



22. – 25. September in Bielefeld

Qualitätsrahmen für Krippenbetreuung von Kindern unter drei Jahren

Präambel

Aus Sicht der Fachgesellschaft DGSPJ werden die zu erfüllenden Anforderungen an Einrichtungen beschrieben, die Kinder unter drei Jahren professionell betreuen. Dabei fließen, dem sozialpädiatrischen Zugang und Selbstverständnis entsprechend, medizinische, entwicklungspsychologische und (sonder-) pädagogische Aspekte ein. Die Empfehlungen berücksichtigen neben dem derzeitigen gesellschafts- und familienpolitischen Hintergrund vor allem den aktuellen Forschungsstand insbesondere der Bindungsforschung sowie internationale Erfahrungen.

Der Schwerpunkt liegt auf dem Anforderungsprofil, das sich aus der Perspektive des Kindes ergibt; es stellt seine gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Bedürfnisse, also körperliche, seelische, kognitive und soziale Erfordernisse, in den Mittelpunkt der Überlegungen zur Betreuungsqualität.

Die Ausführungen beschreiben einen Qualitätsrahmen. Dargestellte Relationen (Betreuerschlüssel, Gruppenstärken etc.) stellen einen Mindeststandard dar, der nicht unterschritten werden sollte.

Allgemeine gesundheitliche Bedürfnisse der Altersgruppe

Für Säuglinge und Kleinkinder sind besondere Anforderungen an Pflege, Ernährung, Hygiene, Infektionsschutz und Sicherheit zu erfüllen. In der Krippe muss eine adäquate Säuglings- und Kleinkindergrundpflege gewährleistet sein. Darüber hinaus sollten therapeutischen Maßnahmen (z.B. Nasenpflege; Inhalationen; Verabreichen von Medikamenten und spezielle dermatologische Anwendungen) möglich sein, welche in der Regel auch durch die Eltern zu Hause durchgeführt werden und der Behandlung bei in dieser Altersgruppe häufiger auftretenden Erkrankungen bzw. Symptomen dienen, die auch in der Kinderkrippe fachgerecht nach Anweisung des behandelnden Arztes erfolgen können. Dadurch kann es gelingen, die sonst häufigen und längeren krankheitsbedingten Ausfallzeiten der Kinder zu verringern und somit eine für alle wünschenswerte, kontinuierlichere Betreuung der Kinder zu erreichen. Die Einrichtung muss weiterhin dafür Sorge tragen, dass Krankheitssymptome, welche einer kurzfristigen Arztvorstellung bedürfen, sicher erkannt werden und jederzeit, auch bei einer eventuellen Nichterreichbarkeit der Eltern, eine entsprechende medizinische Versorgung des Kindes veranlasst werden kann.

Ernährungsangebote sollten sich an etablierten Standards der Kleinkindernährung orientieren, z.B. den vom Deutschen Forschungsinstitut für Kinderernährung formulierten. Darüber hinaus sind Empfehlungen zu Supplementationen in frühen Alterstufen zu berücksichtigen (48).

Durch den Kontakt mit mehreren Kindern in der Gruppensituation erhöht sich unweigerlich das Infektionsrisiko. Die für das Training des Immunsystems notwendigen Infekte werden also früher durchgemacht, lassen sich oft auch schlechter begrenzen. Nach dem dritten Lebensjahr leiden dann aber Kinder, die früh in Gruppen betreut wurden, seltener an viralen und bakteriellen Infekten als später in Gemeinschaftseinrichtungen aufgenommene.

Erzieher (*Anm.: hier und im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit auf die zusätzliche Erwähnung der weiblichen Form verzichtet*) müssen über die medizinischen Grundleistungen, die das Versorgungssystem für Säuglinge und Kleinkinder vorhält, informiert sein; d.h. sie sollten Hintergrund und Zeitpunkt der frühen Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen und den altersgemäßen Impfstatus gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission kennen.

Bindung

Die Entwicklungsforschung der letzten 50 Jahre hat das Verständnis für die sozialen und emotionalen Bedürfnisse von Kindern und für die Bedeutung stabiler, feinfühligter Bindungen zunehmend differenziert herausgearbeitet. Besondere Bedeutung hat hierbei die primäre Bindungsperson, deren Bindungsmuster starken Einfluss auf das spätere Gefüge psychischer Sicherheit des Kindes nimmt. Daneben hatten Mütter in der gesamten Evolution bei der Versorgung ihrer Kinder Hilfe durch Mitglieder der erweiterten Familie, die zu Sekundärbindungspersonen wurden. Auch die Störung der Bindung zu sekundären Bindungspersonen kann sich nachteilig auf die psychische Entwicklung eines Kindes auswirken, insbesondere dann, wenn sie wiederholt auftritt (12).

Der Aufbau frühkindlicher Bindung folgt einer relativ klaren Zeitachse, bei der mehr und weniger stör anfällige Zeitfenster zu berücksichtigen sind. Aufbau von Sekundärbindung sollte grundsätzlich erst nach Etablierung einer sicheren Primärbindung erfolgen. Eine außerfamiliäre Betreuung bereits im ersten Lebensjahr ist daher aus Sicht der Fachgesellschaft nicht generell empfehlenswert.

Aus Sicht der Bindungsforschung kann qualitativ gute Vorschulbetreuung die meisten mehr als drei Jahre alten Kinder dabei unterstützen, soziale Unabhängigkeit und kognitive Fähigkeiten zu entwickeln. Für Kinder unter zwei Jahren lassen sich dafür keine wissenschaftlich fundierten Aussagen treffen. Die individuelle Kapazität eines Kindes, den Trennungsstress zu bewältigen, sollte daher in dieser Altersstufe sehr sorgfältig im Einzelfall erwogen werden (11, 18).

Neurobiologische Aspekte

Neue Studien zeigen, dass bei einem Teil der Kinder in Krippenbetreuung anhaltend erhöhte Konzentrationen des Stresshormons Cortisol gefunden werden; diese Beobachtung wurde bei familiär betreuten Kindern nicht gemacht (3, 18, 47). Es wird angenommen, dass sich chronisch erhöhte Cortisolspiegel nachteilig auf die Gehirnentwicklung auswirken und zu psychischen und Verhaltensstörungen führen können (22); die Klärung möglicher Zusammenhänge im Sinne von Assoziation oder Kausalität bedarf allerdings dringend weiterer Studien.

Unbenommen ist, dass sich chronischer Stress durch Trennungen u.a. in subtilen Verhaltens- und Gemütsveränderungen äußern kann. Wenn für Säuglinge und Kleinkinder keine (subjektiv empfundene) Bezugsperson erreichbar ist, laufen sie Gefahr, Symptome einer

Beeinträchtigung der sozial-emotionalen Entwicklung zu zeigen. Sie können sich in Regulationsstörungen, Zurückgezogenheit und mangelnder Interaktion im Sinne einer depressiven Entwicklung oder Übererregbarkeit und Hyperaktivität zeigen. Regulationsstörungen beziehen sich auf den Wach-Schlaf-Rhythmus, die Nahrungsaufnahme, die soziale Interaktion, die Stressmodulation und den Umgang mit negativen Emotionen. Die Erkennung und richtige Bewertung derartiger Verhaltenszustände ist eine der verantwortungsvollsten Aufgaben von Krippenerziehern, die besondere Qualifikationen erfordert.

Kinder mit besonderen Bedürfnissen

Besondere Herausforderungen stellen folgende Risikokonstellationen dar:

- chronische Krankheit und Behinderung
- körperliche und emotionale Vernachlässigung (z.B. im Kontext von psychischen Erkrankungen und Suchtproblemen der Eltern, von konfliktbelasteten intrafamiliären Beziehungen; bei Geschwisterkindern mit besonderem Bedarf an zeitlicher und emotionaler Zuwendung der Eltern, bei jungem Alter der Eltern und fehlender Unterstützung etc.)
- sozial schlecht integrierte Eltern mit Migrationshintergrund (dem Länderreport 2007 der Bertelsmannstiftung zufolge beträgt der generelle Anteil von Migrantenkindern unter drei Jahren in Tageseinrichtungen 25%; davon spricht etwa die Hälfte nicht Deutsch im Elternhaus)
- Armut und soziale Benachteiligung.

Im Hinblick auf diese Problemlagen muss das vorhandene pädagogische Personal vorbereitet und weiter qualifiziert werden, zumal sich für jüngere Kinder besondere Aspekte und Notwendigkeiten ergeben.

Systematik der Qualitätskriterien

1. Kriterien der Strukturqualität

- a. Einrichtung
- b. Betreuungsschlüssel, Gruppengröße und -zusammensetzung
- c. Qualifikation und spezifische Fähigkeiten des pädagogischen Personals
- d. Leitbild (Selbstverständnis)

2. Kriterien der Prozessqualität

- a. Pädagogisches Konzept
- b. Besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern unter drei Jahren
- c. Einbindung der Eltern bzw. Familien und Bezugspersonen
- d. Konzeptionen für Kinder mit besonderen Bedürfnissen
- e. Gemeinwesenorientierung/ Kooperation im Stadtteil und in der Region
- f. Betriebsmedizinische Aspekte
- g. Dokumentation

3. Kriterien der Ergebnisqualität

- a. Langfristige Zielorientierung und Nachhaltigkeit

b. Evaluation und internes Qualitätsmanagement

1. Kriterien der Strukturqualität

1.a. Einrichtung

Pro Gruppe sollte je ein Haupt- und ein Nebenraum zur Verfügung stehen sowie ein zusätzlicher Schlafräum. Als Anhaltspunkt für den Flächenbedarf gilt eine Mindestgröße von 6 m² pro Kind unter drei Jahren. Diese Empfehlung erfolgt auch vor dem Hintergrund, dass eine zu knappe Raumbemessung ("Crowding") eine nachgewiesene Einflussgröße für das Infektionsrisiko darstellt (24).

Der Hauptgruppenraum sollte so gestaltet sein, dass Rückzugsecken und Bewegungsflächen gleichermaßen vorhanden sind. Funktionsbereiche (Pflege, Hygiene, Essen, Schlafen etc.) müssen kindgerecht dimensioniert und gestaltet sein und die besonderen Bedürfnisse der Kleinkinder erfüllen.

Grundsätzlich sind bei der Ausstattung der Einrichtungen allergenarme bzw. -freie Materialien zu bevorzugen, um bestehende atopische Erkrankungen nicht zu verschlechtern und frühen Sensibilisierungen keinen Vorschub zu leisten. Ob und welche Haustiere in den Einrichtungen gehalten werden, muss im Hinblick auf Tierhaarallergien besonders sorgfältig erwogen werden (24).

Den Anforderungen an Hygiene und Unfallsicherheit kommt eine besondere Bedeutung zu. Spielmaterial und Gebrauchsgegenstände müssen den Bedürfnissen der Altersgruppe entsprechen. Besonderes Augenmerk ist auf die toxikologische Unbedenklichkeit, Allergenarmut und die hygienische Reinigungsmöglichkeit derjenigen Gegenstände und Materialien zu richten, mit denen die Kinder direkt in Kontakt kommen.

Auch bei der Gestaltung des Außengeländes müssen spezifische Unfallrisiken der Altersgruppe berücksichtigt werden. So dürfen sich dort z.B. keine Giftpflanzen befinden, damit die hohe Vergiftungsgefahr durch Ingestionen minimiert wird. Es dürfen sich keine zugänglichen Wasserreservoirs wie Gartenteiche, offene Kübel und Tonnen auf dem Gelände befinden, ebenso wie spitze und scharfe Gegenstände an Gebäuden und Zäunen.

1.b. Betreuungsschlüssel, Gruppengröße und -zusammensetzung

Unter Berücksichtigung des aktuellen Erkenntnisstands der Bindungsforschung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie (26) sowie der Anhaltzahlen des Kinderbetreuungsgesetzes der Europäischen Union empfiehlt die Fachgesellschaft folgenden Betreuungsschlüssel:

- *für Säuglinge von 9 bis 12 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 2 Kinder*
- *für Kinder von 12 bis 24 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 3 Kinder*
- *für Kinder von 24 bis 36 Monaten: 1 Betreuerin für maximal 4 Kinder*

Empfehlungen zur Gruppengrößen müssen in Abhängigkeit von der Gruppenhomogenität formuliert werden; je jünger die Kinder und je kleiner das Altersspektrum, desto kleiner sollte die Gruppe sein. Als Richtschnur kann in der Altersklasse unter drei Jahre eine Gruppengröße von bis zu 12 Kindern betrachtet werden. Vorteilhaft sind eine ausgewogene Altersmischung und Geschlechterzusammensetzung.

Bildet man altersgemischte Kindergruppen unter Beteiligung von Kindern unter drei Jahren, so sollte ihr Anteil nicht über 5, die Gruppenstärke nicht 15 Kinder überschreiten.

Bei der Personalbesetzung ist sicherzustellen, dass jederzeit mindestens zwei Fachkräfte in der Gruppe anwesend sein können. Bei Personalausfall werden nur Erzieher zur Vertretung herangezogen, die den Kindern bekannt sind.

Die maximale Zahl der Doppelbelegung von Plätzen sollte in der Betriebserlaubnis festgeschrieben werden; dadurch bleibt die Wahrscheinlichkeit gering, dass die genehmigte Platzzahl von der Zahl der gleichzeitig anwesenden Kinder überstiegen wird.

Eine Eingewöhnungsphase mit anfangs langer, im Verlauf abnehmender täglicher Anwesenheit der primären Bindungsperson ist fest vorzusehen. Die Gesamtdauer der Phase ist individuell gemeinsam festzulegen. Sie beträgt in der Regel zwei bis vier Wochen. Die Eingewöhnungsphase zählt bereits als "Belegung"; d.h. Fehlbelegung, die sich aus der sequenziellen Eingewöhnung von Kindern ergibt, darf nicht zu Personalreduktion führen.

Bindungstheoretische Erkenntnisse bringen nicht nur besondere Anforderungen an Flexibilität und Qualität der Eingewöhnungsphase mit sich, sondern auch an Kontinuität in der Betreuung. Institutionelle Stabilität ist dabei eine wesentliche Grundvoraussetzung. In der Ausgestaltung wird das Modell einer familiären Gruppensituation favorisiert, das den Bedürfnissen des betreuten Kindes am nächsten kommen mag.

Aus der Perspektive des Kindes ist eine größtmögliche personen-, gruppen- und situationsbezogene Konstanz wünschenswert, um die Adaptations- und Verarbeitungssysteme nicht zu überfordern.

1.c. Qualifikation und spezifische Fähigkeiten des pädagogischen Personals

Es ist unbestritten, dass dieser Beruf eine wissensbasierte und praxisbezogene Anleitung auf dem Boden einer fundierten Ausbildung erfordert. Impuls gebend sind Ergebnisse einer 2006 veröffentlichten Studie der Bertelsmannstiftung, in der mehr als 60 Prozent der befragten Träger, Erzieher und Tagesmütter angaben, unzureichend auf die Arbeit mit Kindern unter drei Jahren vorbereitet zu sein!

Nach dem Länderreport 2007 der Bertelsmannstiftung (42) verfügen 72% des pädagogischen Personals über einen Fachschulabschluss als Erzieher oder Heilpädagogen und knapp 14% über eine Ausbildung als Kinderpflegerin. Einen sozialpädagogischen Hochschulabschluss haben 3,2%.

Aus Sicht der Fachgesellschaft ist mittel- und langfristig eine Fachhochschulausbildung für einen Teil der Erzieherinnen und Erzieher anzustreben. Mindestens eine Erzieherin pro Gruppe sollte über einen Fachhochschulabschluss verfügen. In das Anforderungsprofil gehören unter Bindungsaspekten emotionale Verfügbarkeit, Feinfühligkeit und der Ausschluss schwerwiegender Traumatisierungen in der eigenen Biografie. Selbsterfahrung und Supervision sollten als Ausbildungsteile in das angestrebte Fachhochschulstudium integriert und im Berufsalltag etabliert werden.

Um den Anforderungen an eine adäquate Säuglings- und Kleinkinderpflege und -krankenpflege gerecht zu werden, ist das Curriculum um ein Modul zu diesem Thema zu

ergänzen. Ein Praktikum in einer stationären Betreuungseinrichtung für die Altersgruppe sollte obligater Bestandteil der Ausbildung sein.

Sensibilität, Schwingungsfähigkeit, Empathie, aber auch Konsequenz, Verlässlichkeit und ausreichende emotionale Stabilität gehören zu den unverzichtbaren "soft skills". Gerade die Altersgruppe der Kleinstkinder erfordert ein hohes Maß an Energie und Einsatzbereitschaft, um alle physischen, kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der anvertrauten Kinder erfüllen zu können.

Erzieher müssen in der Lage sein, ein Rollenverständnis als Sekundärbindungsperson zu entwickeln, um die Entstehung konkurrierender Bindungen zu vermeiden. Diese Fähigkeit zur Empathie und Sensibilität für die individuelle Bindungsgestaltung des Kindes einerseits und die Fähigkeit zur "professionellen Distanzierung" andererseits stellen eine besondere Herausforderung dar. Nicht zuletzt ergibt sich daraus die Notwendigkeit einer regelmäßigen Supervision. Darüber hinaus sollten Erziehern mit eigenen Traumatisierungen in der Vorgeschichte eine Reflexion ermöglicht werden und in ihrer pädagogischen Arbeit eine besonders sorgfältige Supervision.

Die Gruppe der unter dreijährigen Kinder verfügt über keine bzw. noch deutlich eingeschränkte Möglichkeiten, Bedürfnisse oder körperliche und emotionale Belastungen verbal zu kommunizieren. Erzieherinnen müssen daher besonders geschult werden, nonverbales Ausdrucksverhalten in dieser Altersgruppe zu lesen und die richtigen Konsequenzen abzuleiten. Dies gilt auch für Hinweise auf Vernachlässigung oder Misshandlung.

Fachberater, Supervisoren und Fortbildungsreferenten für diese Altersgruppe sollten über spezifische Qualifikationen verfügen.

1.d. Leitbild

Die Einrichtungen haben ein zwischen Erziehern, Elternvertretung, Fachberatern und Trägern abgestimmtes Leitbild. Der entwickelte Konsens wird vermittelt, umgesetzt und kontinuierlich weiterentwickelt; die Einrichtungen verstehen sich als lernende Organisation, die sich neuen Erkenntnissen und wechselnden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stellen und diese konstruktiv in ihre Weiterentwicklung einbringen.

2. Kriterien der Prozessqualität

2.a. Pädagogisches Konzept

Auf dem Boden des Leitbilds entwickelt die Einrichtung eine pädagogische Konzeption, die die besonderen Bedürfnisse der unter Dreijährigen in den Fokus nimmt. Diese bildet die konsensuale Grundlage für die Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsarbeit und das Miteinander in der Einrichtung.

2.b. Besondere Berücksichtigung der Bedürfnisse von Kindern unter drei Jahren

Die in der Einleitung genannten Grundlagen der Bindungstheorie werden berücksichtigt. Krippenerzieherinnen haben für Kinder u.a. die Rolle einer sekundären Bindungsperson; in der Betreuung werden die besonderen Bedürfnisse der Kleinkinder sensibel erfasst und

berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für die Gestaltung der Bindung zwischen Erzieherin und Kind.

Besondere Entwicklungsaufgaben müssen von den Erzieherinnen unterstützt werden: Der Übergang zu aufrechter Mobilität erfordert intensivierete Aufsicht und Sicherheitsvorkehrungen zur Unfallverhütung. Reichhaltige Bewegungsangebote, freie Flächen, Angebote wie rhythmische Früherziehung, Sing- und Bewegungsspiele, Geduld und Zeit für das Erreichen von eigenständigen motorischen Leistungen und der Selbstbestimmung ("Selbermachen") sowie Förderung der Körperwahrnehmung stellen ein unterstützendes Umfeld für die Bewegungsentwicklung dar. Frühe Sprachförderung sollte nicht vorrangig durch Training, sondern durch nachhaltige, kindgerechte sprachliche Integration und positive Kommunikationsmuster bestimmt sein. Bei Kindern aus mehrsprachigen Familien sollte das Förderprinzip "eine Person - eine Sprache" angewendet und gegenüber den Eltern kommuniziert werden. Entsprechend den aktuellen Erkenntnissen sollte vor allem bei Kindern aus Familien mit Migrationshintergrund auf frühen und intensiven Kontakt mit der deutschen Sprache Wert gelegt werden. Die musikalische Früherziehung unterstützt neben der emotionalen auch die sprachliche Entwicklung und das Rhythmusgefühl.

Die Sauberkeitsentwicklung muss sensibel begleitet werden. In diesem wichtigen Teilbereich kindlicher Autonomieentwicklung darf keinerlei Druck ausgeübt werden. Aspekte spielerischen Kennenlernens und Erprobens der Ausscheidungsfunktionen sollten vorsichtig unterstützt werden. Für Wickeln und Pflege müssen ausreichend Zeit und ein abgetrennter Platz zur Verfügung stehen. Auch dieser Prozess wird für eine positive Interaktion genutzt.

Beim Füttern ist auf ausreichende Zeit zu achten. Auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme und gesunde Zusammensetzung der Nahrung muss geachtet werden. Bei unzureichender Nahrungsaufnahme und Trinkmenge werden die Bezugspersonen zeitnah informiert. Die sich bei den Mahlzeiten besonders ergebenden Möglichkeiten zur Kommunikation und emotionalem Kontakt sollten genutzt werden. Die Fähigkeit des Kindes zur selbständigen Nahrungsaufnahme muss spielerisch und geduldig erarbeitet werden. Soweit es die Fähigkeiten des Kindes erlauben, wird es ermutigt, selbständig zu essen.

2.c. Einbindung der Eltern bzw. Familien und Bezugspersonen

Krippen sollten als Eltern-Kind-Zentren ausgerichtet sein und bereits in der Konzeption ein starkes Augenmerk auf die Kooperation mit den Eltern richten. Bei Bedarf sollte im Zentrum Unterstützung und Anleitung für Eltern angeboten werden (Elterncafe, Mütterberatung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Stunden der Sozialberatungsstelle, Tauschbörse, Gesundheitsförderungsprojekte, Elternschule/ Elterntrainings, die die Eltern-Kind-Bindung und Erziehungskompetenzen fördern). Durch diese Angebote kann ein besserer Zugang zu Familien erreicht werden.

Zwischen Eltern und Erziehern wird eine Erziehungs- und Bildungspartnerschaft aufgebaut, die auf Vertrauen und Transparenz fußt. Eltern werden als Experten für ihr Kind und seine Entwicklung wahrgenommen und behandelt. Sie bleiben primäre Bezugspersonen und werden in ihrer Verantwortung unterstützt. Dabei sollen sie den Aufbau von Sekundärbindungen akzeptieren und unterstützen.

Elterngespräche finden regelmäßig statt und werden nötigenfalls von den Erziehern konkret nachgesucht. Im Mittelpunkt steht das betreute Kind in seiner Entwicklung und seinem Verhalten. Die regionalen medizinischen, sozialen, fördernden Angebote sind den Erziehern

bekannt, so dass Eltern darauf hingewiesen werden oder ggf. dahin vermittelt werden können. Auf die Notwendigkeit und den Zeitpunkt der anstehenden Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen wird konkret hingewiesen, desgleichen auf anstehende öffentlich empfohlene Impfungen. Dabei kann der örtliche öffentliche Gesundheitsdienst Unterstützung leisten.

Die Gesprächsinhalte erstrecken sich auch auf die Zufriedenheit mit dem Betreuungsangebot; Eltern können aber auch außerhalb dieser Gespräche Wünsche, Fragen und Kritik äußern. Den Eltern wird die Möglichkeit gegeben, aktiv den Krippenalltag mitzugestalten.

Bei konkretem Verdacht auf innerfamiliäre Gefährdung des Kindeswohls werden zum Schutz des Kindes mit den Eltern Vereinbarungen getroffen, deren Einhaltung überprüft wird und deren Nichteinhaltung klar abgesprochene Konsequenzen hat. Die Grundsätze des § 8 a Kinder- und Jugendhilfegesetz werden offen thematisiert und in der Praxis umgesetzt.

2.d. Konzeptionen für Kinder mit besonderen Bedürfnissen

Erzieher müssen sensibilisiert sein im Früherkennen von Entwicklungsgefährdungen und dafür in entsprechenden Ausbildungsmodulen geschult werden. Wege zur weiterführenden Diagnostik, insbesondere über Kommunikation mit dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt, müssen bekannt sein.

Kinder mit frühkindlichen Regulations-, Entwicklungs-, Verhaltensstörungen oder Behinderungen bzw. Kinder mit einem Verdacht auf entsprechende Störungen tragen ein deutlich höheres Risiko von Bindungsstörungen (35). Häufig können sie externen Stress schlechter verarbeiten. Diese Kinder sollten vor der Entscheidung über eine Krippenbetreuung ausführlich entwicklungsneurologisch, entwicklungspsychologisch und heilpädagogisch untersucht werden, ggf. unter Einbeziehung eines Sozialpädiatrischen Zentrums. Nur unter Berücksichtigung einer sorgfältigen sozialpädiatrischen Mehrbereichsdiagnostik werden individuell angemessene, nicht überfordernde differenzierte Betreuungsziele und Förderpläne zu erstellen sein.

Betroffene Kinder erfordern besondere Konzepte in der pädagogischen und begleitenden Arbeit der Einrichtungen, die zusammen mit Fachberatern entwickelt, umgesetzt und überprüft werden sollten. Bei der Umsetzung individueller Förderpläne sollten die Erzieherinnen auch vom kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützt werden.

Zur Verfügung stehende soziale, psychologische, heil- und sonderpädagogische sowie medizinische institutionelle Hilfesysteme außerhalb der Einrichtung müssen dort bekannt und somit in direkter Kommunikation nutzbar sein. Die Erzieher reflektieren in Teamsitzungen, ggf. mit Moderation, eigene Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen; sie nutzen sie im Sinne des Kindes, ohne sie zu überschreiten.

Familien mit besonderen sozialen Problemlagen sollten bei Bedarf auf die geeigneten Hilfs- und Unterstützungsangebote hingewiesen werden (z.B. Erziehungs- und Familien-Beratungsstellen, Kinderschutzbund, Frühförderstellen, Jugendamt, ärztliche Beratungsstellen, Drogenberatung, Schuldnerberatung u.a.m.)

2.e. Gemeinwesenorientierung/ Kooperation im Stadtteil und in der Kommune

Die Einrichtung begreift sich als Setting und Gestalter ganzheitlich verstandener Gesundheitsförderung und greift die altersspezifischen Themen und Bedarfe der betreuten Kinder, Bezugspersonen und Mitarbeiter auf. Sie haben eine besondere Chance und Verpflichtung, nachhaltige Effekte in der Zusammenarbeit mit den Familien zu erzielen. Bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Konzepte werden die Vernetzungsstrukturen und Ressourcen im Umfeld genutzt.

Die Einrichtung arbeitet bewusst im Gemeinwesenbezug, d.h. sie kennt und nutzt Strukturen, Institutionen und Ressourcen im Umfeld. Sie werden in die pädagogische Arbeit konkret miteinbezogen. Das gilt auch für bestehende Netzwerke für die psychosoziale Versorgung und kommunale Runde Tische zur Kindergesundheit. Wenn sich das Erfordernis abzeichnet, werden solche initiiert und weiterentwickelt.

Die Einrichtung arbeitet system- und Institutionen übergreifend zusammen mit Jugend-, Sozial- und Gesundheitsämtern, mit niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten, Sozialpädiatrischen Zentren und Frühförderstellen, Kinder- und Jugendpsychiatern, psychologischen Beratungsstellen, Therapeuten, Familienbildungsstätten etc.

Die Einrichtungen artikulieren sich ggf. über ihre Fachberater in den politischen Gremien. Anlass geben können systematische Beobachtungen zu Risikohäufungen bei Kindern, zu Erschwernissen in der Zusammenarbeit etc. Dabei nehmen sie eine Mandatsfunktion für die betreuten Kinder und damit das Kindeswohl in der Gemeinde wahr.

2.f. Betriebsmedizinische Aspekte

Über die kindbezogene Arbeit hinaus fühlen sich die Erzieher verantwortlich für eine gesunde, sichere und gesundheitsförderliche Einrichtung. Sie arbeiten vertrauensvoll und kooperativ mit Kontroll- und Beratungsinstitutionen zusammen und ziehen Expertenwissen heran, wo es erforderlich ist.

Die Zusammensetzung der Säuglingsnahrung sowie der in der Tageseinrichtung angebotenen Mahlzeiten sollte sich nach den Empfehlungen des Deutschen Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund ausrichten und eine "optimierte Mischkost" darstellen. Eine den Hygieneanforderungen entsprechende Zubereitung und Darreichung ist selbstverständlich, ebenso wie eine kindgerechte Gestaltung der Mahlzeiten.

Die besonderen Bedürfnisse stillender Mütter im Hinblick auf Flexibilität der Fütterzeitpunkte und der Raumgestaltung sind zu berücksichtigen.

Fluoridsupplementation sollte entsprechend den aktuellen Empfehlungen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin zur Prävention der Milchzahnkaries erfolgen (48). Ebenso wie bei der Vitamin-D-Supplementation muss eine Abstimmung mit den Eltern erfolgen, ob die Durchführung in der Krippe oder in der Familie erfolgt.

Vor der Aufnahme von Kindern in eine Gemeinschaftseinrichtung ist eine Eingangsuntersuchung zu empfehlen, die auch die Erfassung des Impfstatus umfasst. Ziel sollte das Erreichen eines altersadäquaten Impfschutzes vor Eintritt in die Gemeinschaftseinrichtung sein, wobei der Orientierungsrahmen durch die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission gegeben ist. Dies ist besonders wichtig, da die Kinder in einer Einrichtung früher und häufiger mit Infektionskrankheiten konfrontiert sind. Andererseits wird durch eine epidemiologisch wirksame Durchimpfungsraten z.B. gegen Masern das

Risiko eines Ausbruchs in der Einrichtung minimiert. Gleichzeitig dient eine gute Durchimpfungsrate in der Einrichtung dem Schutz chronisch kranker und/oder dem Schutz immuninkompetenter Kinder.

Bei Auftreten eines Einzelfalls wird es beim guter Dokumentation und Verfügbarkeit der Daten schnell möglich sein, ohne wesentliche Einschränkungen (wie z.B. Besuchsverbote für Nichtgeimpfte) die Infektionskette zu unterbinden. Entsprechendes sollte auch für das pädagogische, nicht fachliche und unterstützende Personal der Einrichtung gelten; hier sind Einrichtungsträger in ihrer betriebsmedizinischen Verantwortlichkeit gefragt. Die Ständige Impfkommission empfiehlt die Impfung gegen Rotaviren vor Aufnahme junger Kinder in eine Tageseinrichtung.

Das Risiko für infektiöse Darmerkrankungen durch Schmierinfektion ist hoch. Wenn die Betreuungskräfte Nahrung zubereiten, füttern und wickeln, ist das Erstellen und Einhalten von Hygienevorschriften unabdingbar. Dem Einrichtungsträger kommt die Aufgabe zu - abhängig von den jeweils länderspezifischen Regelungen - ihre Mitarbeiter in Fragen der Hygiene zu schulen und die Umsetzung der Hygienepläne zu überprüfen. Unterstützungs-, Beratungs- und Überwachungsfunktionen der örtlichen Gesundheitsbehörden sind länderspezifisch geregelt; sie müssen in den Einrichtungen bekannt sein und umgesetzt werden. Auf Bundesebene hat das Robert-Koch-Institut als oberste Gesundheitsbehörde Richtlinien mit Empfehlungscharakter für die Wiedereinrichtung in Gemeinschaftseinrichtungen zusammengestellt. Über Ländergrenzen hinaus müssen die Vorschriften zur Meldepflicht bekannt sein und beachtet werden, um auftretenden Infektionskrankheiten gemeinsam adäquat begegnen zu können.

Bei den Erziehern müssen Kenntnisse in Erster Hilfe, die für die Altersgruppe der betreuten Kinder spezifisch sind, vorhanden sein und stetig aktualisiert werden. Spezielle Unfallverhütungsvorschriften (Gemeindeunfallversicherungsträger) müssen bekannt, das Notfallmanagement muss gut vorbereitet und eingeübt sein. Die Kenntnisse sind regelmäßig aufzufrischen. Eine Telefonliste der Rettungsdienste und regionalen kinderärztlichen Notfallversorgung ist auf dem aktuellen Stand und an exponierter, bekannter Stelle verfügbar. Da in der Altersgruppe besonders häufig akzidentelle Vergiftungen zu befürchten sind, sollten auch Telefonnummern und Hotlines der Giftnotrufzentralen und entsprechenden Experten vorliegen.

Alle Eltern sollten von der Einrichtung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens über das pädagogische Konzept und über die erforderliche enge Zusammenarbeit mit der Einrichtung und den Betreuungspersonen ihres Kindes im Gespräch und mit Hilfe einer Broschüre informiert werden. Sie sollten dabei auch auf ihre Verpflichtung hingewiesen werden, beim Auftreten meldepflichtiger Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz die Einrichtung umgehend zu informieren und das erkrankte Kind in Absprache mit den betreuenden Ärzten von der Einrichtung fernzuhalten; die einzelnen Vorgaben sollten den Eltern an die Hand gegeben werden. Aber auch fieberhaft erkrankte Kinder sollten mit Rücksicht auf das erkrankte Kind und die anderen Kinder der Gruppe zu Hause betreut werden. Aufzunehmen sind auch Angaben zu Ernährungsangeboten in der Einrichtung und mitzubringenden Nahrungsmitteln, zur Mundhygiene, zu sinnvoller Bekleidung und Bewegungsangeboten. Auch die Form der gegenseitigen Information und Erreichbarkeit bei akuten Ereignissen sollte festgehalten werden.

2.g. Dokumentation

Für jedes Kind existiert eine strukturierte Aufnahme- und Verlaufsdocumentation. Zur Aufnahmedokumentation gehört die Überprüfung des altersgerechten Vorsorgestatus und des Impfstatus. Das örtliche Gesundheitsamt kann beim Aufbau der Dokumentation und der Bewertung der Inhalte Unterstützung leisten.

Systematische Beobachtung von Entwicklungsparametern, Verhaltens- und Interaktionsmerkmalen der Kinder ist unabdingbar und bedarf einer systematischen regelmäßigen Dokumentation. Die Beobachtungen werden gemeinsam reflektiert; wo erforderlich, leiten sich daraus Förderziele, Unterstützungsangebote für die Eltern oder andere Maßnahmen ab. Beobachtete Besonderheiten und mögliche Konsequenzen werden den Eltern in pädagogischen Gesprächen kommuniziert.

3. Kriterien der Ergebnisqualität

3.a. langfristige Zielorientierung und Nachhaltigkeit

In Krippen betreuten Kindern soll langfristig eine im Sinne der WHO-Definition gesunde, d.h. positive emotionale, soziale, kognitive und körperliche Entwicklung ermöglicht werden. Die Entwicklung der Kinder sollte mindestens den Stand erzielen, den im familiären Rahmen aufwachsende Kinder erreichen.

Die Maßnahmen und Aktivitäten der Einrichtung zielen darauf ab, gesundheitsförderliche Faktoren zu schaffen, gesund erhaltende Faktoren zu stärken, Kinder und Eltern in ihrer Eigenverantwortung zu befähigen. Je nach Bedarf und Bedürfnis entwickelt die Einrichtung ein spezielles Profil mit spezifischen Akzenten, das in Alltagsaktivitäten, Projekten und Programmen gelebt wird. Besondere Bedeutung kommt dabei präventiven Inhalten zu (für Kinder z.B. gesunde Ernährung und ausreichende Bewegungserfahrungen, für Erzieher z.B. Stressbewältigung).

3.b. Evaluation und internes Qualitätsmanagement

In der Verantwortung des Trägers liegt es, für eine kontinuierliche Weiterbildung der Erzieher Sorge zu tragen und ihnen die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungen und Qualifikationsmaßnahmen zu ermöglichen. Für die pädagogische Arbeit mit der Altersgruppe sind Fachberatung und Supervision sicherzustellen.

Internes Qualitätsmanagement erfolgt auf dem Boden einer freiwilligen Selbstverpflichtung. Wünschenswert ist eine trägerübergreifende Koordination in der Kommune.

Literatur

1. Ahnert, L. (2007): Entwicklungspsychologische Aspekte der Erziehung, Bildung und Betreuung von Kleinkindern (Expertise für die Enquetekommission des Landtags NRW, Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot), Landtag NRW. www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_IL1/EK/14_EK2/Gutachten/ExpertiseAhnert2007.pdf
2. Ahnert, L. et al. (2004): Transition to Child Care: Associations With Infant-Mother Attachment, Infant Negative Emotion and Cortisol Elevations. *Child Development* 75, S. 639-650
3. Baker, M. et al. (2005): Universal Childcare, Maternal Labor Supply and Family Well-Being. www.econ.ubc.ca/kevinmil/research/childcare.oct2005.final.pdf
4. Belsky, J. et al. (2007): Are there long-term effects of early child care? *Child Development* 78, S. 681-701

5. Belsky, J. (2001): Developmental risks (still) associated with early child care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, S. 845-859
6. Bensel, L./Haug-Schnabel, G. (2007): Datenvergleich zu Qualitätsrichtlinien in Krippen, Recherche der Forschungsgruppe Verhaltensbiologie des Menschen (FVM), Kandern
7. Bensel, L./Haug-Schnabel, G. (2006): *Kinder unter 3 - Bildung, Erziehung und Betreuung von Kleinstkindern*. Sonderheft: Kindergarten heute spezial "Kinder unter 2", Verlag Herder, Freiburg
8. Bien, W./Rauschenbach, T./Riedel, B. (2007): Wer betreut Deutschlands Kinder? DJI Kinderbetreuungsstudie des Deutschen Jugendinstituts. www.dji.de/dasdji/home/Kurzfassung_KBS.pdf
9. Bowlby, J. (2005): *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung*. Verlag E. Reinhardt, 5. Auflage
11. Bowlby, R. (2007): Die Bindungsbedürfnisse von Babys und Kleinkindern in Fremdbetreuung, Vortrag bei der Wissenschaftlichen Tagung des Familiennetzwerks am 5.5.2007 in Frankfurt/Main. www.familie-ist-zukunft.de/seite/wp-content/uploads/2007/07/bowlby-deutsch.pdf
12. Bowlby, R. (2006): The Need for Secondary Attachment Figures in Childcare for general distribution. http://www.danielgoleman.info/social_intelligence/bowlby.pdf
13. Braun, A.K. (2007): Frühkindliche emotionale Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung. Vortrag beim Internationalen Symposium "Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft", München, Dezember 2007
14. Bruun, A. (2005): *Kinderbetreuung und die Vereinbarkeit von Familien und Beruf*, Diplomarbeit an der Universität Paderborn. www.diplom.de/katalog/arbeit/9149
15. Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (2003): *Betreuung, Bildung und Erziehung als Auftrag von Tageseinrichtungen für Kinder*. www.bagljae.de/Stellungnahmen/Betreuung101203.pdf
16. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): *Zentrale Ergebnisse des Berichts der Bundesregierung nach § 24 a Abs. 3 SGB VIII über den Stand des Ausbaus für ein bedarfsgerechtes Angebot an Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren - 2007*
17. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2008): *Entwurf eines Gesetzes zur Förderung von Kindern unter 3 Jahren in Tageseinrichtungen und in der Kindertagespflege*
18. Dettling, A.C. et al. (2000): Quality of care and temperament determine changes in cortisol concentrations over the day for young children in childcare. *Psychoneuroendocrinology* 25, S. 819-836
19. Deutscher Bundestag: Antwort der Bundesregierung auf eine Abgeordnetenfrage zum Stand der Bindungsforschung und bindungsorientierten pädagogischen Arbeit in der BRD, Entwurfsfassung vom 31.10.07, Drucksache 16/6895
20. Deutsches Jugendinstitut (2008): Thema 2007/04: Kinder, Krippen, Kosten - Fakten zur Kinderbetreuungsdebatte. www.dji.de/cgi-bin/projekte/output.php?projekt=662
21. DPV - Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (2007): *Krippenausbau in Deutschland - Psychoanalytiker nehmen Stellung*, Memorandum vom 12.12.2007. www.kindergartenpaedagogik.de/1809.html
22. Geoffroy MC et al. (2006): Daycare Attendance, Stress and Mental Health. *Can J Psychiatry* 51, S. 607-615
23. Haug-Schnabel, G. et al. (2008): *Flexible Betreuung von Unterdreijährigen im Kontext von Geborgenheit, Kontinuität und Zugehörigkeit*. Wissenschaftliche Recherche und Analyse im Auftrag des Landschaftsverbands Rheinland, Köln. Kandern

24. Heinrich, J./Koletzko, B. (2008): Kindergesundheit und Kinderbetreuung bei unter 3-Jährigen, Monatsschrift Kinderheilkunde 156, S. 562-568
25. Holodynski, M. (2007): Bildungsbedeutung von Eltern, Familien und anderen Bezugspersonen für Kinder (Expertise für die Enquetekommission des Landtags NRW; Rahmenbedingungen und Steuerungsmöglichkeiten für ein optimales Betreuungs- und Bildungsangebot)
26. Ihle, W./Esser, G. (2007): Tagesbetreuung für Kinder bis 3 Jahre aus psychologischer Sicht. Kinder- und Jugendarzt 38, S. 260
27. Laewen, H.-J. (2004): Was heißt Bildung im frühkindlichen Alter und in Relation zu späteren Bildungsprozessen? Frühe Kindheit 7, S. 41-43
28. Ladwein, F. (2005): Kindergarten plus (Förderung der sozialen und emotionalen Bildung vierjähriger Kinder in Kindertageseinrichtungen, eine Initiative der Deutschen Liga für das Kind). Kinder- und Jugendarzt 36, S. 13-15
29. Maywald, J./Schön, B. (2008): Krippen: Wie frühe Betreuung gelingt. Beltz-Verlag
30. McEwen, B.S. (2005): Glucocorticoids, depression, and mood disorders: structural remodelling in the brain. Metabolism Clinical and Experimental 54 (Suppl 1), S. 20-23
31. Moll, G./Dawirs, R. (2007): Interview mit Welt Online.
32. NICHD (2006), Early Child Care Research Network: Child-Care Effect Sizes for the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. American Psychologist 61, S. 99-116
33. Oerter, R./Montada, L. (2002): Entwicklungspsychologie, Spektrum Akadem. Verlag, Heidelberg, 5. Aufl., S. 927
34. Pechstein, J. (2003): Zu Lasten der Schwächsten. F.A.Z. Frankfurt 15.5.2003, Nr. 112, S. 8
35. Peth-Pierce, R. (1998): The NICHD Study of Early Child Care. NIH-Pub-98-4318. Bethesda: National Institute of Child Health and Human Development
36. Rathje, U. (2002): Kinderkrippen in der DDR - Daten aus einem Forschungsprojekt
37. Riemann, I. et al (2004): Qualität für Kinder unter DREI in Kitas, Empfehlungen an Politik, Träger und Einrichtungen, Bertelsmann-Stiftung, Fachhochschulverlag Frankfurt 2004
38. Robert-Koch-Institut (2004): Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Schwerpunktberichterstattung des Bundes, rki Berlin, S. 27
39. Sarimski, K. (2000): Frühgeburt als Herausforderung. Hogrefe-Verlag
40. Schlack, R. (2007): Inanspruchnahme außerfamiliärer vorschulischer Kindertagesbetreuung und Einfluss auf Merkmale psychischer Gesundheit bei Kindern. Bundesgesundheitsblatt 10, S. 1249-1258
41. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008): Kindertagesbetreuung regional 2007. Ein Vergleich aller 439 Kreise in Deutschland
42. Stein, A. (2008): Länderreport Frühkindliche Bildungssysteme 2007, Bertelsmann-Stiftung, Berlin 10.01.2008
43. Straßburg, H.M./Zeitler, P. (2007): Die ganztägige Fremdbetreuung von Säuglingen und Kleinkindern - eine Stellungnahme zur aktuellen Krippendiskussion. KIPRA 78, S. 178-180

44. Textor, M. (2007): Die NICHD Study of Early Child Care - ein Überblick. www.kindergartenpaedagogik.de/1602.html
45. Tietze, W. (2007): Krippen-Skala (KRIPS-R)
46. Van Ijzendoorn, M.H. et al. (1992): The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development* 63, S. 840-858
47. Watamura, S.E. et al. (2003): Morning to Afternoon Increases in Cortisol concentrations for Infants and Toddlers at Child Care- Age Differences and Behavioural Correlates. *Child Development* 74, S. 1006-1020
48. Empfehlungen der DAKJ zur Prävention der Milchzahnkaries. <http://www.dgkj.de/920.html>