

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) zu Qualitätskriterien institutioneller Betreuung von Kindern unter 3 Jahren (Krippen)

U. Horacek, R. Böhm, R. Klein, U. Thyen und F. Wagner

Allgemeine Überlegungen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im März 2008 den Entwurf eines Kinderförderungsgesetzes vorgelegt. Mit diesem Gesetz wird zum einen die Verpflichtung normiert, bis 31.07.2013 für Kinder im Alter unter drei Jahren Plätze in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege nach erweiterten Kriterien vorzuhalten und diese Plätze stufenweise auszubauen. Zum anderen soll zum 01.08.2013 ein Rechtsanspruch auf frühkindliche Förderung in einer Tageseinrichtung oder Tagespflege für Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr einführt werden.

Dieses politische Ziel leitet sich daraus ab, dass vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftlicher Bedingungen und Erfordernisse der institutionellen Kinderbetreuung eine zunehmende Bedeutung beizumessen sei. Zum einen wird hier der gesetzlich verankerte frühe Bildungsauftrag gesetzlich abgesichert und die Grundlage für das Heranwachsen einer bildungsstarken, zukunftssichernden Generation in einer geburtenarmen Gesellschaft mit diversen Formen akzeptierten familiären Zusammenlebens gelegt. Zum anderen wird nicht zuletzt aus arbeitsmarktökonomischer Sicht eine stärkere Partizipation der Frau am Erwerbsleben gefordert. Im Spannungsfeld zwischen den gesellschaftlichen Wünschen nach einer höheren Geburtenquote, verbesserten Bildungschancen für alle Kinder und einer höheren Frauenerwerbsquote gilt es also besonders intensiv nach verbesserten Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu suchen.

Institutionelle Betreuung von Kindern findet in Tageseinrichtungen statt, deren Aufgaben im § 22 (2) des Sozialgesetzbuches VIII formuliert sind. Sie sollen

- "1. die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit fördern,
2. die Erziehung und Bildung in der Familie unterstützen und ergänzen,
3. den Eltern dabei helfen, Erwerbstätigkeit und Kindererziehung besser miteinander vereinbaren zu können."

Der Förderauftrag wird dahingehend näher spezifiziert, dass er Erziehung, Bildung und Betreuung des Kindes umfasst und sich auf seine "soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung" zu beziehen hat. Die Förderung hat sich zu orientieren an "Alter und Entwicklungsstand, den sprachlichen und sonstigen Fähigkeiten, an der Lebenssituation sowie den Interessen und Bedürfnissen des einzelnen Kindes" und soll seine ethnische Herkunft berücksichtigen.

Die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes im Sinne des Erwerbs von Ich-, Sozial- und Sachkompetenz steht also im Vordergrund; gleichzeitig sollen aber auch familiäre

Erziehung unterstützt und ergänzt und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtert werden.

In diesem bundesgesetzlich festgelegten, 2004 durch das Tagesbetreuungsausbaugesetz weiter konkretisierten Rahmen erfolgt die landesspezifische Ausgestaltung. In der Tat stehen die Länder hier vor unterschiedlich dimensionierten und akzentuierten Herausforderungen.

Unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat die Bundesregierung 2007 über den Stand des Ausbaus für ein bedarfsgerechtes Angebot an Kindertagesbetreuung für Kinder unter drei Jahren berichtet. Mit dem Tagesbetreuungsausbaugesetz (TAG) gibt es eine erste rechtliche Grundlage für die Verbesserung der Betreuungssituation von Kindern unter drei Jahren, die ein Mindestversorgungsniveau vorschreibt, das in der Verantwortung von Trägern der öffentlichen Jugendhilfe vorgehalten werden soll. Um die mittelfristige Zielvorgabe des TAG zu erreichen, bis zum Jahr 2010 insgesamt 230.000 zusätzliche Betreuungsplätze eingerichtet zu haben, sind trotz nicht unerheblicher Investitionen weitere Anstrengungen erforderlich. In den östlichen Bundesländern befanden sich im Herbst 2006 36,7% der unter Dreijährigen in Tageseinrichtungen, in westlichen hingegen nur 7,5%. Vergleicht man die Angebotsituation der Länder im Detail, so zeigt sich für Sachsen-Anhalt eine Spitzenposition: nach der Schulanfängerstudie 2006/2007 hatten 90% der Kinder bereits mit weniger als drei Jahren eine Krippe besucht. Sachsen-Anhalt wird gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg. Am unteren Ende der Skala liegen Niedersachsen mit 5,1%, Nordrhein-Westfalen mit 6,5% und Schleswig-Holstein mit 7,6%. Im Mittel stellt sich die Angebotsituation in Landkreisen schlechter dar als in den Städten. Bezogen auf die Betreuungszeiten lassen sich deutliche Ost-West-Unterschiede feststellen: Während in den neuen Bundesländern fast zwei Drittel der unter Dreijährigen mehr als sieben Stunden täglich betreut werden, gilt dies in den alten Bundesländern nur für ein Drittel. Detaillierte Angaben über das Altersspektrum der in Kindertagespflege betreuten Kinder finden sich in der Veröffentlichung des Deutschen Jugendinstituts (20) "Kinder, Krippen, Kosten - Fakten zur Kinderbetreuungsdebatte", Thema 2007/04 sowie im Länderreport 2007 der Bertelsmannstiftung, Entwurfsfassung vom 10.01.2008 (42).

Die Zielvorgabe des Tagespflegeausbaugesetzes ist für unter Dreijährige bisher in den meisten Bundesländern nicht erfüllt, so dass der DJI-Betreuungsstudie von 2007 zufolge schätzungsweise noch ein Drittel der Eltern unter dreijähriger Kinder einen Betreuungsplatz suchen.

Die grundsätzliche Frage, ob für Kinder unter drei Jahren überhaupt eine institutionelle Betreuung angestrebt werden soll, wird aus verschiedenen Perspektiven heraus sehr unterschiedlich beantwortet.

In einer groß angelegten Studie der Bertelsmann-Stiftung wird gezeigt, dass durch den intensiven Kontakt zu mehreren Kindern ähnlichen Alters das soziale Lernen stark gefördert wird, oft stärker als in geschwisterlosen oder -armen Familien. Dies gilt insbesondere für Kinder ab zwei Jahren mit ihren Interaktionsbedürfnissen und -fähigkeiten. Darüber hinaus ergeben sich durch große Verfügbarkeit von Spielmaterial vielfältige Beschäftigungsangebote, und es findet mehr "bewusstes Lernen" statt. Es gibt viele Indizien dafür, dass institutionelle frühe Förderung eine wichtige Ergänzung guter elterlicher Erziehung sein kann. Für Kinder aus bildungsfernen oder psychosozial ungünstigen Familienkontexten kann sie Voraussetzungen dafür schaffen, ihr vorhandenes Potential zu mobilisieren und Chancengleichheit herzustellen.

Andererseits ist zu berücksichtigen, dass mit zunehmender Gesamtdauer außerfamiliärer Betreuung eine langfristige Zunahme von expansivem Problemverhalten verbunden sein *kann* (11). Unzureichende Qualität von Krippeneinrichtungen kann mit einer ungünstigen Entwicklung sowohl im Hinblick auf die kognitive (geistige) Entwicklung als auch mit Verhaltensauffälligkeiten assoziiert sein. Negative Effekte treten umso wahrscheinlicher ein, je länger unzureichende Betreuungsformen zum Einsatz kommen; in der bisher größten wissenschaftlichen Begleitstudie wird daher empfohlen, die Gesamtdauer von Tagesbetreuung in den ersten drei Lebensjahren generell so kurz wie möglich zu halten (32).

Festzuhalten ist, dass es Deutschland ein gravierendes Defizit wissenschaftlicher Studien zur frühkindlichen außerfamiliären Betreuung und Erziehung gibt.

Umfangreiche wissenschaftliche Untersuchungen wie die Studie (32) des National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) und eine ebenfalls groß angelegte Studie der University of British Columbia (4) belegen eindrucksvoll, wie wesentlich der Einfluss qualitativ guter Betreuung für das Kind ist.

Die Fachgesellschaft regt daher an, die Umsetzung der Qualitätsstandards durch eine neurobiologisch, entwicklungspsychologisch und kinder- und jugendpsychiatrisch ausgerichtete Begleit- und Längsschnittstudie zu überprüfen. Es könnten zusätzlich Erkenntnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts einfließen, die u.a. gezeigt hat, dass benachteiligte und bildungsferne Familien am wenigsten bzw. am spätesten vorschulische institutionelle Betreuung in Anspruch nehmen. Diese könnte jedoch - bei Einhaltung weiter zu konkretisierender Qualitätskriterien - wesentlich dazu beitragen, die Entwicklungs- und Gesundheitschancen und damit die Perspektiven sozial benachteiligter Kinder zu verbessern.

Für eine solche Studie würde sich das Bundesland Sachsen-Anhalt besonders eignen. Zum einen ließe sich von langjährigen Erfahrungen mit breit getragenen Qualitätsoffensiven, zum anderen von den hohen Betreuungszahlen unter Dreijähriger in allen sozialen Schichten profitieren. Nur 10% Kinder aus der Schulanfängerkohorte 2006/2007 hatten als unter Dreijährige keine Krippe besucht; dabei lag das Eintrittsalter für 12,8% bei unter einem Jahr, für 55,1% zwischen ein und zwei Jahren und für 32,1% bei zwei bis drei Jahren.

Als sehr sinnvoll würde sich ein Monitoring der durch qualifizierte frühe Betreuung erzielten Effekte im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen erweisen. Durch diese in den meisten Bundesländern pflichtige Untersuchung wird eine sehr hohe Zahl von Kindern erfasst, so dass man nach entsprechenden Kriterien ausgewählte Kohorten gut miteinander vergleichen könnte.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollten nicht nur für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess per se berücksichtigt werden. Sie sollten Einzug finden in einen breiten interdisziplinär-fachlich getragenen Diskurs und vermittelt werden im Hinblick auf fundierte politische Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozesse und eine sensible, verantwortungsbewusste Diskussion in der Öffentlichkeit.

Die derzeitige Forcierung des Ausbaus der Kinderkrippen macht es dennoch erforderlich, Rahmenbedingungen für die Betreuung der Kleinkinder zu definieren, die sich an der kindlichen Entwicklung orientieren und wesentliche Erkenntnisse und Erfordernisse berücksichtigt. Insofern beschreibt der Fachausschuss Öffentlicher Gesundheitsdienst der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin mit diesem Papier

empfehlenswerte Standards aus Sicht der Fachgesellschaft. Hierdurch soll ihre öffentliche Diskussion vorangetrieben werden, die Voraussetzungen für die Umsetzung fachlich geeigneter und erforderlicher Qualitätskriterien zu schaffen.

Das Papier berücksichtigt viele Anregungen und Hinweise aus den Organen der Sozialpädiatrie in Deutschland, vornehmlich aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und aus sozialpädiatrischen Zentren. Erfahrungen und Erkenntnisse aus anderen europäischen Ländern und aus den USA sind eingeflossen.

In Abhängigkeit vom Blickwinkel kann die Qualität einer Betreuungseinrichtung sehr unterschiedlich bewertet werden. Für Träger mögen Wirtschaftlichkeit, für die Gemeinde kommunale Wertschöpfung, für Eltern mögen Wohnortnähe, Bezahlbarkeit, Flexibilität wesentlich sein. Die Qualität der Betreuung muss sich primär an den Entwicklungsbedürfnissen des Kindes orientieren, so wie es auch im Gesetzestext als Leitlinie formuliert ist.

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, feinfühligere 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 Betriebsurlaubnis 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 (Elterncafé, 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 Wiedenzulassung 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 Verlaufsdokumentation. 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_I/1/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>