegebetreuung in seinen ersten Lebensjahren erfordert von den Betreuungspersonen die Berücksichtigung seiner altersspezifischen und individuellen Besonderheiten, um einen förderlichen Aufenthalt in einer Gruppensituation zu gewährleisten. Jedes Kind kommt mit seinen bisherigen familiären Vorerfahrungen, z. B. bei der hygienischen Versorgung, seiner Nahrungsauswahl und -aufnahme, der Regulation seines Schlafbedürfnisses, aber auch seinem spezifischen Bedürfnis von Nähe, Körperkontakt, (An-)Sprache etc. in die Einrichtung. »Die Bedürfnisse der Kinder in der Altersspanne von null bis sechs Jahren sind jedoch so divergent wie in keiner anderen Lebensphase« (Koch 2014: S. 29). Eine professionelle Handlungskompetenz verlangt neben dem notwendigen aktuellen Fachwissen eine reflexive Haltung zu eigenen biografischen Erfahrungen und deren Einflüssen in die pädagogische Handlungspraxis. Dies ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Aufnahme immer jüngerer Kinder in Einrichtungen, zunehmender Diversität von familiären Bezügen und ihren ökonomischen und sozio-kulturellen Hintergründen und sich permanent verändernden Lebenswelten bedeutsam.

Eingewöhnung

Laut Transitionstheorie stellen Übergänge »komplexe, ineinander übergehende und sich überblendende Wandlungsprozesse [dar, die] bedeutsame Veränderungen für das Individuum mit sich [bringen], die in soziale Prozesse eingebettet sind und mit konzentrierten Lernprozessen bewältigt werden müssen« (Griebel et al. 2004: S. 26). An ihnen sind nicht nur das Individuum, sondern auch seine jeweiligen sozialen umgebenden Systeme beteiligt. Die Neuaufnahme eines Kindes in die Gruppe und die Einrichtung gilt als solch eine Schlüsselsituation. Kleine Kinder brauchen dafür einen geschützten Rahmen, der als wesentliches Kriterium die permanente Anwesenheit seiner Hauptbezugsperson erzwingt. Nur durch sie erhält das Kind ausreichend Schutz und Sicherheit, um sich auf die neue Situation einlassen zu können. Zu Beginn werden alle betreuenden Maßnahmen wie gewohnt von der Mutter in den Kitaräumen durchgeführt. Diese Reduktion des Neuen soll verhindern, dass sich das Kind als hilflos ausgeliefert erlebt, da es sich bei bereits bekannten Abläufen wie gewohnt selbstwirksam beteiligen kann. Das Kind lernt den Tagesablauf, Spielmaterial und Räume kennen und begegnet wiederholt den Gruppenkindern. Schrittweise wird dann die Betreuung an die Bezugserzieherin übergeben, wobei die Mutter moderierend anwesend ist. Erst wenn das Kind diese Änderungen akzeptiert und kooperiert, kann die Mutter für kurze Zeit ihr Kind allein in der Gruppe lassen, sollte aber im Haus bzw. räumlicher Nähe erreichbar bleiben. Verlässlichkeit ihrer Rückkehr muss als sicheres Erlebnismuster (Objekt Konstanz s.o.) erst wiederholt erlebt und abgespeichert werden, ehe ein Kind darauf vertrauen kann. Die Eingewöhnung gilt als erfolgreich abgeschlossen, wenn sich ein Kind von seiner Erzieherin in belastenden Situationen trösten und beruhigen lässt. Dies kann u. U. mehrere Wochen dauern.

Pflege und Zuwendung

Kinder brauchen ausreichende persönliche Zuwendung durch eine (Bezugs-)Fachkraft. In diesem Alter müssen sie den Bedürfnisaufschub nach Zuwendung erst erlernen, sie verfügen über eine nur geringe Frustrationstoleranz (Wertfein 2011: S. 41). Zu große Zeitspannen aufgrund von zu großer Kinderanzahl können sie nicht aushalten und verfallen in retardierende bzw. stagnierende Selbstregulationsmuster. Persönliche Pflegesituationen sind optimale Zeitfenster für individuelle Zuwendung und Kontakt und sehr bedeutsam für die Entwicklungsförderung. Sie sollten keinesfalls auf notwendige Handlungsabläufe reduziert oder an Hilfskräfte abgegeben werden. Hier kann die Erzieherin einen engen Kontakt herstellen, der das Kind entspannt, den es als lustvoll und angenehm empfindet (Ferber 2011: S. 101).

Tages- und Raumgestaltung

Die Zielgruppe kleiner Kinder benötigt für eine förderliche Betreuung überschaubare, konstante personelle, räumliche und zeitliche Strukturen, in denen sie sich sicher fühlen können. Feststehende ritualisierte Tagesabläufe, entwicklungsgerechte räumliche Gestaltung und förderliche Interaktionen bilden die Grundlagen guter Betreuung für Kinder unter drei Jahren. Sie brauchen Zeit und Raum zur eigenaktiven Umwelterkundung, die übersichtlich und attraktiv, aber nicht überfordernd sein darf.

Organisatorische Gruppenabläufe wie gemeinsames Aufräumen, Mahlzeiten, HygieneprozEDUREN, Ruhephasen, Aufenthalt im Freien etc. helfen bei der zeitlichen Strukturierung. Aufgrund ihres Egozentrismus (Piaget 1973) gelingt Kindern unter drei Jahren i. d. R. die eigene Einordnung in die Gruppe (noch) nicht. Mit Aussagen „alle Kinder“ oder „ihr habt das schön gemacht“ fühlen sie sich nicht angesprochen. Selbst wenn sie dann dieselben Tätigkeiten wie ältere Kinder ausführen, hat dies mehr mit Imitationsverhalten als mit dem kognitiven Zugehörigkeitsbewusstsein zu tun. Sie brauchen in dieser Zeit bestärkendes (individuelles) Lob für Dinge, die sie schon gut können; Lob für Wohlverhalten in der Gruppe wird noch nicht verstanden (Neuß 2011: S. 121f). Mit zunehmender Identitätsentwicklung ab ca. dem 18. Lebensmonat und dem Autonomiestreben sind Kinder motiviert, alltägliche Abläufe und Handlungen eigenständig auszuführen. „Alleine machen“ ist in dieser Entwicklungsphase ein typischer Kinderkommentar. Sie benötigen dafür ausreichend Zeit und regelmäßige individuelle Unterstützungsleistungen, ehe sie die jeweils notwendigen motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen, üben und anwenden können, um diese selbstständig zu bewältigen. »Diese frühkindlichen Alltagserfahrungen müssen durch die respondierende Begleitung der Erwachsenen sprachlich begleitet und emotional eingeordnet werden. Als gemeinsam geteilte Erfahrungen bilden sie die Keimzellen frühkindlicher Bildung« (Schäfer 2011c: S. 70). »Jede neue Fertigkeit ist ein Gemeinschaftsprodukt aus vier Komponenten (Berk 2011: S. 181):

- a) der Entwicklung des zentralen Nervensystems,
- b) den Fähigkeiten des Körpers, sich zu bewegen,
- c) den Zielen, die das Kind verfolgt und
- d) der Unterstützung der Umwelt für die jeweilige Fertigkeit«.

Spielen

Der Kontakt zu anderen Kindern ist eine wichtige soziale Erfahrung, die insbesondere für Einzelkinder nicht problemlos garantiert ist. Generell stellen andere Kinder einen positiven Aufmerksamkeitsreiz dar. »Schon Babys interessieren sich für andere Kleinkinder und in ihren Kontakten sind vielfältige Entwicklungen im sozialen Verhalten zu beobachten« (Viernickel 2011: S. 151). Andere Kinder (Peers) werden als symmetrische Ko-Konstruktivisten gewertet, »weil sie gleich im Können und Wissen sind, ganz verschieden, aber auf demselben Niveau« (Piaget 1968/1972: S. 72). Aufgrund ihrer z. T. noch nicht sozialkonform entwickelten Emotionsdarbietung sind die Signale anderer Kinder lesbarer. Bewusstseinsunterschiede werden deutlich, und über deren Einfühlung werden empathische Kompetenzen entwickelt (Neuß 2011: S. 116). Das Verhältnis zu anderen Kindern ihrer Gruppe entwickelt sich von losen, kurzzeitig wechselnden und wiederholenden Einzelkontakten, aber auch von Freude beim Wiedererkennen und am gemeinsamen Tun, über Imitationshandlungen beim parallelen Spiel in Zweierkonstellationen und zunehmenden Austauschaktivitäten, hin zu bevorzugten Spielkontakten mit unterschiedlichen Rollenverteilungen, mit eindeutig empathischen Handlungen (Viernickel 2011: S. 153-156).

Zunehmend präferieren Kinder im dritten Lebensjahr gleichgeschlechtliche Kontakte, um sich ihrer geschlechtlichen Identität zu versichern und geschlechtsspezifisches Verhalten (gender role) zu üben und zu erweitern. Jetzt wollen sie dazugehören, wollen können, was andere Kinder tun, um sich in dieser sozialen Gruppe zugehörig zu fühlen. Die Anwesenheit anderer Kinder ist aufgrund der möglichen Orientierungshilfe entlastend und wird z. B. gezielt bei Eingewöhnungs- bzw. Förder-, Test- oder Therapiemaßnahmen genutzt, um kooperierendes Verhalten zu verstärken.

Kommunikation

Der Fixpunkt von Kindern unter drei Jahren liegt klar auf den **erwachsenen Bezugspersonen**. Ihre Signale werden permanent aufgenommen und die eigene emotionale Situation sowie das eigene Verhalten darauf abgestimmt. Dazu gehören, lange bevor ein Kind sprechen lernt und Worte inhaltlich versteht, nonverbale und paraverbale Signale, die dem Kind Rückmeldungen über die aktuelle Situation geben. Zu diesen Signalen gehören:

- a) paraverbal: Stimmlage, Tonhöhe, Lautstärke, Nebengeräusche (Atmung etc.)
- b) nonverbal: Mimik, Gestik, Körperspannung, Distanzverhalten etc.

Kinder werden beeinflusst von den positiven bzw. negativen Signalen ihrer Bezugspersonen. So kann es passieren, dass während eines Streitgesprächs zwischen Erwachsenen anwesende kleine Kinder anfangen zu weinen. Aus diesem Grund ist es sehr von Bedeutung, wie die Zusammenarbeit mit den Eltern bzw. untereinander gestaltet wird. Kinder erhalten durch ein freundliches Gesicht, körperliche Zuwendung und positive entwicklungs-gerechte Ansprache die Rückmeldung, dass sie sich sicher und geschätzt fühlen können und ihre Tätigkeiten positiv begleitet werden (siehe Entwicklungsaufgaben). Dadurch können sie Selbstwirksamkeit erleben, um »ein Selbstkonzept zu entwickeln, eine Kombination von Eigenschaften, Fähigkeiten, Einstellungen und Wertvorstellungen, über die sich eine Person definiert« (Berk 2011: S. 343). Ein positives Selbstkonzept gilt als bedeutsam für die Persönlichkeitsentwicklung.

Lernen

Kleine Kinder können ab der Geburt ihre Aufmerksamkeit auf ihnen wichtige Details fokussieren. Sie verfügen über eine angeborene Präferenz für menschliche Gesichter (Wertfein 2011: S. 38), für Bewegung und neue Reize. Aber ihre Konzentrationsfähigkeit ist zeitlich noch sehr begrenzt und bewegt sich im Spektrum von wenigen Minuten. Die Fokussierung der **Aufmerksamkeit** ist individuell von den Vorerfahrungen abhängig. Wenn ein Kind z. B. noch nie eine Zahnbürste gesehen hat, wird diese ihm spannend erscheinen, und es will sie genau anschauen und gleichzeitig haptisch und oral berühren, um sie kennenzulernen. Es wird sich eine Weile mit diesem Gegenstand auseinandersetzen. Ein Kind, welches bereits täglich mit diesem Gegenstand in Kontakt kommt, wird höchstens von einer neuen Farbe fasziniert sein, aber ggf. schon bekannte Bewegungsmuster wiederholen. Seine Aufmerksamkeit wird sich ohne Verstärkung schnell auf andere Dinge richten. Aber dieses Kind könnte, aufgrund der sofortigen „richtigen Anwendung dieses Gegenstands“, zum Verhaltensvorbild werden, sodass andere Kinder dieses Verhalten imitieren. Genau in diesem Moment ist die Rückmeldung der Bezugsperson von Bedeutung. Sie entscheidet jetzt über Verstärkung oder Adaptation des gezeigten Verhaltens und gibt dem „Vorbildkind“ gleichzeitig eine Rückmeldung zu seinem autonomen Verhalten.

Je mehr Sinneskanäle angesprochen werden, desto intensiver kann das Kind sich mit neuen Reizen auseinandersetzen und desto multimodaler sind die sensorischen Informationen. Eine gleichzeitige sprachliche Intervention kann dann ablenkend wirken, weil kleine Kinder »aufgrund ihres kognitiven Entwicklungsstandes noch nicht gut in der Lage sind, ihre Aufmerksamkeit gleichzeitig auf Spielzeug und Spielpartner zu richten« (Viernickel 2011: S. 153). Das Kind wird in seiner Konzentration gestört, da es die für sein Verständnis notwendigen nonverbalen Informationen benötigt und sich so der sprechenden Person zu- und von seinem Explorationsgegenstand abwenden muss. Der Wechsel von Aktion und Kontakt ist für ein Kind als Rückversicherung notwendig, sollte aber der kindlichen Geschwindigkeit überlassen werden. Dazu bedarf es aufmerksamer Beobachtung der kindlichen Aktivität und der Anpassung an seine Geschwindigkeit.

Pädagogische Fachkräfte sind verantwortlich für die Gestaltung der Bildungs- und Entwicklungsförderung der ihnen anvertrauten Kinder. Sie müssen ihre Ziele und ihr Handeln mit Zielen und Handeln der Eltern abstimmen, da kleine Kinder in hohem Maße von der Verlässlichkeit ihrer strukturellen und sozialen Umwelt abhängig sind. Erst dann können sie sich auf ihre Umwelt einlassen und mit ihr in Kontakt treten. Kinder sind neugierig, schöpferisch und in ihrem Entdeckerdrang unermüdlich. Dabei entwickeln sie eigenaktiv ihr Bild von sich und ihrer Lebenswelt. Welche Anregungen, Lernwelten und Rückmeldungen sie dabei erhalten, hängt sehr von der Professionalität der pädagogischen Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen/Tagespflege ab. Das besondere Setting der Gruppe ist dabei als bedeutsamer Lernort für Kinder im Sinne ihrer angestrebten Gemeinschaftsfähigkeit anzusehen und erzieherisch zu nutzen.

(Kinder-)Gruppen verfügen über eine gemeinsame Identität, „wir sind die Sternenkinder“. Diese Identitätszuschreibung stellt Einigkeit her und unterstützt das Bedürfnis nach Zugehörigkeit. **Fremde Personen** gehören nicht zur Gruppe und sind bei ihrer Kontaktaufnahme immer Außenstehende gegenüber einer (festen) Gemeinschaft. Deren Gruppendyna-

mik lässt zwar Kontakt zu, dieser wird aber, je nach „Bewertung“ innerhalb der Gruppe, zu konformem Verhalten von Neugier/Offenheit bis zu Ablehnung/Rückzug führen. Gerade bei sehr jungen Kindern (Krippengruppen null bis drei Jahre) ist die emotionale Ansteckung nicht zu unterschätzen. Heterogene Kindergruppen können sich aufgrund ausgleichender Vorkenntnisse älterer Kinder ggf. offener verhalten.

Der Zugang zu Gruppen wird über Vertrauensaufbau/Kontaktaufnahme zu einzelnen Mitgliedern erleichtert. Dies kann ggf. die pädagogische Fachkraft sein, an der sich alle Kinder immer orientieren (Modell), aber auch Kinder mit zugänglichem Temperament (Extroversion). Beide können „Türöffner“ des Gruppenzugangs sein. Ein „Geschenk“ an die Gruppe (Lied, Buch, Spielmaterial etc.) hilft als Ankerstein der Erinnerung, das Kontakt-erlebnis nicht zu vergessen, im Spiel und sprachlichem Austausch zu rekapitulieren, und erleichtert die wiederholte Kontaktaufnahme.

2.4. Qualität der pädagogischen Arbeit mit Kindern unter drei Jahren in Kitas

Grundsätzlich muss aktuell von einem Defizit an fachlicher Kompetenz der pädagogischen Fachkräfte für die Betreuung und Bildungsförderung von Kindern unter drei Jahren (Aktionsrat Bildung 2012, NUBBEK⁴ 2013) einschließlich des Themas der (Zahn-)Gesundheitsförderung dieser Altersgruppe ausgegangen werden. Die Fachkräfte selbst sind sich ihres Kompetenzdefizites für die Altersgruppe kleiner Kinder bewusst. So konnte im Rahmen des BIK-Forschungsprojektes⁵ in einer bundesweiten Befragung von Fachkräften ein hoher Fort- und Weiterbildungsbedarf für dieses Thema dokumentiert werden. »Zum Thema Kinder unter drei Jahren erachten 36,5 % der 1482 befragten Fachkräfte ihren Fortbildungsbedarf als „sehr hoch“ und weitere 27,8 % als „eher hoch“« (Koch 2014: S. 30). Die Altersgruppe der Kinder unter drei Jahren war bis vor ca. fünf Jahren größtenteils nicht Bestandteil der Ausbildung von Erzieherinnen und ist erst durch gesetzliche Verankerung in den letzten zehn Jahren in den Fokus des Handlungsfeldes gerückt (TAG 2005⁶, KiFöG⁷ 2008 und Verankerung des Rechtsanspruchs auf Entwicklungsförderung für Kinder ab vollendetem ersten Lebensjahr im KJHG 2013). Aktuell laufende Fort- und Weiterbildungen sowie die Aufnahme dieser Altersgruppe in die Curricula der Ausbildungen an Fachschulen/Fachakademien und Hochschulen/Universitäten schaffen hier zwar Abhilfe, können jedoch nicht den Anspruch einer flächendeckenden Nachqualifizierung erfüllen. Laut Untersuchungen der BZgA in sechs Bundesländern scheinen klassische Gesundheitsthemen wie Ernährung, Vorsorge/Früherkennung, Unfallverhütung, Zahngesundheit, Impfen/Impfkrankheiten trotz eines relativ hohen Angebotes nicht im Interesse von Fortbildungsanbietern und Nutzern zu liegen (Sabo et al. 2002: S. 69f). Andererseits bescheinigen die Fachkräfte einen großen Bedarf an Fortbildung und Beratung zu Themen der Gesundheitsförderung, speziell an kollegialen Formen, die auf den Erfahrungen der Erziehenden

⁴ NUBBEK: Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit 2013

⁵ BiK: Das Verbundforschungsprojekt Bewegung in der frühen Kindheit (BiK) als Bestandteil der A-WiFF Forschungsstudie (A-WiFF steht für „Auswertung der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte“) wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01NV1104-11007 gefördert und war ein Verbundvorhaben der Universität zu Köln, der FH Dortmund, der FH Koblenz und der HS Niederrhein.

⁶ TageseinrichtungenAusbauGesetz (2005) BMFSFJ

⁷ KinderFörderungsGesetz (2008) BMFSFJ

aufbauen (Schneider 2002: S. 31). »Bei den einzelnen Fachkräften zeigen sich große Differenzen bzgl. Vor- und Ausbildung, Erfahrung, aber auch biografischer Hintergründe« (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012: S. 135). Dies führt in der Praxis häufig zu wahrgenommenen Überforderungen oder unreflektierter Arbeit, »da vielen Fachkräften das Fachwissen zu Kindern in den ersten drei Lebensjahren fehlt. Folglich ist ihr Handeln von Unsicherheiten geprägt« (Koch 2014: S. 30).

Neben erhöhten Krankenständen bei Personal und Kindern ist das Ergebnis ein Absinken der pädagogischen Prozessqualität (Heidenreich 15. Mai 2014). Aufgrund des fehlenden Fachwissens und eines als viel zu hoch kritisierten Erzieher-Kind-Schlüssels (Viernickel 2013) ist davon auszugehen, dass die Sensibilität für die Bedeutung der Kitas als gesundheitsfördernde Settings bei Trägern und Fachkräften z. T. nicht adäquat vorhanden ist.

»Gesundheitsförderung ist eine Sache von Einstellungen und Haltungen. Das bedeutet, weniger das jeweilige Konzept ist ausschlaggebend [...] als vielmehr das Bewusstsein, die Vorstellung von Krankheit und Gesundheit, das Bild vom Kind bzw. von gesunder Entwicklung und – damit verbunden – die Vorstellung, was Erwachsene tun können und müssen, damit Kinder sich gesund fühlen« (Meyer-Nürberger 2002: S. 29). Diese Aspekte sind dem Begriff der Orientierungsqualität zuzuordnen.

Basierend auf den jeweiligen Bedingungskategorien (input) kann Prozessqualität (output) umgesetzt und Ergebnisqualität (outcome) erreicht werden.

Laut NUBBEK-Studie »streut die Prozessqualität zwischen unzureichender und guter Qualität [...] Das im Durchschnitt nur mittelmäßige Niveau pädagogischer Prozessqualität in Einrichtungen und Kindertagespflege bei bemerkenswerten Anteilen von Gruppen unzureichender Qualität kann nicht befriedigen« (Tietze et al. 2013a: S. 152).

Zusammenfassend muss konstatiert werden, dass Tageseinrichtungen für Kinder als effektive Settings für gesundheitspräventive und -bildende Maßnahmen geeignet erscheinen. Es gibt jedoch hemmende Faktoren, welche zu berücksichtigen sind und ggf. im Vorfeld reduziert bzw. abgebaut werden müssen. Diese Faktoren sind unterschiedlichen Qualitätsdimensionen des Bedingungsgefüges pädagogischer Arbeit zuzuordnen und nicht allein über die Zielgruppe der pädagogischen Fachkräfte zu verändern. Alle Handlungsebenen müssen dabei Berücksichtigung finden.

2.5. Das Handlungsfeld der Kindertagespflege

»Kindertagespflege als eigenständige Betreuungsform« (BMFSFJ 2012: S. 7) ist integriert im SGB VIII/KJHG § 22ff und unterliegt ebenfalls dem dort definierten Qualitätsanspruch. Kindertagespflege geht über »eine karitative, ehrenamtliche als auch eine rein pflegerisch-betreuende Leistung« (Gathen von der, M. et al. 2011: S. 21) deutlich hinaus. Tagespflegepersonen müssen nach § 43 SGB VIII/KJHG eine Erlaubnis zur Kindertagespflege vorweisen. Diese Pflegeerlaubnis wird ausgestellt, wenn die Person für die Kindertagespflege als geeignet gilt und ist dann jeweils für 5 Jahre und i. d. R. für fünf Kinder gültig (BMFSFJ 2010: S. 24). Für die Eignung gelten die Kriterien: Volljährigkeit, vorliegendes erweitertes Führungszeugnis (SGB VIII/KJHG § 72a), Persönlichkeit, Sachkompetenz, Kooperationsbereitschaft und die Verfügbarkeit über kindgerechte Räume. Zusätzlich ist ein Qualifizierungskurs nachzuweisen. Nähere Regelungen unterliegen länderspezifischen Kinderbildungs- und Betreuungsgesetzen, z. B. Aus- und Fortbildungsanspruch, finanzielle

Regelungen, Betriebserlaubnisverfahren. Auf kommunaler bzw. Kreisebene wird die Kindertagespflege in eigens erlassenen Satzungen geregelt.

Für Tagespflegepersonen gibt es in Deutschland keine eigene Berufsausbildung. Um eine Betriebserlaubnis zu erhalten, ist lediglich eine Pflegeerlaubnis notwendig. Die Tätigkeit der Tagespflegeperson gilt formal als sogenannte „Anlern­tätigkeit“, deren Qualifizierung z. Z. (noch) max. 160 Stunden umfasst. Darüber hinaus sollen ergänzende Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden, die jedoch als freiwillige Angebote von der Finanzlage der jeweiligen Kommunen/Kreise abhängen. Derzeit arbeiten die Träger der öffentlichen Jugendhilfe mit drei Qualifizierungsmodulen für Tagespflegepersonen (BMFSFJ 2012: S. 21-22), die von freien Fort- und Weiterbildungsträgern angeboten werden, jedoch keiner qualitativen Kontrolle in Form von Akkreditierungen o. ä. unterliegen. Nicht in allen Bundesländern müssen die 160 Stunden verpflichtend absolviert werden. In NRW gibt es z. B. bislang nur eine implizite Regelung, die auf die 160 Stunden verweist (Heitkötter et al. 2008: S. 12). Die Ausbildung für Tagespflegepersonen enthält lediglich im »Lernfeld 10 „Haushaltsmanagement und Tagespflege“ (Umfang 20 Unterrichtseinheiten) gesundheitsrelevante Lernbereiche, die jedoch nicht auf Gesundheitsbildung und -förderung im Sinne eines kindlichen Kompetenzerwerbs fokussieren, sondern der Gesunderhaltung und dem Gesundheitsschutz dienen:

- a) Zeitmanagement zur Förderung der Kinder,
- b) Beteiligung der Kinder im Haushalt,
- c) gesunde Ernährung für Kinder,
- d) Sicherheit im Haushalt der Tagesfamilie,
- e) Gesundheitsvorsorge, Hygiene und Unfallverhütung im Haushalt,
- f) Haushaltsbudget und dessen Planung,
- g) Erste Hilfe am Kind« (Zühlke: S. 21).

Tagespflegepersonen sollen jährlich Angebote zur Weiterbildung wahrnehmen. Einige Bundesländer haben dies verbindlich für den Umfang von 5-20 Stunden geregelt (Heitkötter et al. 2008: S. 16).

Ende 2014 endete die Testphase des Deutschen Jugendinstituts (DJI) für ein neues Curriculum. Auf Basis der Auswertung ist die Aktualisierung des Modulhandbuchs in zwei Teilabschnitten vorgesehen. Der erste Teil wird weiterhin die 160 Stunden umfassen, ergänzend werden dann weitere 140 Stunden hinzukommen, die als Aufbaukurs tätigkeitsbegleitend absolviert werden sollen (BMFSFJ 2013b: S. 31).

Das Qualifikationsniveau der Tagespflegepersonen entspricht nicht dem der pädagogischen Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen. Dies betrifft auch den Kompetenzbereich der (Zahn-)Gesundheitsförderung und -bildung von kleinen Kindern.

3. Handlungsempfehlungen für gelingende Gesundheitsbildung und -förderung für Kinder unter drei Jahren in Tageseinrichtungen/Tagespflege

Um die derzeitigen gruppenprophylaktischen Interventionen in der Kindertagesbetreuung qualitativ und quantitativ zu verbessern (output) und langfristig positive Effekte für die Zahngesundheit von kleinen Kindern zu erreichen (outcome) muss an den Input-Kategorien als „Stellschrauben“ des Systems (Tietze et al. 2013a: S. 86) gearbeitet werden. Ausgehend von Tietzes Begriffsbestimmung: »**Pädagogische Qualität** ist in Kindergärten dann gegeben, wenn diese die Kinder körperlich, emotional, sozial und intellektuell fördern, ihrem Wohlbefinden sowie ihrer gegenwärtigen und zukünftigen Bildung dienen und damit auch die Familien in ihrer Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsaufgabe unterstützen« (Tietze et al. 2005: S. 6) wird die »**Prozessqualität** [als] Art und Weise, in der die Fachkräfte den Erziehungs-, Bildungs- und Betreuungsauftrag umsetzen« (Viernickel et al. 2009: S. 10), von der Orientierungsqualität, der Strukturqualität und der Organisations- und Managementqualität beeinflusst.

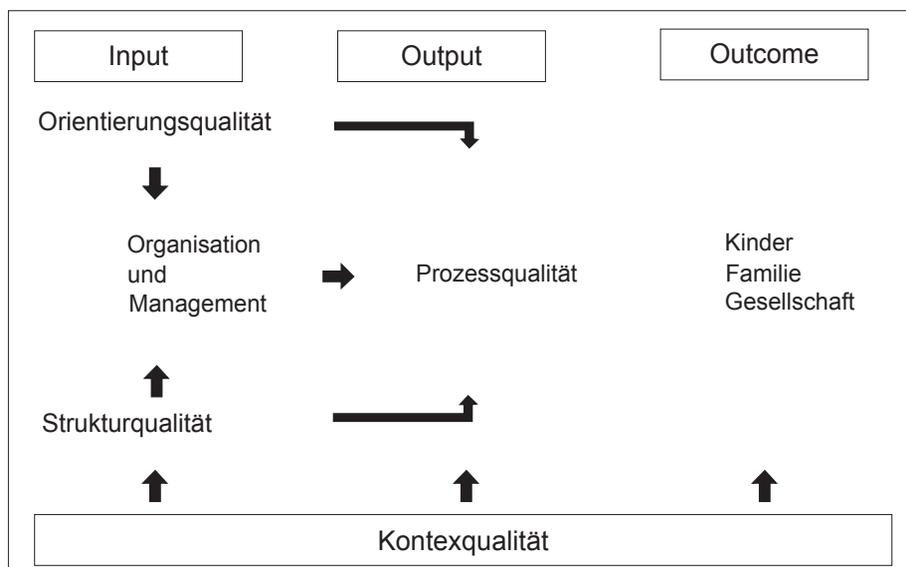


Abbildung 2: Qualitätsmodell nach Viernickel und Schwarz (2009)

Konkretisiert für das Ziel quantitativ und qualitativ umfassender Zahngesundheitsförderung für kleine Kinder in Tageseinrichtungen und Tagespflege werden nachfolgend für alle Inputkategorien Handlungsempfehlungen formuliert.

3.1. Orientierungsqualität

Orientierungsqualität beschreibt die persönlichen Einstellungen, Haltungen und Erziehungsziele der pädagogischen Fachkräfte. Sie ist ein System von Leitvorstellungen, Überzeugungen und Werten, die sich auf das Bild vom Kind, seine Entwicklung und Erziehung richten. Die Orientierungsqualität einer Einrichtung ist gekennzeichnet durch das Verständnis von Qualität der pädagogischen Entwicklungsförderung der Kinder, von Aufgabe und Rolle der Institution in Ergänzung zur Familie und weiteren Lebenswelt der Kinder und zur Schule. Zur Orientierungsqualität gehören auch Fortbildungen und das Vorhandensein einer schriftlichen Einrichtungskonzeption (Tietze et al. 2013b: S. 72).

Die Bedeutung der pädagogischen Fachkräfte als Bezugspersonen und Verhaltensmodelle für kleine Kinder unterstreicht die Notwendigkeit einer vielfältigen Erziehungspartnerschaft für nachhaltige Gesundheitsförderung und -bildung. Ohne ihr kooperierendes Handeln werden der Zugang zu den Kindern und Familien und die permanente Implementation von Gesundheitsaktivitäten in Tageseinrichtungen/Tagespflege maßgeblich erschwert. »Gesundheitsbewusste Vorbilder vermitteln diese Haltung an Kinder weiter und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitserziehung« (Hoffmann-Stuernagel et al. 2002: S. 66).

Derzeit ist in der Praxis von sehr heterogenen Situationen auszugehen, wie folgende »Typenbildung für Gesundheitshandeln der Erzieherinnen« zeigt (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012: S. 133):

- a) passives Gesundheitshandeln,
- b) erfahrungsbasiertes intrinsisch motiviertes Gesundheitshandeln,
- c) Ratgeber-orientiertes Gesundheitshandeln,
- d) institutionalisiertes Gesundheitshandeln,
- e) verberuflichtes Gesundheitshandeln,
- f) professionalisiertes Gesundheitshandeln.

Die Aufnahme der Themen in die Ausbildungscurricula von Erzieherinnen, Kindheitspädagoginnen und Tagespflegepersonen sind dringend nötig. Ebenso erforderlich sind die aktive reflexive Auseinandersetzung mit biografischen Erfahrungen, vorhandenem Alltagswissen und den neuen Fachkenntnissen sowie deren didaktische Umsetzung, um neue professionelle Qualität für zukünftiges Handeln zu entwickeln. Dafür ist eine kritische Überprüfung und Ergänzung der jeweiligen Ausbildungsinhalte zu den Themen Wohlbefinden und Gesundheit notwendig. In den pädagogischen Ausbildungen müssen die Lehrpläne so überarbeitet werden, dass die Aspekte der Ganzheitlichkeit und alle Facetten der Gesundheit berücksichtigt werden. Dies muss sich auch auf die Lehrkompetenz auswirken (Hoffmann-Stuernagel et al. 2002: S. 65f). Dies trifft auf alle Ausbildungsebenen und Kompetenzbereiche zu:

a) Fach- und personale Kompetenzen

- bezugstheoretische Einordnung, Reflexion biografischer Bezüge
- Gesundheitsförderung im gesetzlichen Bildungs-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag als Bestandteil ganzheitlicher Entwicklungsförderung

b) Methoden- und soziale Kompetenzen

- didaktische Grundlagen von Gesundheitsförderung zur entwicklungs-spezifischen Kenntnisvermittlung und Fertigkeitsschulung
- adressatengerechte Informationsvermittlung und Erziehungsberatung

Da eine aktive reflexive Auseinandersetzung mit diesen Themen in der Ausbildung von der jeweiligen Orientierungsqualität der Lehrenden abhängt, kann es aus mehreren Gründen sinnvoll sein, wenn Kinder- und Jugendzahnärzte und/oder Prophylaxefachkräfte in Ausbildungsveranstaltungen ihre Message selbst transportieren:

- a) Sie sind Identifikationsträger des Themas und verfügen über umfassende fachliche Kenntnisse.
- b) Sie sind als Felderfahrene in der Lage, über Beispiele, Bilder etc. Betroffenheit herzustellen und mit diesem emotionalen Zugang eine bessere Gedächtnisleistung zu erreichen als die Lehrenden.
- c) Sie treten durch ihren einmaligen Besuch als Solitär aus dem Ausbildungsalltag hervor, was die Aufmerksamkeit und Erinnerung positiv beeinflusst.
- d) Sie bilden nicht nur die Auszubildenden, sondern auch die anwesenden Lehrenden, die ggf. sensibilisiert werden und dieses Thema mittelfristig selbst in ihre Module integrieren können. Das entspricht einer hohen Rendite, da bei jedem Termin ca. 30 zukünftige Multiplikatorinnen für Lehre und Praxis erreicht werden.
- e) Sie entlasten durch die Übernahme der Lehrveranstaltung die Lehrpersonen, was deren Motivation zu kooperierendem Verhalten positiv beeinflussen kann.

Die Implementation von gesundheitsfördernder Kompetenz in die Ausbildung pädagogischer Fachkräfte/Tagespflegepersonen ist als ein Handlungsfeld zu betrachten.

Die Einrichtungsleitungen bzw. Fachgruppen-/Fachdienstleitungen für Tagespflegepersonen sind Träger der jeweiligen „Organisationskultur“ (Schreyögg 2003: S. 450) und verantwortlich für die konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung ihrer Institution. Um sie zu gesundheitsförderlicher Arbeit zu motivieren, kann es unterstützend sein, wenn Kinder- und Jugendzahnärzte und/oder Prophylaxefachkräfte selbst das Thema ins Team transportieren, bevor sie die (eigentliche) Arbeit mit den Kindergruppen umsetzen, damit sie ein kooperierendes Verhalten der Erzieherinnen/Tagespflegepersonen voraussetzen können. »Insbesondere für die Aspekte Wissen und Orientierungen haben spezifische adressatengerechte Fortbildungen nachweisbare signifikante positive Auswirkungen auf die Kompetenzen der pädagogischen Fach- und Lehrkräfte« (Aktionsrat Bildung 2012: S. 31). Bestenfalls gelingt es, dieses Thema verbindlich in der Einrichtungskonzeption zu verankern. Zur Unterstützung des kooperierenden Verhaltens von Kindertageseinrichtungen kann es hilfreich sein, deren Außenwirkung bei Eltern und Träger positiv zu beeinflussen. Dies kann über (Informations-)Materialien etc. geschehen. Ein Zertifikat/Label o. ä. kann durch die gemeinsame Identifizierung mit dem Thema den inneren Zusammenhalt des Settings bei allen beteiligten Personengruppen (Fachkräfte, Kinder, Eltern) stärken, dient der Selbstwerterhöhung und hilft, dieses Thema kontinuierlich präsent zu haben, auch wenn sich die im Handlungsfeld angenommene Außenwirkung eines Labels/Zertifikates auf elterliches Anmeldeverhalten nicht nachweisen lässt (Jasmund 2009: S. 143). Labels/Zertifikate unterstützen jedoch die Öffentlichkeitsarbeit einer Institution und transportieren dosiert gewünschte Informationen. Qualitative Effekte auf die pädagogische Arbeit können laut Jasmund über Zertifikate/Labels nur erzielt werden, wenn sie:

- a) dezidiert auf die Orientierungs- und Prozessqualität fokussieren und
- b) nicht nach einmaliger Prüfung permanent ihre Gültigkeit behalten, sondern
- c) wiederholte fachliche Auseinandersetzung und externes Coaching erfordern (Jasmund 2009: S. 169-171).

Gleichzeitig muss vor einer Überfrachtung mit Zertifikaten/Labels gewarnt werden, da diese als inflationär genutzte Qualitätssymbole ihre Wertigkeit verlieren.

Um die Orientierungsqualität der Fachkräfte/Tagespflegepersonen in der Praxis zu verbessern, muss der Weg über die „Türöffner“ zu diesen Zielgruppen gefunden werden.

Zum Handlungsfeld der Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen gehört die themenrelevante Zusammenarbeit mit den Eltern. Diese ist abhängig von den in der Einrichtungskonzeption formulierten Zielen und Handlungsfeldern, von der Kompetenz der pädagogischen Fachkräfte und der Bereitschaft der Eltern zur Zusammenarbeit. In Forschungsprojekten konnten drei Typen von Elternhaltungen in Bezug auf Gesundheitsförderung extrahiert werden, die für eine zukünftige wirksame Zusammenarbeit zu berücksichtigen sind:

- a) ein durch Vorsicht, Misstrauen gekennzeichneter Kontakt: Ablehnung, Distanz;
- b) auf Basis eindeutiger Kompetenzzuschreibung an die Fachkräfte: Delegation;
- c) partnerschaftliche Zusammenarbeit (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012: S. 133).

Für verschiedene Elterngruppen müssen unterschiedliche Zugangswege gefunden werden. Um deren Bedarfen zu entsprechen, ist ein Projekt, eine Form nicht ausreichend und nachhaltig. [Notwendig dafür ist die] Bereitschaft zur Perspektivübernahme und dem sensiblen Eingehen auf Elternbedürfnisse« (Fröhlich-Gildhoff et al. 2012: S. 134f).

Menschen wählen ihre sozialen Kontakte bevorzugt innerhalb ihres eigenen Milieus. Hier verstehen sie UmgangsCodes wie Sprache, Verhalten etc., fühlen sich aufgrund eigener vielfältiger Sozialerfahrungen kompetent. Kontakte mit Individuen aus anderen Milieus (nach oben und unten) sind oft verbunden mit Unsicherheit aufgrund der Unkenntnis dort praktizierter sozialer Umgangsformen, Sprachcodes, Verhaltensweisen etc. vergangene, als negativ erlebte Differenzenerfahrungen beeinflussen Rückzugs- bzw. Vermeidungsstrategien (z. B. „die kommen doch sowieso nicht“) und verstärken internale Stereotypenbildung. Ein fachlicher Austausch zwischen Pädagoginnen und Kinder- und Jugendzahnärzten und/oder Prophylaxefachkräften hilft Informationen zur einrichtungsspezifischen Elternschaft, vorhandenen Formen von Elternpartizipation und Zusammenarbeit zu eruieren und eine gemeinsame Haltung zu entwickeln. »Die Verständigung beginnt mit der Sprache, darum ist es sinnvoller, von Beteiligung der Eltern oder Zusammenarbeit mit Eltern zu sprechen als von Elternarbeit« (Meyer-Nürberger 2002: S. 30).

Da in der Praxis von einer großen Diversität hinsichtlich der Zusammenarbeit/Erziehungspartnerschaft mit Eltern und Familien auszugehen ist, benötigen die Fachkräfte Unterstützung für ein Thema, welches sie z. T. nicht kompetent vertreten können. Auch dafür bieten sich ggf. Kinder- und Jugendzahnärzte und/oder Prophylaxefachkräfte als Vorbilder an, die auf Elternabenden, Schnuppernachmittagen etc. dieses Thema authentisch transportieren oder mit Best-Practice-Beispielen die Fachkräfte inhaltlich unterstützen können.

Allerdings ist hier aufgrund der Diversität der jeweiligen Elternschaft eine gemeinsame Vorbereitung mit dem Team der Einrichtung notwendig, um die Eltern adressatengerecht (ggf. mehrsprachig) zu erreichen und als Partner der Gesundheitsförderung ihrer Kinder zu gewinnen. Insbesondere bei den schwer erreichbaren Zielgruppen der unteren sozialen Milieus ist ein niedrigschwelliges sensibles Vorgehen angebracht. »Wenn Gesundheit eher ein Wert der mittleren und oberen Schichten ist und die Vertreterinnen und Vertreter dieser Schichten die unteren Schichten missionieren wollen, dann wird dies von den unteren Schichten als imperialer Vorstoß begriffen werden, der Missmut und Widerstand auslöst« (Klotter 2009: S. 133).

Eine gelingende Zusammenarbeit mit den Eltern in einer Kindertageseinrichtungen bedarf der Mithilfe der pädagogischen Fachkräfte und kann ebenfalls nur über deren Haltungsentwicklung und fachliche Unterstützung erreicht werden. Sie sollte in der Einrichtungskonzeption verankert sein.

3.2. Strukturqualität

»Unter **Strukturqualität** in frühpädagogischen Institutionen werden in der Regel situationsabhängige, zeitlich stabile Rahmenbedingungen der Kindergruppe und der Tageseinrichtung verstanden, innerhalb derer sich Prozessqualität als der dynamische Aspekt pädagogischer Qualität vollzieht und von denen Prozessqualität beeinflusst wird« (Viernickel et al. 2009: S. 10). Dazu gehören die personale Dimension, die sozio-ökonomische Struktur des Quartiers und damit der Elternschaft sowie die räumliche Dimension der Einrichtung.

Die Einrichtungsleitung und das Team können i. d. R. ihre jeweils vorhandene Strukturqualität nicht entscheidend verändern. Bis auf ggf. effektiveren Personaleinsatz oder Raumgestaltung muss vom Status quo einer Kindertageseinrichtung/Tagespflegestelle und ihrer spezifischen Elternschaft ausgegangen werden. Dies sollte jedoch nicht als Schutzschild zur Abwehr von gesundheitsfördernden und -bildenden Angeboten gelten dürfen.

Um pädagogische Fachkräfte bei der Umsetzung zu unterstützen, ist es empfehlenswert ihnen anhand von Best-Practice-Beispielen (z. B. Fotos) zu zeigen, wie diverse Zahnbürstenlagerungen in Waschräumen möglich sind.

Für eine zielführende intersektorale Zusammenarbeit zur (Zahn-)Gesundheitsförderung erscheint es sinnvoll, gemeinsam vorhandene Strukturen und personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen zu analysieren, um darauf aufbauend einrichtungsspezifisches Vorgehen für Kinder, Eltern und Familien zu planen.

In Kindertageseinrichtungen, die gleichzeitig Familienzentren sind, können Angebote der Familienbildung und -beratung implementiert werden. Dies kann ein niedrighschwelliger Weg sein, Eltern im Quartier zu erreichen, deren Kinder (noch) nicht die Tageseinrichtung besuchen. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass mit diesen Angeboten häufig gerade sozial benachteiligte Familien nicht erreicht werden, da diese einer Zusammenarbeit mit Institutionen eher skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen.

Familien mit Migrationshintergrund haben oft Schwierigkeiten, aufgrund vorhandener Sprachprobleme an diesen Angeboten zu partizipieren. Dies ändert sich, wenn muttersprachliche Multiplikatorinnen eingesetzt und multimediale Zugänge angeboten werden (Weinstein et al. 2004: S. 731-738).

Generell werden Angebote der Familienbildung jedoch überwiegend von Eltern mit höherem Bildungshintergrund wahrgenommen, während dies benachteiligten Familien oft nur gelingt, wenn Zugangserleichterungen durch vermittelnde Personen oder aufsuchende Angebote ihnen entgegenkommen (Marzinski/Kluwe 2007; Hartung/Kluwe/Sahrai 2009; Fröhlich-Gildhoff et al. 2012: S. 12). Hier gilt es also die vorhandenen strukturellen Ressourcen zu nutzen, um adressatengerechte Angebote zu installieren.

Für die (zahn-)gesundheitsfördernde und -bildende Zusammenarbeit mit den Eltern in Tageseinrichtungen und Tagespflege ist kooperierendes Verhalten der Einrichtungsleitungen/ Fachgruppenleitungen und der Fachkräfte die Voraussetzung. Ihre Haltung entscheidet über Zugänge und die Effektivität der Intervention.

3.3. Organisations- und Managementqualität

Unter **Organisations- und Managementqualität** werden die Unterstützungsleistungen des Trägers subsummiert, die der Qualitätssicherung und -entwicklung dienen, wie z. B. Fort- und Weiterbildungen, Fachberatung etc. (Viernickel et al. 2009: S. 13).

Die Ebene des Trägers bzw. der Fachgruppenleiterin kann ggf. als zusätzliche „Stellschraube“ genutzt werden, falls eine Einrichtungsleiterin und/oder das Team bzw. eine Tagespflegeperson die Zusammenarbeit ablehnen, um über den gesetzlichen Auftrag (KJHG) des Trägers kooperierendes Verhalten zu erreichen. Da Träger für die Qualitätsentwicklung ihrer Einrichtungen gesetzlich verantwortlich sind, obliegt ihnen auch die Sorge für die berufliche Fort- und Weiterbildung ihres Personals. Dies kann unterschiedlich gestaltet werden. Erfahrungen zeigen, dass »eine nachhaltige Implementierung in die Praxis nur dort [gelingt], wo die Träger bereit waren, sehr viel Zeit und Geld in die Teambegleitungs- und Coaching-Prozesse zu investieren und so professionelle Bildungsprozesse der Fachkräfte zu unterstützen« (Rabe-Kleberg 2010: S. 45).

Die Fachberaterinnen als Multiplikatorinnen können auch Schlüsselfiguren zur Verbesserung der Orientierungsqualität sein. Im System der Tagesbetreuung von Kindern hat »Fachberatung [...] eine tragende, koordinierende, vermittelnde und moderierende Funktion. Sie initiiert und unterstützt Veränderungsprozesse von Einrichtungen und Trägern. Ihr Profil zeichnet sich aus durch Transfer- und Steuerungsleistungen zwischen Mitarbeiter/

innen und Trägern, Wissenschaft und Praxis, Politik, Verwaltung und Pädagogik, Tradition und Innovation« (Deutscher Verein 2012: S. 275). Diller (2005: S. 115) spricht von einer »Scharnierfunktion zwischen Träger und Kindertagesstätten«. Allerdings ist diese Zielgruppe durch große Diversität und sehr differierende Handlungsfelder und Aufgabenbereiche gekennzeichnet (DJI 2013: S. 22), sodass hierfür keine allgemeingültigen Aussagen getroffen werden können. Größtenteils sind Fachberaterinnen für die Auswahl bzw. Inhalte von Fort- und Weiterbildungen verantwortlich und können dafür sorgen, dass das Thema der Gesundheitsförderung von qualitativ hochwertigen Anbietern auf die Agenda kommt. »Bei 87 % der Fachberatungen gehören die Beratung und Begleitung von Leitung, pädagogischem Personal und Teams mit einem sehr hohen oder hohen Arbeitsanteil zu den Hauptaufgaben, gefolgt von Konzeptions- und Organisationsentwicklung von Kindertageseinrichtungen (78 %), Organisation des Erfahrungsaustauschs zwischen den Kitas (70 %), Planung und Organisation von Fort- und Weiterbildung (63 %) und der Beratung des Trägers (59 %)« (DJI 2013: S. 22). Wenn ihnen zeitgleich die Fachaufsicht obliegt, können sie auch die Umsetzung gesundheitsfördernder Praxis kontrollieren.

Fachberatungen sind auf Länderebene über die Landesjugendämter trägerübergreifend vernetzt und können ggf. dort für Informationen und/oder Fortbildungen gut erreicht werden. Da diese Zielgruppe zahlenmäßig begrenzt ist (in NRW sind ca. 350 Fachberatungen tätig) und aufgrund des zu erwartenden Schneeballeffekts ist von einer guten Rendite eingesetzter Investition auszugehen.

Der Einrichtungsträger ist aufgrund seines gesetzlichen Auftrags zur Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern etc. verpflichtet, und ihm obliegt die Aufsicht über die Qualität der pädagogischen Arbeit und deren Entwicklung in seinen Einrichtungen.

4. Fazit

Unter richtigen Bedingungen sind kleine Kinder die engagierteste Zielgruppe und die fleißigsten Lerner, wenn sie entwicklungspezifisch angesprochen werden und wenn sie partizipieren dürfen. Kindliche Neugier und Lernbereitschaft sind nie wieder so groß wie in diesem Alter – es gilt, dieses Potential zu nutzen.

Die Lern- und Entwicklungschancen von Kindern sind abhängig von ihren Eltern und ihren Erzieherinnen in Tageseinrichtungen und Tagespflege. Sie sind die Wegbereiter und Begleiter kindlicher Aktivität. Sie zu gewinnen, sichert förderliche Lernprozesse im Sinne (zahn-)gesunder Entwicklung.

Als bedeutsame Entwicklungsbegleiter müssen sie zielgruppenspezifisch involviert werden, um ihre Potentiale zu nutzen und zu stärken – im Sinne einer partizipierenden Partnerschaft für die gesundheitsförderliche Entwicklung von Kindern. Es geht um Netzwerke zwischen Gesundheitsdiensten, Bildungsinstitutionen und Eltern, ganz nach dem Motto:

„Es braucht ein ganzes Dorf, um ein Kind [gesund!] großzuziehen.“

5. Gestaltungsprinzipien für die Arbeit mit Kindern unter drei Jahren in der Gruppenprophylaxe

Gruppenprophylaxefachkräfte sollten sich als gesundheitsförderliche Entwicklungsbegleiterinnen von Kindern in Kitas und Tagespflege verstehen. Durch ihre langfristige Zusammenarbeit und ihre kontinuierlichen Besuche wiederholen, vertiefen und verstetigen sie gesundheitsförderliches Verhalten, erweitern motorische und kognitive Kompetenzen der Kinder, stärken Erzieherinnen in ihrem Vorbildverhalten und sind Beraterinnen für Eltern und Fachkräfte in Fragen der Zahngesundheit. Um diese Rolle auch für Kinder unter drei Jahren so erfolgreich ausfüllen zu können wie mit älteren Kindern, ist eine Neuorientierung der Tätigkeit notwendig.

1. Das klassische gruppenprophylaktische Arbeiten durch das Schaffen von „Schlüsselsituationen“ mit Kindern von drei bis sechs Jahren (z. B. durch den Besuch im Stuhlkreis einer Kindergruppe, Buch lesen, Theaterspiel, Lied singen, KAI-Technik üben, erst trocken, dann im Bad etc.) ist in den meisten Kitas sehr erfolgreich. Es kann in so gut wie allen pädagogischen Ansätzen in bewährter Weise integriert werden, einschließlich den Tagesabläufen der Kitas, die nach dem offenem Ansatz arbeiten. Auch dort werden Gruppenkreise (morgens oder mittags o. ä.) durchgeführt und sind dafür gut nutzbar. Dies muss dann individuell in den Einrichtungen abgeklärt werden.
2. Für die Zielgruppe der Kinder unter drei Jahren müssen die eigene Rolle und die Bedeutung der Erzieherinnen neu reflektiert werden. Adressaten sind jetzt nicht mehr die Kinder, sondern die Erzieherinnen und die Eltern als Bezugspersonen der Kinder. Diese Personen sind als Schlüsselfiguren zu verstehen, um kleine Kinder an gesundheitsförderliches Wissen und Verhalten heranzuführen. Sie sind Verhaltensmodelle und nur an ihnen orientieren sich die Kinder. Von ihren Rückmeldungen hängt die Verstärkung für positives Verhalten ab.
3. Gruppenprophylaxefachkräfte sind fremde Personen und bestenfalls ein positives Event, das neugierig macht und spannende Dinge (Zahnbürste etc.) mitbringt und zeigt. Dazu sind angstausslösende Situationen wie die Trennung von der Erzieherin, unsensible Kontaktaufnahme etc. unbedingt zu vermeiden. Distanzverhalten oder Rückzugstendenzen von kleinen Kindern sollten akzeptiert werden. Nur die Erzieherinnen können hier helfen, Nähe (wieder)aufzubauen. Ihre permanente Anwesenheit ist unbedingt zu sichern.
4. Kleine Kinder können sehr gut über ihr eigenaktives Erkundungsverhalten angesprochen werden. Die kindliche Neugier braucht „AHA“-Momente, in denen etwas entdeckt, ertastet, begriffen werden kann.
5. Kleine Kinder sind Egoisten! Sie haben noch kein Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe entwickelt und fühlen sich auch so nicht angesprochen: Die Ansprache als „alle Kinder“ ist tabu. Jedes Kind muss mit seinem Namen individuell angesprochen werden und braucht eigenes Material. Arbeiten mit zwei bis vier Kindern ist sinnvoll, größere Gruppen überfordern und lenken ab.

6. Die Aufmerksamkeitsspanne kleiner Kinder liegt bei 5-15 Minuten Eigenes, aktives Tun unterstützt längere Konzentration, neue Reize lenken ab. Fokussiert werden kann sich nur auf einen Reiz, z. B. die Zahnbürste zu entdecken. Kleine Kinder müssen für ihr Verständnis immer alle Kommunikationssignale einholen, und die redende oder singende Person muss dazu angeschaut werden – gleichzeitig dabei zu putzen, geht dann nicht.
7. Kinder wollen aktiv sein! Lange Erklärungen oder Begründungen vorher oder begleitend sind überflüssig. Wenn ihre Modelle (die Bezugspersonen) diese Dinge tun, sind sie spannend und nachahmungswert.
8. Die Feinmotorik, Koordination, Kraftdosierung und Lateralität sind noch in ihrer Entwicklung. Technikübungen als motorisches Fertigkeitstraining überfordern und frustrieren die Kinder – ihre Motivation sinkt. Ihr Schluckreiz ist z. T. noch nicht integriert (infantiles Schluckmuster durch Nuckelflaschen). Das Ritual steht im Fokus; die Technik der KAI-Methode einzuführen, ist erst sinnvoll bei Kindern über drei Jahren.
9. Kleine Kinder brauchen positive Ansprache. Dazu gehören unbedingt ein „schönes Gesicht“, d. h. lächeln, eine freundliche Stimme und zugewandte Körpersprache. Das „Sprachbad“ hilft dem Kind bei der Orientierung in dieser ungewohnten Situation. Nicht das „WAS“ gesagt wird, ist bedeutsam, sondern „WIE“ es gesagt wird, ist wichtig. Die nonverbalen und paraverbalen Botschaften verstehen auch Kinder, die nicht deutsch sprechen können. Loben und ggf. Körperkontakt beruhigen.
10. Die Erzieherinnen brauchen Beratung und Unterstützung bei der Ausgestaltung ihrer Rolle als Modell für zahngesundheitsförderliches Verhalten. Sie müssen verstehen, dass sie dieses Verhalten selbst zeigen müssen. Jeden Tag! Sie sollten dabei darauf achten, besonders die Kinder zu unterstützen und zu loben, die dieses Verhalten ggf. in ihren Herkunftsfamilien nicht erlernen und sehen werden. Diese Kinder müssen besonders bestärkt werden, um neues Verhalten zu erlernen und zu automatisieren. Das tun sie nur, wenn es sich lohnt, d. h. wenn sie dafür gelobt und anerkannt werden.
11. Die Akteure der Gruppenprophylaxe sollten die Erzieherinnen über die Bedeutung unbehandelter massiver frühkindlicher Karies informieren. Ca. 2 % der kleinen Kinder haben mehr als 50 % der Kariesinfektionen dieser Alterskohorte – das ist ein deutlicher Hinweis auf Vernachlässigung und oftmals ein Indikator für weitere Kindeswohlkriterien. Hier muss eine Kita/Tagespflege ihre Kompetenz im Sinne des gesetzlichen Wächteramtes des Staates bei Kindeswohlgefährdung (KJHG § 8 a) wahrnehmen.

6. Gestaltungsprinzipien guter Elternarbeit

Gruppenprophylaxefachkräfte müssen unterscheiden zwischen ihren Zielen zum gesundheitsförderlichen Kompetenzerwerb der Kinder und ihren Zielen zur Gesunderhaltung der Kinderzähne. Ihre Beratung, Information und Unterstützung der Eltern fokussiert auch auf letzteren Aspekt, da kleine Kinder dies noch lange nicht selbstständig können.

1. Die Eltern wollen Gutes für ihr Kind, sie sind die „Insider“ ihres Kindes und haben ein natürliches Recht auf seine Erziehung (GG Art. 6).
2. Der Staat unterstützt diese Aufgabe als freiwilliges Angebot u. a. mit Kitas und Tagespflegeplätzen etc. Kitas und Tagespflege arbeiten familienergänzend und haben die Pflicht zur Erziehungspartnerschaft (Akzeptanz, Toleranz, Information, Kooperation, Unterstützung, Beratung, Hilfeleistung).
3. Was Eltern tun, ist für kleine Kinder immer gut und richtig! Sie sind die wichtigsten Bezugspersonen und herausragende Verhaltensmodelle. Eltern sind also notwendige Helfer!
4. Gemeinsames Tun motiviert – wenn Kinder sehen, wie Eltern und Geschwister Zähne putzen, wollen sie dies mitmachen.
5. Nicht die Technik ist wichtig, sondern das Ritual. Nicht reden und verbessern, sondern lernen durch Nachmachen.
6. Gruppenprophylaxefachkräfte sollten die Eingewöhnungsphase in Kitas, in der Eltern in den Einrichtungen anwesend sind, zur Demonstration nutzen und die Eltern zuschauen (hospitieren) lassen, wenn sie in die Gruppen gehen.
7. Die Elternabende der Kita sollten zur Information genutzt werden. Die Eltern sollten für gesundheitsförderliches Verhalten gelobt und darin bestärkt werden. Loben macht Kinder und Eltern stolz und verstärkt ihre Mitarbeit.

7. Literatur, Quellennachweis

87.GMK (2014): Zahnprophylaktische Früherkennung bei Kleinkindern, 2014.

Ainsworth, M. D. S. (2011): „Muster von Bindungsverhalten, die vom Kind in der Interaktion mit seiner Mutter gezeigt werden (1964)“. In: Grossmann, K. E./Grossmann, K. (Hg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 102-111.

Aktionsrat Bildung (2012): „Bedeutung der Qualifikationen des Fachpersonals – Zielvorstellungen und Forschungsstand“. In: Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V. (Hg.): Professionalisierung in der Frühpädagogik. München: Waxmann, S. 19-32.

Altgeld, T./Kolip, P. (2007): „Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung“. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.

Autorengruppe Bildungsbericht (2012): Bildung in Deutschland 2012. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zur kulturellen Bildung im Lebenslauf. Frankfurt am Main, Bielefeld: Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung; Bertelsmann.

Berg, B. (2013): Konzepte zur frühkindlichen Karies. DAJ (unveröffentlichtes Dokument).

Berk, L. E. (2011): Entwicklungspsychologie. 5. Aufl. München: Pearson Studium.

BMFSFJ (2013a): „Frühe Chancen - Themen - Kinderbetreuung in Deutschland - Betreuungsquoten März 2013“. URL: http://www.fruehechancen.de/themen/kinderbetreuung_in_deutschland/betreuungsquoten_maerz_2013/dok/1267.php [Stand: 16. Juli 2014].

BMFSFJ (Hg.) (2013b): Kindertagespflege: die familiennahe Alternative. Ein Leitfadens für Tagespflegepersonen. 2. Aufl. Berlin.

BMFSFJ (Hg.) (2012): Kindertagespflege: Familiennah und gut betreut. 3. Aufl. Berlin.

BMFSFJ (Hg.) (2010): Kindertagespflege - eine neue berufliche Perspektive. 3. Aufl. Berlin.

Bodenmann, G./Perrez, M./Schär, M. (2011): Klassische Lerntheorien. Grundlagen und Anwendung in Erziehung und Psychotherapie. 2. Aufl.: Huber.

Bourdieu, Pierre (1994): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 7. [Dr.]. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 658).

Bowlby, J. (1973): Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler.

Breithecker, D. (2001): „Bewegte Schule. Vom statischen Sitzen zum lebendigen Lernen“. In: Zimmer, R./Hunger, I. (Hg.): Kindheit in Bewegung. Schorndorf: Karl Hofmann, S. 208-215.

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

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

Butterwegge, Ch./Klundt, M./Belke-Zeng, M. (2008): Kinderarmut in Ost- und Westdeutschland. 2. Aufl. Wiesbaden.

DAJ (2013): Doku_2011_2012_nur Zahlen; Red. Bertzen, Lydia

Destatis (2013): „Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und in öffentlich geförderter Kindertagespflege am 01.03.2013“. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/KinderJugendhilfe/TageseinrichtungenKindertagespflege5225402137004.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 21. Juni 2014].

Deutscher Verein (2012): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur konzeptionellen und strukturellen Ausgestaltung der Fachberatung im System der Kindertagesbetreuung.

Diller, A. (2005): „Bildungsprozesse systematisch gestalten. Die Verantwortung der Fachberatung“. In: Hugoth, M. (Hg.): Zukunftsweisend und verlässlich. Bildung in katholischen Kindertageseinrichtungen. Verband Katholischer Tageseinrichtungen für Kinder. Fulda.

DJI (Hg.) (2013): Fachberatung in Deutschland. München.

Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (= Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft; 16).

Eßer/Oesterreich (2014): „Geleitwort“. In: KZBV/BZÄK (Hg.): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin: KZBV, S. 6-7.

Ferber, S. (2011): „Strukturierung des Krippenalltags“. In: Neuß, Norbert/Aßmann, Nicole (Hg.): Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit Ausbildung & Studium), S. 96-112.

Fröhlich-Gildhoff et al. (2012): Gesund aufwachsen in der Kita – Zusammenarbeit mit Eltern stärken. Projektbericht. BZgA (Hg.)

Fthenakis, W. E. (2008): Bildung von Anfang an. Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder von 0 bis 10 Jahren in Hessen. 2007. Aufl. Wiesbaden.

Fthenakis, W. E. (2012): Der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Tageseinrichtungen bis zur Einschulung.

lung. 5. Aufl. Berlin [u. a.]: Cornelsen Scriptor.

Gathen von der, M./Kerl-Wienecke, A./Michels, I. (Hg.) (2011): Kindertagespflege. 1. Aufl. Köln: Bildungsverlag EINS.

Geene, R./Möllmann, A./Wlodsch, I. (2009): „Gesunde Schule, gesunde Kita, gesunder Stadtteil - Der Settingansatz der Gesundheitsförderung“. In: Geene, R./Gold, C. (Hg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern: Hans Huber.

Geene, R./Rosenbrock, R. (2012): „Der Settingansatz in der Gesundheitsförderung mit Kindern und Jugendlichen“. In: Gold, C./Lehrmann, F. (Hg.): Gesundes Aufwachsen für alle! Anregungen und Handlungshinweise für die Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Aufl.: 1.10.11.11. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (= Gesundheitsförderung konkret; 17), S. 46-75.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2005): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 Abs. 6 SGB V in der Besetzung für die vertragszahnärztliche Versorgung über die Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (zahnärztliche Früherkennung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 2 SGB V) vom 4. Juni 2003 und 8. Dezember 2004 in der ab 01. Januar 2005 geltenden Fassung.

Gopnik, Alison./Kuhl, Patricia./Meltzoff, Andrew. (2001): Forschergeist in Windeln. Wie Ihr Kind die Welt begreift. 2. Auflage. Kreuzlingen, München: Hugendubel (= Ariston).

Grawe, K. (2000): Psychologische Therapie. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Griebel, W./Niesel, R. (2004): Transitionen. Weinheim: Beltz.

Grossmann, R./Scala, K. (2006): „Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung“. In: BZgA (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim: Sabo, S. 205-206.

Hall, E. T. (1976): Die Sprache des Raumes. 1. Aufl. Düsseldorf: Schwann.

Hanses, A. (2008): „Zur Aktualität des Setting-Ansatzes in der Gesundheitsförderung. Zwischen gesundheitspolitischer Notwendigkeit und theoretischer Neubestimmung“. In: Bals, T./Hanses, A./Melzer, W. (Hg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppeorientierten Lebenswelten. Weinheim und München: Juventa.

Heidenreich, U. (2014): „Allein und anfällig“. In: Süddeutsche Zeitung 70, 15. Mai 2014.

Heitkötter, M./Klößinger, S. (2008): „Qualifizierung in der Kindertagespflege. Vorarbeiten für ein modulares Qualifikationskonzept“. In: DJI (Hg.). DJI. München.

Hempel, U. (2006): Erste Ergebnisse der KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Robert Koch-Institut (Hg.). Berlin.

Hoffmann-Steuernagel, S./Gigout, F. (2002): „Leben und Arbeiten im Kindergarten - Bedarfe von Erzieherinnen und Erziehern“. In: Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte, Praxismodelle (= 16), S. 56-66.

Hurrelmann (1988): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, physische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim und München: Juventa.

Hüther, G. (2003): „Kinder brauchen Wurzeln. Zum Verhältnis von Bindung und Bildung“. In: Schavan, A. (Hg.): Bildung stärkt Menschen. Berlin.

Jasmund, Christina Irene (2009): Evaluation bewegungspädagogischer Arbeit. Zum Einfluss motorischer Förderung in Kindertagesstätten auf die ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung von Kindern. Berlin: RabenStück, Verl. für Kinder- und Jugendhilfe.

Klotter, C. (2009): Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben. Eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. München und Basel: Ernst Reinhardt.

Knauf, T. (2013): „Moderne Ansätze der Pädagogik der frühen Kindheit“. In: Fried, L./Roux, S. (Hg.): Handbuch Pädagogik der frühen Kindheit. 3., überarb. und erweiterte Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit. Ausbildung & Studium), S. 119-129.

Koch, M. (2014): „Betreuung von Kindern unter drei Jahren - ein umfassender Auftrag der Organisationsentwicklung“. In: Jasmund, C. et al. (Hg.): Bewegung in der frühen Kindheit: Carl Link Verlag Wolters Kluwer Dt. (= 4), S. 29-35.

Konsortium Bildungsberichterstattung (Hg.) (2006): Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld.

Krenz, A. (2013): Der „Situationsorientierte Ansatz“ in der Kita. Grundlagen und Praxishilfen zur kindorientierten Arbeit. 1. Aufl. Troisdorf: Bildungsverlag EINS.

Krus, A. (2014(in Druck)): „Psychomotorik Gegenstandbestimmung“. In: Krus, A./Jasmund, C. (Hg.): Psychomotorik als Handlungsfeld der Sozialen Arbeit: Kohlhammer (= Handlungsfelder der sozialen Arbeit).

KZBV/BZÄK (Hg.) (2014): Frühkindliche Karies vermeiden. Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern. Berlin: KZBV.

Laewen, H.-J. (2013): „Funktionen der institutionellen Früherziehung: Bildung, Erziehung, Betreuung, Prävention“. In: Fried, L./Roux, S. (Hg.): Handbuch Pädagogik der frühen Kindheit. 3., überarb. und erweiterte Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit. Ausbildung & Studium).

Lessenich, S. (2009): „Krise des Sozialen?“. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Krisenjahr 2009, H. 52, S.

28-34.

Liebenwein, S. (2008): Erziehung und soziale Milieus. Elterliche Erziehungsstile in milieuspezifischer Differenzierung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mazur, J. E. (2006): Lernen und Verhalten. 6., aktualisierte Aufl. München [u. a.]: Pearson Studium (= Allgemeine Psychologie).

Meier-Gräwe, U. (2011): „Lebensbedingungen von Kleinstkindern in Deutschland“. In: Neuß, Norbert/Aßmann, Nicole (Hg.): Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit Ausbildung & Studium), S. 25-34.

Meyer-Nürberger, M. (2002): Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte, Praxismodelle (16).

Milgram, Stanley (1974): Das Milgram-Experiment. Zur Gehorsamsbereitschaft gegenüber Autorität. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Neuß, N. (2011): „Bildung und Erziehung von Kleinstkindern“. In: Neuß, Norbert/Aßmann, Nicole (Hg.): Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit Ausbildung & Studium), S. 113-126.

Oerter, R. (Hg.) (1998): Entwicklungspsychologie. Beltz

Piaget, J. (1968/1972): Sprechen und Denken des Kindes. Düsseldorf.

Pieper, K. (2010): Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009. 1. Aufl. DAJ (Hg.). Bonn.

Pott, E. (2002): „Zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter und Entwicklung von Interventionsstrategien“. In: Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte, Praxismodelle (= 16), S. 22-27.

Rabe-Kleberg (2010): „Vom Programm zum Prozess“. In: nifbe (Hg.): Starke Kitas - starke Kinder. Wie die Umsetzung der Bildung gelingt. Freiburg i.B.: Herder, S. 41-50.

Rauh, H. (2006): „Von der Familie in die Krippe. Bindungsprozesse und Übergänge gestalten“. In: Friedrich Verlag (Hg.): TPS Theorie und Praxis der Sozialpädagogik. Den Wandel gestalten: Friedrich Verlag (= 5/6), S. 88-92.

Richter, A./Holz, G./Altgeld, T. (Hg.) (2004): Gesund in allen Lebenslagen. Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. Frankfurt a.M.: ISS-Eigenverlag.

Rosenbrock, R. (2004): „Primäre Prävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen“. In: Rosenbrock, R./Bellwinkel, M./Schröer, A. (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (= Gesundheitsförderung und Selbsthilfe; 8).

Rump, R./Richter, P. G. (2009): „Aneignung von Raum“. In: Richter, P. G. (Hg.): Architekturpsychologie. Eine Einführung. 3. Aufl. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 293-317.

Sabo, P./Wanzert-Sielert, C. (2002): „Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung in den Fortbildungsangeboten für Erzieherinnen und Erzieher“. In: Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte, Praxismodelle (= 16), S. 67-77.

Schäfer, G. E. (1999): „Ästhetische Erfahrung als Basis kindlicher Bildungsprozesse“. In: Neuß, N. (Hg.): Ästhetik der Kinder. Frankfurt, S. 21-31.

Schäfer, G. E. (Hg.) (2011a): Bildung beginnt mit der Geburt. Für eine Kultur des Lernens in Kindertageseinrichtungen. 4., überarb. Aufl., aktualisierte Neuauflage. Berlin: Cornelsen Scriptor (= Frühe Kindheit).

Schäfer, G. E. (2011b): Bildungsprozesse im Kindesalter. Selbstbildung, Erfahrung und Lernen in der frühen Kindheit. 4. Aufl. Weinheim: Juventa-Verlag (= Grundlagentexte Pädagogik).

Schäfer, Gerd E. (2011c): Was ist frühkindliche Bildung? Kindlicher Anfängergeist in einer Kultur des Lernens. Weinheim [u. a.]: Juventa-Verlag

Schelle, R. (2011): Die Bedeutung der Fachkraft im frühkindlichen Bildungsprozess. München (= WiFF-Expertise; 18).

Schenk, L./Knopf, H. (2007): „Mundgesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendsurveys (KIGGS)“. In: Springer Medizin Verlag (Hg.): Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Heidelberg.

Schilke, R./Felgenhauer, F./Grigull, L. (2008): „Zahnmedizinische Vernachlässigung von Kindern“. In: Kinder- und Jugendmedizin, H. 8, S. 499-504.

Schneider, K. (2002): „Konzepte der Frühpädagogik“. In: Früh übt sich... Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte, Praxismodelle (= 16), S. 28-32.

Schreyögg, W. (2003): Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung. Mit Fallstudien. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler Verlag.

Straßburg, H.-W. (2009): „Herkömmliche und neue U-Untersuchungen beim Kleinkind“. In: Bitzer, E. et al. (Hg.): Kindergesundheit stärken. Vorschläge zur Optimierung von Prävention und Versorgung. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.

Tietze, W. et al. (Hg.) (2013a): Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK). 1., Erstaufgabe, neue Ausg. Kiliansroda: VERLAG DAS NETZ.

Tietze, W. et al. (2013b): „Pädagogische Qualität in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen“. In: Tietze, W. et al. (Hg.): Nationale Untersuchung zur Bildung, Betreuung und Erziehung in der frühen Kindheit (NUBBEK). 1., Erstaufgabe, neue Ausg. Kiliansroda: VERLAG DAS NETZ, S. 69-87.

Tietze, W./Roßbach, h.-G./Grenner, K. (Hg.) (2005): Kinder von 4 bis 8 Jahren. Zur Qualität der Erziehung und Bildung in Kindergarten, Grundschule und Familie. Weinheim: Beltz.

Viernickel, S. (2011): „Spiele und Kontakte unter Kleinstkindern“. In: Neuß, Norbert/Aßmann, Nicole (Hg.): Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit Ausbildung & Studium), S. 151-161.

Viernickel, S./Schwarz, S. (2009): „Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung. Wissenschaftliche Parameter zur Bestimmung der pädagogischen Fachkraft-Kind-Relation –“ [Stand: 29. November 2013].

Viernickel, Susanne (2013): Schlüssel zu guter Bildung, Erziehung und Betreuung. Bildungsaufgaben, Zeitkontingente und strukturelle Rahmenbedingungen in Kindertageseinrichtungen. 1. Aufl. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband (= Forschungsbericht).

Weinstein, P./Harrison, R./Benton, T. (2004): Motivating parents to prevent caries in their young children. One-year findings.: J. Am. Dent. Assoc. (135), S. 731-738.

Wertfein, M. (2011): „Der kompetente Säugling - entwicklungspsychologisches Basiswissen“. In: Neuß, Norbert/Aßmann, Nicole (Hg.): Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Aufl. Berlin: Cornelsen (= Frühe Kindheit Ausbildung & Studium), S. 35-48.

Winner, Stefanie (2013): Expertise-Bildungspläne. Deutsche Kinder- und Jugendstiftung (Hg.)

Zühlke: „Prüfungsordnung Layout“ [Stand: 16. Juli 2014].

8. Anlage: Spezifische Regelungen für die Bundesländer

8.1. Landesrechtliche Regelungen zum Thema Zahngesundheitsuntersuchungen

Der Einsatz und die Verantwortungsbereiche der Gesundheitsdienste werden im föderalen Deutschland auf Länderebene geregelt und weisen in Bezug zu epidemiologische Zahnuntersuchungen oft in Kombination mit den Schulgesetzen folgende Diversität auf:

Bundesland	Handlungsoption	Verpflichtungsgrad zur Teilnahme	Altersregelung	Quelle
Baden-Württemberg	muss	ab Schule verpflichtend	3-18	http://www.landesrechtbw.de/jportal/?quelle=jlink&query=-GesDG+BW+%C2%A7+8&psml=bsbwueprod.psml&max=true
Bayern	kann	freiwillig	k. A.	www.lagz.de
Berlin	muss	ab Schulalter verpflichtend	Kita und Tagespflege	http://gesetze.berlin.de/Default.aspx?vpath=bibdata%2Fges%2FBInGDG%2Fcont%2FBInGDG.htm http://www.berlin.de/sen/gesundheits/kindergesundheit/kjgd/index.html
Brandenburg	muss	ab Schulalter verpflichtend	k. A.	http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=-land_bb_bravors_01.c.46658.de http://www.bravors.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=-land_bb_bravors_01.c.47195.de
Bremen	muss	k. A.	k. A.	http://beck-online.beck.de/?bcid=Y-100-G-BrOeGDG http://bremen.beck.de/default.aspx?vpath=bibdata%2fges%2fbrschvwg%2fcont%2fbrschvwg.p17.htm&date=all
Hamburg	muss	Befreiung auf Antrag	ab Schule	http://www.landesrecht.hamburg.de/jportal/portal/page/bs-haprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlr-GesDGHApG3&doc.part=X&doc.origin=bs&st=l http://www.landesrecht.hamburg.de/jportal/portal/page/bs-haprod.psml?nid=0&showdoccase=1&doc.id=jlr-SchulGHARahmen&st=lr
Hessen	muss	ab Schulalter verpflichtend	bis 16	http://www.rv.hessenrecht.hessen.de/jportal/portal/t/1vqm/page/bshesprod.psml;jsessionid=A8AB5AF99ED5605C3E43C91672CC5C28.jpc4?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Treffliste&documentnumber=1&numberofresults=29&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlrGesDGHErahmen%3Ajurislr00&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#jlr-GesDGHEpP10 http://www.rv.hessenrecht.hessen.de/jportal/portal/t/wrh/page/bshesprod.psml/action/portlets.jw.MainAction?p1=0&event-Submit_doNavigate=searchInSubtreeTOC&showdoccase=1&doc.hl=0&doc.id=jlr-SchulGHE2005rahmen&doc.part=R&toc.poskey=#focuspoint
Mecklenburg-Vorpommern	muss	ab Schulalter verpflichtend	3-18	http://www.landesrechtmv.de/jportal/portal/page/bsmvprod.psml?showdoccase=1&doc.id=jlr%C3%96GDGMVrahmen&st=lr http://www.schulwesensmv.de/schulgesetz-mv/index.html
Niedersachsen	muss	k. A.	Schuleingangsuntersuchung	http://www.ndsvoris.de/jportal/;jsessionid=50B39C86385A-9BDA2C6BF799D0C819A4.jp94?quelle=jlink&query=GesDG+ND&psml=bsvorisprod.psml&max=true&aiz=true#jlr-GesD-GNDpP5
Nordrhein-Westfalen	muss	ab Schulalter verpflichtend	ab Kleinkind	https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=223&bes_id=7345&aufgehoben=N&menu=1&sg=0
Rheinland-Pfalz	muss	ab Schulalter verpflichtend	6-12	http://gesundheitsfoerderung.bildung-rp.de/-zahngesundheit.html

Saarland	muss	ab Schulalter verpflichtend	k. A.	http://sl.juris.de/cgibin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/GesDG_SL_rahmen.htm http://sl.juris.de/cgibin/landesrecht.py?d=http://sl.juris.de/sl/SchulOG_SL_rahmen.htm
Sachsen	muss	Teilnahme soll, Eltern können widersprechen	Kita-Grundschule	http://www.bundesrecht24.de/cgibin/lexsoft/bundesrecht24.cgi?t=133715551698389933&sessionID=390610603101903278&source=link&highlighting=off&xid=171246,12 http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=7771013891111 http://www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=58322571514&jlink=p7
Sachsen-Anhalt	muss	ab Schulalter verpflichtend	Kita-Grundschule	http://st.juris.de/st/gesamt/GesDG_ST.htm#GesDG_ST_rahmen
Schleswig-Holstein	muss	k. A.	Kita-Grundschule	http://www.gesetzerechtsprechung.sh.juris.de/jportal/portal/t/dmp/page/bssshoprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&documentnumber=1&numberofresults=26&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-GesDGS-Hrahmen%3Ajuris-lr00&doc.part=X&doc.price=0.0&doc.hl=1#focuspoint
Thüringen	muss	ab Schulalter verpflichtend	Kita-Grundschule	http://landesrecht.thueringen.de/jportal/?quelle=jlink&query=-GesDV+TH&psml=bsthueprod.psml&max=true http://www.thueringen.de/de/tmbwk/kindergarten/recht/thuerki-tag/content.html http://www.thueringen.de/de/tmbwk/bildung/schulwesen/gesetze/schulgesetz/

8.2. Gesundheitsförderung in den Bildungs- und Orientierungsplänen der Länder

Bildungs-/Orientierungsplan	Handlungsoption	Quelle
Baden-Württemberg	Ernährung, Gesundheitsbewusstsein, Ruhe und Entspannung, Sicherheitserziehung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35442/Ba-Wü-Orientierungsplan.pdf
Bayern	Stärkung des Haltungsapparates, Ausgleich von Bewegungsmangel, Steigerung des Wohlbefindens, Zusammenhang von Bewegung, Ernährung und Gesundheit, Entspannung, Resilienz	http://www.gew.de/Binaries/Binary35443/Bildungsplan_Bayern.pdf
Berlin	Kompetenzerwerb durch Bewegungserfahrungen und Psychomotorik, Ernährung, Hygiene	http://www.gew.de/Binaries/Binary35444/Bildungsprogramm_Berlin.pdf
Brandenburg	Wohlbefinden, Bewegung, gesunde Ernährung, Anspannung und Entspannung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35445/Brandenburger%20Bildungsgrundsätze.pdf
Bremen	Anspannung und Entspannung, Bewegung und Ernährung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35446/Rahmenplan_Bremen.pdf
Hamburg	Bewegungsanregung, gesunde Ernährung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35447/Hamburg-Bildungsempfehlungen_Entwurf_.pdf
Hessen	Prävention, körperlich/seelisches Wohlbefinden, Sicherheitskompetenz, rückengerechtes Verhalten, Krankheitsvorbeugung, positives Körperbewusstsein, Gesundheit, innere Ausgeglichenheit, Entspannung, Anspannung, Zusammenhang von Bewegung, Ernährung und Gesundheit	http://www.gew.de/Binaries/Binary35448/Bildungsplan_Hessen.pdf
Mecklenburg-Vorpommern	Zusammenhang von Bewegung und Ernährung, Bedeutung des Wechsels von Anspannung und Entspannung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35449/Kita-Rahmenplan_MVP.pdf
Niedersachsen	Wohlbefinden des Körpers, Sicherheitskompetenz Ernährung, Risikofaktoren (Bewegungsmangel, Übergewicht), Entwicklung von Widerstandsfähigkeit (Resilienz)	http://www.gew.de/Binaries/Binary35450/Orientierungsplan_Niedersachsen.pdf
Nordrhein-Westfalen	Umweltauseinandersetzung führt zu Selbstkompetenz, Wohlbefinden, kennen der eigenen Leistungsgrenzen, Entspannung, Prävention	http://www.bildungsgrundsätze.nrw.de/fileadmin/dateien/PDF/Mehr_Chancen_durch_Bildung.pdf
Rheinland-Pfalz	Sicherheitskompetenz, Ernährung, Entspannung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35453/bildungs-und-erziehungsempfehlungen_RLP.pdf
Saarland	Salutogenese: Gesundheit als umfassendes Wohlbefinden und wichtige Voraussetzung für den kindlichen Bildungsprozess	http://www.gew.de/Binaries/Binary35454/Bild-ProgKigaSaar.pdf
Sachsen	Anspannung, Entspannung, Ernährung, Bewegung, Resilienz, Salutogenese	http://www.schule.sachsen.de/download/download_smk/saechsischer_bildungsplan.pdf
Sachsen-Anhalt	Körpererfahrungen sind Voraussetzung für Gesundheitsförderung, Wohlfühlen im eigenen Körper, Risikofaktor Bewegungsmangel, Resilienz, Gesundheitserziehung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35456/Bildungsprogramm_Sachsen-Anhalt.pdf
Schleswig-Holstein	Körpererleben, -erfahrungen, Körpergrenzen, Selbstwirksamkeit, Risikokompetenz, Zusammenhang von Körper, Gesundheit, Ernährung und Bewegung	http://www.gew.de/Binaries/Binary35457/Kitalleitlinien_Schleswig-Holstein.pdf
Thüringen	Bewegung und Gesundheit als Grundlagen für Bildung, Ziel ist lebenslanger Sport und gesundheitsspezifisches Verhalten (Zusammenhang Bewegung und Ernährung), Entspannung, Risikokompetenz, psychische Widerstandsfähigkeit	http://www.gew.de/Binaries/Binary35458/Thüringen-Leitlinien.pdf

Fundstellen Stand Juni 2014

www.gew.de

<http://www.bildungsserver.de/Bildungsplaene-der-Bundeslaender-fuer-die-fruehe-Bildung-in-Kindertageseinrichtungen-2027.html>

http://www.brandenburg.de/sixcms/media.php/4113/Synopse_Bildungsplaene.pdf



www.daj.de