»Kitas fit für die Zukunft«

Gesundheitsförderung im Setting Kita

Von der Idee zur Umsetzung

Ein Leitfaden

HAG
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

Handlungsleitfaden für Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten am Beispiel des Modellprojektes »Kitas fit für die Zukunft«

Gefördert durch die Hamburger Krankenkassen (GKV).
Projektlaufzeit: Juli 2006 bis Juni 2009.

HAG
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.

Vorwort

Die Gesundheit von Kindern, ihren Familien und dem pädagogischen Personal in Kindertagesstätten ist in den letzten Jahren verstärkt in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gerückt. Verschiedene Studien belegen, dass insbesondere die gesundheitlichen Belastungen von Kindern aus sozial schwachen Familien zunehmen, was den Erfahrungen der Erzieher und Erzieherinnen in Kindertagesstätten entspricht: Je nach Umfeld einer Einrichtung können sowohl körperliche als auch psychische Probleme bei Kindern und ihren Familien verstärkt auftreten.

Doch nicht nur die Belastung der Kinder wächst – auch die der Kita-Erzieher/innen. Gerade in sozial benachteiligten Stadtteilen haben sie hohe Anforderungen an ihre pädagogische Kompetenz zu bewältigen. Sie müssen Verständnis für verschiedenste familiäre Situationen aufbringen und mit vielfältigen Problemlagen zurechtkommen. Zusätzliche Belastungen wie Lärm, Zeitdruck und Arbeitsdichte ergeben sich aus dem Berufsfeld. Die hohe Alltagsbelastung führt häufig zu Müdigkeit und Erschöpfung, Beschwerden im Bewegungsapparat, Kopfschmerzen u. v. m.

»Kitas fit für die Zukunft«

Das unter dem Dach der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) durchgeführte Projekt „Kitas fit für die Zukunft“ reagiert auf die Alarmsignale. Es leistet einen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung der sozialen Rahmenbedingungen.

Wichtiges Ziel des Projektes war es, die gesamte Einrichtung Kindertagesstätte zu einer gesundheitsfördernden Organisation zu entwickeln und gleichzeitig die Kompetenzen der Einzelnen zu fördern. An diesem Prozess waren Träger, Leiter/innen, pädagogisches und hauswirtschaftliches Personal sowie Kinder und Eltern beteiligt. Gleichzeitig wurden Ressourcen im Sozialraum erschlossen.

Das von 2006 bis 2009 durch die Hamburger Krankenkassenverbände (GKV) geförderte Projekt **»Kitas fit für die Zukunft«** ist nun abgeschlossen.

Acht Hamburger Kindertagesstätten nahmen teil:

- Kita Sonnenland, AWO
- Kita Brunnenhof, AWO
- Kath. Kita Herz-Jesu, Caritasverband
- Ev. Kita Der gute Hirte, Kirchenkreis Stormarn
- Ev. Kita Zu den 12 Aposteln, Kitawerk Blankenese
- Kita LohKoMotive, Deutsches Rotes Kreuz
- Kita Jungborn, Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten gGmbh
- Kita Lothringerstraße, Vereinigung Hamburger Kindertagesstätten GmbH

Das Expertenwissen aller Beteiligten nutzen

Die vorliegende Veröffentlichung dokumentiert den Verlauf und die Ergebnisse des Projektes. Welche Vorgehensweisen wurden gewählt? Welche Schritte sind die einzelnen Kindertagesstätten gegangen? Wie gelang es, Erzieher/innen, Eltern und Kindern am Prozess zu beteiligen? Und: Was hat sich in den Kindertagesstätten im Verlauf des Projektes verändert?

So unterschiedlich die Kitas, so unterschiedlich sind auch die Antworten auf diese Fragen. Nur der Projektstart war für alle Einrichtungen gleich: Sie begannen mit der Analyse ihrer spezifischen Belastungen und Ressourcen in der Kita. Auf dieser Grundlage entwickelte jede Kindertagesstätte ihre eigenen Maßnahmen und Projekte. Das Expert (inn) enwissen aller Beteiligten wurde genutzt und in einem Prozess des gemeinsamen Lernens umgesetzt.

Zu dem erfolgreichen Projektabschluss trugen viele Beteiligte bei:

- Die Hamburger Krankenkassen haben „Kitas fit für die Zukunft“ durch finanzielle Förderung ermöglicht.
- Die Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätten haben das Projekt mit viel Engagement und Kreativität getragen.
- Die Steuerungsgruppe hat den Prozess konstruktiv begleitet und unterstützt.
- Die Evaluation durch das Universitätsklinikum Eppendorf belegte die Wirksamkeit des Projektes.
- Die Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) hat mit ihrer Zuwendung an die HAG für das Fundament des Projektes gesorgt.
- Und die Projektleiterin Petra Büchter hat den roten Faden in der Hand gehalten, alle Beteiligten motiviert und für die gesundheitsfördernde Kita begeistert.

Dafür bedanken wir uns!

Lassen Sie sich von dieser Broschüre anregen:
Denn Gesundheitsförderung in Kitas lohnt sich!

Susanne Wehowsky
HAG-Geschäftsführerin

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 8

2 Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« 10

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten 10
2.2 Die Durchführung des Modellprojektes »Kitas fit für die Zukunft« 13
2.3 Die Evaluation des Modellprojektes 16

3 Konzeptionelle Grundlagen 19

3.1 Begriffsklärung: Was ist Gesundheit? 21
3.2 Von der traditionellen Gesundheitserziehung zur modernen Gesundheitsförderung 21
3.2.1 Traditionelle Gesundheitserziehung 21
3.2.2 Moderne Gesundheitsförderung 23
3.2.3 Resümee 25
3.3 Kindertagesstätten als Orte der Gesundheitsförderung 26
3.4 Der Bedarf ist da: Erhebungen zur Gesundheit von Kindern und Erzieher/innen 29
3.4.1 Studien zur Kindergesundheit 29
3.4.2 Studien zur Gesundheit der Erzieher/innen 30
3.4.3 Handlungsfelder für konkrete Veränderungen 31

4 Handlungsleitfaden 33

4.1 Projektmanagement: Von der Idee zum Projekt 33
4.2 Gesundheitszirkel: „Problemlösegruppen“ in Kindertagesstätten 37
4.3 Veränderungen umsetzen: Von der Bedarfserhebung bis zur Evaluation 39
4.3.1 Bestandsaufnahme: Wie lässt sich die Ausgangslage in der Kita ermitteln? 41
4.3.2 Zielsetzung: Wie können wir unsere Ziele bestimmen und festlegen? 43
4.3.3 Maßnahmenplanung: Wie können wir unsere Ziele erreichen? 45
4.3.4 Lösungen wählen: Für welchen Weg entscheiden wir uns? 46
4.3.5 Durchführung: Wie können Maßnahmen umgesetzt werden? 47
4.3.6 Auswertung: Wie überprüfen wir den Erfolg unserer Maßnahmen? 49
4.3.7 Hilfreiche Tipps 49

5 Qualität in der Gesundheitsförderung 52

5.1 Qualitätskriterien: „Good Practice“ 52
5.2 Qualitätskriterien nach quint-essenz (Schweiz) 54
5.3 Qualitätssicherung mit der ZiWi-Methode 56
5.4 Qualitätssicherung mit „QIP – Qualität in der Prävention” 57
5.5 Resümee 59

6 Beispiele aus der Praxis 60

6.1 Gesundheitsrisiko Lärm: Den Schallpegel senken 60
6.2 Organisierte Arbeitsplätze: Schon wenig hilft viel 61
6.3 Teamentwicklung: Gemeinsam mehr erreichen 63
6.4 Partizipation: Kids erobern ein Wäldchen 65
6.5 Kommunikation: Klarer Umgang mit kranken Kindern 65

7 Fazit und Ausblick: Perspektiven der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten 68

8 Literaturhinweise 72

Anhang 74
Impressum 75

Einleitung

Gesundheit rückt in den Fokus: Die Entwicklungs- und Kompetenzförderung von Kindern im Vorschulalter hat in den letzten Jahren auch im Bereich Gesundheit an Bedeutung gewonnen. Das grundlegende Ziel: die Stärkung der persönlichen Ressourcen der Kinder, wie z. B. Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Konfliktfähigkeit und (Eigen-)Verantwortung.

Wo könnte dieses Ziel besser verfolgt werden als in Kindertagesstätten? Sie sind ein idealer Ort für frühzeitige und altersadäquate Prävention, denn ein Großteil der Kinder (und auch der Eltern) kann heute über Kindertagesstätten erreicht werden. Hier findet ein wesentlicher Teil kindlicher Sozialisation statt, die eine Prägung und Stabilisierung gesundheitsfördernder Lebensweisen einschließen sollte. Wie kann dies am besten realisiert werden? Dieser Frage ging das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« nach, das von 2006 bis 2009 unter Federführung der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. durchgeführt wurde.

Soziale Benachteiligung als Gesundheitsrisiko

Gesundheitliche Probleme haben oft einen frühen Ursprung – zentraler Faktor sind dabei die Lebensbedingungen der Kinder. So stellten verschiedene Untersuchungen zur Kindergesundheit fest, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten und armen Familien häufiger krank sind – ein Aufwachsen in Armut birgt Gesundheitsrisiken. Vor allem in den Bereichen Ernährung, Zahngesundheit, motorische Entwicklung, Hör- und Sehfähigkeit, Konzentration, Verhalten und Sprachentwicklung kommt es bei Kindern benachteiligter Familien häufiger zu Störungen als bei anderen Familien.

Soziale Unterschiede und damit soziale Ungleichheiten zeigen sich auch in den Kindertagesstätten und sind eine Herausforderung im Kita-Alltag. Als schichtübergreifende, pädagogisch orientierte Einrichtungen haben Kitas eine zentrale familienergänzende und -bildende Aufgabe – auch in Bezug auf die Gesundheitsförderung.

Die Gesundheit aller Beteiligten

Bei der Umsetzung dieser Aufgabe spielen die Erzieher/innen die entscheidende Rolle. Sie sind Vorbilder für Kinder und Eltern in Bezug auf gesundes Verhalten. Gleichzeitig sind sie aber oft selbst gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt: Ein hoher Lärmpegel am Arbeitsplatz, ungeeignetes Kita-Mobiliar, eine Verdichtung der zu bewältigenden Aufgaben und große Gruppen sind nur einige der Belastungsfaktoren. Um die Qualität des Erziehungs-, Betreuungs- und Bildungsauftrages zu sichern, muss deshalb verstärkt die Gesundheit des pädagogischen Personals berücksichtigt werden.

Generell ist festzustellen: Nachhaltige Gesundheitsförderung in Kitas muss alle Beteiligten einbeziehen. Es gilt, die Verhältnisse und Ressourcen in Kindertagesstätten so zu entwickeln, dass das pädagogische wie das nicht pädagogische Personal, Mädchen und Jungen, Mütter und Väter profitieren. Genau das wollte das Projekt »Kitas fit für die Zukunft« erreichen.

»Kitas fit für die Zukunft« – Leitfaden in Theorie und Praxis

Der vorliegende Projektleitfaden beschreibt theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen bei der Planung und Durchführung des Modellprojektes »Kitas fit für die Zukunft«.

In **Kapital 2** werden der Ablauf des Projektes sowie die wichtigsten Ziele und Vorgehensweisen vorgestellt. Es beschreibt, wie Bedarfe und Ressourcen erhoben und welche Maßnahmen innerhalb von zwei Jahren umgesetzt wurden. Auch die wichtigsten Projektergebnisse werden aufgeführt.

Kapitel 3 liefert die theoretischen Grundlagen und beantwortet Fragen wie: Was ist eigentlich Gesundheit? Was meint Gesundheitsförderung? Was ist der Setting-Ansatz?

Praktisch wird es in **Kapitel 4**. Hier sind Möglichkeiten der Projektenwicklung und der konkreten Umsetzung erläutert.

Kapitel 5 beschreibt die gängigen Instrumente und Kriterien der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung.

In **Kapitel 6** werden einige umgesetzte Maßnahmen und Projekte aus den beteiligten Kitas vorgestellt.

Kapitel 7 schließlich gibt einen Ausblick auf eine mögliche Zukunft der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten.

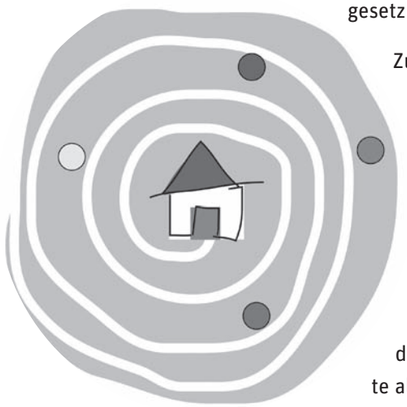
2

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

In diesem Kapitel wird das Modell-Projekt »Kitas fit für die Zukunft« beschrieben. Welche Ziele es hatte, welche Zielgruppen beteiligt waren und wie das Projekt praktisch umgesetzt wurde. Zum Schluss kommt die Evaluation zu Wort, um einiges zur Wirksamkeit des Projektes zu sagen.

2.1 Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

Auf der Basis der in der Einleitung skizzierten Situation in der Kita-Landschaft entwickelte die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«. Es wurde in der Zeit von Juni 2006 bis Juli 2009 durchgeführt und durch die gesetzlichen Krankenkassen finanziert.



Zum Hintergrund: Seit dem Jahr 2000 steht den Krankenkassen im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetztes ein Handlungsrahmen für Primärprävention zur Verfügung (§ 20 SGB V). Ziel des Gesetzes ist es, über Präventionsmaßnahmen den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern. In diesem Zusammenhang erhielt die HAG den Auftrag, in acht Hamburger Kindertagesstätten aus sozial benachteiligten Stadtteilen Kita-spezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln. So entstand »Kitas fit für die Zukunft« – ein Projekt, das nicht nur die Gesundheit jedes Einzelnen fördern, sondern auch die Kindertagesstätte als Organisation zu einem gesunden Ort entwickeln soll. Die Träger der beteiligten Einrichtungen, Mitarbeiter/innen, Kinder und Eltern ließen sich auf einen zweijährigen Prozess der Veränderung ein. Evaluiert wurde dieses Projekt vom Universitätsklinikum Eppendorf.

Ziele des Modellprojektes waren:

- die Kita zu einem gesunden Arbeits- und Lebensort zu entwickeln
- die Gesundheit aller Beteiligten zu fördern
- Gesundheitsförderung als Qualitätsmerkmal zu verankern
- das Betriebsklima zu verbessern
- Eigenverantwortung zu stärken
- gesundes Ernährungsverhalten zu fördern und Über-, Fehl- und Unterernährung zu reduzieren
- motorische Fähigkeiten zu fördern und Bewegungsmangel abzubauen
- psychosoziale Gesundheit in der Kita zu stärken und
- Stressfaktoren zu minimieren und Schutzfaktoren zu fördern

Um diese Ziele zu erreichen, war ein Zusammenwirken von Verhältnisänderungen und Verhaltensänderungen notwendig. Entscheidend war zudem, dass nicht nur einzelne Maßnahmen und Projekte bewertet wurden, sondern der gesamte Prozess der Gesundheitsförderung über zwei Jahre in die Betrachtungen einfloss.

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

2

Die Zielgruppen und ihre Beteiligung

Da das Projekt als Setting-Projekt angelegt ist, besteht die Zielgruppe aus allen Beteiligten des Kita-Alltags. Hierzu gehören die Träger, die Leiter/innen, das pädagogische Personal, das hauswirtschaftliche Personal, die Mädchen und Jungen sowie Mütter und Väter. Gleichzeitig sollte das Lebensumfeld, der Sozialraum, mit einbezogen werden.

Geplante und durchgeführte Maßnahmen sollten sich nie an nur eine der beteiligten Gruppen wenden, vielmehr sollten alle Akteure den Prozess aktiv gestalten. Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen schreibt: „Ziel ist es, unter aktiver Beteiligung der Betroffenen – Partizipation – die jeweiligen Gesundheitspotenziale im Lebensbereich zu ermitteln und im Setting einen Prozess geplanter organisatorischer Veränderungen anzuregen und zu unterstützen, der über die Schaffung gesundheitsgerechter Verhältnisse die gesundheitliche Situation der Betroffen nachhaltig verbessert.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2003:7)

Die Grundlagen des Projektes

Bei der Umsetzung des Projektes waren zentrale Grundlagen der Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements handlungsleitend. Die wichtigsten, in den nachfolgenden Kapiteln näher erläuterten Ansätze und Instrumente sind:

- das Gesundheitsverständnis der WHO
- der Setting-Ansatz
- der Ansatz der Partizipation und des Empowerment
- das Projektmanagement
- das Instrument der Gesundheitszirkel

Der Projektablauf

Die Durchführung des Projektes sollte in der jeweiligen Kindertagesstätte in folgenden Schritten erfolgen:

1. Bildung eines Gesundheitszirkels bzw. einer Fachgruppe zur Gesundheitsförderung, bestehend aus Leitung, hauswirtschaftlichem Personal, evtl. Eltern, punktuell einer Trägervertreterin oder einem Trägervertreter und anderen Kooperationspartnern (Betriebsärztin/-arzt, Vertreter/in der Arbeitssicherheit etc.).
2. Kita-interner Workshop zu Themen wie:
   - Was bedeutet Gesundheitsförderung?
   - Was ist betriebliche Gesundheitsförderung?
   - Wie funktioniert ein Gesundheitszirkel?
   - Wie können alle Akteure beteiligt werden?
3. Bestandsaufnahme und Ist-Analyse der Kita-spezifischen Belastungsfaktoren und Ressourcen.
4. Herausarbeitung der Veränderungsbedarfe sowie der Potenziale.
5. Erarbeitung von Veränderungsbedarfen mit allen Beteiligten. Prioritäten setzen, je nach Wichtigkeit und Zeitaufwand Ziele formulieren (Mehrstufenplan).

6. Konkrete Maßnahmen erarbeiten, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festlegen, Kooperationspartner gewinnen (wie Sportvereine, Arbeitsschutz etc.).
7. Durchführung von Einzelinterventionen.
8. Auswertung der Einzelinterventionen (Ergebnissicherung).
9. Abstimmung der weiteren Ziele und Ableitung von Maßnahmen.
10. Verankerung von Gesundheitsförderung im Kita-Konzept.
11. Kita-übergreifende Tagung zum Thema Elternkooperation.
12. Herausarbeitung der Themenfelder und Zwischenergebnisse.
13. Abschlussbefragung der Leiter/innen, Mitarbeiter/innen, Eltern und Träger im Rahmen der Evaluation.
14. Abschlussveranstaltung und Präsentation der Projekte und Maßnahmen in den Kindertagesstätten.
15. Abschlussdokumentation.

Neben dem geplanten Ablauf in der jeweiligen Kindertagesstätte sollte sich ein Kita-übergreifender Steuerungskreis bilden. Er hat zum Ziel, dem Gesamtprojekt eine übergeordnete Struktur zu geben und den gemeinsamen Verlauf des Modellprojektes zu steuern.

Zu Beginn und zum Ende der aktiven Arbeit sollten im Rahmen der Evaluation Fragebogenerhebungen stattfinden, um die Wirksamkeit zu prüfen.

Die Aufgaben der HAG im Rahmen des Modellprojektes

Die HAG wurde mit der Umsetzung des Projektes in den acht beteiligten Kindertagesstätten beauftragt. Eine Projektleitung übernahm die Aufgabe der gesamten Projektentwicklung und -steuerung während der Laufzeit von drei Jahren. Dazu gehörten im Einzelnen:

- Konzeptentwicklung
- Akquisition der teilnehmenden Kitas
- Auswahl und fachliche Begleitung der externen Gesundheitszirkelmoderatorinnen
- Einrichtung eines Steuerungskreises für das gesamte Modellprojekt
- Durchführung von Kita-internen Workshops
- Vermittlung von Referent(inn)en und Kooperationspartnern
- Abstimmung der Evaluationsinstrumente
- Planung und Durchführung von Fachtagungen
- Erarbeitung von Dokumentationsunterlagen

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

2

2.2 Die konkrete Durchführung des Modellprojektes »Kitas fit für die Zukunft«

Die Auswahl der Modell-Kitas

Bei der Akquirierung der Modell-Kitas war es außerordentlich hilfreich, dass unter dem Dach der HAG seit 2005 das Netzwerk „Gesunde Kitas“ arbeitet. In diesem Netzwerk kommen unter anderem die Dachverbands- und Trägervertreter/innen von Hamburger Kindertagesstätten zusammen. Während der Netzwerktreffen wurde über die Entwicklung des Modellprojekts »Kitas fit für die Zukunft« berichtet und das Projekt auf diese Weise bekannt gemacht. Die Netzwerkmitglieder vermittelten interessierte Kitas an die HAG, sodass eine Ausschreibung nicht nötig war. Bei der Auswahl der Modell-Kitas wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Die Kindertagesstätte musste in einem sozial benachteiligen Stadtteil liegen.
- In dem Modellprojekt sollte die Trägervielfalt vertreten sein.
- Die Kindertagesstätten sollten sich in ihren Rahmenbedingungen unterscheiden (z. B. Personalgröße, räumliche Ausstattung, Beschaffenheit des Außengeländes).
- Träger, Elternvertreter/innen und das gesamte Kita-Team mussten der Teilnahme an dem Projekt und der aktiven Arbeit über zwei Jahre zustimmen.
- Die Beteiligten mussten mit der Einrichtung eines Gesundheitszirkels in ihren Einrichtungen einverstanden sein.

Im Januar 2007 standen die acht Modell-Kitas fest. Sie lagen in den Stadteilen Billstedt, Dulsberg, Hamm, Jenfeld, Lurup, Schnelsen, St. Pauli und im Einzugsgebiet von Steilshoop.

Insgesamt beteiligten sich an dem Modellprojekt ca.:	
105	Mitarbeiter/innen aus dem pädagogischen Bereich
30	Mitarbeiter/innen aus dem nicht pädagogischen Bereich
21	Honorarkräfte
950	Kinder
878	Eltern

Unterstützung durch externe Moderatorinnen

Bei einer relativ kurzen aktiven Projektlaufzeit von zwei Jahren war es sehr wichtig, die Kindertagesstätten nicht zu überfordern – zumal sie in den letzten Jahren viele neue Herausforderungen zu bewältigen hatten, wie die Umstellung auf ein neues Finanzierungssystem, die Einführungen von Bildungsempfehlungen und Qualitätsentwicklungssystemen. Aus diesem Grund hat die HAG vor der aktiven Projektlaufzeit drei externe Moderatorinnen als freie Mitarbeiterinnen eingestellt, die die Kita-spezifischen gesundheitsfördernden Prozesse moderieren und steuern sollten.

Die Moderatorinnen verfügten alle über fundierte berufliche Vorerfahrungen in der Kita-Arbeit sowie über qualifizierte Weiterbildungen in Moderationstechniken, Supervision und Organisationsentwicklung.

Durch die Projektleitung fand ein einführender Workshop zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitszirkel“ statt. Um einen gemeinsamen Projektverlauf zu garantieren, fanden während der Laufzeit insgesamt neun gemeinsame Treffen der Moderatorinnen statt.

In den jeweiligen Kitas übernahmen die Moderatorinnen die Vorbereitung, Leitung und Nachbereitung der Gesundheitszirkelsitzungen. Sie waren für das Protokoll verantwortlich und hielten den Kontakt zur Projektleitung. Durch diese externe Unterstützung konnte ein kontinuierlicher Prozess gewährleistet werden.

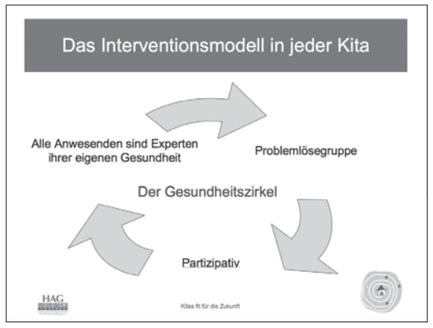
Der Steuerungskreis auf Projektebene

Neben der intensiven Arbeit in den jeweiligen Kindertagesstätten bildete sich ein Kita-übergreifender Steuerungskreis. Dieser Steuerungskreis hatte die Aufgabe, gemeinsam mit der Projektleitung die jeweiligen Projektschritte vorzubereiten und mit zu gestalten (z. B. Befragungen, Planungen von Fachtagungen, Entwicklung von Kita-übergreifenden Aktionen).

Er setzte sich aus den Leiter/innen der Modell-Kitas und jeweils einem Mitglied des Gesundheitszirkels zusammen. Der Steuerungskreis traf sich regelmäßig in verschiedenen Modell-Kitas und entwickelte sich im Laufe des Projektes zu einem wichtigen Ort des Austauschs über die konkrete Arbeit in den Kitas. Hier wurden Informationen weitergegeben, bereits umgesetzte Maßnahmen und Projekte vorgestellt, über Erfolge berichtet, aber auch über Hürden und Widrigkeiten gesprochen. Bei der Projektauswertung stellte sich dieser Kreis als einer der großen Erfolge des Projektes heraus. Das Voneinander-Lernen wurde von allen als sehr positiv empfunden.

Der Gesundheitszirkel

Ein Gesundheitszirkel ist ein Instrument der Diagnose und Intervention. Seine Aufgabe war es, den Veränderungsbedarf, aber auch die Ressourcen einer Einrichtung zu erheben und in einem fortlaufenden Prozess Veränderungen herbeizuführen. Dabei sollten alle Beteiligten aktiv einbezogen und ihr Expertenwissen genutzt werden. Über die Gesundheitszirkel wurde somit eine hohe Partizipation sichergestellt. Der Gesundheitszirkel arbeitete themen- und lösungsorientiert.



In der Regel bestand der Gesundheitszirkel aus acht bis zwölf Personen. Da sich die beteiligen Kitas in ihrer Größe unterschieden, waren die Gesundheitszirkel unterschiedlich besetzt. In den größeren Häusern gab es Gesundheitszirkel bestehend aus Leitung, Erzieher/innen, nichtpädagogischem Personal und punktuell auch Elternvertreter/innen, Trägervertreter/innen und Arbeitsschutzbeauftragten. In den kleineren Einrichtungen mit fünf bis sieben Mitarbeiter/innen bildete das gesamte Team den Gesundheitszirkel.

Auf der Grundlage einer Bestandsanalyse entwickelte jeder Gesundheitszirkel einen abgestimmten Maßnahmenkatalog, der in den knapp zwei Jahren umgesetzt werden sollte. Hierfür gab es keine Vorgaben: Jede Kita erarbeitete in ihrem eigenen Tempo Maßnahmen und Projekte. Die Gesundheitszirkel trafen sich monatlich für anderthalb Stunden.

Um schnell Erfolge zu erzielen und die Motivation zu halten, war das Prinzip der kleinen Schritte sehr wichtig. „Step by step“ konnten die unterschiedlichsten Maßnahmen und Projekte durchgeführt und zum Teil dauerhaft in den Kita-Alltag integriert werden, was die Nachhaltigkeit wesentlich sicherte.

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

2

Die konkreten Handlungsfelder

Die Analyse der Ist-Situation ergab Handlungsbedarf in den nachfolgend aufgeführten Bereichen.

Gesundheit der Mitarbeiter/innen:

- Arbeitsdichte und Arbeitsbelastungen
- Lärm
- Betriebsklima und Teamentwicklung
- Personalräume
- Gestaltung von Innen- und Außenräumen
- Gestaltung von Arbeitsabläufen
- Mobiliar
- Elternkooperation

Gesundheit der Kinder:

- Bewegung
- Ernährung
- Entspannung
- Umgang mit kranken und auffälligen Kindern

Kooperation mit den Eltern:

- Erreichbarkeit und Einbeziehung der Eltern
- Ernährung

In allen Handlungsfeldern wurden kleinere oder auch größere Maßnahmen entwickelt und umgesetzt.

Um die Kinder am Prozess zu beteiligen, gab es in einigen Einrichtungen Kinderkonferenzen zur Ideenfindung und auch in die Umsetzung wurden sie einbezogen.

Um die Resultate für alle transparent zu machen, wurden Kommunikations- und Informationswege geschaffen: Die Ergebnisse hingen am Schwarzen Brett, eigene Informationswände entstanden und auf Teambesprechungen stand der Punkt „Arbeit im Gesundheitszirkel“ auf der Tagesordnung.

Im Februar 2009 stellten die Kindertagesstätten ihre größten und bedeutendsten Projekte auf der Verabschiedungsfeier aus. Hier wurden sie auch als »Kita fit für die Zukunft« ausgezeichnet. Die folgende Tabelle zeigt die Maßnahmen und Projekte.

Umgesetzte Maßnahmen und Projekte während der Projektlaufzeit – Eine Unterteilung nach Ebenen

Personenebene	Gruppenebene	Strukturebene
Mitarbeiter/innen	Führungskräfte	Schaffung von Personalräumen
Stressreduktion	Einzelcoaching in Veränderungsprozessen	Schaffung von Leitungsbüros
Bewegung im Alltag	Kita-Team	Gestaltung eines Außengeländes
Ernährungsberatung	Stressmanagement	Lärmdämmung in der Kita
Rückenschule	Umgang mit Gesundheit und Krankheit	Entwicklung vereinfachter Arbeitsabläufe
Gesprächsführung	Entscheidungsfindung	Schaffung eines Elterncafés
Umgang mit Lärm	Teamentwicklung	Vernetzung im Stadtteil
Kinder	Umgang mit schwierigen Situationen	
Ernährung	Gesundheitszirkel	
Bewegung	Entwicklung einer wertschätzenden Kultur	
Umgang mit laut und leise	Einrichten eines Mitarbeiter/innen Stammtisches	
Ruhepunkte finden		
Eltern		
Ernährung		
Bewegte Familie (TK)		

2.3 Die Evaluation des Modellprojektes

Im Rahmen der Evaluation wurden Vorher-Nachher-Befragungen durchgeführt, an denen die Leiter/innen, die Mitarbeiter/innen und die Eltern teilnahmen, wobei die Leiter/innen zusätzlich zu den Strukturen in der jeweiligen Kita befragt wurden. Eingesetzt wurden dafür bewährte Instrumente der Bundesgesundheitsberichterstattung, der WHO sowie Versorgungsanalysen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BeGKi – Bestandserhebung Gesundheitsförderung in Kitas).

Der Rücklauf der Ersterhebung war sehr hoch. Bei der Mitarbeiter/innen-Befragung lag er bei 96 % und bei der Elternerhebung bei 52 %. Dieses zeigt das große Engagement aller Beteiligten in diesem Projekt.

Die Nacherhebung setzte sich ebenfalls aus Leitungs-, Mitarbeiter/innen- und Elternbefragungen zusammen. Hierbei war der Rücklauf wesentlich geringer. Er betrug bei den Mitarbeiter/innen 65 % und bei den Elternfragebögen 28 %. Dies ist immer noch ein relativer hoher Rücklauf, wenn man bedenkt, dass in den Modell-Kitas ca. 30 verschiedene Sprachen gesprochen werden. Gleichzeitig wurden qualitative Interviews mit der Projektleitung, mit den Moderatorinnen, Leiter/innen, Mitarbeiter/innen, Eltern und Trägervertreter/innen geführt.

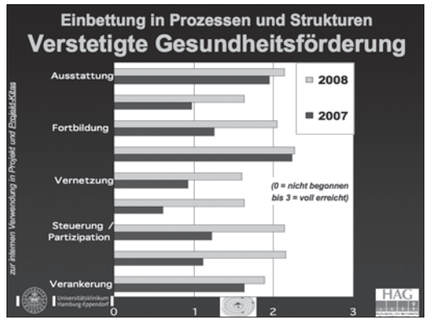
Die wichtigsten Ergebnisse der Erhebungen sind im Folgenden zusammengefasst. →

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

2

Strukturgewinne für die Kitas

Am deutlichsten waren die Strukturgewinne der Einrichtungen. Durch »Kitas fit für die Zukunft« wurden die Planung und Steuerung, Qualifikation, Verankerung, Vielfalt, alltägliche Umsetzung sowie die Vernetzung von Primärprävention und Gesundheitsförderung verbessert.

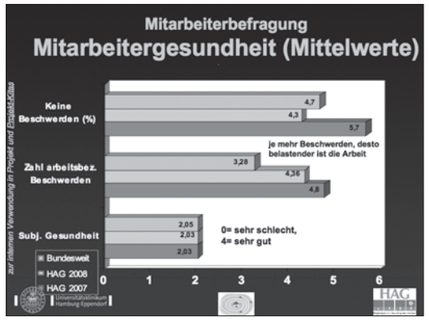


Durch die Gesundheitszirkel konnten viele Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die die Belastungen am Arbeitsplatz reduzierten. Einige dieser Maßnahmen wirkten sogar über die jeweilige Kita hinaus: So führte ein Träger nach einer erfolgreichen Maßnahme zur Lärmreduzierung in einer Modell-Kita Lärmschutzmaßnahmen für alle dem Träger angeschlossenen Kitas durch. Insgesamt wirkten die strukturellen Verbesserungen sich positiv auf das Betriebsklima und die Teamentwicklung in den einzelnen Einrichtungen aus.

Veränderungen für die Kita-Akteure

Weniger deutlich fielen die Verbesserungen der Mitarbeiterzufriedenheit und die Gesundheitsgewinne für die Kinder und ihre Eltern aus. Die Elternkooperation und Elternzufriedenheit mit der Kita stieg leicht kann.

Insgesamt hat sich nach Aussage der Beteiligten die Teilnahme am Projekt gelohnt. Fast alle Kitas führen auch nach Beendigung des Projektes die Gesundheitsförderung weiter. Die Kompetenzen in der Projektarbeit sind gestiegen, Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung ist vor allem bei den Leiter/innen ein wichtiges Thema geworden. Besonders hervorzuheben ist, dass Motivation und Teamgeist überwiegend zunahmen, obwohl eine Tendenz der Arbeitsverdichtung zu erkennen war. Auch Kommunikation und Arbeitsabläufe konnten in vielen Einrichtungen verbessert werden.



Darüber hinaus beobachteten die Fachkräfte eine Veränderung bei den Kindern: Sie trugen Gesundheitsfragen in die Familien und manche Eltern achteten mehr auf gesundheitsgerechtes Verhalten.

Den größten Gewinn brachte jedoch die kompetente Begleitung. Sie stellte Informationen zur Verfügung, machte auf Handlungsmöglichkeiten aufmerksam und unterstützte die Kitas in schwierigen Teilstrecken. Die Vernetzung der Kitas untereinander und das Voneinander-Lernen trugen ebenfalls maßgeblich zum Erfolg des Projektes bei.

Hürden und Widrigkeiten

Natürlich gab es während der Projektlaufzeit auch Schwierigkeiten zu bewältigen. Sie bestanden vor allem in wachsender Arbeitsverdichtung durch Personalmangel, in einem hohen Betreuungsschüssel, Umstrukturierungen in den Kindertagesstätten und der Schaffung neuer Krippenbereiche und Hortplätze während der Projektlaufzeit.

Zudem fanden einige Gesundheitszirkelsitzungen während der Teambesprechungszeiten statt, was nicht förderlich war: Hierdurch stand weniger Zeit für die Organisation des Arbeitsalltags zur Verfügung.

Eine schwierige und vor allem zeitintensive Arbeit war außerdem die Ansprache der Eltern.

Wichtigste Erkenntnis: Langfristig denken und handeln

Auch ein breit angelegtes Projekt schafft es kaum, in zwei Jahren die gesundheitliche Situation aller Beteiligten signifikant zu verbessern. Dies braucht mehr Zeit, erfordert langfristige Planung und auf Nachhaltigkeit angelegtes Handeln.

Setting-Projekte wie „Kitas fit für die Zukunft“ vermögen zunächst die Verhältnisse, die Strukturen und die Prozesse in den Einrichtungen zu verbessern. Dies wirkt sich zwar positiv auf die Gesundheit am Arbeits- und Lebensort aus, die Beteiligten profitieren jedoch nicht unmittelbar.

Das Thema Erzieher/innen-Gesundheit war das zentrale Handlungsfeld des ersten Jahres. Dies war sinnvoll, da eine Reduzierung der gesundheitlichen Belastung der Mitarbeiter/innen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder und ihrer Familien hat. Durch motivierte und ausgeglichene Mitarbeiter/innen kann sich die pädagogische Qualität in den Einrichtungen verbessern. Um einen gesundheitsförderlichen Prozess anzuschieben und teilweise zu begleiten, benötigen Kitas externe Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen.

Vertreter/innen aus verschiedenen Einrichtungen der Kita-Landschaft, von Behörden, Krankenkassen und Gesundheitsförderung diskutieren die Ergebnisse des Modellprojekts.

Konzeptionelle Grundlagen

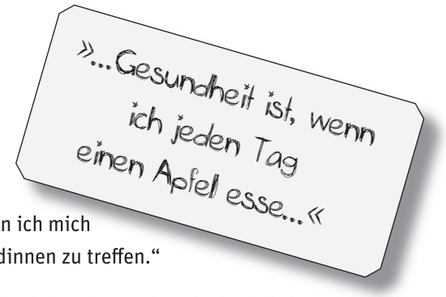
Im vorherigen Kapitel wurde das dreijährige Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« vorgestellt.

Im dritten Kapitel werden nun die wichtigen Hintergründe und Konzepte erläutert, die dem Modellprojekt zugrunde lagen. Es beschäftigt sich mit Fragen wie: Was bedeutet Gesundheit und was ist unter Gesundheitserziehung und -förderung zu verstehen? Was ist der Setting-Ansatz und welche Handlungsfelder gibt es?

Außerdem befasst sich das Kapitel mit dem partizipativen Prozess: Wie kann das Expertenwissen aller Beteiligten genutzt werden, um gesundheitsförderliche Veränderungen anzustoßen und umzusetzen?

Bei der Entwicklung des Modellprojektes ist die HAG von diesen Fragestellungen ausgegangen.

3.1 Begriffsklärung: Was ist Gesundheit?



Eine Frage, auf die wohl jeder und jede eine andere Antwort hat. Für den fünfjährigen Timo ist Gesundheit: „Wenn ich jeden Tag einen Apfel esse.“ Jessica, vier Jahre, meint: „Wenn ich draußen spielen kann.“ Und die 34-jährige Erzieherin Julia erklärt: „Gesund fühle ich mich, wenn ich mich nach der Arbeit fit genug fühle, für meine Familie da zu sein oder Freundinnen zu treffen.“

Für die meisten Menschen ist Gesundsein die Voraussetzung für Zufriedenheit oder gar für Glück. Viele bezeichnen Gesundheit als „das höchste Gut“ und können sich ihr Leben ohne Gesundheit nicht vorstellen. Eine weitverbreitete Haltung lautet: „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Der Versuch, Gesundheit zu definieren, stößt jedoch schnell an Grenzen. Häufig wird Gesundheit einfach als Abwesenheit von Krankheit umschrieben. „Ich bin gesund, wenn ich nicht krank bin“ – solche Kreisdefinitionen sind wenig hilfreich. Wie lässt sich Gesundheit besser definieren?

Gesundheit als Gleichgewicht

Eine umfassende Definition entwickelte die Weltgesundheitsorganisation WHO. Kurz nach Ende des 2. Weltkrieges definierte die Unterorganisation der UNO Gesundheit folgendermaßen:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jeden menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (Verfassung der WHO, veröffentlicht 1946).

Hier wird Gesundheit als ein Menschrecht beschrieben und als ganzheitliches Prinzip gesehen, welches das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen einbezieht. Indem die Definition die Balance von Körper, Geist und Umfeld einbezieht, ist Gesundheit mehr als das Fehlen von Krankheit. Und: Gesundheit kein statischer Zustand. Sie wird als ein Gleichgewicht verstanden, das der Mensch in Auseinandersetzung mit der natürlichen und sozialen Umwelt und mit sich selbst immer wieder herstellen muss.

Das Konzept der Salutogenese

Der Ansatz der WHO markiert einen Perspektivwechsel, der die Zweiteilung in „gesund“ oder „krank“ zugunsten eines „Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“ aufgibt. Maßgeblich für diesen Paradigmenwechsel war ein neues Erklärungsmodell von Gesundheit: das Konzept der Salutogenese von Aron Antonovsky. Der jüdische Arzt Antonovsky fragte nicht: Was macht Menschen krank? Sondern: Was erhält Menschen gesund?

Im Rahmen eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums kann ein Mensch zu jedem Zeitpunkt seines Lebens einer bestimmten Position zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit zugeordnet werden. Hierbei können die körperliche und die psychische Gesundheit zugrunde gelegt werden. Entscheidend für das Gesundbleiben eines Menschen – sogar unter belastenden oder gefährdenden Lebensbedingungen – sind sogenannte „Schutzfaktoren“ (Antonovsky 1979).

Beim Schutz der Gesundheit ist die Fähigkeit, Belastungsfaktoren auszubalancieren von zentraler Bedeutung. Diese Fähigkeit ist davon abhängig, ob der Mensch über ausreichende Widerstandsressourcen verfügt. Hierzu gehören u. a. Strategien der Stressbewältigung, soziale Unterstützung, aber besonders auch die persönlichen Ressourcen, wie ein gutes Selbstwertgefühl, das Gefühl von Kompetenz und die Überzeugung, durch das eigene Tun etwas bewirken zu können.

Die Sichtweise Antonovskys bedeutet eine Abkehr von der Fokussierung auf Risiken. Wir meinen jedoch: Auch wenn der Schwerpunkt auf Gesundheit liegt, dürfen die Risiken nicht ignoriert werden. Gesundheitsrisiken können verhaltensbedingt sein – wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, wenig Bewegung und vieles mehr. Risiken können aber auch in den Lebensbedingungen der Menschen liegen – z. B. in Wohnverhältnissen, Arbeitsbedingungen, in Familie und sozialem Umfeld, Kultur und Bildung. Hilfreich ist nicht, Risiken zu umgehen, denn auch der Umgang mit Risiken bietet Entwicklungsmöglichkeiten. Hierdurch können Bewältigungsstrategien aufgebaut werden, auf die immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Die Ressource Resilienz

Wie aber gestaltet sich das Zusammenspiel zwischen Risikofaktoren und Schutzmechanismen? Zur Beantwortung dieser Frage hat die Resilienzforschung einen wichtigen Beitrag geleistet. Resilienz beschreibt eine innere Stärke, eine Widerstandsfähigkeit trotz erhöhter Entwicklungsrisiken. Diese Widerstandsfähigkeit ermöglicht eine positive Beeinflussung der Gesundheit und Stabilität von Kindern und Jugendlichen durch gezielte Interventionen – auch dann, wenn die Kinder unter schwierigen Bedingungen aufwachsen (Wustmann 2004; 22).

Die Widerstandsfähigkeit wird in einem dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozess jedes Individuums mit seiner Umwelt erworben und entwickelt. Resilienz ist eine Ressource, die nicht zu Unverwundbarkeit führt, sondern den Menschen eine Belastungsregulation ermöglicht. Die Diplom-Pädagogin Corina Wustmann schreibt: „Schützende Wirkungen liegen nicht primär im abpuffernden Effekt eines schützenden Faktors, der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder über einen Zeitraum hinweg wirksam wird. Vielmehr liegt die Qualität von Resilienz darin, wie Menschen mit Lebensveränderungen umgehen und was sie hinsichtlich ihrer Lebensverhältnisse tun.“ (Wustmann 2004; 29) Somit ist Resilienz auch eine immer wieder neu zu erprobende und durch Lernen zu erweiternde Fähigkeit.

3.2 Von der traditionellen Gesundheitserziehung zur modernen Gesundheitsförderung

Was genau ist gemeint, wenn von Gesundheitsförderung gesprochen wird? Ein Blick zurück hilft, Antworten zu finden: Es gilt, die Entwicklung von der traditionellen Gesundheitserziehung der frühen 1960er Jahre bis zu unserem heutigen, modernen Verständnis von Gesundheitsförderung nachzuvollziehen. Die Unterscheidung der beiden Konzepte ist von zentraler Bedeutung – auch wenn sich in der Praxis keine klare Trennungslinie zwischen ihnen ziehen lässt. Über die gesundheitsorientierten Angebote kann jedoch nur entschieden werden, wenn bekannt ist, worin sich mögliche Ansätze unterscheiden. Insofern ist die Kenntnis dieser Unterschiede auch für die Planung gesundheitsfördernder Projekte bedeutsam.

Der folgende Beitrag bietet eine Basisorientierung. Eine grundlegende Einsicht sei vorab formuliert: Es sind weniger die Inhalte, die sich verändern. Vielmehr wandeln sich Sicht- und Vorgehensweisen.

3.2.1 Traditionelle Gesundheitserziehung

Historisch betrachtet ist der Begriff der „Gesundheitserziehung“ relativ jung. Er fand in Deutschland in den 1950er Jahren Verbreitung und sollte den Begriff der „gesundheitlichen Volksbelehrung“ ablösen. Der Teilbegriff „Erziehung“ signalisiert: Es geht um eine planmäßige Anpassung des Menschen an gesundheitliche Lebensregeln, die als gesellschaftlich notwendig erachtet werden. Entgegen der verbreiteten Auffassung von Erziehung bezieht sich Gesundheitserziehung aber nicht allein auf Kinder und Jugendliche, sondern auf die gesamte Bevölkerung.

Die Gesundheitserziehung wird von einem biomedizinischen Modell von Gesundheit und von der Idee der Prävention geleitet. „Biomedizinisch“ meint kurz gefasst: Der Körper steht im Mittelpunkt, Krankheit wird als Störung der normalen Organfunktionen verstanden, die Psyche ist nicht von Bedeutung. Außerdem geht Gesundheitserziehung davon aus, dass es Gesundheitsexpert(inn)en gibt, die wissen, was „richtig“ ist.

Das Hauptinteresse der Gesundheitserziehung ist, bei den Patient(inn)en Einstellungs- und Verhaltensänderungen zu bewirken. Eine für die Gesundheit eventuell notwendige Veränderung sozialer Verhältnisse bleibt unberücksichtigt oder wird nur in Einzelfällen eingebunden. Auch subjektives Erleben ist weitestgehend unbedeutend.

Für die traditionelle Gesundheitserziehung sind zwei Arbeitsschwerpunkte wichtig: Die Wissensvermittlung und das Erlernen neuer Verhaltensweisen. Die Methoden, mit denen in diesen beiden Handlungsfelder gearbeitet wird, sind: Aufklärung, Abschreckung und das praktische Einüben von gesundem Verhalten.

Die Wissensvermittlung

Mit der Wissensvermittlung knüpft die traditionelle Gesundheitserziehung an die „Hygieneerziehung“ des frühen 20. Jahrhunderts an. Durch Sachinformation und Aufklärung sollen medizinische Fakten und Wissen über die Folgen bestimmter Verhaltensweisen vermittelt werden. Hierzu gehörten in den 60er Jahren z. B. Kampagnen zu Impfschutz, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Hygiene, Schutz gegen Infektionskrankheiten, Erste Hilfe, Unfallverhütung.

Das Prinzip der Abschreckung

In den 70er Jahren gewannen Verhaltensthemen an Bedeutung. Auslöser hierfür war unter anderem das zunehmende Problem der Suchterkrankung. Um eine gewünschte Verhaltensänderung zu erreichen, setzte die traditionelle Gesundheitserziehung neben Sachinformationen auch auf emotional ausgerichtete Abschreckung. Sie ging davon aus, dass das Wissen um die Gefährlichkeit eines bestimmten Verhaltens Voraussetzung für eine Verhaltensänderung ist. Durch Angst und Schuldgefühle wurde versucht, unerwünschtes Verhalten zu beeinflussen. Bekannt sind z. B. die schockierenden Bilder aus den frühen 1980er Jahren, auf denen amputierte Beine zu sehen sind, und die die Überschrift tragen: „Rauchen Sie ruhig weiter, wenn Sie Müll aus sich machen wollen."

Das Prinzip der Abschreckung wird heute als nicht erfolgreiche Strategie angesehen. Einerseits, weil die ethische Vertretbarkeit eines solchen Vorgehens in Frage steht. Andererseits, weil die Erfahrung gezeigt hat: Abschreckung kann zwar kurzfristige Verhaltensänderungen bewirken, langfristig führt Angst jedoch eher zur Verleugnung des Gesundheitsrisikos.

Erlernen von Verhaltensweisen

Das Erlernen neuer Verhaltensweisen – der zweite Arbeitsschwerpunkt der traditionellen Gesundheitserziehung – meint das persönliche Sich-vertraut-Machen mit bestimmten Verhaltensweisen und zwar durch praktisches Einüben. Neue, erwünschte Verhaltensweisen werden in häufiger Wiederholung erworben und gefestigt.

Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung

Mitte der 70er Jahre wurde Kritik am traditionellen Ansatz laut und verstärkte sich gegen Ende der 80er Jahre. Kritisiert wurden:

- der Gesundheitsbegriff des biomedizinischen Modells
- die mit diesem Modell einhergehende Symptom- und Krankheitsorientierung
- die Ausrichtung auf das Individuum sowie die Vernachlässigung der Lebensweisen und -umstände
- die bevormundende Expertensicht und der Zwang zur Normierung
- die teilweise abschreckende und furchteinflößende Vorgehensweise
- die durch Aufklärung und Übungsprogramme nur begrenzten bzw. mangelnden Erfolge

Deutlich wird, dass die traditionelle Gesundheitserziehung von einem sehr engen Handlungskonzept ausgeht. Es steht außer Zweifel, dass heute viele Krankheiten verhaltensbedingte Ursachen haben und Gesundheitserziehung notwendig ist. Strittig ist jedoch ihre theoretische und methodische Basis. Die traditionelle Gesundheitserziehung ist heute nur noch *ein* Teilaspekt zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

3.2.2 Moderne Gesundheitsförderung

Mitte der 1980er Jahre setzte ein weitreichender Perspektivenwechsel ein: weg von der traditionellen Gesundheitserziehung hin zu einer eher sozialwissenschaftlich orientierten Gesundheitsförderung und moderner Gesundheitserziehung.

Konzeptionelle Grundlagen

3

Der Begriff der „Gesundheitsförderung" ist mittlerweile weitverbreitet. In der Literatur wird er mehrdeutig verwendet und schon früh wurde er als Trendbegriff bezeichnet, bei dem das Verhältnis von Inhalt und Umsetzung problematisch bleibt. Um etwas Klarheit in die Begrifflichkeit zu bringen, wird zwischen einem „weiten" und einem „engen" Verständnis von Gesundheitsförderung unterschieden.

Das weite Verständnis von Gesundheitsförderung

Im weiten Verständnis von Gesundheitsförderung zeigen sich Parallelen zur amerikanischen Praxis, nach der *alle* gesundheitsbezogenen Aktivitäten als Gesundheitsförderung bezeichnet werden. Auch in Deutschland wird der Begriff vielfach als eine Art Sammelbegriff verstanden. Gesundheitsförderung meint dann die unterschiedlichsten medizinischen, pädagogischen, psychologischen, sozialen und ökologischen Maßnahmen und schließt auch Prävention mit ein.

In diesem Zusammenhang lässt auch von einer „primordial orientierten Gesundheitserziehung" sprechen, eine Form der Gesundheitsförderung, die psycho-soziale Bedingungen berücksichtigt. Zudem steht hier nicht mehr die Krankheit und ihre medizinische Behandlung, sondern die Gesundheit selbst im Zentrum der Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 3.1 „Das Konzept der Salutogenese"). Es werden Fragen der Lebensqualität und des ganzheitlichen Wohlbefindens relevant, Gesundheitsförderung orientiert sich an positiven Gefühlen („Iss Obst, dann wirst du dich gut fühlen") und an den Lebensweisen der Menschen. Außerdem trägt sie der Tatsache Rechnung, dass Sachinformationen und Angsterzeugung nicht zu den gewünschten Verhaltensänderungen führten. Erfolgversprechender erscheint das Erkennen eines persönlichen Nutzens: Wer am besten nicht nur langfristig, sondern auch gegenwärtig einen Gewinn in verändertem Handeln erkennt, ist eher bereit, sich darauf einzulassen, weil ein positiver emotionaler Bezug zur Verhaltensänderung besteht. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass Wissen wirksam werden kann.

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen der methodischen Neuorientierung ist die verstärkte Berücksichtigung sozialer Bezüge. Im Kern jedoch orientiert sich die Gesundheitsförderung weiterhin an einem Defizitmodell und will normiertes gesundheitliches Verhalten durchsetzen. Die Wissensvermittlung und das Einüben neuer Verhaltensweisen haben weiterhin große Bedeutung, vor allem bei Themen wie Sucht, Ernährung, Rauchen, Bewegung, Stress oder Sexualität. Zusätzlich werden aber auch verstärkt Maßnahmen eingesetzt, die keine spezifischen Gesundheitsthemen zum Gegenstand haben. Beispiele aus der Praxis sind die Kampagne „Ohne Rauch geht´s auch" oder die Kampagne „Kinder stark machen" der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Letztere wird seit Jahren im Rahmen der Suchtprävention durchgeführt. Im Mittelpunkt steht jedoch nicht das Thema Sucht selbst, sondern die Stärkung des Selbstwertgefühls von Kindern und Jugendlichen. Ähnlich setzen auch Angebote für Erwachsene an. Ein Beispiel sind Entspannungskurse: Hier werden nicht Stress und Stressbewältigung, sondern die positive Wirkung von Entspannung und sozusagen der „Genuss" hervorgehoben und eingeübt.

Das enge Verständnis von Gesundheitsförderung

Das enge Verständnis von Gesundheitsförderung orientiert sich an dem von der Weltgesundheitsorganisation WHO initiierten interdisziplinären Gesundheitsförderungskonzept. Dieses Konzept wurde in der „Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung", kurz „Ottawa-Charta", erstmals beschrieben. In der Literatur wird mit diesem Gesundheitsförderungsansatz vielfach eine Abgrenzung zur traditionellen Gesundheitserziehung vorgenommen. (Näheres zum Konzept der Gesundheitsförderung der WHO siehe Abb. 1).

Die Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta gilt als zentrales Dokument der Gesundheitsförderung. Sie wird als Aufruf einer umfassenden Gesundheitsbewegung in der ganzen Welt verstanden, die sich von dem medizinischen Denken und der medizinischen Expertenkultur abgrenzt. Die Charta vertritt ein sozial-ökologisches Gesundheitskonzept, eine am Prozess und an der Person orientierte, positive und multidimensionale Vorstellung von Gesundheit.

Die zentrale Aussage und der emanzipatorische Ansatz werden bereits im ersten Satz der Ottawa-Charta deutlich: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“* (WHO 1986)

Bei der Umsetzung dieser Ziele berücksichtigt die Ottawa-Charta verschiedene Bereiche. Demnach wirkt Gesundheitsförderung im Idealfall als gesamtgesellschaftliches Konzept in fünf sogenannten Aktionsfeldern: Gesellschaft, Lebenswelt, Gruppe, Individuum, Gesundheitsdienste.

In Bezug auf den einzelnen Menschen kann hier von einer „modernen Gesundheitserziehung“ gesprochen werden. In der Ottawa-Charta heißt es auf der Ebene des Individuums unter dem Aspekt „Persönliche Kompetenzen entwickeln“: *„Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zu gute kommen. Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen, und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozeß muß sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden.“* (WHO 1986).

Die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten unterstützt demnach die selbstbestimmte Gestaltung der eigenen Gesundheit.

Umsetzung mit Setting-Ansatz

Die Umsetzung der Gesundheitsförderung erfolgt meist innerhalb einzelner Aktionsfelder. Gleichzeitig wird eine Verknüpfung der fünf Felder angestrebt. Hierzu wählte die WHO den Setting-Ansatz als übergeordnete Strategie. Der Setting-Ansatz hat zum Ziel, Strukturen zu beeinflussen und wird deshalb oft dem Ansatz individuenbezogener Verhaltensänderung gegenübergestellt.

Der wichtige Unterschied zu den bisherigen Ansätzen liegt darin, dass Interventionen das soziale System selbst verändern. Es geht darum, Gesundheitsförderung als Organisationsprinzip zu verankern und die Lebensbedingungen als Ganzes gesundheitsförderlicher zu gestalten. Meist bezieht sich der Setting-Ansatz auf größere soziale Einheiten, wie z. B. Kitas. In der Praxis werden unter Einbeziehung aller Angehörigen eines Settings Ressourcen für die Gesundheit entwickelt, sodass alle Beteiligten aus diesem Prozess gestärkt hervorgehen (Empowerment). Dabei werden für größere Settings struktur- und personenbezogene Methoden der Personal- und Organisationsentwicklung hervorgehoben.

Konzeptionelle Grundlagen

3

Charakteristika des Gesundheitsförderungsansatzes der WHO

1. Gesundheitsförderung liegt ein **subjektiv orientierter und ganzheitlicher Gesundheitsbegriff** und eine salutogenetische Perspektive zugrunde, mit der sie die Gesundheitsressourcen ins Zentrum rückt.

2. Sie will das Thema **Gesundheit zu einem gesamtgesellschaftlich entscheidungstragenden Kriterium** machen, das gleichberechtigt neben Kriterien wie z. B. Wirtschaftlichkeit und Rechtsförmigkeit steht.

3. Gesundheitsförderung ist ein **soziales und sozialpolitisches Konzept.** Sie stellt sozio-kulturell geprägte Lebensweisen der Menschen ins Zentrum. Sie zielt auf die Veränderung gesundheitsbeeinflussender Rahmenbedingungen und ist weniger am individuellen Verhalten orientiert.

4. Gesundheitsförderung ist ein **setting-bezogenes Konzept,** in dem die Lebensbedingungen der Menschen innerhalb spezifischer Lebensbereiche in den Blick genommen werden.

5. Das WHO-Konzept richtet sich nicht nur an Gesunde, sondern **an alle Menschen jeder Altersgruppe** in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen, ausdrücklich **auch an kranke und behinderte Menschen.**

6. Von zentralem Interesse ist dabei, die bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten zu reduzieren und die **gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern.**

7. Gesundheitsförderung beansprucht auf einer professionellen Ebene eine **Vielzahl an Berufsgruppen** aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich wie auch aus dem Politik-, Wirtschafts- und Umweltbereich.

8. Gesundheitsförderung ist ebenso ein Prozess, in den die Adressatinnen selbst aktiv einbezogen und zu selbstbestimmten Handeln befähigt werden. Zentralen Stellenwert nehmen die Prinzipien der **Partizipation** und des **Empowerment** ein.

9. Gesundheitsförderung verfolgt einen **demokratisch-emanzipatorischen Ansatz,** in dem die Selbstbestimmung über Gesundheit hervorgehoben wird.

3.2.3 Resümee

Die Ausführungen zeigen: Gesundheitserziehung hat von ihrem traditionellen bis zu ihrem heutigen Verständnis im Kontext der modernen Gesundheitsförderung einen grundlegenden Wandel vollzogen. Ohne den Wert der traditionellen oder vor allem der primordial orientierten Gesundheitserziehung zu leugnen, steht fest: Der Gesundheitsförderungsansatz hat die Forschung und Praxis der gesundheitlichen Versorgung positiv belebt.

Der Erfolg der modernen Gesundheitsförderung besteht darin, dass er die Bedeutung einer gesunden sozio-kulturellen und ökologischen Umwelt für die Gesundheit ins Bewusstsein rückt. Zudem lädt er zu einer aktiven Beteiligung ein. Das hier dokumentierte Projekt „Kitas fit für die Zukunft“ hat diesen Ansatz aufgegriffen.

Es soll hier abgeschlossen werden, wie begonnen wurde, und deshalb sei noch einmal darauf hingewiesen: In der Praxis lässt sich keine klare Trennungslinie zwischen traditioneller und primordialer Gesundheitserziehung sowie moderner Gesundheitsförderung ziehen. Gleichzeitig ist die Unterscheidung aber von zentraler Bedeutung. Erst wenn bekannt ist, was sich hinter welchem Ansatz verbirgt, können gesundheitsorientierte Angebote eingeordnet und beurteilt werden. Insofern ist die Unterscheidung der Ansätze auch für die Projektplanung bedeutsam.

3.3 Kindertagesstätten als Orte der Gesundheitsförderung

Kindertagesstätten sind zentrale Orte der Gesundheitsförderung, einfach weil eine Vielzahl von Kindern erreicht wird. Derzeit besuchen in der Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen ca. 86,4 % eine Kindertagesstätte (Lange & Schilling, 2007). Zudem werden nicht nur die Kinder, sondern auch ihre Familien erreicht – gerade auch die, die dem Gesundheits- und Bildungssystem eher fern stehen.

Kindertagesstätten unterstützen das gesunde Aufwachsen, indem sie Schutzfaktoren bieten. Diese sind im Einzelnen:

- Stärkung des Kindes in allen Belangen
- Förderung seiner Persönlichkeit
- Förderung des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens
- Förderung der sozialen und personalen Ressourcen
- Schaffung von Möglichkeiten des Erprobens, Lernens und der permanenten Entwicklung
- Schaffung eines Umfeldes, in dem die Kinder so sein können, wie sie sind. Sie sind dadurch temporär eventuell belastenden Lebenssituationen in der Familie und im sozialen Umfeld entzogen und können sich erholen.
- Stärkung und Entlastung der Eltern

Die positive Wirkung der Kindertagesstätten auf die Lebenslagen und auf die Gesundheit von Kindern und Familien ist unumstritten. Neben den genannten Effekten kümmert sich das pädagogische Personal auch konkret um die Gesundheit der ihm anvertrauten Kinder.

Von der Einzelmaßnahme zur Setting-Maßnahme

In den meisten Einrichtungen gehören Gesundheitserziehungsprogramme und Gesundheitsförderung zum pädagogischen Alltag. Projekte zu Themen wie Ernährung, Bewegung, Zahnpflege, Sprachförderung oder Sucht- und Gewaltprävention, werden von den Pädagog(inn)en von jeher durchgeführt, nicht erst seit Einführung der Bildungsempfehlungen. Oft sind es Einzelmaßnahmen, die zeitlich begrenzt durchgeführt werden. Sie eignen sich, um Gesundheitswissen und die Kompetenz des Einzelnen im gesundheitlichen Handeln zu erweitern.

Wird in einem gesundheitsförderlichen Prozess die Zielgruppe jedoch ausgeweitet, d. h. werden auch die Eltern, Erzieher/innen oder andere Personen beziehungsweise Einrichtungsvertreter/innen aus dem Umfeld der Kita mit einbezogen, so erhält das Vorhaben einen „Setting-Charakter“.

Der Setting-Ansatz entwickelte sich in den 1980er Jahren und ist mittlerweile eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung.

Der Erfolg des Setting-Ansatzes

Ein „Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen. Diese sind in der Regel der Arbeitsplatz, die Schule, der Wohnort, die Kindertagesstätte, die Hochschule. Es können aber auch Krankenhäuser und Gefängnisse sein. Diese Lebensbereiche können einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzten, gelten als besonders erfolgversprechend, denn:

- Verhaltensveränderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.
- In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter der aktiven Beteiligung aller Akteure verbessert werden.
- Die einrichtungsspezifischen Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und Ressourcen erschlossen, damit ein langfristiger Erfolg gesichert werden kann.
- Alle Akteure, Träger, Leiter/innen, das pädagogische Personal, das nichtpädagogische Personal, die Mädchen und Jungen und die Mütter und Väter können im Lebensumfeld Kindertagesstätte erreicht werden.

Im Gegensatz zu Schulen, ist das Setting „Kindertagesstätte“ ein bislang wenig entwickeltes Feld. Es liegen kaum Erfahrungen mit diesem Ansatz vor, obwohl Kindertagesstätten als erste Ebene des Bildungssystems eine besondere Stellung einnehmen und sogar als das Schlüssel-Setting für gesundheitliche Chancengleichheit gelten können. In den Einrichtungen kann am frühesten auf die gesundheitlichen Bedürfnisse von Kindern eingegangen werden.

Aber auch die Gesundheit des pädagogischen und nichtpädagogischen Personals wird beim Setting-Ansatz ins Zentrum der Betrachtung gerückt. Da Erzieher/innen eine Vorbildfunktion für die Kinder und deren Familien haben, ist es eine wichtige Aufgabe, die Qualität des Bildungs- und Betreuungsauftrages zu sichern und sich um die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu bemühen.

Aufgaben und Handlungsfelder im Setting „Kindertagesstätten“

Für das Bildungssystem Kindertagesstätten lassen sich – in Anlehnung an die Ottawa-Charta (siehe Kapitel 3.2) – fünf Ebenen aufzeigen, denen mögliche Handlungsfelder zugeordnet werden können.

Handlungsebene	Aufgaben und Ziele	Mögliche Handlungsfelder
Ebene des Individuums/ der Person	• Stärkung der Persönlichkeit • Erweiterung der Handlungskompetenz • Suchen, Erproben und Ermöglichen eines gesunden Lebensstils	• Förderung gesundheitlicher Kompetenzen, Körperpflege, Qualität von Ernährung, Bewegung und Kleidung, Schutz vor Erkrankungen und Verletzungen
Ebene der Gruppen	• Schaffung von Kooperationsformen und Arbeitsgemeinschaften • Teamentwicklungsprozesse • Befähigung, eigene Interessen zu verwirklichen	• Bereitschaft zur Teamarbeit • Gruppendruck und Widersprüche aushalten • Konflikte bewältigen • Probleme lösen • Eltern und Kinder an Planungen beteiligen
Ebene der Organisation	• Entwicklung eines gesunden Kita-Profils • Gestaltung der Einrichtung durch Kulturpflege und Organisationsentwicklung	• Instandhaltung der Räume, Qualität der Luft- und Lichtverhältnisse, Schutz vor Schadstoffen, angemessene Ausstattung, erwachsenengerechtes Mobiliar • Selbstorganisation stärken, Reflexion der eigenen Arbeit und des Arbeitsalltags
Ebene der Lebenswelt/ Umwelt	• Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten für Kindertagesstätten durch Öffnung, Vernetzung und Entwicklung von Ressourcen	• Kommunikation und Kooperation suchen und pflegen • Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Ressourcen des Stadtteils nutzen
Ebene der Gesellschaft und Politik	• Gesundheitsförderung und Kindertagesstätten in den Blickwinkel der Politik bringen	• Lobbyarbeit für Erzieher/innen, Kinder und Eltern • Eintreten für eine verstärkte Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten • Gesundheitsschutz und Ausbildung von Erzieher/innen verstärken

Quelle: A. Maasberg, Gesund in alle Lebenslagen, 2004,

Durch die Vielfalt von Handlungsoptionen bietet der Setting-Ansatz die Möglichkeit für eine ganzheitliche Betrachtung. Die wichtigste Neuerung dieses Ansatzes ist, dass die Wechselwirkungen zwischen Individuum, sozialem System sowie kulturellen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen einbezogen werden.

3.4 Der Bedarf ist da: Erhebungen zur Gesundheit von Kindern und Erzieher/innen

3.4.1 Studien zur Kindergesundheit

Wo liegt nun der konkrete Handlungsbedarf für Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten? In Bezug auf die Gesundheit der Kinder seinen hier exemplarisch die Ergebnisse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Robert-Koch-Institutes aufgeführt.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Eine Bestandsaufnahme der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) nennt als zentrale Gesundheitsprobleme im Kindesalter:

- Defizite in der motorischen Entwicklung, Koordinationsstörungen
- verzögerter Spracherwerb, Hörstörungen, Sehstörungen
- Adipositas und problematisches Essverhalten
- Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressivität
- Unfälle
- geringe Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen im Kindergartenalter
- geringe Impfbereitschaft *(BZgA, 2002, 22)*

Studie des Robert-Koch-Instituts

Die vom Robert-Koch-Institut von 2003 bis 2006 durchgeführte KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland kommt zu folgenden Ergebnissen:

Gesundheitliche Probleme können bereits in der frühen Kindheit angelegt werden. Besondere Risikogruppen sind Kinder aus sozial schwachen Familien und aus Familien mit Migrationshintergrund.

Außerdem kommt die Untersuchung zu dem Resultat: Chronische Erkrankungen wie Neurodermitis und Bronchitis gewinnen gegenüber akuten Erkrankungen zunehmend an Bedeutung. So leiden ca. 13 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen an Bronchitis, 13 % an Neurodermitis und 11 % an Heuschnupfen und Allergien. Auch psychische Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten sind keine Ausnahme mehr: Bei ca. 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen wurden Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten festgestellt. 15 % der Kinder haben Übergewicht, was mit einem Rückgang der motorischen Leistungsfähigkeit verbunden ist. Untersucht wurden 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren.

Die beschriebenen Probleme treten je nach Umfeld einer Einrichtung verstärkt auf. Die Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätten gaben an, dass sie die Veränderung der gesundheitlichen Situation im Alltag wahrnehmen. Dadurch sind Erzieher/innen mit besonderem Druck und hohen Anforderungen an ihre pädago-

gische Kompetenz konfrontiert. Sie müssen Verständnis für die unterschiedlichen familiären Situationen aufbringen und mit einer Vielzahl an Problemen zurechtkommen.

3.4.2 Studien zur Gesundheit der Erzieher/innen

Wie sehen die Anforderungen an das pädagogische Personal im Einzelnen aus? In welchen Bereichen entstehen welche Belastungen? Was empfinden die Mitarbeiter/innen selbst als besonders schwierig? Fragen, denen verschiedene Studien nachgingen. Sie kommen zu sehr ähnlichen bzw. sich ergänzenden Ergebnissen.

Die Anforderungen wachsen

Die Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft untersuchte 2007 die verschiedenen Anforderungen, denen Mitarbeiter/innen in Kindertagesstätten gerecht werden müssen. Das Ergebnis: Neben dem Bildung-, Erziehungs- und Betreuungsauftrag müssen die Mitarbeiter/innen immer mehr versuchen, familiäre Defizite auszugleichen. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren der Arbeitsaufwand durch Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben gestiegen. Außerdem beeinflussen Faktoren wie die räumliche und materiale Ausstattung, die Arbeitsteilung unter den Kolleg(inn)en und die Partizipationsmöglichkeiten das Ausmaß der gefühlten Arbeitsbelastung (Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft 2007).

Die vielfältigen Aufgaben der Erzieher/innen bringen auch eine Vielzahl an Belastungsfaktoren mit sich. Diese lassen sich laut R. Seibt in folgende Kategorien einteilen: Belastungen durch „Arbeitsaufgaben und organisatorische Bedingungen, soziale Bedingungen (...) gesellschaftlich-kulturelle Bedingungen (...) und Umweltbedingungen“ (Seibt, 2005, 12).

Das Zusammenwirken von Belastungsfaktoren

Vielen Studien ist zudem die Erkenntnis gemeinsam, dass letztlich nicht einzelne, prägnante Belastungen die Gesundheit am Arbeitsplatz beeinträchtigen. Ausschlaggebend ist vielmehr das Zusammenwirken einer Vielzahl von Belastungsfaktoren.

In einer Befragung durch die BKK Kassel nannten 223 Kasseler Erzieher/innen als wichtige gesundheitsbelastende Faktoren: ungünstige Körperhaltung (62,9 %), Lärm (49,3 %), die Betreuung schwieriger Kinder (48,9 %) und Stress (47,1 %) (BKK-BV = Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1996).

Welche Belastung am schwersten wiegt, wird allerdings unterschiedlich eingeschätzt: Laut einer Studie der Gesamthochschule Kassel wird Lärm als noch belastender empfunden als die ungünstige Körperhaltung (Buch/Frieling 2002).

Das Institut für Sozialforschung (ISO-Institut) Saarbrücken kommt außerdem zu dem Ergebnis, dass bei Erzieher/innen deutlich häufiger Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates auftreten, als beim Durchschnitt der Erwerbstätigen. Die Studie der Gesamthochschule Kassel weist insbesondere im Bereich der sitzenden Körperhaltung Handlungsbedarf aus.

Belastung durch strukturelle Rahmenbedingungen

Viele Stressoren sind strukturell und organisatorisch mit den Rahmenbedingungen der Kindertagesstätten verbunden (Khan, 2004; Thinschmidt, 2007). Auch ein ungünstiger Personalschlüssel und zu große Gruppen spielen eine wichtige Rolle. Hieraus resultieren Zeitmangel, fehlende Vor- und Nachbereitungszeiten, wenig Besprechungszeiten, keine Zeit für Elterngespräche (Thinschmidt et. al., 2005).

Diese Belastungen ziehen wiederum gesundheitliche Beschwerden und Probleme nach sich. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit sind nur einige davon. Etwa 8 bis 10 % der Mitarbeiter/innen weisen Symptome emotionaler Erschöpfung auf (Rudow, 2004, 2005).

Trotz der genannten Widrigkeiten geben die befragten Erzieher/innen eine hohe Arbeitszufriedenheit an – besonders in Bezug auf „Anforderungsvielfalt“, „Autonomie“, „Ganzheitlichkeit der Arbeit“ sowie „Feedback-Möglichkeiten“ (Berger et. al. 2002b; Fuchs-Rechlin, 2007; Rudow 2004, 2005). Auch die Unterstützung durch das Team wird positiv bewertet (Fuchs-Rechlin 2005).

Priorität: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die Ergebnisse der verschiedenen Studien stellen einen erheblichen Bedarf an Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für Erzieher/innen fest.

In der Praxis wird häufig versucht, durch Informationen und Trainings Verhaltensänderungen der Betroffenen zu bewirken und dadurch die Belastung zu reduzieren. Solche Maßnahmen sind jedoch weniger wirksam als Verhältnisänderungen, wie zum Beispiel Lärmabsenkung durch bauliche Veränderungen. Deutlich ist: Das seit 1996 geltende Arbeitsschutzgesetz wird in den Einrichtungen nur unzulänglich umgesetzt.

Die Studien sind sich einig: Gesundheitsförderung sollte am Arbeitsplatz der Erzieher/innen Priorität haben. Schon deshalb, weil Erzieher/innen eine wichtige Funktion bei der Gesundheitsförderung der Kinder und ihren Familien erfüllen. Als familienergänzende Einrichtungen können Kindertagesstätten neben den Kindern auch die Mütter und Väter erreichen. Dieses ist besonders wichtig, wenn die Eltern dem Bildungs- und Gesundheitswesen eher fern stehen. Wenn die Förderung der Gesundheit von Kindern langfristig wirken soll, ist es sinnvoll die Eltern in den Prozess einzubeziehen. Auch können Eltern den Prozess in der Kita positiv mitgestalten.

3.4.3 Handlungsfelder für konkrete Veränderungen

Gesundheitsförderung im Setting ist ein komplexer Ansatz. Wie beschrieben, setzen Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Arbeits- und Lebenswelt an. Die Veränderung der Verhältnisse, also der Organisation Kita, bewirken langfristig größere Erfolge als das Einwirken auf das Verhalten. Die Gesundheit aller am Kita-Alltag Beteiligten soll gestärkt werden – also sowohl die der Leitung, des pädagogischen und nicht pädagogischen Personals, der Mädchen und Jungen, der Mütter und Väter. Gleichzeitig ist es wichtig, Ressourcen aus dem sozialen Umfeld zu erschließen.

Daraus ergeben sich in der Kita folgende Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung:

- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Gesundheit der Mädchen und der Jungen
- Gesundheit der Mütter und Väter
- Erschließung des sozialen Umfelds

Im Einzelnen können die Maßnahmen und Projekte auf der Ebene der Organisationsentwicklung liegen und sich auf die folgenden Arbeitsbereiche beziehen:

- Gestaltung von Innen- und Außenräumen
- Ausstattung
- Lärmreduktion durch bauliche oder organisatorische Veränderungen
- Licht- und Farbgestaltung
- Arbeitsplatzorganisation
- Teamentwicklung
- Betriebsklima
- Elternkooperation
- Vernetzung
- Fortbildung

Handlungsfelder können auch in bestimmten Inhaltsbereichen definiert sein. Dazu zählen:

- Bewegung
- Ernährung
- Stressbewältigung
- Gesundheitsvorsorge (Körperhygiene, U-Untersuchungen, Impfverhalten)
- Gender
- Medien
- Zahngesundheit
- Sprachförderung
- Gefühle (z. B. Angst, Traurigkeit, Freude, Einsamkeit etc.)
- Soziales Lernen
- Umwelt

Die Handlungsfelder und Inhaltsbereiche lassen sich nicht trennen. Sie greifen stark ineinander, sodass Maßnahmen, die zum Beispiel die Organisation der Kita verbessern, auch in inhaltlichen Bereichen gesundheitsförderlich wirken können. Die obenstehende Auflistung kann als Anregung verstanden werden und soll das komplexe Bedingungsgefüge deutlich machen. Gleichzeitig zeigt es aber auch die vielfältigen Einstiegsmöglichkeiten für gesundheitsförderliche Maßnahmen.

Handlungsleitfaden

Nachdem im vorherigen Kapitel theoretische Grundlagen erläutert wurden, wendet sich Kapitel 4 nun der Praxis zu. Hier werden Methoden beschrieben, wie Projekte entwickelt und umgesetzt werden können. Es werden dabei auch ganz konkrete Materialen an die Hand gegeben, so dass Kitas hier vielleicht eine kleine Hilfestellung bei der Umsetzung eigener Ideen und Projekte bekommen können. In dem Projekt »Kitas fit für die Zukunft« war der Gesundheitszirkel das wesentliche Instrument bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Die verschiedenen Moderationsmethoden wurden hier angewendet und konnten den Kitas eine gute Orientierung auf ihren Weg geben.

4. 1 Projektmanagement: Von der Idee zum Projekt

Viele kennen das Problem: Immer wieder bringen Teams oder auch Einzelpersonen gute Ideen in den Kita-Alltag ein. Ideen, aus denen ein Projekt erwachsen könnte. Mit viel Elan und Kreativität werden die ersten Schritte in die Wege geleitet – aber dann verläuft das Vorhaben im Sande. Zeitdruck und der enorme Arbeitsanfall blockieren die weitere Arbeit am Projekt. Oft ist aus dem Kreise der Mitarbeiter/innen zu hören: „Oh, ein Projekt, das haben wir schon oft probiert."

So real die Hindernisse bei der Umsetzung interessanter Projekte sind – mit gutem Projektmanagement könnten viele bewältigt werden.

Als erstes gilt es, typische Fehler zu vermeiden, die das Vorhaben vorzeitig enden lassen:

- Der Zeitaufwand eines Projektes wird nicht realistisch eingeschätzt.
- Das Projekt passt nicht zur aktuellen Situation der Kindertagesstätte.
- Das Projekt findet keine eindeutige Zustimmung im Team.
- Es fehlt an klarer Kommunikation im Team über Planung, finanziellen Rahmen, Dauer und Zuständigkeiten.
- Es fehlt an der notwendigen Qualifikation.
- Zu viele Projekte laufen gleichzeitig.

Diese Fehler können umgangen werden, wenn ein Projekt systematisch und kompetent entwickelt und durchgeführt wird.

Fehler vermeiden durch kluges Management

Gut entwickelte und durchgeführte Projekte können einen großen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten leisten. Zudem tragen sie auch zur Organisationsentwicklung bei. Auch das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« wurde mit Methoden aus dem Projektmanagement durchgeführt.

Folgende Maßnahmen können Kindertagesstätten bei der Planung und Umsetzung von Projekten helfen:

- Entwicklungsvorhaben müssen so geplant werden, dass sie Aussicht auf Umsetzung und somit auf Erfolg haben.
- Die Projekte müssen überschaubar bleiben.
- Es gilt, den richtigen Zeitpunkt zu wählen und sich nicht mit einem zusätzlichen Projekt zu überfordern.
- Unterstützungsstrukturen müssen geschaffen werden – im Team, bei der Leitung, durch Kooperationspartner.

Auch die im Rahmen von »Kitas fit für die Zukunft« in den Kindertagesstätten initiierten Veränderungsprozesse wurden überwiegend mit Maßnahmen des Projektmanagements entwickelt.

Was ist ein gutes Projekt?

Wie werden Projekte zur Gesundheitsförderung im Setting Kindertagesstätten geplant und was ist in diesem Sinne überhaupt ein Projekt?

Ein Projekt ist ein Vorhaben, das durch bestimmte Faktoren gekennzeichnet ist. Hierzu gehört, dass es einmalig ist, und zwar in Bezug auf den zeitlichen Rahmen, die zeitliche Einbindung, den finanziellen Rahmen und auch die personellen Ressourcen. Routineaufgaben sind keine Projekte. Zudem erfordert ein Projekt eine Projektleitung und ist häufig mit personellen, sozialen, finanziellen, terminlichen und qualitativen Risiken verbunden. (Sabo 2003, S. 186)

Projekte nach dieser Definition haben – im Gegensatz zu Projekten, die in einzelnen Gruppen durchgeführt werden – die gesamte Organisation einer Kindertagesstätte im Blick.

Diese Projekte zeichnen sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Einmaligkeit
- eindeutige Aufgabenstellung und Zielformulierung
- definierter Anfang und Ende
- Definition von Teilaufgaben und Zuständigkeiten
- begrenzter Ressourceneinsatz
- Kooperationen zwischen verschieden Abteilungen und Vernetzungspartnern

Gerade eine klare Aufgabenformulierung kann für ein Projekt der Gesundheitsförderung erfolgsentscheidend sein. Formulierungen wie: „Wir wollen das Wohlbefinden für alle steigern“ kann ins Uferlose führen. Hier ist es sinnvoll, Teilziele zu bestimmen, wie z. B. eine Lärmreduzierung im Essensraum. In der Praxis bestätigt sich immer wieder der Grundsatz: Was genau definiert ist, ist auch planbar und umsetzbar.

Planbares Vorgehen bedeutet immer auch Kontrolle der Abläufe – sie ist ein wichtiger Aspekt jedes guten Projektmanagements.

Die Eingrenzung des Projekts

Für wen?

Für welche Zielgruppe in der Kita ist das Projekt gedacht? Für die Erzieher/innen, für die Kinder oder für die Eltern?

Wer?

Wer führt das Projekt durch? Die Mitarbeiter/innen oder die Leitung? Bewährt hat sich bei einer Entwicklung und Umsetzung von Projekten der Einsatz einer Projektgruppe oder eines Gesundheitszirkels.

Mit wem?

Wer kann Mitglied der Projektgruppe oder des Zirkels werden? Welche Kooperationspartner gehören zu dazu?

Was?

Was ist die Ausgangssituation? Was stört? Was belastet? Was soll verändert werden?

Wie?

Wie soll vorgegangen werden? Gibt es bereits gute Praxismodelle zur Orientierung? Oder müssen für die Kita eigene Maßnahmen entwickelt werden?

Wann?

Wann wird mit dem Projekt begonnen (Überforderung vermeiden), wann soll es beendet sein?

Die Projektleitung

Wer die Leitung eines Projektes übernimmt, muss über Fähigkeiten in der Planung, Koordinierung, Kontrolle und Dokumentation verfügen. Um ein Projekt zu entwickeln, den Ablauf zu kontrollieren und es auf seine Wirksamkeit hin zu überprüfen, ist ein hohes Maß an Kommunikation und Teamfähigkeit bei allen Beteiligten erforderlich. Die Leitung sollte außerdem zu Projektbeginn die zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen sichergestellt haben. Ebenso wichtig ist es, die gesamte Einrichtung und eventuell auch den Träger darüber zu informieren, dass ein gesundheitsförderliches Projekt entwickelt und umgesetzt wird. Fortlaufende Informationen über Projektstand und Erfolge bilden die Grundlage für Transparenz und Akzeptanz.

Die Projektplanung

Die besondere Herausforderung oder auch der besondere Reiz der Projektarbeit ist, dass in der Regel Neuland betreten wird. Auch bei der besten Planung ist es daher nicht immer klar, ob ein Projekt gelingt und zum Ziel führt. Um den Überblick zu behalten, haben sich „Meilensteinsitzungen“ als hilfreich herausgestellt: Nach jedem Teilschritt wird noch einmal ein Blick auf das Ganze geworfen um festzustellen, ob mit

den geplanten Mitteln und Ressourcen die Gesamtumsetzung des Projektes noch immer realistisch ist. Da das Setting „Kindertagesstätte“ relativ überschaubar ist, kann hier oft noch eingegriffen und umgesteuert werden, wenn das Projekt aus dem Ruder läuft.

Die Erfahrungen im Modellprojekt haben gezeigt, dass die personellen Ressourcen für eine übergreifende Projektarbeit nicht immer bereit gestellt werden können. Der Arbeitsalltag von Erzieher/innen ist in der Regel zeitlich sehr angespannt und die Haushaltslage lässt nur begrenzte finanzielle Ressourcen zu. Aber auch kleine, unaufwendige Projekt, die mit „Bordmitteln“ zu bewältigen sind, können sehr erfolgreich sein und die Motivation aller Beteiligten fördern.

Der Projektablauf

Für einen geplanten Projektablauf in der Gesundheitsförderung hat sich der sogenannte „Public Health Action Cycle“ oder auch „Aktionszyklus“ bewährt. Dieser Ansatz beschreibt ein geplantes Vorgehen in aufeinander abgestimmten Schritten. Er wird wie folgt durchgeführt:

1. Bestandserhebung/Ist-Analyse

In diesem ersten Schritt wird ermittelt, welche gesundheitsrelevanten Bereiche für alle zufriedenstellend sind, in welchen es Probleme gibt und wo eine Veränderung wichtig und am schnellsten umsetzbar ist. Hierbei ist zu untersuchen, ob an bestehende Maßnahmen angeknüpft werden kann und wie sich bereits gemachte Erfahrungen einbeziehen lassen. Instrumente und Methoden einer Bedarfserhebung können z. B. die Befragung von Mitarbeiter/innen, Gefährdungsanalysen oder Zukunftswerkstätten sein.

2. Formulierung der Entwicklungsbedarfe/Benennung von Zielen

Auf Grundlage der Bestandserhebung werden konkrete Ziele erarbeitet und formuliert. Je nach Kindertagesstätte, kann das Ziel auf Verhältnisänderung oder Verhaltensänderung gerichtet sein. Diesem Punkt sollte viel Zeit gewidmet werden, denn eine klare Zielformulierung ist für den weiteren Projektverlauf wesentlich. Dabei kann ein Ziel auch in mehrere Teilziele unterteilt werden.

3. Planung von Maßnahmen zur Zielerreichung

Bei der Planung hilft die möglichst genaue Beantwortung von Fragen wie diesen: Wie erreichen wir unsere Ziele? Welche Teilziele müssen eingehalten werden? Wer kann unterstützen? Mit welchen Methoden wollen wir arbeiten (z. B. Fortbildungen, bauliche Maßnahmen o. ä.)?

4. Durchführung der Maßnahmen

Für die Umsetzung geplanter Maßnahmen muss klar sein: Wer ist verantwortlich für welchen Teil der Umsetzung? Gibt es einen Zeitplan, bis wann bestimmte Maßnahmen umgesetzt werden sollten? Ist der Zeitplan realistisch oder muss er verändert werden? Wie sichern wir eine transparente Kommunikation zwischen Erzieher/innen, Kinder und Eltern? Welche Informationswege sind sinnvoll?

5. Überprüfung der Ziele und Dokumentation der Maßnahmen

Für eine abschließende Bewertung oder auch eine Zwischenbilanz eigenen sich folgende Fragen: Waren wir mit unseren Maßnahmen erfolgreich? Was hat sich verändert? Woran erkennt die Zielgruppe die Veränderungen? Was war schwierig? Was ging schief und warum? Wie dokumentieren wir das Projekt? Wie kann das Projekt innerhalb der Kindertagesstätte verstetigt werden? Wie können wir den Erfolg feiern und somit auch öffentlich machen?

Nach der Dokumentation und Evaluation ist das Projekt beendet. Nach einer Pause ist es jedoch auch möglich, auf Basis der Bestandserhebung einen weiteren Aktionszyklus mit einer neuen Aufgabe in Gang zu setzen und so den Prozess der Veränderung fortzuführen.

Projektgruppen und Gesundheitszirkel

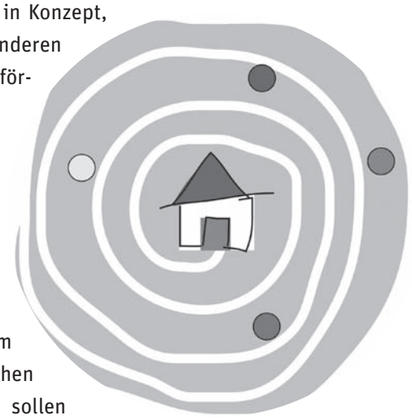
Bei der Durchführung von gesundheitsfördernden Projekten haben sich Projektgruppen und auch Gesundheitszirkel in den Einrichtungen als sehr hilfreich erwiesen. Die Ursachen des Erfolgs: Häufig sind die Maßnahmen, die nach dem beschriebenen Aktionszyklus bearbeitet werden, so vielschichtig, dass sie nicht von einer Person bewältigt werden können. Zudem lassen sich Veränderungen in Organisationen von Gruppen leichter herbeiführen als von Einzelnen. Und in Gruppen ist es auch leichter, verschiedene Lösungen für ein Problem zu entwickeln. Außerdem ziehen viele Mitarbeiter/innen das Arbeiten in Gruppen vor – gerade bei Hürden in der Umsetzung können Kolleg(inn)en motivierend wirken oder unterstützend eingreifen. Und: Ist eine ganze Gruppe mit eine Projekt befasst, muss es nicht unbedingt auf „Eis“ gelegt werden, wenn eine Person ausfällt.

4.2 Gesundheitszirkel: „Problemlösegruppen“ in Kindertagesstätten

Um Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Kindertagestätten zu initiieren und umzusetzen, haben sich Projektgruppen und Gesundheitszirkel bewährt. Auch im Projekt „Kitas fit für die Zukunft“ wurden Gesundheitszirkel eingerichtet und sie haben in allen Kitas kontinuierlich über zwei Jahre gearbeitet.

Wie arbeiten Gesundheitszirkel?

Gesundheitszirkel verstehen sich als temporäre betriebliche Problemlösegruppen für den Bereich Gesundheit im jeweiligen Setting. Entstanden sind sie etwa Mitte der 80er Jahre im Rahmen der Weiterentwicklung des Arbeitsschutzgesetzes. Die Gesundheitszirkel basieren in Konzept, Methode und Struktur auf Qualitätszirkeln, werden aber aus einer anderen Intension heraus gebildet: Ziel ist die Entwicklung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, um Belastungen abzubauen.



In einem Zirkel sollten möglichst Personen aus allen Bereichen des Betriebes bzw. der Einrichtung vertreten sein. Zur Problemlösung wird das Expertenwissen aller Beteiligten genutzt. Auf diese Weise wird die Partizipation der Menschen in einer Einrichtung sichergestellt.

Gesundheitszirkel setzen sowohl an den Verhältnissen als auch am Verhalten an. Das heißt: Zum einen sollen Lösungen für die betrieblichen Belastungsfaktoren (Verhältnisse) entwickelt werden, zum anderen sollen die Teilnehmer/innen Wissen und Kompetenzen erwerben, um selbst besser mit Belastungen und Stress umgehen zu können (Verhalten). Weiterhin wird versucht, den Beteiligten den Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und strukturellen Bedingungen zu verdeutlichen, womit eine Problemerkennung und -lösung erleichtert wird.

Gesundheitszirkel setzen sich in der Regel aus sechs bis zehn Mitgliedern zusammen. Die Teilnahme an diesem Gremium sollte freiwillig sein. Die Sitzungen finden in einem regelmäßigen Turnus statt, haben eine Dauer von 90 – 120 Minuten und werden moderiert. Die Zahl der Sitzungen kann, muss aber nicht, begrenzt werden. Gesundheitszirkel können Teil eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses sein. Als Ergebnis der Gruppenarbeit entstehen konkrete Lösungen, umsetzbare Maßnahmen und praxiswirksame Ergebnisse.

Moderation von Gesundheitszirkeln

Für den Erfolg eines Gesundheitszirkels ist die Moderation von zentraler Bedeutung. Moderator(inn)en können entweder von außen hinzugezogen werden (z. B. freiberufliche Moderator(inn)en) oder aus der Einrichtung selbst kommen. Externe Moderator(inn)en haben den Vorteil, dass sie nicht im Gruppengeschehen involviert sind.

Die Aufgaben einer (externen) Moderation sind im Einzelnen:

- Einladung der Gruppenmitglieder
- Einladung von zusätzlichen Expert(inn)en oder punktuell anderen Akteure der Kindertagesstätte
- Sicherstellung des organisatorisch/technischen Rahmens (Termine, Räume, Moderationsmaterial etc.)
- Leitung der Gesundheitszirkelsitzungen mit den Mitteln der teilnehmeraktivierenden Gesprächsführung
- Anwendung von Visualisierungs- und Moderationstechniken
- Ergebnissicherung der Sitzungen, Sicherstellung einer Ergebnisdokumentation (Protokoll)

Die Arbeit der Moderation erfordert dabei weniger Fachwissen über Arbeitsalltag und Arbeitsthemen, als vielmehr soziale und kommunikative Kompetenz. Hierzu gehören unter anderem: zuhören, strukturieren, hinterfragen, wertschätzend kommunizieren und positiv verstärken können. Auch die Fähigkeit, sich im richtigen Moment einzubringen oder zurückzunehmen und Verbindlichkeit in den Vereinbarungen herzustellen, sollte die moderierende Person mitbringen. Hinzu kommt das notwendige Beherrschen von Techniken zur systematischen Problemlösung und zur Aktivierung kreativer Potenziale.

Gesundheitszirkel im Kita-Alltag

Die oft knappen personellen Ressourcen und die an den Öffnungszeiten der Kindertagesstätten orientierten Arbeitszeiten gestalten es nicht immer leicht, einen regelmäßigen Termin für die gemeinsamen Sitzungen zu finden. Da es im Arbeitsfeld Kita keinen optimalen Zeitpunkt gibt, sollten Tage mit möglichst geringen Hürden gewählt werden. Bei kleinen Einrichtungen mit bis zu zwölf Beschäftigten bietet es sich an, alle Mitarbeiter/innen in die Planungsgruppe einzubeziehen. Es hat sich gezeigt, dass während der Arbeit in den Gesundheitszirkeln Prozesse angestoßen werden können, die zur Teamentwicklung beitragen. Eine Minderheit der Belegschaft von diesem Prozess auszuschließen, birgt die Gefahr, Konflikte in der Einrichtung auszulösen.

In größeren Einrichtungen sollte die Zusammensetzung des Gesundheitszirkels alle Bereiche abdecken und die persönlichen Interessen der Mitarbeiter/innen berücksichtigen.

Die Beteiligung von Kindern, Eltern und Träger

Auch Kinder und Eltern können am Gesundheitszirkel teilnehmen. Insbesondere dann, wenn es um die Entwicklung von konkreten Maßnahmen geht, die die Gesundheit der Kinder und ihrer Familien fördern sollen. Ein Modell dazu ist die sogenannte Kinderkonferenz, die bereits in vielen Einrichtungen regelmäßig stattfindet. Hier können verschiedene Themenfelder gemeinsam mit Kindern besprochen und verändert werden.

In zwei Modell-Kitas wurde das Projekt „Laut und leise“ mit den Kindern entwickelt: Kinder waren als Lärmdetektive in der Einrichtung unterwegs. Es wurden gemeinsam laute und leise Bereiche in der Einrichtung geschaffen und Ideen gesammelt, auf welche Weise die Ohren geschützt werden können. Viele Ideen wurden erfolgreich umgesetzt. In einer weiteren Kindertagesstätte eroberten Kinder ein Außengelände. Im Laufe des Projektes wurden sie zu „Planer/innen“ und „Architekt(inn)en“ ihres eigenen Umfelds.

Um einen dauerhaften Erfolg der Projekte und Maßnahmen zu gewährleisten, sollten übergeordnete Personen, wie Fachberater/innen und Vertreter/innen des Trägers in den Prozess der Veränderung einbezogen werden. Der Träger als Arbeitgeber übernimmt die gesetzliche Verantwortung für die Gesunderhaltung am Arbeitsplatz und muss eventuellen Investitionen zustimmen. Weiterhin ist eine Information des Trägers und der Fachberater/innen sinnvoll, weil Gesundheitszirkel Zeit für eine angemessen Bearbeitung von Problemen und Lösungsschritte benötigen, hierzu gehören die Gruppensitzungen sowie die Vor- und Nachbereitungszeiten.

Das A&O: gute Information

Für einen langfristigen Erfolg ist es entscheidend, alle Beteiligten im Kita-Alltag maximal in den Prozess einzubeziehen. So sollte in den Teambesprechungen über den Verlauf des Projektes informiert und das Protokoll der Gesundheitszirkelsitzungen an alle verteilt werden. In Einrichtungen, in denen es wenig gemeinsame Besprechungszeiten gibt oder sich die Dienstpläne überschneiden, kann die Arbeit des Gesundheitszirkels auf Informationstafeln publik gemacht werden. Eine andere Möglichkeit ist, dass nicht teilnehmende Kolleg(inn)en von Kolleg(inn)en aus dem Gesundheitszirkel gezielt informiert werden.

4.3 Veränderungen umsetzen: Von der Bedarfserhebung bis zur Evaluation

Wie im vorherigen Kapitel bereits beschrieben, kommt es bei der Projektplanung und Durchführung wesentlich darauf an, einen Weg mit aufeinander abgestimmten Schritten zu beschreiten. In den Unterabschnitten von Kapitel 4.3 werden konkrete Methoden zur Umsetzung dieser einzelnen Schritte vorgestellt.

Vorab jedoch eine Checkliste mit den wichtigsten Fragen zur Vorbereitung eines Projektes: →

1 . Bestandsaufnahme: Wie lässt sich die Ausgangslage in der Kita ermitteln?

- Welche Probleme gibt es?
- Welche Auswirkungen hat das jeweilige Problem für die verschiedenen Akteure in der Kita (Kinder, pädagogisches Personal, nicht pädagogisches Personal und Eltern)?
- Welche möglichen Ursachen spielen eine Rolle?
- Welche Bedeutung hat das Problem für Einzelne und Gruppen?
- In welchem Bereich sehen wir den dringendsten Handlungsbedarf und warum?

Zielsetzung: Wie können wir unsere Ziele bestimmen und festlegen?

- Wie sieht eine Zukunftsvision aus, in der das Problem behoben oder die Situation verbessert ist?
- Welche dieser Wünsche sind realisierbar?
- Welches ist das Leitziel?
- Welche Teilziele können formuliert werden?

Maßnahmenplanung: Wie können wir unsere Ziele erreichen?

- Welche Ideen für die Erreichung des Zieles gibt es?
- Was machen wir bereits und worauf können wir aufbauen?
- Welche Erfahrungen und Kompetenzen können genutzt werden?
- Wo können wir eventuell weitere Unterstützung bekommen?

Lösungen wählen: Für welchen Weg entscheiden wir uns?

- Welches Ziel ist unter Berücksichtigung finanzieller, zeitlicher und personeller Ressourcen umsetzbar?
- Welches ist für alle Beteiligten die beste Lösung?

Durchführung: Wie können Maßnahmen umgesetzt werden?

- Welche Teilschritte sind für die Umsetzung erforderlich?
- Wer übernimmt welche Aufgaben bis wann?

Auswertung: Wie überprüfen wir den Erfolg unserer Maßnahmen?

- Woran können wir merken, ob wir unsere Ziele erreicht haben?
- Wenn wir ein Ziel nicht erreicht haben: Was war der Grund? War das Ziel zu groß, passte es zeitlich nicht?
- Wie können wir dokumentieren, was wir erreicht haben?
- Wie können wir unsere positiven Veränderungen nachhaltig in der Kita verankern?

4.3.1 Bestandsaufnahme: Wie lässt sich die Ausgangslage in der Kita ermitteln?

Die Ermittlung der Ausgangslage – Ist-Analyse – ist der Grundstein für die gesundheitsförderliche Entwicklung einer Kita. Es ist sinnvoll, möglichst alle Akteure an dieser Erhebung zu beteiligen, um ein möglichst umfassendes Bild zu bekommen. Genauso wichtig ist es, für diesen ersten Schritt genügend Zeit einzuplanen.

Die Erhebung der Ausgangssituation kann mit Hilfe verschiedener Methoden erfolgen. Aktive Beteiligungsmöglichkeiten bieten z. B. die Zukunftswerkstatt, Befragungen von Mitarbeiter/innen und Eltern oder die Beteiligungsspirale. Auch eine Gefährdungsanalyse kann eine gute Grundlage bieten. Es gibt aber auch weniger aufwendige Methoden, wie die Kartenabfrage. Bei der Umsetzung sind immer Aufwand und Nutzen abzuwägen. Im Folgenden werden zwei Methoden näher erläutert.

Kartenabfrage – Visualisierungstechnik *(vgl. Liebald 1998)*

Anzahl der Teilnehmer/innen: bis 25
Zeitaufwand: ab 90 Minuten
Material: Pinnwände, Karten und Stifte für alle Teilnehmer/innen, Pinnwandnadeln

Durchführung:

1. Jede/r Teilnehmer/in bekommt einen Stift und mehrere Moderationskarten, die alle die gleiche Farbe haben sollten, damit nicht einzelne Karten aufgrund ihrer Farbe besonders hervortreten. Die/der Moderator/in schreibt an eine Pinnwand oder Wandzeitung die Leitfrage, zu der gearbeitet werden soll.

Themenorientiert: *Welche Themen beschäftigen uns besonders?*
Problemorientiert: *Welche Probleme haben wir?*

2. Die Teilnehmer/innen haben ca. 10 bis 15 Minuten Zeit, ihre Gedanken auf die Karten zu schreiben. Dabei beachten sie folgende Regeln: pro Karte nur ein Gedanke, pro Gedanke maximal drei Zeilen.

3. Anschließend erhält jede/r Gelegenheit, die eigenen Karten kurz zu erläutern und sie selbst oder durch die moderierende Person an die Pinnwand heften zu lassen. Dabei bietet es sich an, die Karten möglichst nach Sinneinheiten zu ordnen. Dies erleichtert die spätere Zusammenstellung der Kartengruppen. Die Zuordnung nach Sinneinheiten erfolgt durch Entscheidung der Gruppe. Der oder die Moderator/in kann diese Arbeitsphase durch Vorschläge unterstützen.

4. Nach dem Zusammentragen aller relevanten Karten nimmt die Gruppe durch Überprüfung der Sinneinheiten die endgültige Festlegung der Kartengruppen vor und findet gemeinsam für jede Kartengruppe eine Überschrift oder einen Oberbegriff.

Tipp

Sollten die Teilnehmer/innen sehr viele Karten geschrieben haben oder sollte nur wenig Zeit zur Verfügung stehen, bietet sich die Regel an, dass jede/r zunächst die wichtigsten drei Karten vorstellt. Nach dem Zusammentragen aller Karten in der ersten Runde erhalten die Teilnehmer/innen die Gelegenheit, in einer zweiten Runde jene Karten zu ergänzen, die ihnen zusätzlich besonders wichtig sind.

Themenspeicher und Punkteabfrage *(vgl. Seifert 1996)*

Diese Metaplantechnik ist eine einfache und effektive Visualisierungsmethode und gleichzeitig eine Weiterführung der Kartenabfrage. Sie dient dazu, eine schnelle Bestandsaufnahme zu aktuellen Themen aus der Sicht aller Beteiligten zu erstellen und Prioritäten zu setzen.

Anzahl der Teilnehmer/innen: 6 bis 12
Zeitaufwand: ca. zwei bis vier Stunden (je nach Personenzahl und Themenumfang)
Material: Pinnwände, Karten und Stifte für alle Teilnehmer/innen, Pinnwandnadeln, Klebepunkte.

Durchführung:

1. Bestimmung eines/einer Moderator/in
2. Sammlung der Themen per Kartenabfrage und Zusammenstellung der Karten nach Sinneinheiten
3. Thematische Kartengruppen endgültig festlegen, Oberbegriffe für Kartengruppen finden

Diese drei ersten Punkte werden nach der oben beschriebenen Kartenabfrage durchgeführt.

Themenspeicher zu den Oberbegriffen erstellen. Die Erstellung des Themenspeichers bedeutet, dass die Oberbegriffe samt der gesammelten Themen nach folgendem Schema zusammengestellt werden:

4. Rangfolge bzw. Prioritätensetzung vornehmen, z. B. per Punkteabfrage. Im nächsten Arbeitsschritt wird eine Rangfolge der Wichtigkeit der Themen erstellt. Dies kann per Abstimmung erfolgen oder über eine Punktabfrage, bei der die Teilnehmer/innen ihre favorisierten Themen durch Klebepunkte markieren.Möglich ist die Ein-Punkt-Abfrage, die sich bei wenigen Themennennungen anbietet, oder dann, wenn von allen eine eindeutige Entscheidung getroffen werden soll.
5. Das wichtigste Thema für die Präzisierung des Zieles festlegen. Auf der Basis der Punktabfrage wird das wichtigste Thema der Einrichtung festgelegt. Es bildet eine entscheidende Grundlage für die Zielentwicklung.

Nummer	Thema	Punkte	Rang
1	Außengelände	⊙⊙⊙⊙	3
2	Bewegung	⊙⊙⊙⊙⊙	2
3	Mobiliar	⊙⊙⊙	4
4	Lärm	⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙	1
.....			

Themenspeicher und Punkteabfrage

4.3.2 Zielsetzung: Wie können wir unsere Ziele bestimmen und festlegen?

Ohne eine genaue Zielformulierung lässt sich die Frage, ob Maßnahmen zur Gesundheitsförderung die Zielgruppe erreichen und zu den angestrebten Ergebnissen führen, nicht plausibel beantworten. Es reicht nicht aus anzunehmen, das eigene Vorgehen sei vermutlich sinnvoll, hilfreich und förderlich für alle. Entscheidend für die Steuerung und Evaluation von Projekten ist, genaue Maßnahmen- oder Projektziele zu formulieren, um anschließen prüfen zu können, ob und in welchem Grad die gesetzten Ziele in ein vorgegebenen Zeitraum erreicht wurden.

Überprüfbare Ziele müssen bestimmte Kriterien erfüllen: Sie müssen konkret, spezifisch und messbar sein. Gleichzeitig müssen sie realistisch sein, damit keine Überforderung entsteht und sich schnellst möglich Erfolge einstellen. Zur Anleitung und Orientierung bei der Zielformulierung sind die sogenannten S.M.A.R.T.- Kriterien besonders geeignet (s. u.).

Je genauer die Zieldiskussion in der Projektgruppe oder im Gesundheitszirkel geführt wird, je konkreter die Ziele formuliert werden, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass die angestrebten Ergebnisse auch erreicht werden. Zudem sind konkrete Zielvereinbarungen die Voraussetzung für die Ergebniskontrolle. Je klarer die Resultate benannt werden können, desto besser lässt sich die Wirksamkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen in der Evaluation belegen.

Bei der Gesundheitsförderung im Setting muss nachgewiesen werden können, dass sich Verhältnisse oder Verhalten positiv verändert und gesundheitsfördernde Aktivitäten zugenommen und/oder belastende Faktoren abgenommen haben. Ziele sind nur mit Beteiligung der Zielgruppen zu erreichen.

„Smarte“ Ziele finden (S. M. A. R. T.)

Bei der Formulierung der Zielsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen hat sich die S. M. A. R. T. – Regel als Instrument in der Praxis bewährt. Wer seine Ziele nach dieser Regel formuliert unterstützt ihre Erreichbarkeit. **S. M. A. R. T.** steht für:

S. = spezifisch, genau: Was und wie viel soll genau erreicht werden? Das »S« steht vielfach auch für „schriftlich festgehalten und präzisiert“.

M. = messbar: Welches sind die Messkriterien, an welchem Maßstab soll die Zielerreichung gemessen und kontrolliert werden?

A. = attraktiv: Ist das Ziel anspruchsvoll und erreichbar? Oftmals wird das „A“ auch mit „akzeptabel“ oder „aktiv beinflussbar“ gleichgesetzt. Das bedeutet: Die Ziele sind für einen Einzelnen oder für eine Einrichtung sinnvoll und können umgesetzt werden.

R. = realistisch: Ist das gesteckte Ziel unter Berücksichtigung der gegebenen Umstände und der vorhandenen Ressourcen erreichbar?

T. = terminiert: Ist eine Frist gesetzt, innerhalb derer das genannte Ziel erreicht werden soll? Bieten sich zum Erreichen des Zieles überschaubare und terminierte Zwischenziele an?

Die Zielbaum-Methode *(vgl. Liebald 1998)*

Mit der Zielbaum-Methode lässt sich eine Feinabstimmung der Ziele einer Organisation bzw. Einrichtung vornehmen. Sie geht dabei von der Vision aus, die in Form eines Baums abgebildet ist. Der Baum ist gegliedert in Richtziele (Stamm), Grobziele (Äste) und Feinziele (Zweige). Zusätzlich können von der Ebene der Feinziele die Aufgaben (Blätter) einzelner Mitarbeiter/innen bzw. Abteilungen abgeleitet werden.

Dieses streng systematische und recht aufwendige Verfahren kann zur Präzisierung übergeordneter Ziele eingesetzt werden. Es eignet sich zudem zur Leitbildentwicklung einer Einrichtung einschließlich der schrittweisen Operationalisierung bis auf die Aufgabenebene.

Auf der Aufgabenebene ist die Methode hilfreich bei der zielorientierten Arbeitsplanung, denn sie setzt geplante Arbeitsvorhaben zu den jeweiligen Zielen in Beziehung und erleichtert die Prioritätensetzung.

Vorteil dieser Methode ist, dass das komplexe Geflecht aller Zielebenen durchschaubar wird. So können die einzelnen Mitarbeiter/innen nachvollziehen, in welcher Weise ihre Aufgaben mit den übergreifenden Zielen bzw. der Leitidee ihrer Einrichtung zusammenhängen. Dies wirkt sich in der Regel positiv auf das Zugehörigkeitsgefühl und die Motivation der Mitarbeiter/innen aus.

Anzahl der Teilnehmer/innen: alle an der Umsetzung Beteiligten
Zeitaufwand: je nach Umfang der Ziele und Anzahl der Mitarbeiter/innen ein oder mehrere Tage
Material: Visualisierungsmaterial (Pinnwände, Karten, Nadeln, Stifte, Klebepunkte)

Durchführung:

1. Vorstellung der Methode, Erläuterung der einzelnen Zielebenen
2. Entwicklung eines Leitbildes
3. Ableitung der einzelnen Zielebenen: Richt-, Grob- und Feinziele
4. Wenn gewünscht: Ableitung der Aufgabenbereiche
5. Auswahl der zu bearbeitenden Ziele

Da diese Methode ziemlich komplex ist werden hier eine Begriffe erläutert, damit bei der Vorstellung und Einhaltung von Arbeitschritten nicht zu viel Verwirrung geschieht.

1. Entwicklung eines Leitbildes

Diese visionäre, zukunftsorientierte Ebene beschreibt das einigende Vorgehen aller Mitarbeiter/innen. Es ist in der Regel abstrakt und nicht direkt erreichbar, daher erfolgt eine Konkretisierung nach verschiedenen Zielkategorien.

2. Ableitung der Zielebenen

Richtziele: Diese geben die Zukunftsziele an, auf die langfristig hingewirkt werden soll.

Grobziele: Auf dieser Konkretisierungsebene werden von den Richtzielen Schwerpunkte/Tätigkeitsbereiche abgeleitet, in denen die Organisation/Einrichtung aktiv sein will bzw. bereits ist. Formulierungshilfe: Unsere Kita organisiert … bietet an … betreibt … unterstützt … vernetzt …

Feinziele: Auf dieser Ebene erfolgt eine konkrete Auflistung von Aktivitäten, Angeboten usw., die unmittelbar oder in naher Zukunft angestrebt werden.

3. Ableitung der Aufgabenbereiche

Von den Feinzielen können konkrete Aufgaben abgeleitet werden. Eventuell können hier bereits Zuständigkeiten festgelegt werden.

4. Auswahl der zu bearbeitenden Ziele

Per Punktabfrage wird das wichtigste Ziel gefunden und weiter präzisiert.

4.3.3 Maßnahmenplanung: Wie können wir unsere Ziele erreichen?

Um zu einer passenden und erfolgreichen Strategie zu kommen, ist es nicht sinnvoll, sich vorschnell auf eine mögliche Variante festzulegen. Besser ist es, verschiedene Lösungen zu erarbeiten. Dabei kann man auf Informationen aus bereits gefundenen Lösungen zurückgreifen oder ganz neue Varianten entwickeln.

Welche Lösungen sind bereits bekannt? Welche Erfahrungen stehen zur Verfügung? Wie wurde mit Hürden umgegangen? Jede Kindertagesstätte arbeitet unter anderen Rahmenbedingungen, deshalb gibt es meistens nicht die Lösung. Oft sind es zudem die kleinen Problemlösungen, die im Alltag greifen und besonders effektiv sind.

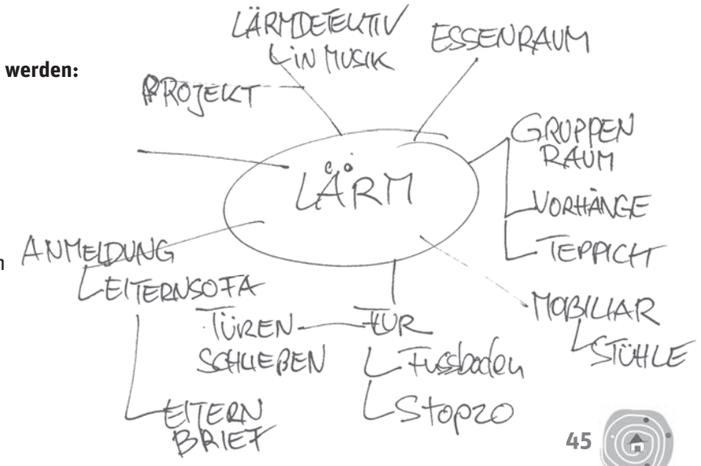
Auch zur Erarbeitung von Lösungen seien zwei mögliche Strategien vorgestellt:

Mindmapping

Gedanken, Ideen, Informationen und Problemstellungen aller Art können mit Mindmapping bearbeitet werden. Diese Methode hilft, eine vollständige Übersicht über Aufgaben, Themenzusammenhänge und beteiligte Personen zu gewinnen. Sie ist ein gutes Hilfsmittel, um Umsetzungsstrategien zu entwickeln, nächste Schritte einzuleiten und Schwerpunkte zu setzen. Mindmaps sind nichts anderes als organisierte und methodisch strukturierte Schlüsselworte. Bei dieser Methode sind alle Ideen und Gedankenblitze erlaubt.

Mindmaps können unter anderem eingesetzt werden:

- für die Entwicklung eines Projektes
- zur Protokollierung einer Sitzung
- zum Festhalten von Ideen
- als Gerüst für Reden
- für das Vorgehen bei Problemlösungen



Vorteile von Mindmaps:

- sie verschaffen einen Überblick
- sie fördern verborgene Idee
- sie helfen, Lösungen zu entwickeln
- sie lassen sich immer weiter entwickeln
- sie regen die Kreativität an

Brainstorming

Auch das Brainstorming eignet sich gut für das Finden von Lösungen. Es ist eine Methode der Ideensammlung, bei der nicht gefragt wird, ob etwas möglich ist oder nicht. Beim Brainstorming werden alle Ideen aller beteiligten Personen aufgeschrieben – zunächst völlig ohne Bewertung. Jede Idee ist erlaubt und willkommen. Ziel ist es, durch das „Stürmen im Gehirn“ den Gedanken freien Lauf zu lassen, die Kreativität anzuregen und auf diese Weise neue Impulse zu gewinnen. Erst nach Beendigung der zeitlich festgelegten Brainstormingphase dürfen die gesammelten Ideen überprüft und sortiert werden.

Brainstorming eignet sich für verschiedene Projektphasen: in der Planungsphase zum Sammeln von Ideen und Vorschlägen, in der Durchführungsphase, wenn ein Projekt ins Stocken gerät und neue Ideen neuen Schwung bringen sollen, in der Abschlussphase für das Gestalten der letzten Aktionen.

Probleme definieren und Lösungsschritte entwickeln

Welche Probleme gibt es?	Welche Gründe gibt es darfür?	Welche Lösungen sind möglich?	Was hemmt deren Umsetzung?	Was kann die Umsetzung fördern?	Welche sollen angegangen werden?

4.3.4 Lösung wählen: Für welchen Weg entscheiden wir uns?

Sind verschiedenen Lösungsmöglichkeiten entwickelt, muss eine Entscheidung getroffen werden. Das folgende Vorgehen kann hierbei hilfreich sein:

Methode: Prioritäten setzen

Dieses Verfahren hilft, eine Bewertung der möglichen Lösungen vorzunehmen und sich nicht in zeitaufwendigem Aktionismus zu verlieren.

Anzahl der Teilnehmer/innen: alle Beteiligten
Zeitaufwand: ca. 60 Minuten
Material: Stellwände, Filzstifte, Klebepunkte, Karten

Durchführung:

Auf einer Pinnwand wird ein Raster gezeichnet mit den Begriffen: Wichtigkeit, Dringlichkeit und Lösbarkeit. Alle Lösungsmöglichkeiten sind auf diese Begrifflichkeiten zu prüfen und einzuordnen.

Jede/r Mitarbeiter/in bekommt Klebepunkte, um ihre favorisierte Lösung zu bewerten. Je nach Punktezahl kann eine Rangordnung der Lösungen oder der Lösungsschritte vorgenommen werden.

Gerade zu Beginn eines Projekts sollten Lösungen gewählt werden, die schnell umzusetzen sind und die dringendsten Probleme beheben können.

Lösungen/Maßnhamen	Wichtig	Dringlich	Lösbarkeit
Thema Lärm			
Hausglocke		⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙	⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙
Räder der Teewagen		⊙⊙⊙⊙⊙	
Deckenabhängen	⊙⊙		
Essenraumgestaltung	⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙⊙		
Anmeldung	⊙⊙⊙⊙⊙		⊙⊙⊙⊙
.....			

4.3.5 Durchführung: Wie können Maßnahmen umgesetzt werden?

Um zu einer Umsetzung zu kommen, ist die Klärung der Vorgehensweise wichtig. Dazu gehört: Alle erforderlichen Einzelschritte planen, anordnen und durchführen, die für die Veränderung nötig sind. Es muss festgelegt werden, wer, was, wie, mit wem, bis wann durchführt. Hilfreich kann ein Umsetzungsplan sein, der allen Beteiligten und auch Dritten ermöglicht, die Schritte nachzuvollziehen.

Tätigkeit	Wer?	Mit wem?	Bis wann?	Bemerkung
Hausglocke				
Gummiräder Teewagen				
.....				

Erläuterungen zur Tabelle

Tätigkeiten: Hier werden die kleinschrittigen Tätigkeiten aufgeführt, die für das Gesamtvorhaben wichtig sind. Die Tätigkeiten sollten realistisch, konkret und nachvollziehbar sein.

Wer? Hier sollten nur wirklich anwesende Personen stehen. Findet sich in der Gruppe niemand, der oder die die Kompetenz für eine gewünschte Tätigkeit hat, muss sich zumindest eine Person finden, die die „Patenschaft“ für das Vorhaben übernimmt. Er/sie kann sie dann weitergeben, behält aber die Verantwortung.

Mit wem? Hier können Kooperationspartner mit aufgeführt werden.

Bis wann? Diese Spalte sollte eine realistische Zeiteinschätzung enthalten und nicht weiter als drei Monate in die Zukunft reichen. Sollte für ein Vorhaben mehr Zeit benötigt werden, kann man es in kleinere Schritte unterteilen, die in einer kürzeren Zeit zu bewältigen sind.

Bemerkung: Alles, was zusätzlich zu erledigen ist, kann hier vermerkt werden. Ob der Träger informiert worden ist, ob die Eltern von einem Vorhaben wissen u.v.m.

Wichtig!

Meilensteinsitzungen erleichtern die Steuerung

Für eine optimale Projektsteuerung sollte die Durchführungsphase längerer Projekte in Etappen eingeteilt werden. Meilensteine sind Haltepunkte in der Durchführungsphase, an denen rückblickend der bisherige Verlauf des Projektes überprüft wird, vorhandene Probleme besprochen werden und vorausblickend die Feinplanung der folgenden Etappe erfolgt. Es empfiehlt sich, die Meilensteine regelmäßig auf die Durchführungsphase des Projektes zu verteilen.

Für jeden Meilenstein können bereits in der Grobplanungsphase einige wichtige Zwischenziele formuliert werden, die alle zusammen chronologisch der Erreichung der Projektziele dienen. Die Zwischenziele der ersten Etappe werden in der anschließenden Feinplanung ergänzt und präzisiert.

Wenn ein Projekt zeitlich gegliedert ist und Meilensteine als regelmäßige Haltepunkte gesetzt sind, kann ein Projekt systematisch gesteuert werden. Auch auf Veränderung lässt sich schneller reagieren und eine Fehlplanung rechtzeitig korrigieren.

4.3.6 Auswertung: Wie überprüfen wir den Erfolg unserer Maßnahmen?

Um die durchgeführten Maßnahmen auswerten zu können, ist ein Vergleich der aktuellen Ist-Analyse mit dem festgelegten Sollzustand erforderlich. Dabei sind Fragen zur Zufriedenheit aller Beteiligten und zur Überprüfung der festgelegten Ziele hilfreich.

Um die Ziele für die Zukunft abzusichern, muss überprüft werden, ob sie durch die gewählte Lösung dauerhaft erreicht werden können bzw. was zur Absicherung der Ergebnisse noch getan werden kann.

Sinnvolle Fragebögen *(vgl. www.quint-essenz.ch)*

Im Rahmen der Selbstevaluation können Fragebögen entwickelt werden, die einmal zu Beginn des Projektes ausgegeben werden und ein weiteres Mal nach Beendigung. Es können die Mitarbeiter/innen, aber auch die Eltern befragt werden.

Fragebögen sind schriftliche Erhebung, die in der Regel ohne direkten persönlichen Kontakt stattfinden.

Bei der Entwicklung eines Fragebogens sollten einige Regeln in Bezug auf den Aufbau beachtet werden:

- Er sollte kurz und präzise formuliert sein (1 – 3 Seiten).
- Die Fragen müssen verständlich gestellt sein, bei geschlossenen Fragen müssen die Antwortvorgaben zielgruppengerecht sein.
- In jeder Frage kann nur ein Sachverhalt behandelt werden.
- Bei geschlossenen Fragen mit Alternativvorschlägen sollte darauf geachtet werden, dass eine zusätzliche Kategorie angeboten wird, die eine andere Antwort als die vorgegebenen zulässt. Beispiel: „Sonstiges“, „Trifft alles nicht zu, weil…“, „Weiß nicht“.

Erfolgreich sind Maßnahmen immer dann, wenn sie im Alltag der Kindertagesstätte greifen und den Arbeit- und Lebensort für alle gesundheitsförderlicher gestalten. Jede Maßnahme, die entwickelt wurde, kann hierzu ein Beitrag sein. Ob eine Maßnahme erfolgreich war, müssen alle Beteiligten beurteilen. Die Evaluation hilft, die eigenen Arbeit zu bewerten, Erfolge zu erkennen und wichtige Erkenntnisse für zukünftige Projekte zu gewinnen.

4.3.7 Schlusswort: Hilfreiche Tipps

Planung ist alles – denn ohne Plan läuft gar nichts!

Jede Kindertagesstätte legt selbst fest, welche Themen und Arbeitsbereiche bearbeitet werden sollen. In einem Projektplan werden Ziele festgeschrieben. Sinnvoll ist es, diese Ziele in Teilziele zu untergliedern, die Verantwortlichkeiten, einen Zeitrahmen, den Finanzbedarf und eventuell auch die Evaluationsmaßnahmen aufzuführen.

Dieser Plan sollte möglichst allen Beteiligen und Akteuren in der Kindertagesstätte bekannt gemacht werden. Er sollte immer wieder überprüft, ergänzt und gegebenenfalls angepasst werden. Ein paar hilfreiche Tipps zur Planung:

Weniger ist manchmal mehr

Bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung kommt es weniger darauf an, große Projekte

und Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Vielmehr ist es das Ziel, möglichst wenige „Baustellen“ zur gleichen Zeit aufzumachen und sich kleine Schritte in der Umsetzung vorzunehmen. Diese können dann so bearbeitet werden, dass sich niemand überfordert fühlt. Das Prinzip „step by step“ hat sich bewährt!

Die Projekte müssen zur Kita passen

Bei der Planung von gesundheitsfördernden Projekten ist eine wichtige Frage: “Passt diese Maßnahme zum jetzigen Zeitpunkt zu unserer Einrichtung und zu unseren Bedürfnissen?“ Nicht immer stimmen Vorhaben und Zeitpunkt überein. In Stresszeiten, wie z. B. der Weihnachtszeit oder während der Neuaufnahme von Kindern, können zusätzliche Projekte noch mehr Stress bedeuten und dieses würde einem gesundheitsfördernden Prozess zuwiderlaufen.

Aller Anfang kann schwer sein

Anfangs können manche Mitarbeiter/innen der Kindertagesstätten einen erhöhten Arbeitsdruck empfinden. Der Druck lässt jedoch nach, wenn die ersten Strukturen, wie Planungsgruppe, Informationssysteme etc. aufgebaut sind und deutlich wird: Es geht voran und die ersten Maßnahmen wurden erfolgreich umgesetzt. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter/innen erleben, dass sie das Tempo selbst bestimmen können.

Nicht immer läuft es wie geschmiert

Während des Prozesses kann es immer wieder zu „zähen“ Phasen kommen und es kann für die Mitarbeiter/innen so aussehen, als ob das Projekt nicht vorankommt. Mit Hilfe externer Unterstützung können die Ursachen hierfür analysiert und Lösungen entwickelt werden, die eventuelle Blockaden beseitigen.

Erfolge müssen gefeiert werden

Zu einem gelungenen Gesundheitsförderungsprozess gehört, sich und seine Arbeit nach Abschluss eines Teilprojektes zu feiern. Dies ist eine Möglichkeit, die Erfolge in der Planungsgruppe deutlich zu machen und eventuellen Skeptiker/innen zu zeigen, was Gesundheitsförderung in der Kita bewirken kann. Zudem drückt eine Feier auch die Wertschätzung der gemeinsamen Arbeit aus.

Nebeneffekte sind wichtig

Veränderungen geschehen oft „nebenbei“ – deshalb lohnt es sich aufmerksam zu bleiben, um wichtige Erfolge nicht zu übersehen. So können im Gesundheitszirkel beispielsweise verschiedene Bedarfe im Bereich der Arbeitsplatzgestaltung erhoben, Lösungen entwickelt und umgesetzt werden. Der Nebeneffekt: Durch die Zusammenarbeit oder die neue Gestaltung des Arbeitsplatzes kann sich das Teamklima spürbar verbessern und ein „Wir-Gefühl“ entstehen. Ein schöner Erfolg!

Häufig gestellte Fragen

Häufig sind es dieselben Fragen, die sich Mitarbeiter/innen im Laufe der Projektarbeit stellen. Hier sind einige davon – mit kurzen Antworten.

Können wir überhaupt etwas erreichen, wenn wir kleine Schritte geht?

Ja, jede Aktivität, die ein Ziel verfolgt, bewirkt etwas. Selbst wenn ein Ziel einmal nicht sofort erreicht wird: Möglicherweise regt die eigene Arbeit andere an, sie kommen auf eigene Ideen, etwas zu verbessern.

Wie kommen wir zu Lösungsideen?

Die Erfahrung zeigt: Eine Gruppe von Menschen findet eher zu guten Lösungen als einzelne Personen. In einer Gruppe kommen verschiedene Perspektiven zusammen und jede/r verfügt über anderes Hintergrundwissen, das für die Problemlösung nützlich sein kann.

Viele Beispiele haben gezeigt, dass alle Beteiligten kreative und auch sehr pragmatische Lösungsideen haben und gerne bereit sind, bei der Umsetzung mitzuwirken.

Wie überprüfen wir, ob wir das Richtige tun?

Grundsätzlich erkennt man die Richtigkeit seines Tuns daran, dass es mehrere Personen gibt, die etwas verändern wollen und sich auf eine Vorgehensweise verständigen. Fehler sind dabei nicht ausgeschlossen und dürfen auch sein. Denn gerade aus Fehlern kann man lernen und sie lassen sich in der Regel korrigieren.

Jedes Projekt ist ein Experiment. Die Ergebnisse werden zeigen, ob es erfolgreich war. Wichtig ist, immer das Ziel im Auge zu behalten.

Wie stellen wir ein gutes Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen her?

Jede Aktivität bindet Arbeitskraft. Die/der Einzelne hat nur begrenzte Möglichkeiten. In einem Gesundheitszirkel oder in einer Projektgruppe können die Aktivitäten auf mehrere Schultern verteilt werden.

Wenn der Gesundheitszirkel weitere Unterstützung bei der Umsetzung benötigt, können vielleicht auch Eltern oder andere Akteure aus dem Stadtteil behilflich sein.

Immer ist zu bedenken: Utopien und zu große Projekte brauchen Zeit und oft auch Geld und können nur mit großen Ressourcen bewältigt werden.

Lassen sich bestehende Aktivitäten der Kindertagestätte in ein Projekt der Gesundheitsförderung integrieren?

Gesundheitsförderung ist ein breites Feld. Viele Aktivitäten, die in Kindertagesstätten bereits stattfinden, lassen sich in dieses Schwerpunktthema integrieren. Welche Projekte gut zu integrieren sind, hat auch mit der Frage zu tun, ob sie zum Bildungs- und Betreuungsauftrag der Kita passen.

Qualität in der Gesundheitsförderung

Am Anfang des Leitfadens wurde die Frage aufgegriffen, was unter Gesundheitsförderung zu verstehen ist. Diese soll hier erweitert werden durch die Frage: „Was kennzeichnet gute Gesundheitsförderung?“ und: „Wie lässt sich Gesundheitsförderung sichern?“

In der Qualitätsdiskussion zur Gesundheitsförderung gibt es hierzu keine eindeutige Meinung, da der Setting-Ansatz schwer zu evaluieren ist. Die Gründe:

- Die Maßnahmen sind in jeder Organisation anders, weil die Ausgangslagen und Ziele andere und immer komplexer Natur sind.
- Kontrollierte Bedingungen sind kaum realisierbar, da jedes Setting „lebt“ und sich auch von sich aus ändert.
- Gesundheitsförderung bildet keinen linearen und kurzfristig umzusetzenden Prozess ab, sondern entfaltet ihre Wirkung in der Regel nur über größere Zeiträume.

Dennoch gibt es verschiedene Instrumente der Qualitätsentwicklung und -sicherung, die in der Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung Verbreitung gefunden haben. Sie sollen hier exemplarisch vorgestellt werden. In den folgenden Ausführungen werden dazu die Darstellungen verschiedener Projektwebsites genutzt.

5.1 Qualitätskriterium: „Good Practice“ *(www.gesundheitliche-chancengleichheit.de)*

Die Orientierung an „Guter Praxis“ (in der Fachwelt: „Good-Practice“) ist der am weitesten verbreitete Ansatz der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung. Dieser Ansatz meint die Orientierung an Erfahrungen mit nachahmenswerter Praxis, die sich durch definierte „Good-Practice-Kriterien“ auszeichnet. Diese Kriterien werden abgeleitet von Projekten der Gesundheitsförderung, die in verschiedenen Bereichen herausragende Arbeit leisten. Vorhandene positive Potenziale und bewährte Lösungen werden erschlossen und anderen zur Nachahmung empfohlen.

In der „Good-Practice“-Diskussion spielt der Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Vereins Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. eine Rolle. Der Verbund hat zum Ziel, den Prozess der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung durch die Vorstellung guter Praxisbeispiele zu unterstützen, die von Wissenschaftler/innen und Praktiker/innen der Gesundheitsförderung anerkannten Kriterien genügen.

Die Kriterien beziehen sich auf das umfassende Konzept von Gesundheitsförderung der WHO, das die Stärkung von Gesundheitsressourcen auf allen Ebenen anstrebt. Zudem sollen die Menschen befähigt werden, die Bedingungen ihrer Gesundheit zu kontrollieren und diese dadurch zu verbessern (vgl. Kapitel 3.2). Zentral ist dabei der **Setting-Ansatz,** der die Stärkung der individuellen Ressourcen mit der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten verbindet.

Qualität in der Gesundheitsförderung

5

Die Good-Practice-Kriterien sollen im Folgenden näher beschrieben werden. Vorab sei bemerkt: Auch wenn sie sich vor allem auf die Gesundheitsförderung für sozial Benachteiligte beziehen, sind sie übertragbar. In der Praxis geht es nicht darum, alle Kriterien zu erfüllen, was erfahrungsgemäß nur selten und schwer möglich ist. Bei der Planung von Projekten sollten sie jedoch möglichst umfassend in den Blick genommen werden.

Die Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung

1. Konzeption und Selbstverständnis

Es liegt eine Konzeption vor, aus der eindeutig der Zusammenhang zur Gesundheitsförderung und/oder Prävention hervorgeht und die auf einer klaren Formulierung von Zielen basiert, bei denen die Reduzierung sozialer Ungleichheit angestrebt wird.

2. Zielgruppe

Die **Zielgruppe** der sozial Benachteiligten ist präzise eingegrenzt und beschrieben.

3. Innovation und Nachhaltigkeit

Das Projekt hat **innovativen Charakter** und erprobt neue Wege bei der Problemlösung. Darüber hinaus strebt es die längerfristige Fortführung und strukturelle Verankerung erfolgreicher Projektkomponenten an.

4. Multiplikatorenkonzept

Es liegt ein Konzept vor, das Multiplikator(inn)en (externe Personen, Gruppen und Institutionen, Personen aus den Zielgruppen) systematisch einbindet und ggf. qualifiziert.

5. Arbeitsweise

Das Projekt bzw. Angebot ist **niedrigschwellig** angelegt, d. h. aufsuchend, begleitend und/oder nachgehend, zeitlich und räumlich offen strukturiert, sodass es für die Zielgruppen leicht erreichbar ist, nur geringe Hindernisse beinhaltet (wie z. B. Kosten und Wartezeit) sowie anonym wahrgenommen werden kann.

6. Partizipation

Es besteht ein hoher Grad an **Beteiligungsmöglichkeiten** für die Zielgruppe sozial Benachteiligter.

7. Empowerment

Es erfolgt eine **Befähigung und Qualifizierung** der Zielgruppe, die auf den Stärken und Ressourcen der Zielgruppe aufbaut. Im Zentrum steht die Befähigung der Zielgruppe, ihre Gesundheit selbstorganisiert und selbstbestimmt vertreten zu können. Dabei zielt das Projekt eher auf kollektive Prozesse als auf individuelles Verhalten.

8. Setting-Ansatz

Die Aktivitäten des Projektes integrieren Initiativen, die sowohl auf individuelles Gesundheitshandeln als auch auf strukturelle Änderungen abzielen und sich am **Setting-Ansatz** der WHO orientieren.

9. Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung

Es findet eine Ressourcenbündelung und fachübergreifende Zusammenarbeit statt. Die Umsetzung des Konzeptes erfolgt gemeinsam mit den anderen Akteuren im lokalen Umfeld, d. h. es erfolgt eine Abstimmung und Vernetzung im Sozialraum. Es werden Strukturen gebildet, die es ermöglichen mit geeigneten Programmen und Maßnahmen auf identifizierte Gesundheitsprobleme zu reagieren. Durch die Einbindung in Netzwerkstrukturen können Programme und Maßnahmen dauerhaft vorgehalten und Schwerpunkte ausgeweitet werden. Idealerweise werden durch den Erwerb von Fertigkeiten und Erfahrungen, die in einem Programm vermittelt werden, auch über die ursprüngliche Intervention hinaus Effekte in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen erzielt.

10. Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung

Qualität wird in allen Bereichen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) überprüft, verbessert und entwickelt. Im Projekt besteht ein Qualitätsmanagement und eine Qualitätsentwicklung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, d. h. Qualität wird nicht als einmal geschaffener Wert betrachtet.

11. Dokumentation und Evaluation

Die Durchführung des Projektes wird dokumentiert und das Projekt evaluiert.

12. Kosten-Nutzen-Relation

Die Kosten stehen in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen.

5.2 Qualitätskriterien nach quint-essenz (Schweiz) *(www.quint-essenz.ch)*

Die Website www.quint-essenz.ch wird von „Gesundheitsförderung Schweiz“ betreut. Sie richtet sich an alle Personen und Institutionen, die sich mit der Planung und Durchführung von Projekten in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen. Sie enthält Elemente aus dem Projekt- und Qualitätsmanagement sowie der Gesundheitsförderung und bietet Instrumente für die Planung und Umsetzung von Projekten. Die Qualitätskriterien, Themen und Instrumente sind in folgende sechs Bereiche eingeteilt (s. Abb. 1):

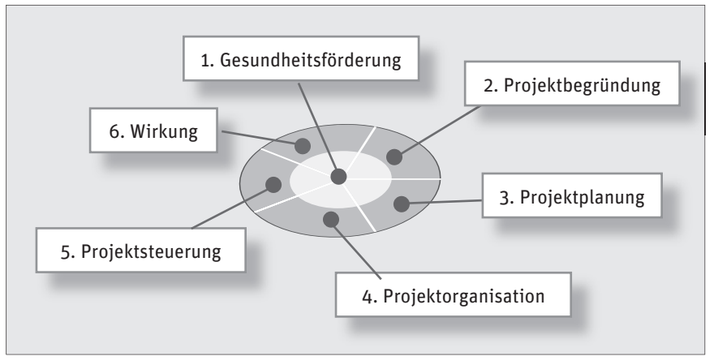


Abb. 1: in Anlehnung an quint-essenz

Die diesen Bereichen zugeordneten Qualitätskriterien sind das Produkt einer mehrjährigen Auseinandersetzung mit Qualitätsfragen im Rahmen von Projektbegleitungen, die von der Fachöffentlichkeit bereichert wurde. Sie sind auf alle Projekte der Gesundheitsförderung und Prävention anwendbar, auch auf Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung in Kitas. Es wurden 24 Qualitätskriterien formuliert, die sich in weiten Teilen mit den oben dargelegten Good-Practice-Kriterien überschneiden und diese ergänzen können (s. Abb. 2):

Qualität in der Gesundheitsförderung

1.	**Konzepte der Gesundheitsförderung**
1.1	Gesundheitliche Chancengleichheit (Chancengleichheit)
1.2	Ressourcenorientierung (Salutogenese) und Empowerment (Empowerment)
1.3	Setting bezogene Interventionen (Settingansatz)
1.4	Partizipation der Akteure des Settings (Partizipation)
2.	**Projektbegründung**
2.1	Bedarfsnachweis des Projektes *(Bedarf)*
2.2	Bedürfnisse der Ziel- und Anspruchsgruppen *(Bedürfnisse)*
2.3	Einbettung des Projekts in übergeordnete Strategien *(Einbettung)*
2.4	Rahmenbedingungen und Projektumfeld *(Rahmenbedingungen)*
2.5	Lernen aus anderen Projekten *(Lernen)*
3.	**Projektplanung**
3.1	Zielsetzung des Projekts *(Zielsetzung)*
3.2	Begründung der Vorgehensweise *(Vorgehensweise)*
3.3	Zeitliche Gliederung des Projekts *(Etappierung)*
3.4	Sicherung der Ressourcen *(Ressourcen)*
4.	**Projektorganisation**
4.1	Adäquate Projektstruktur *(Projektstruktur)*
4.2	Qualifikationen und Anforderungen *(Qualifikationen)*
4.3	Zielgerichtete Vernetzung *(Vernetzung)*
5.	**Projektsteuerung**
5.1	Projektcontrolling *(Controlling)*
5.2	Formative und summative Evaluation *(Evaluation)*
5.3	Dokumentation des Projekts *(Dokumentation)*
5.4	Kommunikation in der Projektorganisation *(Kommunikation)*
5.5	Motivation und Zufriedenheit der Akteure *(Motivation)*
6.	**Ergebnisse und Wirkungen**
6.1	Projektzielerreichung *(Zielerreichung)*
6.2	Nachhaltigkeit der Veränderungen *(Nachhaltigkeit)*
6.3	Information und Valorisierung *(Valorisierung)*

Abb. 2: Qualitätskriterien im Konzept von quint-essenz.

Die Kriterien sowie nähere Erläuterung sind auf der Website www.quint-essenz.ch nachzulesen unter: Startseite -> Qualitätssystem -> Qualitätskriterien

Durch diese Kriterien können in Projekten zum einen die Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten identifiziert und die relevantesten Verbesserungsbereiche bestimmt werden. Sie helfen, Qualitätsziele zu setzen und Maßnahmen festzulegen.

Dabei ist zu bedenken, dass nicht alle Kriterien für jedes Projekt von gleicher Relevanz sind. Auch hier geht es nicht darum, die Kriterienliste vollständig abzuarbeiten. Sie bietet vielmehr eine Arbeitshilfe, um alle Phasen eines Projektes systematisch reflektieren, bewerten und weiter entwickeln zu können.

Darüber hinaus beinhaltet die Website vielfältige Informationen und praktische Hinweise zu Themen der Gesundheitsförderung, der Qualitätsentwicklung und des Projektmanagements. In der Rubrik „Instrumente“ werden zudem Anleitungen und Tools zum Gebrauch vorgestellt.

5.3 Qualitätssicherung mit der ZiWi-Methode

(www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de)

Unter einer Vielzahl an Methoden zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Gesundheitsförderung ist auch die ZiWi-Methode bekannt geworden. „ZiWi“ steht für „Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege“. Die Methode wurde am Wissenschaftszentrum Berlin entwickelt und ist gekennzeichnet durch ein sehr kommunikativ, kooperativ und reflexiv angelegtes Vorgehen.

Die Methode kann sehr vielseitig genutzt werden. Zum Beispiel für die Konzeption eines Projektes und die Erstellung eines Projektantrages oder für die Anpassung von präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen an spezifische Bedarfe von Zielgruppen. Auch für kontinuierliches Lernen und zur Verbesserung der eigenen Arbeit ist die Methode geeignet. Ebenso für die Selbstevaluation einer Maßnahme.

Das Besondere an der ZiWi-Methode: Sie berücksichtigt die Partizipation als Prinzip der Gesundheitsförderung im Qualitätsentwicklungs- und Qualitätssicherungsansatz. D. h. alle Beteiligten am Projekt, auch die Zielgruppen, sind als Akteure in den Prozess einbezogen.

Die Selbstevaluation unter Einbeziehung der Zielgruppe bildet dabei den Kern des partizipativen Ansatzes. Da jedoch die verwendeten Evaluationsmaßnahmen in der Zusammenarbeit aller Beteiligten ausgehandelt werden, kommt auch immer ein gewisser öffentlicher Aspekt dazu, der eher einer Fremdevaluation ähnelt.

Mit der ZiWi-Methode lassen sich die Ziele und Wirkungswege eines Projektes visualisieren und Indikatoren zur Überprüfung der Zielerreichung formulieren. Sie schafft Klarheit darüber, wie welche Ziele erreicht werden sollen. Zentral ist, dass dabei implizites Wissen explizit gemacht wird, d. h. das Wissen, das man im Alltag in der praktischen Arbeit oft als selbstverständlich voraussetzt, wird ausgesprochen und erhält durch Bewusstwerdung eine neue Qualität. Die ZiWi-Methode dient der Untersuchung der projektinternen Logik, die einer Maßnahme zugrunde liegt.

Qualität in der Gesundheitsförderung

5

5.4 Qualitätssicherung mit “QIP – Qualität in der Prävention”

(www.uke.de/extern/qip)

Ein ganz anderer Weg der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung kann durch extern gesteuerte Verfahren beschritten werden. Hierzu wurde in den vergangenen Jahren z. B. das Verfahren „QIP – Qualität in der Prävention“ am Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf in Zusammenarbeit mit der BZgA entwickelt.

Kennzeichnend für das Verfahren QIP ist: Es beinhaltet nicht nur Verfahren einer Qualitätsbeurteilung, sondern bietet auch Hinweise und Beratung für die Projektentwicklung und -sicherung. Mit QIP lassen sich – ähnlich wie mit der ZiWi-Methode – Angebote der Prävention u. a. in der Planung und Durchführung verbessern (Interventionsplanung) oder im Hinblick auf ihre Wirkungsaussichten begutachten (Antragsbegründung). Außerdem hilft QIP die Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten im Verlauf des Projektes zu analysieren (Monitoring). Hervorzuheben ist zudem die Möglichkeit, Vergleichswerte, Expertenkommentare und Ratschläge durch QIP einzuholen.

Die Bewertungskriterien, die QIP zugrunde legt, beziehen sich auf 7 Qualitätsdimensionen (s. Abb. 3).

→

Die Qualitätsdimensionen von QIP

Hauptdimensionen	Teildimensionen u.a.
Konzeptqualität	klare Zielsetzung, stimmige Teilschritte, fachliche, empirische und wissenschaftliche Fundierung, Eingrenzung und Kenntnis der Bedürfnisse der Zielgruppen, aussichtsreicher Präventionsansatz
Planungsqualität	setting- und zielgruppenbezogene Einbettung des Vorgehens in die lokale Ausgangslage und den Bedarf, Anpassung des Angebots an die Feldbedingungen und Vernetzung mit anderen Aktivitäten
Mitwirkende	Menge und Qualifikation des Personals, Anbahnung fachlich angezeigter Kooperation, hinreichender Personalschlüssel
Vermittlung des Angebots	Eignung der Ansprachewege, Arbeitsmethoden, Medien und Materialien für Gesundheitslernen und Motivation, Abstimmung aller Teilschritte, Unterstützung von Gesundheitsverhalten im Alltag
Verlaufsgestaltung/Projektmanagement	Umsichtige Steuerung des Vorgehens, Nutzung von Zwischenergebnissen, Vorbereitung auf unerwartete Entwicklungen
Erfolgskontrolle und Evaluation	Umfang und Tiefe der Wirksamkeitsbeobachtung, aussagefähige Dokumentation, belegbare Wirkungen
Qualitätsentwicklung	langfristige, systematische Weitergabe von Erfahrungen und Ergebnissen in Projekt und Fach

Abb. 3: Qualitätsdimensionen im Konzept QIP

Diese Dimensionen bilden eine Zusammenfassung praktischer und wissenschaftlicher Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Prävention. Sie sind entstanden auf der Grundlage internationaler Literatur über Gesundheitseffekte der Prävention und vorhandener (internationaler) Qualitätssicherungsansätze im Gesundheitswesen sowie auf der Basis von Expertendiskussionen und Probeläufen des Verfahrens.

5.5 Resümee

Wie eingangs angeführt, gibt es keinen Konsenz in der Frage, was gute Qualität in der Prävention und Gesundheitsförderung ausmacht. Auch die Frage, welches der hier beispielhaft angeführten Qualitätsinstrumente in der Praxis zum Einsatz kommen sollte, ist je nach Gegebenheit unterschiedlich zu beantworten.

Wohl aber gibt es eine breite Übereinstimmung über die notwendig zu erfüllenden Qualitätskriterien und z. B. mit QIP auch ein praktikables Bewertungsverfahren. Eine externe Begleitung und Evaluation ist zum einen ein sehr kostspieliges und zudem auch ein einseitig expertenorientiertes Verfahren, bei dem die Gegebenheiten eines Projektes vor Ort und die Zielgruppen meist nicht berücksichtigt werden können.

Empfohlen wird hier vor allem, anhand der dargelegten Methoden einen selbstbestimmten und beteiligungsorientierten kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu initiieren. Kerngedanke ist, auch in der Projektphase der Qualitätssicherung den emanzipatorischen Gedanken der Gesundheitsförderung aufzugreifen und innerhalb des Projektes zu verankern. Nur so können Projekte und Projekterfolge nachhaltig gesichert werden und sich Veränderungen etablieren.

Ausgehend hiervon ist es durchaus sinnvoll, das interne Verfahren auch mit einem extern gesteuerten Bewertungsverfahren zu kombinieren. Mit diesem Blick von Außen kann die interne Sicht auf das eigene Projekt erweitert werden und oftmals auch ein Vergleich mit anderen ähnlichen Projekten vorgenommen werden.

Beispiele aus der Praxis

Die Kindertagesstätten haben mit viel Energie und Kreativität Projekte umgesetzt. Es war nicht immer leicht unter den ohnehin schon belastenden Arbeitsbedingungen. Dennoch hat jede in den zwei Jahren ihr wichtiges Thema bearbeitet und Verbesserungen in den Kita-Alltag integriert. In diesem Kapitel werden einige Praxisbeispiele vorgestellt.

6.1 Gesundheitsrisiko Lärm: Den Schallpegel senken

Erzieher/innen gehören nach den Lehrkräften zu der größten Berufsgruppe im gesamten Bildungs-, Sozial- und Erziehungswesen. Sie betreuen jeden Tag Kinder und sorgen sich um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Ihr eigenes Wohlergehen lassen sie dabei oft außer Acht. Weinende Kinder, dauerhafter Geräuschpegel oder das Sitzen auf dem kleinen Mobiliar zählen zum Alltag jeder Erzieherin und jedes Erziehers. Häufig wird davon ausgegangen, dass diese Belastungen zur Normalität des Berufes gehören – deshalb werden sie oft verdrängt.

> *„Eines Tages wird der Mensch den Lärm ebenso unerbittlich bekämpfen müssen wie die Cholera und die Pest."*
>
> *(Robert Koch)*

Lärmfaktoren in Kindertagesstätten

Der Lärm in Kindertageseinrichtungen gilt als Hauptbelastungsfaktor. Er beeinträchtigt nicht nur die Gesundheit der Kinder, sondern auch die der Beschäftigten. In Kindertagesstätten werden die Geräusche nicht durch Geräte, sondern durch eine große Anzahl von Menschen ausgelöst. Es sind vor allem die Kinder selbst, die mit Rufen, Weinen, Schreien, Laufen, Singen oder Springen den meisten Lärm produzieren. Es gehört außerdem zum Kita-Alltag, dass Geschichten oder Kinderlieder von CD oder Kassette gehört werden, was den Schallpegel zusätzlich ansteigen lässt. Wenn die Türen schlecht gedämmt sind, breitet sich der Schall in angrenzende Räume aus. Lärm kann auch durch ungepolsterte Holzkisten in Bauecken und Spielbereichen entstehen. Eine weitere Ursache kann eine schlechte Raumakustik sein, in der der Schall nicht genügend absorbiert wird.

Der Lärm aus den vielfältigen Quellen bedeutet für alle Beteiligten eine gesundheitliche Belastung. Damit die Belastung der Erzieher/innen nicht die Qualität der Kinderbetreuung beeinträchtigt, sollte der Lärmreduzierung größte Bedeutung beigemessen werden.

Konkrete Umsetzungsanleitungen fehlen

Trotz des Arbeitsschutzgesetzes, das seit 1996 auch für Kitas gilt, werden kaum Maßnahmen durchgeführt, die die Gefährdungen am Arbeitsplatz mindern und das Wohlbefinden der Beschäftigten fördern. Ein Grund hierfür ist, dass in den Kitas häufig konkrete Umsetzungsanleitungen fehlen. Dabei könnte durch bauliche, pädagogische oder organisatorische Interventionen sehr viel erreicht werden.

Das dreijährige Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft« hat einen besonderen Schwerpunkt auf die Gesundheit der Erzieher/innen gesetzt. In Rahmen dieses Projektes wurden in acht teilnehmenden Kindertagesstätten viele unterschiedliche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Erzieher/innen entwickelt. Die folgenden Beispiele zeigen den Erfolg.

Lärmschutzmaßnahmen in der Kita Der gute Hirte

Gegen Lärm kann etwas getan werden. In der Kita Der gute Hirte wurde beispielsweise im Rahmen einer Umstrukturierung ein Mehrzweckraum eingerichtet, in dem die Mitarbeiter/innen zukünftig ungestört Pause machen können. Auch ein Plan für die Pausenzeiten wurde erstellt.

Spielerisch lernen mit Schallexperimenten

Zusätzlich wurden anhand von Lärmprotokollen die Ursachen für die starke Geräuschentwicklung aufgedeckt. Das Ergebnis: Der meiste Lärm wird durch die Kinder verursacht, vor allem beim Anziehen und im Freispiel. Auch von der Schule kommende Hortkinder hatten großen Anteil an der Lärmerzeugung. Als Gegenmaßnahme wurden diverse pädagogische Interventionen mit den Kindern umgesetzt, die sie für das Problem Lärmbelastung sensibilisieren sollten. Hierzu gehörten Schallexperimente mit CDs (z. B. Geräusche erkennen, was ist wie laut?) oder das Lesen von Sachbüchern (z. B. Olli Krachmacher entdeckt die Stille). Außerdem wurde für vier Wochen eine Lärmampel ausgeliehen und mit den Kindern ausprobiert. Diese zeigten großes Interesse am Thema und hatten sehr viel Spaß beim Mitmachen.

Bauliche Maßnahmen: Lärmschutzdecken

Um die baulichen Gegebenheiten besser einschätzen zu können, besorgte sich die Kita „Der gute Hirte" Informationsmaterial zum Thema Lärmdämmung. Die Mitarbeiter/innen informierten sich auf diese Weise über die Möglichkeiten der Schallabsorption in den Gruppenräumen. Außerdem erfolgte eine Begehung der Kita durch die Unfallkasse Nord, die im Januar 2008 Nachhallmessungen durchführte, um die Akustik der Räume zu prüfen. Die Messungen ergaben, dass der Sollwert in zwei Gruppenräumen nicht eingehalten wurde und somit Schall absorbierende Maßnahmen notwendig waren.

Der Lärmschutz in Form von Akustikdecken wurde vom Träger genehmigt und im Sommer 2008 in zwei Räumen der Kita durch ein Fachunternehmen für Schallschutz installiert. Die Nachhallzeit hat sich durch die Montage der Lärmschutzdecken um ca. 0,5 Sekunden verringert und entspricht somit der vorgegebenen Norm. Durch die bauliche Umgestaltung und auch durch die anderen genannten Maßnahmen kann die Kita einen beachtlichen Erfolg im Kampf gegen den Lärm verzeichnen.

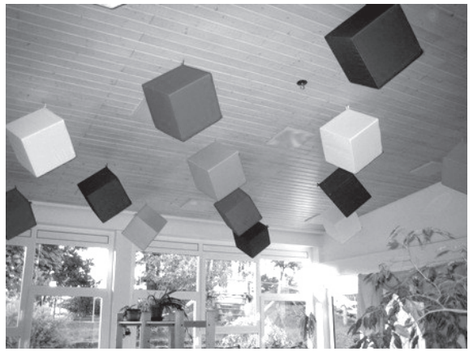
6.2 Organisierte Arbeitsplätze: Schon wenig hilft viel!

Die Organisation des Arbeitsplatzes ist in Kindertagesstätten ein zentrales Thema. Durch schwierige Alltagsbedingungen (Zeitknappheit, Personalmangel, immer mehr betreuungsintensive Kinder, steigender Verwaltungsanteil und neue Anforderungen an das Berufsbild der Erzieher/in) wird eine sinnvolle Organisation immer wichtiger. Ziel ist es, die Arbeit so zu gestalten, dass sich die Belastungen reduzieren lassen. Hierbei sollte die Arbeitsorganisation immer wieder überprüft werden. Eine Analyse der Rahmenbedingungen und des Tagesablaufs sind dafür Voraussetzung.

In den Gesundheitszirkeln einiger Kindertagesstätten wurden hierzu gute Möglichkeiten erarbeitet.

Neue Räume schaffen

In einer Kindertagesstätte fand zum Beispiel der gesamte Kita-Alltag in einem Gruppenraum statt: Die Kinderbetreuung, das Bildungsangebot, die Teamgespräche und die Pausen der Mitarbeiter/innen. Die Leiterin der Einrichtung konnte eine kleine Ecke ihr „Büro“ nennen.



Im Gesundheitszirkel wurden Schritte entwickelt, um diese Situation zu verändern. Da hier bauliche Maßnahmen erforderlich waren, wurde der Trägervertreter zu einigen Sitzungen eingeladen. Zug um Zug wurden neue Räume geschaffen. Für die Leiterin wurde ein separater Büroraum gefunden und eingerichtet. Ein Raum im Gemeindehaus wurde den Mitarbeiter/innen zur Verfügung gestellt. Durch die räumliche Veränderung entspannte sich der Kita-Alltag für alle erheblich. Gleichzeitig wurde der Lärmpegel im Gruppenraum reduziert.

Stressreduzierung in der Anmeldung

Ein anderer Ort, der eine gute Organisation benötigt, ist die „Anmeldung“ – sie ist der Dreh- und Angelpunkt im pädagogischen Alltag. Hier werden die Kinder empfangen, Gespräche mit den Eltern geführt, Termine vereinbart, Telefongespräche erledigt, Informationen weitergegeben, kranke Kinder abgemeldet, „ungebetene Gäste“ abgefangen und vieles mehr. In der Regel sind die Mitarbeiter/innen abwechselnd für die Arbeit in der Anmeldung zuständig. Neben einem großen Arbeitsaufkommen wurde hier auch ein besonders hoher Lärmpegel festgestellt.

In einer Kindertagesstätte sollte der Gesundheitszirkels Wege finden, um diese Situation zu entzerren. Folgende Maßnahme wurde entwickelt und umgesetzt:

Bei der Anmeldung stand ein Sofa, wo sich die Eltern versammelten und miteinander ins Gespräch kamen. Dieses empfanden die Mitarbeiter als sehr ungünstig und belastend. Es wurde ein neuer Ort für Elterngespräche gefunden und gestaltet.

Das Ergebnis: Die Eltern übergeben weiterhin ihre Kinder bei der Anmeldung an die Erzieher/innen. Dabei werden Informationen ausgetauscht, aber die längeren Elterngespräche untereinander finden an einem anderen Ort statt. Diese Maßnahme entspannt die stressigsten Zeiten, wie Hol- und Bringezeiten enorm und auch der Lärmpegel wurde durch diese einfache Maßnahme deutlich gesenkt.

Kleine Schritte, große Wirkung

Das oben beschriebene Beispiel zeigt: Maßnahmen der Gesundheitsförderung können zum Teil auch kostenneutral umgesetzt werden.

Oft lässt sich die Organisation des Alltags schon durch kleine Maßnahmen gesundheitsförderlich gestalten. Voraussetzung ist eine kritische Überprüfung der Rahmenbedingungen und der täglichen Arbeitsgestaltung. Hieran müssen alle Kolleg(inn)en beteiligt sein und zudem die Bereitschaft mitbringen, Altbewährtes in Frage zu stellen und zu verändern. Ein positiver Nebeneffekt dieser Auseinandersetzung: Die Ressourcen einer Einrichtung werden deutlich und können genutzt werden.

Beispiele aus der Praxis

6.3 Teamentwicklung: Gemeinsam mehr erreichen

Verschiedenste Untersuchungen zur Gesundheit von Erzieher/innen am Arbeitsplatz Kindertagesstätte zeigen, dass das Team bei der Gesunderhaltung eine wichtige Rolle spielt. Unterstützung und Wertschätzung von Kolleg(inn)en zu erfahren und mit ihnen im fruchtbaren Austausch zu sein, ist für die meisten Mitarbeiter/innen dringend erforderlich, um dem zunehmenden Arbeitsdruck gewachsen zu sein. Ein gutes soziales Klima in der Kita kann auch andere belastende Faktoren auffangen, etwa die oft als schwierig erlebten Eltern- und Trägergespräche.

Dieses unterstützende Miteinander findet in der Praxis selten statt, die Kita-Realität sieht anders aus: In den Teambesprechungen muss der Kita-Alltag organisiert, Aufgaben verteilt und die pädagogischen Aufgaben entwickelt werden. Für konstruktiven Austausch oder Gespräche über Veränderungswünsche, Störungen und Konflikte bleibt wenig Zeit.

Das war auch im Projekt „Kitas fit für die Zukunft“ nicht anders. In der Befragung gaben die Mitarbeiter/innen zudem mangelnde Wertschätzung des Trägers, der Eltern und steigenden Arbeitsdruck als Belastungsfaktoren an.

In den Gesundheitszirkeln wurden diese Themen besprochen. In einigen Kitas wurden kleinere und größere Maßnahmen entwickelt, um eine wertschätzende Kultur und ein besseres Miteinander zu bewirken. Im Folgenden einige Beispiele.

Kita LohKoMotive (DRK): Entwicklung einer wertschätzenden Kultur

Während einer Gesundheitszirkelsitzung wurde festgestellt, dass mangelnde Wertschätzung ein bedeutendes Thema ist. Daraufhin führte die Kita ein unaufwendiges, aber sehr wirksames Ritual ein, das zu Beginn jeder Teambesprechung durchgeführt werden sollte: Alle Mitarbeiter/innen schrieben ihren Namen auf eine Karte. Vor jeder Teamsitzung wurde der Name einer Mitarbeiterin bzw. eines Mitarbeiters gezogen. Dieser Person wurde nun in einem Zeitraum von fünf Minuten ausschließlich positive Rückmeldung gegeben. Bei der Abschlussbefragung im Rahmen der Evaluation zeigte sich, dass sich das Betriebsklima verbessert hat.

Kita Jungborn (Vereinigung): Bewegung als teamstärkendes Element

Zu Anfang setzte sich die Kita Jungborn mit dem Thema Lärm und Lärmreduzierung auseinander. Schnell wurde jedoch deutlich, dass die Einrichtung nicht nur Ruhemöglichkeiten, sondern auch Bewegungsräume benötigt. Deshalb wurde das Thema Bewegung weiterentwickelt und das Projekt „Bewegte Familie“ in der Kita durchgeführt. Gleichzeitig entschieden sich die Kolleg(inn)en, einen Studientag zu Stressreduzierung durch Bewegung zu veranstalten. Nach diesem Studientag bildete sich eine „Betriebssportgruppe“. Bei einer Befragung der Mitarbeiter/innen gaben die meisten an, dass sich diese Aktivitäten auch positiv auf das Teamklima auswirkten.

Der Gesundheitszirkel stärkt das Team

Insgesamt war festzustellen, dass die Arbeit in den Gesundheitszirkeln großen Einfluss auf die Entwicklung der Teams hatte. Dies galt besonders in kleinen Einrichtungen, wo der Gesundheitszirkel durch das gesamte Team gebildet wurde. Der gemeinsame Veränderungsprozess stärkte das Miteinander, die Motivation und die Identifizierung mit der Einrichtung.

6.4 Partizipation: Kids erobern ein Wäldchen

Im Rahmen des Projektes »Kitas fit für die Zukunft« beschloss das Evangelische Kindertagesheim Zu den Zwölf Aposteln, mit den älteren Schulkindern ein umfassendes Bewegungsangebot zu erarbeiten.

Eine Gruppe von acht bis zehn Kindern hatte bereits öfter beklagt, dass der Hort für sie langweilig sei: Schularbeiten, wenig Zeit zum Spielen und auch die notwendige Rücksichtnahme auf die Kleineren auf dem Spielplatz wurde von den Kindern als störend empfunden. Der Lösungsvorschlag der Kita: Eine gemeinsame Eroberung des angrenzenden Wäldchens. Die Kinder nahmen ihn mit Begeisterung auf.

Schulkinder erkunden ein Wäldchen

Der kleine Wald ist ein Grünstreifen mit großem Baumbestand direkt am Spielplatz der Kita gelegen. Die Behörde hat ihn der Kita zur Nutzung überlassen. Schon lange bestand die Idee, das Wäldchen in die Kita-Arbeit einzubeziehen, eine Umzäunung wurde bereits angelegt, aber erobert war das Stück Wald noch nicht.

Im Oktober 2008 ging es los: Jedes Kind erhielt einen Block und einen Bleistift, zu zweit teilten sie sich eine Einweg-Kamera und zogen in Paaren durch das Wäldchen. Die Kinder erkundeten den Platz, sie fotografierten was ihnen gefiel bzw. auffiel, sie schrieben ihre Ideen auf und formulierten, was sie im Wäldchen machen wollten.

Übereinstimmend ergab sich: Alle Kinder wünschten sich ein Baumhaus als Beobachtungsposten. Von hier aus wollten sie Eichhörnchen, aber auch Missetäter, die Müll über den Zaun werfen, beobachten.

Nach der Planungsphase gab es kein Halten mehr: Die Kinder stürzten sich mit großer Lust und Kraft auf ihr Vorhaben. Sie befreiten das Gelände vom Müll, harkten das Laub weg und bauten in der Lichtung eine Feuerstelle für Stockbrot.

In den anschließenden Rundgesprächen bei Kakao und einem Imbiss werteten sie die Aktionen aus und besprachen weitere Ideen.

Ein Vogelhaus für den Winter

Eine der Ideen war, dass die Vögel für den Winter ein Vogelhaus samt Futter erhalten sollten. Ein Kind hierzu: *„Ich frage meine Mutter, ob wir beim nächsten Einkauf an Meisenringe denken können.“*

Eine Gruppe fing an, das Vogelhäuschen im Werkkeller zu bauen. Die anderen recherchierten im Internet, wie ein Eichhörnchen überwintert und ob unser Wäldchen für den Winterschlaf von Igeln hergerichtet werden kann.

Inzwischen ist der „Wäldchentag“ ein integrierter Bestandteil im Hortalltag – und ein voller Erfolg:

Die Kindern haben dazugelernt und nehmen dies selbst wahr:

„Ich bin geduldiger geworden.“ –
„Ich habe Mut, vor den anderen Kindern laut zu lesen.“

»... Ich kann jetzt mit Werkzeug umgehen...«

Die Gruppe ist interessierter und selbstbestimmter geworden:

“Wir sollten schon für weitere Wochen beschließen, was wir tun wollen.“ –
„Wer wird meinen Platz einnehmen,wenn ich gehe?“

Das Projekt ermöglicht Bildungsschritte leicht und freiwillig:

„Aus Müll kann man auch wieder etwas Neues machen, das nennt sich recyceln.“

»... Jetzt weiß ich, dass der Vogel mit dem großen Nest Elster heißt....«

Das Ergebnis guter Zusammenarbeit

Das Wäldchen ist ein Gesundheitsprojekt mit Aspekten von Partizipation, Bildung, Natur, Bewegung und Ernährung verbunden mit Aktivitäten, Träumen und Gemeinschaftserleben. Es wurde von den Pädagog(inn)en initiiert und von den Kindern verantwortungsvoll übernommen. Mit gegenseitigem Respekt und guter Zusammenarbeit haben die Mädchen und Jungen das Wäldchen erobert – es ist „ein Wäldchen der Schulis“ geworden.

6.5 Kommunikation: Klarer Umgang mit kranken Kindern

„Gar nicht krank, ist auch nicht gesund!“ aber: „Gar nicht gesund, ist ganz schön krank!“ – Und das will niemand für sein Kind, geschweige denn für sich persönlich oder für die Menschen, die mit dem Kind beruflich zu tun haben. Gerade an Orten wie Kindergärten und Schulen treten durch den Kontakt vieler Menschen vermehrt infektiöse Krankheiten auf. Das kennt jede/r aus eigener Erfahrung. Und kaum ist das Kind wieder gesund, kündigt sich die nächste Infektion an. Oft erwischt es dann auch andere Familienmitglieder oder die in der Einrichtung Tätigen.

Permanente Ansteckung vermeiden

Wichtig ist, diesen Teufelskreis von Ansteckung zu Ansteckung zu durchbrechen. Auch deshalb hat die DRK Kita LohKoMotive sich des Themas im Rahmen des Modellprojektes »Kitas fit für die Zukunft« angenommen. Den Impuls für die Auseinandersetzung gaben die Erfahrungen im Alltag und sie wurde untermauert durch eine zu Beginn des Projektes durchgeführte Fragebogenaktion mit Eltern und Mitarbeiter/innen.

Die Maßnahme: In verschiedenen Treffen des Gesundheitszirkels und in zwei Dienstbesprechungen wurde ein Papier „Unser Umgang mit kranken Kindern“ erarbeitet. Dieses wird nun den Eltern beim Aufnahmegespräch überreicht und erläutert.

Krankes Kind – was tun?

In den von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz herausgegebenen Richtlinien für den Betrieb von Kindertagesstätten heißt es: „Grundsätzlich sollten Kinder während einer Krankheit nicht in der Kindertagesstätte betreut werden. Bei Kindern, die z. B. durch chronische und allergische Erkrankungen auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten angewiesen sind, kann davon abgewichen werden.“ (Richtlinien vom 04.09.2006, § 10, Abs. 7 Ernährung und Gesundheitsvorsorge)

Kranke Kinder gehören nach Hause ins Bett und dort gepflegt. Sie können in der Kita leider nicht die Ruhe und die individuelle Betreuung und Zuwendung bekommen, die sie im Krankheitsfall brauchen.

Gleichzeitig sind Eltern als Arbeitnehmer/innen immer wieder zu einem schwierigen und unangenehmen Spagat gezwungen – zwischen den Anforderungen des Arbeitgebers, der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes und dem Wunsch sich ausreichend um das Kind zu kümmern.

Konkreter Umgang mit kranken Kindern

Mit Verständnis für die Situation der Eltern hat die Kita LohKoMotive einen Umgang mit offensichtlich kranken Kindern entwickelt, der im Folgenden beschrieben wird.

In der Kita gilt ein Kind als krank, wenn es:

- Anzeichen einer Infektionskrankheit hat
- Fieber, Erbrechen oder Durchfall hat
- über Schmerzen klagt und dabei weint
- sich offensichtlich nicht wohl fühlt

Das kranke Kind braucht möglichst schnell Schutz, Schonraum und elterliche Pflege.

Deshalb werden bei Verdacht auf eine Krankheit:

- die Eltern informiert
- die Kinder abgeholt
- Empfehlungen, einen Arzt aufzusuchen, ausgesprochen

Es wird vermieden Diagnosen zu stellen, damit Eltern nicht unnötig verunsichert werden. Sie werden lediglich auf im Hause schon vorhandene, saisonbedingte Krankheiten hingewiesen.

Das Modellprojekt »Kitas fit für die Zukunft«

6

Kommt ein Kind augenscheinlich zu früh in die Kita zurück, wird:

- nachgefragt, ob es noch Auffälligkeiten hat
- darauf hingewiesen, dass umgehend angerufen wird, wenn das Kind sich nicht gut fühlt
- bei Wiederholung im Gespräch den Eltern versucht, ihnen die Notwendigkeit der vollständigen Gesundung des Kindes zu verdeutlichen

Es ist wichtig, die Belastung durch kranke Kinder für alle Beteiligten in der Kita zu reduzieren.

Deshalb wird zusätzlich:

- versucht den Eltern zu verdeutlichen, wie wichtig für uns ausreichende Information über das jeweilige Krankheitsbild ist
- den Eltern beim Auftreten bestimmter Krankheiten ausreichend Information darüber an die Hand gegeben.

Information und Beratung

Um die Eltern zu informieren, werden beim Auftreten der zehn häufigsten, wiederkehrenden klassischen Kinderkrankheiten in jeder Gruppe laminierte Info-Folien ausgehängt. Diesen klären über Inkubationszeit, Symptomatik und mögliche Krankheitsdauer auf.

Im Übrigen halten sich die Mitarbeiter/innen der Kita an die sehr hilfreichen Vorgaben des Trägers im Hinblick auf Ernährung von Kindern mit Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten. Außerdem werden die Empfehlungen der Landesunfallkasse bezüglich der Gabe von Medikamenten, die „Richtlinien für den Betrieb einer Kindertagesstätte“ der eingangs erwähnten Behörde und die Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes eingehalten.

Information über Elternrechte

Die Kita informiert nicht nur über Krankheiten, sondern klärt die Eltern auch schriftlich über ihre Rechte auf Betreuungszeit auf. Einem Teil der Eltern ist nicht bewusst, dass der Gesetzgeber eine Anzahl von Tagen vorsieht, die sie unter Fortzahlung der Bezüge (durch die Krankenkasse) für die Betreuung ihres Kindes frei nehmen können (10 Tage pro Elternteil, 20 Tage für Alleinerziehende). Unabhängig davon bietet es sich an, im Vorwege nach einer Alternativbetreuung im Krankheitsfall des Kindes Ausschau zu halten (Verwandte, Babysitter etc.). Auch hierauf werden die Eltern hingewiesen.

Prävention in der Kita

Ein großer Vorteil: Das Konzept der Kita wirkt präventiv. Es wird ein ausdrücklicher Schwerpunkt auf Bewegung und Ernährung gesetzt. Die Kita LohKoMotive war die erste in Hamburg, die 2007 mit dem Fit-Kid-Siegel der Deutschen Gesellschaft für Ernährung ausgezeichnet wurde.

Die Schwerpunktsetzung hilft, die körperlichen Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung zu schaffen. Gezielte Bewegungsangebote (auch und besonders an der frischen Luft), eine biologisch orientierte, vollwertige Ernährung mit einem jahreszeitlich angelegten Obst- und Gemüseangebot sowie Ernährungsbildungsangebote für Kinder, Kolleg(inn)en und Eltern tragen wesentlich dazu bei, ein gesundheitsförderliches Umfeld zu gewährleisten.

Fazit und Ausblick: Perspektiven der Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten

„Seit wir das Projekt in unserer Kita durchführen, ist die Motivation aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestiegen. Wir haben nebenbei ein gutes Team hinbekommen. Wir gehen mit einem anderen Blick durch unsere Räume und der Kontakt zu unseren Eltern konnte gestärkt werden.“ (Leiterin einer Modell-Kita)

„Ich habe jetzt verstanden, dass Gesundheitsförderung ein Prozess ist, der bei mir beginnt und um den es sich zu kümmern lohnt.“ (Erzieherin)

Zwei von sehr vielen positiven Rückmeldungen – »Kitas fit für die Zukunft« war nach Angaben aller Beteiligten ein lohnendes Projekt. Das bestätigen auch die evaluierten Maßnahmen. Alle acht Modell-Kitas haben die unterschiedlichsten Projekte für sich entwickelt und umgesetzt. Trotz der hohen Arbeitsdichte und des Zeitmangels waren die Mitarbeiter/innen mit viel Elan und Kreativität bei der Sache. Durch die Gesundheitszirkel in den Einrichtungen konnten die Beschäftigten den Veränderungsprozess aktiv mitgestalten und eigene Lösungen für die Kita-spezifischen Probleme entwickeln. Eine wertvolle Erfahrung, die zeigte: eigene Beteiligung macht zufrieden.

Partizipation und Empowerment fördern

Das Erarbeiten von Lösungen in einer Gruppe von „Expert(inn)en“ verbesserte das Gemeinschaftsleben und die Motivation. Vor allem erlebten die Mitglieder der Gesundheitszirkel, dass ihre Arbeit und ihre Kompetenzen von den Kolleg(inn)en wertgeschätzt wurden. Während des Prozesses wurde immer wieder deutlich: sich für die eigene Gesundheit einzusetzen, lohnt sich. Und bezüglich der Arbeitschutzbestimmungen können durchaus auch Forderungen an den Träger gestellt werden.

Alle diese Erfahrungen wirkten sich positiv auf das Wohlergehen in den Kitas aus – nicht nur für die Erzieher/innen. Damit hat das Projekt bereits zwei wichtige Ziele der Gesundheitsförderung erreicht, nämlich Partizipation und Empowerment.

Die Gesundheit der Erzieher/innen stärken

Das Ziel eines Setting-Projektes ist es, gesunde Lebenswelten zu schaffen. Schaut man die Lebenswelt in der Kita genauer an, fällt auf: Die Gesundheit von Erzieher/innen ist ein wichtiges, aber vernachlässigtes Thema. Dabei sollen gerade die Erzieher/innen Vorbilder und Vermittler/innen von Gesundheitsverhalten sein und nehmen dadurch eine zentrale Stellung in der Gesundheitsförderung ein.

Um eine qualitativ hochwertige Bildung-, Erziehungs- und Betreuungsarbeit sicherzustellen, ist es notwendig, sich verstärkt um die Gesundheit und das Wohlbefinden des Personals in den Kindertagesstätten zu kümmern. Im Projekt konnten wir die Erfahrung machen, dass die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz nicht immer kostenaufwendig ist. Viele kleine, gute Projekte sind in den Gesundheitszirkeln entstanden, die kostengünstig oder so gar kostenneutral umgesetzt werden konnten.

Eine weitere Erfahrung: Sobald die Frage nach der Gesundheit der Erzieher/innen am Arbeitsplatz auf den Tisch kommt, ist das Thema Gesundheit grundsätzlich in der Einrichtung präsent. Erzieher/innen denken immer auch an die Gesundheit der ihnen anvertrauten Kinder. Dadurch wurde die Kindergesundheit bei der Maßnahmenplanung und -entwicklung immer mit berücksichtigt.

Psychische Belastungen berücksichtigen

Ein wichtiges Handlungsfeld bei den Mitarbeiter/innen war zudem die psychische Anforderung. Immer mehr Erzieher/innen erleben die wachsenden Ansprüche und Veränderungen in ihrem beruflichen Alltag als psychisch belastend. Fortbildungen und eine Verankerung der Themen Gesundheitsförderung und Primärprävention in die Ausbildung der Erzieher/innen könnten hier hilfreiche Schritte sein.

Nicht nur die zunehmende Arbeit bedeutet Stress, sondern auch der gesundheitliche Zustand der Kinder. Viele Erzieher/innen berichteten, dass sie die Zunahme von psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern als sehr belastend empfinden.

Die Situation der Beschäftigten in den Kindertagesstätten verschärft sich auch durch den demografischen Wandel. Viele Kolleg(inn)en bleiben bis zur Rente in den Einrichtungen, jüngere kommen immer weniger nach oder sie wechseln bald wieder den Arbeitsplatz. Möglichkeiten und Maßnahmen altersgerechten Arbeitens werden in Zukunft ein wichtiges Thema sein.

Gesundheitsförderung braucht Zeit

Eine wesentliche Erkenntnis ist: Ein gesundheitsfördernder Prozess, der die ganze Organisation einer Kita zu einem gesunden Lebensort entwickeln soll, dauert lange. Durch den Personalmangel, große Gruppen und die hohe Arbeitsdichte fanden die Mitarbeiter/innen kaum Zeit für die Einführung zusätzlicher Gremien – zum Beispiel eines Gesundheitszirkels. Dieses galt insbesondere für kleine Einrichtungen. Darüber hinaus zeigte sich, dass Entwicklungsprozesse unter Zeitmangel langsamer zu bewältigen sind. Von der Idee bis zur tatsächlichen Umsetzung einer Teilaktivität verging mitunter viel Zeit. Unterstützen könnte eine verstärkte Nutzung der Ressourcen im Stadtteil, die durch die Vernetzungen zur Verfügung stehen.

Gesundheitsförderung braucht externe Unterstützung

Um einen kontinuierlichen Entwicklungsprozess zu initiieren und zu verstetigen, benötigen Kindertagesstätten externe Strukturen. Gute Erfahrungen konnten mit der externen Moderation von Gesundheitszirkeln gemacht werden. Durch die Moderierenden wurde die Anknüpfung an die letzte Sitzung und damit Kontinuität im Prozess gewährleistet. Zudem waren sie bei Hürden und Stolpersteinen beratend tätig. Gleichzeit wurde durch die HAG sichergestellt, dass die Kitas Referent(inn)en und Informationen für ihre Kita-spezifischen Themen erhielten.

Unterstützungsstrukturen können Kindertagesstätten auch durch eine externe und neutrale Koordinierungssteller halten. Diese berät die Kitas über finanzielle Fördermöglichkeiten, begleitet und unterstützt einzelne Kindertagesstätten bei einem gesundheitsförderlichen Entwicklungsprozess, stellt Material zur Verfügung, plant und realisiert Fachtagungen. Ebenso wichtig ist, dass die Beratungsstelle Kontakte zu Trägern herstellt und pflegt und somit das Thema Gesundheitsförderung für alle Hamburger Kindertagesstätten fortschreibt.

Ein Erfolgsfaktor im Modellprojekt war: Das Voneinander-Lernen. Durch die Vernetzung der Kindertagesstätten konnte ein Prozess des Austauschs von guten, praxistauglichen Ideen stattfinden. Dabei wurden viele Anregungen aufgenommen und von verschiedenen Kitas umgesetzt. So wurden erarbeitete Erfahrungen und Wissen für alle Kitas nutzbringend transportiert.

7

Gesundheitsförderung als Qualitätskriterium

Gesundheitsförderung versteht sich als ein ganzheitliches Konzept und sollte in möglichst vielen Alltags- und Bildungsbereichen einer Kindertagesstätte realisiert werden. Sie ist keine einzelne Aufgabe, sondern kann in den Bereichen Bildung und Qualitätsentwicklung verankert werden. Die Erfahrung im Projekt hat gezeigt, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung stark in die Organisation der Einrichtung eingreifen und sie verändern. Diese Veränderungen schärfen das Profil von Einrichtungen und sind somit auch Qualitätsmerkmale.

Gesundheitsförderung braucht Vernetzung

Um Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten weiterzuentwickeln, sind Vernetzungen notwendig. Das Hamburger Netzwerk „Gesunde Kitas“ arbeitet seit 2005. In diesem Netzwerk sind Dachverbände und Träger, verschiedene Behördenvertreter/innen, Sozialpartner und andere Einrichtungen der Gesundheitsförderung vertreten. Durch die Netzwerkarbeit und den Austausch der Akteure aus verschiedenen Tätigkeitsfeldern, werden Informationen, Aktionen, Projekte und vieles mehr in die Hamburger Kindertagesstätten getragen.

Die HAG will auch in Zukunft die Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten mit ihrem Know-how unterstützen, Vernetzungsaktivitäten fördern und die Hamburger Kitas bei einer Profilentwicklung zur guten und gesunden Kita begleiten. Die „Beratungs- und Koordinierungsstelle Gesunde Kitas in Hamburg“ unter dem Dach der HAG dient dabei als zentrale Anlaufstelle. Hier wird der rote Faden der Gesundheitsförderung in Kitas weiterentwickelt.

Modell-Kitas

AWO Kita - Brunnenhof
Andrea Heide-Hoffmann
Paul-Roosen-Str. 24 | 22767 Hamburg
Kita-brunnenhof@awo-hamburg.de

AWO Kita – Sonnenland
Helga Haumöller-Busch
Sonnenland 27 | 22115 Hamburg
Kita-sonnenland@awo-hamburg.de

Kath. Kita Herz-Jesu
Erika Brand
Bei der Hammer Kirche 10 | 20535 Hamburg
Kiga-herz-jesu@gmx.de

Eva. Kita »Guter Hirte«
Gabriele Piel
Rodigallee 207 | 22043 Hamburg
Ev.kita-rodigallee207@kikos.net

Eva. Kita »Zu den 12 Aposteln«
Susanna Müller
Boberstraße 6 | 22547 Hamburg
Kth-boberstrasse@hamburg.de

DRK Kita LohKoMotive
Thomas Bunsmann
Lohkoppel 15 | 22179 Hamburg
Kita-lohkomotive@drk-kiju.de

Vereinigungs-Kita Lothringer Straße
Claudia Hoffmann
Lothringer Str. 18 | 22049 Hamburg
Kita-Lothringer-strasse@kitas-hamburg.de

Vereinigungs-Kita Jungborn
Dagmar Petzel-Voelker
Jungborn 16 a | 22459 Hamburg
Kita-jungborn@kitas-hamburg.de

Literaturhinweise

Kapitel 2

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Bergisch-Gladbach 2003

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Leitfaden Prävention. Bergisch Gladbach 2006

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): „Früh übt sich ….“ Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle, Band 16, 2002

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Ressourcen stärken - Benachteiligungen ausgleichen, Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen. Erweiterte Tagungsdokumentation, Hamburg, 2003

Kliche, T.; Gesell, S.; Nyenhuis, N.; Bodansky, A.; Deu, A.; Linde, K.; Neuhaus, M.; Post, M.; Weitkamp, K.; Töppich, J. & Koch, U.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Weinheim, Juventa 2008

Kapitel 3

Antonovsky, A.: Health, Stress und Coping. San Franciso, Jossey-Bass Publishers 1979

Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaft, eine Einführung in Grundlagen und Praxis, 2. Auflage, Kohlhammer GmbH 1995/1996, Kohlhammer-Verlag

Weltgesundheitsorganisation WHO: Verfassung der WHO. New York 1996

Wustmann, Corina: Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageeinrichtungen fördern. Weinheim und Basel 2004, Juventa

Bals, T.; Hanses, A. & Melzer, W. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Weinheim, Juventa 2008

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a. d. Selz, Peter Sabo Verlag 2006

Hurrelmann, K. & Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Juventa 2006

Kliche, T.; Gesell, S.; Nyenhuis, N.; Bodansky, A.; Deu, A.; Linde, K.; Neuhaus, M.; Post, M.; Weitkamp, K.; Töppich, J. & Koch, U.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten. Weinheim, Juventa 2008

Nagel-Prinz, S. M. : Theoretisch-konzeptionelle Differenzierungen der Gesundheitspädagogik. Zentrum für Angewandte Gesundheitswissenschaften (ZAG). Lüneburg, Universität Lüneburg 2001

Paulus, P. & Witteriede, H.: Schule – Gesundheit – Bildung: Bilanz und Perspektiven. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986 www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=german

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung, G. Conrad 1998

Wulfhorst, B. & Hurrelmann, K. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitserziehung. Bern, Hans Huber 2009

Wulfhorst, Britta: Theorie der Gesundheitspädagogik. Legitimation, Aufgabe und Funktionen von Gesundheitserziehung. Weinheim, Juventa 2002

R. Grossmann, K. Scala: Gesundheit durch Projekte fördern, Weinheim, 4. Auflage, Juventa 2006

A. Richter, G. Holtz, Th. Altgeld: Gesund in allen Lebenslagen, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 2004, Frankfurt

Lange, J., Schilling, M., Neu sichtbar werdende Realitäten – Kindertagesstättenbetreuung in Deutschland. KomDat Jugendhilfe (Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik, Universität Dortmund) (2007)

Maasberg, A.: aus A. Richter, G. Holtz, Th. Altgeld: Gesund in allen Lebenslagen, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 2004, Frankfurt

BZgA (Hrsg.): Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 1998

BZgA (Hrsg.): „Früh übt sich…“ – Gesundheitsförderung im Kindergarten. Impulse, Aspekte und Praxismodelle. Dokumentation einer Expertentagung der BZgA vom 14. Bis zum 15. Juni 2000 in Bad Honnef. Köln, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2002

BKK-Bundesverband: Unveröffentlichte Fragenbogenaktion zur Vorbereitung eines Gesundheitszirkels in der Stadt Kassel. Kassel 1996

Buch, M.; Frieling, E.: Belastungen- und Beanspruchungsoptimierung in Kindertagesstätten. Institut für Arbeitswissenschaft an der Gesamthochschule Kassel. Kassel 2002 Verlag?

Gewerkschaft für Erziehung und Wissenschaft (Hrsg.): Wie geht´s im Job? KiTa Studie der GEW. Frankfurt am Main, GEW 2007

Literaturhinweise

8

ISO-Institut Saarbrücken; Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung Saarland e. V.: Befragung zur Arbeits- und Gesundheitssituation in Kindertagesstätten 1997

Kliche, T. u. a.: Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten – Eine Studie zu Determinanten, Vorbereitungen und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen. Weinheim und München, Juventa 2008

Richter, A. Holz, G. & Altgeld, T. (Hrsg.): Gesund in allen Lebenslagen, Förderung von Gesundheitspotenzialen bei sozial benachteiligten Kindern im Elementarbereich. Frankfurt am Main, ISS Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik 2004

Opus:Gesunde Kinder in NRW. Gesundheitsförderung im Elementarbereich. Informationen für Erzieher in Kindertagesstätten

Robert-Koch-Institut (Hrsg.): KiGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Robert-Koch-Institut 2006

Rudow, B.: Arbeitsbedingungen für Erzieher/innen. Hohe psychische Belastungen. Bildung & Wissenschaft, Baden-Würtenberg (6/04) 2004

Schad, Marina: Erziehung (k)ein Kinderspiel. Gefährdungen und Belastungen des pädagogischen Personals in Kindertagesstätten (Schriftenreihe der Unfallkasse Hessen. Bd. 7). Frankfurt am Main 2002

Seibt, R., Khan, A., Thinschmidt, M., Dutschke, D. & Weidhass, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in Kindertagesstätten und Beiträge zur Netzwerkbildung. Dortmund etc., Wirtschaftsverlag NW 2005

Kapitel 4.

Grossman, R., Skala, K.: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement (4. Auflage), Weinheim, München, Juventa 2006

Sächsisches Staatministerium für Soziales (Hrsg.): Gesund aufwachsen in Sachsen. Ein Handbuch für Erzieher und Erzieherinnen in Kindertagesstätten 2007

Schiersmann, Ch., Thiel, H.-P.: Projektmanagement als organisationales Lernen. Ein Studien- und Werkbuch (nicht nur) für den Bildungs- und Sozialbereich. Opladen, Leske + Budrich 2000

Sabo, P.: Projekte/Projektmanagement. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung (4. Auflage). Schwabenheim a. d. Selz, Fachbuchverlag Peter Sabo 2003

quint-essenz Gesundheitsförderung Schweiz, verfügbar unter: http://www.quint-essenz.ch/de (letzter Zugriff: 20.07.09)

GPM – Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement e. V., verfügbar unter: http://gpm-ipma.de

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Moderation von Projektgruppen und Gesundheitszirkel, ein Ratgeber RGM 12, Hamburg (2004)

Khan, A. Gesundheitszirkel in Kindertagesstätten, Manual für die Moderation, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken (2007)

Seibt, R., Khan, A., Thinschmidt, M., Dutschke, D. & Weidhass, J.: Gesundheitsförderung und Arbeitsfähigkeit in Kindertagesstätten. Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten in Kindertagesstätten und Beiträge zur Netzwerkbildung. Dortmund etc., Wirtschaftsverlag NW 2005

Liebald, Christiane: Leitfaden zur Selbstevaluation und Qualitätssicherung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn 1998

Seifert, Josef W.: Visualisieren, präsentieren, moderieren, Gabal-Verlag, 21. Auflage, Hamburg 2006

Kapitel 5

Bödeker, Wolfgang und Kreis Julia: Evidenzbasierung in Gesundheitsförderung und Prävention. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2006

Grossmann, R. & Scala, K.: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim und München, Juventa 1994

Luber, E. & Geene, R. (Hrsg.): Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Frankfurt/Main, Mabuse-Verlag 2004

www.bzga.de:Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bietet Informationen zum Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung.

www.deutscher-praeventionspreis.de:
Der deutsche Präventionspreis wird jährlich auf einem ausgewählten Teilgebiet der Prävention vergeben. Neben dem Ausschreibungstext und den Teilnahmebedingungen werden auf der Seite Beispiele guter Praxis – Preisträger und nominierte Projekte – vorgestellt.

www.selbstevaluation.de: Website der Sozialmanagement GmbH zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement in der sozialen Arbeit. Auf der Seite werden ausführliche Informationen zur Selbstevaluation sowie zu Links und Praxisleitfäden gegeben.

Autor/innen-Liste

Petra Büchter
Referentin für Gesundheitsförderung
Projektleiterin »Kitas fit für die Zukunft«
Kontakt: Tel: 040 - 636 477-78
Petra.Buechter@hag-gesundheit.de

Thomas Bunsmann
Kindertagesstättenleiter LohKoMotive
Kontakt: siehe Kitaliste

Susanna Müller
Kindertagesheimleiterin „Zu den 12 Aposteln“
Kontakt: siehe Kitaliste

Susanne M. Nagel-Prinz
Studium der Pädagogik, Soziologie,
Prävention und Gesundheitsförderung
Dipl. in Erziehungs- und Bildungswisssenschaft
Kontakt: nagel-prinz@uni.leuphana.de

Ewelina Monika Pleban
Gesundheitswissenschaftlerin
Kontakt: e.m.pleban@web.de

Impressum

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
Repsoldstr. 4 | 20097 Hamburg
Telefon: 040-632 22 20 | Fax: 040-632 58 48
buero@hag-gesundheit.de
www.hag-gesundheit.de

Redaktion: Petra Büchter
Lektorat: Inge Krause, textundco.de
Gestaltungskonzept und Umsetzung: Elga Voss, Kontor 36
Fotos: HAG, fotolia, Kita Jungborn, Kita Der gute Hirte, Kita Herz Jesu,
Kita LohKoMotive, Techniker Krankenkasse

Auflage: 1500 Exemplare
Schutzgebühr: 5 €

Hamburg, August 2009

Die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG) macht sich für Gesundheitsförderung und Prävention stark. Sie ist eine landesweit arbeitende Vereinigung und verbindet Akteure aus allen entscheidenden Sektoren und Arbeitsfeldern miteinander. Die HAG will die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten fördern, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten verbessern und die psychische Gesundheit stärken. Dazu koordiniert und vernetzt sie gesundheitsfördernde Aktivitäten und Projekte. Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Sie wird gefördert von der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz und den Hamburger Krankenkassen (GKV).

HAG
Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

HAG

Hamburgische Arbeitsgemeinschaft
für Gesundheitsförderung e.V.

In Hamburg aktiv und gesund

www.hag-gesundheit.de